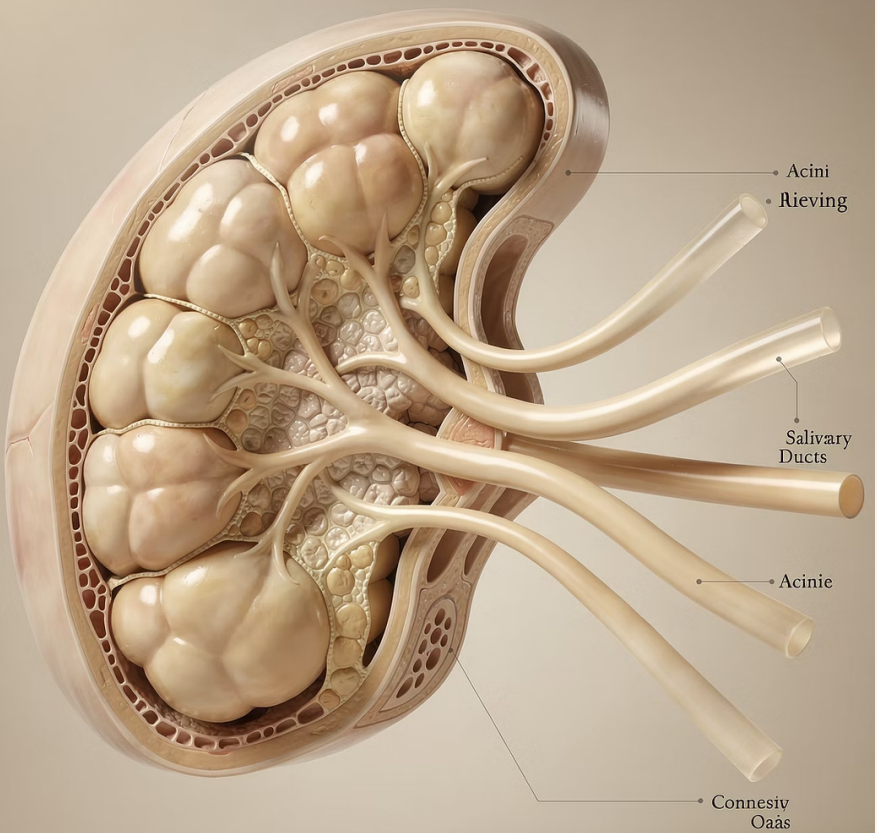




فصل یازدهم: آسیب شناسی غدد بزاقی

بررسی جامع بیماری های غدد بزاقی شامل ناهنجاری های تکاملی، ضایعات کیستیک، التهابات، سندرم های سیستمیک و تومورها

آپلازی غده بزاقی

تعریف و شیوع

عدم تکامل غده بزاقی یک ناهنجاری تکاملی نادر است که ممکن است یک یا چند غده اصلی را درگیر کند. نسبت مرد به زن ۲ به ۱ است.

سندرم‌های مرتبط

- سندرم تریچر کولین (Mandibulofacial dysostosis)
- Hemifacial microsomia
- سندرم LADD (ناشی از جهش در ژن FGF10)

سندرم LADD اتوزومال غالب بوده و با عدم تکامل غدد بزاقی و اشکی، گوش‌های فنجانی، کری و ناهنجاری‌های دندانی همراه است.

مشخصات بالینی آپلازی غده بزاقی

زروستومی شدید مهم‌ترین علامت است. زبان ظاهر چرمی پیدا می‌کند و بیمار در خطر بالاتری برای پوسیدگی دندان و اروژن قرار دارد. خصوصیات دندان شامل هایپودنسیا، میکرودنسیا و هایپوپلازی خفیف مینا می‌باشد.

تشخیص

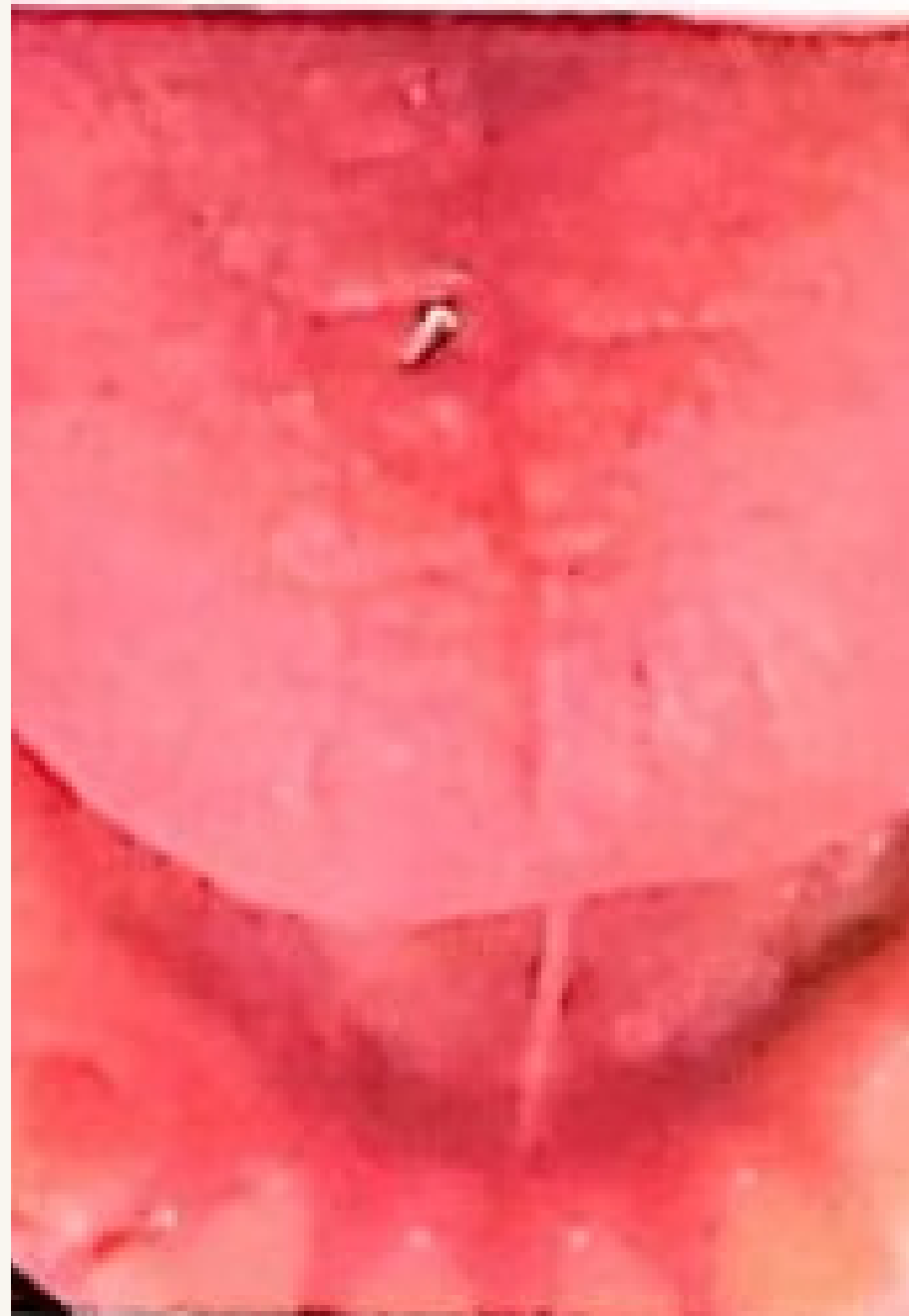
سینتی‌گرافی با تکنسیوم CT، MRI یا ۹۹m یا اولتراسونوگرافی

درمان

جایگزین‌های بزاق، داروهای سیالوگوگ (پیلوکارپین، سومیلین)، آدامس بدون شکر

پیشگیری

مراقبت‌های دندان پیشگیرانه منظم برای جلوگیری از پوسیدگی‌های وابسته به خشکی دهان



موکوسل: تعریف و پاتوژنز

موکوسل ضایعه‌ای شایع در مخاط دهان است که ناشی از قطع مجرای غده بزاقی و تراوش موکوس به داخل بافت‌های نرم اطراف می‌باشد. این تراوش غالباً نتیجه تروما است، گرچه در بسیاری از موارد تاریخچه‌ای از تروما وجود ندارد.

❗ برخلاف سیست مجرای بزاقی، موکوسل یک سیست حقیقی نیست، چون فاقد پوشش اپی‌تلیال است.

انواع موکوسل

- موکوسل اکستراوازیشن (شایع‌تر): بدون پوشش اپی‌تلیال
- سیست احتباسی موکوس: سیست حقیقی با پوشش اپی‌تلیال

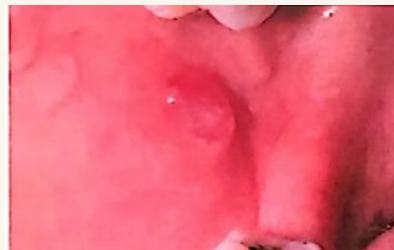
این دو پدیده از لحاظ هیستوپاتولوژی با یکدیگر اختلاف دارند و در این فصل جداگانه بحث می‌شوند.

مشخصات بالینی موکوسل



شکل ۱۱-۴: سطح شکمی زبان

ضایعه اگزوفیتیک در قدام سطح شکمی زبان (غدد
۵٪ Blandin-Nuhn موارد)



شکل ۱۱-۳: مخاط خلفی پالات

ندول روی مخاط خلفی پالات. موکوسل‌های سطحی در
این ناحیه دیده می‌شوند.



شکل ۱۱-۲: لب پایین

ندول پیگمانته آبی روی لب پایین. شایع‌ترین محل (۸۱/۹٪
موارد)

توزیع آناتومیک موکوسل‌ها

بر اساس مطالعه بزرگ شامل ۱۷۱۵ مورد:

محل	تعداد موارد	درصد
لب پایین	۱۴۰۵	۸۱/۹%
کف دهان (رانولا)	۹۹	۵/۸%
سطح شکمی زبان	۸۶	۵/۰%
مخاط باکال	۸۲	۴/۸%
کام	۲۳	۱/۳%
رترومولر	۹	۰/۵%
لب بالا	—	—
کل	۱۷۱۵	۱۰۰%

موکوسل‌ها بندرت در لب بالا مشاهده می‌شوند، در تقابل با تومورهای غدد بزاقی که در لب بالا غیرمعمول نیستند. 

هیستوپاتولوژی و درمان موکوسل

مشخصات هیستوپاتولوژیک

ناحیه تراوش موکوس

بافت گرانولاسیون واکنشی احاطه کننده موکوس تراوش یافته

التهاب

هیستوسیت های متعدد کف آلود (ماکروفاژ) در اطراف ضایعه

غدد مجاور

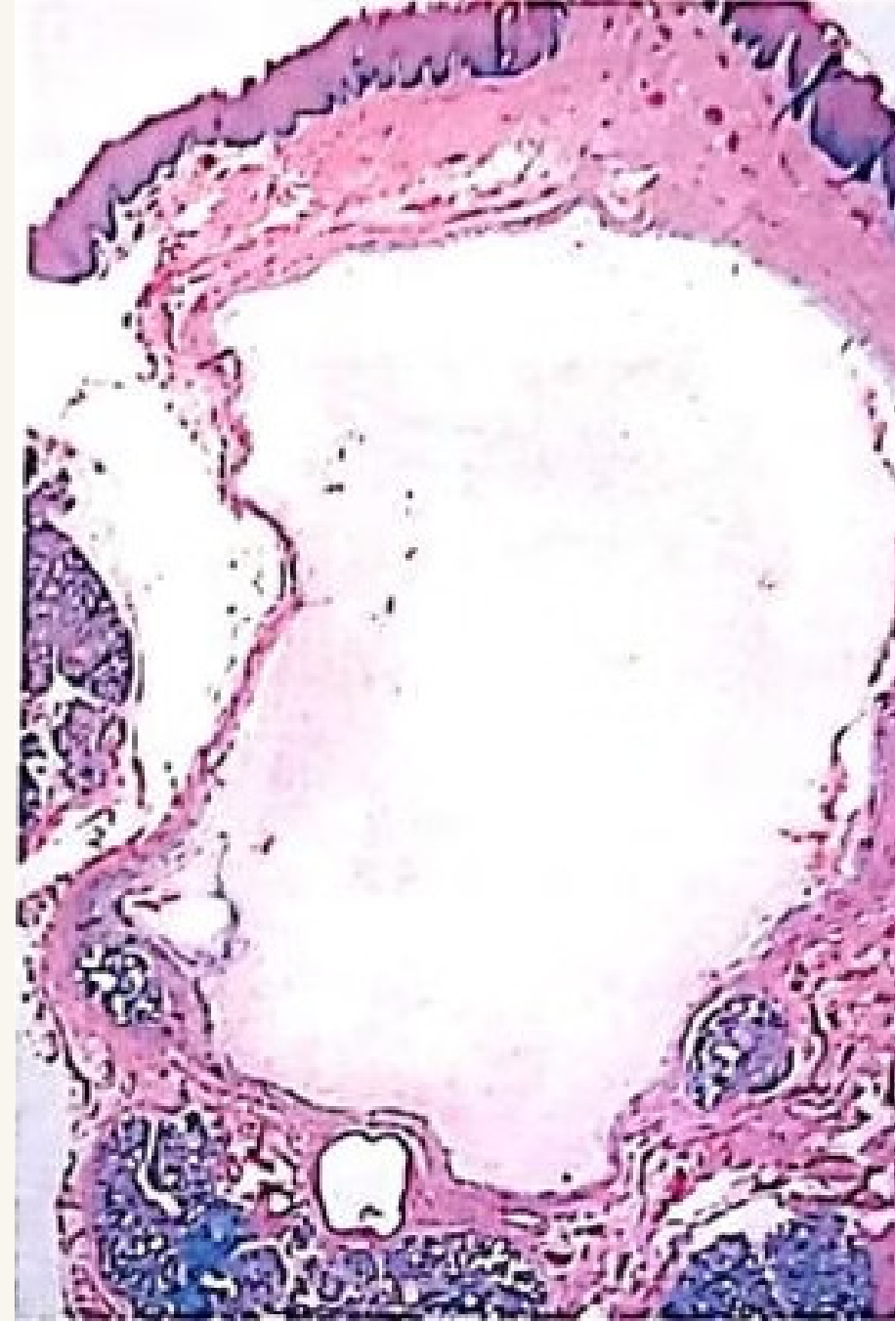
ارتشاح سلول های التهابی مزمن و مجاری متسع در غدد بزاقی فرعی مجاور

پیش آگهی و درمان

برخی موکوسل ها خودبخود پاره می شوند. بسیاری نیاز به جراحی موضعی دارند. هنگام جراحی، غدد بزاقی فرعی مجاور نیز باید برداشته شوند تا خطر عود کاهش یابد. پیش آگهی عالی است، گرچه عود گاهی رخ می دهد.

رانولا

موکوسل‌هایی که در کف دهان پدید می‌آیند و منشأ آنها غده زیرزبانی است. نام از لاتین *rana* (قورباغه) مشتق شده، چون شبیه ناحیه شفاف زیر شکم قورباغه است.



انواع و مشخصات رانولا

هیستوپاتولوژی

مشابه موکوسل: موکوس تراوش یافته با پاسخ بافت گرانولاسیون محصور در هیستوسیت های کف آلود.

رانولای Plunging (گردنی)

وقتی موکوس از عضله مایلوهایوئید عبور کند و توری در گردن ایجاد نماید. در CT و MRI، امتداد کوتاهی از ضایعه به فضای زیرزبانی به عنوان **tail sign** دیده می شود.

رانولای معمول

تورم موجی، گنبدی شکل و آبی رنگ در کف دهان. اغلب در کودکان و جوانان. در سطح جانبی خط وسط قرار دارد که آن را از سیست درموئید خط وسط متمایز می کند.



شکل ۱-۱۱: رانولای *Plunging*. تورم نرم در گردن.



شکل ۱۸-۹: رانولا. تورم پیگمانته آبی در سمت چپ کف دهان.

درمان رانولا

شامل برداشتن غده زیرزبانی تغذیه‌کننده یا مارسیالیزاسیون (برداشت سقف ضایعه). برداشتن غده آسیب‌دیده مهم‌ترین تمهید برای پیشگیری از عود است.

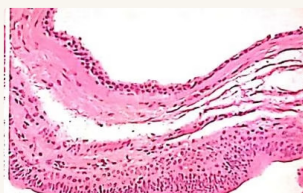
سیست مجرای بزاقی (موکوس ریتنشن سیست)

تعریف

حفره‌ای مفروش از اپی‌تلیوم که از بافت غده بزاقی ایجاد می‌شود. برخلاف موکوسل، یک سیست حقیقی است چون با اپی‌تلیوم مفروش شده است.

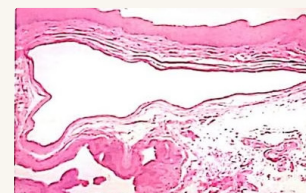
مشخصات بالینی

معمولاً در بالغین ایجاد می‌شود. سیست‌های غده پارتوید شایع‌تر هستند. داخل دهان در کف دهان، مخاط باکال و لب‌ها دیده می‌شوند. شبیه موکوسل: تورم موجی و نرم، مایل به آبی.



شکل ۱۱-۱۱ (B)

حفره سیستیک مفروش از اپی‌تلیوم مکعبی.



شکل ۱۱-۱۱ (A)

کیست زیر سطح مخاط با بزرگنمایی کم.



شکل ۱۰-۱۱

تورم ندولر که مجرای وارثون را پوشانده است.

سیالولیتیاژیس

سنگ بزاقی (سیالولیتیاژیس)

سنگ‌های بزاقی ساختارهای کلسیفیه هستند که در سیستم مجاری بزاقی پدید می‌آیند. تشکیل آنها با سیالادنیست مزمن و انسداد ناقص پیشرفت می‌کند و ارتباطی با اختلال سیستمیک در متابولیسم کلسیم ندارد.



مشخصات بالینی سنگ بزاقی

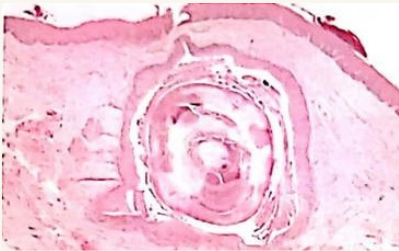
محل شایع

اغلب در مجرای غده تحت فکی ایجاد می‌شوند. مسیر دراز و پرپیچ مجرای وارتون و ترشح موکوسی غلیظتر این غده، سبب تمایل بیشتر به بروز سنگ می‌شود. در غدد بزاقی فرعی نیز پدید می‌آیند (بیشتر در لب بالا یا مخاط باکال).

علائم بالینی

- تورم و درد متناوب در غده مبتلا، به خصوص هنگام مصرف غذا
- شدت علائم به میزان انسداد بستگی دارد
- توده سخت در زیر مخاط در سنگ‌های انتهایی مجرا
- در رادیوگرافی به صورت توده رادیوپاک دیده می‌شوند

تصویربرداری و هیستوپاتولوژی سنگ بزاقی



شکل ۱۱-۱۷

توده کلسیفیه با لایه‌های متحدالمرکز. مجرا دچار متاپلازی سنگفرشی شده است.



شکل ۱۱-۱۵

سنگ رادیوپاک در: B. رادیوپاسیتی روی مندیبل A: مجرای وارتون.



شکل ۱۱-۱۴

توده رادیوپاک در زاویه چپ فک پایین.

درمان سنگ بزاقي



سيالوگوگها، گرمای مرطوب و نوشیدن مایعات زیاد عبور سنگ را تسريع می بخشند. سنگ های بزرگ تر باید با جراحی خارج شوند. روش جدیدتر: آندوسکوپي غده بزاقي همراه با extracorporeal shock wave lithotripsy که با حداقل تهاجم انجام می شود.

سیالادنیت: علل و عوامل

علل غیر عفونی



سندرم شوگرن، سارکوئیدوز، داروهایی که جریان بزاق را کاهش می‌دهند، دهیدراتاسیون

عفونت باکتریایی



ناشی از انسداد مجاری یا کاهش جریان بزاق.
عامل اصلی: استافیلوکوک اورئوس و
استرپتوکوک

عفونت ویروسی



شایع‌ترین: اوریون. سایر: کوکساکسی A، ECHO،
پاراآنفلوآنزا، HIV، سیتومگالوویروس

مشخصات بالینی و درمان سیالادنیت

درمان

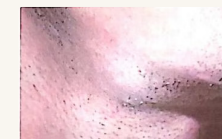
حاد: آنتی‌بیوتیک مناسب، بازگرداندن آب به بدن. در صورت آبسه، درناژ جراحی. در بیمار ضعیف میزان مرگ و میر ۲۰ تا ۵۰ درصد گزارش شده است.

مزمن: آنتی‌بیوتیک، ضددردها، کورتیکواستروئیدها، سیالوگوگ‌ها، ماساژ غده. سیالوآندوسکوپی و شستشوی مجرا برای باز کردن تنگی‌ها.



شکل ۱۱-۱۹

اگزودای چرکی از مجرای Stensen هنگام ماساژ پاروتید.



شکل ۱۱-۱۸

تورم دردناک غده تحت فکی در سیالادنیت.

انواع خاص سیالادنیت

سیالادنیت اسکروزه مزمن

ارتشاح پراکنده لنفوسیت‌ها و پلاسماسل‌ها، آتروفی آسینی، اتساع مجاری و فیبروز. گاهی با بیماری وابسته به IgG4 مرتبط است.

سیالادنیت نکروزدهنده تحت‌حاد

غالباً در نوجوانان و جوانان. غدد بزاقی فرعی کام سخت و نرم را درگیر می‌سازد. ندول دردناک با مخاط سالم. برخلاف سیالومتاپلازی نکروزدهنده، زخمی نمی‌شود. وضعیت خودبخود محدودشونده است.

پاروتیدیت راجعه جوانی

شایع‌ترین اختلال غدد بزاقی در کودکان در آمریکا (دوم بعد از اوریون در جهان). تورم راجعه غیرچرکی یک‌طرفه یا دوطرفه پاروتید، معمولاً بین ۳ تا ۶ سال. در دوران بلوغ بهبود می‌یابد.

کلیت گلندولاریس

مشخصات

التهاب نادر غدد بزاقی فرعی، عمدتاً در لب پایین. علل: آسیب آکتینیک، تنباکو، بهداشت پایین، وراثت. بیشتر در مردان میانسال و مسن.

طبقه‌بندی

1. ساده
2. چرکی سطحی (بیماری Baelz)
3. چرکی عمقی (Apostematosa)

درمان

قطع ورمیلیون (Lip Shave). خطر تبدیل به کارسینومای سلول سنگفرشی وجود دارد.



شکل ۱۱-۲۲: لب پایین برجسته با دهانه ملتهب مجاری غدد بزاقی فرعی.

اختلالات ترشح بزاق

زروستومی (خشکی دهان)

زروستومی احساس خشکی دهان است که در ۲۵ درصد بالغین مسن گزارش شده است. هر گونه کاهش فعالیت غدد بزاقی مرتبط با سن بسیار اندک است؛ زروستومی در افراد مسن بیشتر نتیجه داروها می باشد.



علل و داروهای ایجادکننده زروستومی

علل اصلی

- داروها (بیش از ۵۰۰ نوع دارو)
- پرتودرمانی سر و گردن
- سندرم شوگرن
- دیابت ملیتوس، سارکوئیدوز، HIV
- دهیدراتاسیون، تنفس دهانی

داروهای شایع

دسته دارویی	نمونه
آنتی‌هیستامین	دیفن‌هیدرامین
ضد افسردگی	آمی‌تریپتیلین، فلوکستین
ضد سایکوتیک	فنوتیازین، هالوپریدول
آنتی‌کولینرژیک	آتروپین، اسکوپولامین
ضد فشارخون	متوپرولول، فوروزامید

درمان زروستومی

01

جایگزین‌های بزاق

بزاق مصنوعی، نوشیدن آب پی در پی، محصولات حاوی لاکتوپراکسیداز، لیزوزیم و لاکتوفرین

03

تعدیل دارو

قطع یا تغییر دوز داروهای ایجادکننده زروستومی پس از مشورت با پزشک

02

تحریک ترشح

آدامس و آب‌نبات بدون شکر. پیلوکارپین (۵-۱۰ mg، ۳-۴ بار/روز) یا سومیلین هیدروکلراید به عنوان سیالوگوگ

04

پیشگیری از پوسیدگی

معاینات مکرر دندانپزشکی، فلوراید در خانه و مطب، دهانشویه کلرهگزیدین

سیالوره (زیادی ترشح بزاق)

علل

- تحریکات موضعی (زخم‌های آفتی، دنچر نامناسب)
- بیماری بازگشت گاستروازوفازیال
- داروها: کلوزاپین، آگونیست‌های کولینرژیک
- اختلالات نورولوژیک: فلج مغزی، پارکینسون، ALS
- مسمومیت با فلزات سنگین، بیماری هاری

درمان

- داروهای آنتی‌کولینرژیک (با عوارض جانبی)
- اسکوپولامین از طریق درم
- توکسین بوتولینوم داخل غده (اثر ۶ هفته تا ۶ ماه)
- روش‌های جراحی: تغییر موقعیت مجاری، قطع عصب تیمپانیک



بیماری سیستمیک

بیماری وابسته به IgG4

اختلال فیبرو-التهابی که ابتدا در پانکراتیت اتوایمیون شناسایی شد. سطح سرمی IgG4 پلی‌کلونال می‌تواند تا ۲۵ برابر حالت طبیعی باشد (گرچه ۲۰-۴۰٪ بیماران سطوح طبیعی دارند). عمدتاً در افراد میانسال و مسن (میانگین ۶۰ سال) و بیشتر در مردان.

مشخصات بیماری وابسته به IgG4

مشخصات بالینی

سیالادنیت مرتبط با IgG4 اغلب در غده تحت فکی رخ می‌دهد. تورم یک‌طرفه یا دوطرفه ۱/۵ تا ۵ سانتیمتر که فرآیند نئوپلاستیک را تقلید می‌کند. سایر عوارض: پانکراتیت، آئورتیت، سودوتومور کلیه، التهاب تیروئید.

هیستوپاتولوژی و درمان

سیالادنیت اسکروزه با ارتشاح لنفوسیتی، فولیکول‌های هایپرپلاستیک، آتروفی آسینی و فیبروز گردبادی (تومور Kuttner). درمان: کورتیکواستروئیدهای سیستمیک. برای موارد عودکننده: ریتوکسیماب.

سندرم شوگرن

اختلال اتوایمیون سیستمیک و مزمن که غدد بزاقی و اشکی را درگیر می‌سازد و **زروستومی** (خشکی دهان) و **زروفتالمی** (خشکی چشم) ایجاد می‌کند. شیوع ۵٪ در جمعیت، نسبت زن به مرد ۹ به ۱.

ثانویه

همراه با بیماری اتوایمیون دیگر
(شایع‌ترین: آرتریت روماتوئید)

اولیه

سندرم سیکا به تنهایی



شکل ۲۳-۱۱: زبان خشک و شیاردار در سندرم شوگرن.

معیارهای تشخیصی سندرم شوگرن

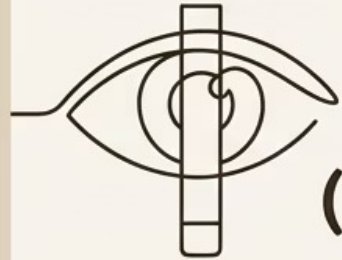
تشخیص سندرم شوگرن اولیه نیازمند حضور ۴ مورد از ۶ معیار (با مثبت بودن IV یا VI) یا ۳ مورد از ۴ معیار عینی (III، IV، V، VI) است.



نشانه‌های چشمی
(خشکی چشم ۳+ ماه)



نشانه‌های دهانی
(خشکی دهان ۳+ ماه)



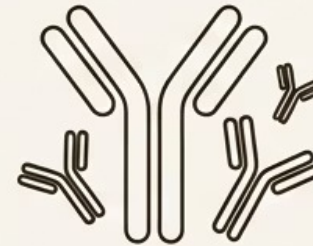
علائم عینی چشمی
(تست شیرمر ≤ 5 میلی‌متر)



بافت‌شناسی
(نمره تمرکز ≥ 1)



درگیری غدد بزاقی
(جریان ۱۱.۵ میلی‌لیتر/۱۵ دقیقه)



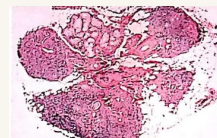
خود ایمنی ها
(ضد SS-A یا ضد SIS-B)

هیستوپاتولوژی و آزمایشگاه سندرم شوگرن

یافته‌های آزمایشگاهی

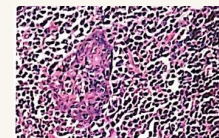
- فاکتور روماتوئید (RF) مثبت: ۶۰٪ موارد
- آنتی‌بادی ضد هسته (ANA): ۷۵-۸۵٪
- آنتی SS-A (anti-Ro): ۵۰-۷۶٪
- آنتی SS-B (anti-La): ۳۰-۶۰٪

⚠ بیماران مبتلا به سندرم شوگرن در طول زندگی ۵-۱۵٪ خطر ابتلا به لنفوما دارند (۲۰ برابر بیشتر از مردم عادی).



شکل ۱۱-۲۷

بیوپسی غدد لبیال: کانون‌های متعدد لنفوسیتی (Focus score ≥ 1).



شکل ۱۱-۲۶

ارتشاح لنفوسیتی با جزیره اپی‌میوایپ‌تلیال در پاروتید.

درمان سندرم شوگرن

→ درمان خشکی چشم

قطره اشک مصنوعی، عینک‌های سیل‌شده،
مسدود کردن سوراخ اشکی

→ درمان خشکی دهان

بزاق مصنوعی، آدامس بدون قند، محصولات
حاوی لاکتوپراکسیداز. سیالوگوگ‌ها (پیلوکارپین،
سومیلین) در صورت وجود بافت بزاقی فعال

→ پیشگیری از پوسیدگی

فلوراید روزانه، عوامل ضد قارچی برای کاندیدیاز
ثانویه، معاینات مکرر دندانپزشکی

سیالادنوزیس، هایپرپلازی آدنوماتوئید و سیالومتاپلازی نکروزدهنده

سیالادنوزیس

اختلال غیرالتهابی با تورم غدد پاروتید. همراه با دیابت، الکلیسم، بولیمیا، سوءتغذیه. هایپرتروفی سلول‌های آسینی با تجمع گرانول‌های زایموژن. درمان: کنترل علت زمینه‌ای.

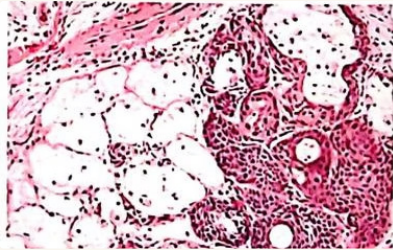
هایپرپلازی آدنوماتوئید

ضایعه نادر غدد بزاقی فرعی، بیشتر در کام. شبیه نئوپلاسم. بیوپسی برای تشخیص ضروری است. بعد از تشخیص، درمان بیشتری نیاز ندارد.

سیالومتاپلازی نکروزدهنده

التهاب موضعاً مخرب ناشی از ایسکمی. بیش از ۷۵٪ موارد در خلف کام. از لحاظ میکروسکوپی شبیه کارسینوما است. خودبخود در ۵-۶ هفته بهبود می‌یابد.

سیالومتاپلازی نکروزدهنده: تصاویر بالینی و هیستوپاتولوژیک



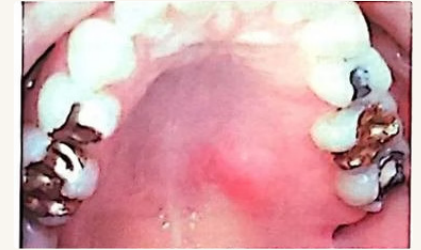
شکل ۱۱-۳۱: هیستوپاتولوژی

آسینی موکوسی نکروتیک (چپ) و متاپلازی سنگفرشی مجاری (راست).



شکل ۱۱-۳۰: مرحله بعدی

زخم شبیه دهانه آتشفشان در خلف کام.



شکل ۱۱-۲۹: مرحله اولیه

تورم در قسمت خلفی طرفی کام سخت.

تومورهای غده بزاقی

ملاحظات کلی تومورهای غده بزاقی

بروز سالانه تومورهای غده بزاقی در دنیا بین ۱ تا ۶/۵ مورد در هر ۱۰۰,۰۰۰ نفر است. شایع‌ترین ناحیه بروز، غده پاروتید (۶۱-۸۰٪ موارد) است. دو سوم تا سه چهارم تومورهای پاروتید خوش‌خیم هستند. آدنومای پلئومورفیک شایع‌ترین تومور است (۵۰-۷۷٪ کل تومورها).



توزیع تومورها بر اساس غده و درصد بدخیمی

قانون کلی

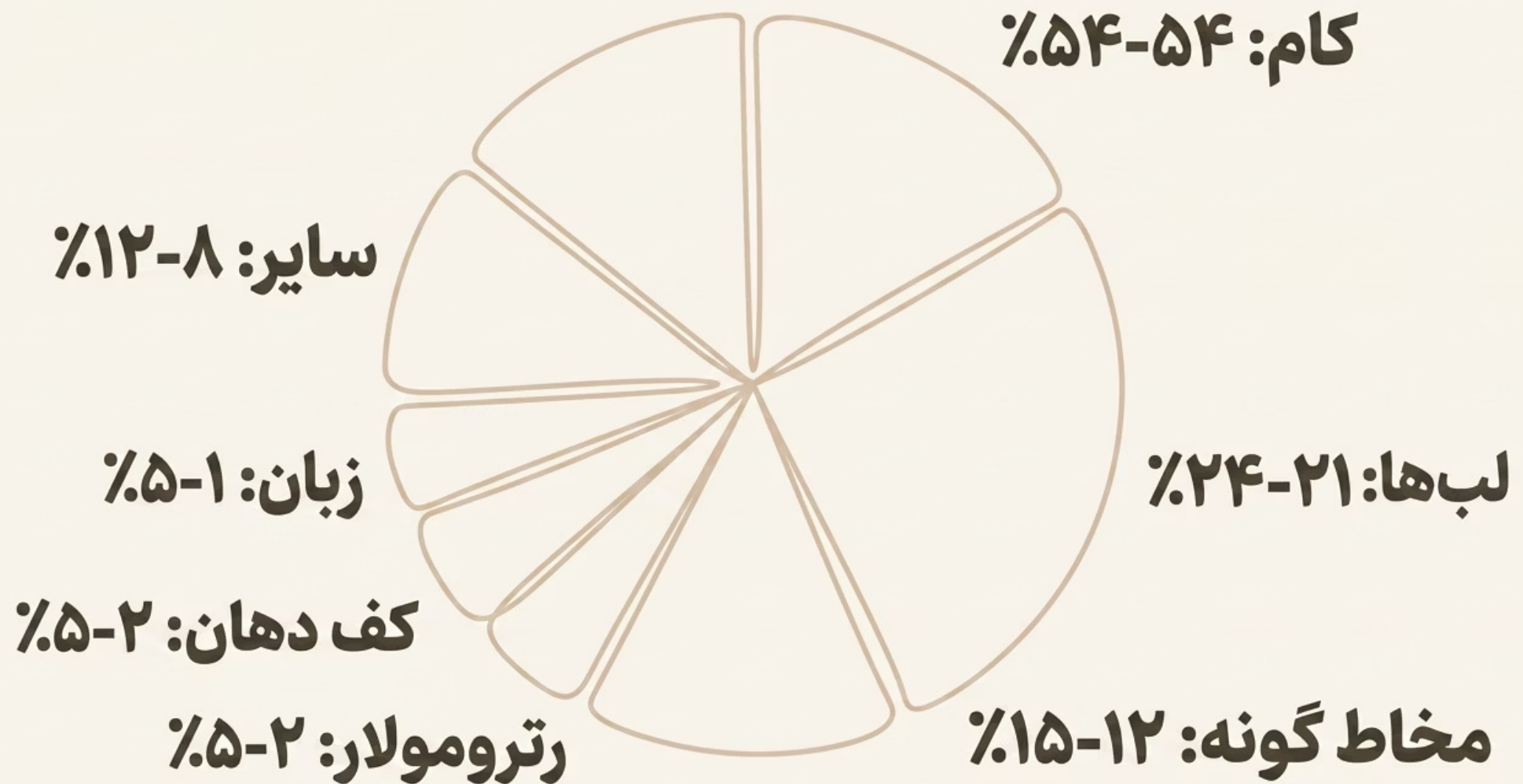
هر چه غده کوچکتر باشد، احتمال بدخیمی تومور آن بیشتر است. تومورهای غده زیرزبانی در ۷۰-۹۵٪ موارد بدخیم هستند.

شایعترین تومور بدخیم

کارسینومای موکوپیدرموئید در اکثر نواحی شایعترین بدخیمی است.

غده	درصد کل	درصد بدخیمی
پاروتید	۶۱-۸۰٪	۱۵-۳۲٪
تحت فکی	۸-۱۱٪	۳۶-۴۵٪
زیرزبانی	حداکثر ۱٪	۷۰-۹۵٪
غدد فرعی	۹-۲۸٪	۳۷-۴۹٪

تومورهای غدد بزاقی فرعی: توزیع آناتومیک



کام شایع‌ترین ناحیه تومورهای غدد بزاقی فرعی است (۴۲-۵۴٪). تومورهای ناحیه رترومولار و کف دهان بالاترین درصد بدخیمی را دارند. تومورهای لب بالا به دلیل شیوع آدنومای کانالیکولار، کمترین درصد بدخیمی را دارند.

جمع‌بندی: آسیب‌شناسی غدد بزاقی

ضایعات کیستیک

موکوسل (شایع‌ترین)، رانولا (کف دهان)، سیست مجرای بزاقی (سیست حقیقی).
درمان: جراحی با برداشت غده تغذیه‌کننده.

التهاب و سنگ

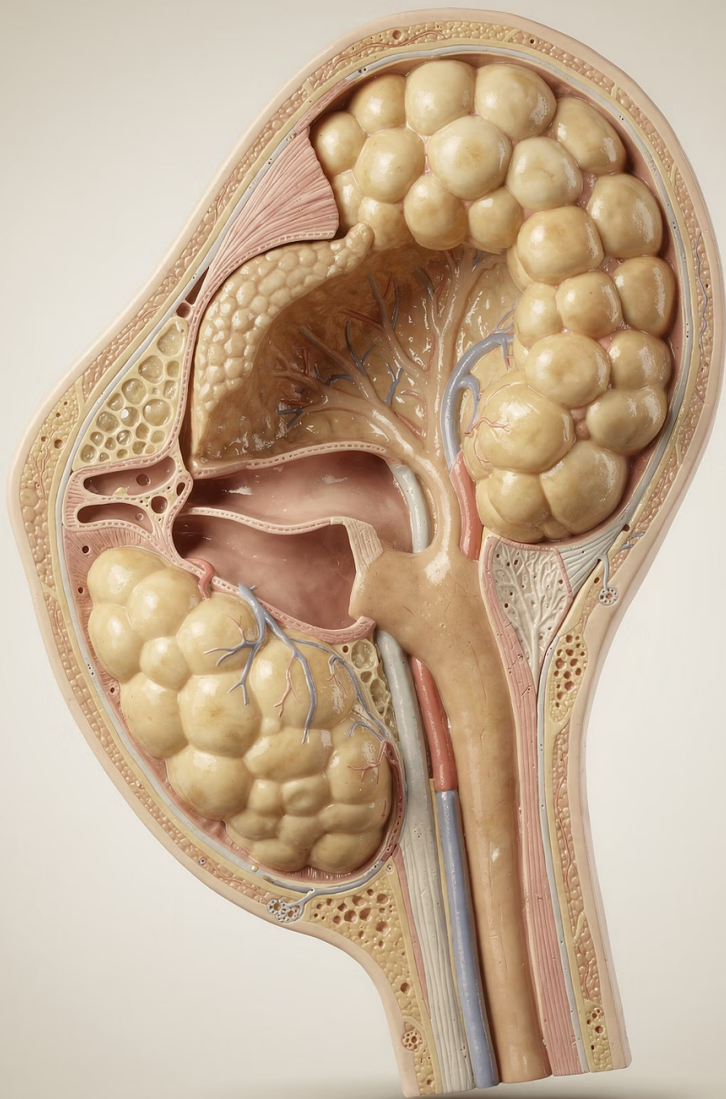
سیالادنیت (ویروسی، باکتریایی، غیرعفونی)، سیالولیتیاژیس (شایع‌ترین در مجرای تحت فکی). درمان: آنتی‌بیوتیک، جراحی، آندوسکوپی.

بیماری‌های سیستمیک

سندرم شوگرن (اتوایمیون، خطر لنفوما ۵-۱۵٪)، بیماری IgG4 (درمان: کورتیکواستروئید). زروستومی در ۲۵٪ بالغین مسن.

تومورها

آدنومای پلئومورفیک شایع‌ترین تومور. هر چه غده کوچک‌تر، احتمال بدخیمی بیشتر. کارسینومای موکوپیدرموئید شایع‌ترین بدخیمی.



تومورهای غدد بزاقی

مروری جامع بر نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم غدد بزاقی — از آدنومای پلئومورفیک تا کارسینومای آدنوئید سیستیک

هیستوپاتولوژی

آسیب‌شناسی دهان

فهرست مطالب

سرفصل‌های این ارائه

01

تومورهای خوش خیم

آدنومای پلئومورفیک، آنکوسیتوما، تومور وارتین، آدنومای سلول بازال و کانیالیکولار

02

تومورهای بدخیم

کارسینومای موکوپیدرموئید، سلول آسینی، آدنوئید سیستیک، MASC و تومورهای مختلط بدخیم

03

پیش‌آگهی و درمان

اصول جراحی، میزان عود، متاستاز و بقای بیماران برای هر گروه



آدنومای پلئومورفیک

شایع‌ترین تومور بزاقی

آدنومای پلئومورفیک (تومور مختلط خوش‌خیم) شایع‌ترین نئوپلاسم غده بزاقی است. از عناصر میوآپیتلیال، اپیتلیال و مجاری مشتق می‌شود و تنوع میکروسکوپی قابل توجهی دارد.

شیوع آدنومای پلئومورفیک در غدد مختلف

۵۳-۷۲٪

غده تحت فکی

دومین محل شایع

۵۰-۷۷٪

غده پاروتید

شایع‌ترین محل بروز

۷۰٪

درگیری PLAG1

جابجایی کروموزومی در ناحیه ۱۲q13

۲۳-۴۱٪

غدد بزاقی فرعی

شامل کام، لب و مخاط باکال

مشخصات بالینی آدنومای پلئومورفیک

ویژگی‌های اصلی

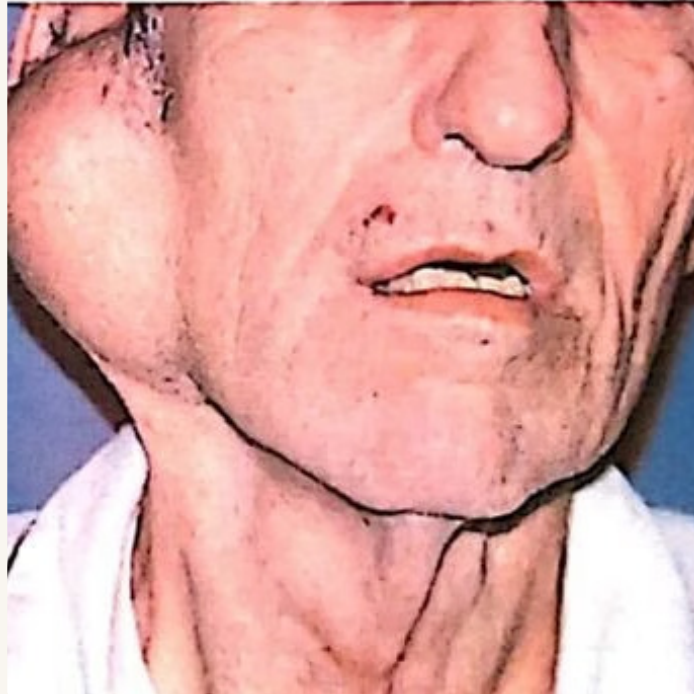
- توده سفت و بدون درد با رشد کند
- شایع‌ترین سنین: ۳۰ تا ۶۰ سال
- شایع‌ترین تومور بزاقی در کودکان
- اندکی در زنان شایع‌تر
- فلج عصب صورتی و درد نادر است

محل‌های خاص

- اکثر تومورهای پاروتید در لوب سطحی
- ۱۰٪ در لوب عمقی — ممکن است تومور دهلی شکل ایجاد کند
- کام: ۵۰-۶۵٪ نمونه‌های داخل دهانی
- لب بالا: ۱۹-۲۷٪ و مخاط باکال: ۱۳-۱۷٪
- موارد نادر دوطرفه گزارش شده است

تصاویر بالینی آدنومای پلئومورفیک

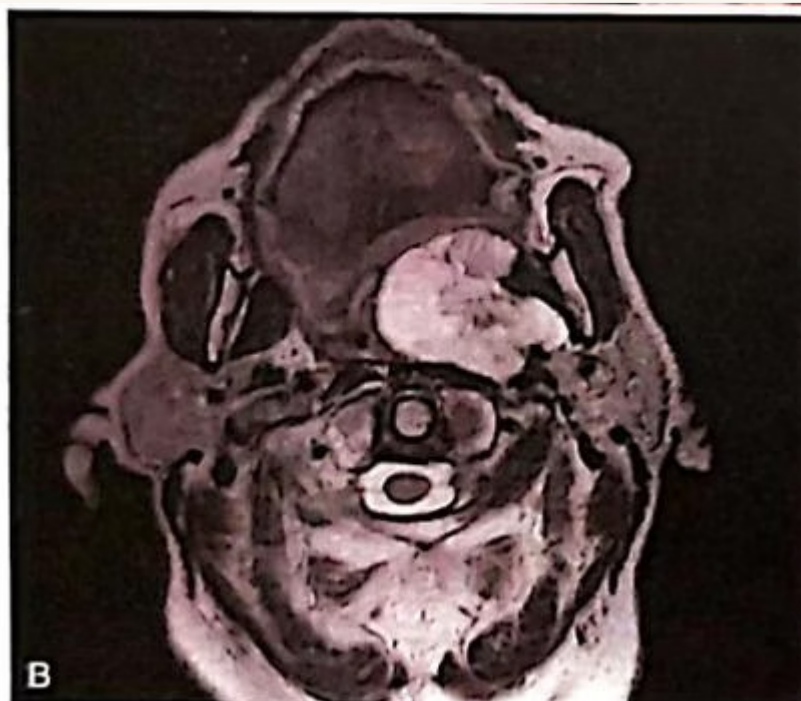
نمونه‌های بالینی متنوع این تومور در غدد مختلف



تومور لوب عمقی پاروتید



شکل ۱۱-۳۵ A: توموری بزرگ در لوب عمقی پاروتید که توده‌ای سفت در کام نرم ایجاد کرده است.



شکل ۱۱-۳۵ B: تصویر MRI با کنتراست تقویت‌شده از تومور لوب عمقی پاروتید.

آدنومای پلئومورفیک کام

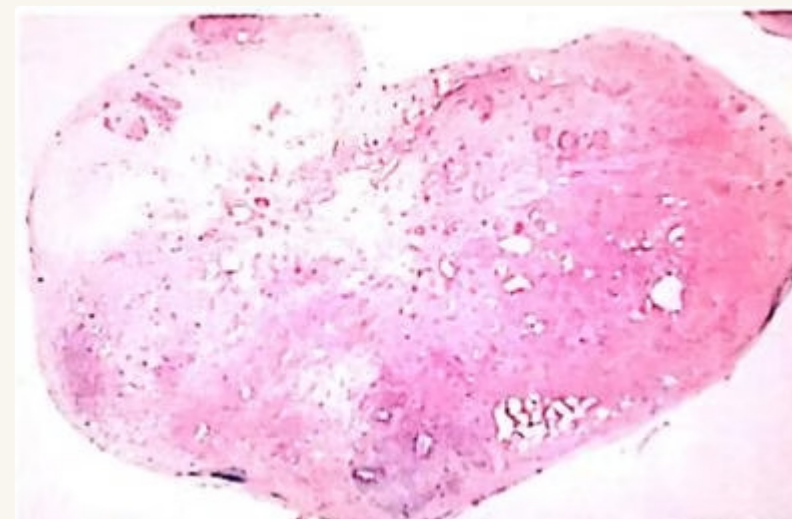
کام شایع‌ترین ناحیه بروز تومورهای مختلط غدد بزاقی فرعی است. تومورهای کامی تقریباً همیشه در قسمت خلفی-طرفی کام یافت می‌شوند و به صورت توده‌های گنبدی شکل با سطح صاف ظاهر می‌شوند. از آنجا که مخاط کام سخت محکم به استخوان چسبیده، این تومورها متحرک نیستند.



مشخصات هیستوپاتولوژیک آدنومای پلئومورفیک

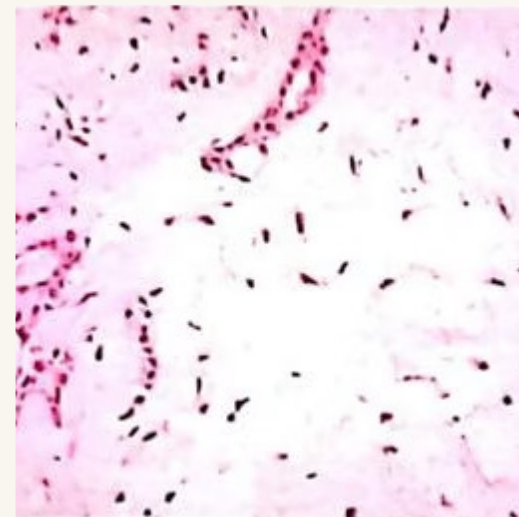
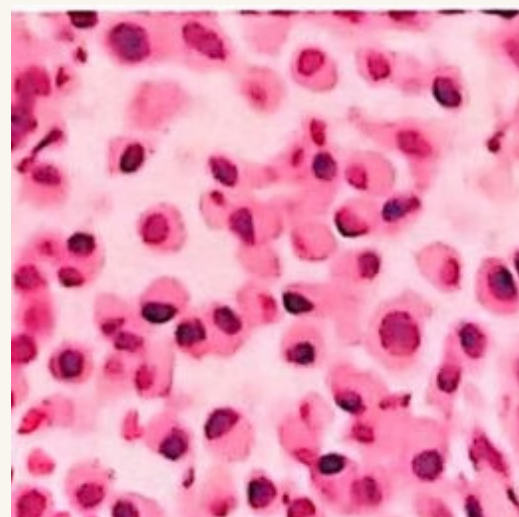
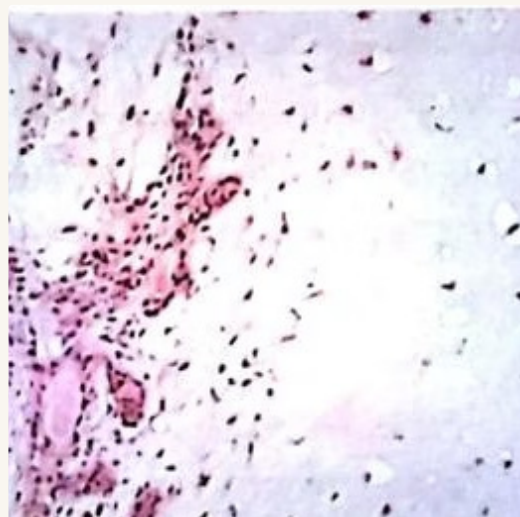
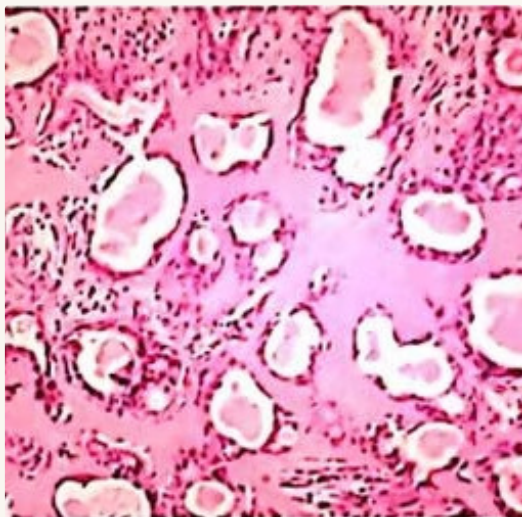
ویژگی‌های میکروسکوپی

- تومور کپسول‌دار با حدود مشخص (کپسول ممکن است ناقص باشد)
- ترکیب سلول‌های میوآپیتلیال و اپیتلیوم غده‌ای در زمینه شبه مزانشیم
- ساختارهای سیستیک، مجراها، صفحات یا جزایر سلولی
- سلول‌های میوآپیتلیال شبیه پلاسماسل در تومورهای غدد فرعی
- زمینه میکروماتوز، نمای کندروئید و هیالینیزاسیون استرومایی



شکل ۳۸-۱۱: نمای بزرگنمایی کم — توده توموری کپسوله با الگوی میکروسکوپی متنوع

تصاویر هیستوپاتولوژیک آدنومای پلئومورفیک



پیش‌آگهی و درمان آدنومای پلئومورفیک

پاروتید عمقی

پاروتیدکتومی کلی با حفظ عصب صورتی در صورت امکان

پاروتید سطحی

پاروتیدکتومی سطحی با حفظ عصب صورتی — انوکلیشن موضعی ممنوع

کام سخت

برداشت همراه با مخاط پوشاننده تا پریوستوم

غده تحت فکی

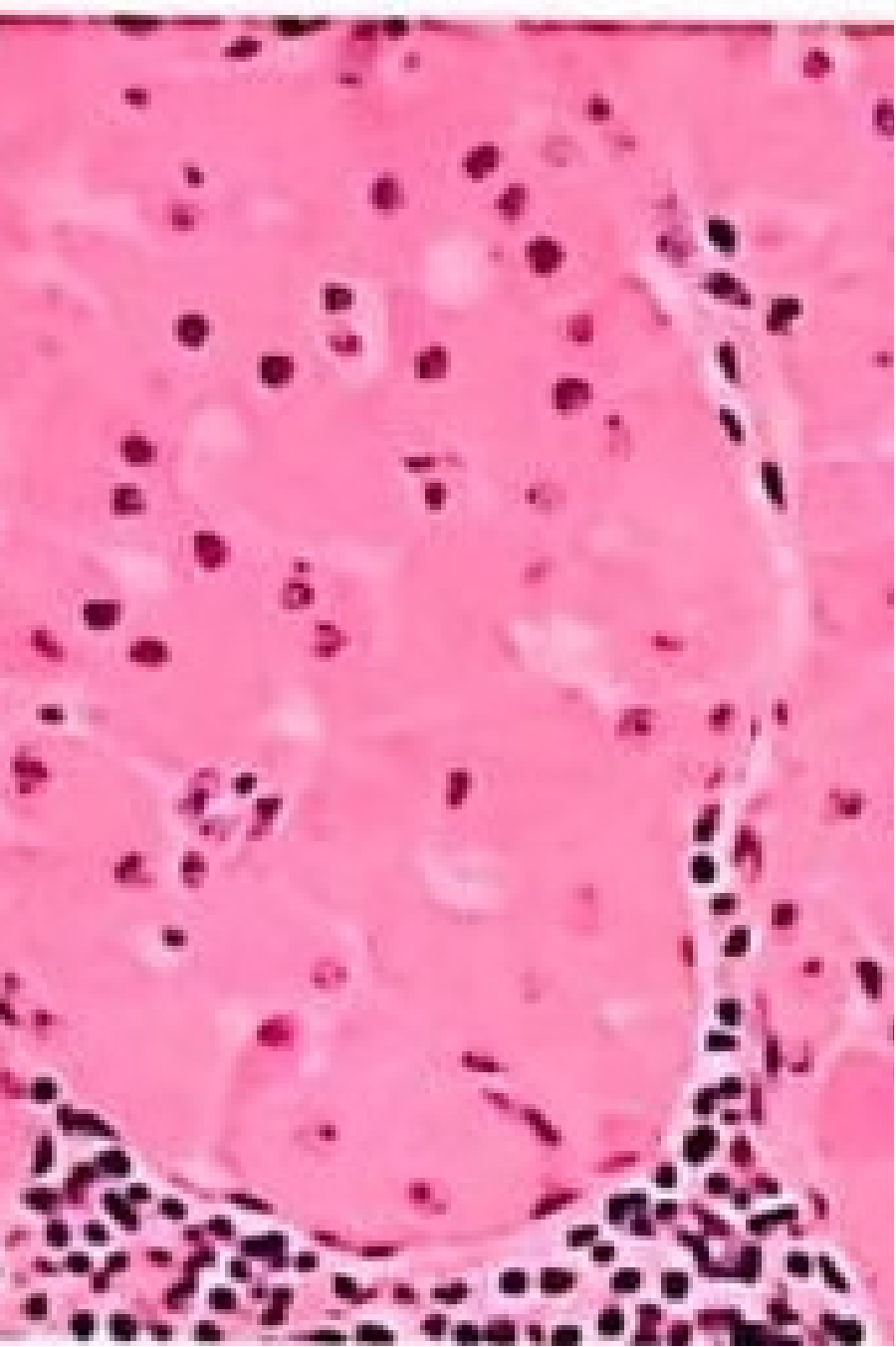
برداشت کل غده همراه با تومور

✓ با جراحی مناسب، میزان بهبودی بیش از ۹۵٪ است. خطر دژنراسیون بدخیم (کارسینوما بعد از آدنومای پلئومورفیک) در ۳-۴٪ موارد رخ می‌دهد و با مدت حضور تومور افزایش می‌یابد.

آنکوسیتوما (آدنومای اکسی فلیک)

آنکوسیتوما تومور خوش خیم نادری است که تقریباً ۱٪ تومورهای بزاقی را تشکیل می دهد. از سلول های اپیتلیال بزرگ (آنکوسیت ها) تشکیل شده که سیتوپلاسم متورم و گرانولر آنها ناشی از تجمع میتوکندری است. متابلازی آنکوسیتی با سن پیری مرتبط است و در تقریباً تمام افراد ۷۰ ساله یافت می شود.





مشخصات بالینی و هیستوپاتولوژیک آنکوسیتوما

ویژگی‌های بالینی

- شایع در دهه ششم تا هشتم زندگی
- ۸۵-۹۰٪ موارد در غده پاروتید
- توده بدون درد و سفت، قطر کمتر از ۴ سانتیمتر
- گاهی دوطرفه — ممکن است نشانگر آنکوسیتوز باشد

ویژگی‌های میکروسکوپی

- صفحات سلول‌های چند وجهی بزرگ با سیتوپلاسم اوزینوفیل گرانولر
- گرانولر بودن به دلیل فراوانی میتوکندری (قابل رؤیت با میکروسکوپ الکترونی)
- رنگ‌آمیزی PTAH مثبت، PAS مثبت (از دست می‌رود پس از هضم دیاستاز)
- استرومای اندک به شکل تیغه‌های فیبرواسکولر نازک

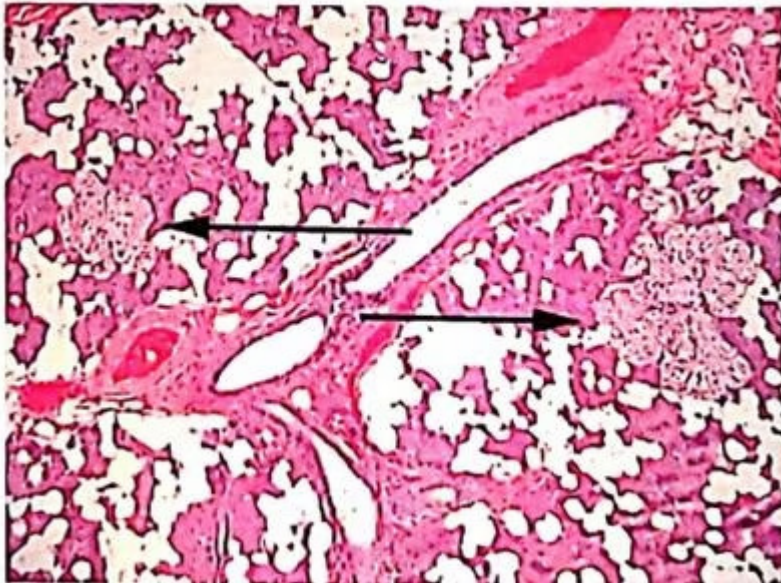
آنکوسیتوز (هایپرپلازی آنکوسیتیک ندولر)

تعریف و ماهیت

تجمع آنکوسیت‌ها در بافت غده بزاقی را آنکوسیتوز گویند. این فرایند بیشتر متابلاستیک است تا نئوپلاستیک. پرولیفراسیون معمولاً چند کانونی و ندولر است.

درمان آنکوسیتوما

جراحی با لوپکتومی پاروتید برای اجتناب از تجاوز به کپسول. پیش‌آگهی خوب و میزان عود پایین. آنکوسیتوماهای غدد سینونازال می‌توانند موضعاً مهاجم باشند.



شکل ۲۴-۱: تجمع چند کانونی آنکوسیت‌های روشن (پیکان) در غده پاروتید



تومور وارتین

دومین تومور شایع پاروتید

تومور وارتین (سیست آدنومای پاپیلری لنفوماتوزوم) نئوپلاسمی خوش خیم است که به طور انحصاری در غده پاروتید ایجاد می‌شود و ۲۲٪ از تمام تومورهای پاروتید را تشکیل می‌دهد. ارتباط تنگاتنگی با استعمال سیگار دارد — خطر ابتلا در سیگاری‌ها ۸ برابر بیشتر است.

مشخصات بالینی تومور وارتین

سن و جنس

شایع در دهه ششم و هفتم. نسبت مرد به زن در حال متعادل شدن است (قبلاً ۱۰ به ۱)

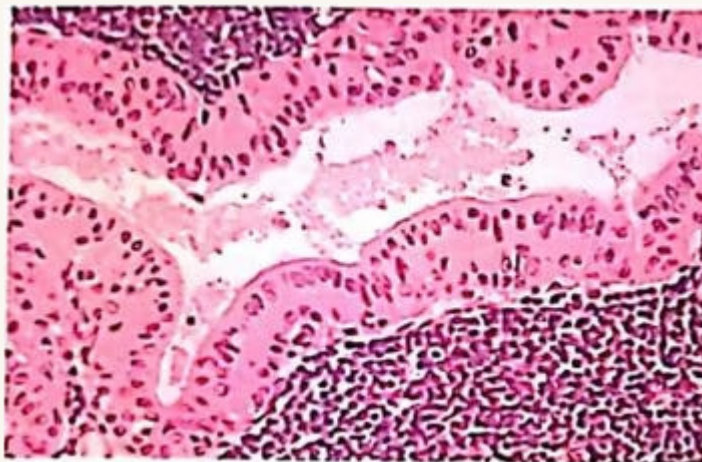
دوطرفه بودن

در ۵-۱۷٪ موارد دوطرفه است — اغلب غیرهمزمان. ارتباط با سیگار توضیح‌دهنده این ویژگی است

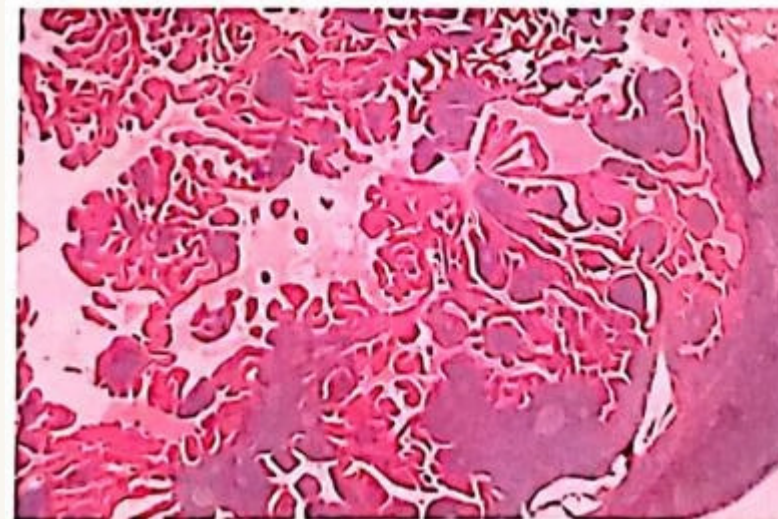
ماهیت تومور

هر دو جزء اپیتلیال و لنفوئید پلی‌کلونال هستند — ممکن است ماهیت نئوپلاستیک نداشته باشد

هیستوپاتولوژی تومور وارتین



شکل ۱۱-۲۷: اپیتلیوم دو ردیفه از آنکوسیت‌ها و استرومای لنفوئیدی مجاور



شکل ۱۱-۴۶: نمای بزرگنمایی کم – تومور سیستیک پاپیلری با استرومای لنفوئید

تومور از اپیتلیوم آنکوسیتی (دو لایه) و استرومای لنفوئید با مراکز زایگر تشکیل شده است. درمان: جراحی با میزان عود ۲-۶٪. موارد بدخیم بسیار نادر هستند.

آدنومای کانیا لیکولار

مشخصات بالینی

- تقریباً منحصرأ در غدد بزاقی فرعی
- ۷۵٪ موارد در لب بالا
- شایع در بالغین مسن (دهه هفتم)
- در زنان شایعتر (نسبت ۱/۲-۱/۸ به ۱)
- گاهی چند کانونی

هیستوپاتولوژی

طباب‌های یک لایه از سلول‌های استوانه‌ای یا مکعبی با هسته بازوفیل که ساختارهای مجرای کانال مانند ایجاد می‌کنند.

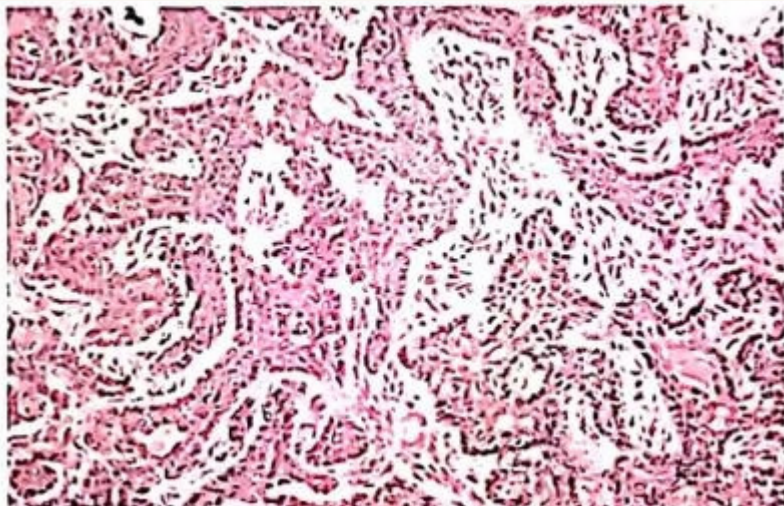


شکل ۱۱-۳۸: توده در لب بالا

آدنومای سلول بازال

هیستوپاتولوژی و درمان

جزایر و طناب‌هایی از سلول‌های اپیتلیال بازالوئید با سلول‌های محیطی نرده‌ای (palisaded). انواع: توپر، ترابکولار، توبولار، غشایی.



ویژگی‌های بالینی

- ۱-۴٪ کل تومورهای غده بزاقی
- ۷۵٪ موارد در غده پاروتید
- شایع در دهه هفتم، اندکی در زنان بیشتر
- نوع غشایی: ارثی، همراه با سیلندروما و trichoepithelioma پوستی

⚠ نوع غشایی: عود ۲۵-۳۷٪ به دلیل ماهیت چند کانونی. همتای بدخیم: آدنوکارسینومای سلول بازال.

پاپیلوم‌های مجرایی



سیالادنومای پاپیلی‌فرم

از غده بزاقی فرعی (کام). برجستگی پاپیلری اگزوفیتیک.
اپیتلیوم آنکوسییتی با ارتشاح التهابی مشخص.



پاپیلومای داخل مجرایی

ضایعه با حدود نامشخص در غده بزاقی فرعی. ساختار
تک‌بستی متسع با برآمدگی‌های پاپیلری.



پاپیلوم مجرایی معکوس

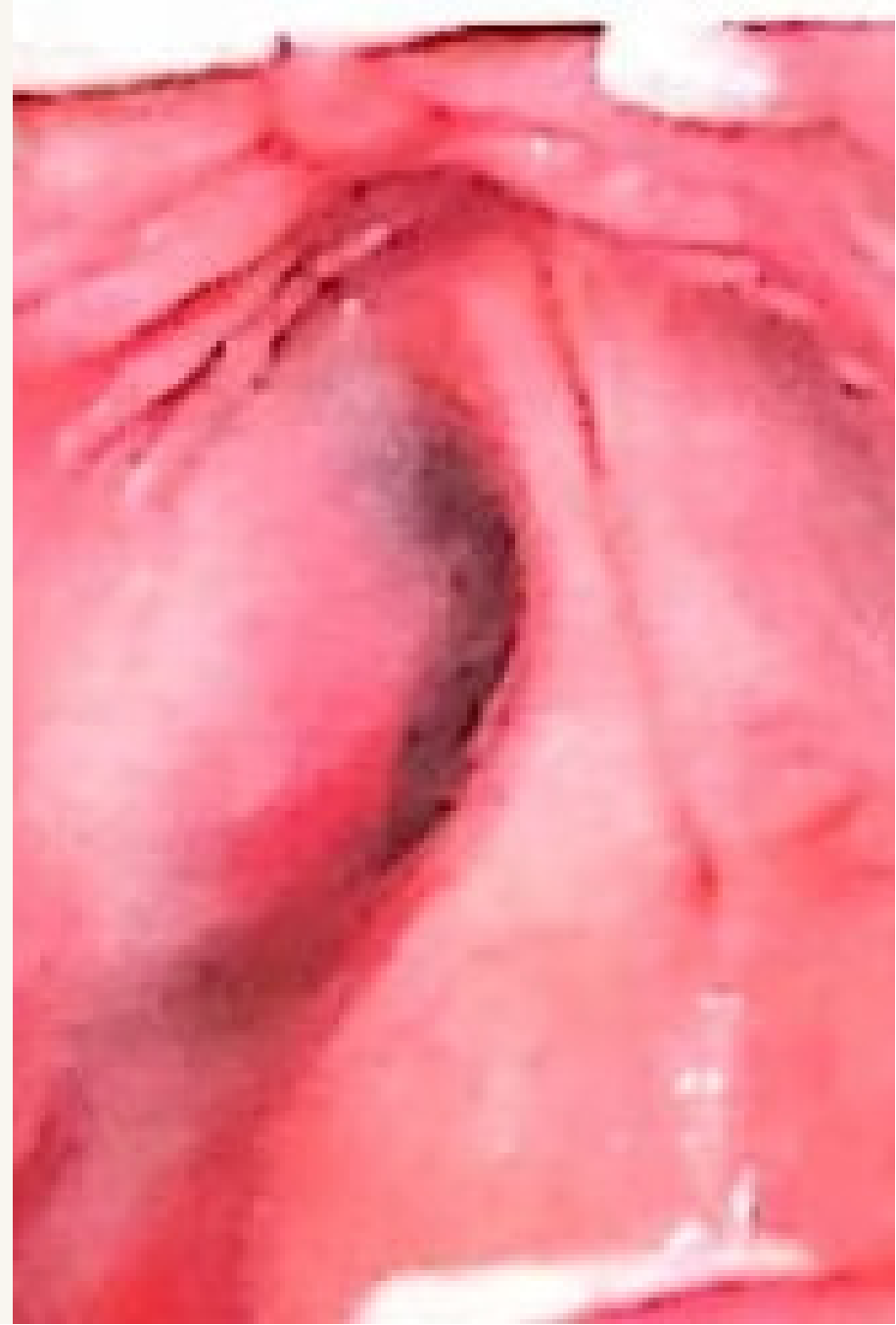
نادر، در غده بزاقی فرعی. لب پایین شایع‌ترین محل. HPV
نوع ۶ و ۱۱ در برخی موارد.



کارسینومای موکوپیدرموئید

شایع‌ترین بدخیمی بزاقی

کارسینومای موکوپیدرموئید شایع‌ترین بدخیمی غده بزاقی است. ۴-۱۰٪ تومورهای غدد اصلی و ۱۳-۲۳٪ تومورهای غدد فرعی را تشکیل می‌دهد. ۲۸-۸۲٪ موارد جابجایی متقابل (۱۱:۱۹) با آنکوژن- $CRTC1$ MAML2 نشان می‌دهند.



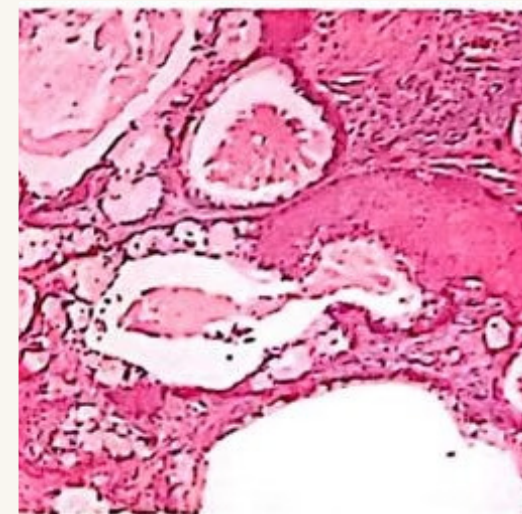
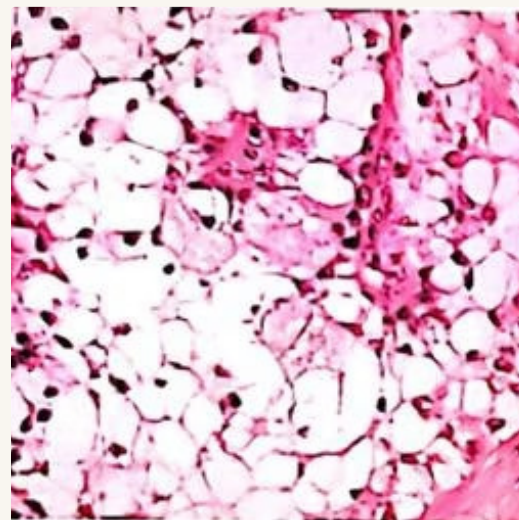
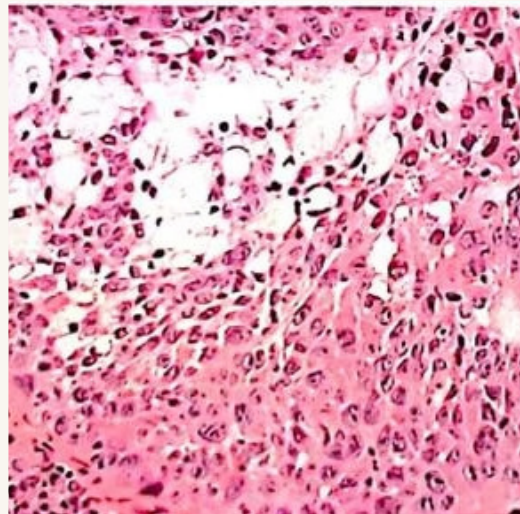
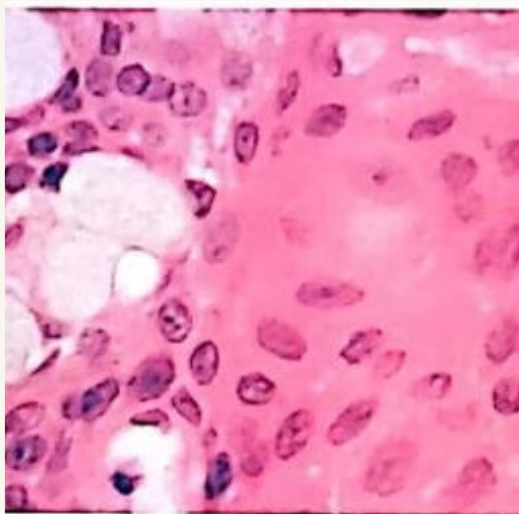
مشخصات بالینی کارسینومای موکوپیدرموئید



ویژگی‌های کلی

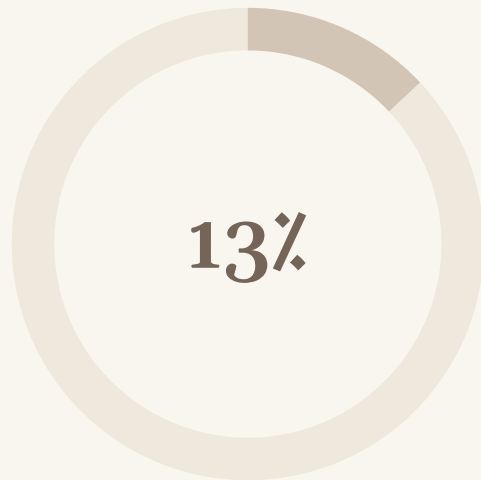
- طیف سنی گسترده: دهه دوم تا هفتم
- شایع‌ترین تومور بدخیم بزاقی در کودکان
- شایع‌ترین محل: غده پاروتید
- دومین محل: غده بزاقی فرعی (کام)
- درد یا فلج عصب صورتی با درجات بالا

هیستوپاتولوژی و درجه‌بندی کارسینومای موکوپیدرموئید



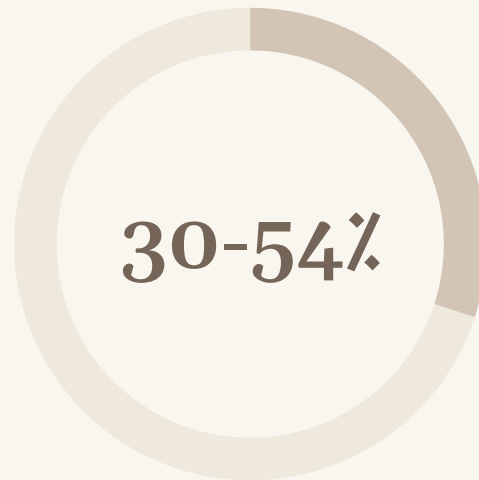
سه نوع سلول: موکوسی، اپیدرموئید (سنگفرشی) و واسطه‌ای. درجه‌بندی بر اساس تشکیل سیست، آتیپی سیتولوژیک و نسبت انواع سلولی.

پیش‌آگهی کارسینومای موکوپیدرموئید



عود داخل استخوانی

با درمان رادیکال (در مقابل ۴۰٪ با درمان محافظه‌کارانه)



بقای درجه بالا

پیش‌آگهی ضعیف در تومورهای با درجه بالا



بقای درجه پایین

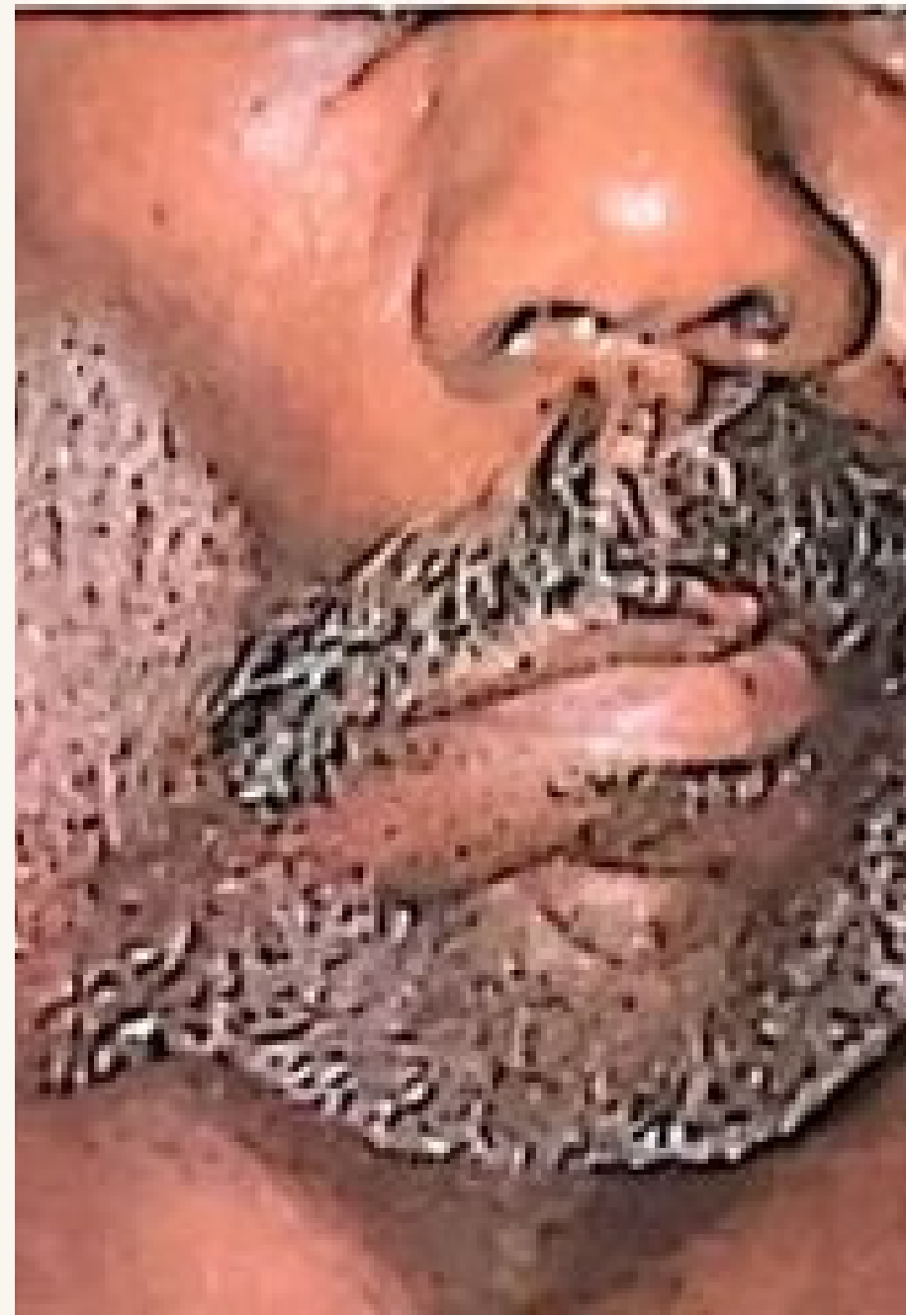
پیش‌آگهی عالی با عود موضعی نادر

تومورهایی با جابجایی CRTC1-MAML2 پیش‌آگهی بهتری دارند. تومورهای غده تحت فکی نسبت به پاروتید پیش‌آگهی ضعیف‌تری دارند.

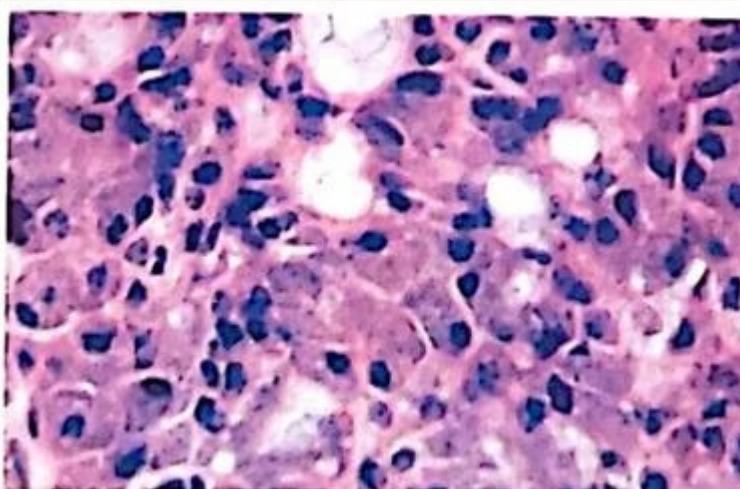


کارسینومای سلول آسینی

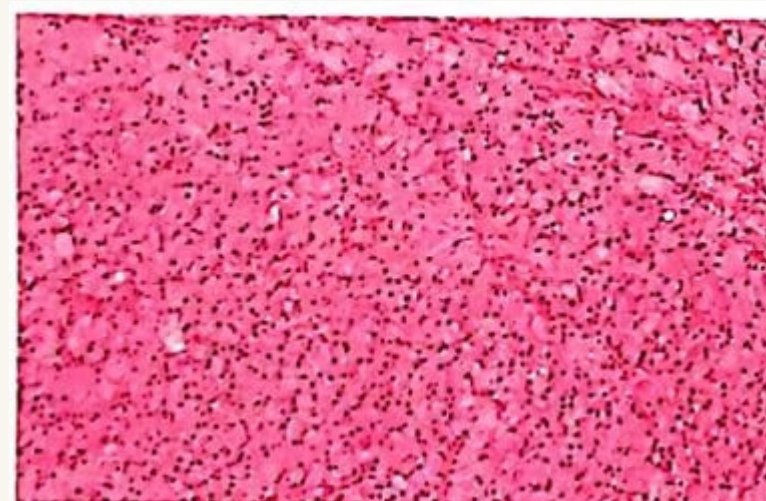
کارسینومای سلول آسینی یک بدخیمی با درجه پایین است که ۸۵-۹۰٪ موارد در غده پاراتید ایجاد می‌شود. قبلاً «تومور سلول آسینی» نامیده می‌شد اما چون برخی موارد متاستاز می‌دهند، امروزه به عنوان بدخیمی با درجه پایین طبقه‌بندی می‌شود.



هیستوپاتولوژی کارسینومای سلول آسینی



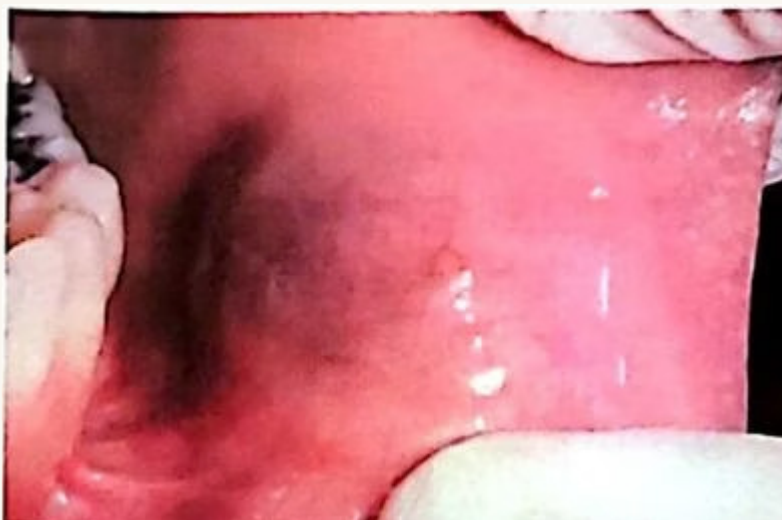
شکل ۱۱-۶۵: سلول‌های سروزی با سیتوپلاسم گرانولر و بازوفیل



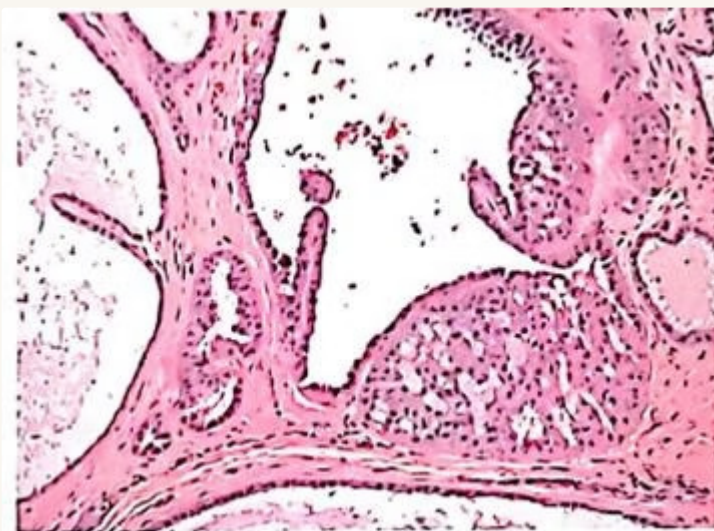
شکل ۱۱-۶۴: صفحاتی از سلول‌های آسینی سروزی بازوفیل گرانولر

الگوهای رشد: توپر، میکروسیستیک، پاپیلری-سیستیک و فولیکولار. ارتشاح لنفوئیدی غیر معمول نیست. پیش‌آگهی: ۱۰-۲۰٪ عود موضعی، متاستاز در ۸-۱۱٪، مرگ‌ومیر ۱۰٪.

کارسینومای ترشحاتی مشابه پستانی (MASC)



شکل ۶۶-۱۱: تومور مخاط باکال — قبلاً به عنوان کارسینومای سلول آسینی تشخیص داده شده بود



شکل ۶۷-۱۱: فضاهاى پاپیلاری-سیستیک و جزایر توپر کوچک

شناسایی در سال ۲۰۱۰

جابجایی کروموزومی (15;12)(p13;q15) منجر به ژن اتصال یافته ETV6-NTRK3 می شود. قبلاً بسیاری از موارد به اشتباه به عنوان کارسینومای سلول آسینی تشخیص داده می شدند.

محل های شایع

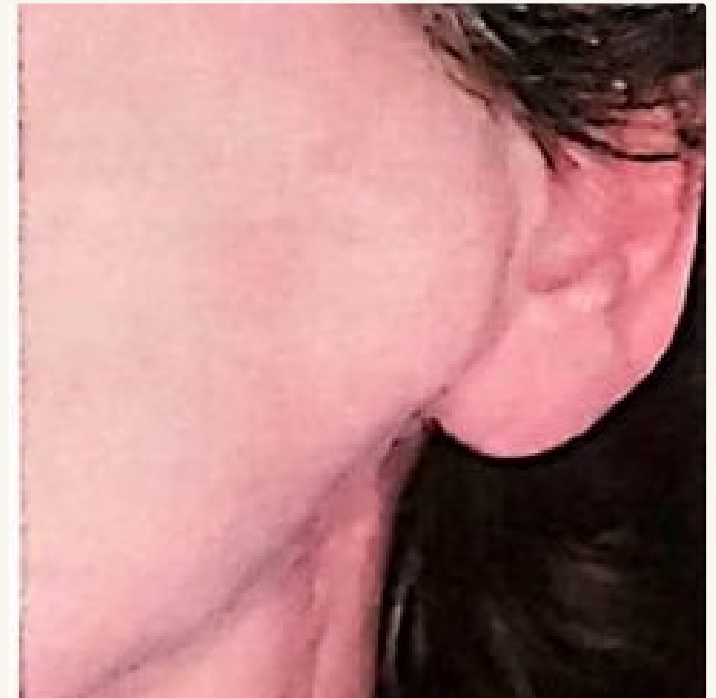
- پاروتید: ۵۸٪
- غدد بزاقی فرعی: ۳۱٪
- غده تحت فکی: ۹٪

تومورهای مختلط بدخیم

1

کارسینوم بعد از آدنومای پلئومورفیک

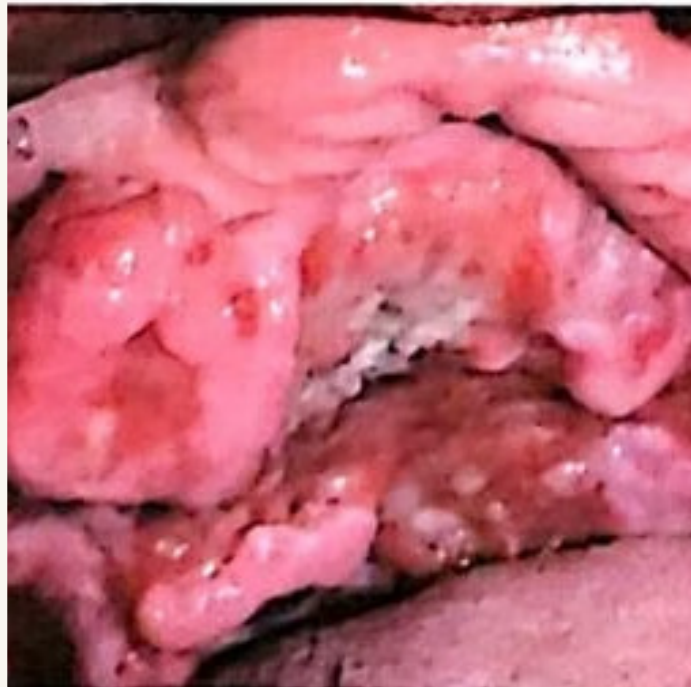
شایع‌ترین نوع. تغییر بدخیم در اجزای اپیتلیال. سن متوسط ۱۵ سال بیشتر از آدنومای خوش‌خیم. بقای ۵ ساله ۲۵-۶۵٪.



2

کارسینوسارکوما

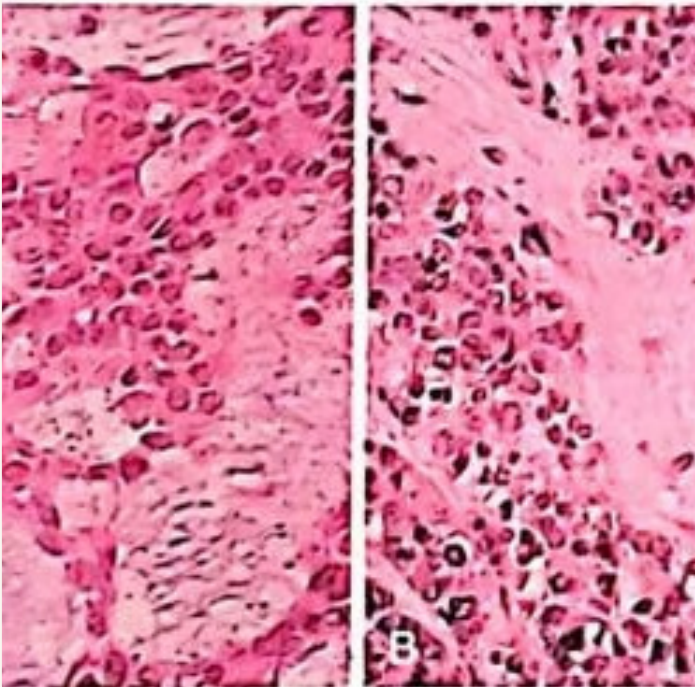
بسیار نادر. هر دو جزء کارسینوماتوز و سارکوماتوز. پیش‌آگهی ضعیف — ۷۵٪ بیماران فوت می‌کنند.



3

تومور مختلط متاستاز دهنده

ظاهر هیستوپاتولوژیک خوش‌خیم اما متاستاز می‌دهد. متاستاز به استخوان و ریه. مرگومیر ۴۰٪.



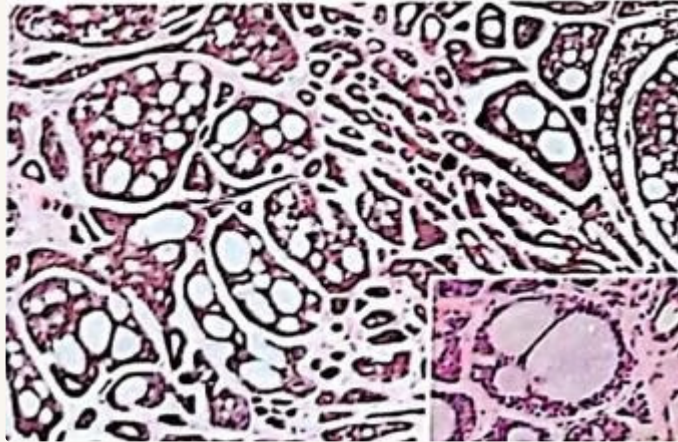


کارسینومای آدنوئید سیستیک

تومور سرسخت با عود دیر هنگام

یکی از شایع‌ترین و شناخته‌شده‌ترین بدخیمی‌های غده بزاقی. ۴۰-۴۵٪ موارد در غدد بزاقی فرعی. درد یافته مهم و شایعی است که معمولاً قبل از تورم بروز می‌کند. تمایل شدید به تهاجم به دور اعصاب.

هیستوپاتولوژی کارسینومای آدنوئید سیستیک



الگوی توبولار

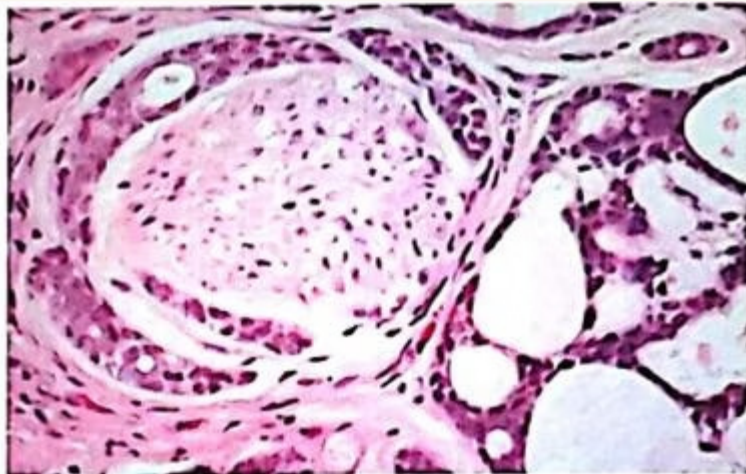
توبولها یا مجاری کوچک در
استرومای هیالینیزه

الگوی غریالی

کلاسیکترین الگو — جزایر با
فضاهای سیستمانند (مانند پنیر
سوئیسی)

الگوی توپر

جزایر بزرگتر — پلئومورفیسم و نکروز کانونی، پیش‌آگهی بدتر



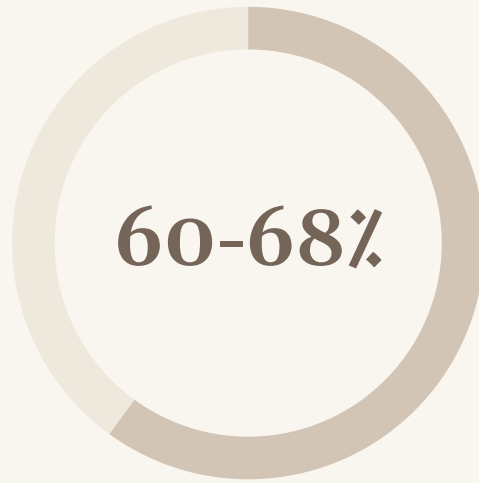
شکل ۷۵-۱۱: تهاجم به دور عصب — ویژگی بارز این تومور

پیش‌آگهی کارسینومای آدنوئید سیستیک



بقای بلندمدت

متاستاز دور در ۲۵٪ بیماران



بقای ۱۰ ساله

عود دیر هنگام شایع است



بقای ۵ ساله

اما با گذشت زمان کاهش می‌یابد

⚠ میزان بقای ۵ ساله شاخص بهبودی نیست — عود دیر هنگام و متاستاز به ریه، استخوان و مغز شایع است. برش رادیکال کردن به دلیل متاستاز لنفی کم (۶-۱۰٪) توصیه نمی‌شود.

آدنوکارسینومای پلی‌مورفوس درجه پایین

مشخصات کلیدی

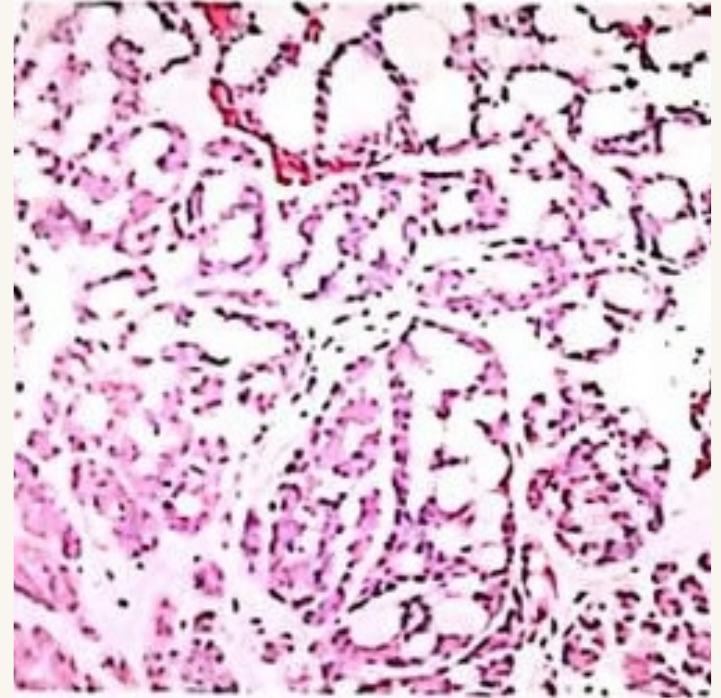
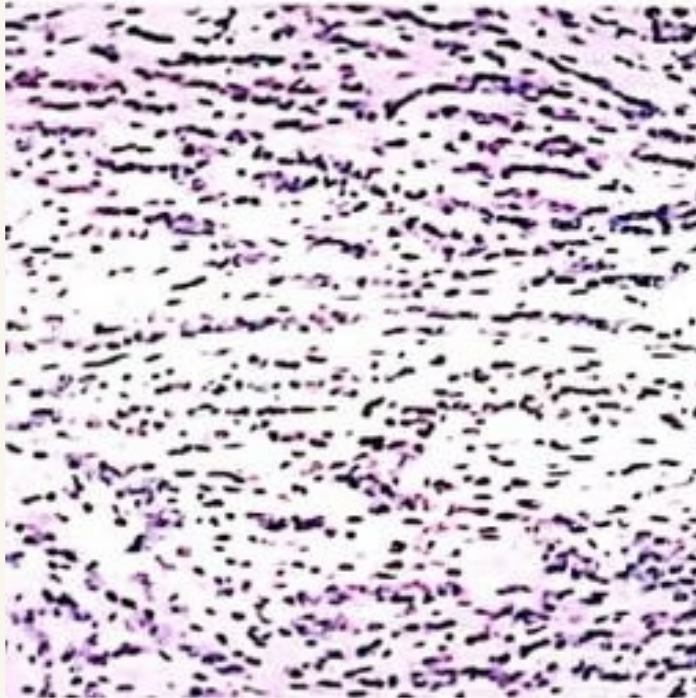
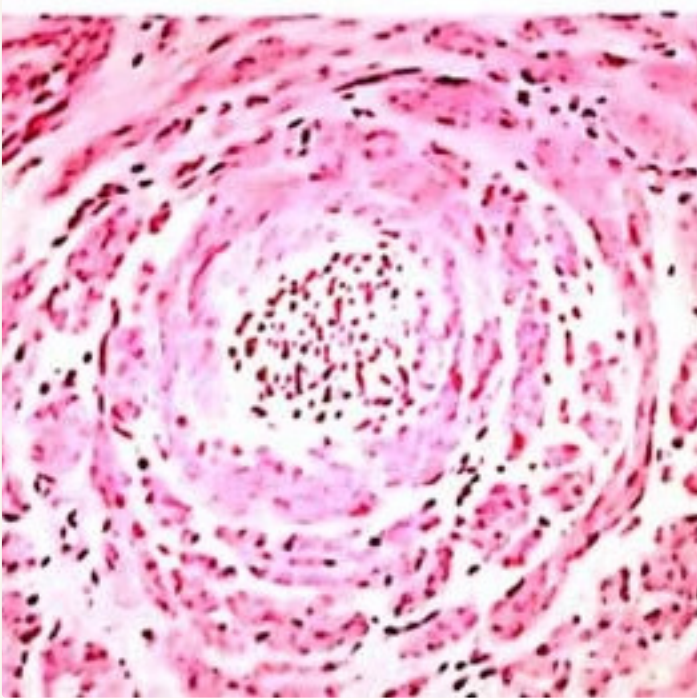
- اولین بار در ۱۹۸۳ گزارش شد
- تقریباً منحصر به غدد بزاقی فرعی
- ۶۵٪ موارد در کام نرم یا سخت
- شایع در زنان (دو سوم موارد)
- تهاجم به دور عصب شایع — ممکن است با کارسینومای آدنوئید سیستیک اشتباه شود



شکل ۱۱-۷۶: توده سفت در کام سخت

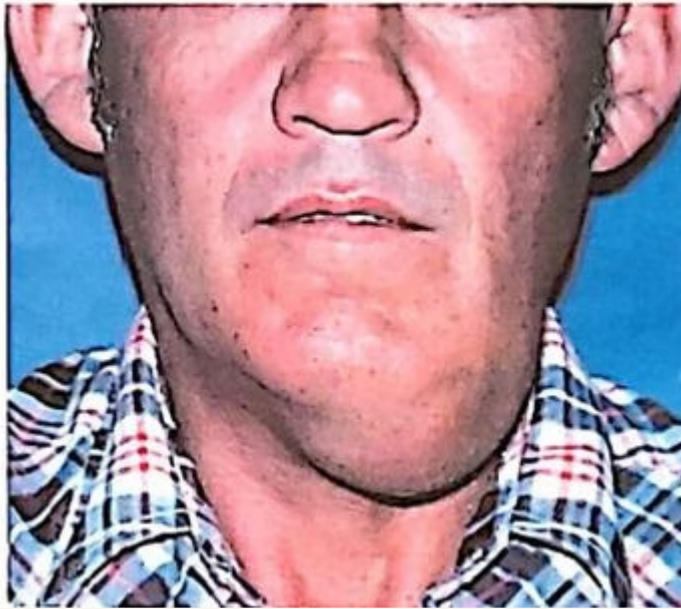
① تمایز از کارسینومای آدنوئید سیستیک بسیار مهم است — پیش‌آگهی کاملاً متفاوت. CD34 و C-kit در کارسینومای آدنوئید سیستیک مثبت، در این تومور ضعیف.

تصاویر هیستوپاتولوژیک آدنوکارسینومای پلی مورفوس



پیش‌آگهی نسبتاً خوب: عود در ۹-۲۹٪، مرگ‌ومیر ناشی از تومور نادر. متاستاز لنفی در ۹-۱۷٪.

آدنوکارسینومای بزاقی طبقه‌بندی نشده



شکل ۸۰-۱۱: کارسینومای سلول روشن در غده تحت فکی

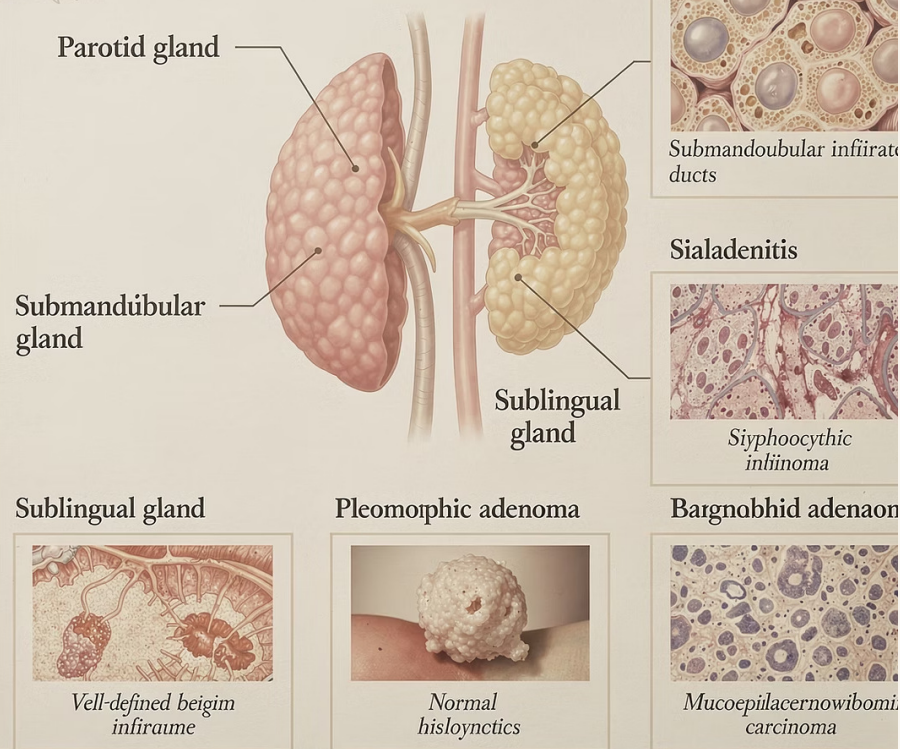
پیش‌آگهی: بقای ۱۰ ساله پاروتید ۲۶-۵۵٪ در مقابل ۷۶٪ برای تومورهای داخل دهانی.

تعریف

تومورهایی که در طرح‌های طبقه‌بندی موجود قرار نمی‌گیرند. گروه متغیری از نئوپلاسم‌ها با مشخصات بدخیمی غده‌ای.

محل‌های شایع

- غده پاروتید (شایع‌ترین)
- غدد بزاقی فرعی
- غده تحت فکی



جمع‌بندی: نکات کلیدی

→ شایع‌ترین تومور خوش‌خیم

آدنومای پلئومورفیک — درمان: جراحی با حفظ عصب صورتی، بقا بیش از ۹۵٪

→ شایع‌ترین بدخیمی

کارسینومای موکوپیدرموئید — پیش‌آگهی وابسته به درجه هیستوپاتولوژیک

→ تومور با عود دیر هنگام

کارسینومای آدنوئید سیستیک — تهاجم به دور عصب، بقای ۵ ساله معیار کافی نیست

→ تشخیص افتراقی مهم

آدنوکارسینومای پلی‌مورفوس درجه پایین در مقابل کارسینومای آدنوئید سیستیک — پیش‌آگهی کاملاً متفاوت