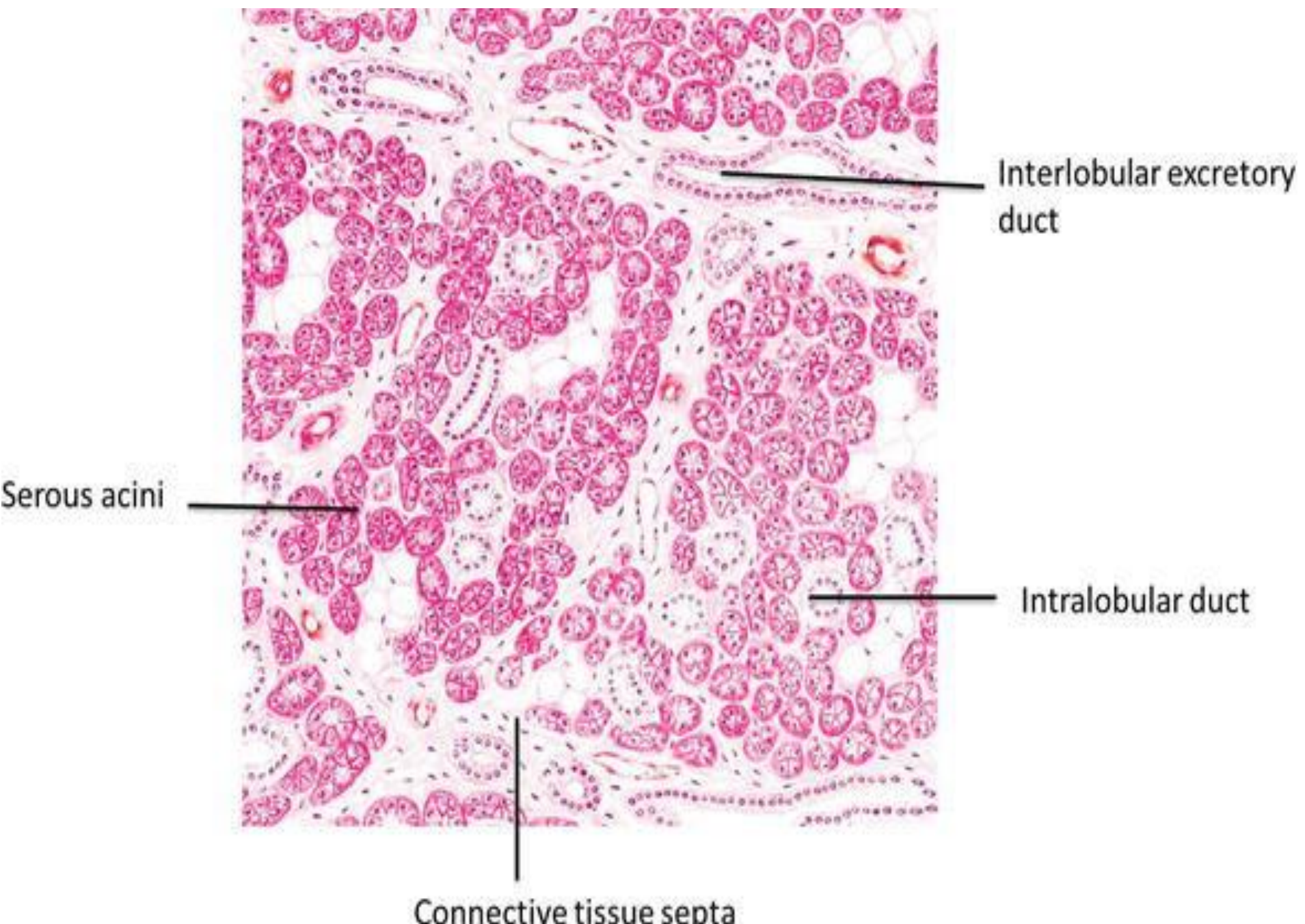
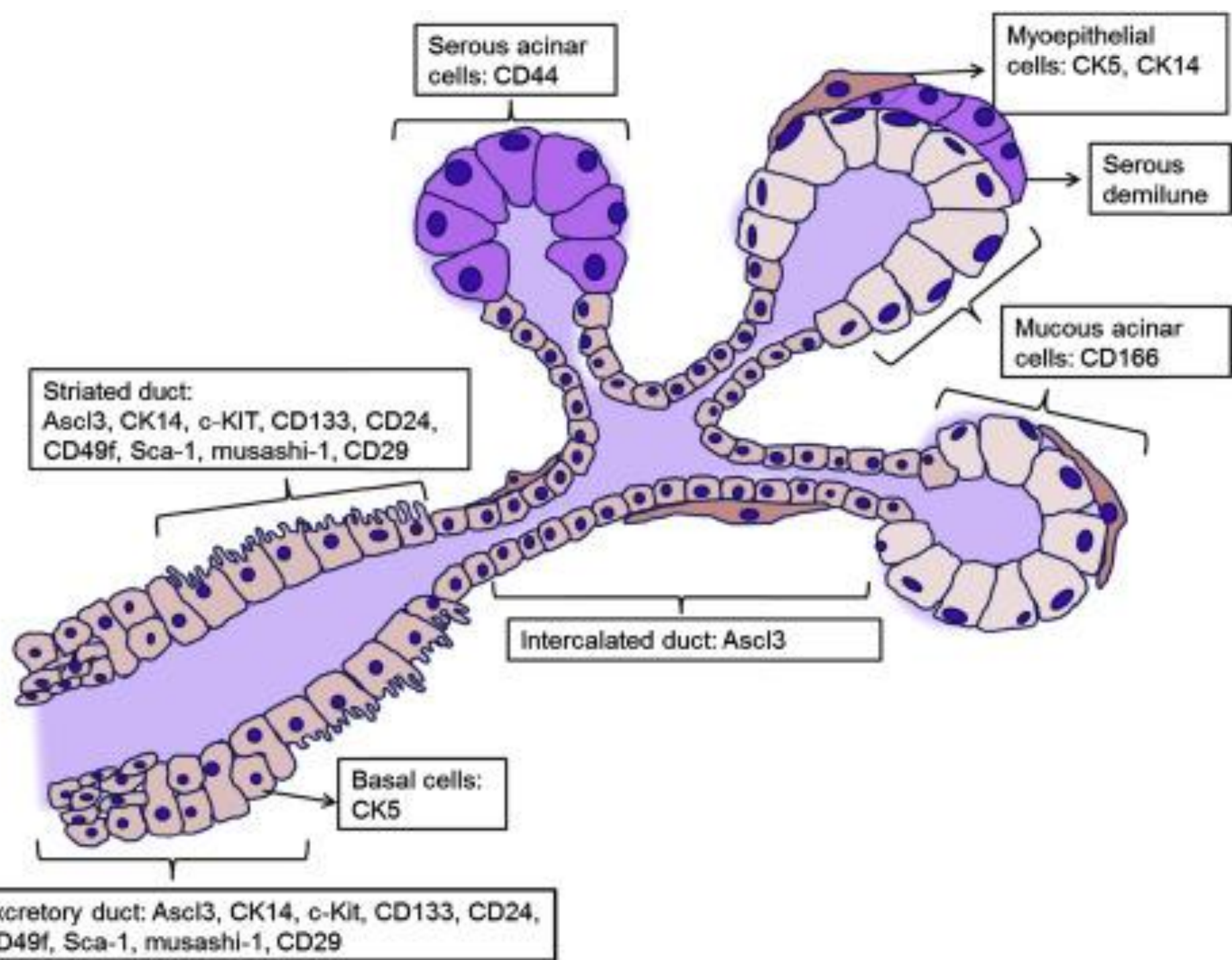


أمراض الغدد اللعابية

Salivary gland diseases





• آفات ارتكاسية :

- ١- كيسة احتباسية مخاطية .
- ٢- قيلة الجيب الفكي المخاطية .
- ٣- الكيسة الاحتباسية الكاذبة للجيب الفكي .
- ٤- الحؤول الغدي .
- ٥- أمراض الغدد اللعابية المسببة بالتشعيع .

• II- آفات انتانية :

- ١- أمراض انتانية : النكاف – التهاب الغدد بالحمة المضخمة للخلايا .
- ٢- أمراض جرثومية .
- ٣- الداء الغرناوي .

• III- أمراض استقلابية .

• IV- آفات مترافقة مع خلل مناعي :

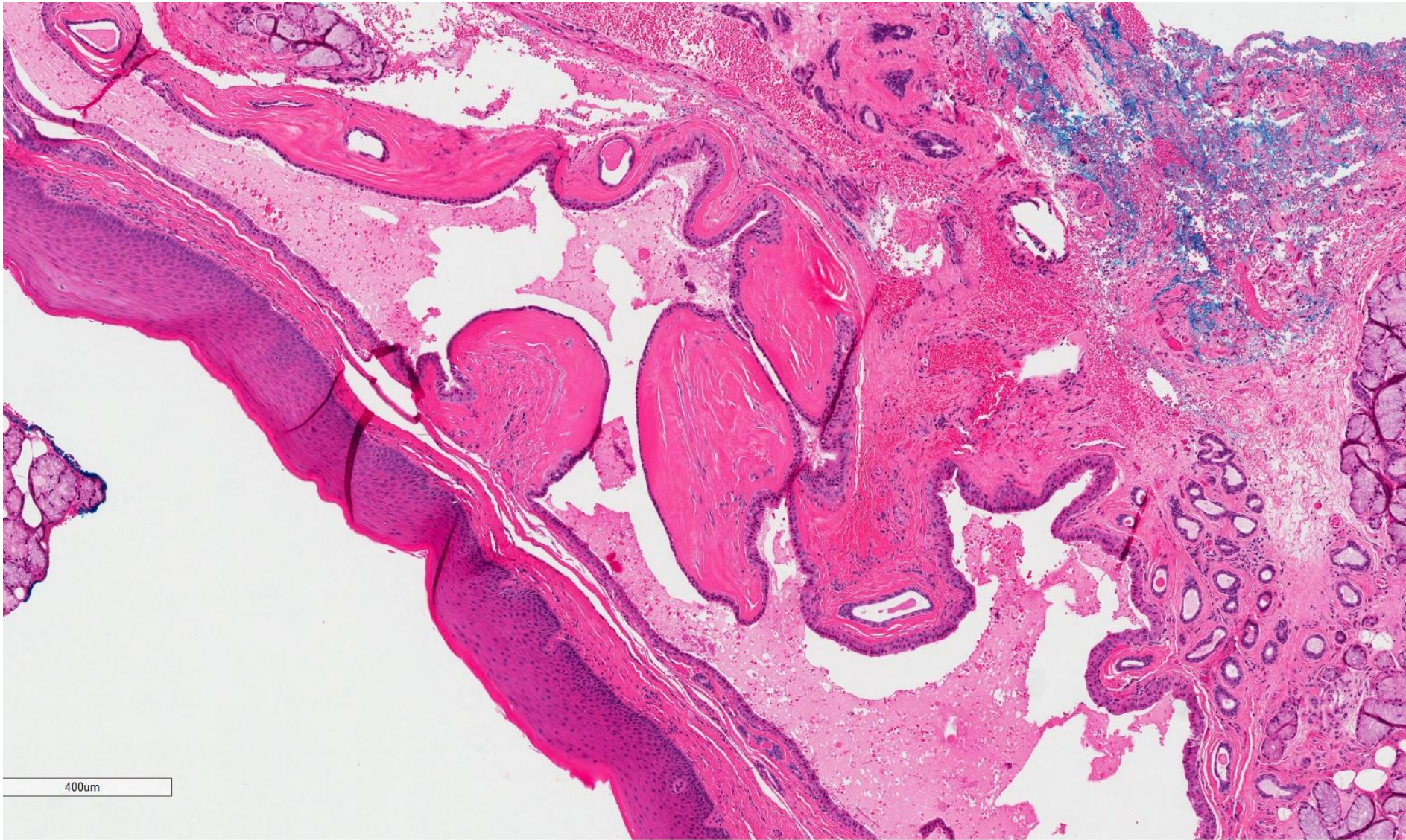
- ١- الآفة البشرية اللمفاوية .
- ٢- متلازمة سجوغرين Sjogren

• V- أورام سليمة :

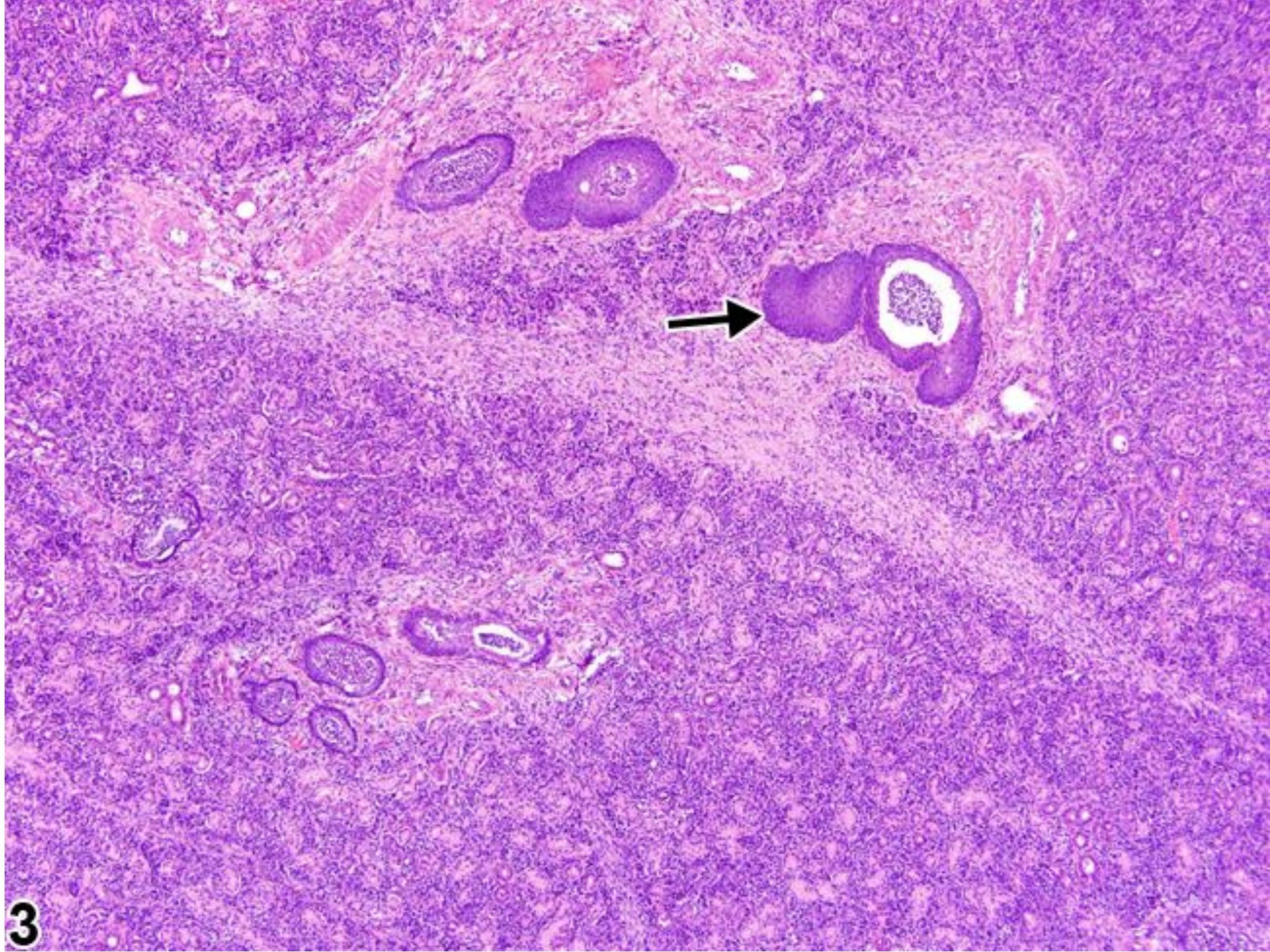
- ١- الورم الغدي المختلط (Mixed tumors) .
- ٢- الورم الغدي البسيط Simple adenoma .
- ٣- الورم القنوي الحليمي Canalicular adenoma .
- ٤- الورم البشري العضلي Myoepithelioma .

• VI- أورام خبيثة :

- ١-السرطانة المخاطية الشائكة Mucoepidermoid tumors
- ٢- السرطانة الغدانية الكيسية Adenoid cystic carcinoma
- 3- السرطانة القنوية .
- ٤- الورم الغدي المختلط الخبيث .
- ٥- سرطانة القنيات الانتهاية .
- ٦- سرطانة الأقنية اللعابية .
- ٧- السرطانة الغدية Adenocarcinoma .
- ٨- السرطانة الشائكة للخلايا Squamous cell carcinoma



Micrograph (H&E 5x) showing an ectatic space in the submucosa lined by 2 layers of stratified columnar to cuboidal epithelium. Inspissated mucin is found within the cystic lumen and the duct of the feeding minor salivary gland with mild obstructive changes. Focal oncocytic metaplasia can be identified at the superior aspect of the image at the highest magnification.



• الآفة الظهارية اللمفاوية السليمة (داء ميكو ليتز) :

• اكتشف عام ١٩٥٢ حيث يتصف بورم للغدة النكفية أحادي أو ثنائي الجانب ناجم عن ارتشاح لمفاوي سليم .

• اعتقد سابقاً أن منشأ الورم هو ارتشاح التهابي وحالياً يعتقد أن السبب هو تنشؤات حقيقية أو كاذبة مسؤولة عن هذه الحالة أو تشوهات مناعية .

• تشاهد هذه الآفة في تشوهات الغدة اللعابية فقط أو تكون إحدى تظاهرات متلازمة سجو غرين ومع أن الغالبية العظمى لهذه الآفات سليمة لكن وضعت حالات لتشكلات لمفاوية أو ظهارية خبيثة .

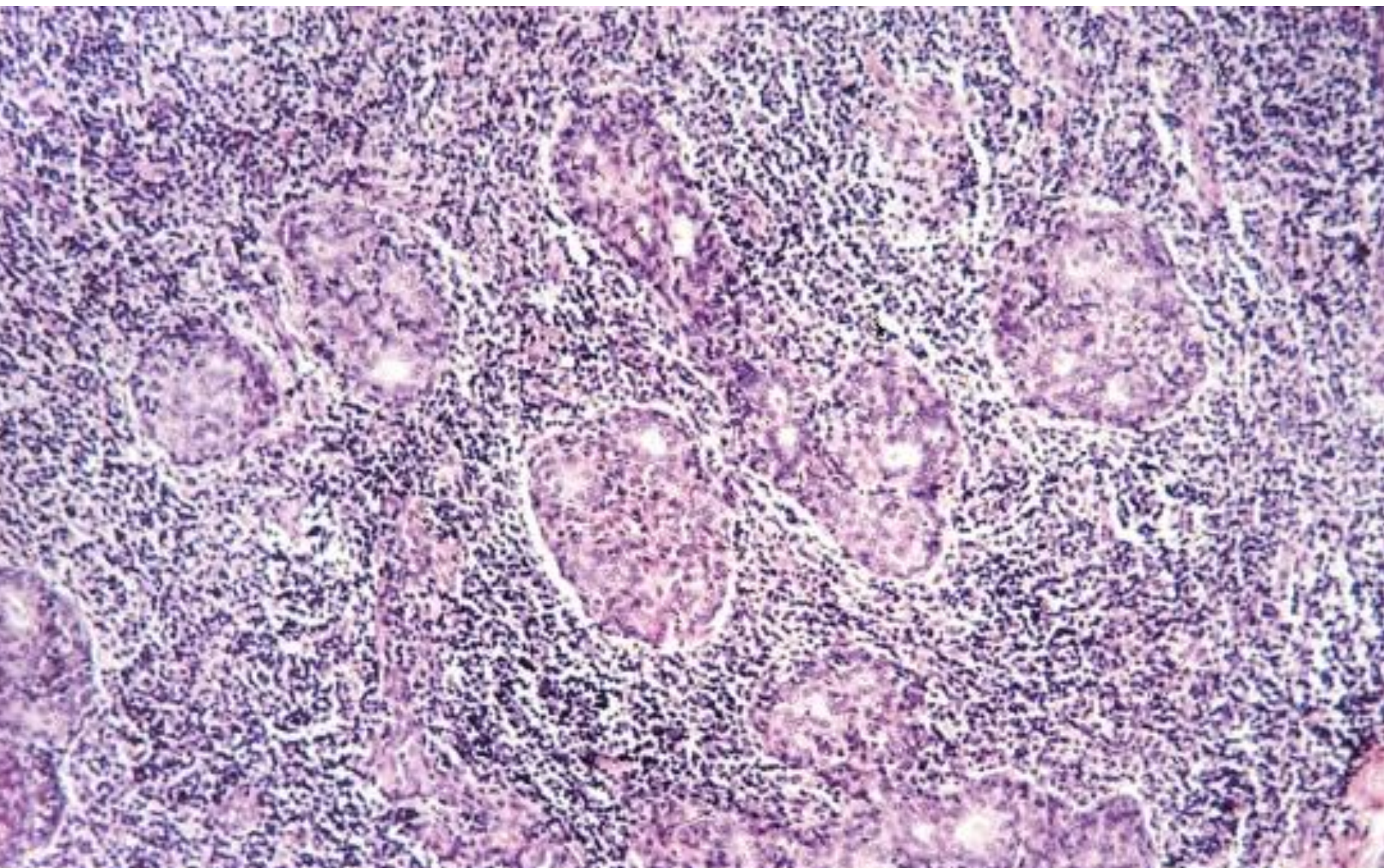
• الآلية المرضية :

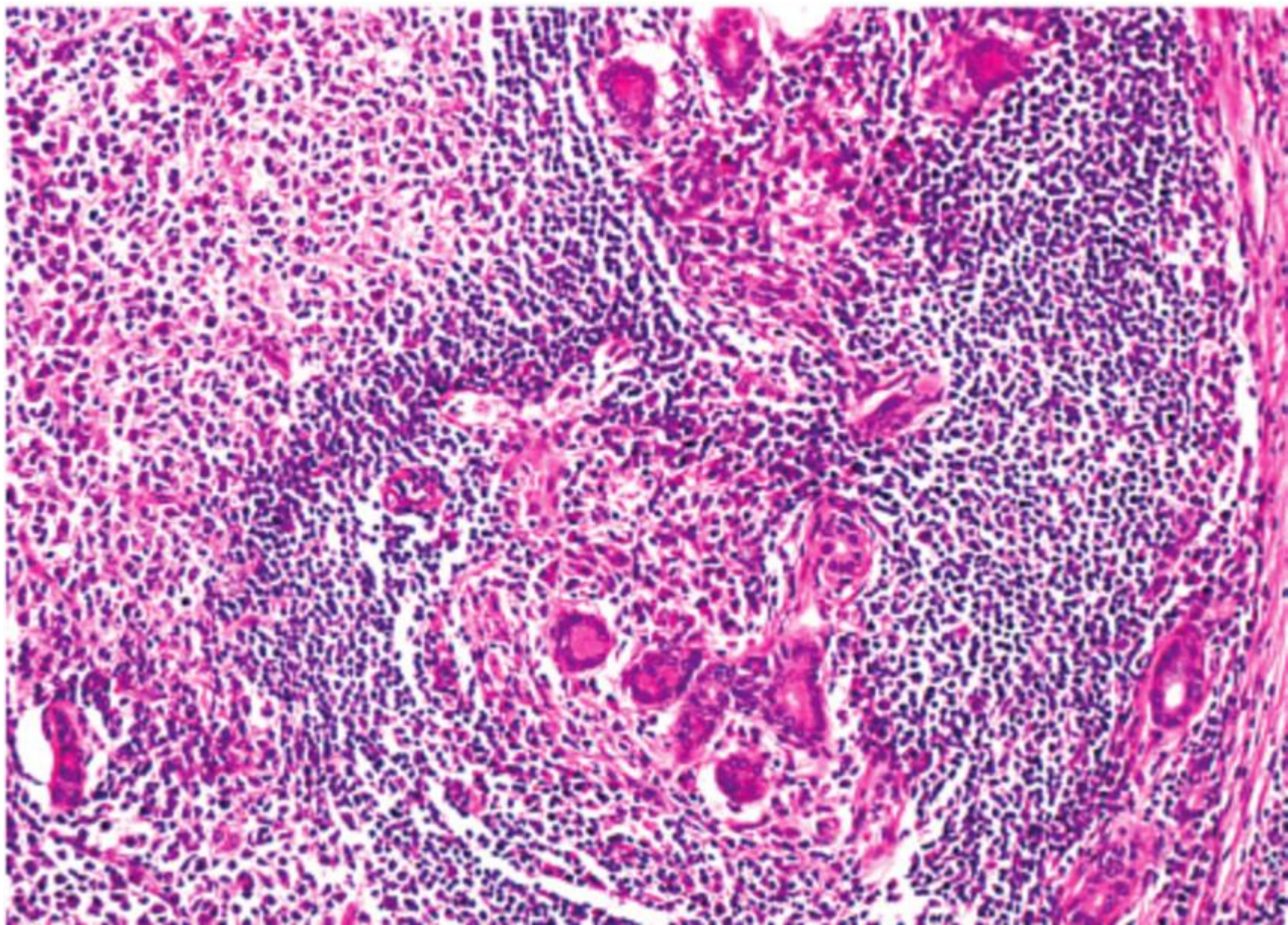
• لا تزال غامضة لكن تنجم غالباً عن تشوهات جنينية وراثية أو فرط حساسية ضمن خلايا الجهاز المناعي سببها زيادة وظيفة خلايا T المساعدة أو نقص وظيفة خلايا T المثبطة . وهناك نظرية تقول بوجود تبدل مستضدي سببه تحريض فيروسي لمستضد على سطح الخلية الغدية وهذا بدوره ينبه إنتاج أضداد خلايا B ضد النسيج الغدي ، وهذا الاضطراب ينجم عن الفعالية لكلا هاتين الحادثتين والنتيجة اضطراب مناعي وفقدان البرانشيم الغدي مع نقصان في وظيفتها .

• المظاهر السريرية :

• مع أن الحالات قليلة لكنها تلاحظ في الإناث بأعمال متوسطة ويمكن أن تكون الضخامة لا عرضية ويمكن أن تكون بطرف واحد لكن غالباً بطرفين .

• وتشاهد العلامات السريرية بعد إنتان جرثومي ثانوي نتيجة انسداد المجرى وهنا تصبح الغدة ضخمة وقاسية ونتيجة الانتانات الجرثومية المتكررة تصبح الغدة عقدية .





• تشريح مرضي :

• مجهرياً :

• يتوضع الالتهاب ضمن وحول القنوات داخل الفصيضية مسبباً (التهاب غدة لعابية أو التهاب غدة نكفية لمفاوي والنتيجة هي حصول توسع في القنوات وما حولها ضمور عنبي واستمرار الأذية للقنوات بشكل هجومي مع زيادة الارتشاح للمفاوي [?] حدوث حوول شائك الخلايا ضمن الأقنية وبالنتيجة يحدث انسداد للمعة مع فرط تصنع لخلايا الأقنية [?] لظهور جزء فوق ظهارية عضلية وهي الصورة النسيجية الأساسية لتشخيص هذه الآفة .

• يمكن مشاهدة خلايا حامضية تتداخل مع الجزر وتحيط بالارتشاحات للمفاوية في بعض الأوقات ، وفي المراحل الأخيرة لهذا المرض تزداد الآليات الخلالية مسببة ثقوب مزمنة أو جوف في الغدة اللعابية . الملتهبة عند فحصها ، نادراً ما نشاهد ارتشاح الأميلويد والنتيجة التهابية هي فقدان النسيج العنابية وفقدان الوظيفة الإفرازية .

• D.D تشخيص تفريقي : يجب أن نميز الضخامة المزمنة الغدية الثنائية في مرض الظهارية للمفاوية السليمة عن :

• الساركويد ، اللفوما ، النقرس ، اللوكيميا ، السكري الشبابي ، الكحولية المزمنة ونادراً ارتفاع توتر شرياني .

• القصة والفحص السريري هامين للتمييز وتساعد الفحوص المخبرية لتمييز السركويد والنقرس وأن فحص الدم المحيطي يفيد في اللوكيميا .

• العلاج والإنذار : لا يوجد علاج نوعي ولكن المراقبة المتكررة هامة لكشف التشكلات الورمية أو علاقتها بمتلازمة سجوغرين .

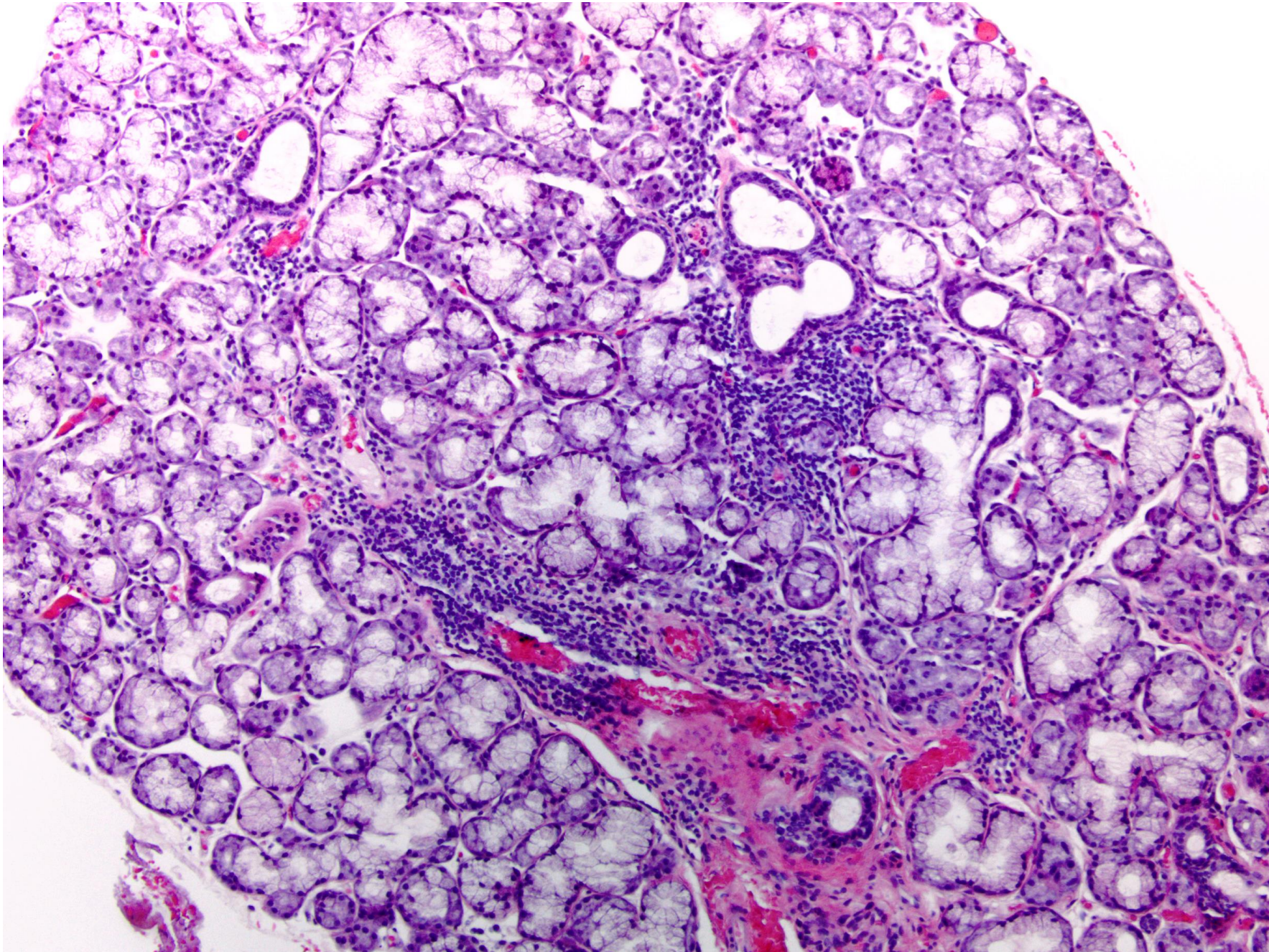
• متلازمة سجوجرين : Sjogren

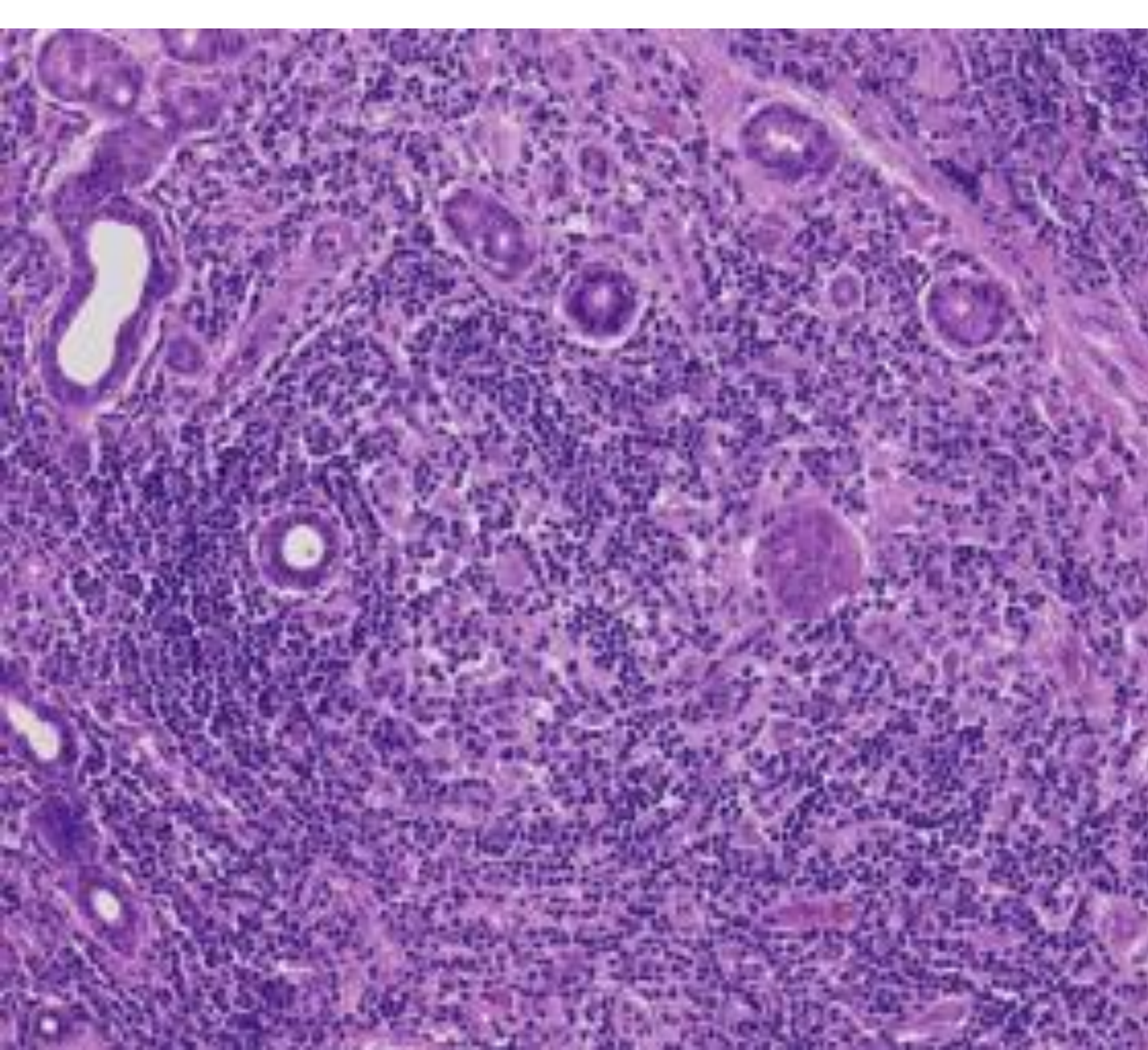
• من أمراض المناعة الذاتية وتتميز بعيون جافة (الالتهاب الملتحمة القرني) جفاف فم يعزى لتخرب الغدد اللعابية والدمعية ومجهرياً نشاهد نفس التغيرات الغدية في الآفة الظهارية السليمة يبدي بعض المرضى أمراض مبهمة تعزى لجفاف الفم أو جفاف الملتحمة . وعند البعض الآخر يتظاهر المرض لديهم بإصابة عدة أجهزة .

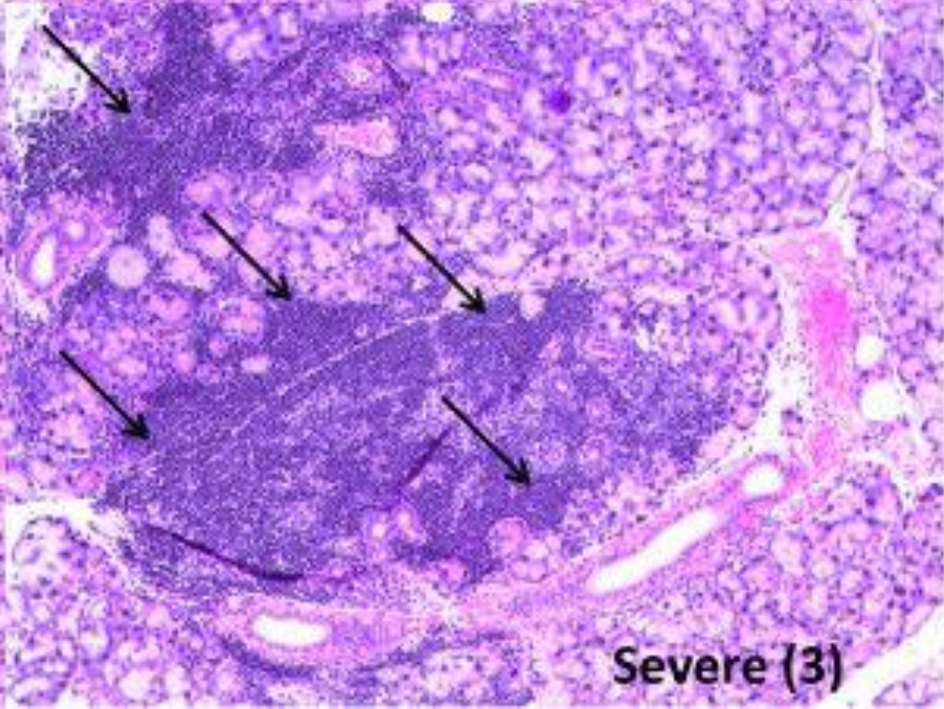
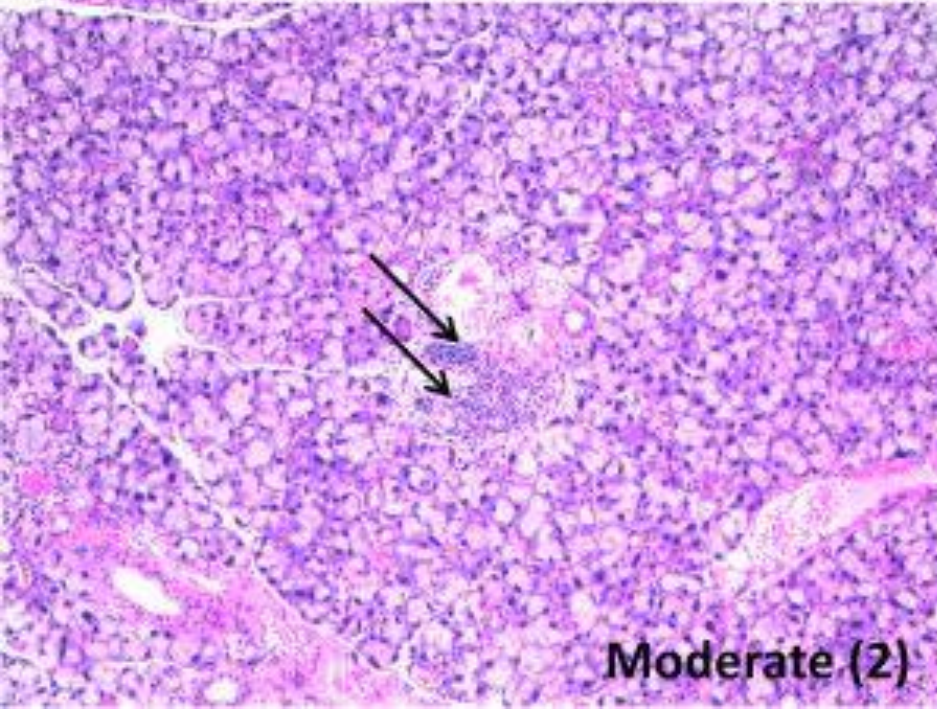
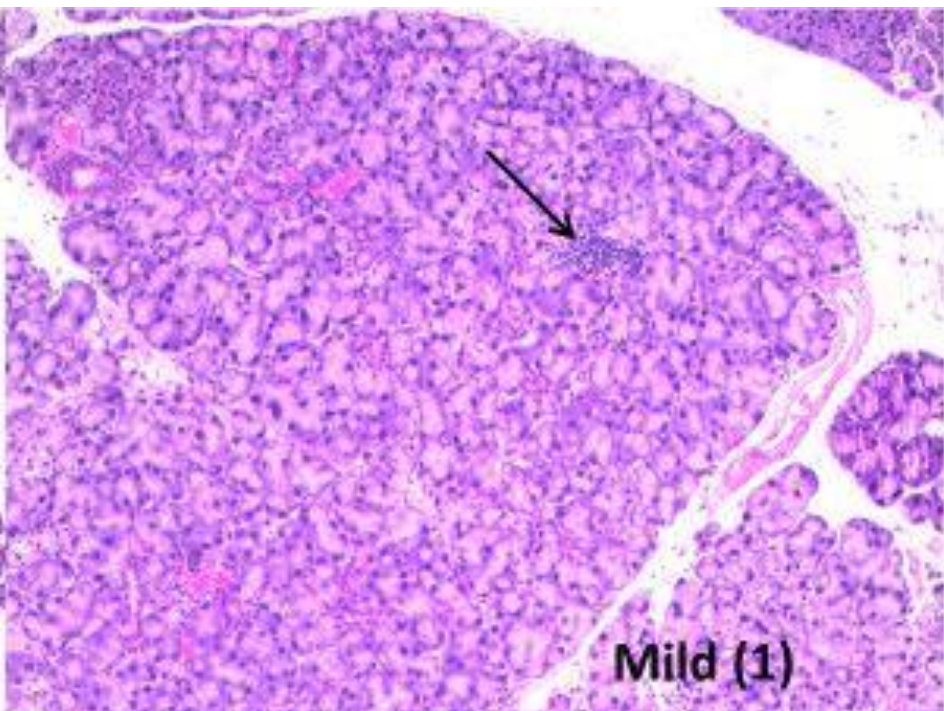
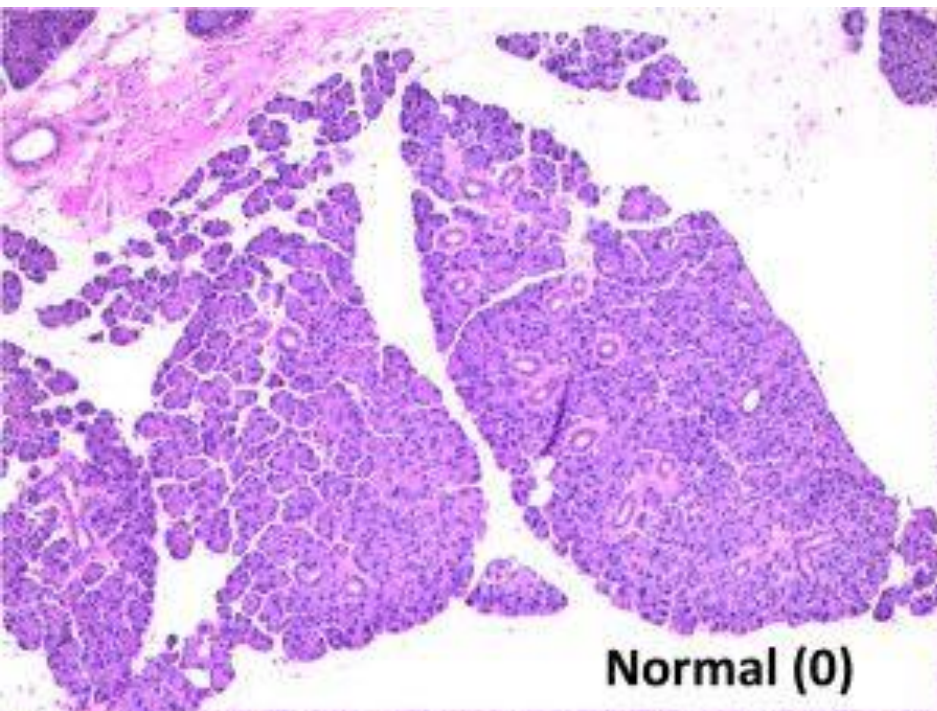
• تطور الغدد اللعابية والدمعية لاعتلال غدي مصمم سببه ارتشاح لمفاوي أو المناعة الذاتية .

• الآلية المرضية : على الرغم من أن السبب مجهول لكن التغيرات المناعية العديدة تشير لأن المرض معقد جداً وتتعلق التغيرات بفرط فعالية خلايا B الوحيدة النسيلة التي تعكس نقص في تنظيم خلايا T يظهر في هذه المتلازمة تفاعل التهابي مزمن من منشأ مناعي ذاتي محدد فقط بالغدد خارجية الإفراز وقد يمتد ليسبب اضطرابات في النسيج الضام ، وفي حالات إصابة الغدد خارجية الإفراز تعتبر متلازمة سجوجرين من النمط البدئي .

• وإذا حدث جفاف فم أو جفاف ملتحمة فهناك إصابة بالنسيج الضام وتسمى متلازمة سجوجرين الثانوية .



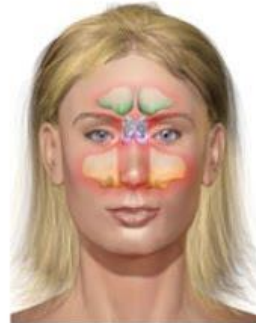






JJ Medicine

Sjogren's Syndrome



• سريراً :

• تشاهد متلازمة سجو غرين في كل المجموعات الجنسية والأثنية
ETHNIC وقمة ظهوره في سن / ٥٠ / سنة وعند الإناث في ٩٠ %
من الحالات . على الرغم من أن الأطفال نادراً ما تتأثر سجلت
حالات في مرحلة البقع المتأخرة ، وللتمييز بين متلازمة شجرين
البدئية والثانوية خاصة في الحالات المرافقة لـ R.A ليست صعبة .
وهذا الأمر هام بسبب زيادة الخطورة في حالة الخباثة اللمفاوية
العقدية التي تظهر في الشكل البدئي .

• ت.م : في كل الغدد اللعابية الكبيرة تكون المظاهر النسيجية
لمتلازمة سجو غرين معروفة جيداً وهي مشروحة تحت عنوان الآفة
اللمفاوية السليمة ، في كل الأشخاص الذين لديهم هذه المتلازمة
تترافق بارتشاح لمفاوي سليم في برانشيم الغدد اللعابية .

- مجهريا - تبدي جزر الخلايا الظهرية العضلية الخارجية في حوالي ٤٠% من الحالات تأثراً في الغدد اللعابية الصغيرة المتناثرة . يظهر التحضير الروتيني لنسيج الغدد اللعابية مدى واسع من درجات الالتهاب والارتشاح والعنبيات تظهر الآفة الداخلية خلايا لمفاوية متنوعة مع قليل من الخلايا البلاسمية .
- يرى تنكس العنبيات ويحدث تجمع للبؤر الالتهابية مع زيادة الارتشاح اللمفاوي وقد يلاحظ توضعات هيالينية حول الأقنية أو حول الأوعية . أظهرت الدراسات علاقة إيجابية في نمط وشدة الارتشاح بين الغدد اللعابية الشفوية وتحت الفكية والنكفية في متلازمة سجوغرين .
- يمكن تحديد شدة الإصابة بتقسيمها إلى مراحل تتراوح بين المرحلة صفر حيث لا نجد ارتشاحات لمفاوية أو مصورية ، وبين المرحلة ٤ حيث نجد ٥٠ خلية مدورة أو أكثر في مقطع مساحته ٤ مم^٢ . ويجب الانتباه أثناء قراءة نتائج الخزعات المأخوذة من الغدد الشفوية إلى أننا قد نشاهد تلك الارتشاحات في غدد طبيعية أو في غدد ملتهبة لسبب آخر

• التشخيص :

• يعتمد على المعلومات المخبرية والفحص السريري والقصة السريرية المفصلة ولا زلنا نعتمد على الثلاثية : (جفاف الفم ، جفاف العين ، الداء الرثوي) . وحالياً يفترض أن تجرى خزعة الغدد الشفوية التي يجب أن يظهر فيها على الأقل بؤرتان من اللمفاويات حول الأقنية في كل ٤ مم ٢ .

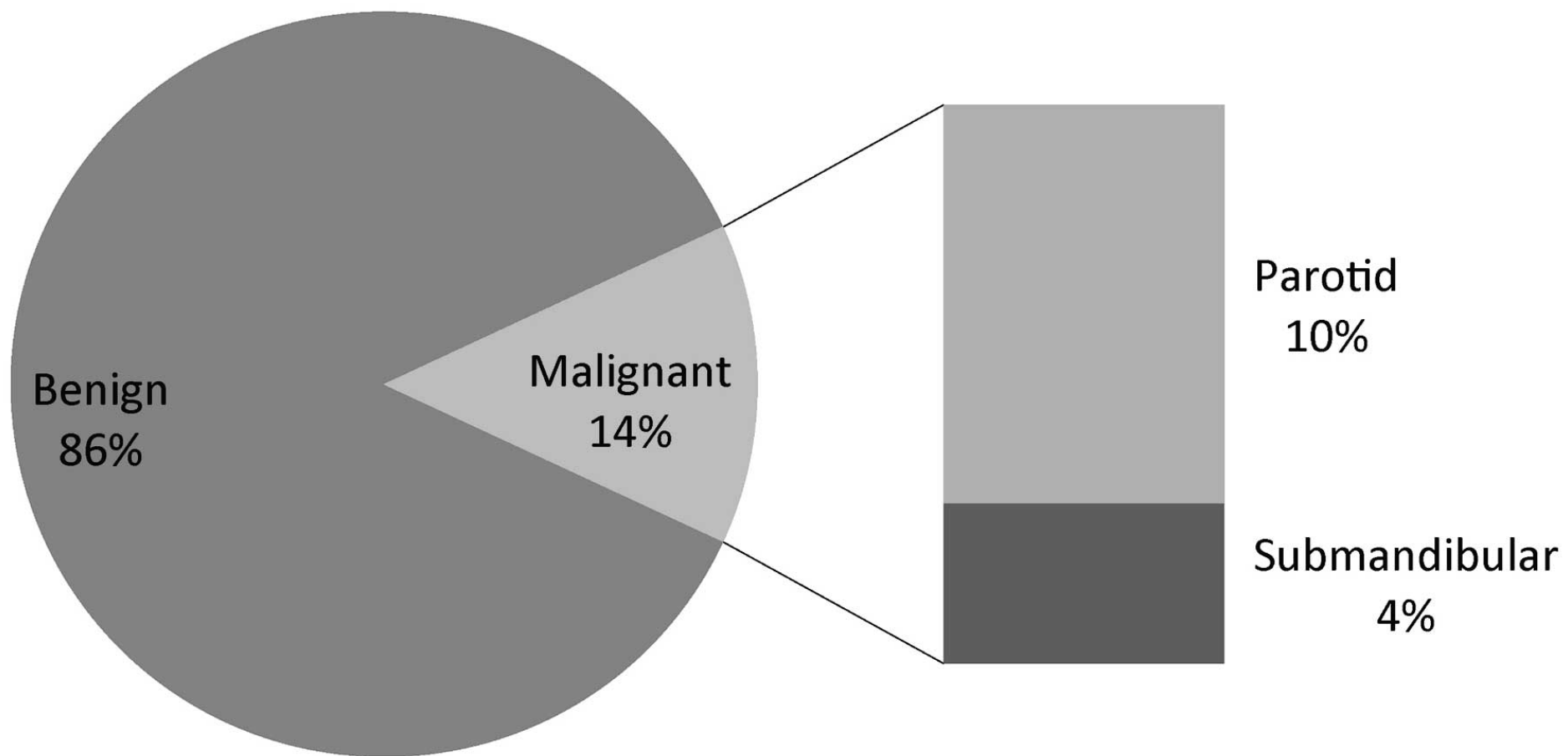
• المعالجة :

• تعالج متلازمة سجوغرن ومضاعفات الجفاف عرضياً ، حيث يتوفر لعاب ودمع اصطناعيات لهذا الغرض . ومن الهام جداً الانتباه إلى وقاية الفم بالاهتمام بنظافته وتعديل الأغذية والتطبيق الموضعي للفلور والمحاليل المضاف لها بعض العناصر للحفاظ على نسج الفم والأسنان . أما استعمال مدرات اللعاب كالبيلوكاربين فهي محدودة الفائدة ، وقد يكون لها مضاد استطباب في بعض الحالات .

• يسوء إنذار متلازمة سجوغرن بترافقها مع تحولات خبيثة إلى اللmfوما . وهذا قد يحدث في حوالي ٦-٧% من الحالات وهي أكثر شيوعاً في المصابين بالمركب الجاف للمتلازمة لوحده . ويبدو أن التحول الورمي اللمفاوي يتعلق بالتعرض المديد لفرط التفاعل اللمفاوي والمناعي ، أما تحول الأجزاء الظهارية إلى سرطانية غير متميزة فهو اقل شيوعاً .

• وبشكل عام يمكننا القول إن متلازمة جوغرن مرض يحتاج لمعالجة عرضية مديدية وتحتاج لمتابعة جيدة من قبل طبيب الأسنان وطبيب العيون وأخصائي المفاصل .

- يمكن أن ينشأ عدد كبير من الأورام في الغدد اللعابية سواء منها المزدوجة (النكفية ، تحت الفكية أو تحت اللسانية) أو تلك المئات من الغدد اللعابية الصغيرة المتوضعة تحت مخاطية التجويف الفموي والبلعوم الفموي ، وتكون معظم الأورام اللعابية ناشئة من النسيج الظهاري من العنبيات أو الأقنية ، ولكن يمكن لها أن تنشأ على حساب عناصر النسيج الضام ولا سيما في الغدة النكفية .



الورم الغدي المختلط

- يعود المنشأ النسيجي لهذه الآفة إلى تكاثر عفوي لأعداد مختلفة من الخلايا القنوية والعضلية الظهارية . ويفترض أن للخلايا العضلية دور هام في تحديد التركيب والمظهر الكلي للأورام المختلطة . وتشير معظم الدراسات إلى أن الأنماط الخلوية للأورام المختلطة تقع ضمن مجال واسع حدوده الخلايا الظهارية الصرفة من جهة ، وفي الجهة الأخرى الخلايا العضلية الظهارية الصرفة . وتقع بينهما خلايا أقل تطوراً مع عناصر وعضلية ظهارية معاً . وهناك من يفترض أن أصل هذه الأورام خلية واحدة لها القدرة على التمايز إلى خلايا ظهارية أو عضلية ظهارية .



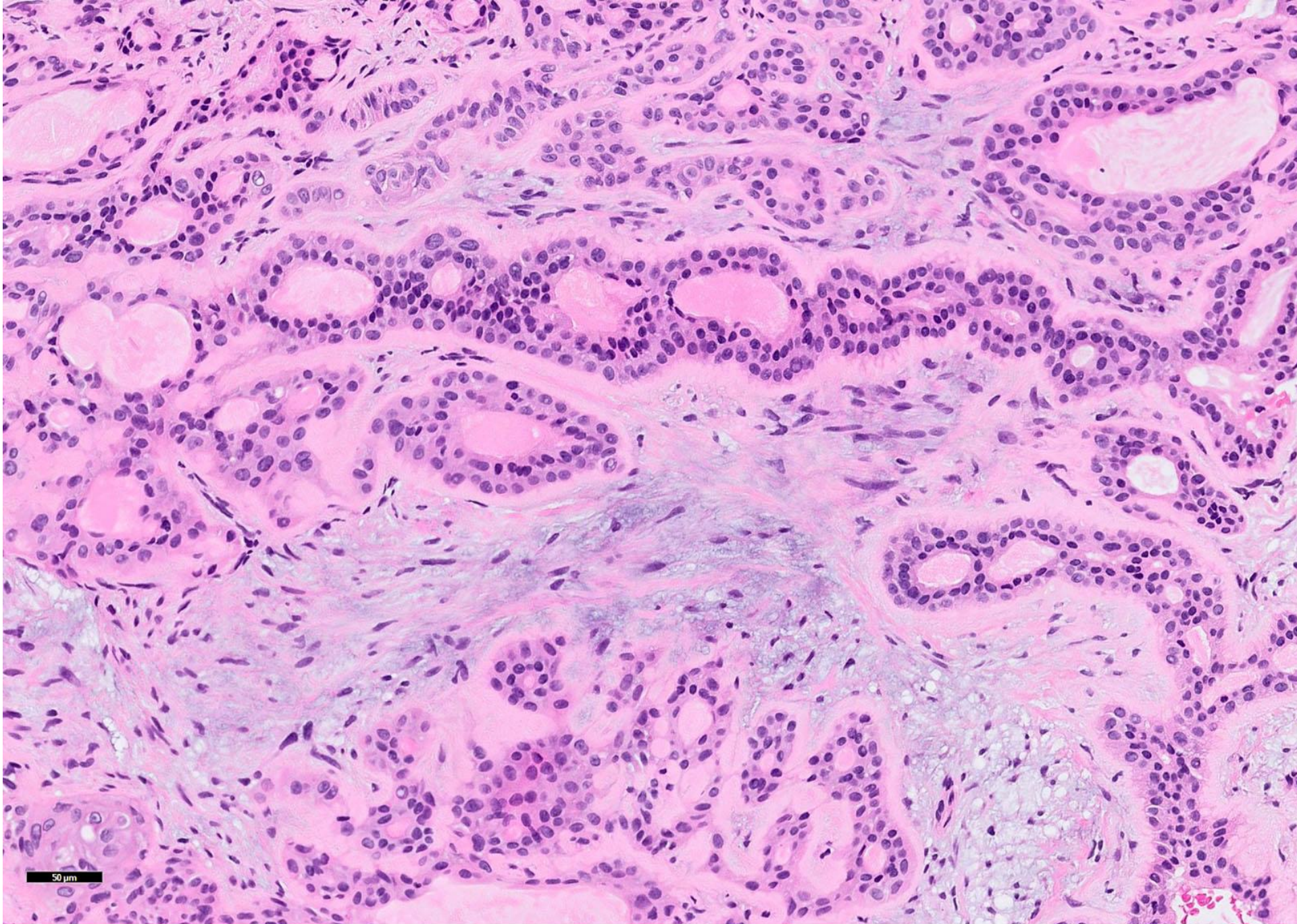
المظاهر السريرية :

تصادف الأورام المختلطة في كل الأعمار ، وترتفع نسبتها في العقد الثاني ، وهي تزيد في النساء قليلاً عنها في الرجال . وتشكل هذه الأورام حوالي ٥٠% من أورام الغدد اللعابية الصغيرة داخل الجوف الفموي . الأورام المختلطة متحركة عادة إلا إذا توضع في الحنك الصلب ، وهي تتظاهر كمتورمات ثابتة غير مؤلمة ، وفي معظم الحالات لا تقترح المخاطية المغطية أكثر أماكن تصادفها داخل جوف الفم في الحنك ثم الشفة العلوية والشدق .

لا تحاط الأورام المختلطة داخل الفموية ، ولا سيما المصادفة في الحنك الصلب لمحافظة مميزة . تتظاهر الأورام المختلطة داخل الغدة تحت الفك تكتل مرتشحة ويستحيل سريرياً تمييزها عن الأورام الخبيثة خلال المراحل الباكرة من النمو . كما قد يصعب تمييزها عن العقد اللمفاوية المتضخمة في المثالث تحت الفك .

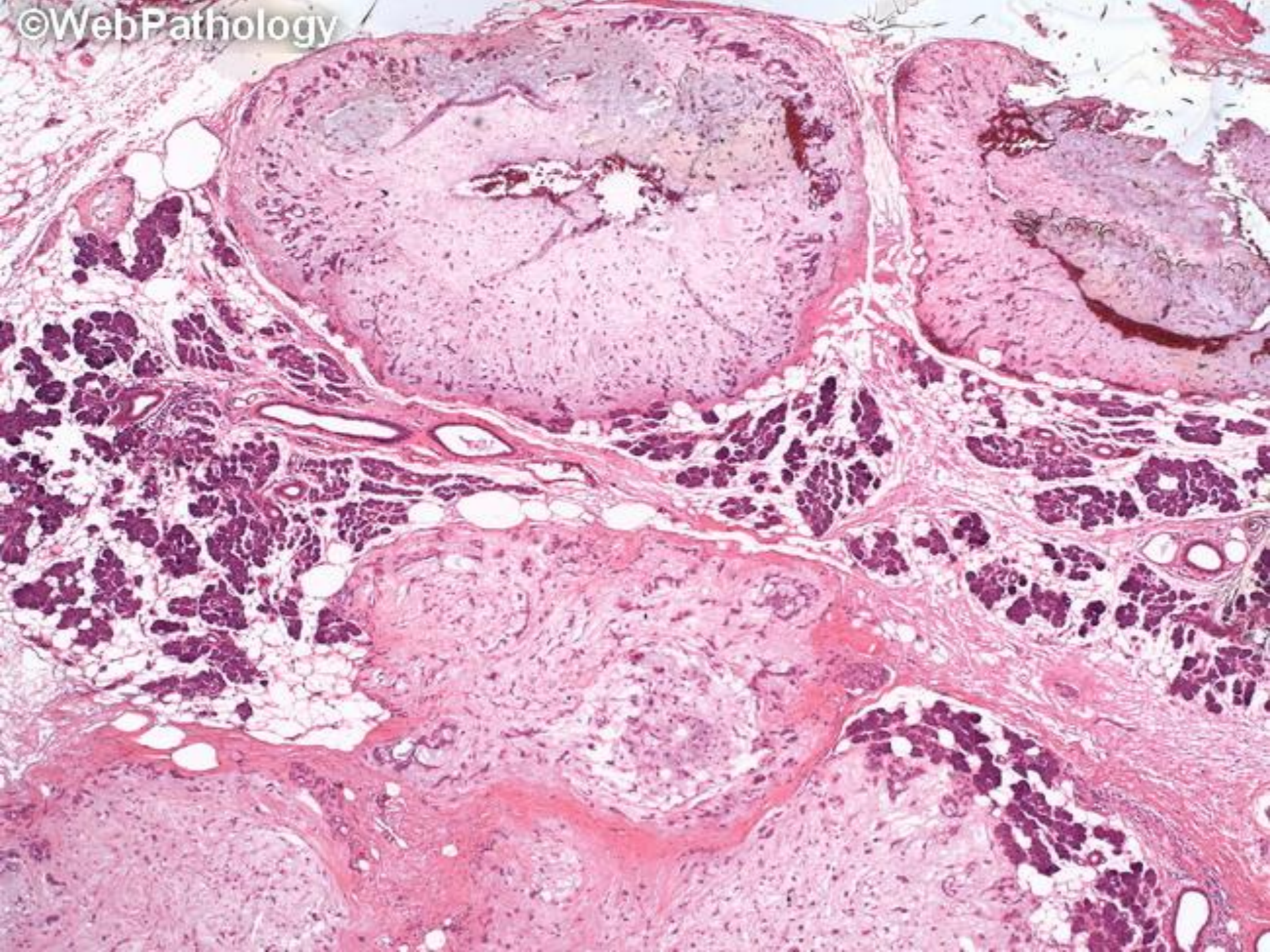
في الغدد النكفية تكون الأورام المختلطة عادة غير مؤلمة ، غير حمضية الخلفية لشعبة الفك السفلي ، ويستطيع الورم بعد طول المدة أن يحدث ضموراً بسبب ضغطه على هذا العظم . كما قد تشاهد هذه الأورام تحت زاوية الفك السفلي وأمام العضلة القترائية عندما تتوضع في الفص السفلي أو في ذيل الغدة النكفية .

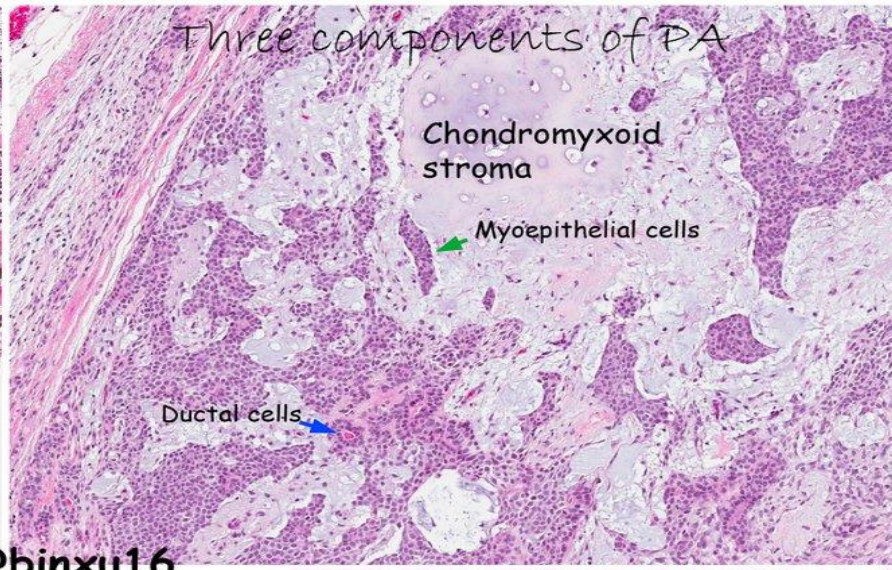
يتراوح قطر الأورام المختلطة بين عدة ملترات حتى عدة سنتترات ، وقد تصل إلى حجوم كبيرة ولا سيما في الغدد الكبيرة (النكفية خاصة) . يكون الورم النموذجي مفصصاً ومحاطاً بمحفظة كاذبة من النسيج الضام تختلف في سماكتها ، وهي غالباً غير كاملة حيث يقع النسيج الورمي بتماس مباشر مع النسيج اللعابي المجاور في المناطق التي تغيب منها المحفظة .



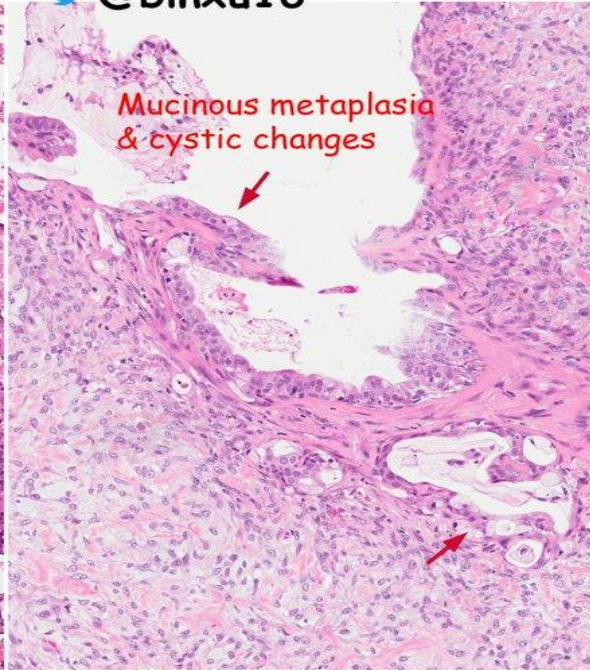
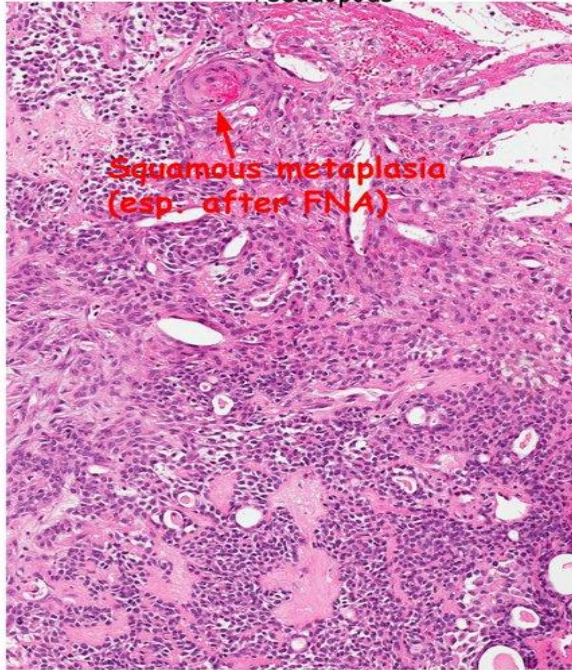
Pleomorphic adenoma: biphasic population of epithelial and mesenchymal cells, ducts with luminal and mucopolysaccharide material (H&E, x20)

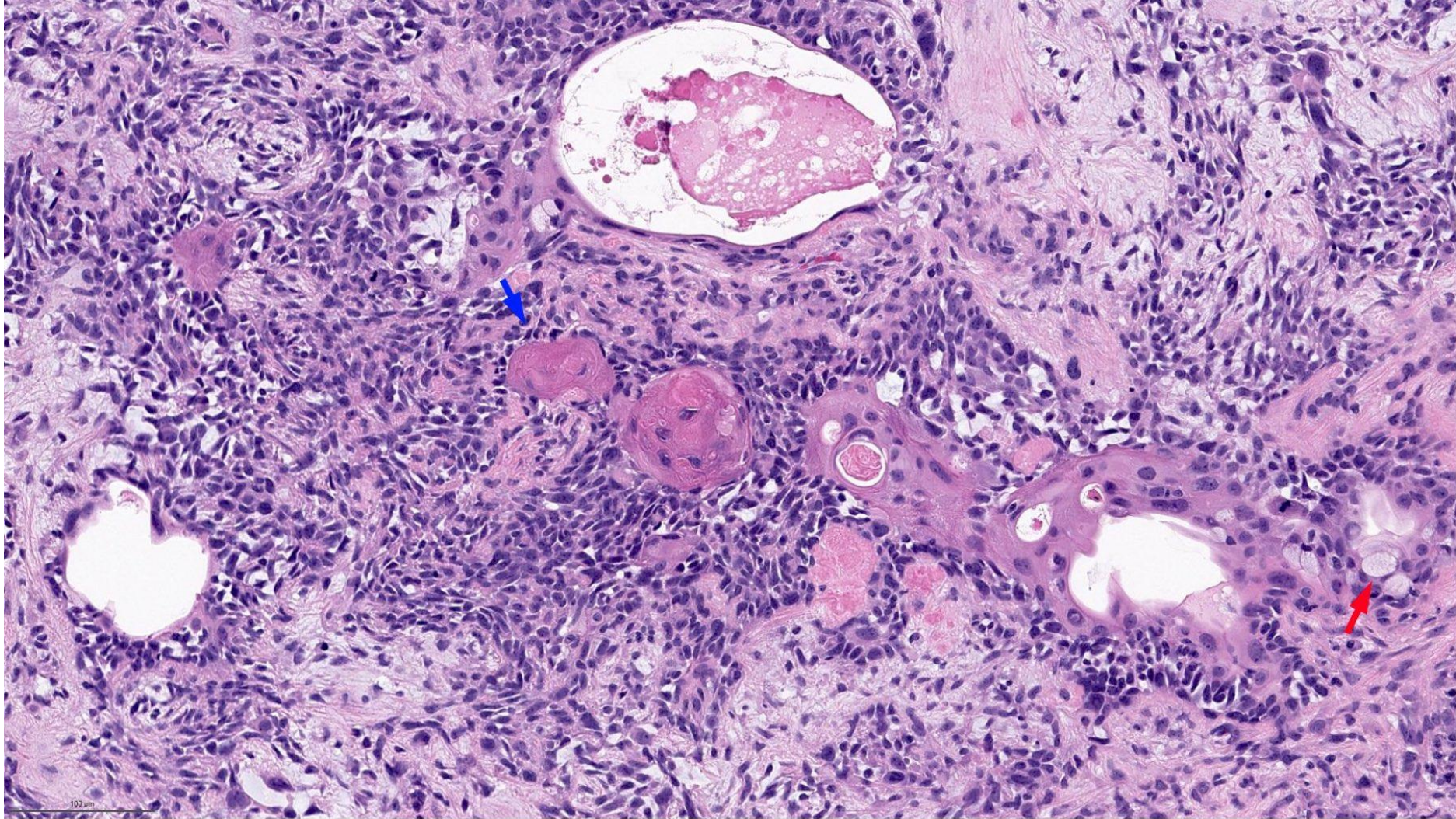






@binxu16





Pleomorphic adenoma can show squamous metaplasia with keratinization (blue arrow) and mucinous metaplasia with mucocytes (red arrow)

• المعالجة والإنذار :

• المعالجة المثلى للورم المختلط السليم في الغدد اللعابية الصغيرة أو الكبيرة هي الاستئصال الجراحي . ولا ينصح بفصع enucleation الأورام المختلطة النكفية بسبب خطورة النكس . يتعدّد موضوع استئصال أورام الغدد اللعابية النكفية بوجود العصب الوجهي ، فلا بد من الحفاظ على العصب الوجهي غير المصاب . وفي معظم الحالات تكون المعالجة المثلى هي استئصال النكفية السطحي مع الحفاظ على العصب الوجهي .

• المعالجة المثلى في الغدة تحت الفك هي استئصال الغدة عندما يتوضع فيها ورم مختلط . كثيراً ما ترتشح أورام الغدد الصغيرة في الحنك واللثة إلى سمحاق العظم مما يجعل استئصالها صعباً ، أما باقي الأورام داخل جوف الفم فهي أسهل استئصالاً ، ولكن يجب أن يمتد الاستئصال إلى النسيج المحيط بالمحفظة الكاذبة .

• غالباً ما يحدث النكس عندما يكون الاستئصال البدني غير كاف مع وجود بؤر ورمية منتشرة متعددة . وقد تنتشر هذه الآفات الناكسة بشكل واسع ضمن منطقة الجراحة السابقة ، وقد نجدها مرافقة للندبة الجراحية . يبدو أن نسبة النكس تعتمد على اكتمال المحفظة وأنماط الخلايا الورمية ودرجة الخلوية ، وأهم عامل في منع النكس هو الاستئصال الجراحي المناسب في الطور البدئي . يحافظ الورم الناكس في معظم الحالات على النمط النسيجي البدئي ، ولكن يزداد احتمال التحول الخبيث مع كل نكس ، كما يزداد احتمال التحول الخبيث إلى ٢٥% من كل الأورام المختلطة السليمة إذا لم تعالج لفترة محددة من الزمن . ويزداد هذا الاحتمال إذا كانت المنطقة معالجة سابقاً بالأشعة .

• الغدومات وحيدة الشكل :

- كانت الغدومات وحيدة الأشكال تصنف ضمن المصطلح الكبير (الأورام المختلطة) ، ولكن حالياً لم تعد تصنف كذلك لأنها مؤلفة من خلايا ذات شكل واحد ولا تحتوي نسيجاً ضاماً . وفي تصنيعها قد تكون المخططات التصنيفية مبنية على النموذج النسيجي الكلي أو على أساس المنشأ النسيجي . وهي كلها تظهر النماذج الخلوية أو الهندسية التي قد تشاهد تحت مصطلح (الغدوم وحيد الشكل) (الجدول ٨-٥) .

- تصنيف المنشأ النسيجي للغدوم وحيد الشكل :
- -الناشئة من القنية الانتهاية :
- الغدومات قاعدية للخلايا .
- الصلبة .
- الترايبقية الأنبوبية .
- القنوية .
- الغشائية (الورم المضاهي للأدمة) .
- -الناشئة من القناة الانتهاية أو المخططة :
- الغدوم الذهبي
- الغدوم اللمفاوي الذهبي
- -الناشئة من القناة المخططة
- ورم الخلايا الحمضة
- الغدوم الكيسي الحليمي اللمفاوي
- -الناشئة من القناة المفرزة
- الغدوم اللعابي حليمي الشكل / الحليموم القنوي المقلوب



• الغدومات قاعدية الخلايا :

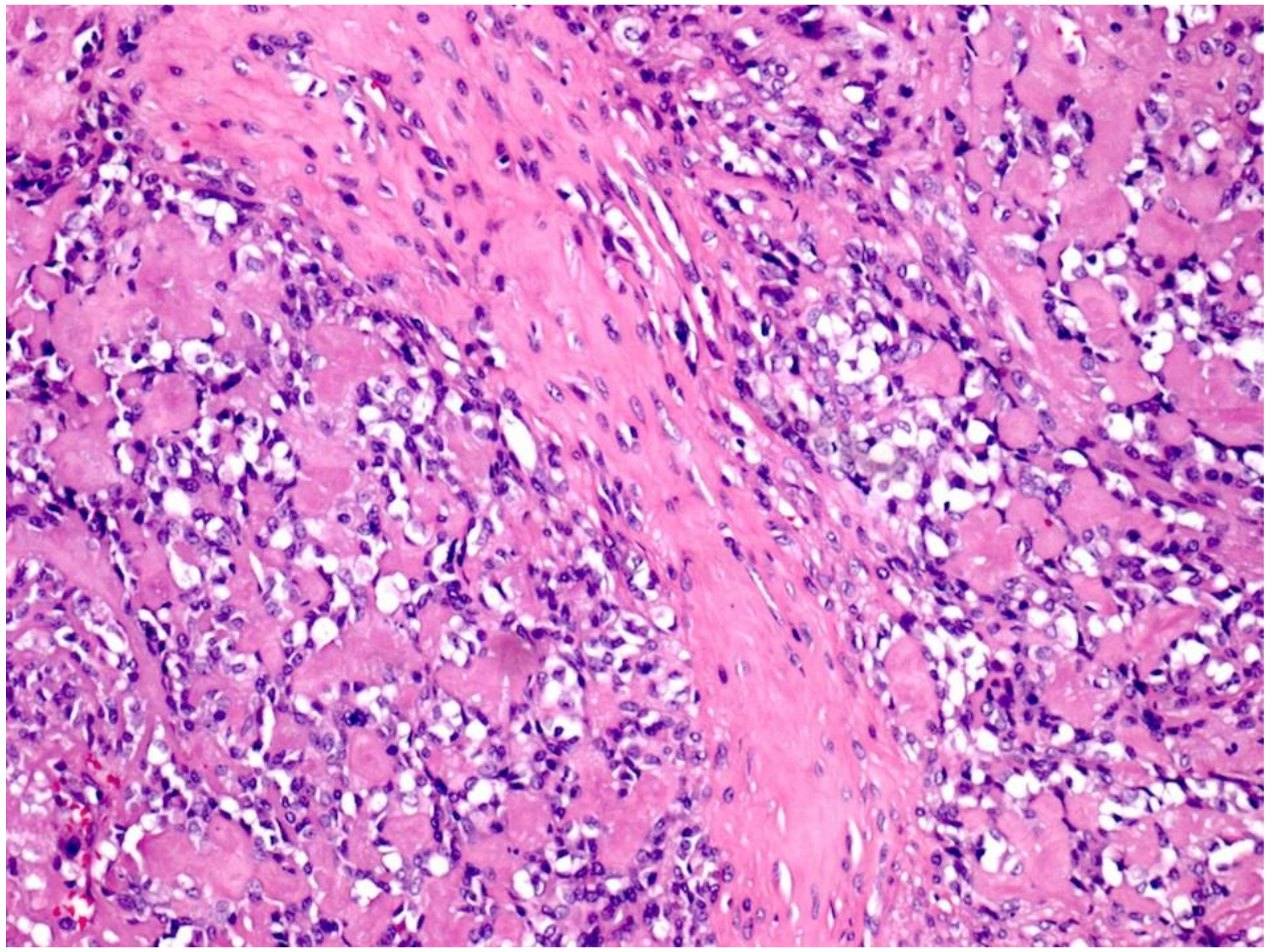
• إن مجموعة الخلايا القاعدية أو القاعدانية هي أشيع الآفات الواقعة ضمن مجموعة الغدوم وحيد الشكل . وتقسم هذه الأورام بدورها إلى أنماط : صلبة ، قنوية ، تربيقية - قنوية ، وغشائية (الورم المضاهي للأدمة) . في مجموعة الآفات القاعدانية هناك مشاركة بسيطة للخلايا العضلية الظهارية ودليل بسيط على تمايز لحمي أو حؤول .

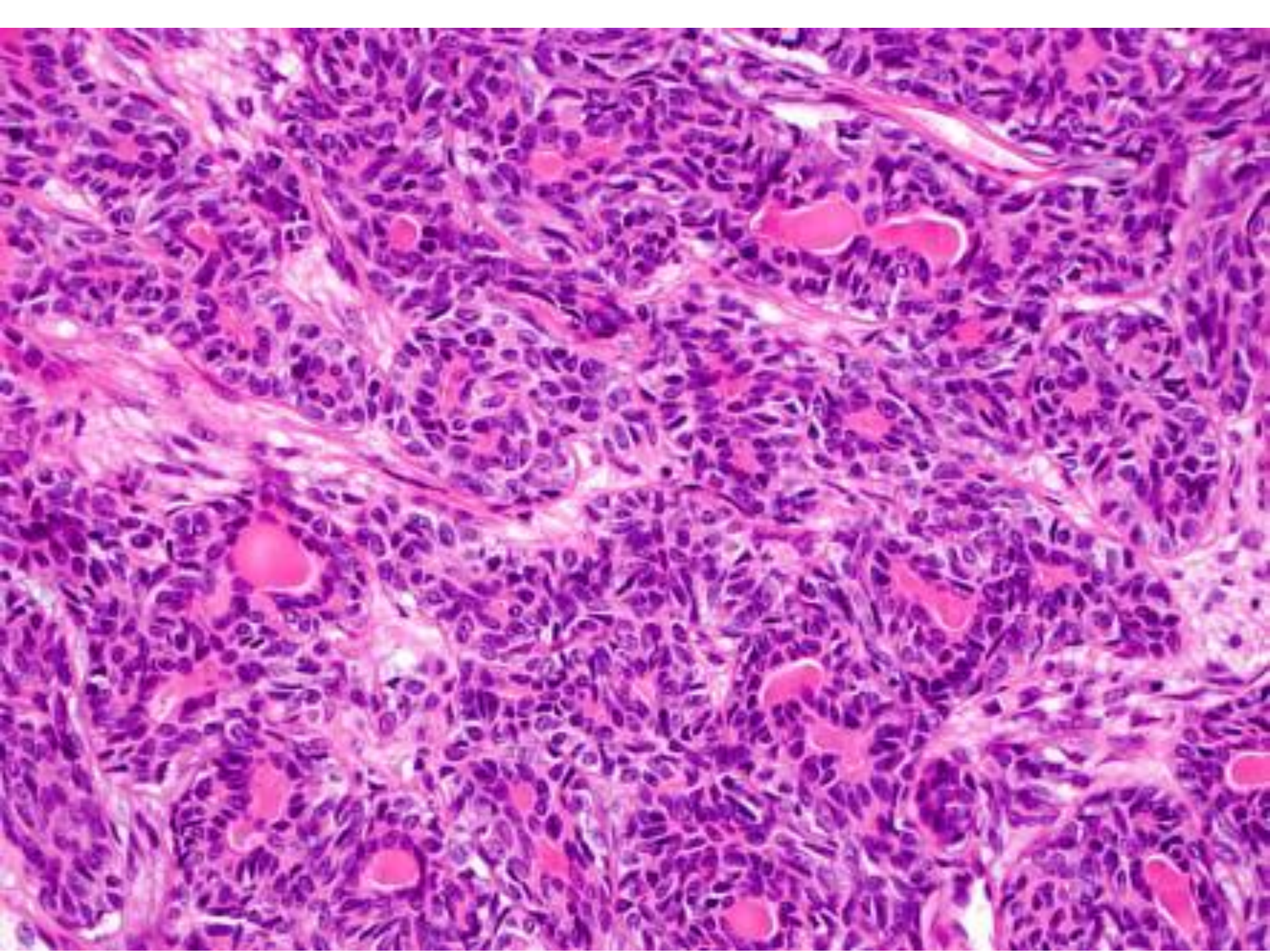
• **المظهر السريري :**

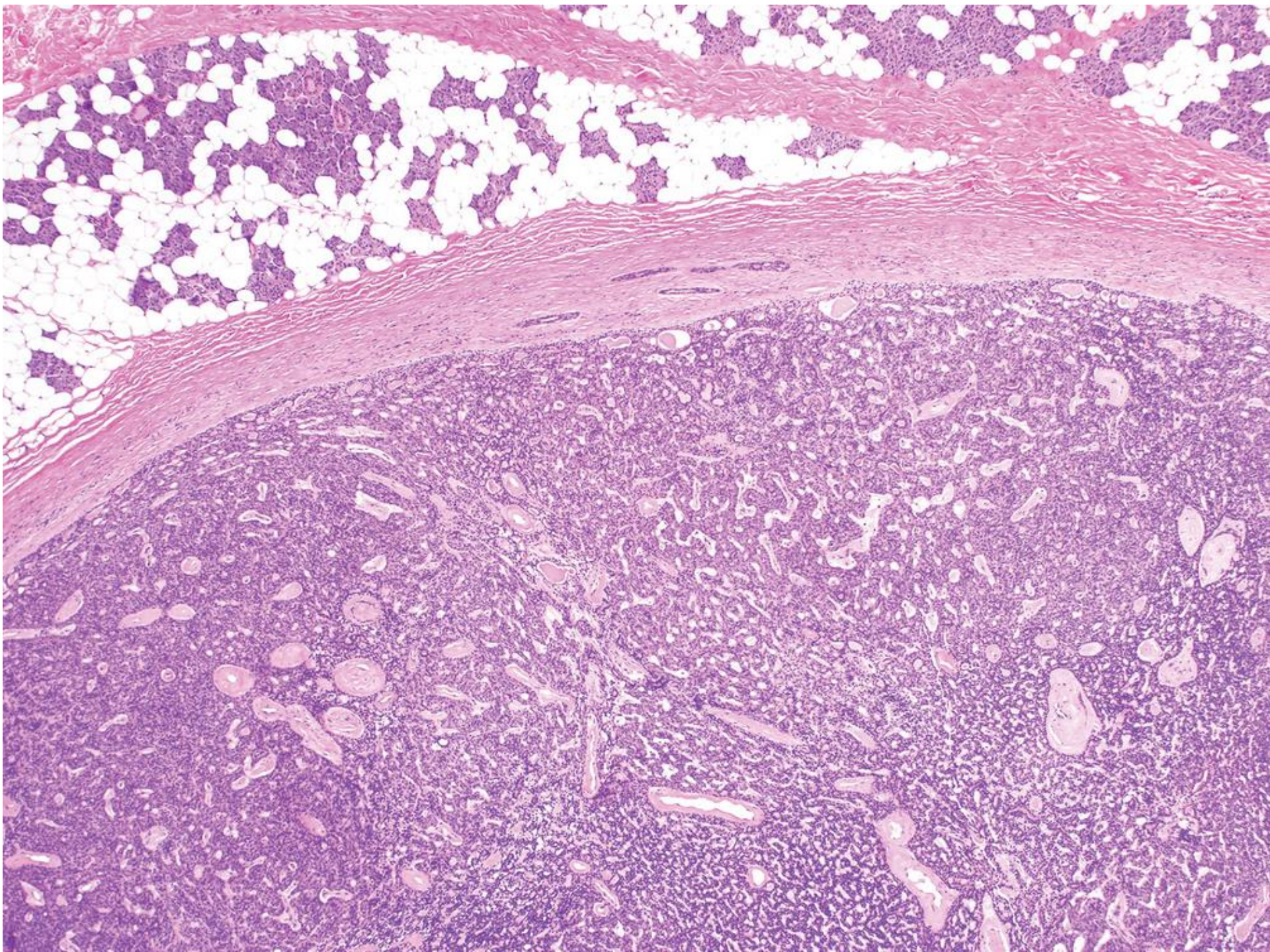
• تعتبر الغدة النكفية أكثر أماكن توضع الغدومات وحيدة الشكل . قد تصادف الغدومات قاعدية الخلايا في كل النسيج اللعابية ، إلا أنها تفضل بشكل خاص الغدد النكفية والغدد اللعابية الصغيرة في الشفة العليا . وهذا على عكس الأورام المختلطة التي تندر مصادفتها في الشفة العليا وتكثر في الحنك . الغدومات قاعدية الخلايا بشكل عام بطيئة النمو وغير مؤلمة وقد تصادف في أعمار تتراوح بين ٣٥-٨٠ سنة ، والمعدل الوسطي ٦٠ سنة ، وهناك ارجحية نسبية للذكور .

• غالباً ما توجد الأنواع القنوية والتربيقية الأنبوبية في الشفة العليا ككتل حرة الحركة غير مؤلمة وغير ممضة . وهذه الأنواع نادراً ما تتوضع في الغدة النكفية ، وهي أكثر ما تصيب المرضى في العقد السابع من العمر وما بعده .

• الغدوم الغشائي (الورم المضاهي للأدمة) يصادف في الغدة النكفية في ٩٠% من الحالات ، ولم تسجل أية حالة في الغدد الصغيرة داخل الفموية . يتراوح قطرها الأعظمي بين ١-٥ سم ، وهي تتظاهر كتورم لا عرضي في الغدد النكفية . وقد يتشارك مع أورام في تجدد ملحقات الجلد مثل الورم الإسطواناني الأدمي ، (الظهاروم الشعري Eccrine spiradenoma)







• التشرح المرضي النسيجي :

• يساعد النمط وحيد الشكل مع غياب الحؤول الغضروفي واللحمة المخاطانية Myxoid في تفريقه عن الورم المختلط السليم . في النوع الصلب تتوضع الخلايا القاعدانية على شكل جزر أو صفائح كسياج محيطي ، وتبدي بعض الخلايا المحيطية أشكالاً مكعبة أو اسطوانية قصيرة . الفعالية الانقسامية غير واضحة . والنوى منتظمة الشكل وهي دوماً قاعدية التلوين ، وبشكل عام تكون الهولى قليلة المقدار .

• تكون الأشكال القنوية والتربيقية - الأنبوبية من الغدوم قاعدي الخلايا ذات أشكال محددة . ففي الشكل الأخير تتناوب الترابيق أو الحبال الصلبة للخلايا الظهارية مع عناصر قنوية أو أنبوبية مؤلفة من نمطين خلويين محددتين . تبطن السطوح اللمعية للأقنية الصغيرة المتشكلة بخلايا مكعبة قليلة الهولى . وتفصل هذه الخلايا المكعبة عناصر البطانة الظهارية عن اللحمة . غالباً ما تحاط الترابيق بغشاء قاعدي مسيطر أو متسمك . في النمط القنوي تشاهد فراغات قنوية رفيعة أو أقنية وقد تصبح كيسية أحياناً تتراوح الخلايا المبطنة للأقنية بين كونها مكعبة أو عمودية . قد تشاهد ضمن الفراغات الكيسية مواد محبة للحامض . اللحمة رخوة شاحبة الاصطباغ تحوي شبكة وعائية منتشرة ولكن محددة مبطنة ببطانة أندوثليالية . يتشابه هذا النوع من الغدوم قاعدي الخلايا كثيراً مع السرطانة الغدية الكيسية ، التي يمكن أن تميز عن الغدوم القنوي بأن الأشكال المصفوية ضمن السرطانة الغدية الكيسية تفقد نوعيتها في مناطق الكيسات الصغيرة .

• أورام الخلايا المحبة للحمض :

• الورم الخلوي الورمي ، الورم الغدي المحب للحمض آفة نادرة تنشأ ضمن الغدد اللعابية وبشكل أساسي الغدة النكفية .

• وكما يشير الاسم فإن هذه الآفة تتكون من عناصر خلوية تدعى بالخلايا الورمية محبة للحمض وهي خلايا كبيرة محببة توجد هذه الخلايا بشكل طبيعي بالغدد اللعابية في الأقنية داخل الفصيصات ويزداد عددها بتقدم العمر .

• تتواجد الخلايا الورمية في الغدد المخاطية للجهاز الهضمي التنفسي وفي الغدد اللعابية الصغيرة والكبيرة في الفم وحول الفم . تحوي هذه الخلايا على أعداد كبيرة من الميتوكوندريا وهي غنية بالأنزيمات المؤكسدة . ويعتقد بأن المنشأ النسيجي هو من ظهارية القناة اللعابية وخاصة القناة المخططة .

• **سريريا :**

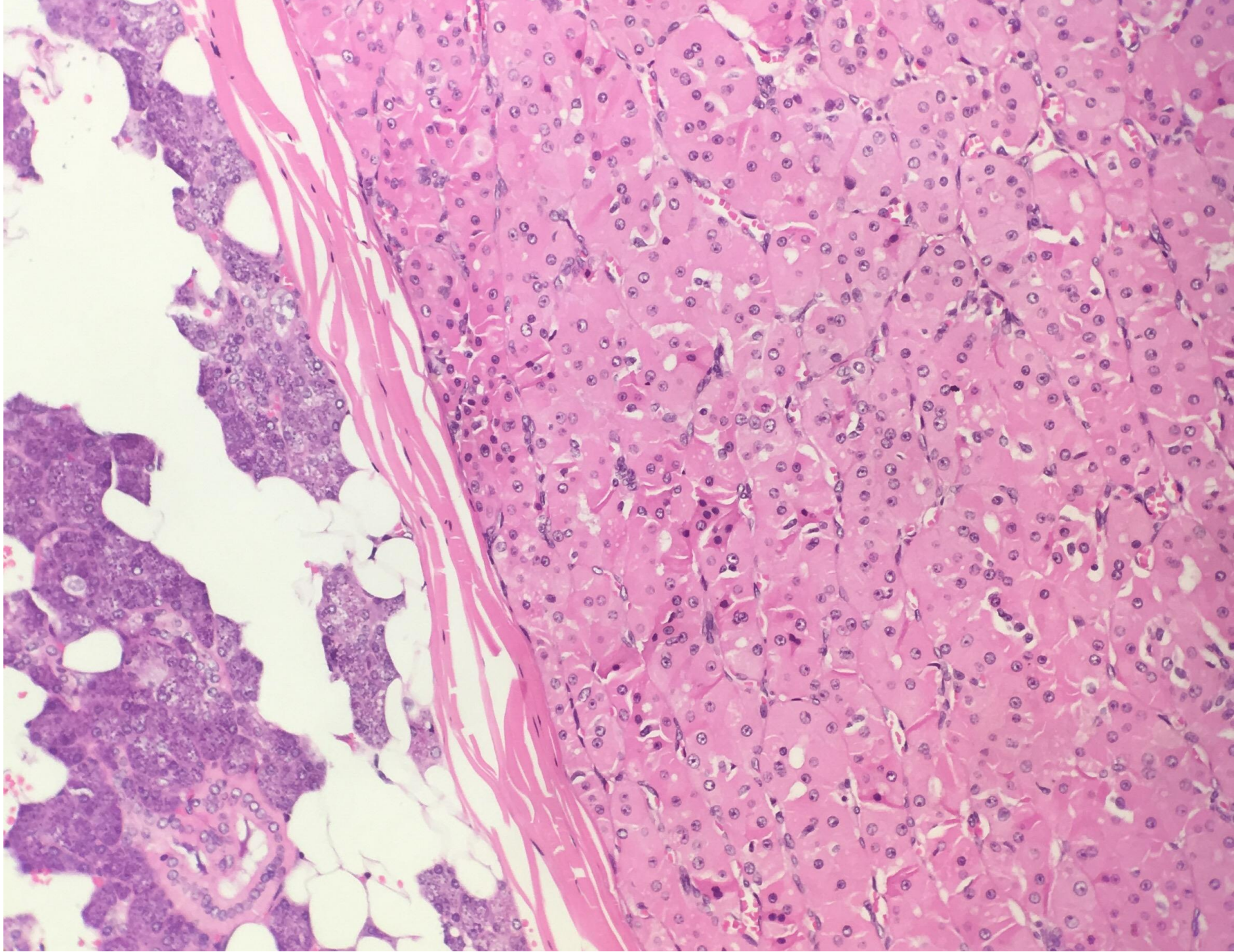
• تميل أورام الخلايا الورمية أن تكون آفة صلبة ذات محفظة ، مدورة أو بيضوية بقطر اقل من 5 سم عندما تشاهد ضمن الغدد اللعابية الكبيرة ونادراً ما تشاهد هذه الآفات ضمن الفم . ولوحظ أيضاً إصابة ثنائية الجانب ، وأيضاً ضمن الغدة لوحظ أحياناً وجود بؤرة متعددة .

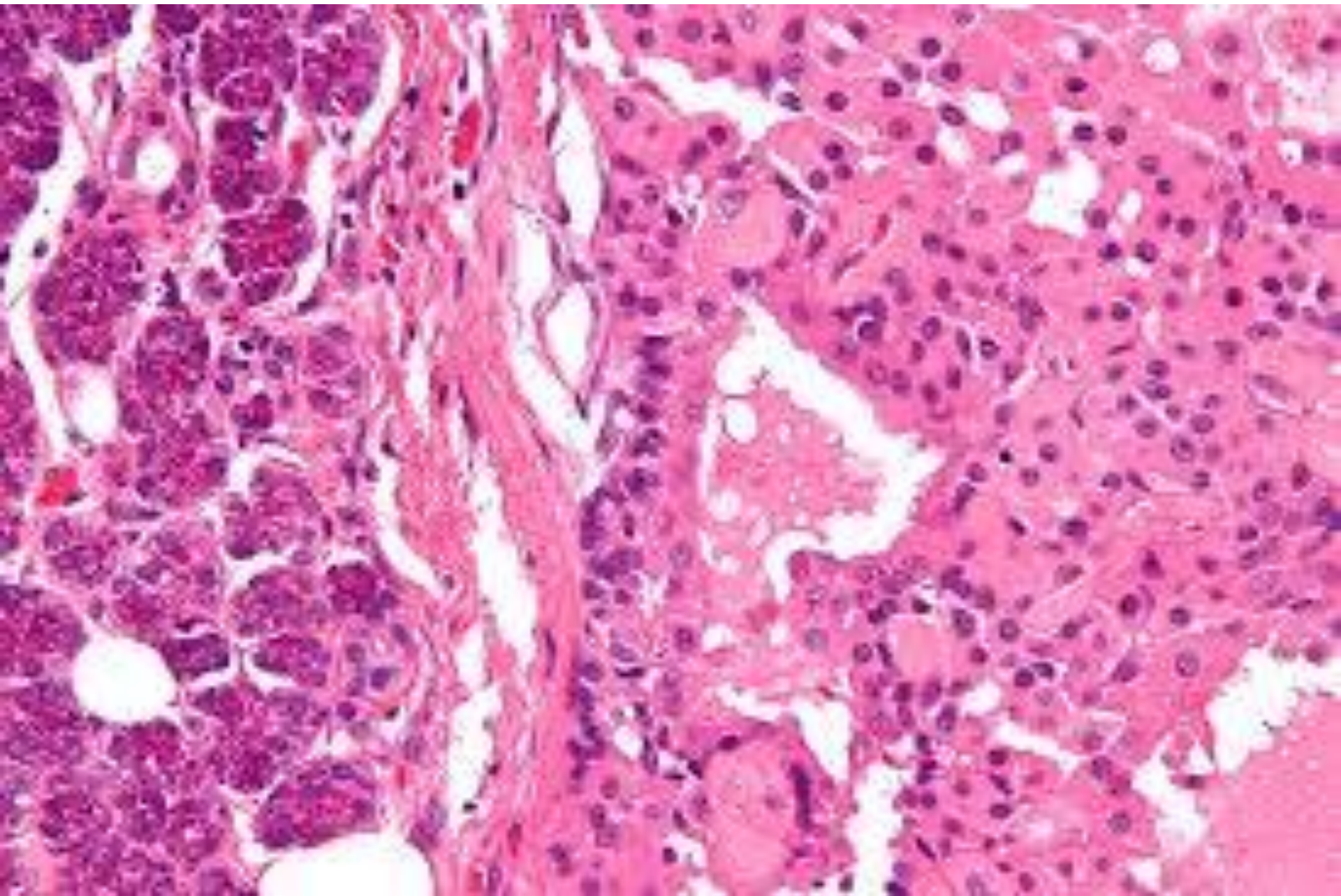
• مجهرياً : تتميز الخلايا الورمية بسيتوبلازما حامضة محببة كبيرة وحدود الخلية عادة ذات أرجل متعددة ونواة مفرطة التصبغ مزررة .

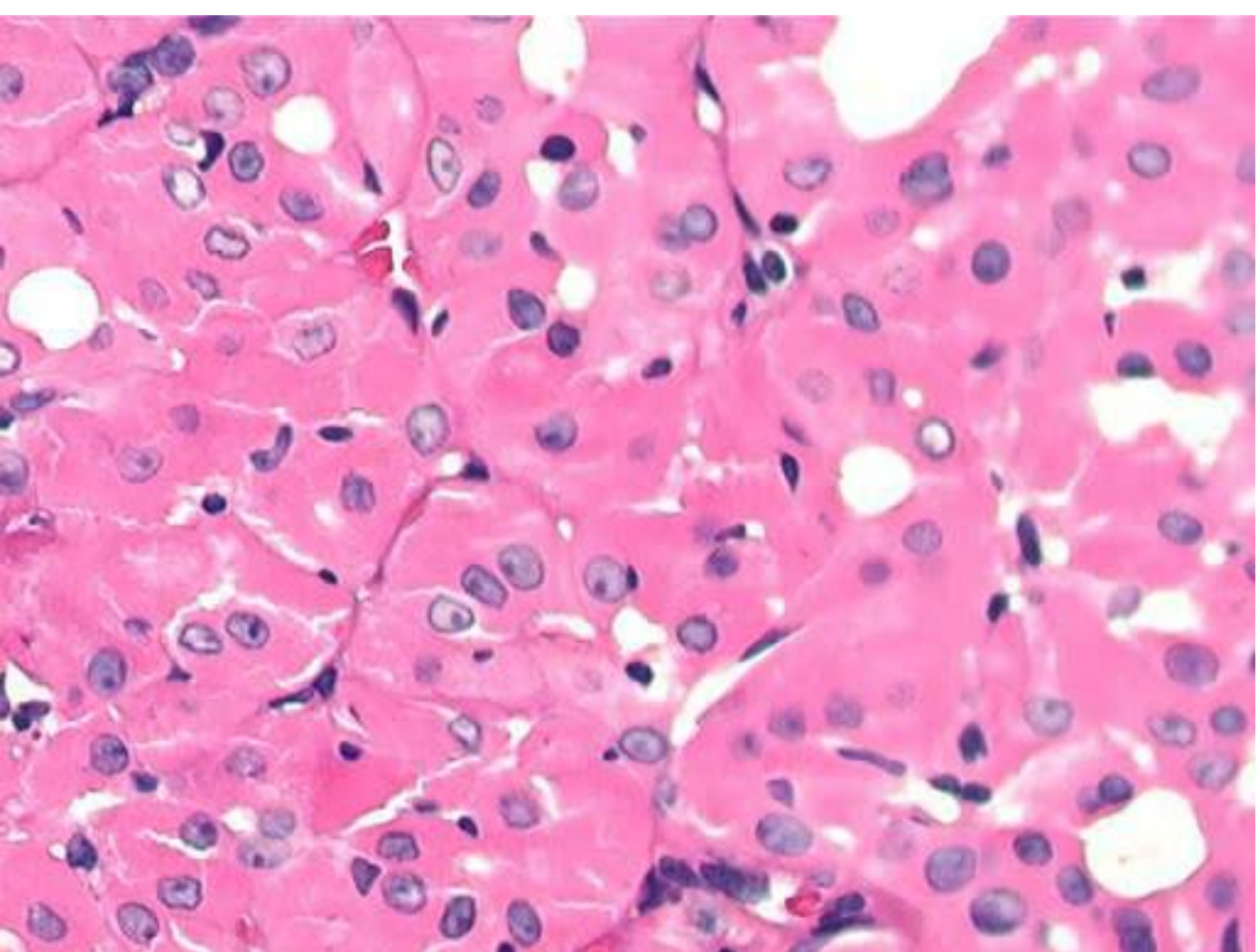
• وتظهر الدراسات الما فوق البنية وجود أعداد كبيرة من الميتوكوندريا ضمن سيتوبلازما خلايا الورم . والفحص الدقيق للميتوكوندريا يظهر حدود غير طبيعية لها مع أعراض بأعداد كبيرة . العلاج عادة محافظ بسبب السير السليم والنمو البطيء للأورام وذلك باستئصال النكفية السطحي كعلاج نوعي وفي إصابات الغدد الصغيرة فالعلاج استئصال الكتلة الورمية مع محيط من النسيج السليم .

• النكس نادراً ما يحدث وهو غالباً يظهر خلال السنوات الخمس الأولى بعد الاستئصال .

• أورام الخلايا الورمية الخبيثة نادرة الحدوث ولا يتجاوز الأعداد المكتشفة عدد أصابع اليد .







• الورم الغدي الكيسي الحليمي اللمفاوي (ورم وارطون) :

• يشكل الورم الغدي الكيسي اللمفاوي أو ما يعرف بورم وارطون حوالي ٧% من التنشؤات الظهارية للغدد اللعابية معظمها ضمن الغدة النكفية .

• الآفات داخل الفم نادرة . الورم الغدي الكيسي اللمفاوي يظهر بأنه ينشأ ضمن العقد اللمفاوية كنتيجة لانحباس عناصر الغدة اللعابية باكراً أثناء التطور وتدعى هذه النظرية بتعدد البؤر وببنية العقد اللمفاوية الطبيعية المحيطة في الأورام الباكراة والمتطورة .

• الآفات داخل الفم يمكن أن تنشأ في منطقة فرط تصنع لمفاوي ارتكاسي ثانوي لالتهاب مزمن عندما ينشأ هذا الورم في النكفية يتظاهر ككتلة كيسية في القطب السفلي للغدة بجوار وخلف زاوية الفك السفلي . وفي هذا الوضع فإنه قرب يشاهد من الغدة تحت الفك ويمكن أن يعطي انطباعها بأن الآفة قد تتطور ضمن الغدة تحت الفك وليس ضمن الغدة النكفية .

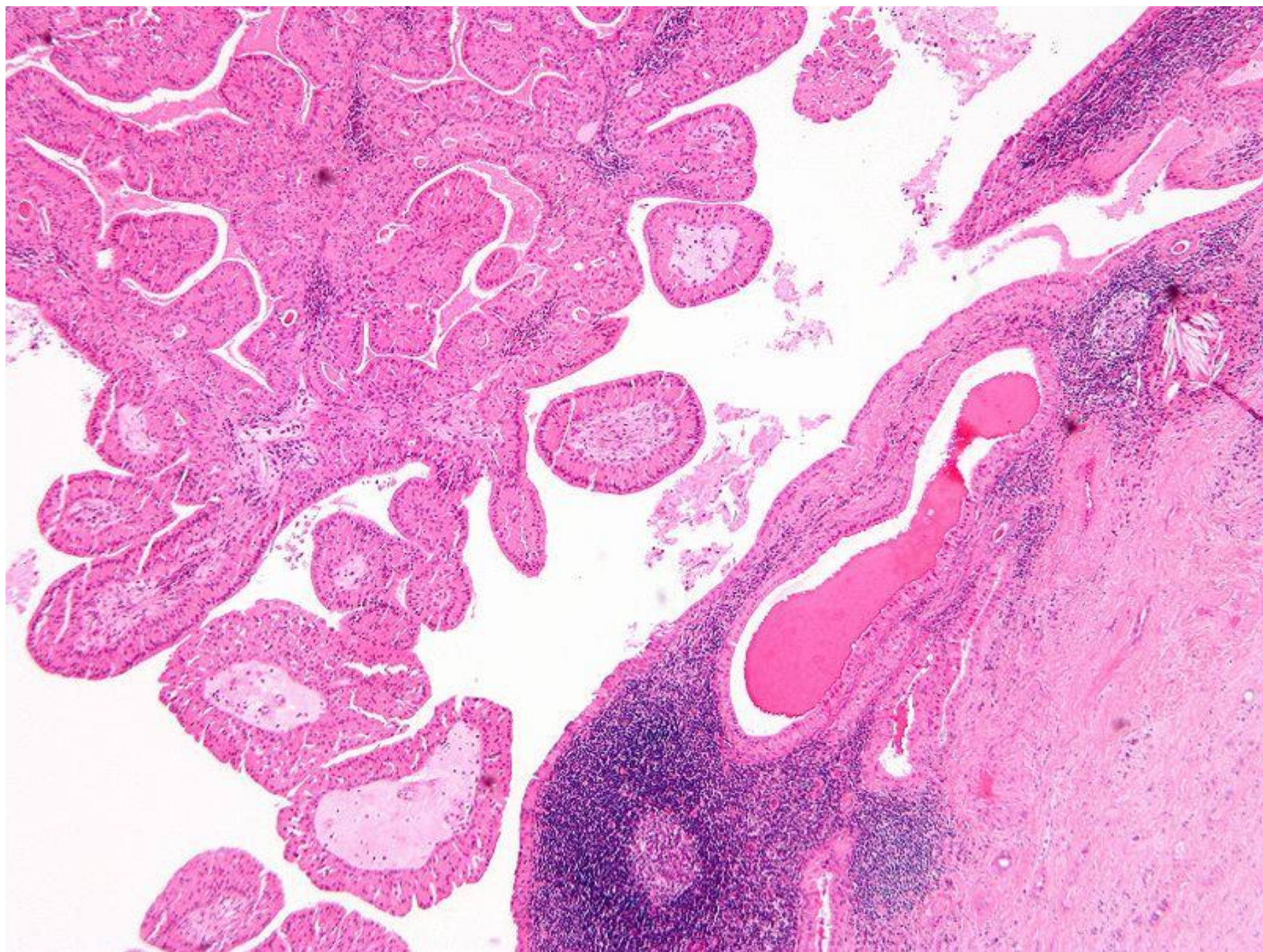
• يوجد انتقال مميز للذكور في هذا الورم فنسبة إصابة الذكور إلى الإناث ١/٥ في الدراسات القديمة . ولكن مؤخراً أظهرت الدراسات الكبيرة وجود توزع جنسين متقارب مع سيطرة قليلة للذكور .

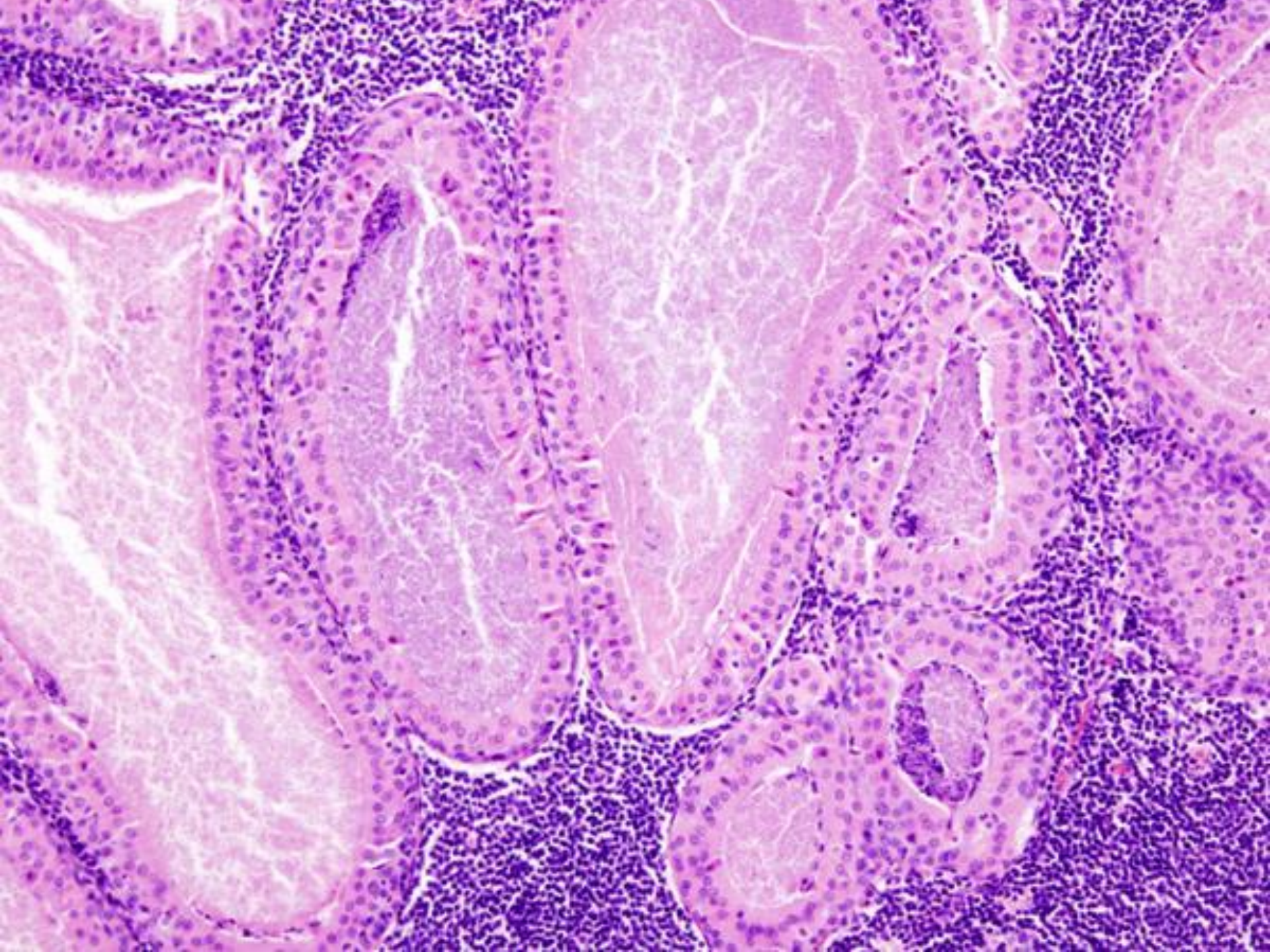
• السن الوسطي للحدوث عادة بين العقد الخامس والثامن وفي حال الإصابة الثنائية الجانب (٢-٨%) من الحالات فإن التنشؤات قد تكون متعددة ومتزامنة أو متغايرة الزمن .

• تتميز هذه الآفة أيضاً بالتخطيط الومضاني للتكسيوم Tc99 فتظهر كعقدة حارة ، وهذا الورم ذو محفظة وسطح مفصص وأملس وحدود مدورة .

• وعندما يفتح في الجوف الكيسي يمكن أن يلاحظ سائل لزج لين مجهرياً تشاهد مسافات كيسية متعددة ذات حدود غير منتظمة تحوي تنشؤات حللمية مغطات بخلايا محبة للحامض عامودية (خلايا ورمية) الخلايا المبطنة تدعم بخلايا مكعبة ذات نواة مركزية أحياناً يمكن أن يشاهد حوول شامل للخلايا المبطنة . في قاعدة الطبقة الخلوية المكعبة يفصل الغشاء القاعدي الظهارية عن اللحمة اللمفاوية المتوضعة تحتها .







• الورم الغدي اللعابي الحليمي Sialodeno ma papilliferux والورم الحليمي القنوي المقلوب :

• هو تنشؤ سليم غير شائع للغدد اللعابية ذا منشأ غدي لعابي - وأكثر الأماكن إصابة هي مخاطية باطن الخدود والحناك .
• يمثل الورم عادة آفة حللمية غير مؤلمة متفشرة عادة المريض لا يدرك مدة وجود هذه الآفة . معظم الحالات توجد عند الذكور بين العقد الخامس والثامن .

• يكون الانطباع السريري قليل الاشتباه بالورم إذ هو ورم حللمي بسيط بسبب المنظر المتقرن والسطح الحبيبي له .
• ينشأ هذا الورم من الجزء السطحي للقناة المفترزة للغدة اللعابية . وتتطور لنتوءات حللمية مشكلة مشقوق وفراغات متعرجة كل تنشؤ حللمي مبطن بطبقة ظهارية بسماكة ٢-٣ خلايا .

• وتدعم بلب من نسيج ضام ليفي وعائي وتظهر الأجزاء السطحية من الآفة على شكل طبقة ظهارية شائكة . أما الأجزاء العميقة فتنألف من خلايا عمودية أو مكعبة تشبه منظر الخلايا الورمية وعندما يستمر النمو في الغشاء المخاطي المغطي يصبح حللمي أو تنبتي كالورم الحليمي الشائك .

• إذا كان المنشأ عميقاً ضمن الجهاز القنوي فإن العلامة الأساسية . تكون انتباج عقدي تحت مخاطي .

• تشبه هذه الآفة عادة الورم الغدي المتكفّف الحليمي الشكل وهي آفة تصيب الغدد العرقية .

• سلوك هذه الأورام سليم دون تنشؤات خبيثة التدبير بالجراحة المحافظة والنكس قليل .

• الورم الحليمي الغدي المقلوب آفة ذات تنشؤ قنوي لعابي وهي تنشؤ نادر من الغدد اللعابية الصغيرة يتظاهر ككتلة عقدية تحت مخاطية يشبه الورم الشحمي أو الليفي تشاهد عند البالغين وبالتساوي عند الجنسين .

• مجهرياً :

• يلاحظ تكاثر الظهارية القنوية والنسيج اللحمي المحيط بها وتظهر الجريبات والكيسات مبطنة بخلايا عمودية مع أنوية قطبة مبعثرة وعمودية .

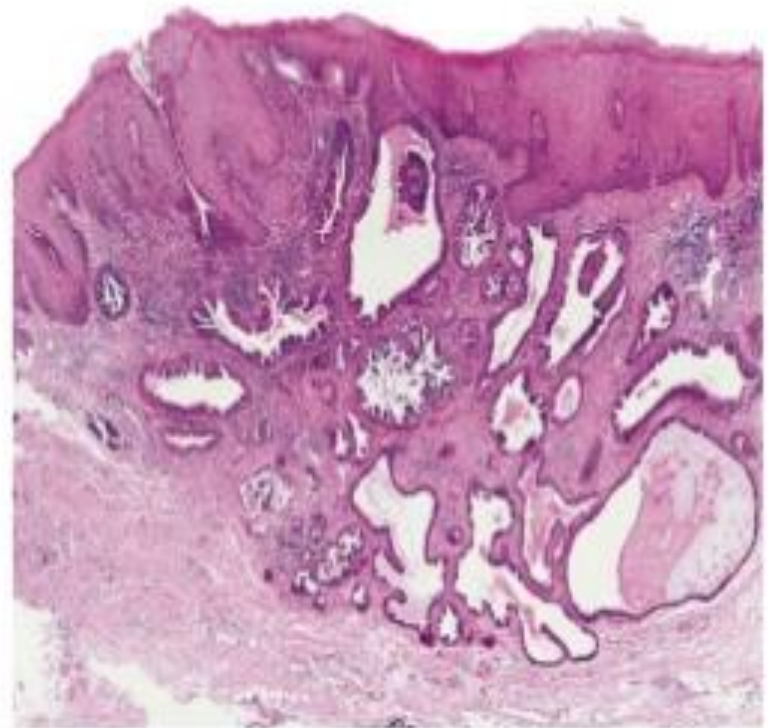
• نسيجياً :

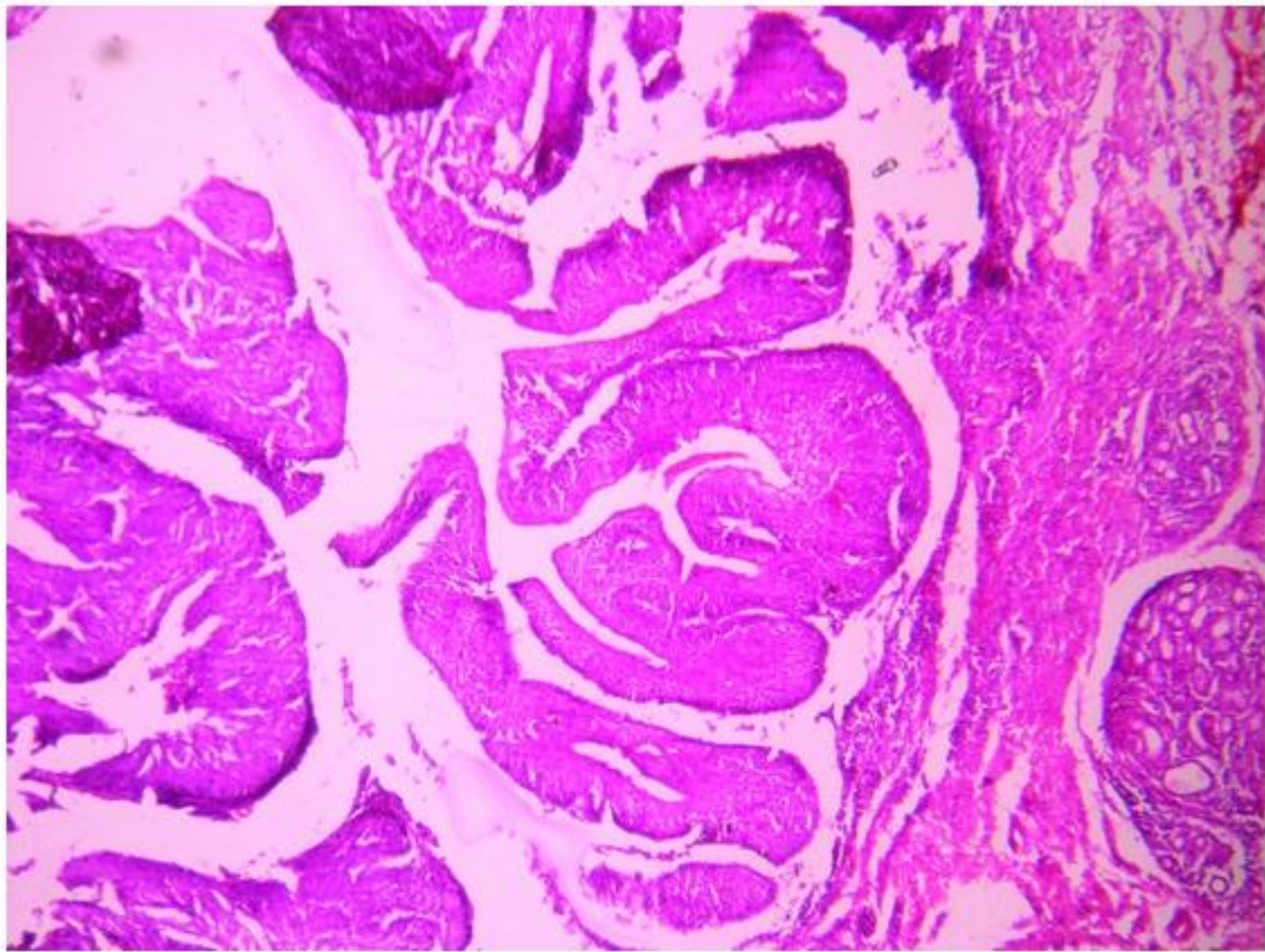
• يشبه هذا الورم نسيجياً الورم الحليمي المقلوب ولكن يوجد سير سليم أكثر مترافق مع الآفات داخل الفم .

• الاستئصال المحافظ والكامل كافي لمنع النكس .

Sialadenoma Papilliferum

- The lesion occurs in adults
- Exophytic papillary lesion of hard palate
- Luminal layer of columnar cells on cuboidal basal layer.
- Connective tissue papillae contain plasma cells



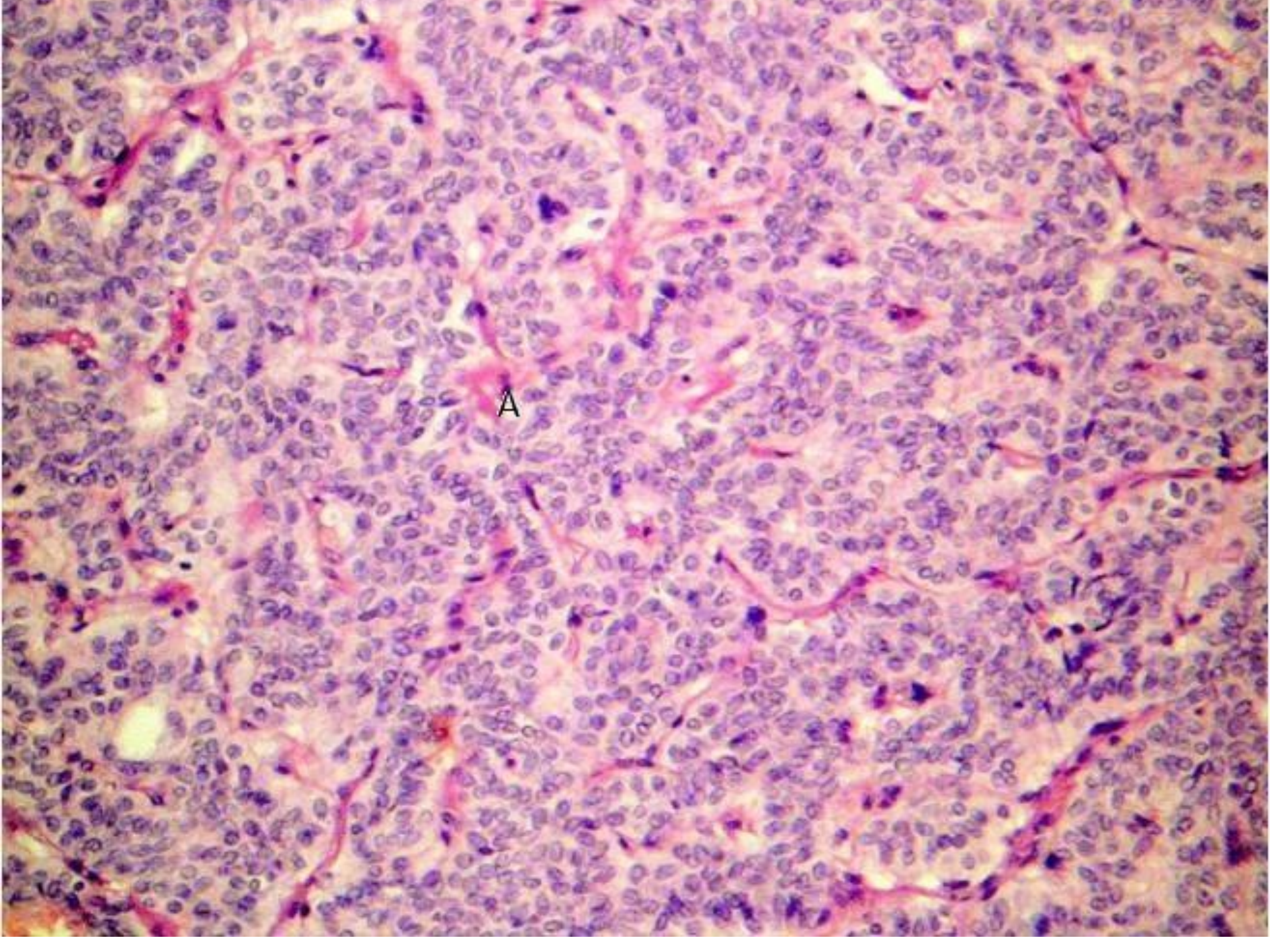


• الورم الظهاري العضلي :

- هي أورام غدية لعابية سليمة تتكون بشكل كلي من خلايا ظهارية عضلية وعلى الرغم من المنشأ الظهاري لها فإن التعبير الوظيفي الشكلي للخلايا الورمية هو اقرب للعضلات الملساء . وهذا ينعكس أيضاً في الفعالية المناعية للميوسين والبروتين S-100 والكيراتين .
- تنشأ معظم هذه الأورام ضمن الغدة النكفية وبشكل أقل في الغدة تحت الفك والغدد اللعابية الصغيرة داخل الفم . تظهر هذه الأورام سريريا ككتل غير مؤلمة محددة ضمن الغدة المصابة . تصيب كلا الجنسين وتظهر بين العقد الثالث والتاسع وسطياً في سن ٥٣ سنة .

• مجهرياً :

- تشكل هذه الآفات من عناقيد من خلايا مغزلية أو خلايا شبيهة بالبلازمية . تقريباً ٧٠% من الحالات تحوي عناصر خلوية مغزلية و ٢٠% تتكون من خلايا شبيهة بالبلازمية .
- يتراوح نمط النمو من آفات صلبة مع لحمة قليلة إلى آفات ذات عناصر مخاطية أو شبيهة بالمخاط مبعثرة بين الخلايا الظهارية العضلية .
- من ناحية الدراسة ما فوق البنيوية يشاهد صفيحة قاعدية رقيقة بين الخلايا الورمية واللحمة الداعمة . مركزياً تنظم مادة خيطية أو ليفية ضمن الخلايا المغزلية موازية للمحور الطولي للخلية تعطي تشابه للخلايا العضلية الملساء والخط المشبه بالخلايا البلاسمية من هذا الورم حيث تبدو الخيوط مبعثرة بشكل عشوائي .
- علاج هذه الآفة السليمة نسبة الورم المختلط الحميد ، بالاستئصال المحافظ للآفات التي تنشأ من الغدد اللعابية الصغيرة مع حافة من النسيج الطبيعي المجاور .
- يستطب استئصال النكفية السطحي في حال إصابة الغدد النكفية الإنذار يمتاز والنكس غير متوقع .



• الأورام الخبيثة :

• السرطانة المخاطية المشبهة بالبشري (الشائكي) Mucoepidermoid car.

• بهذا النوع من الأورام ميل للاجتياح وإعطاء نقائل بعيدة .

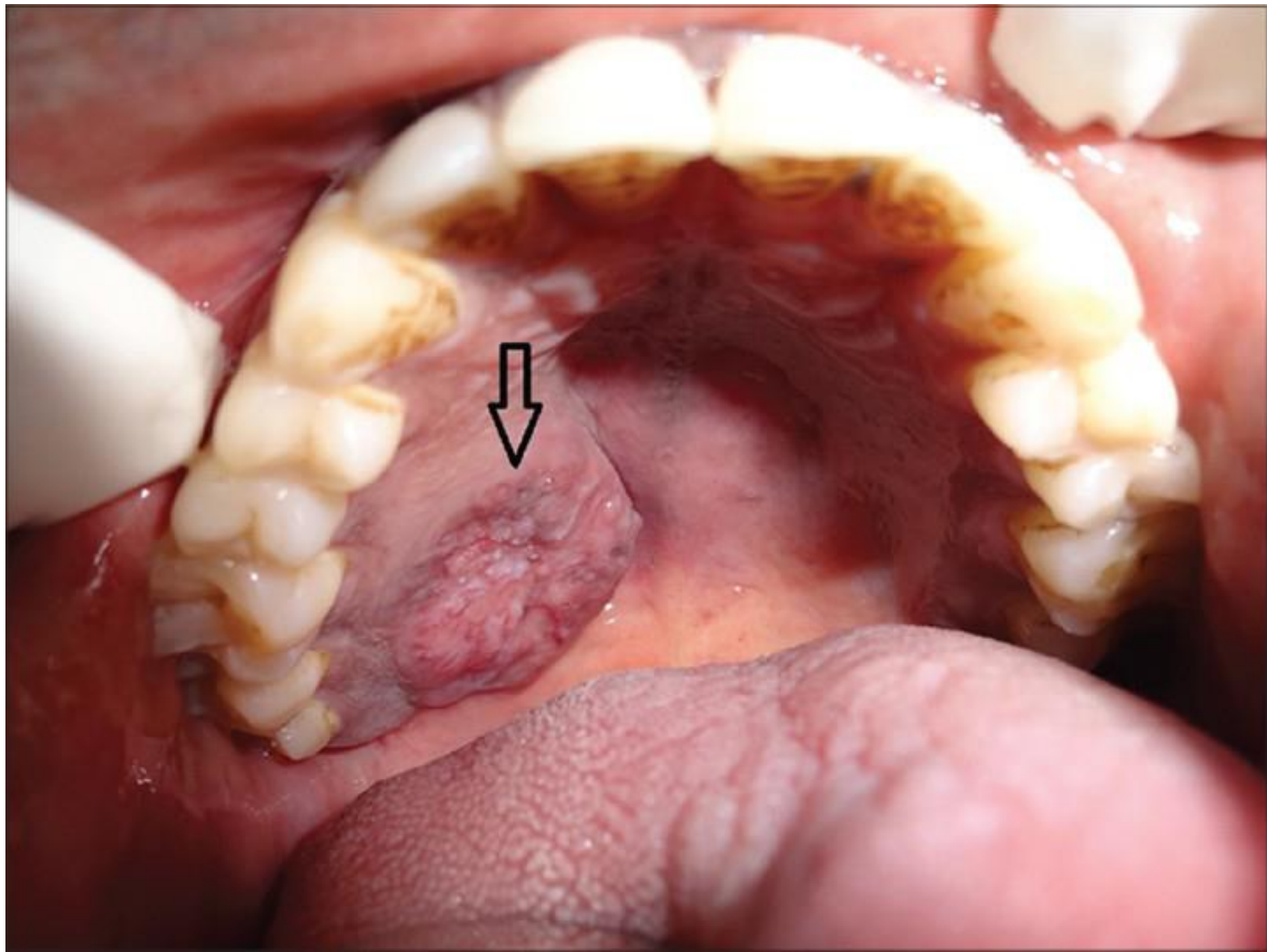
• بشكل عام يصنف هذا النوع من الأورام ضمن مجموعة الأورام ذات الخباثة القليلة وهو نوع من أنواع السرطانات الشائكة الخلايا التي تفرز خلاياها المخاطين هذه الخلايا تنشأ من الخلايا تنشأ من الخلايا داخل وحول الفصيصة وفي خلايا الأقنية للغدد اللعابية ، ويعتقد بأن هذه الخلايا تنشأ من تمايز الخلايا الشائكة تمايزاً مخاطياً هذه المادة المخاطية الورمية يحتوي على بروتينات سكرية مع حمض المخاطين وسلفات المخاطين .

• المظاهر السريرية :

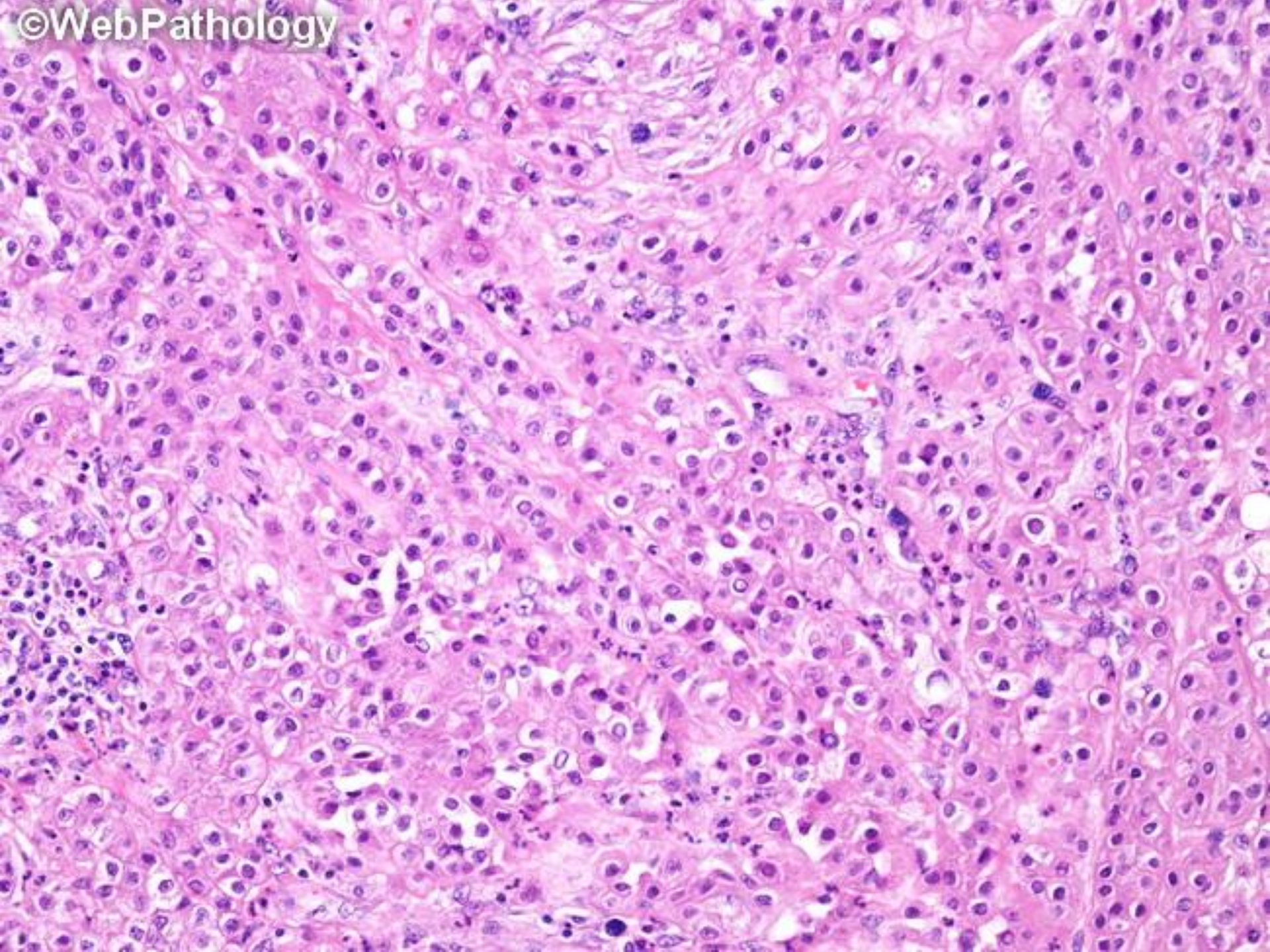
• يصيب هذا النوع من الأورام الغدة النكفية بنسبة ٦٠-٩٠% جدول رقم (٨) وتعادل نسبة حدوثه نسبة من ٦-٩% من جميع أورام الغدد اللعابية و ٣٤% من خباثات الغدد اللعابية النكفية و ٢٠% من خباثات غدة تحت الفك و ٢٩% من خباثات العظمي لهذا النوع يشبه في صورته الشعاعية وزم مصورات الميناء ، ويصيب الأشخاص ما بين العقد الثالث والخامس من العمر ولكنه يصيب أيضاً الأطفال .

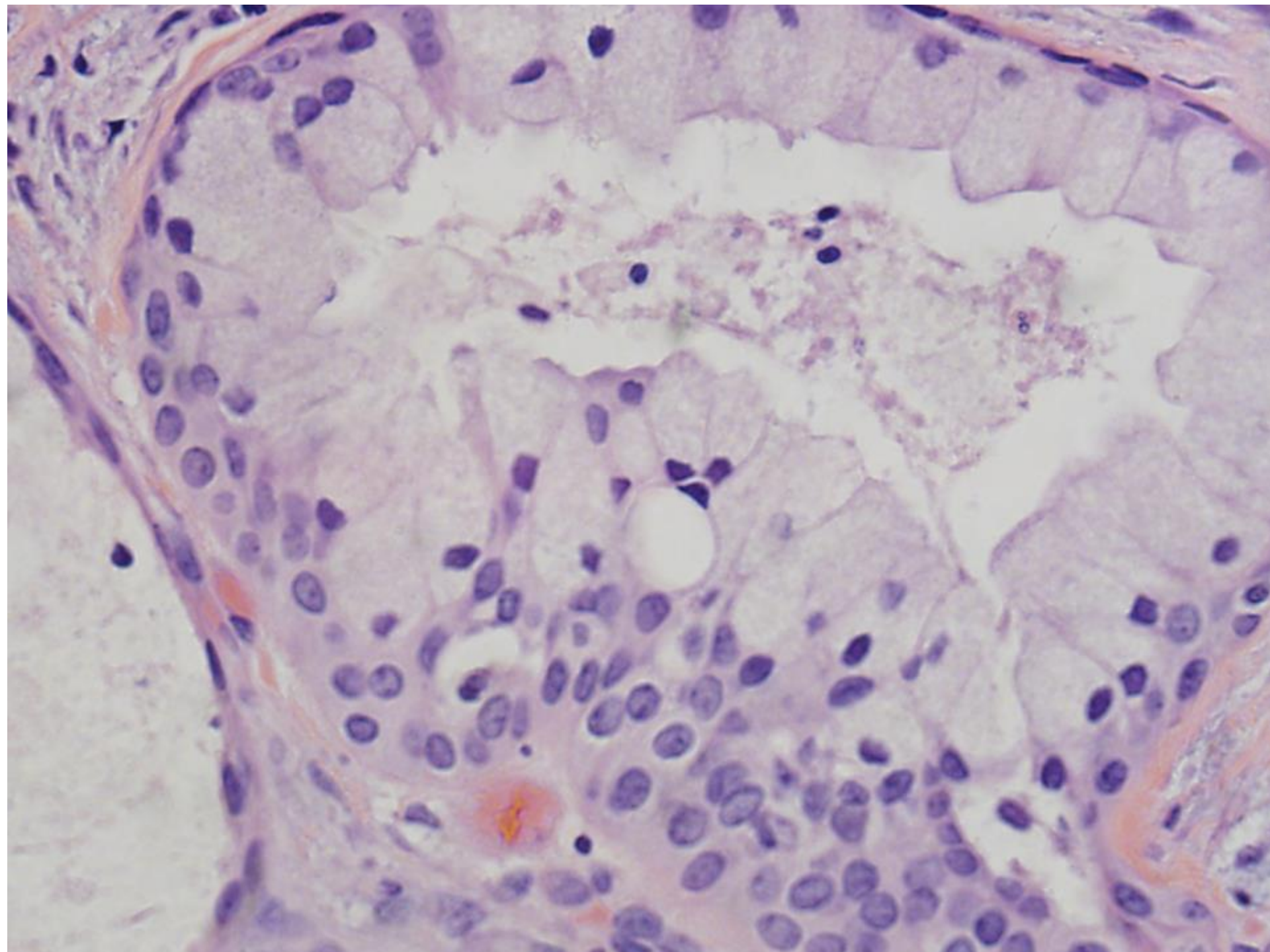
• الأنواع ذات الخباثة المنخفضة تشاهد سريرياً بشكل يشبه الورم الغدي متعدد الأشكال السليم وتتناهر على شكل كتلة بطيئة النمو غير مؤلمة ، وغير محاطة بمحفظة بشكل كامل وغالباً تحتوي على بؤر كيسية ممتلئة بمادة المخاطين .

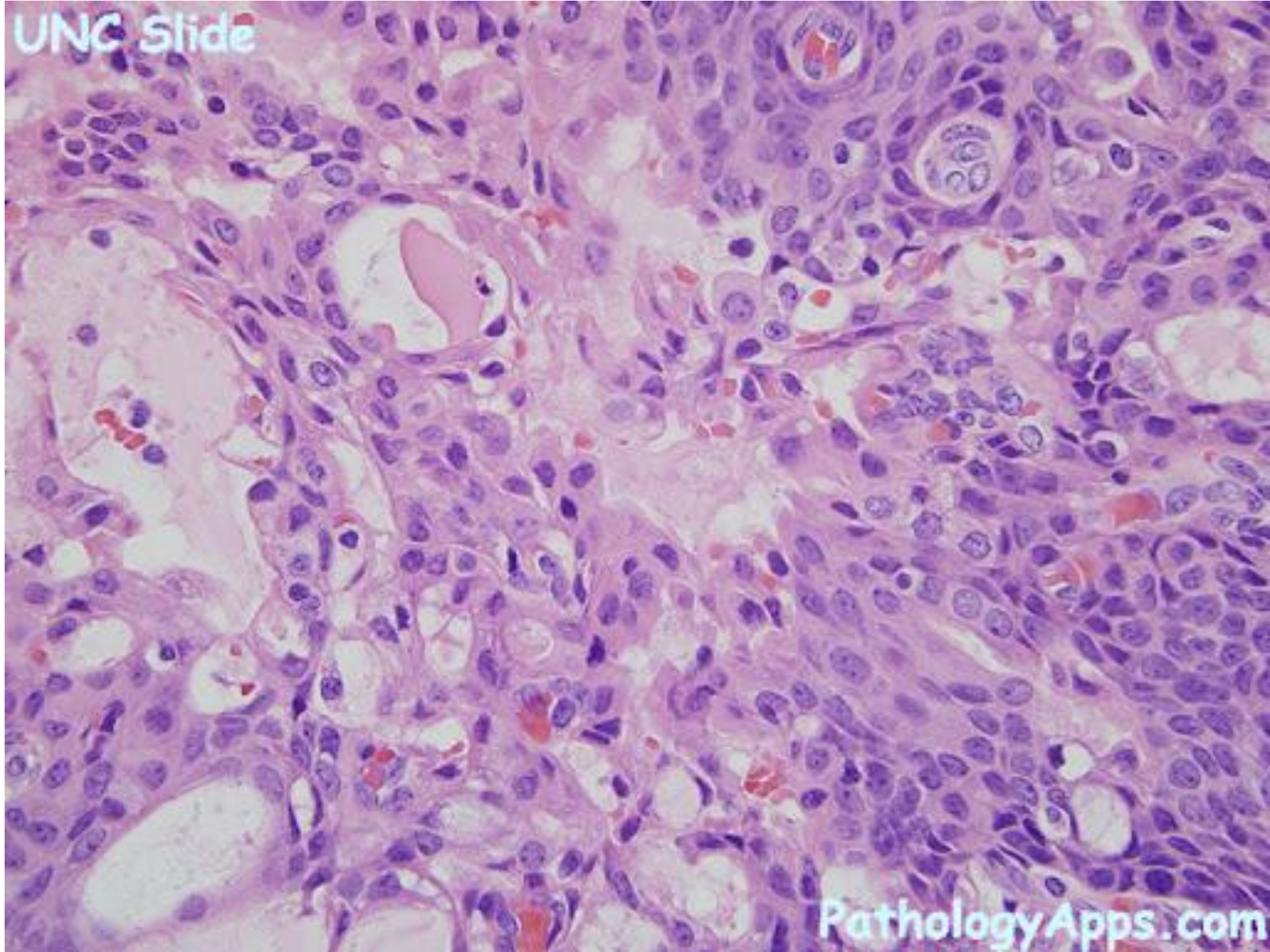
• الأنواع ذات الخباثة العالية تتظاهر على شكل كتلة سريعة النمو مؤلمة ، مع تقرح في السطح مع اجتياح واضح للنهايات العصبية ، وشعاعياً نشاهد :











السرطان الغداني الكيسي

أو الغداني الكيسية هذا الشكل من السرطان الغدي مميز ويستحق تفريقه عن الأشكال الأخرى للتنشآت الغدية بسبب المظهر المجهرى ،/ الخواص السلوكية ، معدل النكس الموضعي العالي والانتشار الجهازي .
يعتقد أن منشأ السرطان الغداني الكيسي من القناة الإضافية وذلك من الخلايا الحافظة لها . وإن التمايز يعتقد بأنه يكون على طول خط الخلايا للقناة الإضافية .

المظاهر السريرية :

تشكل هذه الآفة ما يقارب ٢٣% من سرطانات الغدد اللعابية حيث أنها تعتبر من أكثر خباثات الغدد اللعابية شيوعاً والملاحظة في الغدد الصغيرة داخل الفم والغدد تحت الفك . تشكل تقريباً ٣/١ الخباثات التي تحدث ضمن الغدد تحت اللسان .

تعتبر الغدد اللعابية الصغيرة بما فيها تلك الموجودة في السبيل الجببي الأنفي أنها تشكل تقريباً ٥٠-٧٠% من كل الحالات المسجلة من السرطان الغدي الكيسي في منطقة الرأس والعنق . أما في الغدد اللعابية الكبرى فتعتبر الغدة النكفية الأكثر إصابة .

ويصاب الأشخاص بين العقيدين ٥-٧ ، لا يوجد ميل نحو جنس معين على الرغم من ملاحظة إصابة النساء أكثر بقليل بالنسبة للآفات التي تنشأ من الغدد تحت الفك في الغدد اللعابية الكبرى المظهر السريري غالباً ما يكون كتلة وحيدة الفصيصة قاسية بالجس ويمكن أن تترافق بألم أو مضمض هذه الآفات تتصف عادة بمعدل نمو بطيء .

يحدث الغزو العظمي بشكل متكرر وفي البداية تكون التغيرات الشعاعية بسبب الارتشاح في الفراغات التقوانية .

إن الانتشار البعيد للرئتين أكثر شيوعاً من النقائل للعقد اللمفية المحيطة .

مما يدعو للاهتمام بين الغزو الورمي للفراغات حول العصبية وغالباً ما يتظاهر الورم بشكل جيد في مكان غير مكان المرضى السريري الأساسي .

من المظاهر الشائعة للآفات داخل الفموية وخاصة تلك التي تنشأ على شراع الحناك حدوث تقرح المخاطية الساترة ، وهي نقطة تستعمل عادة لتمييز هذه الآفات سريرياً عن الورم المختلط الحميد الأكثر شيوعاً .

- المظاهر القياسية والمقبولة للسرطان الغدي الكيسي بالمجهر الضوئي تتصف بنمو غربالي أو اسطواني أو نمط أنبوبي أو نمط صلد . وقد تشاهد هذا الأنماط متشاركة مع بعضها البعض .

- وجود مناطق التنخر الخلوي يمكن أن تشير إلى شكل أكثر سوءاً للمرضى هناك عوامل أكثر أهمية فيما يتعلق بميل تطور المرض تشمل حجم الآفة البدنية ، الموقع التشريحي ووجود نقائل عند التشخيص .

- الشذوذات النووية تكون غائبة أو قليلة ونشاط الانقسام المنصفي عادة لا يشاهد التكتف الكروماتيني يكون كثيف .

- المظهر المميز لهذا التنشؤ يرتبط بتشكيل فراغات كيسيية كاذبة تحتوي على مواد لا خلوية مختلفة تتألف هذه المادة بشكل رئيسي من عديدات سكارم مخاطية تتصف من الناحية فوق البنيوية بوجود مادة صفيحة قاعدية متعددة الطبقات .

- يمكن أن تشكل الخلايا العضلية الظهارية جزء صغير من المكون الخلوي للسرطان المشبه بالغدي الكيسي .

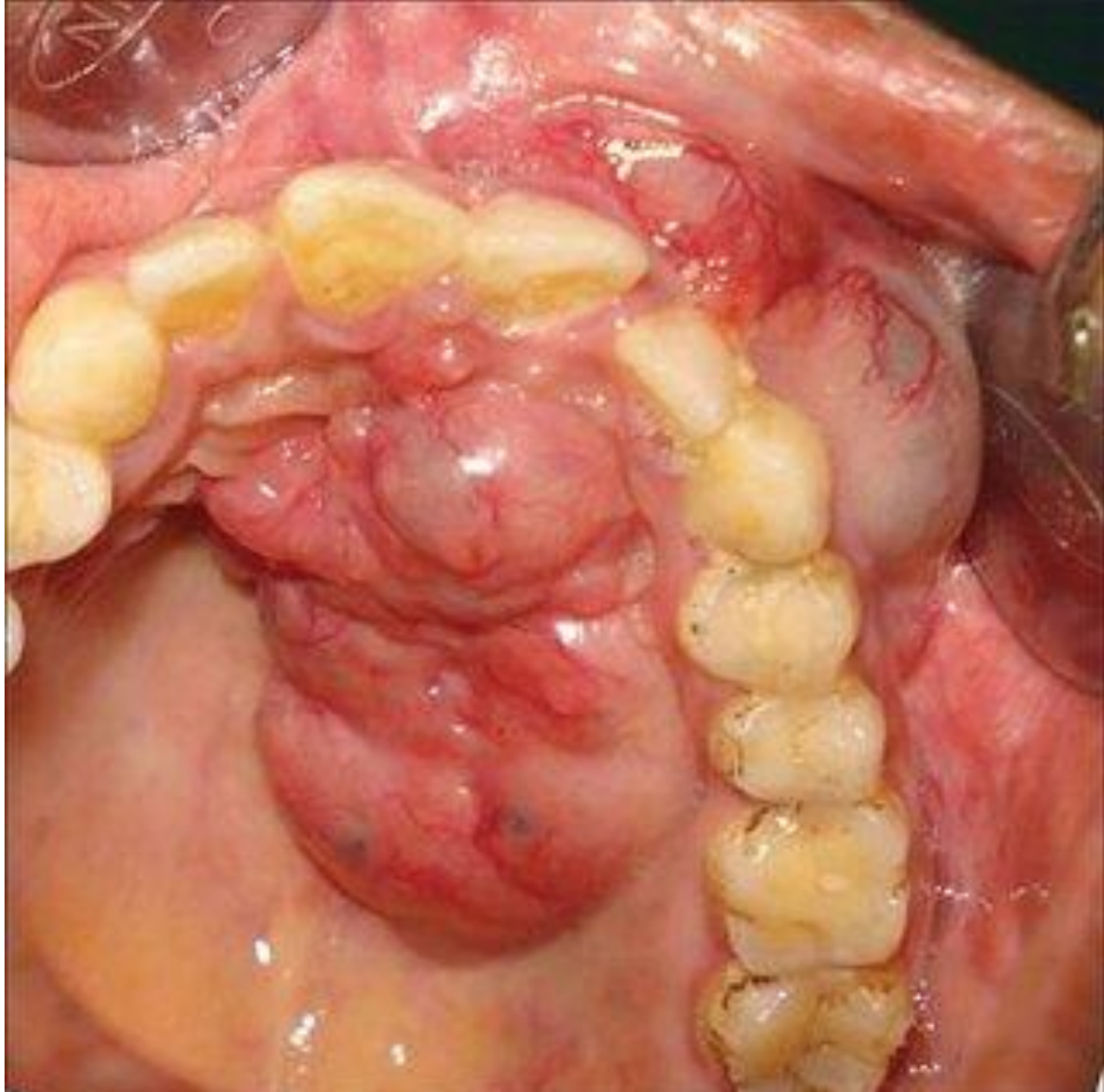
- وإحدى المظاهر المجهرية المميزة وجود غزو حول عصبي أو داخل عصبي .

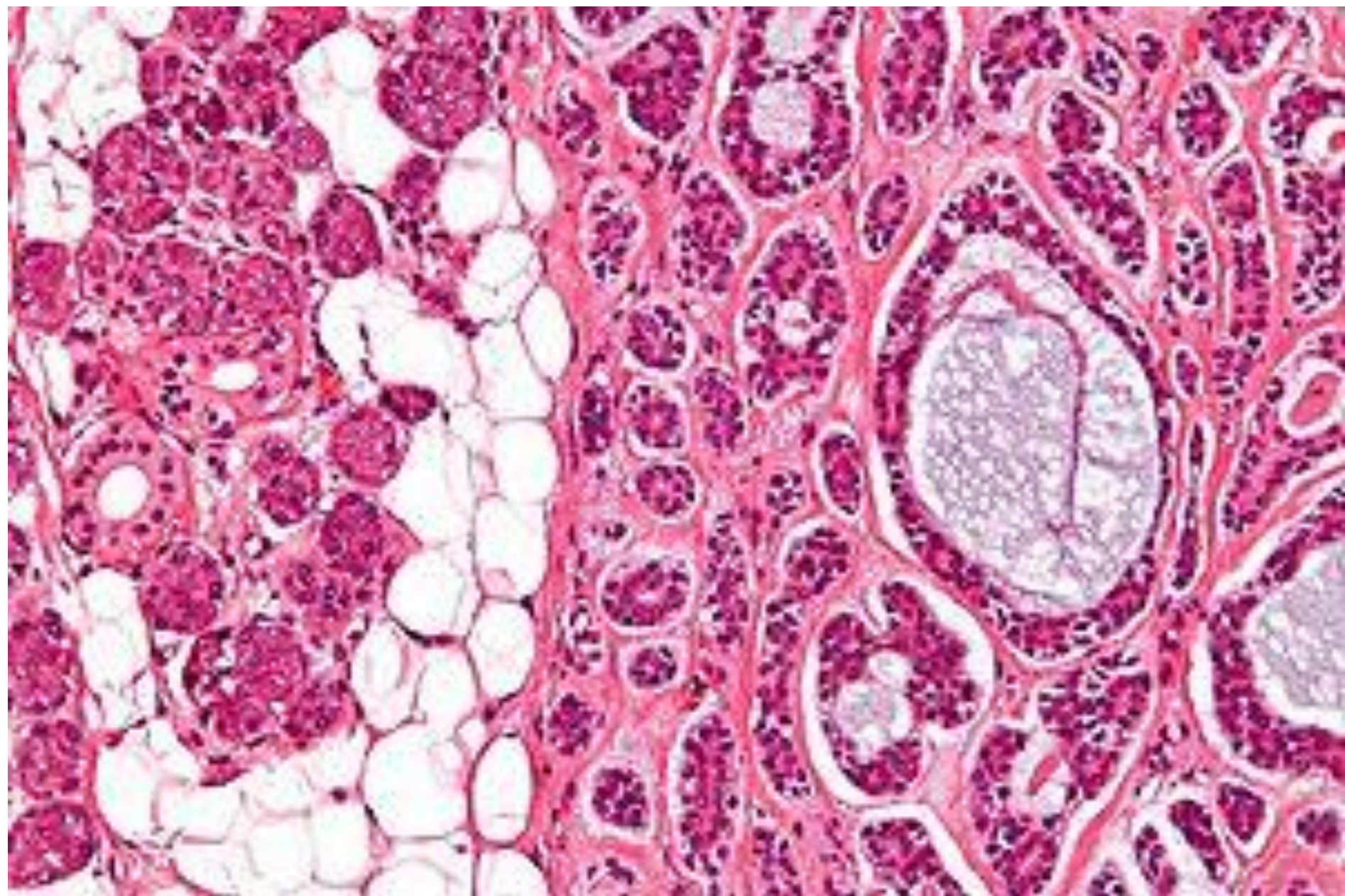
• العلاج والإنذار :

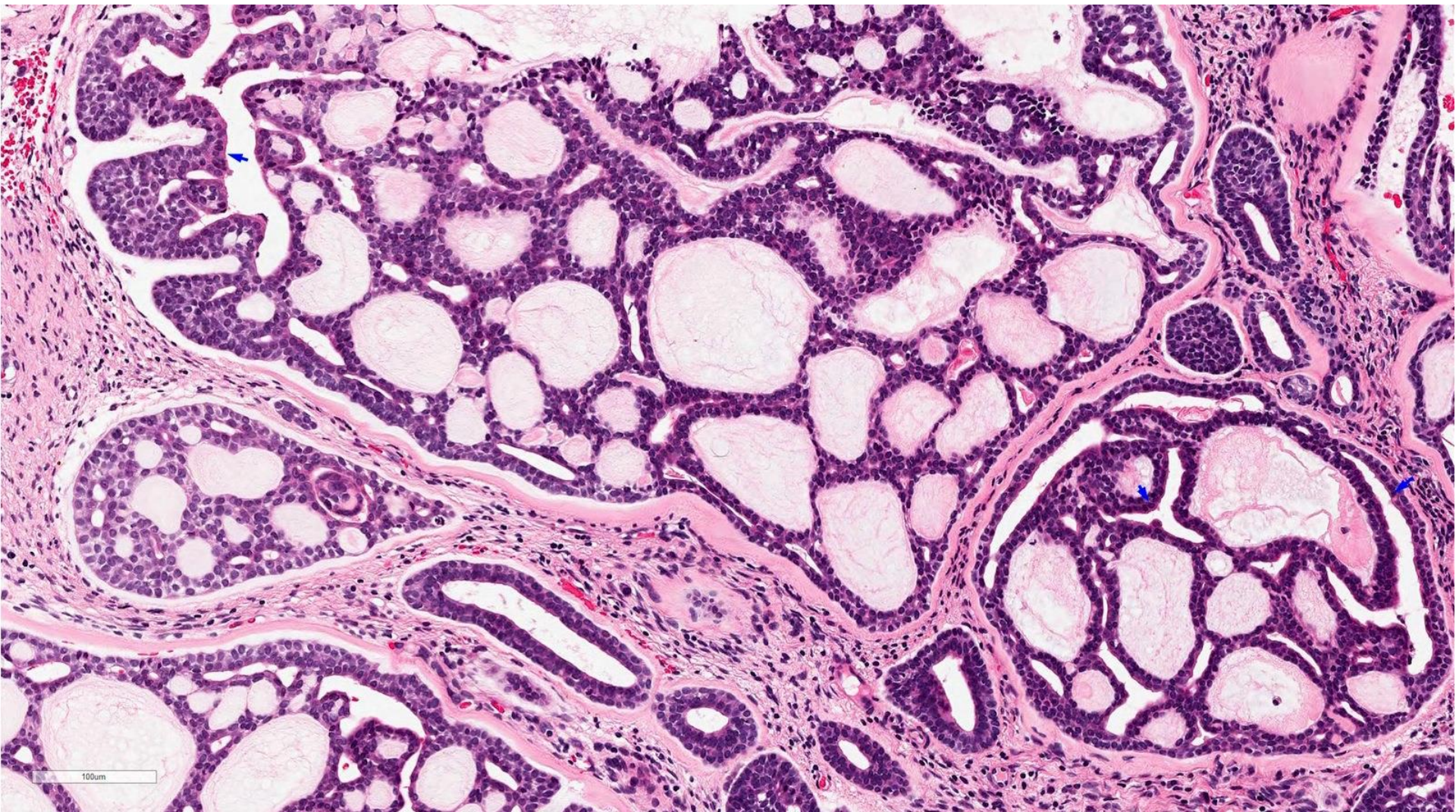
- بغض النظر عن مكان الآفة البدئية تعتبر الجراحة العلاج الاختياري لعلاج السرطانات الغدية الكيسية وعندما تصاب الغدد النكفية يستطب إجراء استئصال واسع للغدد النكفية السطحية أو استئصال فص سطحي وعميق .

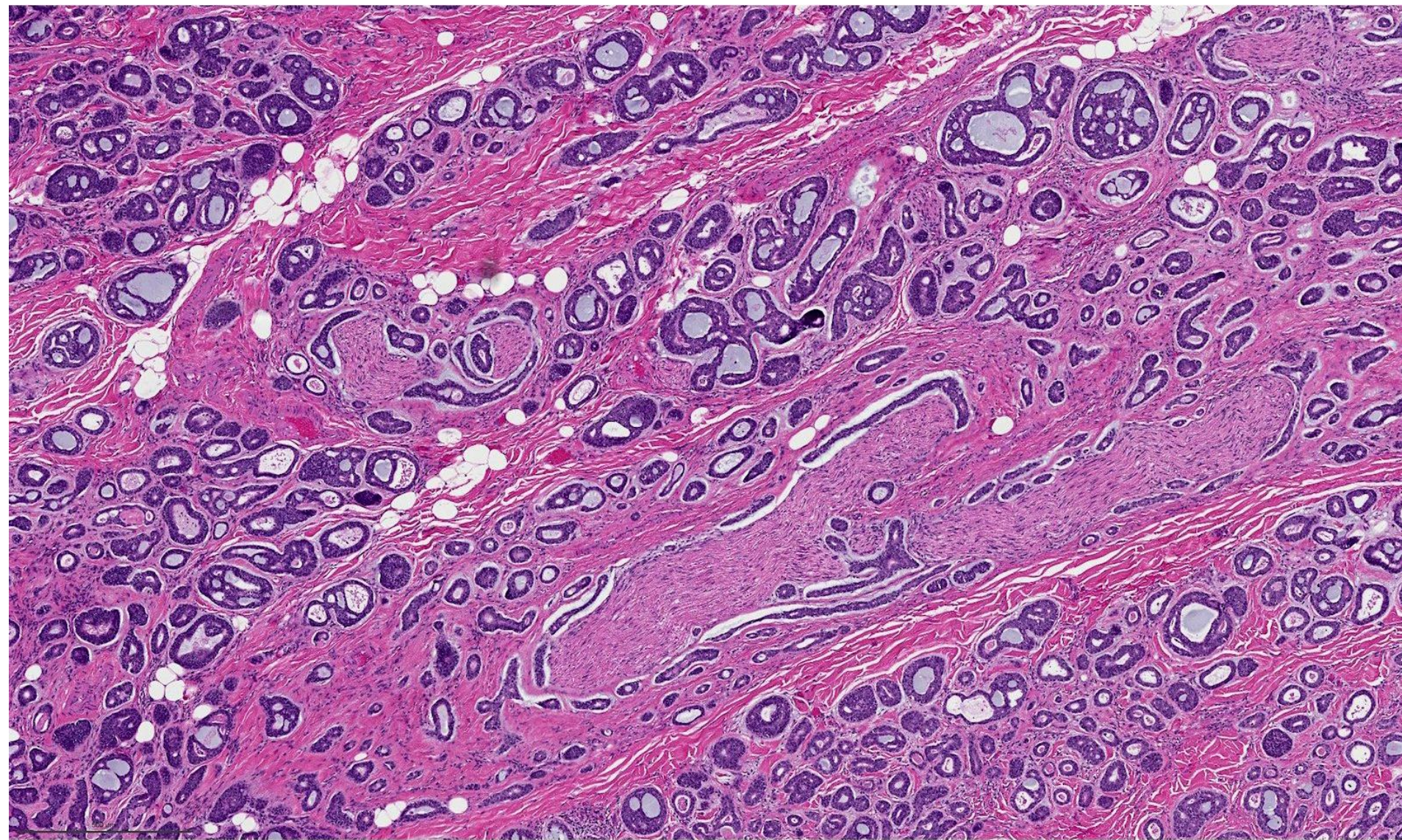
- في الغدة النكفية يوجد جدال بالنسبة لترك أو رفع العصب الوجهي ويوصى معظم الباحثين القطع فقط في الحالات التي يحيط بها الورم بالعصب أو بغزوه .



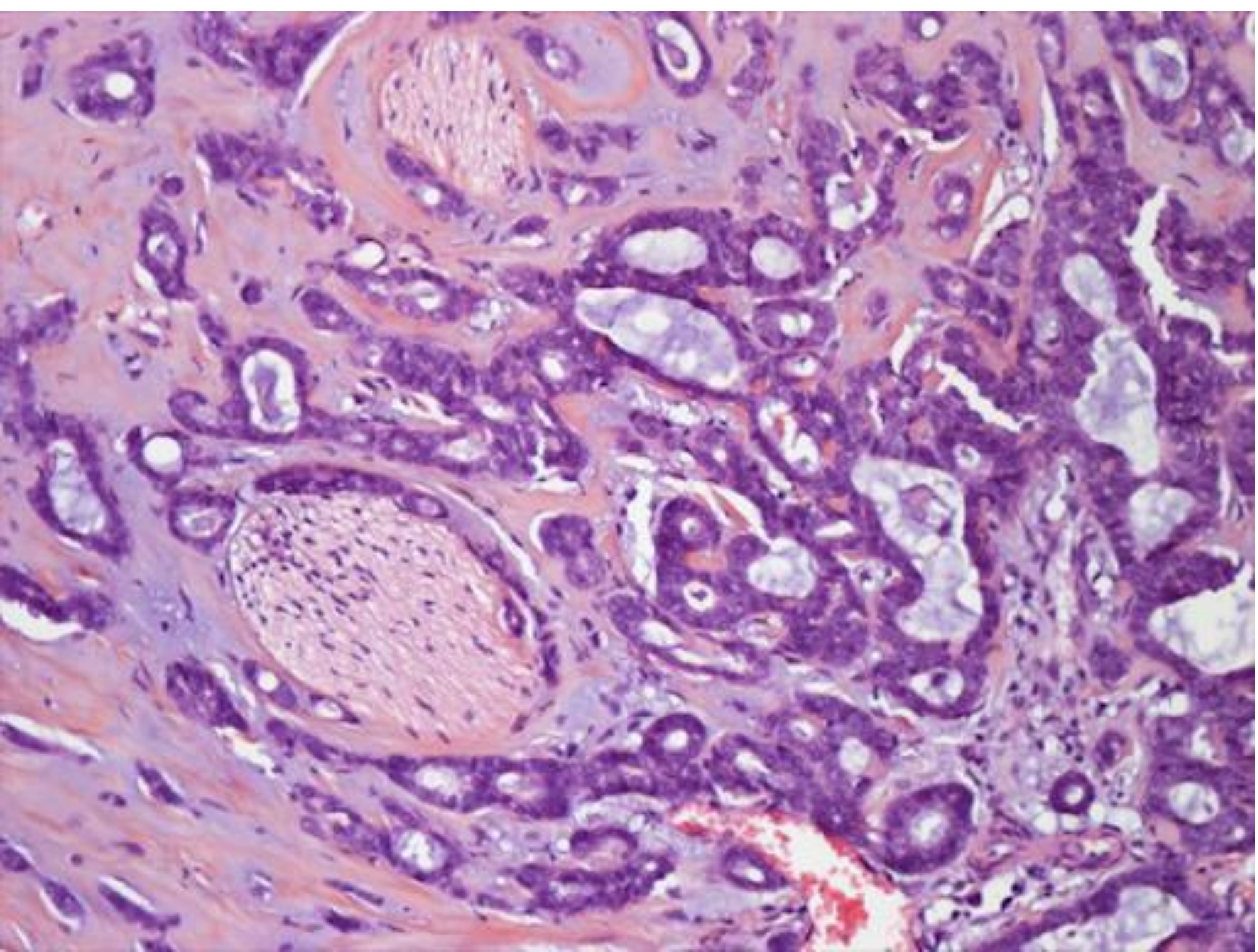








Adenoid cystic carcinoma tubular and cribriform pattern with perineural invasion.



• سرطانة الخلايا الغنبية :

- هو تنشؤ مميز ينشأ من الغدة اللعابية وإن أرجح الحالات مسجلة في الغدد اللعابية الرئيسية (الكبرى) وخاصة الغدة النكفية .
- إن المنشأ المقترح لهذا السرطان من الخلية المدخرة داخل القناة intercalated على الرغم من وجود سبب يجعلنا نصدق acinic cell نفسها تمتلك كمونية الحؤول تنشؤية عند البالغين .
- **المظهر السريري :**
- قد يتواجد هذا السرطان في كل المجموعات العمرية بما فيها الأطفال مع ذروة حدوث حوالي العقدين ٥ و ٦ كما أنه لا يصيب عرق معين .
- إن هذه الآفة تمثل ١٤ % من كل أورام الغدة النكفية و ٩ % من سرطانات الغدد اللعابية الكلية في كل الأماكن .
- هناك مظهر غير مألوف وهو تكرار الإصابة ثنائية الطرف للغدة النكفية في حوالي ٣ % من الحالات .
- إن معظم الحالات تتطور في الفص السطحي والفص السفلي للغدة النكفية وقد سجلت حالات قليلة جداً في الغدد اللعابية الصغيرة والغدد تحت الفك السفلي .
- -أما داخل جوف الفم فإن معظم الحالات تحدث في الحنك والمخاطية الفموية .
- -إن هذا السرطان يتظاهر عادة بشكل آفات قطرها أقل من ٣ سم بطيئة النمو .
- وإن الألم هو عرض متكرر الظهور رغم أنه لا يدل على الإنذار إن الفاصل الزمني بين الظهور البدئي للكتلة والمعالجة تختلف من ٦ أشهر إلى ٥ سنوات في حوالي نصف الحالات يكون الانطباع السريري هو أن الآفة سليمة .

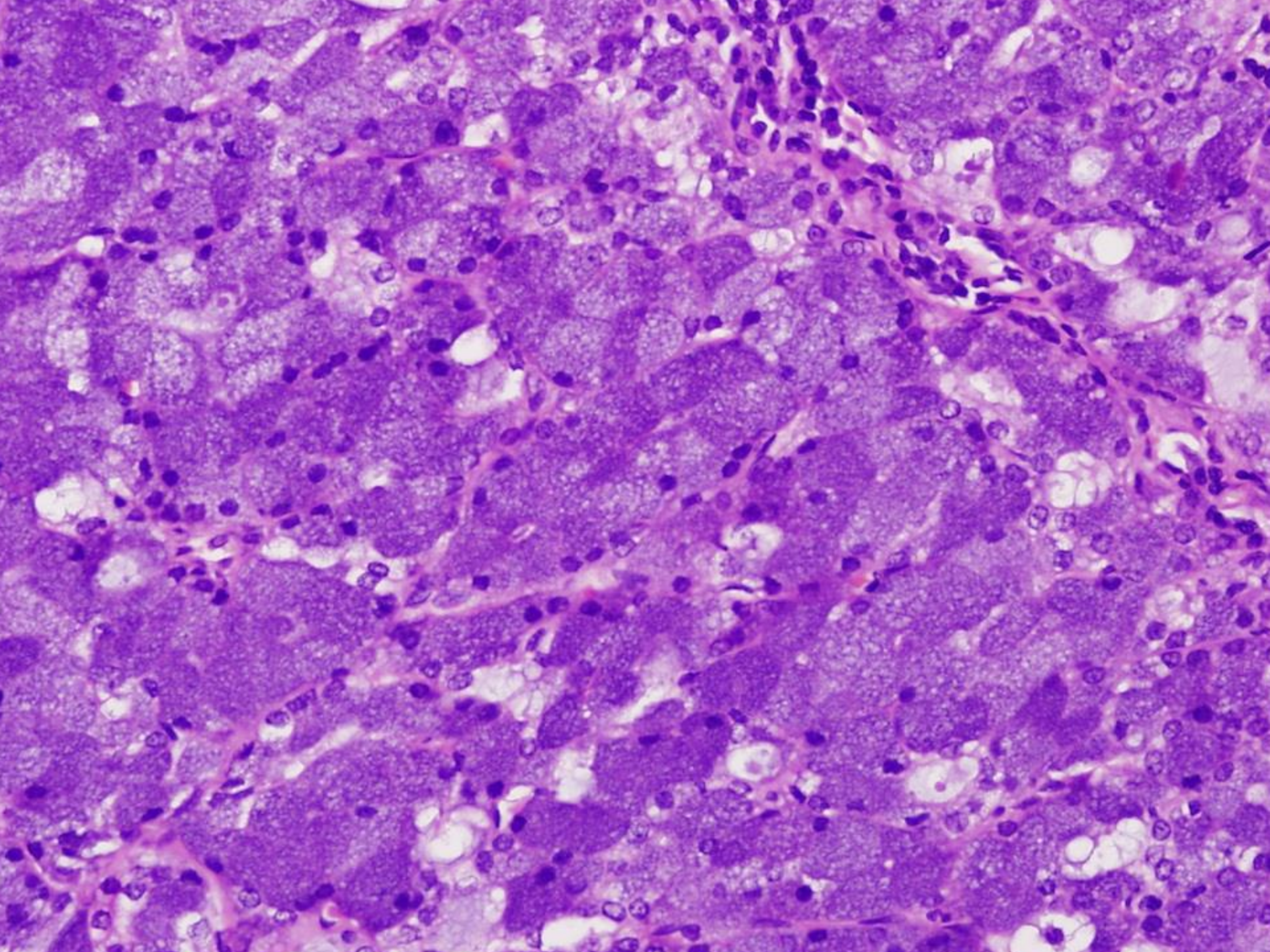
Acinic Cell Carcinoma

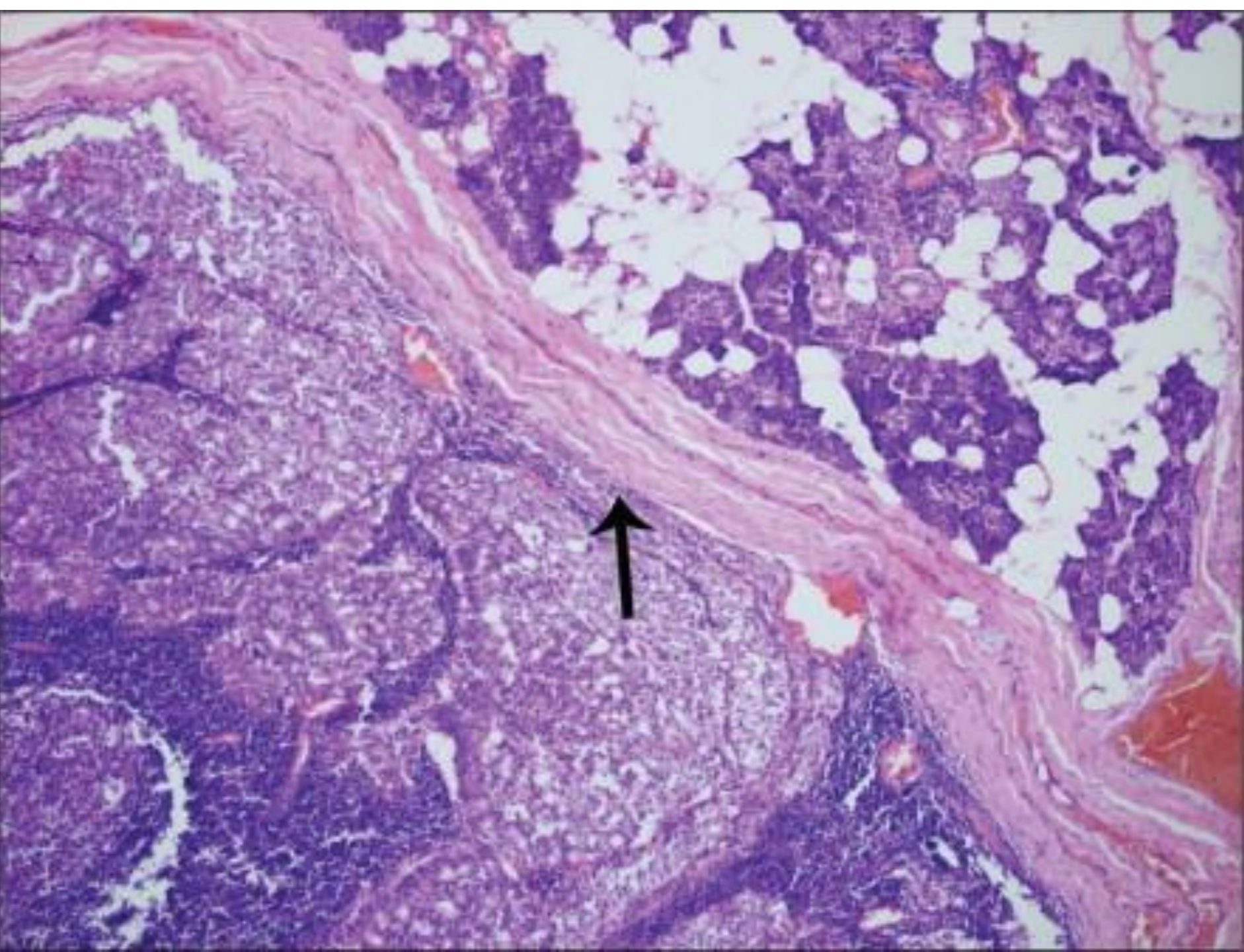
Clinical features

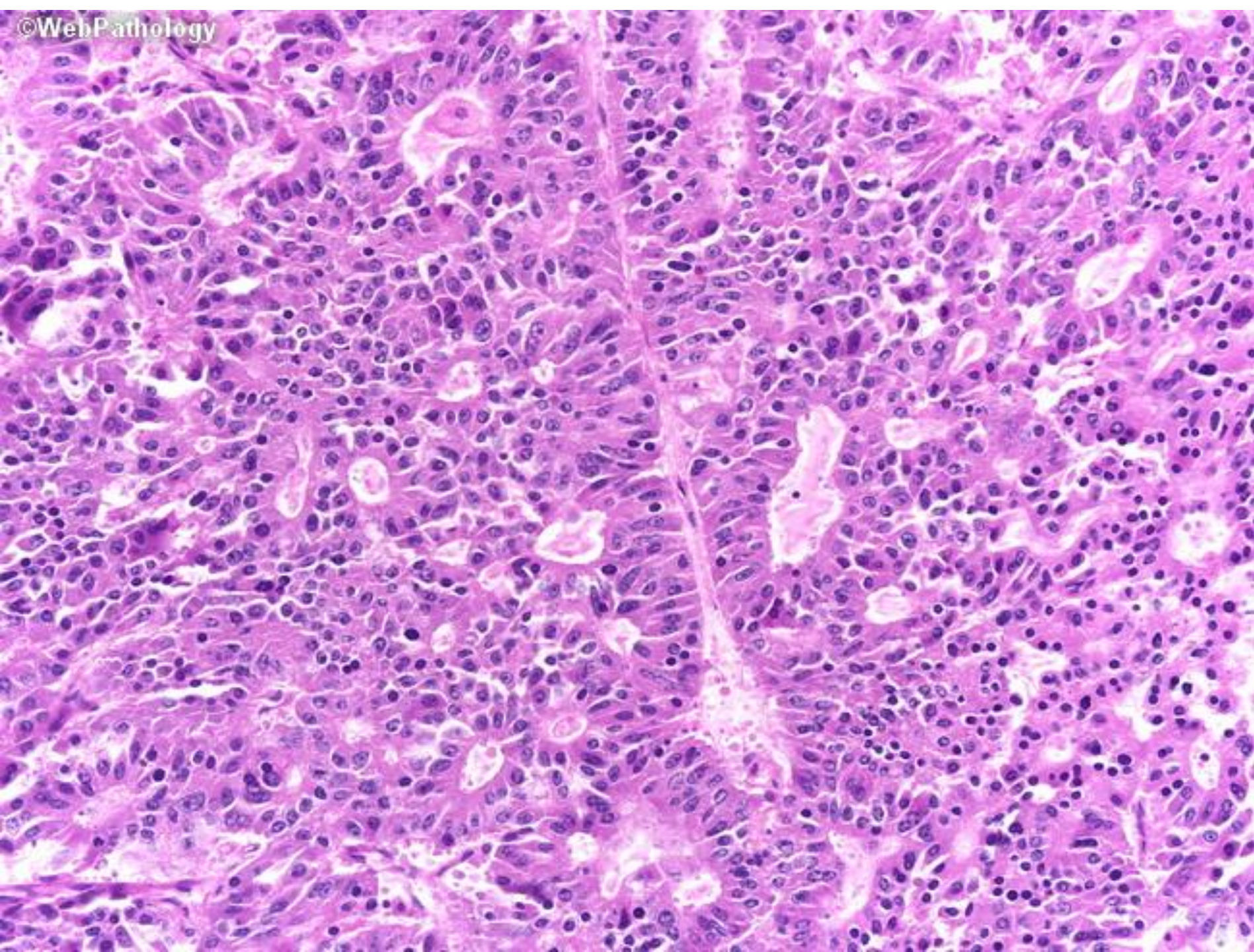
- ❖ Age: 5th to 6th decades of life
- ❖ No gender predilection
- ❖ It represents 14% of parotid gland tumor
- ❖ 9% of total salivary gland carcinoma of all sites
- ❖ 50% of cases, the clinical appearance is a benign lesion











- **التشريح المرضي النسيجي :** على الأقل فإن ثلث حالات هذا السرطان يكون نمط النمو كيسيياً ويمكن ملاحظته .
- من المظاهر المميزة وجود فصيصات كبيرة أو أعشاش من الخلايا الورمية مع لحمة متدخلة .
- إن ترتيب الخلايا التنشؤية مختلفة تماماً مع عدة أنماط غير واضحة وبشكل عام فإن الخلايا مرتبة في كتل صلبة بحواف مندفعة أو كليلية (غير ظاهرة) .
- إن النمط القاسي (الصلب) للنمو هو الأشيع يتبعه مباشرة النمط الترايبيقي وفي الأشكال الأخرى : الشكل الكيسي الصغير والشكل الكيسي الحليمي والشكل الجريبي .
- إن النمط الخلوي الأكثر سيطرة هو الخلايا الجيدة التمايز الحاوي على حبيبات سيتوبلازمية ، مختلفة من شكل منتشر بشكل خفيف أو شكل ضخم وخشن والحبيبات تكون إيجابية الـ PAS ومشابة لتلك الموجودة في الخلايا acimic الطبيعية إن الخلايا من النمط imtercalated duct تشاهد في حوالي ثلث الحالات .
- أما الخلايا الغير النوعية والخلايا الفارغة فتشاهد تقريباً في ربع الحالات .
- إن العديد من هذه السرطانات تظهر من حين لآخر عناصر خلوية رائقة clear وهناك أمثلة نادرة وجدت فيها خلايا clear كلية .

• الورم المختلط الخبيث :

- استخدمت عبارة الورم المختلط EX السرطاني بشكل متبادل مع الورم المختلط الخبيث على الرغم من أن كل واحدة من هذه العبارات تمثل كيان تشريحي مرضي نسيجي مختلف .
- لهذا الغرض فإن اصطلاح carcinoma ex mixed تمثل خباثةظهارية في ورم مختلط ما موجود سابقاً حيث أن بعض البقايا يمكن التعرف عليها وعندما تتواجد الانتقالات فإن المكون الخبيث هو الذي ينتقل وهذا أكثر شيوعاً من ذلك المسمى الورم المختلط الخبيث .
- لقد تم التعرف من الورم المختلط الخبيث :
- الأول هو : خباثة في كلا النسيجين الظهاري والميزانشيمي لذا يمكن استخدام اصطلاح عقد سرطاني carcino sarcome وفي حالة النقائل كلا المركبين يكونان موجودين .
- أما الثاني : فيتميز نسيجياً لورم مختلط سليم وأنه لسبب ما انتقل رغم احتفاظه بالميزات النسيجية الحميدة .

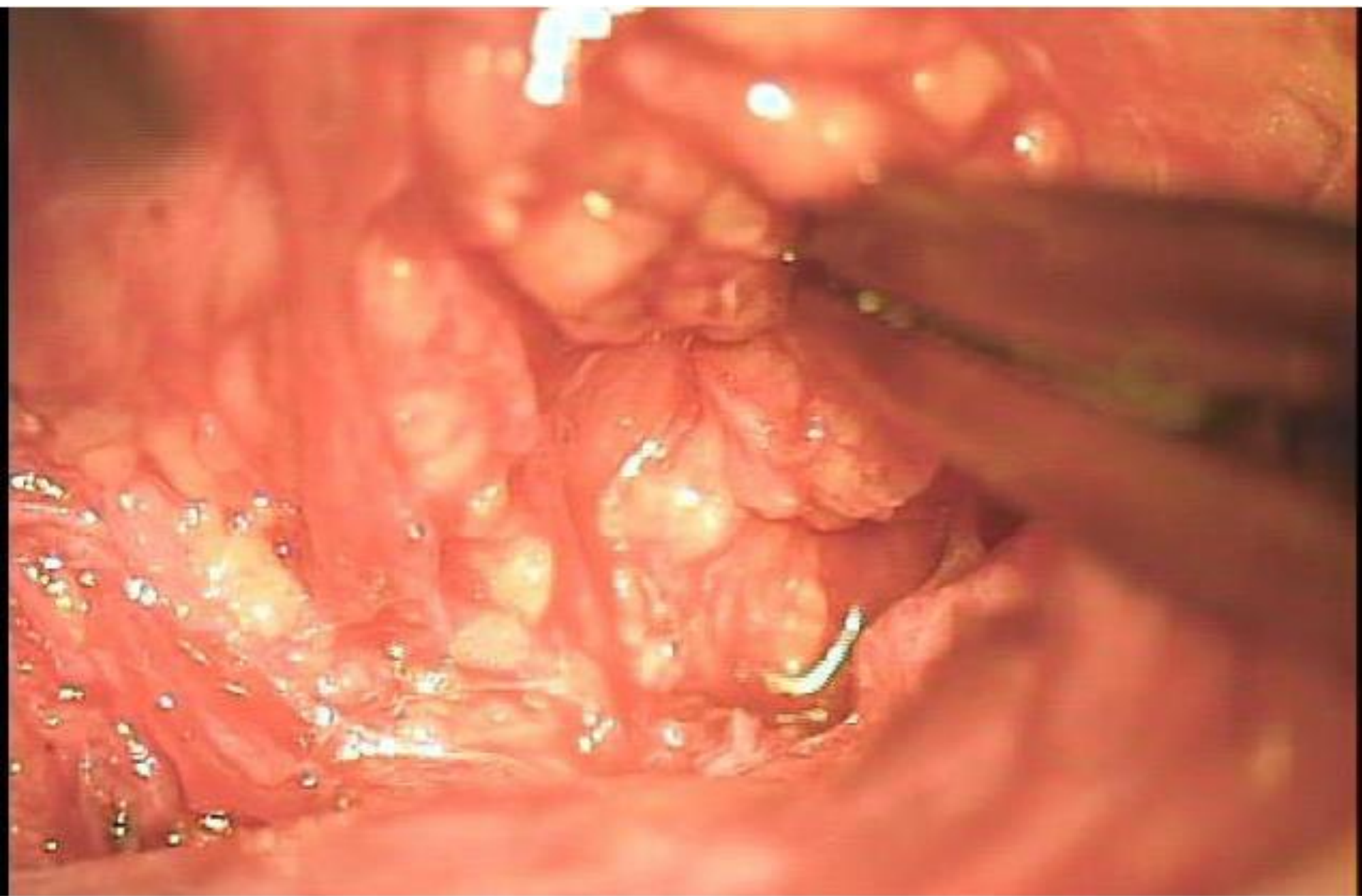
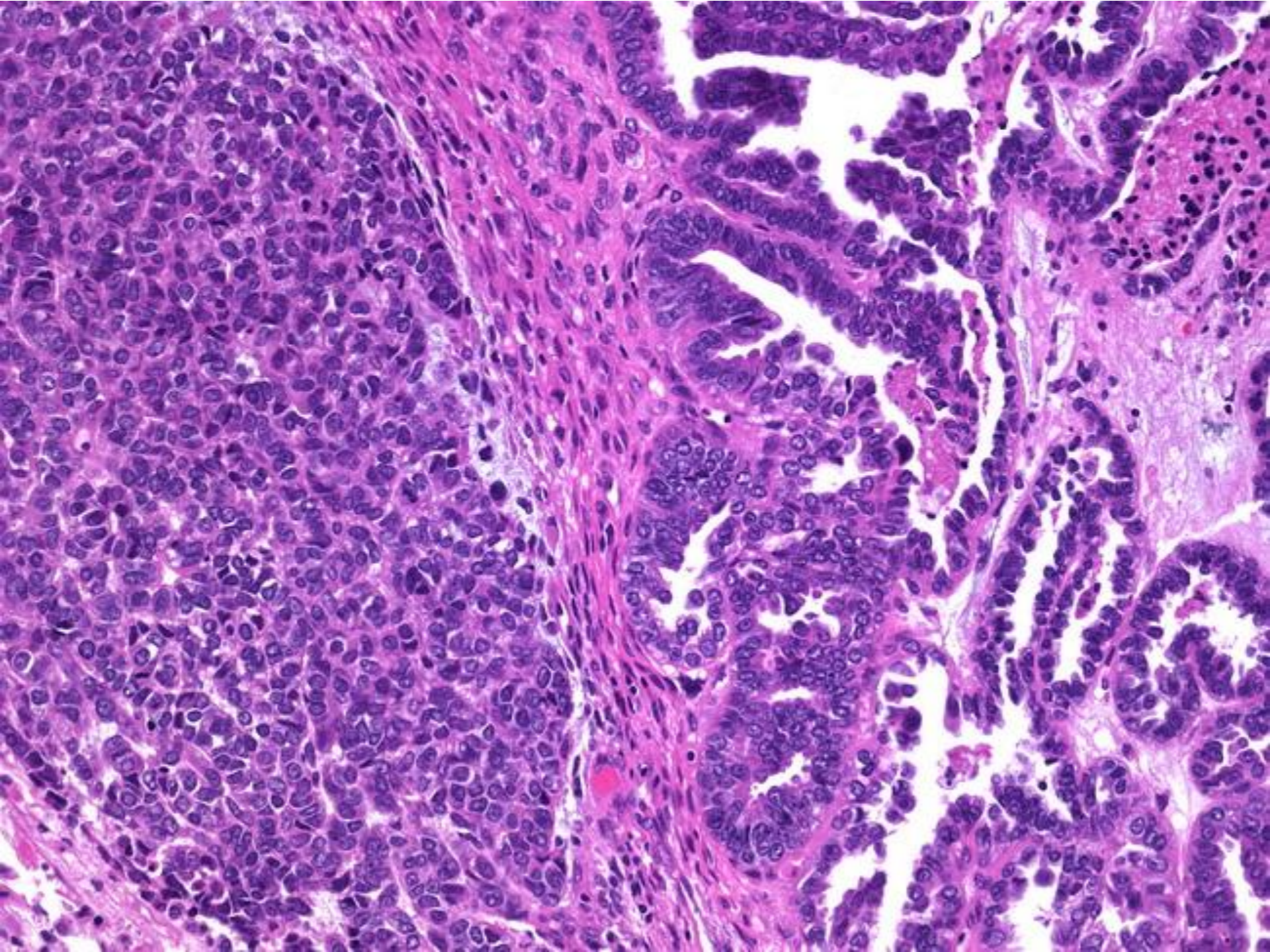
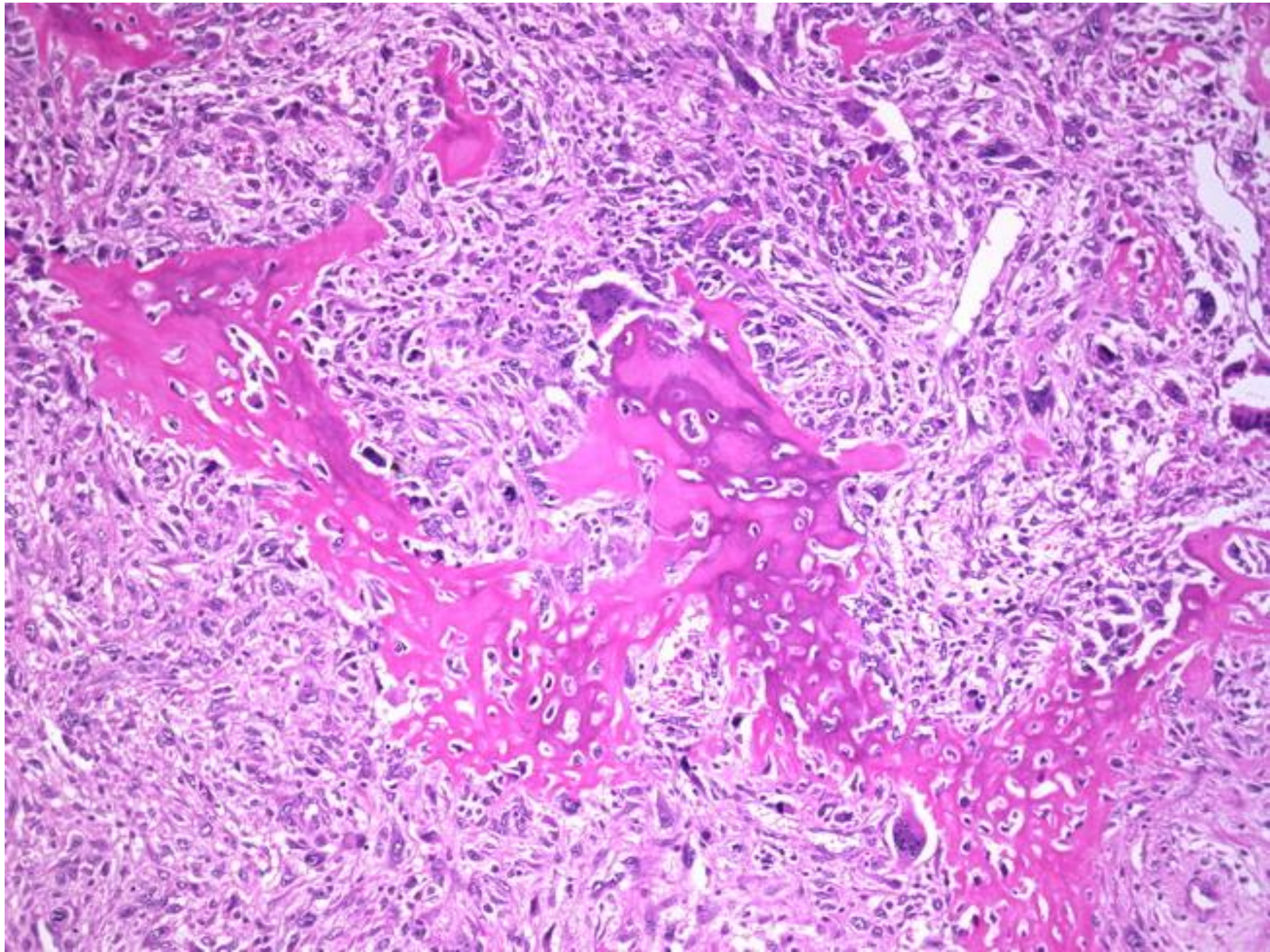
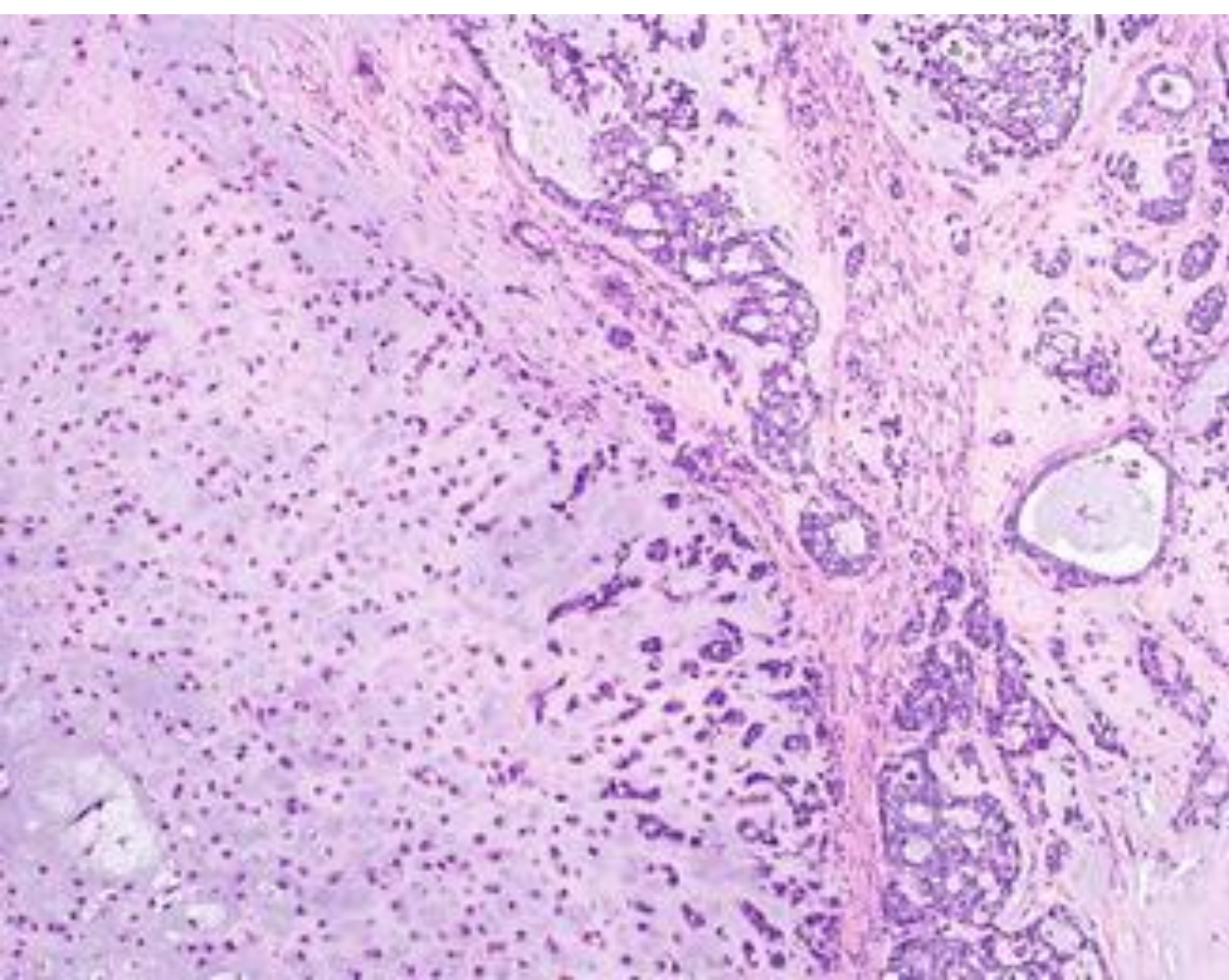


Figure 1 Intraoperative photograph









المظاهر السريرية :

ينشأ هذا الورم عادة من الورم المختلط الحميد المعروف بوجوده لعدة سنوات أو ينشأ من الورم المختلط الحميد الذي حدث فيه العديد من النكس على عدة سنوات .

إن الخباثة التي تحدث داخل الورم السليم سابقاً يتم إنتاجها من خلال النمو السريع الذي يحدث بعد فترة من الزيادة القليلة الإدراك للحالة .

حوالي ٦٨% من الورم المختلط EX السرطاني والأورام الخبيثة المختلطة توجد في الغدة النكفية .

١٨% تصادف في الغدد اللعابية الصغيرة داخل الفم .

تتوضح الإصابة السرطانية في الأعمار حوالي ٦٠ سنة . أما تلك التي تصيب الشباب بأعمار ٢٠ سنة فتكون أوراماً مختلطة سليمة .

أعراض الشك بالخباثة :

تتضمن التصاق الكتلة المحيطة أو المخاطية المغطية . أو تقرح جلدي أو إصابة العقد اللمفية المنطقية .

التشريح المرضي النسيجي :

حواف الورم EX المختلط السرطاني والأورام المختلطة الخبيثة تكون محددة بشكل جيد بالرغم من وجود مناطق مرتشحة . يمكن ملاحظة تنخر مع نزف بمناطق التمدن حيث تظهر معظم مناطق الخباثة مثل الورم الغدي أو السرطان غير المميز أو كلاهما .

من الشائع أن تلاحظ الصورة النسيجية للورم المختلط السليم مع مناطق صغيرة من التبدلات السرطانية .

يمكن أن توجد بشكل قليل السرطانة غير الغازية أو السرطانة الموضعة ضمن الورم المختلط السليم .

عندما توجد التوضعات الانتقالية فإنها تشابه الآفة البدئية .

يمكن أن توجد نماذج غضروفية ضمن التوضعات الانتقالية تشابه كذلك الورم البدئي .

- العلاج والإنذار :
- العلاج جراحي حصراً .
- حيث أن المرضى الذين لديهم إصابة عقد لمفاوية رقبية يجب أن تجرى لهم جراحة عنق جذرية .
- يبقى النكس الموضعي مشكلة في حوالي نصف المرضى الذين لديهم إصابة نكفية بدئية وفي ٧٥% من المرضى المصابين بأورام الغدد اللعابية الصغيرة أو تحت الفكية .
- ١٠% من الحالات تقريباً توجد مع إصابة لمفاوية غير مسيطر عليها .
- وتقريباً الثلث يظهرون نقائل لأماكن بعيدة عادةً للعظام والرئتين . حددت معدلات الشفاء لـ ٥ سنوات أو لـ ١٠ سنوات أو لـ ١٥ سنة بعد العلاج في إحدى الدراسات كانت ٤٠% و ٢٤% و ١٩% على التوالي وفي دراسة أخرى ٣٠% من أولئك المتابعين لمدة ١٠ سنوات كانوا خالين من المرض .

• كارسينوما الظهارية العضلية بين الأفتية :

• إن أورام الغدد اللعابية ذات الخلايا الرائقة تنشأ من الخلايا INTERCALATED أو الخلايا الظهارية أو الخلايا المخاطية أو الخلايا الدهنية أو الخلايا العنابية .

• يعتقد أن نقاء السيتوبلازما يأتي من تغيرات خلوية صغيرة مع نقص في المكونات مثل التخزين (تراكم عناصر بلاسمية كالغلوكوجين والمخاط والدهن أو حبيبات الإفراز) أو من مواد تثبيت ، لذلك فإن الخلايا الرائقة يمكن أن تصادف في أورام الغدد اللعابية المتعددة كارسينوما الظهارية المخاطية والأورام الدهنية والأورام المختلطة وسرطانة الغدد اللعابية والورم الغدي وحيد الشكل Monophasic وعند استبعاد هذه الأورام من التشخيص التفريقي لأورام الخلايا الرائقة فإن المتبقي يصنف ضمن كارسينوما الظهارية العضلية

سرطانة القناة اللعابية (السرطانة الغدية) Adenocarcinoma

يتصف سرطان قناة اللعابية سريريا بالإصابة المميزة للغدة النكفية (أكثر من ٨٠% من الحالات)

وتشكل الإصابة الغدة تحت الفكية بقية نسبة اصابات سجلت ٨٠% من الحالات تقريبا في الذكور وقمة الحدوث الإجمالية في العقد السابع .

تنشأ الآفات على شكل كتل قاسية غير مؤلمة ، وهذه الآفات تجذب اهتمام الطبيب خلال عام من حدوثها بشكل عام .

يلاحظ وجود تشابه مجهري لافت للنظر لسرطانات الأقنية التي تنشأ في الثدي مع وجود مظاهر بنيوية تشمل نماذج نمو غربالية ، حليمية وصلبة ترافق لحمة مشكلة للألياف وتتنخر زوائى .

تشمل المظاهر الخلوية تظهر من النوع الإفرازي مع وجود هيولى حامضية وتراكمات متعددة لمخاطين داخل هيولى ، وتلاحظ درجات مختلفة من اضطرابات النماذج النووية وتشاهد بشكل عام انقسامات منصفية قليلة . تحتوي معظم الأورام على حواف ارتشاحية مع وجود غزو عصبي في حوالي ٥٠% من الحالات .

يستطب الاستئصال الجراحي لهذه الآفات مع إجراء تسليخ مرافق للعنق أو إجراء تشيع بعد الجراحة أو كليهما ، ولم يحدد بعد دور المعالجة الكيميائية ز في حالات المرض المتقدم لم تغير المعالجة المشتركة من الإنذار .

تشير الدراسات المديدة إلى أن ٥٠% من المرضى يموتون بسبب مرضهم خلال ١٥ شهر إلى ٦ سنوات بعد المعالجة . يلاحظ النقائل الرئوية والعظمية بشكل متكرر .

• السرطانة الغدية Adenocarcinoma :

• يعتبر بالتعريف كل خباثة تنشأ من ظهارية القناة اللعابية أو ضمن العقد اللعابية من منشأ ظهاري سرطاناً عقدياً .

• وعلى كل يستعمل هذا التعبير بشكل اقل شيوعاً كموجودة تشخيصية محددة لأن معظم أنظمة التصنيف قد حطمت هذه المجموعة المعقدة من النتوءات إلى موجودات منفصلة يمكن تعريف هذه الموجودات حسب بنيتها وكذلك حسب سلوكها .

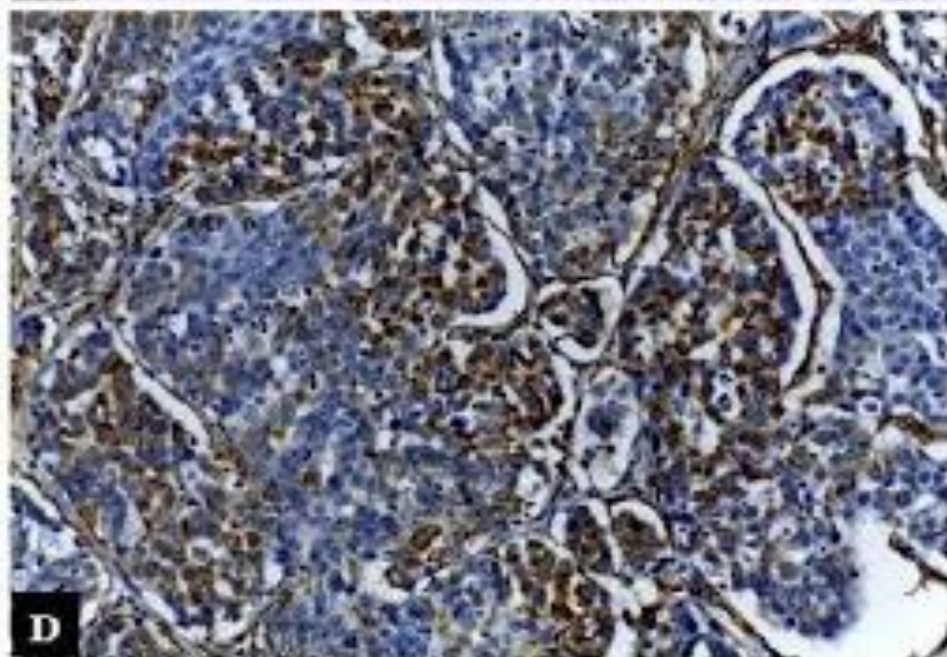
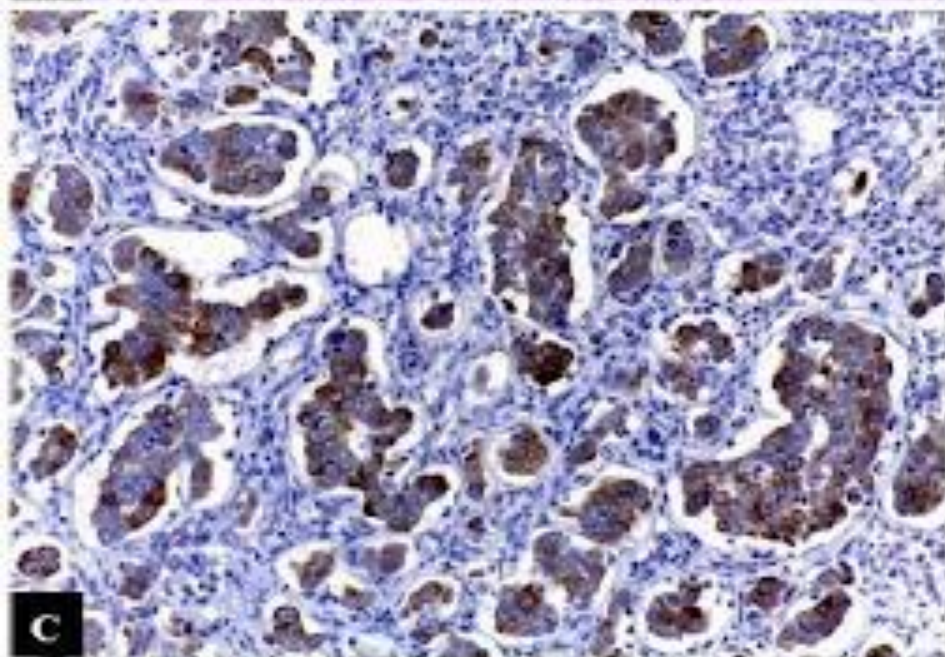
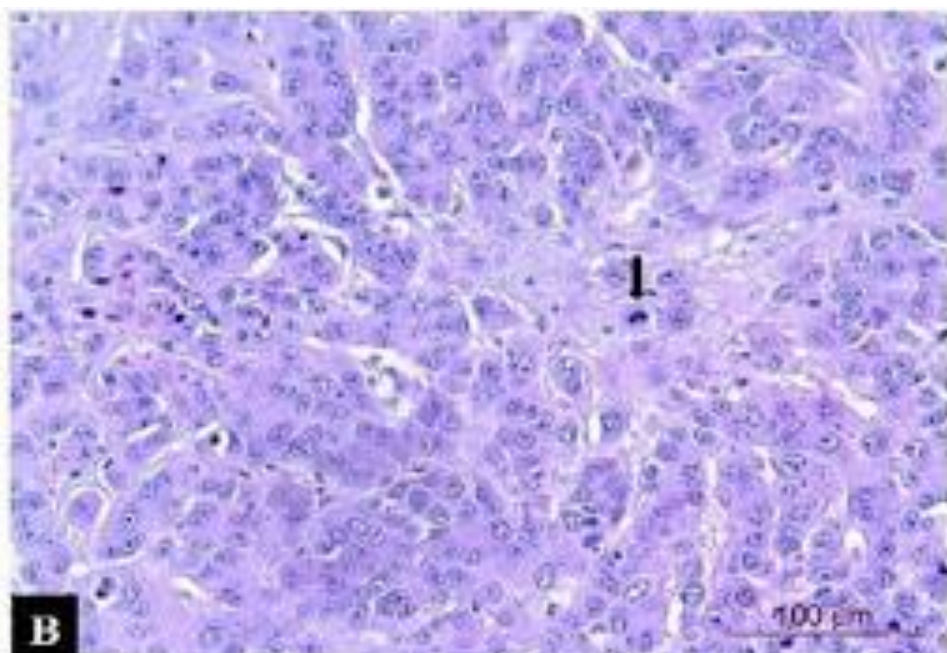
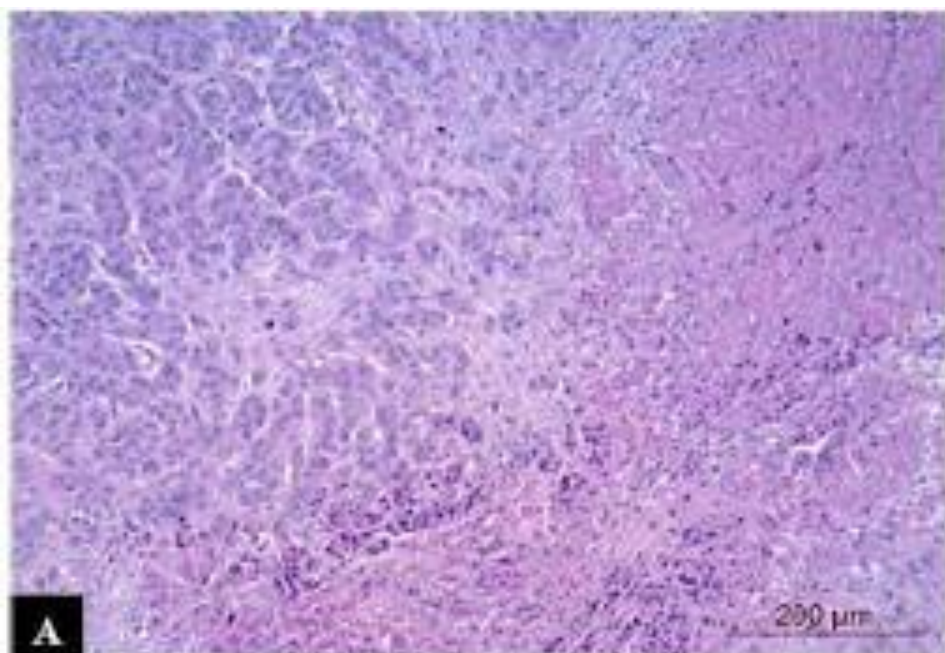
• بعد التعرف على سرطان القناة الانتهائية وسرطان القناة اللعابية والسرطان الظهاري العضلي فإن المجموعة المتبقية من السرطان اللعابية والتي لا تملك تشكياً معيناً يمكن تصنيفها كسرطانات غدية ، وضمن هذه المجموعة توجد أمثلة نادرة من السرطانات الغير متميزة ، السرطان الغدي العصبي ، السرطان الصغير الخلايا والسرطان الغدي الحليمي المفرز .

• إن الفائدة من عنوان السرطان الغدي الغير محدد بطريقة أخرى ترتبط بسرطان الغير متميز .

• يسبب الغياب شبه الكامل للتمييز يصبح الوضع في أصناف موجودة مستحيلاً .

• يمكن الخبيثات العالية الدرجة مثل سرطانات القناة اللعابية والسرطانات المخاطية الجلدانية أن تملك مظاهر متشابهة ولكنها يمكن أن تملك عناصر مجهرية أخرى تسمح بتشخيصها .

• من الناحية المجهرية تختلف السرطانات الغير متميزة من صلدة إلى غربالية مع أنواع خلوية تتراوح من مغزلية إلى دائرة صغيرة .



- لا يزال سرطان الخلايا الصغيرة وعلى الرغم من الاقتراح بأنه من الاقتراح بأنه من الاقتراح بأنه من منشأ الطبقة الخارجية العصبية بحاجة لإظهار امتلاكه مكونات حبيبية إفرازية عصبية مناسبة ضرورية لوضع هذا التشخيص .
- السرطان ذو الخلايا الحرشفية :
- يعتبر السرطان ذو الخلايا الحرشفية الناشئ ضمن الغدة اللعابية حادثة نادرة ، وتعتبر الغدة تحت الفك الأكثر إصابة تليها الغدة النكفية .
- يعتقد أن التهاب الغدة اللعابية الانسدادي (أكثر شيوعاً في الغدة تحت الفك) هو العامل المؤهب بميل معظم المرضى لأن يكونوا في العقد السابع أو بعده
- إن السرطانات ذات الخلايا الحرشفية في الغدة النكفية والغدد تحت الفك تكون بشكل عام جيدة إلى متوسطة التمايز مع عدم وجود دليل على إفراز مخاطي ، إن السرطان ذو الخلايا الحرشفية والسرطان المخاطي الجلداني عالي الدرجة تعتبر عادة تشخيص بديلة .
- يعتبر النكس الموضعي والنقائل إلى العقد البلغمية المنطقية حوادث شائعة بينما تعتبر النقائل البعيدة غير شائعة . وتعتبر الجراحة هي العلاج المختار . وكمثل خباثات الغدد اللعابية الأخرى ترتبط البقية بالمرحلة السريرية أكثر من التمايز النسيجي