

تشخيص آفات الغدد اللعابية Diagnosis of salivary glands lesions

تعتبر الغدد اللعابية مهمة جدا" بالنسبة لمخاطية الفم والأسنان في حالتها الصحية والمرضى ولا بد من التشخيص الصحيح لآفات الغدد اللعابية من خلال الفحص السريري والقصة المرضية .

القصة السريرية:

تتم من خلال الأسئلة عند استجواب المريض يمكن أن نصل إلى وصف الحالة المرضية من حيث انتباجها وسرعة نموها وما تسببه من ألم لإعطاء معلومات عن حالة الغدد اللعابية وقدرة اللعاب على الجريان .

1- الانتباج: فقد يكون مستمرا" أو متقطعا" أحادي الجانب أو ثنائي الجانب (وهو ما يجعل المريض يراجع الطبيب غالبا") ، قد يكون الانتباج دلالة سريرية عن آفات ورمية أو غير ورمية ، حيث أنه في حالة الأورام ومتلازمة سجورغن يكون الانتباج دائم بينما يكون متقطع في حال انسداد ناتج عن مصدر انتاني أو حصاة لعابية ، الانتباج ثنائي الجانب يشاهد في الحالات الجهازية كالنكاف أو اضطرابات وظائف الغدد الصم ، ومن الممكن أن يدل الانتباج أحادي الجانب على أمراض موضعية كالإنتانات والأورام والانسداد الميكانيكي .

2- الألم : إذا لوحظ ازدياد الألم عند تناول الوجبات الطعامية فإنه يشك بوجود انسداد بينما إذا كان الألم مستمر ولا يتعلق بالوجبات الطعامية فإنه يدل على حالة التهابية أو انتانية.
3- جفاف الفم: نكتشفه بالقصة المرضية وتعتبر الأدوية هي المتهم الأساسي لحدوث هذه الحالة.

4- فرط إفراز اللعاب: إن اضطراب معدل إنتاج اللعاب من الممكن أن يشير إلى اضطرابات في الجهاز العصبي وبعض العوامل النفسية.

الفحص السريري:

أولا" علينا التركيز على مظهر الوجه وعلى التناظر واللون ثم :

1- نفحص سريريا" الغدد اللعابية النكفية :

ويتم ذلك بالنظر من أمام المريض إلى الغدة النكفية، عندما تبدو متضخمة فمن الممكن أن تظهر كتورم منتشر يتجاوز حدود الأذن ويملا الخد وعند الفحص داخل الفموي يظهر كتلة نامية مزدوجة في جدار البلعوم الجانبي من الممكن أن يشير إلى إصابة الغدة النكفية بالأورام . بالجلس الدائري بقمة الاصابع وبدون ضغط ممكن أن يظهر كتلة (عقدة) واضحة الحدود.

فحص سائل الغدة النكفية من قناة ستنون:

يتم فحص السائل بعد تجفيف فوهة القناة بقطعة من الشاش المعقم ثم تنبيه إفراز الغدة عن طريق التدليك بضغط ثابت على الغدة من أمام الأذن ونحو الخلف.

يكون مفرز الغدة النكفية سائل مائي نظيف صاف بالحالة الطبيعية ، فإذا كان السائل غير صاف يحوي على القيح أو بعض المواد الالتهابية فذلك يدل على وجود حالة مرضية سواء في الغدة أو في القناة .

وفي حال الانسداد لقناة الغدة اللعابية يجب أن يتم سبر القناة لتحري وجود تضيق في المجرى اللعابي أو انسداده كلياً أو جزئياً.

2- فحص سريراً" الغدة اللعابية تحت الفك :

يتم جسها بحني رأس المريض للأسفل قليلاً" مما يؤدي لارتفاع وتمدد النسج الواقعة تحت جسم الفك السفلي والمغطية لهذه الغدة. توضع أصابع الطبيب في هذه المنطقة مع تطبيق ضغط نحو الأعلى بشكل خفيف مؤدية لارتفاع قاع الفم مما يسمح للطبيب بجس الغدة تحت الفك السفلي من داخل الفم وحصرها بين أصابعه. وعندها يتم تحديد قوام هذه الغدة فيما إذا كان صلب أو قاسي أو رخو أو متحرك أو ثابت.

فحص قناة الغدة تحت الفك:

يجب أن يتم تحديد فوهة قناة الغدة تحت الفك السفلي بهدف إجراء فحص دقيق لفوهة قناة وارطون وذلك لتحري وجود التهابات أو حدوث تضيقات أو انسدادات يمكن أن تصاب بها.

الإفراز الطبيعي للغدة تحت الفك يكون نظيفاً" ولزجاً" ولفحص هذا الإفراز لا بد من أخذ عينة لمعرفة طبيعته ، ويتم أخذ العينة بعد تجفيف منطقة الفوهة وتحريض الإفراز بالتدليك اللطيف بواسطة الأصابع نحو الأعلى وأنسي في منطقة زاوية الفك السفلي.

3- فحص سريراً" الغدة اللعابية تحت اللسانية :

تجس هذه الغدة بأصابع كلتا اليدين من خارج الفم حيث يطبق ضغط بإحدى الأصابع في المنطقة تحت الذقن نحو الأعلى وبأصابع اليد الأخرى يمكن أن تجس من داخل الفم ، إن لضخامة هذه الغدة ميزة هامة وهي أنها تظهر كمرتفع في قاع الفم ومن السهل تحديدها ومعرفة قوامها (صلب أو رخو.....)

فحص سائل الغدة اللعابية تحت اللسانية :

نحصل على السائل بعد تجفيف منطقة لجام اللسان بقطعة من الشاش فنلاحظ خروج قطرات صغيرة من السائل الغدي في منطقة لجام اللسان.

4- فحص سريراً" الغدد اللعابية الصغيرة :

حيث أن جس الغدد اللعابية الصغيرة صعب بعض الشيء ، إلا أننا نستطيع جس الغدد اللعابية الصغيرة المنتشرة في الشفتين وباطن الخد المتضخمة وذلك بالضغط من خارج وداخل الفم بالأصابع فتظهر على شكل عقدة تحت المخاطية ، أما في منطقة قبة الحنك فتفحص بضغط الإصبع على الحنك.

الفحص الشعاعي :

يعتبر التصوير الشعاعي من الوسائل التشخيصية الهامة للمساعدة في تشخيص أمراض الغدد اللعابية للكشف عن الحصيات اللعابية والأوكياس والأورام والنواسير والانسدادات .

أيضا" يمكن استخدام تقنية التشخيص بالتصوير اللعابي الظليل في تحديد وضع الغدة حيث تظهر التغيرات حسب نموذج توزع المحلول الظليل داخل الغدة، والتي بدورها تساعد في تشخيص الأورام.

من الطرق الهامة في التصوير الشعاعي للغدد اللعابية كلا" من:

أ- الصور الشعاعية الإطباقية : والتي تستخدم لتحديد مكان توضع الحصاة اللعابية وتحديد أماكن الانسداد أو التضيق وخاصة" قناة الغدة تحت الفكية وعلاقتها مع مجاوراتها التشريحية في قاع الفم.

ب- الصور البانورامية : تفيد في تحديد حالة الغدد اللعابية وحالة النسيج والأعضاء المجاورة لها ومدى علاقتها وتأثيرها على الغدة المجاورة.

ت- التصوير الشعاعي الظليل بالحقن: حيث يتم حقن محاليل ظليلة على الأشعة في الغدة اللعابية أو القناة المفرغة مباشرة" حيث تتخذ هذه المحاليل خاصيتها الظليلة على الأشعة من وجود مادة اليود فيها.

ث- التصوير بالرنين المغناطيسي MRI : له أهمية كبيرة في تشخيص أمراض الغدد اللعابية الخبيثة، وإظهار الحصيات اللعابية التي تكون على شكل جزيئات مائلة للبياض بيضوية أو مستديرة ذات حواف غير منتظمة . كما يفيد في الكشف عن إصابات النسيج الرخوة في الحالات المتقدمة منها وبالكشف عن آفات أخرى كتليف عضلات المضغ وإصابات النكفة والأورام.

ج- التصوير الطبقي المحوري CT : يستخدم هذا التصوير للكشف عن الكتل في الغدد الالتهابي أو الحصاة اللعابية.

الخرزة و البزل :

يتم أخذ الخرزة بإجراء شق جراحي وكشف جزء من الغدة ثم أخذ جزء صغير منها تستطب في تشخيص الكتل في الغدد اللعابية و لإثبات سلامة أو خباثة الآفة.

نستخدم محقنة FNA لإجراء البزل وأخذ عينة من الآفات التي تحوي سائل لتشخيص الآفات.

أمراض الغدد اللعابية :

تصنف أمراض الغدد اللعابية إلى :

1- آفات غير انتانية

2- آفات انتانية

3- الحالات الاستقلابية

4- حالات تترافق مع اعتلالات مناعية

5- الأورام

أولاً : الآفات غير الانتانية

أ- الاضطرابات التطورية: ومنها

- عدم تصنيع أو تشكل الغدد اللعابية: هو غياب ولادي للغدد اللعابية الكبيرة والذي يشمل إحدى الغدد أو مجموعة منها في أحد الجانبين أو كلاهما وأسبابها مجهولة. يشكو المصاب بشكل رئيسي من جفاف الفم حيث تبدو مخاطية الفم جافة ملساء وأحياناً جلدية ويلاحظ تشققات في الشفاه والصوار والتصاق البقايا الطعمية على مخاطية الفم حول الأسنان مما ينجم عنها إصابات لثوية وإصابات نخرية سنوية ، وتتم معالجتها باستعمال الغليسيرين وبالحفاظ على الصحة الفموية لإنقاص حدوث الالتهابات اللثوية والنخور السنوية لإبقاء الأسنان أطول مدة ممكنة.
- انسداد الغدد اللعابية: يحدث بسبب غياب أو انغلاق كامل ولادي لقناة مفرغة لعابية كبيرة ويمكن أن تصيب أي من الغدد اللعابية وتؤدي لتشكيل كيس أو تكون أحد أسباب نشوء الكيس الضفدعي أو حدوث جفاف فم شديد
- الغدد اللعابية التائية: يوجد أحياناً غدد لعابية صغيرة متصلة مع الغدة النكفية أو الغدة تحت اللسانية ، كما ذكرت حالات لوجود نسيج غدي لعابي في جسم الفك السفلي متصل مع الغدة اللعابية تحت الفك السفلي بواسطة سويقة تثقب الصفيحة اللسانية للفك السفلي، من الممكن اكتشافها بطريق الصدفة عند إجراء التصوير الشعاعي وليس لها أي أهمية سريرية

ب – اضطرابات الإفراز:

- ✓ نقص إفراز اللعاب أو انعدامه (جفاف الفم) : يعد جفاف الفم تظاهرة فموية تعبر عن إصابة في نسيج الغدد اللعابية أو اضطراب وظيفي في الغدد اللعابية أو تعصيبها الإفرازي، وهو يتراوح من جفاف أو حس احتراق رغم أن المخاطية تبقى طبيعية وفي حالات أخرى يفقد اللعاب نهائياً أو تتناقص كميته لدرجة كبيرة ، هذه الحالة قد تكون مسبباً لسوء التغذية وتعدد الإصابة بالنخور إضافة إلى الانتانات والاصابات الفطرية ثم الاختلالات الهضمية.

إن حس الألم والاحتراق في الغشاء المخاطي الفموي واللسان وإصابة الغشاء المخاطي البلعومي بالفطور واحتقان والتهاب زوايا الفم تعتبر من الأعراض المتواترة في جفاف الفم الذي قد يكون مؤقتاً أو جفافاً كلياً ويلاحظ قلة أو عدم إفراز اللعاب عند الضغط على الغدد اللعابية أيضاً .

❖ أسباب جفاف الفم المؤقت:

- عوامل نفسية وعاطفية : إن الوضع النفسي الذي يتدخل عن طريق إثارته للجملة العصبية الودية وتثبيطه لعمل الجملة العصبية نظيرة الودية كما يحدث عند إجراء

- امتحان مقابلة أو في حالة الخوف أو القلق كل ذلك يؤدي لجفاف الفم المؤقت بالوضع النفسي للشخص .
- التهاب الأفنية اللعابية أو انسدادها بحصاة لعابية يؤدي إلى نقص كمية اللعاب المتدفق إلى الجوف الفموي نتيجة تضيق القناة المفرغة الناجم عن إصابتها بالالتهاب أو انسدادها بحصاة لعابية أو سداة عضوية .
 - الأدوية : تؤثر الأدوية بشكل غير مباشر على الإفراز اللعابي (تأثيرات جانبية) غير مرغوب بها أوضح ما تكون عند المسنين وهذا التأثير يتعلق بكمية الدواء إضافة إلى وجود عامل الاستعداد الشخصي إلا أن إفراز اللعاب يتحسن بإيقاف الدواء غالباً .
من الأمثلة عن التأثير الدوائي غير المرغوب بها:
 - الأدوية التي تؤثر على الفعل العصبي الودي ونظير الودي كالأدوية العصبية والنفسية مثل المهدئات ومضادات الكآبة والأتروبين ومشتقاته ، المورفين ومشتقاته.
 - الأدوية المضادة للهستامين
 - المسكنات والمنومات والمهدئات والمخدرات
 - الأدوية الإسعافية الخافضة للضغط مثل ميكا ميلانين
 - الأدوية المستخدمة لحل تشنجات العضلات الملساء والأدوية المنقصة للإفراز الحمضي في المعدة مثل البروباننتين
 - الأدوية المنشطة والمنعشة مثل الأمفيتامين وبعض الأدوية الموسعة للقصبات مثل الإفرين
 - المعالجة الجديدة بالمضادات الحيوية
 - أسباب وظيفية : يحدث جفاف الفم عقب حديث مطول أو بعد أداء تمارين رياضية أو الاجهاد الذي يرافقه تنفس فموي.
 - ❖ أسباب جفاف الفم الكلي:
 - عدم تصنيع الغدد اللعابية
 - المعالجة الشعاعية للرأس والعنق : لأن الأشعة تعمل على تدمير الخلايا السليمة منها والخبيثة وبالتالي قصور وظائف الغدد وانعدام اللعاب .
 - متلازمة سجوغرن : هي مرض مناعي ذاتي ، يحدث فيه جفاف العين والتهاب ملتحمة تفرني وجفاف فم والتهاب مفاصل رثواني يشكو المريض من حرقة في العين وجفاف فم وبلعوم وأنف وهي أكثر ما تصيب النساء في سن اليأس.
 - الشيخوخة : تتناقص كمية اللعاب المفرز ويصبح الفم أكثر جفافاً مع التقدم بالعمر بسبب التبدلات على مستوى النسيج الغدي وطبيعة اللعاب المفرز .
 - الأمراض العضوية : من أهم الأمراض التي من الممكن أن تسبب جفاف في المفرز اللعابي هي فقر الدم الخبيث ، فقر الدم الناتج عن نقص الحديد ، التهابات الكلية المترافقة مع البوال ، بعض الأمراض الاستقلابية كسوء التغذية وبعض الأمراض العصبية كداء باركنسون.
 - كما ينجم جفاف الفم عن الأورام في الغدد اللعابية إضافة إلى بعض المتلازمات الوراثية كمتلازمة كريست سيمنس Crist Sieminse التي تترافق بانعدام الأسنان مع نقص

تصنع الغدد اللعابية ومتلازمة بلومر فنسان Plommer Vinsson المترافق بجفاف الفم مع عسرة البلع.

المعالجة لجفاف الفم :

تتم بمعالجة السبب وإمكانية استبعاد العامل المسبب لترطيب الفم ومنع تشكل الانتانات والفطور والنخور السننية كالغاء الأدوية التي يشك بها كمسبب أو تعديلها إذا أمكن ومعالجة الالتهابات وإزالة الحصاة اللعابية ومعالجة التنفس الفموي ومعالجة عرضية بتحريض الإفراز بمسيلات اللعاب.
✓ فرط الإلحاح:

الإفراز الطبيعي يقدر بحوالي 2-3 سم مكعب بالدقيقة بعد التنبيه الطعامي ، بعض الحالات يحدث بها زيادة إفراز خاصة في أثناء النوم .

يعتمد تشخيص فرط الإلحاح على استجواب المريض الذي يشكو من نوبات من السعال خاصة أثناء نومه فتسبب له اضطراب في النوم كما قد يحدث لديه اضطراب في حاسة الذوق أو عسر هضم أو إقياءات ويكون PH اللعاب مضطرب بشدة.

أسباب فرط الإفراز:

1- أسباب فموية بلعومية : أورام الفم والبلعوم ، الالتهابات اللثوية ، الالتهابات المخاطية الفموية وبعد انتهاء القولنجات اللعابية وكذلك أمراض النسيج الداعمة إضافة إلى وجود التعويضات السننية الجديدة أو المطبقة بشكل سيء ، ويعود ذلك لوجود جسم أجنبي في الفم يحرض إفراز اللعاب .

2- أسباب هضمية: يحدث زيادة إفراز اللعاب عند وجود أي التهاب أو ورم في الجهاز الهضمي .

3- التسممات: كالتسمم الدوائي مثلاً بمضادات باركنسون وغيرها وكذلك التسممات المهنية بالرصاص أو الزئبق أو اليود والتسمم الاستقلابي كفرط بولة الدم.

4- أسباب دوائية : كالأدوية المقشعة والحالة للقتع مثل كلورايد الأمونيوم .

5- أسباب عصبية: كما في الشلل اللساني البلعومي اللساني وأورام الدماغ وآلام الوجه والصرع وقصور وظيفة البلع في داء باركنسون الذي ينجم عن عدم انغلاق المعصرة الفموية.

العلاج: محاولة إزالة السبب ، ومن الممكن استخدام مضادات التشنج كالأترابين وبعض مضادات الحساسية مثل هيدروكلورايد بروميتازين بشكل قصير الأمد.

ح- نضح أو تشرب المخاط Etiology and pathogenesis:

السبب يمكن أن يعود للرض أو الأذية الآلية للقناة الإخراجية للغدة اللعابية الصغرى وينتج عنه تمزق أو انقطاع ، بعدها يقع إفراز المخاط إلى سدى الأنسجة الضامة المحيطة بالغدة اللعابية.

سريريا:"

تعتبر الشفة السفلية هي الموقع الأكثر تكرارا" لحدوث هذه الظاهرة وتكون الإفات غير مؤلمة غالبا" وسطوحها ملساء ، ولونها أزرق أو شفاف في حالة التوضع السطحي

للآفة ويختلف حجمها من عدة ملمترات إلى عدة سنتمترات ، يتأثر بهذه الآفة المراهقون والأطفال ، قبل سن الواحد والعشرون.
التشخيص التفريقي:

يتم التشخيص بالاعتماد على القصة السريرية لحدوث رض تبعه ظهور الآفة، عند غياب القصة السريرية النموذجية يشك بما يلي :

- 1- التنشآت الورمية (خاصة نوع الغرن المخاطي البشري)
- 2- ويظهر سوء تكون وعائي
- 3- الدوالي الوريدي
- 4- التنشآت الورمية للأنسجة الرخوة مثل الورم الليفي العصبي أو الورم الدهني
- 5- الكيس اللثوي والكيس البروغي (في حال ظهرت القيلة المخاطية في المخاطية السنخية)

العلاج :

يكون بالاستئصال الجراحي ورشف السوائل يقدم فائدة ولكن قصيرة الأمد ، إزالة الغدد اللعابية الصغرى المتعلقة مهم لمنع حدوث الرجوع لا يوجد داعي لمعالجة النوع السطحي في حال تأكد التشخيص.

خ- كيس الاحتباس المخاطي Mucous retention Cyst :

سببه انسداد جريان اللعاب بسبب حصابة ، ندبة حول قنوية أو ورم ضاغط ، ويحاط المخاط المثبت ببطانة قنوية معطيا "لآفة مظهرا" شعاعيا" مشابه لمظهر الكيس. سريريا":

تعتبر أقل تواترا" من التشرب ، غالبا" يظهر عند كبار السن ونادرا" ما يحدث في الشفة السفلية ، بل يحدث في الشفة العلوية والحناك والخدين وقاع الفم كما أنه قد يحدث في الجيب الفكي ،

يظهر كيس الاحتباس المخاطي كورم غير عرضي ، غالبا" بدون رض مسبق. يختلف حجم الآفة من 1-3 مم وعند الجس تكون متحركة غير حساسة وبشكل عام لا توجد تغيرات التهابية محيطية ، المخاطية العلوية سليمة ولونها طبيعي الآفات المتوضعة أعمق تكون أصلب وتبدو منتشرة.

التشخيص التفريقي:

- 1- التنشآت الورمية
- 2- ظاهرة الاحتباس المخاطي
- 3- تنشآت النسيج الضام الحميدة

العلاج: يتم بإزالة الكيس والفصيصات الغدية المتعلقة مع إزالة أي عناصر غدية تبرز إلى مكان العمل الجراحي لتجنب ظاهرة نضح اللعاب بعد الجراحة ، والإنذار جيد.

د- الكيس الضفدي Ranula

هو مصطلح سريري لكيس يتوضع في قاع الفم ويترافق مع الغدد تحت الفك تحت اللسان

السبب: الرض والانسداد القنيوي الذي يحدث غالبا" بالسداة المخاطية أو تضيق القناة اللعابية أو كل ما يضغط على الأفتية اللعابية من أورام وانتانات أو رض قناة سنتون بالأسنان أو بسبب حصة التي من الممكن أن تتواجد في أي مكان من النظام القنيوي من البرانشيم وحتى الفتحة الإخراجية ، تمثل الحصة اللعابية ترسبا" لأملاح الكالسيوم (بشكل كبير كربونات الكالسيوم وفوسفات الكالسيوم) حول بؤرة مركزية من البقايا الخلوية أو المخاط الكثيف.

وهي أكثر حدوثا" عند الأشخاص الذين هم في منتصف العمر ، كما أنها تصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة 1: 2 ويندر حدوثها في الغدد اللعابية الصغيرة كما يندر مصادفتها عند الأطفال.

آلية تشكل الحصيات اللعابية:

السبب الحقيقي غير معروف مع وجود عدة نظريات تفسر حدوث هذا التحصي منها:

- 1- ترسب الأملاح اللعابية داخل الغدة أو في أفتيتها حول أجسام أجنبية في داخل الغدة أو في قناتها. ولكن هذه النظرية تعرضت للنقد بسبب عدم وجود مثل هذه الأجسام الأجنبية في الغدة أو قناتها.
- 2- ترسب الأملاح داخل الغدة أو في أفتيتها على شكل طبقات متمركزة حول نواة تتكون من خلايا بشرية متوسفة من نتاج المواد البروتينية الناجمة عن النشاط الجرثومي والعضويات المجهرية الدقيقة أو مستعمرات من الفطور الشعاعية.
- 3- إن خميرة الفوسفاتاز التي توجد في الخلايا البشرية ربما تكون عاملا" مساعدا" على الرسوب والتحصي وخاصة عند وجود تغيرات في الخواص الكيميائية لللعاب خلال ركودته أو عند وجود التهابات موضعية .

تعد الغدة اللعابية تحت الفك وقناتها من أكثر الغدد اللعابية التي تحدث على حسابها الحصة بنسبة 83% من مجموع إصابات الغدد اللعابية بها وذلك لعدة أسباب هي :

- 1- عسارة الغدة اللعابية تحت الفك تحتوي على كمية كبيرة من المخاطين فيكون مفرزها أكثر لزوجة وأكثر التصاقا" حول الأجسام الأجنبية أو نواة عضوية.
- 2- مجرى الغدة تحت الفك يعتبر أطول مجرى لعابي وأقلها انتظاما" مما يساعد على التركيز والتكثيف في مجرى القناة.
- 3- انفتاح فوهة الغدة تحت الفك في قاع الفم يجعلها أكثر تعرضا" للرض والتخريش والالتهابات الذي يقود إلى تكلسات في القناة أو الغدة أكثر من الغدد الأخرى.

يمكن مشاهدة الحصة اللعابية النكفية أو قناتها بنسبة 10% أما بالنسبة للغدة تحت اللسانية فمن النادر جدا" أن تصاب بالحصى بسبب أفتيتها القصيرة والمتعددة مما يمنع بقاء اللعاب ضمن الغدة أو أفتيتها وبالتالي لا يسمح ذلك بتشكيل الحصى.

تشخيص الحصة اللعابية :

من الممكن أن لا ترافقها أية أعراض وتكشف صدفة" أما الحصاة التي تسد القناة جزئياً" أو كلياً" تؤدي لظهور بعض الأعراض التي تنجم عن فعل ميكانيكي الذي هو وجود الحصاة وحركتها، وعامل جرثومي يسبب الالتهاب حول فوهة القناة ووذمة التهابية تؤدي إلى إغلاق لمعة القناة. التشخيص يتم تأكيده شعاعياً" وأفضل أنواع الصور هي الاطباقية (حصاة الغدة تحت الفك) والصور الذروية التي توضع على باطن الخد (لتحري وجود الحصاة في قناة الغدة النكفية) والصور البانورامية والصور بالأشعة السينية (CT)

الأعراض السريرية للحصاة اللعابية :

- 1- انتباج الغدة وليونتها وبخاصة قبل تناول الطعام وفي أثناءه أو عند الإثارة اللعابية ويعود هذا إلى تراكم المفرز اللعابي وعدم تمكنه من المرور والخروج عبر القناة متصبح الغدة متضخمة.
- 2- يزول الانتباج والألم بين الوجبات الطعامية خاصة" إذا كان السد جزئياً" وذلك بسبب انطراح أو انسياب اللعاب التدريجي حول التضيق نتيجة للتدليك فيزول الضغط في القناة والغدة ، ويبقى المريض يشعر بتدفق اللعاب داخل الفم وتتكرر هذه الأعراض أثناء الوجبات.
- 3- ألم متوضع في الغدة عند الأكل وأحياناً" ألم مبهم غير محدد وقد ينتشر نحو الأذن والعنق.
- 4- إحمرار مخاطية الفم في الجهة المرافقة المؤلمة ولا سيما عندما تصبح الحصاة قرب فوهة القناة.
- 5- التهاب الغدة بسبب ترقى العضويات الدنيا عبر قناتها وخروج نقطة قيح من القناة نتيجة التقرح أو انتان غشائها المخاطي وقد يتطور انتان ثانوي بالغدة ويمتد ليؤدي إلى التهاب خلوي منتشر ويصيب النسيج المحيطة بالغدة وقناتها.
- 6- شعور المريض بانتباج مزمن في مخاطية الفم مع احمرار في المخاطية المجاورة لفوهة القناة وقد يشعر بالحصاة بوساطة الجس.
- 7- قولنج لعابي يحدث نتيجة تحرك الحصاة أو نتيجة لتقلصات جدران القناة على الحصاة ويتصف بـ :
 - آلام حادة في اللسان وقاع الفم
 - تنتبج الناحية الموافقة ويرتفع الغشاء المخاطي تحت اللساني
 - احمرار وتوذم في فوهة قناة وارتون
 - تهدأ الآلام فور انطراح اللعاب ويزول الانتباج شيئاً فشيئاً" ويعود منفذ القناة طبيعياً"
 - تعود هذه النوبة كل بضعة أسابيع أو أشهر أو كل بضعة سنين.
- 8- آلام متشعبة نحو الأذن ويظهر بضع قطرات من القيح من فوهة قناة وارتون ويصعب البلع وترتفع حرارة المريض.

المعالجة :

تتم بالإزالة الجراحية للحصاة في الحالات التي من غير الممكن إزالتها بالتمسيد

يظهر الكيس الضفدعي سريريا :

يظهر مثل كتلة من النسيج متموجة في جانب واحد من قاع الفم ، وله ظهور نموذجي مزرق يشبه بطن الضفدع ومن هنا جاءت التسمية. عندما تكون الآفة كبيرة فإنها تسبب انحراف اللسان إلى الأعلى وإلى الجانب الأنسي . ربما تعتبر الآفة الخط النصفى إذا سلخت العملية النضحية خلال الأنسجة الرخوية التحتية. عندما تكون الآفة أعمق في النسيج الضام، ربما لا تظهر الصفة المزرقة النموذجية لهذه الآفة. وفي الشرغوف العميق والذي ينشأ في العنق خلال العضلة اللامية ويخترق المسافات اللافافية للعنق وقد تتقدم الآفة إلى المنصف في بعض الحالات.

التشخيص الفريقي:

- 1- سرطانات الغدد اللعابية
- 2- تنشآت الطبقة الوسطى الحميدة
- 3- الكيس الجلداني
- 4- أكياس التوتة والورم المائي التكييسي (في الشرغوف من النوع الدافع)

العلاج: الجراحة هي العلاج المفضل

ذ- حوول أو تبدل النسيج اللعابية الناخر Nacrotizing Sialometaplasia :

وتشكل حالة حميدة نموذجيا" تصيب الحنك وربما تصيب أي منطقة أخرى فيها غدد لعابية ، تتشابه مع حالات خباثة سريريا" ونسيجيا" فمن المهم تمييزها لأنه في بعض الحالات تجرى جراحة غير ضرورية بسبب التشخيص الخاطئ .

السبب:

تحدث هذه الحالات بسبب الإقفار الدموي بسبب الرض الموضعي بأداة الجراحة أو التخدير الموضعي بنفس المنطقة .

سريريا":

تلاحظ بداية" بشكل تورم حساس للجس مع احمرار للمخاطية ، ومن ثم تبدأ المخاطية بالتقرح وتكوين قاعدة مفصصة لقرح عميق محدد عن النسيج المجاورة ذي لون أصفر سنجابي .

آفات الحنك قد تكون أحادية الجانب غالبا" أو ثنائية الجانب نادرا"، ويكون حجم القرحة المفردة 1-3 سم في القطر ، ويكون الألم غير متناسب مع حجم هذه الآفة ، ويحدث الالتئام في فترة 6-10 أسابيع.

التشخيص التفريقي:

يجب استبعاد سرطان الخلايا الشائكة أو الأورام الخبيثة في الغدد اللعابية الصغرى أو إخمجات الفطور العميقة حيث تتظاهر جميعها سريريا" كتثقب في الحنك، وكذلك الإخمجات الفطرية الانتهازية عند مرضى السكري التي تعطي نفس الصورة السريرية.

العلاج: لا داعي للعلاج ومع ذلك يبقى عمل الخزعة الاستقصائية ضروريا" لتحديد التشخيص الدقيق.

ثانياً: الأمراض الانتانية للغدد اللعابية

أ- الأمراض الفيروسية:

1- النكاف Mumps

هو التهاب غدي فيروسي إخماجي حاد ، يصيب بشكل رئيسي الغدة النكفية، يصيب كل الفئات العمرية إلا أنه يؤثر بشكل شائع على الأولاد في المجتمعات المدرسية بين الأعمار 5-14 سنة في فصلي الربيع والشتاء، وله فترة حضانة من 2-3 أسابيع ويعتبر فيروس النكاف oreillon هو المسؤول عن هذه الإصابة، وهو انتان غير مقيح مالم يحدث انتان ثانوي ، ويمكن تثبيت التشخيص بواسطة الفحص المصلي لداء النكاف.

سريريا":

- أعراض عامة: تتجلى بالصداع ، الحمى ، القشعريرة، الانفعال النفسي ، نقص الشهية، ألم في العضلات وألم في الأذن.
- أعراض موضعية: تتميز بانتباج حاد أحادي الجانب أو ثنائية الجانب يصيب الغدة النكفية بشكل خاص وقد يظهر الانتباج قبل شعور الطفل بأية أعراض في حين تظهر الأعراض الجهازية عند البالغين قبل عدة أيام من ظهور الانتباج.
- يحدث الانتباج الغدي بعد 48 ساعة من الإصابة ويشمل الطرفين في 70 % من الحالات وقد يسبق أحد الجانبين الجانب الآخر بأيام معدودة.
- يتوضع الانتباج أمام وأسفل وخلف الأذن قليلاً"
- يحدث انتباج في قناة ستنون وتصاب حليلة هذه القناة بالاحمرار والانتفاخ مع ملاحظة وجود طفح حول فوهة هذه القناة
- ينتج جلد الخد ويصبح لامعاً" وقد تمتد الوذمة نحو العنق
- صعوبة في المضغ والبلع مع الشعور بالألم في الخدين وخاصة حين المضغ كما أن مهيجات إفراز اللعاب تزيد من شدة الألم في حين يبقى الألم مقبولاً" في حالة الراحة
- ترتفع شحمة الأذن في الجهة المصابة وتعتبر هذه العلامة من العلامات المميزة والمهمة في تشخيص هذه الإصابة ويمكن جس المنطقة الأمامية من النكفة من داخل الفم.

يتراجع الانتباج بعد مرور 7-10 أيام ويحدث الشفاء خلال 2-3 أسابيع.

التشخيص التفريقي:

1- الخراج السني الحاد (الفحص السريري والشعاعي)

2- التهاب النكفة المتقيح (غدة واحدة وخروج قيح من ستنون)

3- داء ميكوليز (ضخامة غدد لعابية و غدد دمعية يتصف بخلوه من الألم)

اختلاطات الإصابة بالنكاف :

- التهاب الخصية والبربخ والبروستات ويحدث في 20% من الحالات ويحدث عادة" بعد 5- 7 أيام من ظهور التهاب الغدة النكفية . ولا تصاب إلا الغدة العاملة أي أن هذا الاختلاط مقصور على المرضى الذين تجاوزوا سن المراهقة وأعراضها تتميز بعودة ارتفاع الحرارة وانتباج الخصية وقد تصاب الخصية بالضمور ويكون التهاب الخصية أحادي الجانب وفي كثير من الحالات يؤدي للعقم.
- التهاب المبيض والتدي عند الإناث
- التهاب البنكرياس والذي ترافقه آلام بطنية وإقياء
- الصمم
- التهاب في عضلة القلب والتهاب شغاف القلب

العلاج:

المعالجة عرضية وتشمل:

- الراحة التامة
- الانتباه لصحة الفم
- تستعمل حمامات فموية للتخلص من الألم
- إعطاء السوائل بشكل كاف
- هناك لقاح مكون من معلق الحمات الراشحة المسببة للنكاف غير الضارة حيث أعطى نتائج جيدة علما" أن الإصابة بداء النكاف تعطي مناعة طويلة الأمد ضد هذا المرض.

2- التهاب الغدد اللعابية بفيروس مضخم الخلايا: Cytomegalic Sialadenitis

إخماج الغدد اللعابية بفيروس مضخم الخلايا أو ما يسمى أحيانا" مرض مشتمل فيروس مضخم الخلايا كان مرضا" نادرا" في السابق ويصيب حديثي الولادة بسبب الإخماج عبر مشيمة الأم ، والآن سجلت حالات في البالغين في حالات الكبت المناعي . ربما تسبب الإخماجات الجنينية ضعفا" وتأخرا" في النمو والولادة المبكرة ، ويتميز هذا المرض سريريا" بالحمى وتورم الغدد اللعابية وتضخم الكبد والطحال وتعدد كريات الدم اللمفاوية وبعض الاضطرابات المناعية.

ب- إخماج الغدد اللعابية البكتيري (الأمراض البكتيرية):

تقسم هذه الانتانات إلى حادة ومزمنة ، يحدث في سياقه تصبح الغدة متورمة ومؤلمة، ويظهر تعطيل التدفق اللعابي.

- التهاب الغدد اللعابية الجرثومي: Bacterial Sialadenitis

يصيب كل الغدد اللعابية دون استثناء إلا أن الغدة النكفية تعتبر أكثر الغدد اللعابية تعرضا" للإصابة، ويعود التهاب الغدد اللعابية دون استثناء إلا أن الغدة النكفية تعتبر

أكثر الغدد اللعابية تعرضاً للإصابة ، ويعود التهاب الغدد اللعابية الجرثومي إلى وصول الانتان لها من مناطق مجاورة للحفرة الفموية أو بعد حدوث انسداد قناة الغدة بحصاة أو سدادة. وقد يحدث الالتهاب كنتيجة لاختلاطات بعض الأمراض العامة كالحمى القرمزية، الجدري والنكاف أو بشكل تال للعمليات الجراحية.

التهاب الغدد اللعابية القيحي:

غالبا" ما تصاب ويمكن أن يكون من النوع الحاد أو المزمن إلا أنه يصيب غدد لعابية أخرى

أسباب التهاب الغدد اللعابية القيحي:

- أ- انتانات الحفرة الفموية وما حولها
- ب- يحدث كاختلاط عند الإصابة بانتان عام مثل الجدري ، الحمى التيفية، الحمى القرمزية وتجترثم الدم.
- ت- إنتان بعد بعض العمليات الجراحية الذي يتطور خلال 5-7 أيام بعد العملية ويكون ناجما" عن الإصابة بالمكورات العنقودية أو المكورات العقدية.
- ث- كاختلاط لالتهاب الغدة النكفية الوبائي (النكاف)
- ج- الاضطرابات الاستقلابية

معالجة التهاب الغدد اللعابية القيحي:

نستخدم الصادات الحيوية ، تدليك الغدة لتحرير الجريان اللعابي ، وقد نضطر لاستئصال الغدة في الحالات المستعصية والمعدنة المزمنة.

التهاب الغدة النكفية الحاد:

يصيب جميع الأعمار حتى عند حديثي الولادة ، يبدأ كالتهاب مصلي ويتطور بسرعة ليأخذ شكلا" قيحيا" مع تشكل خراج، ومع تقدم المرض ينتشر الالتهاب القيحي للمناطق المحيطة بالقناة ويشمل النسيج العنابية ، ويمكن أن يفرز القيح من الأقنية المفرغة ، يعتقد أن الجراثيم وبشكل خاص العنقوديات تعبر من خلال القناة إلى الغدة مشكلة خراجا" يحدث هذا الالتهاب نتيجة لـ :

- 1- التهاب الغشاء المخاطي للقناة بسبب إهمال صحة الفم أو قلة إفراز اللعاب
- 2- انسداد القناة بسبب تراكم الخلايا البشرية المتوسفة والقيح والجراثيم التي تشكل سدادة تمنع من جريان اللعاب وانطراحه الى جوف الفم
- 3- انتان تراجعى في مريض واهن يعاني من مرض انتاني مزمن او اضطراب استقلابي
- 4- الاورام الخبيثة
- 5- ارتقاء الجراثيم من الفم عبر القنوات من جراء الانتانات الفموية او البلعومية الانفية
- 6- انتان الطريق الدموي او الطريق اللمفي الا انه نادر الحدوث واذا حدث فانه ينتج عن تجرثم الدم وتقيحه

7- ضعف مقاومة المريض العامة وزيادة عدد الجراثيم الفموية حول فوهة القناة يعتبر من الاسباب المؤهبة

8- يحدث الالتهاب نتيجة لتظاهرات إيريكانية كما في التهاب الغدة النكفية السمي بسبب مركبات النحاس والرصاص والزنبق

9- السل والزهري وداء الفطر الشعاعي

المظاهر السريرية لالتهاب الغدة النكفية الحاد

تنتج الغدة بسرعة وترتفع شحمة الاذن ويتألم المريض عند جس الغدة او الضغط عليها ويمتد الانتباج الى زاوية الفك والخد والعين ويصبح لون الجلد أحمر وينبتق القيح من القناة الملتهبة عبر فوهتها كما يحدث ترفع حروري مع انتباج العقد اللمفية .

يمكن أن نشاهد ما يسمى بالتناذر الأذني الصدغي الذي يظهر على شكل تعرق واحتقان المنطقة المصابة خاصة عند البدء بتناول الطعام وقد يؤدي امتداد الخراجات في الانتانات الشديدة إلى تمزق في صماخ الأذن الخارجية ويرافق التهاب الغدد اللعابية الحاد ارتفاع الكريات الدموية البيضاء وزيادة معدل النبض.

يلحظ حدوث تمددات للقنيتات الغدية والمجاري الصغيرة مع حدوث انتان صاعد باتجاهها وتتكون خراجات صغيرة في الغدة تتحد بعضها مع بعض لتشكل خراجا" كبيرا" قد يصيب المحفظة ويتشكل ناسور يتفرغ من خلاله محتوى الخراج.

التهاب الغدة اللعابية تحت اللسانية

يحدث نتيجة امتداد الالتهاب من النسيج المجاورة في قاع الفم إلى فوهة مجرى الغدة تحت اللسانية أي أنه إنتان صاعد من فوهة القناة.

سريريا":

- تتضائل لمعة المجرى في الالتهاب الحاد
- فرط تصنع في الفصيصات الغدية والمجاري الصغيرة في الالتهاب المزمن
- وجود خلايا مستديرة مرتشحة في الغدة
- تنتج الغدة انتباجا" لينا" ومتوضعا"

التهاب الغدة اللعابية تحت الفك

تنتج الغدة ويفرغ القيح من فوهتها نتيجة الضغط عليها وتكون مؤلمة وحساسة وتعود أسبابه إلى :

- تسرب الجراثيم إلى الغدة عبر قناة وارتون
- انسداد المجرى بحصاة لعابية
- تغيرات التهابية تؤدي لتضييق القناة
- إصابات سلية أو زهرية أو بداء الفطر الشعاعي.

معالجة التهاب الغدد اللعابية القيحي الحاد:

نأخذ مفرز من الغدد اللعابية ونجري زرع وتطبيق الصاد الحيوي المناسب، وغالبا" تستجيب الغدة الملتهبة بسرعة لتطبيق البنسلين أو الصادات الواسعة الطيف.

التهاب الغدد اللعابية المزمن:

يصيب الالتهاب المزمن كلا" من الغدة النكفية والغدة تحت الفك بنسبة كبيرة ، كما يصيب الغدة تحت اللسانية أحيانا" . يتطور من التهاب مزمن غير معالج أو ينشأ مزمن

دون أن يسبقه حاد. نتيجة اضطرابات عامة مختلفة عوامل موضعية مثل الشذوذات في الأتنية اللعابية، التحصي اللعابي، الأجسام الأجنبية ، التهاب النسيج المجاورة ويمكن للأشعة أن تسبب التهابا " مزمنًا" في الغدد اللعابية . كما يمكن أن يشاهد هذا الالتهاب في سياق الإصابة بتناذر سجوغرن.
سريريا":

تبدو الغدة متضخمة بشكل دائم ، ليس من الضروري أن يرافق الألم هذا التضخم ويتناقص سيلان اللعاب لتضيق القناة ويكون هذا اللعاب على الأغلب قيحيا" مخاطيا" ويحوي خلايا بشرية أو يكون قلويا" يشخص باستخدام ورقة قياس الـ PH ، قد يحدث انتباج متقطع مع ألم يزداد قبل الطعام ويتراجع بعده ، لا يرافق هذه الحالة ترفع حروري وإذا مسدت الغدة يخرج سائل بقوام الحليب.

بالفحص الشعاعي الظليل يظهر تمردا" في الأتنية اللعابية وتوسع في الفصيصات الغدية إضافة إلى تضيق القناة المفرغة ويمكن تشخيص هذه الإصابة عند اكتشاف لعاب مقيح أو قلوي.

العلاج:

يجب تأمين استمرار للتدفق اللعابي الجيد وخروجه إلى الفم والذي يتم عن طريق التدليك وتمسيد الغدة أو نلجأ لشق فوهة القناة وقد نضطر إلى إعطاء محرضات الإفراز كعصير الليمون أو مسيلات اللعاب .

نعطي الصادات الحيوية بعد إجراء الزرع والتحسس لنوع الصاد الأكثر فعالية . وكذلك يمكن للتصوير اللعابي الظليل أن يكون كمظهر أو يمكن أن يزيل السدادة العضوية بالقناة.

التهاب الأتنية اللعابية: Sialoductitis

التهابات الأتنية اللعابية ترافق في معظم الحالات التهابات الغدد اللعابية الإنتانية حيث يلاحظ عند احتداد الحالة خروج القيح من فوهة القناة المصابة مع احتقان واحمرار وانتباج مدخلها . ويحدث انتباج وألم وتضيق في القناة يظهر بشكل السبحة على الصور الشعاعية الظليلة وقد يحدث انسداد عضوي بها.

يمكن أن ينجم التهاب الأتنية اللعابية أيضا" من وجود حصاة لعابية ضمن القناة وفي هذه الحالة تعالج معالجة الحصاة اللعابية أما التهابات الغدد الإنتانية تتم المعالجة بإعطاء الصادات الحيوية مع إجراء توسيع للقناة وغسلها حيث يلاحظ خروج كميات من اللعاب العكر.

التهاب الشفة الغدي:

- يصيب الشفة السفلية نتيجة فرط نشاط الغدد اللعابية الصغيرة .
- يصيب البالغين ونادرا" ما يصيب الأطفال
- تبدأ الآفة بالثلث المتوسط من الشفة وتنتشر نحو الصوار
- أكثر المناطق عرضة للإصابة هي خط الاتصال مع الشفة العلوية

الأمراض الالتهابية ذات المنشأ العام:

1- السل Tuberculosis

يصيب السل الغدد اللعابية والعقد اللمفية التابعة لها إلا أن أكثر الغدد اللعابية تعرضاً للإصابة به هي الغدة تحت الفكية ثم الغدة النكفية ويكون هذا الالتهاب من النوع المزمن ويسبب انتباجاً بشكل مشابه للورم يظهر بشكل ورم بطيء النمو ثابت وغير مؤلم بالجس ، عادةً أحادي الجانب وتشاهد في الغدة المصابة درنات سلية صغيرة أو كبيرة وهي تأخذ بالتجبن الجزئي ، ويمكن أن يظهر له ناسور للتصريف ، أما إصابة السل للغدة النكفية فيدعى بالنكاف السلي.

إن إصابة الغدد اللعابية بالسل لدى مريض مصاب بالسل الرئوي تحدث نتيجة دخول العصية السلية في مجرى الغدة من اللعاب المؤوف أو يصل إلى الغدة من العقد اللمفاوية اللوزية أو الحول الغدية في حال التدرن السلي العام. يتم تشخيصه بالفحص الشعاعي للصدر وفحص الخزعة والفحوصات الجلدية مثل فحص (PPD) (Purified Protein Derivative) أو بواسطة تلقح الخنزير الهندي.

تتم المعالجة باستئصال الغدة مع العقد اللمفية المجاورة وإعطاء الصادات.

2- الزهري Syphilis

تعتبر إصابة الزهري للغدد اللعابية نادرة وعند حدوث مثل هذه الإصابة فإن الإصابة الغدية النكفية هي التي تصاب أكثر من غيرها . أغلب إصابات الزهري للغدد اللعابية تعود للزهري المكتسب من النوع المزمن المتصمغ. هذا وإن المعالجة النوعية للزهري تعطي نتائج جيدة وخاصة في حالات الحادة من الإصابة.

3- داء الفطر الشعاعي Actinomycosis

يصيب الغدد اللعابية وخاصة الغدة اللعابية النكفية وسببه دخول الفطر من فوهة قناة ستنون بعد إصابة موضعية فموية وتكون هذه الإصابة إما بشكل إنتان حاد يسبب ألم وانتباج وتشكيل خراجات متعددة تتحد لتشكيل خراجاً كبيراً ضمن الغدة مما يؤدي للتقرح وتشكل ناسور يخترق الجلد بعد تمزقه إذا لم يعالج. أو بشكل مزمن يشبه التدرن السلي مسبباً كتلة لا عرضية تبقى موجودة لعدة أشهر.

إن تشخيص هذه الإصابة يعتمد على الزرع وأحد الخزعة وتتم المعالجة بإعطاء الصادات الحيوية مع إجراء التفجير

أورام الغدد اللعابية Tumors of the salivary glands

أولاً: الأورام الحميدة: Benign Neoplasms

تكون نسبة حدوث أورام الغدد اللعابية الصغرى منخفضة ، وتصاب الغدة النكفية أكثر من غيرها وخاصة بالأورام الحميدة ، وغالباً ما تكون إصابة الغدة تحت الفك والغدد الصغرى من النوع الخبيث ، وتكون نسبة حدوث الخباثة في الغدد اللعابية على النحو التالي من مجمل إصاباتهما كلا على حدة.

- الغدة النكفية 25%

- الغدة تحت الفكية 50%

- الغدد الصغرى 60-75%

مع أن إصابة الغدة تحت اللسانية نادر الحدوث ، وإن حدث فغالبا ما يكون من النوع الخبيث.

1- الورم المختلط الحميد (الورم الغدي متعدد الأشكال)

Pleomorphic Adenoma (Benign Mixed Tumor)

ويمثل الورم الأكثر شيوعاً والذي يصيب الغدد اللعابية الكبرى والصغرى ونسبة 85% من الإصابات تكون في الغدة النكفية و8% في الغدة تحت الفكوية و7% في الغدة الصغرى ، وفي حالة حدوثها في الجوف الفموي فإن معظمها في الحنك. سريريا:

يحدث في أي عمر ، ويزداد حدوثه في النساء أكثر بين العقدين الرابع إلى السادس ، ويمثل 50% من أورام الغدد اللعابية الصغرى وتكون الآفة متحركة باستثناء موقعها في الحنك الصلب حيث تكون الآفة ثابتة ، وتبدو الآفة كورم قاس غير مؤلم ولا تسبب تقرح المخاطية التي فوقها في معظم الحالات. ويكثر حدوث الورم في الحنك الصلب كموقع داخل فموي ثم الشفة العليا ثم المخاطية الخدية ، وتفتقر الآفة التي تحدث في الحنك الصلب خاصة وداخل الفم عامة.

عندما يحدث الورم المختلط (الورم الغدي متعدد الأشكال) في الغدة النكفية يكون غير مؤلم وبطيء النمو وغالبا ما يكون تحت الأذن وخلف الفك السفلي . ويتراوح حجم الورم عموماً من عدة ملمترات إلى عدة سنتمترات في القطر وقد يصل إلى أحجام عملاقة حال حدوثه في الغدد الكبرى وخاصة النكفية. ويشبه التشريح المرضي في بعض الحالات الورم الغدي وحيد الشكل أو الغرن الغدي التكييسي .

وثمة صفات تسوقنا إلى احتمالية التغيرات الخبيثة مثل وجود مناطق بؤرية متنخرة أو غزو أو انقسامات لا نمطية أو شفافية زائدة. العلاج:

الاستئصال الجراحي لهذه الآفة سواء كانت الإصابة في الغدد الصغرى أو الكبرى هو العلاج ذو الاختيار الأول والوحيد. تترافق إزالة الورم المختلط غير التام في الغدد الكبرى بالنكس ، وغالبا ما يكون النكس بشكل بؤر ورمية منفصلة ومتعددة ، وتتوزع هذه الآفات الناكسة داخل منطقة الجراحة السابقة أو في مكان الندبة الجراحية.

2- الورم الغدي وحيد الشكل Monomorphic Adenomas

يتكون من نوع واحد من الخلايا ولا يوجد تغيرات في النسيج الضام. يوجد له أنواع عديدة: منها

- الورم الغدي ذو الخلايا القاعدية Basal cell adenomas

ويشكل حوالي 1-2% من الأورام الغدية في الغدد اللعابية ويصيب بنسبة 70% الغدة النكفية، أما الغدد اللعابية الصغرى فتصاب الشفة العلوية ثم الحنك ثم المخاطية الخدية ثم الشفة السفلى ترتيباً حسب نسبة الحدوث سريريا :

يسير المرض بشكل عام كورم بطيء النمو وغير مؤلم ، ويكون مميز سريريا" أثناء الجس ولكن ربما يكون متعدد البؤر ومتعدد العقد، ويصيب الفئات العمرية بين 35-80 سنة وبمتوسط عمري يساوي 60 سنة ولقد لوحظ ميل الورم نحو الذكور.

ويحدث في الغدة النكفية في أكثر من 90% من الحالات ، ولم تسجل أي حالة في الغدد اللعابية الصغرى ، وهذه الآفة تختلف في حجمها من 1-5 سم

- الورم الغدي القنوي Canalicular Adenoma

نوع منفصل من الورم الغدي وحيد الشكل ، ويتميز عن الورم ذي الخلايا القاعدية لأنه يحدث بصورة مطلقة داخل الجوف الفموي وله ميزات سريرية ونسجية خاصة رغم تشابههما في السلوك الحيوي.

سريريا" :

يحدث بعد الخمسين من العمر ويصيب النساء أكثر من الرجال ، وتعد الشفة العليا أكثر المواضع إصابة وتبدو الآفة متحركة ولا عرضية ، وتختلف في الحجم من عدة ملمترات إلى 2-3 سم .

يجب تمييز هذه الآفة في التشخيص التفريقي عن كيس الاحتباس المخاطي والورم المختلط الحميد

- ورم الخلايا الظهارية العضلية: Myoepithelioma

تنشأ معظم الأورام الظهارية العضلية في الغدة النكفية ، وبشكل أقل في الغدة تحت الفك والغدد اللعابية الصغرى ، ويظهر الورم سريريا" ككتلة محددة غير مؤلمة داخل الغدة المصابة ، ويتساوى الجنسان من حيث الإصابة بهذا الورم ، وقد سجلت تقارير حدوث الورم بين العقدتين الثالث والثامن وبمتوسط عمري 53 سنة .

- الورم الغدي الدهني Sebaceous Adenoma

لقد لوحظ وجود غدد دهنية أو تمايز دهني في الغدد النكفية وتحت الفك. ويعتقد أن هذا النسيج ينشأ في القنوات داخل الفصيصية ويسبب الورم الغدي الدهني . تكون أكثر الإصابات في الغدة النكفية، وسجلت حالات إصابة داخل فموية. تتراوح هذه الآفة من عدة ملمترات إلى عدة سنتمترات في القطر .

- ورم الخلية المنتفخة Oncocytoma

هذه الآفة نادرة في الحدوث في النسيج اللعابي وتسمى أيضا" الورم الغدي الحمضي ويسود - إن حدث- في الغدة النكفية .

يبدو الورم سريريا" بشكل صلب مدور أو بيضاوي الشكل وأقل من 5 سم عندما يلحظ في الغدد اللعابية الكبرى ، ويكون نادر الحدوث في الغدد اللعابية الصغرى وأحيانا" يكون ثنائي الجانب.

- ورم وارطون أو الورم الغدي الكيسي اللمفي الحليمي Warthin Tumor (Papillary Cyst Adenoma Lymphomatosum)

يمثل هذا الورم 7% من مجمل الأورام الظهارية التي تصيب الغدد اللعابية ، والنسبة الأغلب تصيب الغدة النكفية ، وتندر في الغدد الصغرى ، ويعتقد أن هذا الورم ينشأ داخل العقد اللمفية كنتيجة لبقاء عناصر غدد لعابية فيها أثناء التطور والنمو.

يكون الورم الواقع في الغدة النكفية نموذجياً بشكل كتلة كيسية أو عجينية الملمس قريباً من زاوية الفك السفلي للخلف مباشرة. وهذا التوضع قد يعطي انطباعاً بحدوث الورم في الغدة تحت الفك ، وتشير الدراسات الحديثة تساوي توزيع الورم على الجنسين وبميل قليل نحو الذكور ، وبمتوسط 65 بين العقدين الخامس والثامن .
قد يحدث الورم ثنائياً في الجانبين (2- 6 % من الحالات) ويكون النمو متعدداً إما متزامناً أو متلاحقاً أي إحداهما قبل الآخر .

ثانياً : الأورام الخبيثة

الأورام الخبيثة الأكثر حدوثاً في الغدد اللعابية هي:

1- السرطان الجلدي المخاطي Mucoepidermoid Carcinoma

هي أورامظهارية تنتج المخاط، ويعتقد أنها تنشأ من القطع بين الفصيصية وداخل الفصيصية.
سريرياً:

يصيب الغدة النكفية بشكل شائع حيث لوحظت الآفة بنسبة 60-90% ويمثل الآفة الخبيثة الأكثر إصابة للغدد اللعابية وأكثر أورام الغدد اللعابية إصابة في الأطفال، وتقدر بنسبة 34% من أورام النكفية الخبيثة و20% من أورام الغدة اللعابية تحت الفك والغدد اللعابية الصغرى الخبيثة ، وقد تنشأ هذه الآفة مركزياً في الفك السفلي ويعتقد أن السبب هو بقايا جنينية من العناصر الغدية في الفك أو تغيرات ورمية للخلايا المخاطية في للخلايا المخاطية في الأكياس سنية المنشأ .
ويسود هذا الورم في العقدين الثالث – الخامس من العمر ، ويتساوى الجنسان في الإصابة.

2- السرطان الغدي الكيسي : Adenoid Cystic Carcinoma

يعد من الأورام الخادعة والمضللة في منطقتي الرأس والعنق، ويعتقد أن منشأ الورم من خلايا القناة المقحمة أو معقد النهاية القنوية .
سريرياً :

يحدث بنسبة 23 % من سرطانات الغدد اللعابية ، وتتركز نسبة 50-70 % من هذه الإصابات في الغدد اللعابية الصغرى ، وإذا حدث في الغدد اللعابية الكبرى فإن النكفية تأخذ النصيب الأكبر .

يصيب هذا الورم العقدين الخامس إلى السابع وبدون ميل للذكور أو الإناث ، إلا الآفات التي تصيب الغدة تحت الفك فإنها تصيب الإناث أكثر .
سريرياً :

يظهر في الغدد اللعابية الكبرى كتكتلة أحادية الفص قاسية عند الجس ومؤلمة نوعاً ما ونموها بطيء حيث قد تمر عدة أعوام قبل أن يبحث المريض عن علاج، وقد يصاب العصب الوجهي بالضعف أو بالشلل وتكون هذه الحادثة هي العرض الأول لجذب انتباه المريض برغم أنها تحدث في مراحل الورم المتأخرة ، وأحياناً يجتاح الورم العظم ولا يظهر شعاعياً في بداية اجتياحه لأنه ينتشر خلال فراغات النقي ، ويكثر الانتقال إلى الرئة بشكل أكبر مقارنة بالعقد اللمفية المنطقية، كما يمكن أن يجتاح المسافات حول العصبية أحياناً .

ويترافق مع الورم داخل الفموي وخاصة الحنك تقرحات المخاطية المغطية ، وهذه الميزة تفرق الآفة عن الآفات الأكثر شيوعاً " من النوع الحميد المختلط.

3- سرطان الخلايا العنابية : Acinic Cell Carcinoma

هو أحد الأورام المميزة ذو المنشأ اللعابي في الغدد اللعابية الكبيرة وخاصة النكفة .
سريريا" :

يصيب كل الفئات العمرية حتى الأطفال، وتكون النسبة الأعلى بين العقدين الخامس والسادس، ولا يبدي الورم ميلاً لأحد الجنسين .

تمثل هذه الآفة 14% من سرطانات الغدة النكفية و9% من مجموع السرطانات للغدد اللعابية في كل المواقع ، وصفة الورم النادرة الحدوث هي إصابة الغدة النكفية ثنائي الجانب في حوالي 3% من الحالات ومعظم الحالات تنشأ في الفص السطحي ، والقطب السفلي للغدة النكفية ، وسجلت حالات قليلة في الغدة اللعابية تحت الفك والغدد اللعابية الصغرى.

يتظاهر الورم بشكل آفة بطيئة النمو وقطرها أقل من 3 سم ، وغالياً ما يترافق الألم مع هذه الآفة، وتختلف الفترات الفاصلة بين ظهور الكتلة الورمية وطلب المعالجة من 6 شهور إلى خمس سنوات، ويكون الانطباع في أكثر من نصف الحالات الكلية أنها حالة حميدة.

4- السرطان الغدي متعدد الأشكال:

وتمثل هذه الآفة خباثة ظهارية تنشأ في منطقة وجود سابق لورم غدي متعدد الأشكال ، حيث يمكن التعرف على بعض بقاياها ، وعندما يحدث انتقال فإن مكونات الورم الخبيث هي التي تنتقل فحسب .
سريريا" :

ينشأ هذا السرطان من ورم غدي متعدد الأشكال غير معالج لفترة طويلة أو نكس عدة مرات خلال أعوام سابقة وحينها يكون سريع النمو بعد الفترة الطويلة من الزيادة غير الملحوظة. إن 86% من السرطان الغدي متعدد الأشكال توجد في الغدة النكفية و18% في الغدد الصغرى ويصيب الفئات في متوسط عمري 60 سنة ، ويميز خباثة الآفة التصاقها بالنسج المجاورة والتقرحات واعتلال العقد اللمفية المنطقية .

المعالجة:

بالجراحة مع تسليخ جذري للعنق ، أظهرت إحدى الدراسات معدل الشفاء في خمس وعشر وخمس هشرة سنة على النحو التالي 40% ، 24% ، 19% على التوالي . وفي دراسة أخرى ، فإن الذين تمت مراقبتهم لعشر سنوات (30 %) كانوا معافين تماماً" .