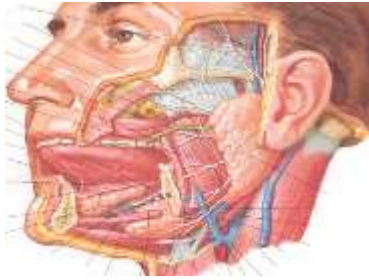


استاد : دکتر آرمان روغنی

غدد بزاقی - برکت

بیماری های غدد بزاقی



همانطور که می دانید غدد بزاقی اصلی شامل غدد پاروتید، ساب مندیبولار و ساب لینگوال می باشد. قسمت عمده ی غده ی پاروتید جلوی گوش است که با راموس پوشیده می شود و قسمت دیگر آن که در زیر لاله ی گوش واقع شده ، آزادتر است و معمولا تورم و بیماری ها در این قسمت اتفاق می افتد . غده ی ساب مندیبولار بزرگتر از ساب لینگوال بوده و تحتانی تر از آن قرار گرفته است.

❖ سنگ غده ی بزاقی (Sialolithiasis) : ایجاد سنگ در قسمت ترشحاتی یا مجرای غدد بزاقی .

این سنگ هسته ی آلی دارد که یکسری مواد معدنی روی آن رسوب پیدا می کند. روند شکل گیری آن مانند سنگ هایی است که در سایر قسمت های بدن ایجاد می شوند.

سنگ غده ی بزاقی معمولا تکی است و به ندرت چندین سنگ همزمان ایجاد می شوند. امکان عود آن وجود دارد.

شیوع در غدد : ساب مندیبولار (۸۰-۹۰٪) < پاروتید (۵-۱۵٪) < ساب لینگوال (۲-۵٪)

به طور کلی سنگ غده ی بزاقی در غده ی تحت فکی ایجاد می شود مگر اینکه خلأش ثابت شود. هرچند پاروتید از لحاظ شیوع در جایگاه دوم است اما درصد کلسیفیکاسیون پایینی دارد.

دلایل شیوع بیشتر سنگ در غده ی ساب مندیبولار :

۱. ترکیب بزاق این غده غلیظ تر از سایر غدد می باشد (موکوئیدی است) در نتیجه بیشتر رسوب می کند.
 ۲. موقعیت غده به گونه ای است که قسمت تحتانی مجرا عمودی قرار گرفته و بزاق باید با فشار خارج شود بنابراین به دلیل جاذبه تمایل دارد که رسوب پیدا کند.
 ۳. ترکیب کلسیم آن در مقایسه با سایر غدد بیشتر است.
 ۴. معمولا مجرای این غده صاف نبوده و پیچ در پیچ است پس احتمال گیر افتادن سنگ در گوشه و کنار آن و دور افتادن از جریان اصلی بزاق وجود دارد.
- ۸۰ درصد سنگ های پاروتید و ۲۰ درصد سنگ های ساب مندیبولار کلسیفیکاسیون ندارند و بیشتر حاصل تجمع یک توده ی آلی می باشند.

علائم بالینی :

۱. تورم عود کننده دارد زیرا به دنبال خوردن غذا ، ترشح بزاق افزایش یافته و تورم ایجاد می شود.
۲. درد آن موقع غذا خوردن شدیدتر می شود زیرا بزاق در پشت سنگ تجمع می یابد و به بافت های اطراف فشار وارد می کند.
۳. احتمال سوار شدن عفونت باکتریال بر روی بزاق گیر افتاده (مانند خون یک محیط کشت برای باکتری ها محسوب می شود) وجود دارد که موجب التهاب خواهد شد (سیالادنیست).
۴. تندرنس یا درد موقع لمس دارد.

۵. امکان ملتهب شدن پوست روی آن وجود دارد.

۶. ممکن است التهاب مزمن یا فیبروز اتفاق افتد. (ممکنخ اونقدر شدید باشه که به مرور خود غده هم فیبروز شده و دچار اتروفی بشه)

۷. ممکن است مجرا اکتازی پیدا کرده و گشاد شود یا قسمت مجاور قسمتی که تحت فشار است تنگ شود.

۸. به طور کلی مجراهای غده بسته شوند.

در تصویر سنگ غده‌ی بزاقی را مشاهده می‌کنید که نزدیک اوریفیس مجرای **وارتون** بوده و از سطح هم پیداست. با اکسپوز کردن ، سنگ نمایان می‌شود.



درمان : ابتدا با اقدامات غیرتهاجمی کنترل می‌کنیم اما اگر نشد، اقدامات تهاجمی انجام می‌دهیم.

به طور کلی در هر التهاب و عفونتی یکسری کارها انجام می‌شود. به طور مثال به بیمار مسکن می‌دهیم ؛ اگر چرک کرده بود آنتی بیوتیک می‌دهیم ؛ Hydration انجام می‌دهیم ؛ اگر در اثر عفونت تب کرد بوده ، ضد تب می‌دهیم ؛ سعی می‌کنیم آن ناحیه را گرم کرده و ماساژ دهیم تا سنگ بهتر دفع شود ؛ اگر سنگ دیده می‌شود سعی می‌کنیم با **milking** به سمت اوریفیس مجرا بیاوریمش تا خارجش کنیم؛ ترشح کننده بزاق تجویز می‌کنیم تا با افزایش جریان بزاق، سنگ به بیرون هدایت شود.

اگر با روش‌های گفته شده (اصطلاحاً اقدامات داخلی) بهبودی حاصل نشد ، به سراغ اقدامات جراحی می‌رویم یعنی مخاط را برش داده و سنگ را خارج می‌کنیم و سپس بخیه می‌زنیم . بنابراین **open surgery** ساده‌ترین راه است اما امروزه به دلیل خونریزی زیاد، سیالاندوسکوپی انجام می‌دهند. در واقع با استفاده از یک اندوسکوپ با نوک ریز، از اوریفیس مجرا به وسیله‌ی یک گیره سنگ را بیرون می‌کشند. همچنین با استفاده از تکنیک‌های سنگ شکن (مثلاً لیزر یا **lithro-tripsy**) سعی می‌کنند سنگ را تکه کنند.

برای جلوگیری از تشکیل مجدد سنگ، گاهی کل غده را برمی‌دارند که عوارض احتمالی آن شامل آسیب به اعصاب ناحیه، هماتوم، سیالوسل و باقی ماندن قسمتی از غده بدون مجرا می‌باشد. بعضی اوقات می‌توان به جای مجرای از بین رفته استنت گذاشت.



❖ **موکوسل** : ترشح و متعاقباً تجمع بزاق در جایی که امکان تخلیه نداشته باشد.

۲ علت اصلی دارد :

۱. تروما (بسیار شایعتر) : وقتی مجرای غده بزاقی بریده می‌شود.

۲. **Obstruction** : هنگامی که در اثر جسم خارجی، سنگ و یا فشار توده، مجرای بزاقی بسته شود.



علائم بالینی: در اثر تجمع بزاق ، یک تورم مواج دیده می‌شود. رنگ آبی شفاف مشخص کننده ای دارد که نمایانگر تجمع آب است. اگر خیلی عمقی باشد به رنگ مخاط دیده می‌شود. مانند بسیاری از بیماری‌های بزاقی با غذا خوردن پر و خالی می‌شود .

نمای بالینی آن شبیه فیبرومی (توده ی صورتی رنگ بر روی مخاط) است که در آن آب وجود داشته باشد

• Traumatic

نام دیگر آن Extravasation می باشد بدین معنا که با بریده شدن مجرا، بزاق از آن خارج شده است. در افراد جوان تر دیده می شود مثلاً پسرچه ها حین توپ بازی و یا دوچرخه سواری، دخترها حین استرس و... . شایع ترین محل آن لب پایین (و به میزان کمتر کف دهان) می باشد زیرا بیشتر در معرض تروما قرار دارد.

• Obstruction

خیلی شایع نیست. نام دیگر آن Retention می باشد بدین معنا که یک عامل مانع از خروج بزاق شده و بزاق در آنجا جمع شده است. در افراد مسن بیشتر دیده می شود. شایعترین محل آن لب بالا است.

درمان : موکوسل باید برداشته شود. خیلی وقت ها با زدن یک سوزن ، بزاق خارج شده و عود نمی کند. اما اگر بزرگ و فیبروزه شده باشد (تبدیل به فیبروم شده باشد)، کل آن باید برداشته شود. به دنبال برداشت موکوسل و عدم رفع عامل تروما، عود اتفاق می افتد. این عود می تواند ناشی از ترومای جراحی و یا عدم ترک عادت بیمار باشد.

اگر خیلی بزرگ باشد، Marsupialization می کنیم. بدین معنا که ابتدا یک نیشتر می زنیم تا کمی خالی شود. سپس فالو می کنیم تا کپسول دورش فیبروزه شود و در آخر اگر چیزی ماند برمی داریم.

برای کاهش التهاب ناحیه در موکوسل های کوچک، Intralesional corticosteroid injection انجام می دهیم . آمپول تریامسینولون را با سرنگ انسولین در اطراف ضایعه تزریق می کنیم زیرا کورتون سبب کاهش التهاب و القای فیبروز می شود. در نتیجه توده جمع می شود یا آنقدر کوچک می شود که میتوان آن را با ترومای کمتری برداشت. در واقع یک نوع sclerotherapy است بدین صورت که فیبروز القا شده، ضایعه را کپسوله و کوچک می کند تا جایی برای جمع شدن بزاق وجود نداشته باشد.

❖ Ranula (شکم قورباغه) :

یک نوع خاص موکوسل است که در کف دهان اتفاق می افتد . به دلیل شکل خاصی که دارد Ranula نامیده می شود. همچون سایر موکوسل ها معمولاً تروماتیک است . در بسیاری از موارد غده ساب لینگوال و گاهی غدد فرعی آن ناحیه را درگیر می کند.

همانطور که در تصاویر زیر مشخص است ، Fluctuant (مواج) بوده و بزرگتر از موکوسلی است که لب ها را درگیر می کند. ته رنگ آبی به صورت تیپیک در آن مشخص است . به دلیل شل بودن بافت های کف دهان، امکان جمع شدن آب وجود دارد و نمایی شبیه شکم قورباغه ایجاد می کند.

درمان : شبیه درمان موکوسل بزرگ است یعنی Marsupialization.



: Plunging Ranula

Plunging به معنای نفوذی است. به دلیل شل بودن بافت های کف دهان امکان نزدیک شدن بزاق تجمع یافته به راه های هوایی وجود دارد. به همین دلیل **Plunging Ranula** خطرناک است و باید هرچه سریعتر تخلیه شود.

❖ سیالومتاپلازی نکروزان (سیالو : بزاقی – متاپلازی : تبدیل سلول به شکلی دیگر)



این بیماری چند روز بعد از تزریق با فشار بی حسی در کام بوجود می آید. در اثر فشار تزریق، خون به آن قسمت نرسیده و زخمی مانند شکل رو به رو ایجاد می کند. این بیماری معمولا با بدخیمی اشتباه گرفته می شود چون در صورت تهیه ی بیوپسی و بررسی میکروسکوپی، **سلول ها و غدد بزاقی فرعی** کام در اثر فشار تزریق شبیه **کراتین پرل** دیده می شوند. همچنین مقطع آن به دلیل نکروز و برجستگی و فرورفتگی ها ممکن است با بدخیمی اشتباه گرفته شود؛ زیرا:

۱. SCC در کام هم به همین شکل است یعنی یک توده ی سلولی که به طور مداوم از وسط تکثیر می شود تا جاییکه رگ خونی به سلول ها نرسیده و وسطش زخم شده و نکروز اتفاق می افتد.

۲. سیالومتاپلازی نکروزان دردناک است. SCC هم می تواند با تهاجم به اعصاب ایجاد درد و یا numbness کند.

۳. هر دو سریع ایجاد می شوند.

۴. به دلیل خونرسانی بافتی کمتر، سیالومتاپلازی نکروزان در مردان بیشتر دیده می شود. بدخیمی ها هم در آقایان بیشتر دیده می شوند.

۵. هر دو زخم مرکزی (به دلیل نرسیدن خون) و ادم محیطی (در اثر التهاب) دارند.

* علاوه بر SCC ممکن است با بدخیمی های غدد بزاقی نیز اشتباه گرفته شود.

تشخیص این بیماری از راه **تاریخچه** است مثلا ممکن است بیمار بگوید که برای کشیدن دندان مراجعه کرده بودم ولی فیلی سفت بی حس شد موقع بی حسی از روی یونیت نیم متر پریدم بالا و ...

درمان : به صورت حمایتی است یعنی اگر درد دارد، ضد درد دهیم؛ اگر نمی تواند غذا بخورد، زخم را بپوشانیم؛ نگذاریم بیمار دهیدره شود؛ فالوآپ کنیم تا زخم بهبود یابد و در سیالومتاپلازی نکروزان و آفت یک کوکتل که شامل دیفن هیدرامین (برای بی حسی موضعی)، Al-Mg (پوشاندگی) و نیستاتین (برای جلوگیری از سوار شدن قارچ) است به صورت دهانشویه تجویز می شود. این زخم خوش خیم بوده و به مرور زمان خوب می شود زیرا واکنش التهابی بدن به ترومای موضعی می باشد.

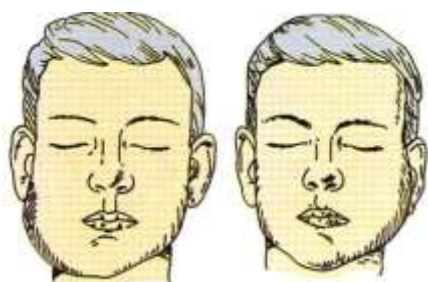
* به طور کلی برای بدخیمی های دهان ۲ هفته زمان در نظر گرفته می شود. اگر در این مدت بهبودی حاصل شد، بدخیمی نیست. در کتاب فاصله ی تزریق بی حسی تا ایجاد سیالومتاپلازی نکروزان ۳ ماه عنوان شده است اما در مدت کمتری هم اتفاق می افتد.

❖ Mumps (اوریون)

یک بیماری حاد ویروسی اپیدمیک است که موجب التهاب پاروتید می شود. می تواند یک یا دوطرفه باشد ولی معمولا دوطرفه است. **شایعترین عفونت ویروسی غدد بزاقی** می باشد.

* HCV ، HIV و CMV هم می توانند با شیوع خیلی کمتر غدد بزاقی را درگیر کنند.

این ویروس از راه تنفسی انتقال پیدا می کند و بیشتر در مهدکودک ها و مدارس دیده می شود. واکسن (MMR -measles-mumps-rubella) در سنین پایین تزریق می شود. به طور کلی اگر جمعیت واکسینه باشند این بیماری را نمی گیرند اما به دلیل عوارض پس از تزریق برخی واکسن را نمی زنند و احتمال بروز بیماری در این افراد وجود دارد.



شکل سمت چپ مربوط به تورم آبسه باکال و شکل سمت راست مربوط به اوریون است. اگر دقت کنید در اوریون جلوی گوش درگیر شده ولی در عمل خیلی نمی توان این دو را از هم تشخیص داد. هر چند اوریون معمولا دو طرفه می باشد اما خیلی نادر است که آبسه باکال ۲ طرفه باشد.

سن شایع اوریون ۴-۶ سال است. همچون سایر بیماری های ویروسی یک **prodrome** ۲-۳ هفته ای دارد که ویروس در بدن تکثیر می شود اما بیمار علائمی ندارد. ابتدا یکسری علائم Constitutional (علائم سرماخوردگی) شامل آبریزش، قرمزی چشم، تب خفیف، خارش گلو و سرفه خفیف ایجاد می شود. سپس علامت اصلی آن یعنی **تورم غده بزاقی** نشان داده می شود.

وریون یک بیماری خود محدود شونده است و طی یک هفته بهبودی حاصل می شود. اما عارضه ی مهم آن نازایی مخصوصا در پسران است. اگر ویروس خیلی شدید باشد، می تواند منجر به التهاب بیضه شده و باعث نازایی شود. به همین دلیل این بیماری باید کنترل شود. حالت **Infertility** بیشتر در افرادی دیده می شود که در سن بلوغ (شروع فعالیت بافت بیضه در پسرها) مبتلا می شوند.



در شکل روبه رو مرد همجنسگرا و درگیر ویروس HIV است. عفونت غده بزاقی در اثر ویروس HIV و التهاب اتفاق افتاده است.

درمان : این بیماری خودمحدود شونده است و درمان حمایتی یا Symptomatic انجام می دهیم. اگر بیمار درد داشت، ضد درد می دهیم؛ اگر تب داشت، ضد تب می دهیم؛ حواسمان هست تا دهیدره نشود؛ سیر بیماری را بررسی می کنیم؛ اگر غذا خوردن کودک دچار مشکل شده است، توصیه های غذایی مثل مصرف غذای نرم می کنیم؛ اگر تورم آنقدر شدید است که نمی تواند غذا بخورد، باید سرم بزند.

Bacterial Sial-adenitis ❖

در افرادی که عملکرد غده بزاقی کاهش یافته است رخ می دهد. به دنبال کاهش عملکرد غده بزاقی، جریان بزاق کاهش یافته و دهان خشک می شود. در این حالت علاوه بر افزایش ریسک پوسیدگی، باکتری های دهان به جای شسته شدن از اوریفیس مجرا وارد شده و تکثیر می شوند و به غده بزاقی می رسند که منجر به سیالادنیت باکتریال خواهد شد.

بنابراین در افرادی که Xerostomia دارند، دیده می شود. همچنین در Post up عمل های جراحی ممکن است دیده شود زیرا برای خشک شدن فیلد جراحی آنتی هیستامین های قوی می دهند. برخلاف اوریون معمولاً یکطرفه است اما ممکن است هر دو طرف هم درگیر شوند. به طور شایع **پاروتید** درگیر می شود زیرا ترشحاتش عمدتاً آبکی بوده و المان های ایمنی کمی در آن وجود دارد (Serous nature است).

یک مشخصه بالینی سیالادنیت باکتریال این است که در سه چهارم موارد از اوریفیس مجرای استنسون چرک زرد رنگ خارج می شود.

* عفونت باکتریال خیلی وقت ها با چرک شناخته می شود.

علائم عمومی آن شامل تب بالا و لرز (بر اثر توکسین عفونت باکتریال)، بی حالی (شدیدتر از اورپون)، بزرگ شدن غده درگیر، گرم شدن ناحیه، تندرns، درد، قرمزی و ادم یا تورم در مجرای غده می باشد. گاهی اوقات حوضچه بزاقی تشکیل شده به دنبال انسداد ناشی از سنگ، مانند محیط کشت برای باکتری عمل می کند. اگر عفونت مزمن شود (به خصوص در مواردی که سنگ مزمن وجود دارد) فیروز اتفاق افتاده و Induration پیدا می کند (اطرافش سخت می شود). در موارد شدیدتر اگر روی فک اثر بگذارد، ممکن است بیمار دچار تریسموس شود.



درمان : علاوه بر درمان حمایتی، باید آنتی بیوتیک تجویز کنیم. در کتاب گفته شده که بر اساس کشت و رنگ آمیزی گرم، آنتی بیوتیک موثر را پیدا می کنیم. اما از آنجاییکه شایعترین میکروارگانیسم سیالادنیت باکتریال استافیلوکوک اورئوس است، معمولاً گروه پنی سیلین ها و کلیندامایسین موثرند. درمان حمایتی شامل رفع انسداد یا سنگ، تسکین علائم ، گرم کردن، ماساژ دادن، توصیه به رعایت بهداشت دهانی، تجویز ترشح کننده بزاق، در موارد شدید جراحی Lavage (کنار زدن بافت ها و شستشو)، شستشوی مجرا و درناژ می باشد. البته اقدامات جراحی کمتر انجام می شود زیرا وارد کردن سرنگ برای شستشو خطر push کردن باکتری ها را به دنبال دارد.

تفاوت سیالادنیت باکتریال و سیالادنیت ویروسی در بدحال بودن بیمار است. بیمار در عفونت ویروسی ابتدا دچار علائم سرماخوردگی خفیف شده سپس علامت اصلی نشان داده می شود و بعد خوب می شود. اما در عفونت باکتریال بعد از ایجاد عفونت و تورم ، مریض رو به بدحال شدن می رود.

Complications : یک بیماری عمومی است و بیمار بدحال است. احتمال التهاب و فلج عصب facial یا Bell's palsy وجود دارد . ممکن است با کنار زدن استخوان سبب استئومیلیت شود . در بیماران بدحال ممکن است با درگیری خون Sepsis ایجاد شود.

به طور کلی سیالادنیت باکتریال شدیدتر از سیالادنیت ویروسی بوده و در بیماران بدحال تر دیده می شود.

❖ Sialorrhea : افزایش ترشح بزاق .

۲ حالت دارد :

۱. Hypersalivation یا Ptyalism : ترشح بزاق بیمار زیاد شده است.

۲. بیمار نمی تواند بزاق را فرو دهد. در سکتة مغزی هم به دلیل نقص عضلانی بیمار در بلع مشکل دارد یا لبشان جمع نمی شود و Drooling اتفاق می افتد.

در کتاب گفته شده است که اگر بزاق غیر تحریکی (حالت عادی و نه حین غذا خوردن) از ۱ سی سی در هر دقیقه بیشتر شود، زیاد از حد در نظر گرفته می شود.

* Xerostomia خیلی شایع تر از Sialorrhea می باشد.

اتیولوژی : یکی از علت های شایع آن poisoning یا مسمومیت با یکسری از دارو ها (آنهايي که بتوانند سیستم پاراسمپاتیک را تحریک کنند) و سم هاست. همچنین در افرادی که حالت تهوع زیاد و ریفلاکس دارند هم دیده می شود؛ زیرا بدن برای خنثی کردن اسید معده بزاق بیشتری تولید می کند. ویروس هاری نیز با تحریک عصبی سبب افزایش تولید بزاق می شود. در بارداری و فاز ترشحي قاعدگی در خانم ها با افزایش استروژن و پروژسترون، غدد بزاقی پرکار شده و بزاق زیادی ترشح می کنند. در بچه های اوتیسم هم بزاق زیادی وجود دارد. یکسری تحریکات موضعی (دندان درآوردن، آفت های متعدد و دنچری که به خوبی فیت نباشد) هم می تواند تولید بزاق را زیاد کند زیرا بدن سعی می کند با بزاق عامل تحریکی را رقیق کند.

پس در سگته مغزی و سایر بیماری های Neuromuscular بیمار نمی تواند بزاق را فرو دهد.

درمان : بسته به علت ایجاد بیماری، درمان های مختلفی وجود دارد. اگر بیمار نمی تواند بزاق را فرو دهد، با فیزیوتراپی فک و صورت مشکل حل می شود. همچنین بوتاکس (سم بوتولینیوم) می تواند جلوی تحریک نوروں برای ساخت بزاق بیشتر را بگیرد. از داروهای anticholinergic (مقابل پاراسمپاتیک) نیز استفاده می شود. اگر تکنیک های داخلی جواب نداد، غده بزاقی را با اقدامات جراحی برمی دارند.

❖ تومور های غدد بزاقی

۸۰٪ تومورهای غدد بزاقی در پارتوید اتفاق می افتند که ۶۸٪-۸۵٪ خوش خیم هستند. پس اکثر تومورهای غدد بزاقی خوش خیم اند. ۱۰-۱۵٪ این تومورها در غده ساب مندیبولار بوده و ۵۵٪-۶۰٪ موارد خوش خیم هستند. ۵٪-۱۰٪ باقی مانده در سایر غدد ایجاد می شوند که اگر در غده ساب لینگوال باشند، ۱۰٪-۳۰٪ موارد خوش خیم و اگر در کام باشند، نیمی از آنها خوش خیم هستند و اگر در کف دهان باشند، ۹۰٪ بدخیم اند. در بالغین ۷۵-۸۵٪ تومور ها خوش خیم هستند ولی در اطفال بدخیمی بیشتر بوده و فقط ۵۰-۷۵٪ موارد خوش خیم اند.

بسیاری از تومورها در اثر عوامل تحریکی مختلفی ایجاد می شوند مثلاً الکل و سیگار منجر به سرطان دهان می شوند. از آنجاییکه عوامل تحریکی در بالغین بیشتر است، بسیاری از تومورهای بالغین ناشی از عواملی است که در طول زندگی تحت تاثیر آنها قرار گرفته اند و خوش خیم هستند. اما بسیاری از تومورهای کودکان ناشی از جهش یا تغییراتی است که در سلول ها بدون تحریک خارجی اتفاق می افتد و ریسک بدخیمی بالاتری دارند.