

استاد : دکتر آرمان روغنی

غدد بزاقی نویل

جلسه ۱

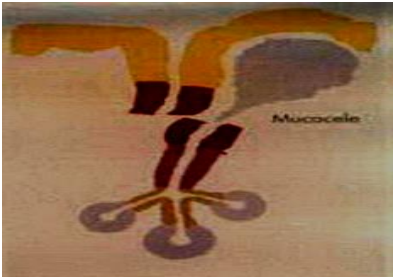
ضایعات غدد بزاقی (۱)

✳فرانس: کتاب پاتولوژی دهان نویل

❖ انواع بیماری های غدد بزاقی:

۱- ضایعات واکنشی و انسدادی ۲- بیماری های عفونی ۳- اختلالات ایمنولوژیک ۴- نئوپلاسم ها

موکوسل یا Mucus Extravasation Phenomenon یا Mucus Escape Reaction:



یک تروما باعث می شود که مجرای غدد بزاقی پاره شده و موکوسی که آسینی های غدد بزاقی تولید کرده اند به داخل بافت هم بند تراوش شود.

سیستم ایمنی سلول های التهابی را در اطراف ناحیه مرتب می کند و یک بافت جوانه ای ایجاد می کند.

این بافت جوانه ای پرولیفریشن سلول های فیبروبلاست و اندوتلیال به همراه سلول های التهابی فراوان و عروق خونی فراوان است که می خواهد حوضچه موکوسی را محدود کند. (موکوسل در نمای هیستوپاتولوژی به صورت حوضچه موکوسی دیده می شود).

موکوسل در نمای بالینی به صورت یک تورم گنبدی شکل آبی رنگ دیده می شود. البته اگر عمقی قرار بگیرد، هم رنگ مخاط است. بیمار تورم های عود شونده ای را گزارش می کند که در آن خروج مومین را متوجه می شود. موکوسل در هر سنی ممکن است دیده شود ولی بیشتر در کودکان و نوجوانان دیده می شود. موکوسل بیشتر لب تحتانی را درگیر می کند چون بیشتر در معرض تروما است. بعد از آن مخاط باکال و ناحیه و نترال زبان ممکن است درگیر شود. موکوسل یک کیست کاذب است چون توسط اپی تلیوم احاطه نمی شود.

یکی از انواع غیر شایع موکوسل، موکوسل سطحی (Mucocoele Superficial) است که به صورت یک یا چند وزیکول سفت در دهان دیده می شود و بعد از ترکیدن یک زخم کم عمق و دردناک را ایجاد می کند. موکوسل سطحی می تواند مرتبط با اختلالات لیکن پلان، GVHD، lichenoid drug eruption (بیماری پیوند علیه میزبان) باشد.

موکوسل سطحی در تشخیص افتراقی با اختلالات وزیکولوبلوز خصوصا پمفیگوییید غشای مخاطی قرار می گیرد چون زخم های کم عمق و دردناکی را در داخل دهان ایجاد می کند.



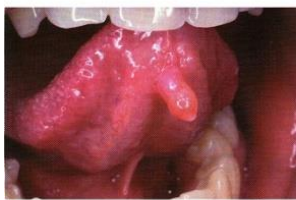
Mucocoele. Blue-pigmented nodule on the lower lip.



Mucocoele. Nodule on the posterior buccal mucosa.

مکان موکوسل سطحی: کام نرم، رترومولر، مخاطی خلفی باکال.

در تصاویر بالا موکوسل در مناطق مختلف (خلف مخاط باکال، مخاط لبیال) و همچنین موکوسل سطحی در دو تصویر پایین قابل مشاهده است.



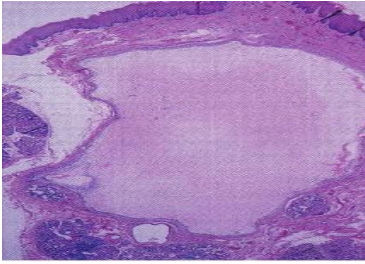
1-3 Mucocoele. Exophytic lesion on the anterior ventral tongue.



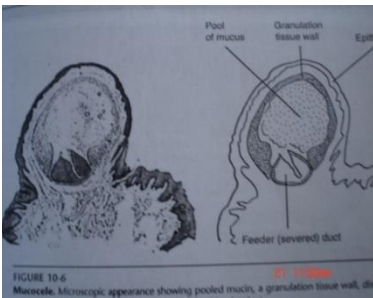
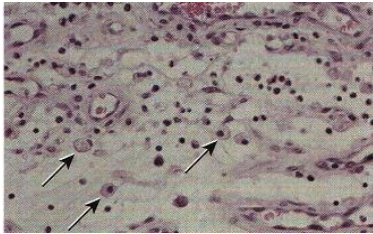
Superficial mucocoele. Vesicle-like lesion on the soft palate.

✓ ویژگی های هیستوپاتولوژی:

احتباس موکوس در شکل اول مشخص است که یک حوضچه موکوسی را ایجاد کرده است که اطراف آن را بافت جوانه ای فراگرفته است.

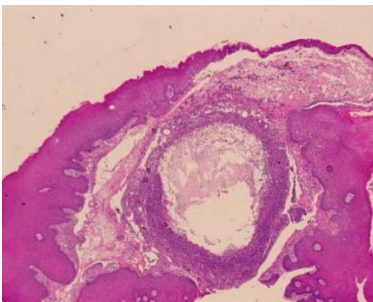


بافت جوانه ای: بافتی ناشی از پرولیفریشن سلول های فیبروبلاست و اندوتلیال همراه با سلول های التهابی فراوان و عروق خونی فراوان. در داخل این حوضچه موکوسی سلول های التهابی دیگری به نام ماکروفاژها یا همان هیستوسیت ها دیده می شوند که موکوس را بلعیده اند و به صورت هیستوسیت های کف آلود در آمده اند که در شکل پایین با فلش مشخص شده اند.



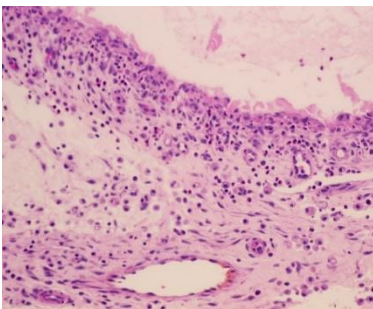
*این شکل شماتیک برای درک موقعیت مجرای پاره شده، حوضچه موکوسی، بافت جوانه ای اطراف ضایعه و در نهایت موقعیت اپیتلیوم سطح مخاط کمک کننده است.

*در این نما رنگ آمیزی هماتوکسیلین اتوزین از یک ضایعه موکوسل دیده می شود که در زیر بافت اپی تلیالی مخاط دهان قرار دارد. در مرکز تصویر حوضچه موکوسی قرار دارد.



در اطراف حوضچه موکوسی بافت جوانه ای مملو از سلول های التهابی به صورت دانه ای بنفش رنگ دیده می شود.

اگر باز هم به سمت خارجی ضایعه حرکت کنیم، بافت هم بند نرمال و در روی سطح هم اپی تلیوم مخاط مشاهده می شود



*در این شکل در قسمت بالا سمت راست حوضچه موکوسی دیده می شود که در اطراف آن بافت جوانه ای پر عروق و در اطراف با فاصله بیشتری بافت هم بند دیده می شود که سلول های التهابی در آن هم وجود دارد اما تعداد آن ها نسبت به بافت جوانه ای کمتر است. همچنین ماکروفاژها یا هیستوسیت ها دیده می شوند که موکوس را بلعیده اند و حالت

سیتوپلاسم کف آلود پیدا کرده اند. در برخی از آن ها، فشار موکوس به قدری بالا است که هسته سلول را به کنار سلول رانده است.

✓ درمان موکوسل:

جراحی موضعی. باید ضایعه به طور کامل خارج شود و برای جلوگیری از عود دوباره ضایعه، باید غدد بزاقی که باعث ضایعه موکوسل شده است هم خارج شود تا احتمال عود کاهش یابد. (اسلاید گفته غدد بزاقی فرعی مجاور هم خارج شود).



رانولا ranula:

موکوسلی که در کف دهان ایجاد می شود رانولا نام دارد، که منبع تجمع موکوس در آن، غده بزاقی ساب لینگوال می باشد.

رانولا به صورت یک تورم گنبدی شکل و موج در کف دهان می باشد که لترالی تر از میدلاین قرار می گیرد.
ممکن است رانولا از مجرای تحت فکی و غدد بزاقی فرعی کف دهان هم منشا بگیرد.



:plunging ranula

یک نوع نادر از رانولا است که در آن موسین از عضله مایلوهایپوئید عبور می کند و تورم گردن را ایجاد می کند.

در واقع بصورت یک تورم خارج دهانی در ناحیه گردن مشاهده می شود.

در plunging ranula ممکن است تورم همزمان در کف دهان مشاهده بشود یا نشود.

مشاهده گسترش ضایعه plunging ranula در فضای زیر زبانی در CT و MRI ، Tail Sign نامیده می شود. (اسلاید گفته اگر plunging ranula در CT و MRI به جای غدد ساب مندیبولار در غدد ساب لینگوال مشاهده شود، Tail Sign نام دارد.)

رانولا از لحاظ هیستوپاتولوژی کاملاً مشابه موکوسل است.

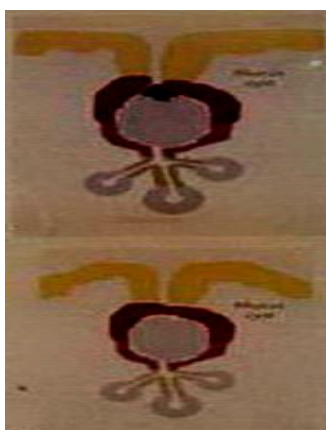
درمان رانولا:

برداشتن کل غده درگیر (خارج کردن غدد بزاقی تغذیه کننده)

گاهی اوقات ضایعه به حدی بزرگ است که ابتدا مارسو پیالیزاسیون انجام می شود و سپس غده خارج می شود. یعنی در ابتدا، یک حفره در ضایعه ایجاد می کنند تا به مرور ضایعه کوچکتر شود و در نهایت ضایعه را به صورت اکسیژنال بیوپسی خارج می کنند.

سیالوکیست یا کیست مجرای بزاقی یا کیست مجرای موکوسی یا Mucus Retention Cyst:

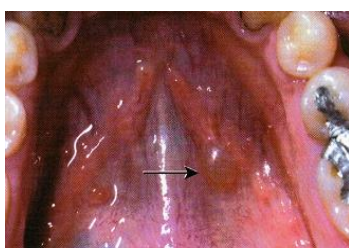
یک کیست حقیقی مفروش از اپی تلیوم است که احتمالاً به طور ثانویه در اثر احتباس موکوسی درون مجرای کیست (برای مثال در اثر سنگ مجرا) ایجاد شده است. (کیست حقیقی معمولاً ثانویه به علت انسداد مجرا)



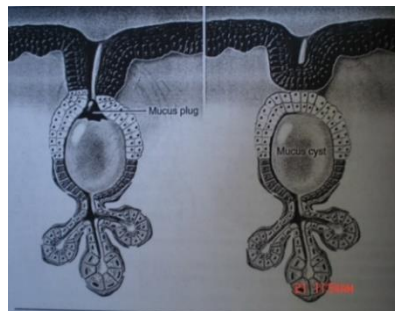
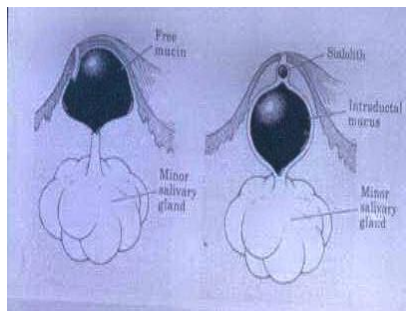
این کیست در نمای بالینی به صورت یک ندول دردناک مشاهده می شود که در بالغین (بزرگسالان) بیشتر دیده می شود.

معمولاً پاروتید که یک غده بزاقی اصلی می باشد را درگیر می کند اما می تواند غدد بزاقی فرعی در کف دهان، لب بالا، گونه و کام را نیز درگیر کند.

کیست های کف حفره دهان غالباً در مجاورت مجرای تحت فکی پدید می آیند و رنگ کهربایی دارند.



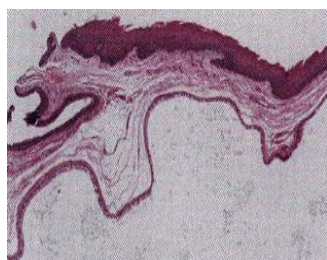
سیالوکیست در موارد نادر ممکن است به صورت کیست های متعدد دیده شود. در سیالوکیست ضایعات منفرد به صورت ندول های دردناکی تظاهر می یابند. همچنین دهانه مجرا در داخل دهان به صورت اتساع یافته دیده می شود.



در تصاویر راست یک عاملی باعث انسداد مجرا می شود و سپس موکوس کیست ایجاد می شود. در تصویر چپ نمای شماتیک احتباس موکوس در مجرا با پوشش اپیتلیالی نشان داده شده است.

✓ ویژگی های هیستوپاتولوژی:

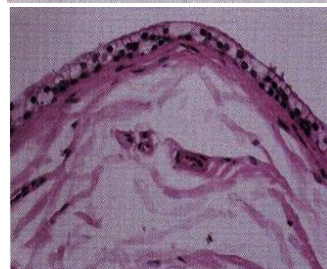
در نمای هیستوپاتولوژی، یک لومن مفروش از اپیتلیوم مکعبی، استوانه ای و یا سنگ فرشی دیده می شود.



لومن حاوی ترشحات موکوسی است با این تفاوت که اپی تلیوم در اطراف آن وجود دارد.

در این شکل که رنگ آمیزی هماتوکسیلین اتوزین انجام شده است، در سطح اپی تلیوم سنگفرشی دهان دیده می شود که در زیر آن بافت هم بند دیده می شود.

در زیر بافت هم بند اپی تلیوم مکعبی و استوانه ای و سنگفرشی مشاهده می شود که لومن حاوی ترشحات موکوسی را احاطه کرده است.



در بالای تصویر پوشش اپی تلیالی کیست مشاهده می شود. در زیر پوشش اپی تلیالی بافت هم بندی مشاهده می شود که در آن کیست مجرای بزاقی ایجاد شده است.

مطالب زیر درباره درمان کیست مبرای بزاقی است که استاد هیچ توضیحی روی آن نداد. اگر فواستیر به نگاهی پوشش بندازید.

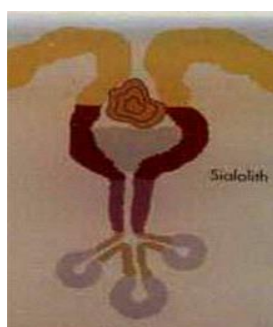
Treatment

- ✓ **Single:** conservative surgical excision. if in majors → partial or total removal of the gland so it is not recurred
- ✓ **multiple:** local excision for more problematic swelling but not for all erythromycin, chlorhexidine for reducing pain and drainage. sialagogues for increasing salivary flow and prevention of accumulation of mucus

Salivary Calculi یا sialolithiasis یا Salivary Stones یا سنگ های بزاقی:

ساختار هایی کلسیفیه هستند که از رسوب کلسیم به دور هسته ای از دبری ها و باکتری ها و موسین غلیظ شده و یا سلول های اپی تلیالی اکسفولیه شده به وجود می آیند. علت اصلی آن نامعلوم است اما محتمل ترین علت آن سیال آدنیت مزمن و انسداد ناقص می باشد. این ضایعه بدون ارتباط با اختلال در متابولیسم کلسیم و فسفر می باشد.

در شکل روبرو sialolithiasis در یک مجرای غده بزاقی مشاهده می شود که در نهایت ممکن است کیست مجرای بزاقی را ایجاد کند.



سیالولیت بیشتر در مجرای وارتون تحت فکی دیده می شود چون مسیر دراز و پر پیچ و خم و رو به بالایی دارد که احتمال ایجاد سنگ های بزاقی را بیشتر می کند. همچنین ترشحات غدد بزاقی تحت فکی نسبت به سایر غدد بزاقی غلیظ تر می باشد. از لحاظ بالینی بیشتر در جوانان و میانسالان دیده می شود. سیالولیت معمولاً همراه با تورم و درد دیده می شود که به خصوص در هنگام غذا خوردن احساس می شود.

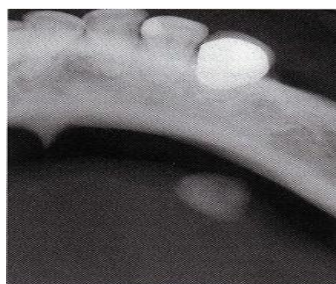
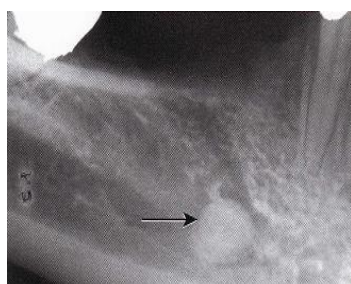
سیالولیت در غدد بزاقی اصلی در ساب مندیولار یا تحت فکی دیده می شود. علائم: درد های اپیزودیک، تورم غده مبتلا. **سیالولیت در غدد بزاقی فرعی** در لب بالا و مخاط باکال دیده می شود. علائم: تورم بدون علامت و گاهی همراه تورم با حساسیت (ممکن است یا تورم یا حساسیت باشد یا هردو یا حتی تورم هم دیده نشود چون سنگ ها بسیار کوچک هستند).



*در تصویر بالینی چپ دیده می شود که سنگ نزدیک به دهانه مجرای خارج کننده بزاقی است و سطحی است و حتی رنگ نیدوس سنگ نیز قابل مشاهده است.

*در تصویر راست در روی لب بالا، سنگ بزاقی دیده می شود.

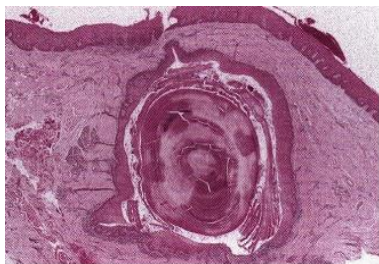
✓ نمای رادیوگرافی:



در نمای رادیوگرافی به صورت سفیدرنگ یا رادیوپاک دیده می شود.

بهترین رادیوگرافی برای تشخیص سنگ های غدد بزاقی مخصوصا تحت فکی و زیر زبانی، رادیوگرافی اکلوژال است. چون در رادیوگرافی پانورامیک یا پره اپیکال ممکن است با یک ضایعه داخل استخوانی اشتباه شود.

✓ ویژگی های هیستوپاتولوژی:



از نظر هیستوپاتولوژی یک توده کلسیفیه شامل تعدادی لایه های متحدالمرکز کلسیفیه دیده میشود که یک نیدوس مرکزی شامل دبری های بزاقی یا دبری های باکتریایی یا سلول های اپیتلیالی اکسفولیه شده را احاطه کرده است. اگر در مجرای سنگ وجود داشته باشد در مرکز شکل سنگ دیده می شود و اپی تلیوم مجرا در اطراف آن دیده می شود. گاهی اوقات ممکن است اپی تلیوم مجرا واکنش نشان دهد و متاپلازی پیدا کرده و تبدیل به یک اپی تلیوم سنگفرشی یا اپی تلیوم آنکوسیستی یا اپی تلیوم موکوسی شود. ممکن است در بافت همبند التهاب نیز مشاهده شود. در سطح ضایعه اپی تلیوم مخاط دهان مشاهده می شود.

سیالولیت با چشم غیر مسلح به صورت **توده های سخت گرد تا بیضی شکل** با رنگ **زرد تا قهوه ای** دیده می شود.

✓ درمان:

سیالولیت های کوچکتر: ماساژ غده به منظور هدایت سنگ به طرف اوریفیس .

سیالولیت های بزرگتر: ممکن است به جراحی نیاز داشته باشد.

سیال آدنیت یا التهاب بزاقی:

می تواند به علل عفونی ایجاد شود مثل عفونت های ویروسی مانند اوریون یا mumps و عفونت های باکتریایی مانند استاف اورئوس.

همچنین می تواند به دلایل **غیر عفونی** ایجاد شود مانند سندروم شوگرن، سارکوئیدوز، رادیشن تراپی و آلرژن ها

دلایل ایجاد عفونت باکتریال در سیال آدنیت: کاهش جریان بزاق - انسداد مجرا - جراحی های شکمی (ابدومینال)

در جراحی های شکمی بیمار باید برای مدت طولانی NPO باشد که می تواند از عوامل زمینه ای ایجاد عفونت باکتریال غدد بزاقی باشد. (NPO یعنی وقتی بیمار برای یک جراحی نیاز به بیهوشی عمومی دارد، بخاطر مشکلاتی که در هنگام بیهوشی ممکن است ایجاد شود، بیمار نباید یک مدت چیزی بخورد. البته NPO فقط برای جراحی های شکمی نیست ولی خوب استاد فقط این را گفتند.)

❖ انواع سیال آدنیت:

۱- سیال آدنیت باکتریال حاد:

علائم بیمار حاد می باشد و بیمار علائم عفونت حاد را دارد مثل تب و گرمی ناحیه. شایع ترین محل پاروتید است. غدد بزاقی متورم و دردناک می شود.

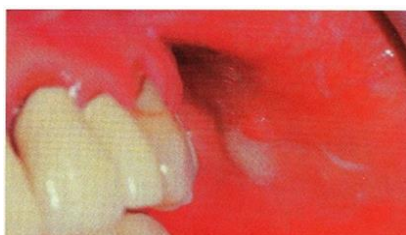
۲- سیال آدنیت مزمن:

شایع ترین محل غدد بزاقی تحت فکی (ساب مندیبولار) می باشد. تورم مقاوم و پابرجایی ایجاد می کند که Kuttner tumor نامیده می شود و ممکن است با یک نئوپلاسم واقعی اشتباه گرفته شود. در سیالوگرافی نواحی متسع شده مجاری در کنار نواحی مسدود شده غدد بزاقی قرار می گیرد که نمای Sausaging (سوسیسی شکل!!) نامیده می شود.

۳- سیال آدنیت نکروزه تحت حاد:

غالباً در نوجوانان و جوانان (نوجوانان و بالغین) دیده می شود. شایع ترین محل: غدد بزاقی فرعی کام سخت و نرم یک ندول دردناک با مخاط سالم و اریتماتوز ایجاد می کند. علت آن بیشتر علل عفونی و آلرژیک می باشد.

۱- سیال آدنیت باکتریال حاد:



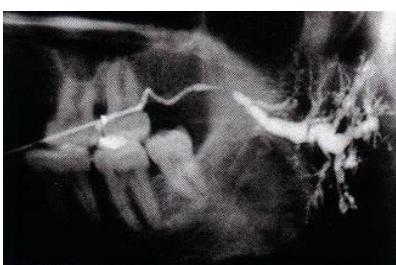
شایع ترین محل غدد پاروتید است و معمولاً به صورت یک طرفه می باشد. علائم: علائم عفونت حاد را دارد: تورم - درد - پوست ناحیه اریتماتوز و قرمز می شود - تب low grade - ممکن است خروج چرک هم دیده شود. (در توضیحات تصویر فوق نوشته شده که اگر غده پاروتید را ماساژ دهیم ترشحات چرک دار از مجرای استنسن خارج می شود.)

هیستوپاتولوژی: چون عفونت حاد است پس سلول های التهابی حاد یعنی نوتروفیل ها باید بیابند. پس ارتشاح نوتروفیل ها در بافت اطراف مجاری و آسینی ها مشاهده می شود.

درمان: آنتی بیوتیک تراپی و rehydration بیمار (تا ترشحات غدد بزاقی زیاد شود و عامل عفونی خارج شود) همچنین آبسه باید درناژ شود و چرک خارج شود.

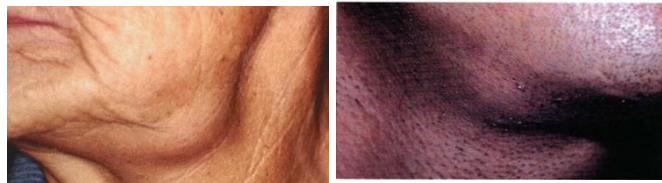
۲- سیال آدنیت مزمن:

به دلیل انسداد دائم یا عود کننده مجاری ایجاد می شود که این انسداد معمولاً در اثر سیالولیت می باشد. انسداد مجرا یا تروما در غدد بزاقی فرعی رخ می دهد.

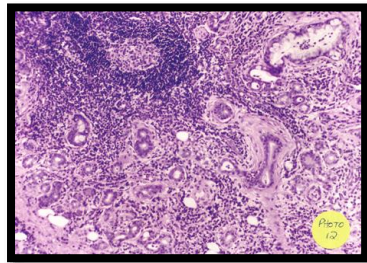


علائم: تورم و درد های پریودیک که به خصوص هنگام غذا خوردن ایجاد می شود. به طور شایع در غده تحت فکی ایجاد می شود. در غده تحت فکی تورم و انسداد های مجاور هم در مجرا در سیالوگرافی نمایی به نام sausaging ایجاد می کند. (البته توی کتاب sausage-link نوشته شده است) که در تصویر زیر مشخص است.

گاهی در غده بزاقی تحت فکی یک تورم پابرجا و دائم را ایجاد می کند که **Kuttner tumor** نام دارد و تشخیص آن از یک نئوپلاسم واقعی دشوار است. در شکل زیر یک تورم مجرای غده تحت فکی نشان داده شده است.



در تصویر روبرو Kuttner tumor مشاهده می شود.

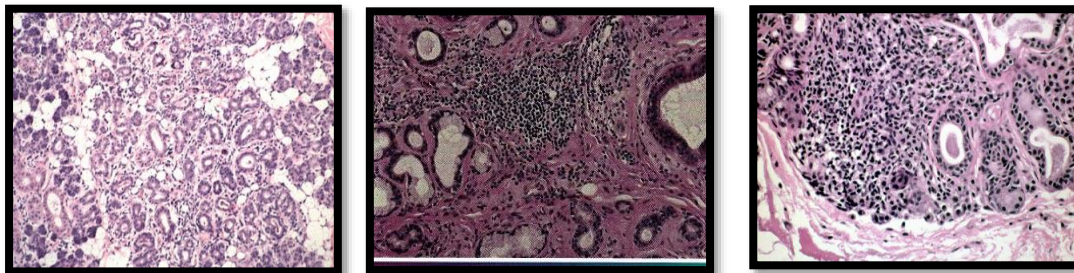


هیستوپاتولوژی: در سیال آدنیت مزمن، ارتشاح سلول های التهابی مزمن که معمولاً لنفوسیت ها و پلاسماسل ها هستند در پارانشیم غده بزاقی مشاهده می شود و ممکن است که آتروفی آسینی ها و گشاد شدن مجاری هم در آن مشاهده شود. بعضی اوقات در بافت هم بند فیبروز مشاهده می شود که اگر فیبروز، با ضایعه همراه باشد سیال آدنیت اسکروزه شونده مزمن نامیده می شود.

*نمای فوق نمای هیستوپاتولوژی یک سیال آدنیت اسکروزه شونده مزمن است که ارتشاح سلول های التهابی مزمن و آتروفی آسینی ها و گشاد شدگی مجرا مشاهده می شود.

درمان: اگر در اثر علتی مثل سنگ باید علت انسداد برطرف شود تا ضایعه پس از آنتی بیوتیک تراپی مجدداً عود نکند.

در تصاویر زیر نیز ارتشاح سلول های التهابی مزمن به همراه اتساع مجاری دیده می شود که مشخصه سیال آدنیت مزمن است.



۳- سیال آدنیت نکروزان تحت حاد:

- ✓ در نوجوانان و بالغین (بالغین جوان) دیده می شود.
- ✓ مکان: غده بزاقی فرعی کام سخت و نرم
- ✓ علائم: ندول دردناک به همراه اپی تلیوم اریتماتوزی که سطحش را پوشانده است.
- ✓ علت: علل عفونی و آلرژیک

هیستوپاتولوژی: ارتشاح سلول های التهابی مخلوط دیده می شود شامل نوتروفیل ها ، لنفوسیت ها ، هیستوسیت ها و پلاسماسل ها. بیشتر سلول های آسینی از بین رفته اند و آتروفی مجاری آسینی دیده میشود. هایپرپلازی دیده نمی شود اما گاهی اوقات متاپلازی سنگفرشی مشاهده میشود.

(پ.ن: نمای هیستوپاتولوژی سیال آدنیت حاد و سیال آدنیت نکروزان تحت حاد را استاد توی اسلایر ها نگذاشته بودند و فقط توضیح دارند).

درمان: خود محدود شونده است و طی دو هفته بهبود می یابد.

در ادامه زیر نمای هیستوپاتولوژی ۳ نوع سیال آدنیت با هم مقایسه می شود:

- ♦ **سیالادنیت حاد:** تجمع نوتروفیل ها درون اسینیها و مجاری
- ♦ **سیالادنیت مزمن:** ارتشاح پراکنده لنفوسیتها و پلاسماسل در پارانشیم غده بزاقی / اتروفی اسینیها / اتساع مجاری
- ♦ **سیالادنیت نکروزه تحت حاد:** ارتشاح سلولهای التهاب مخلوط / فقدان سلولهای اسینار و نکروز / اتروفی مجاری