

الغدد اللعابية و اللعاب (Salivary glands and saliva)

حالة (٨,٣)

جاء إلى عيادتك مريض يبلغ من العمر ٤٥ عاماً، يشكي من أنه كان يعاني في الشهر الأخير من ألم وتورم أسفل لسانه، وفي الفك السفلي على الجانب الأيسر. ويزداد الألم والتورم سوءاً قبل الأكل مباشرة، ويتحسن بشكل ملحوظ بعد الانتهاء من الأكل.

س١: ما الأسئلة الإضافية التي ينبغي أن تسألها لهذا المريض؟

س٢: من الناحية السريرية، كيف يمكنك فحص هذا المريض؟

س٣: كيف يمكنك معالجته؟

س٤: هل من المحتمل أن يشكو هذا المريض من جفاف الفم؟

اللعاب والغدد اللعابية

تتم معالجة العديد من الحالات التي تُصيب الغدد اللعابية جراحياً. وتتضمن الأكياس والتورمات التي تنشأ في الغدد،

حالات ذات مشاكل

حالة (٨,١)

حضر إلى عيادتك رجل يبلغ من العمر ٤٨ عاماً لموعد المراجعة المعتاد كل ستة أشهر. وقد عُلِّمت عند تحديث التاريخ المرضي، أن المريض على وشك أن يبدأ جرعة من المعالجة الإشعاعية باستخدام الشعاع الخارجي لعلاج السرطان اللوزي.

س١: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطيتها لهذا المريض بخصوص صحة الفم في المستقبل؟

حالة (٨,٢)

حضرت إلى عيادتك امرأة تبلغ من العمر ٥٥ عاماً للمراجعة الروتينية، وذكرت المريضة جفاف الفم. وقد لاحظت عند الفحص أن لديها مخاطاً فمويًا جافاً. وظهر تسويس جديد على الأسطح المتلاصقة للقواطع السفلية، والتي كانت سليمة سابقاً منذ الزيارة الأخيرة لها.

س١: ما الأسئلة التي ينبغي أن تسألها لهذه السيدة؟

س٢: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطيتها إياها؟

س٣: ما السبب الأكثر تكراراً لجفاف الفم؟

مدراء (Buffer)	يُعدّل مقياس درجة الحموضة أو القلوية (باهاء) (pH) للويجة بعد الأكل.
مضاد للمكروبات	يساعد الغلوبولينات المناعية، والإنزيمات، وبروتينات اللعاب الأخرى المُفرزة على تنظيم النبيت البكتيري الفموي.
تكوين الجليدة (pellicle)	تعمل الطبقة الواقية من بروتينات اللعاب التي تتكوّن فوق ميناء الأسنان حاجزاً انتشارياً.
الهضم	يبدأ إنزيم الأميلاز (amylase) اللعابي عملية هضم النشا.
يسهّل عملية التذوق	اللعاب مُذِيب؛ ومن ثمّ يسمح بالتفاعل بين المواد الغذائية وبراعم التذوق.
توازن السوائل	يسبّب التجفاف اختزال معدل جريان اللعاب، مع ما يترتب عليه من جفاف الفم؛ ولذا ينبغي الانتباه للحاجة لزيادة تناول السوائل

- اللعاب مهم للحفاظ على صحة الفم.
- يمكن أن يكون لنقصان الجريان اللعابي تأثير مؤذ على نوعية حياة المريض.

ويتأثر تركيب اللعاب بعدد من العوامل، بما فيها نوع الغدة اللعابية. ويُنتج الجزء الأكبر من إنزيم الأميلاز بواسطة الغدة النكفية، ولكن تُفرز مواد فضائل الدم أساساً بواسطة الغدة المخاطية الصغيرة. ومن أجل راحة الفم، يكون معدل جريان اللعاب غير المُستحث أكثر أهمية من معدل الجريان المُستحث. ومع ذلك، فإن معدل الجريان المُستحث مهم؛ لتسهيل المضغ والبلع أثناء عملية المضغ. وتُساهم الغدة تحت الفك السفلي بحوالي ٦٥ في المائة من إجمالي معدل جريان اللعاب أثناء الراحة. وتنتج الغدة النكفية من ١٥ - ٢٠ في المائة فقط، بينما ينتج كل من الغدة تحت اللسان والغدة الصغيرة ٧ - ٨ في المائة. وعلى العكس، تُمد النكفية ٤٥ - ٥٠ في المائة من إجمالي معدل الجريان المُستحث. وتُظهر معدلات الجريان اللعابي تنوعاً بالنهار، حيث يكون متوسط معدل الجريان غير المُستحث طوال اليوم ٠.٣ مليلتراً/دقيقة تقريباً، وفي أثناء النوم ربما ينخفض إلى

وكذلك الحالات التي تنشأ نتيجة لوجود الحصوات أو الانسدادات الأخرى في الغدد أو القنوات. ومع ذلك، وبعد استبعاد هاتين المجموعتين من مجموع أمراض الغدد اللعابية المهمة، يتبقى عدد من الحالات التي ينبغي أن تؤخذ في الاعتبار في مجال طب الفم. وسوف يعنى هذا الفصل بالتهاب الغدة اللعابية (sialadenitis)، والإلحاح (زيادة اللعاب) (sialosis)، وحوّول الغدة اللعابية الناخر (necrotizing sialometaplasia)، واضطرابات معدل جريان اللعاب؛ ولذا ينبغي أن يكون الطبيب مُطلعاً على وظائف اللعاب، وتشريح الغدد اللعابية. وهذه المعلومات تكون مفيدة في فهم طبيعة الفحوصات المطلوبة لدراسة أمراض الغدد اللعابية، والعواقب المترتبة على هذه الأمراض، وكذلك المُعالجات المتاحة.

اللعاب (Saliva)

اللعاب إفراز غُدّي جوهري؛ للحفاظ على صحة الأنسجة الفموية السنّية. وهو سائل معقّد، والعديد من وظائف اللعاب لها دور واقٍ، وبعض منها موضّح في جدول (٨.١). وتتنوّع الخواص الفيزيائية للعب وفقاً لأنواع الغدد اللعابية المختلفة، حيث يكون إفراز الغدة النكفية ذات قوام مصليّ (serous) (مائي)، في حين تفرز الغدة تحت الفك السفلي، والغدد تحت اللسان لعاباً أكثر لزوجة؛ نتيجة المحتوى العالي من البروتين السكري. وللانخفاض الشديد في معدل جريان اللعاب عواقب مُدمرة على صحة الفم، ومن ثمّ على الحالة النفسية والاجتماعية للمُعاني منه.

جدول (٨.١) وظائف اللعاب.

الوظيفة	الوصف
مزلق	يغطي المخاطية ويقيها ضد التهيج الحركي والحراري والكيميائي.
تنظيف الأسنان	يُنقى التجويف الفموي والمخاطية الفموية من الطعام.
مستودع للأيونات	يسهّل إعادة معدن (remineralization) الأسنان.

وينحشر الجزء السطحي من الغدة تحت الفك السفلي بين جسم الفك السفلي، والعضلة الضرسية اللامية، ويكون الجزء الأصغر العميق منه معقوفاً حول الحافة الخلفية من العضلة الضرسية اللامية؛ ليمتد في قاع الفم فوق تلك العضلة. وتجري قناة الغدة تحت الفك السفلي قناة (وارطون) (Wharton's duct) للأمام، وعلى امتداد قاع الفم؛ لكي تفتح في الحليمة تحت اللسان (lingual papilla)، إلى الجنب من لجام اللسان (lingual frenum) مباشرة. ويكون إفرازها مزيجاً من السوائل المصلية والمخاطية.

والغدة تحت اللسان أصغر الثلاثة أزواج من الغدد اللعابية، وتقع تحت قاع الفم مباشرة، تحت طيات الغشاء المخاطي الممتد تحت اللسان. وهناك قنوات عديدة تحت اللسان تفتح داخل الفم على امتداد الطيات تحت اللسان، ويكون إفراز تلك الغدد مخاطية بشكل سائد.

وتتكوّن الغدد اللعابية الصغيرة من العديد من الغدد المخاطية الصغيرة التي تقع على اللسان، وفي الحنك، وفي المخاطية الخديّة والشفوية، وتنتج إفرازاً مخاطياً بشكل أساسي.

تقييم الغدد اللعابية

الفحص

ليس من السهل جسّ الغدة النكفية، حيث إنها تمتد وتحتبئ بشكل جزئي تحت فرع الفك السفلي الصاعد؛ ولذلك فأفضل طريقة لاكتشاف الإيلام والتورم في الغدة، يكون عن طريق الوقوف أمام المريض، مع وضع إصبعين أو ثلاثة فوق الحافة الخلفية لفرع الفك السفلي الصاعد. ومع حركة الأصابع للخلف وإلى الداخل، مع الضغط الخفيف؛ يكون هذا هو كل ما نحتاجه تقريباً لاكتشاف الإيلام في الجزء السطحي من الغدة النكفية. وهذه الطريقة البارعة ضرورية للتفريق بين إيلام النكفية، وإيلام المفصل الفكي الصدغي أو

٠.١ مليلتراً/دقيقة. ويذكر العديد من الكتب أن حوالي ١٥٠٠ مليلتر من اللعاب يتم إنتاجه كل يوم. وقد أُقترح حديثاً أن هذا الرقم مبالغ فيه لإجمالي معدل جريان اللعاب اليومي، وأن معدل الجريان اليومي الذي يتراوح من ٥٠٠-٦٠٠ مليلتر/يومياً، ربما يكون أكثر واقعية. وتحليل الجريان اللعابي خلال فترة ٢٤ ساعة، مُوضَّح في جدول (٨.٢).

الغدد اللعابية (Salivary glands)

الغدة النكفية أكبر الغدد اللعابية، وهي وتدنية الشكل، وتقع أمام الأذن، ووراء فرع الفك السفلي (الرأد). وقمة الوتد هو الجزء الأعمق من الغدة. والفروع الطرفية للعصب الوجهي (العصب القحفي السابع) (CN VII) لها علاقة وثيقة بالغدة النكفية، وتظهر هذه العلاقة بشكل عفوي عندما يتم تحدير عصب الأسنان السفلي بإحصار العصب بطريقة غير صحيحة؛ مما يسبب تدلياً مؤقت لجفن العين العلوي.

وينتقل لعاب الغدة النكفية بطول القناة النكفية، داخلاً إلى التجويف الفموي. وتظهر قناة الغدة النكفية السميقة الجدار (قناة ستنسن) (Stenson's duct) عند الحافة الأمامية للغدة النكفية، وتمرّ فوق سطح الغدة الماضغة قبل أن تتعلق في الاتجاه الأنسي من فوق الحافة الأمامية للعضلة الماضغة. وتُغطى فوهة القناة يظية صغيرة من المخاطية تُسمّى الحليمة النكفية (parotid papilla)، وهي كائنة في وضع مقابل للرحى الدائم الثاني العلوي.

وحجم الغدتين تحت الفك السفلي تقريباً يساوي نصف حجم الغدتين النكفيتين.

جدول (٨.٢). الجريان اللعابي خلال فترة ٢٤ ساعة.

أثناء النوم
يُفرز ٤٠ مليلتراً من اللعاب على مدى ٧ ساعات.
أثناء اليقظة
٣٠٠ مليلتر من اللعاب غير المُستحث على مدى ١٦ ساعة.
٢٠٠ مليلتر من اللعاب المُستحث أثناء الوجبات على مدى ٥٤ دقيقة.

الغدة الكبيرة للمريض. وعلى سبيل المثال، يمكن استخدام مُجمِّع كارلسون كريتيندن (Carlson (Crittenden collector) (وهو كأس صغير يُوضع فوق فوهة قناة الغدة النكفية)، لتجميع اللعاب من الغدة النكفية. ويمكن أيضاً إدخال القنية في قناة الغدة النكفية، أو الغدة تحت الفك السفلي، لقياس معدلات الجريان. وهذه التقنيات إلى حد ما تكون جائرة؛ مما يجعل قياس معدلات الجريان غير المُستحثة، لا يمكن الوثوق بها في كل غدة على حدة. ويمكن تجميع اللعاب الكلي المُستحث وقياسه بواسطة مجموعة مُنوعة من تقنيات قياس الحجم والثقل النوعي. وينبغي قياس اللعاب تحت ظروف مُوحدة. ويؤخذ في الاعتبار في أي وقت من اليوم يتم القياس، ونوع المنبه المُستخدم، وتعليمات ما قبل التجميع، وعلى سبيل المثال، إعلام المريض أن يحجم عن التدخين، والشراب، والأكل لفترة محددة. ومع أن قياس معدلات الجريان اللعابي الكامل إلى حد ما بسيطة وغير جائرة، فلا يؤخذ بها عادة في مجال طب الأسنان العام. ومن المحتمل أن يكون قياس اللعاب أكثر فائدة عند عمل تقييم طويل المدى لمعدلات الجريان للمرضى بصفة فردية، حيث إنه يوجد تنوع هائل بين البشر.

ويتم الاستشهاد بمدى واسع من معدلات الجريان لكل من اللعاب الأساسي والمُستحث في عامة البشر، ولكن تبين أن التغير في الجريان اللعابي، قد يكون مؤشراً أكثر أهمية للوظائف اللعابية، عن كونه مجرد قياس لمعدل جريان فردي. وقد ذكر المتطوعون الذين تناولوا دواء الأتروبين (atropine)، أن ظهور الفم الجاف قد بدا، حينما هبط جريان اللعاب أثناء الراحة لديهم إلى حوالي ٥٠ في المائة من معدل الجريان الطبيعي لهم. ويكون معدل الجريان الطبيعي لللعاب الكامل غير المُستحث تقريباً ٠.٣-٠.٥ مليلتر/دقيقة، وللعاب الكامل المُستحث ١-٢ مليلتر/دقيقة. ويُفرز اللعاب المُستحث أساساً كاستجابة للمنبه المضغعي والذوق، وسوف يرتفع معدل الجريان بشكل ملحوظ (٤-٦ مليلتر/دقيقة) عند القيام بعملية مضغ مُلرّ قوي لللعاب.

العضلة الماضغة؛ لأنه غالباً ما يكون الالتباس بينهم. ولا بد أيضاً من تذكر أن العلامات المؤلمة الناتجة من المفصل الفكي الصدغي / خلل الأداء العضلي، ربما يمتد إلى القطب العلوي للنكفية، والتي يكون معها المفصل في علاقة تشريحية وثيقة. ويمكن أيضاً رؤية تورم الغدة النكفية، عن طريق الوقوف خلف المريض، الذي يكون جالساً على كرسي فحص الأسنان، منحنيّاً إلى الوراء. وعند فحص الغدة النكفية، فلا بد أيضاً من فحص حليمة القناة داخل الفم؛ لاكتشاف علامات التغير الالتهابي. ويمكن رؤية لعاب النكفية عن طريق الضغط الخفيف بالأصابع على الجلد الممتد فوق القناة. وإذا أمسك بالخد مسحوباً، فسيرى اللعاب الصادر منحدرّاً من حليمة القناة فوق المخاطية الخديّة. ومن المفيد للطبيب معرفة أنه يُمكن الحصول على لعاب الغدة النكفية، ولكن لا قيمة له عند عمل التقييم الكمي لمعدل جريان لعاب النكفية.

وربما يُشعر بالغدّة تحت الفك السفلي تحت زاوية وجسم الفك السفلي، ويُعرّز هذا الجس البسيط بواسطة الجس باليدين، مع وضع إصبع في قاع الفم، والضغط الرقيق بين اليد الفاحصة (تحت الفك السفلي) والإصبع. وكما هو الحال في الغدة النكفية، فينبغي ملاحظة قناة الغدة تحت الفك السفلي (وارطون)؛ لاكتشاف علامات الالتهاب، مع عمل تقييم شخصي لنوعية اللعاب. ومن الصعب أيضاً تحديد ملامح الجس "الطبيعية" للغدة تحت الفك السفلي، حيث يمكن جسّ الغدة في بعض الأفراد الطبيعيين تماماً، بينما لا يمكن جسّها في آخرين.

قياس الجريان اللعابي

قياس اللعاب (Sialometry)

يُقاس معدل الجريان اللعابي بواسطة قياس اللعاب، ويمكن تجميع اللعاب إما أثناء الراحة (غير المُستحث/الأساسي)، وإما باللعاب المُستحث. ويمكن قياس اللعاب بالكامل ممثلاً لكل المساهمات من الغدد اللعابية، أو قياسه عن طريق إفرزات

يوضِّح تصوير القناة اللعابية الغدة اللعابية الكبيرة في ثلاثة أطوار:

- قبل الحَقْن.
- طور الامتلاء.
- طور التفريغ.

يكون تصوير القناة اللعابية مفيداً في توضيح الشذوذات البنيوية للجهاز القنوي، حيث تُرى تضيُّقات قُنَيَات الغدة تحت الفك السفلي، وكذلك اتساع القناة بشكل واضح. وفي حال وجود ضمور في الغُنَيَات اللعابية، سيكون هناك تسريب واضح للوسط التبايني في جسم الغدة (توسع القُنَيَات اللعابية) (sialectasis). وفي متلازمة شوغرن (Sjogren`s syndrome)، يظهر أحياناً المنظر المميز "العاصفة الثلجية" (اتساع القناة اللعابية المنقط) (punctuate sialectasis).

ولا ينبغي القيام بتصوير القناة اللعابية في وجود عدوى حادة، أو عندما يكون هناك حصة قريبة من فتحة القناة، حيث يكون هناك مخاطرة من إزاحة الوسط التبايني للحصاة أكثر بداخل القناة.

ولا ينبغي عمل الفحوصات عن وجود الآفات "الكُتلية" المشكوك فيها داخل الغدة اللعابية بواسطة تصوير القناة اللعابية، حيث إن تلك الآفات لا يمكن رؤيتها مباشرة. وربما يوحى إزاحة الجهاز القنوي، مُعطيًا منظر "اليد التي تحمل كرة" بوجود مثل تلك الآفة، ولكن ذلك الشكل لا يُرى دائماً، وقد يؤدي إلى فقدان الآفة في منظر الأشعة. وينبغي إحالة المرضى ذوي الكتل المتفرقة داخل الغدة اللعابية، لعمل مسح بالموجات فوق الصوتية (ultrasound)، أو من الممكن المسح بالرنين المغناطيسي (MRI).

التصوير الومضاني (scintigraphy) (التصوير بالنظائر المشعة) (radioisotope imaging)

للغدة اللعابية وكذلك الغدة الدرقية، القدرة على تركيز بعض النظائر المشعة بداخلها. وغالباً تُستخدم بيرتكتينات التكنيشيوم المعنونة ($^{99}\text{Tc}^m$) (labeled technetium pertechnetate) في

تصوير الغدة اللعابية (Salivary gland imaging)

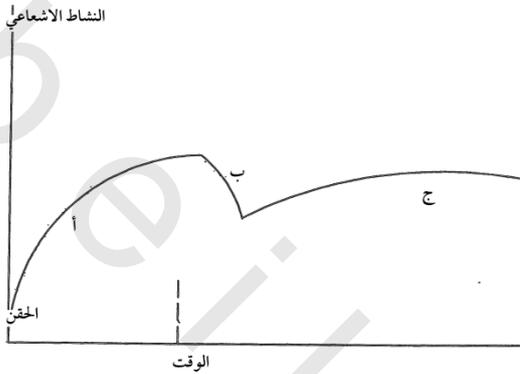
التصوير الشعاعي البسيط (Plain radiography)

يمكن أحياناً أن تُرى حصوات الغدة اللعابية في الأفلام البسيطة، ولكن ينبغي أن نتذكر أن كل الحصوات لا تظهر معتمة في الأشعة. وعند الاستقصاء عن وجود حصة لعابية مُشْتبه فيها، ينبغي عمل منظرين عند درجة ٩٠. وبالنسبة للغدة النكفية، فيمكن عمل منظر بانورامي (panoramic view)، أو منظر جانبي مائل (oblique lateral view)، مع منظر أمامي خلفي مُدار (rotated anterior-posterior)، أو منظر خلفي أمامي (posterior-anterior view). أما بالنسبة للغدة تحت الفك السفلي، فالمنظر البانورامي والإطباقية السفلية (lower occlusal views) (الحقيقية والمائلة)، تكون ملائمة. وعند الوضع في الاعتبار تقليل جرعة الإشعاع، فيُصح بأخذ فيلم بانورامي مقطعي لهؤلاء المرضى إذا أمكن، ويكون التصوير قاصراً على الجانب ذي الأعراض فقط.

تصوير القناة اللعابية (Sialography)

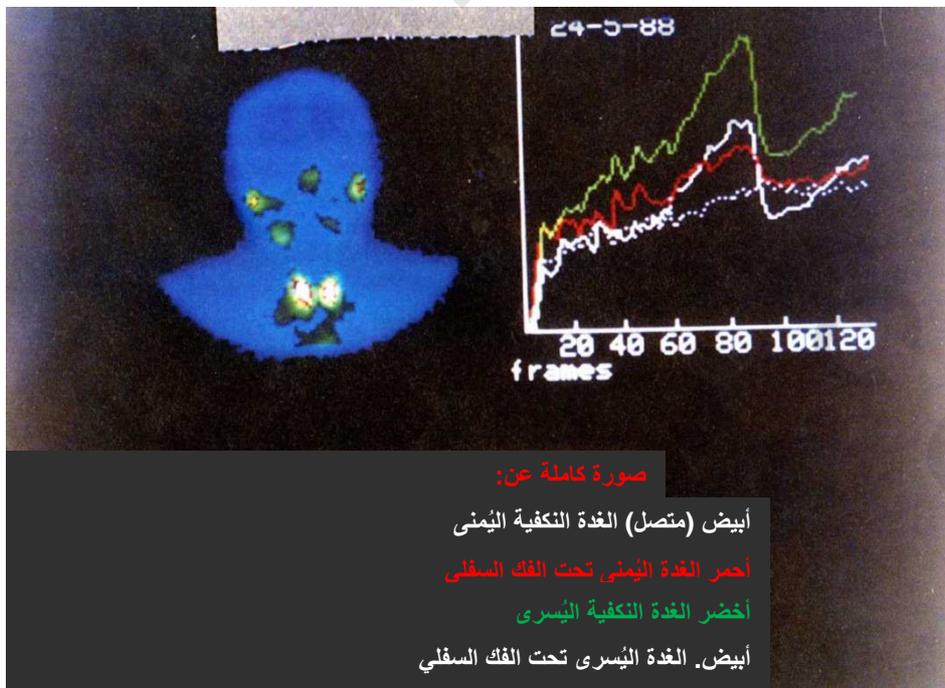
تصوير القناة اللعابية، تقنية للتصوير تُستخدم لتوضيح الجهاز القنوي للغدة النكفية، والغدة تحت الفك السفلي، حيث يتم حقن وسط تبايني مذاب في الماء ومعتم إشعاعياً بداخل فوهة القناة، ثم يتم أخذ صور بالأشعة "تالية للوسط التبايني" في مستويين مختلفين. وبعد نزح القنية، عادة يتم أخذ فيلم "نرح" نهائي؛ لتقييم تصفية الوسط التبايني. ويُعطي هذا فكرة عن وظائف الغدة، ويرتكز غالباً الاهتمام على الانسداد داخل الجهاز القنوي. وتقليدياً، فإن تصوير القناة اللعابية يتم باستخدام وسط تبايني زيتي الأساس، ولكنه كان يتسبب في مشاكل، إذا تسرب خارج الجهاز القنوي، ويمكن أيضاً أن يضرَّ بالغدة عند المرضى ذوي معدل جريان لعابي قليل أو معدوم. أما الآن، فإن معظم المراكز تستخدم بشكل روتيني وسطاً تباينياً مذاباً في الماء، ومن المُفضل أن يكون غير أيوني.

في متلازمة شوغرين). ولا يعطي تصوير القناة اللعابية أي معلومات عن تشريح الغدة اللعابية.



شكل (٨،١). منحنى النشاط مع الوقت للغدة اللعابية الطبيعية أثناء المسح الومضاني، انظر الكتاب المقرر من أجل تفاصيل ذلك الإجراء. يُمثّل الجزء (أ) من المنحنى الامتصاص المبني للنظائر، ويمثّل الجزء (ب) الاستجابة للمحفز وتأثير الغسيل الداخلي، بينما يوضّح الجزء (ج) الامتصاص البطيء المستمر، الذي يصل إلى الذروة، ثم ينحدر.

التصوير الومضاني اللعابي؛ لأن العُمُر النصفني لها أقصر من اليود (iodine). ويتبع الحقن الوريدي بالنظائر المشعة القيام بعمل مسح للغدة اللعابية على فترات كل ٣٠ ثانية، وعندئذ يتم تقييم وظائف الغدة اللعابية بواسطة البرامج الكمية بمعاونة الحاسوب. ويتم تخطيط معدل تركيز النظائر في الغدد، وبعد ٣٠ دقيقة يتم تحفيز النشاط الإفرازي اللعابي بواسطة تنقيط محلول حمض الليمون (citric acid solution) على اللسان. ومرة ثانية، يتم عمل مسح للغدة اللعابية بعد النشاط الناتج للغدد على فترات كل ٣٠ ثانية. ومن ثمّ يتم إنتاج منحنى لنشاط الغدد مع مرور الوقت، ويمكن أن يزداد تدريجياً، ليكون صورة كاملة عن النشاط الإفرازي اللعابي (شكل ٨،١ و ٨،٢). ويقاس هذا الإجراء امتصاص الغدد للنظائر المشعة، ويُعطي مؤشراً عند إزالتها. ويمكن للطبيب أن يصرّ ويقارن نشاط كل الغدة اللعابية الكبيرة؛ ومن ثم، فإن تصوير القناة اللعابية مفيد في المقارنة بين وظائف الغدة المريضة (كما في التهاب الغدة اللعابية المزمن الموضعي)، مع الغدد الصحيحة المتبقية، أو للكشف عن فقد العام لوظائف الغدد (كما نرى



صورة كاملة عن:

أبيض (متصل) الغدة النكفية اليمني

أحمر الغدة اليمني تحت الفك السفلي

أخضر الغدة النكفية اليسرى

أبيض. الغدة اليسرى تحت الفك السفلي

شكل (٨،٢). شاشة الحاسوب أثناء المسح الومضاني لمريض لديه امتصاص سيء، واستجابة سيئة نحو مُنبّه للغدة اليسرى تحت الفك السفلي.

كيمياء اللعاب (Sialochemistry)

تم عمل قياس لمكونات الكيمياء الحيوية لللعاب في عديد من أمراض الغدة اللعابية، ومع ذلك كانت النتائج غالباً مضللة أو صعبة التفسير. ولا تُستخدم كيمياء اللعاب بشكل روتيني للأغراض التشخيصية، ولكنها تبقى مادة غنية ومفيدة للأبحاث. ويمكن أيضاً أن تكون ذات قيمة في قياس مستويات الدواء، والأضداد، والهرمونات. ويوضّح جدول (٨.٣) بعض الحالات التي يمكن أن يساهم فيها اللعاب في عملية التشخيص.

الخزعة (Biopsy)

يمكن أن تكون الخزعة المفتوحة للغدة اللعابية الكبيرة خطيرة، ومن الأفضل تجنبها. وتحمل خزعة الغدة النكفية مخاطر من إنتاج تندُّبات الوجه، أو الضرر بالعصب الوجهي، أو تكوُّن الناسور اللعابي. ومن الممارسات الشائعة، أن يتم دراسة أمراض الأنسجة للغدة اللعابية بواسطة خزعة داخل الفم من الغدة الصغيرة، وبشكل مميز من الغدة الشفوية. وربما يُستخدم شفت الإبرة النحيفة (انظر الفصل الثاني) للغدة اللعابية الكبيرة.

خزعة الغدة الشفوية (Labial gland biopsy)

تستلزم هذه الخزعة عمل شق صغير داخل الشفة السفلى، من خلال المخاطية الطبيعية مع استعمال مخدر موضعي، و القيام بقطع عدد من الغدة المخاطية الصغيرة لدراسة أمراض الأنسجة. وهذه الخزعة مفيدة، خاصة في تأكيد تشخيص متلازمة شوغرين، حيث تعكس التغيُّرات المرصّنة وجود التهاب الغدة اللعابي اللمفاوي البؤري، الذي يحدث في الغدة الكبيرة في هذه المتلازمة. وينبغي أن يُنبه المريض دائماً إلى إمكانية تمثيل (أو تخدير) الشفاء بعد خزعة الغدة الشفوية، فهو من المضاعفات المعروفة جداً.

يستخدم تصوير القناة اللعابية لتقييم وظائف الغدة اللعابية في أمراض الغدة اللعابية، مثل متلازمة شوغرين.

التصوير بالموجات فوق الصوتية (Ultrasonography)

قد يُستخدم التصوير بالموجات فوق الصوتية لفحص تورمات الأنسجة الرخوة السطحية، ولل فحص الأولي للآفات الكتلية المشتبه فيها. والموجات فوق الصوتية مفيدة بشكل خاص للتفريق بين الآفات المصمتة والكيسية، ولكن العظم يُعرقل موجات الصوت. وقد يُستخدم التصوير بالموجات فوق الصوتية في حالات العدوى المزمنة، حيث يُنهي عن استخدام تصوير القناة اللعابية، وربما يكشف عن اتساع القناة اللعابية أو وجود الحصوات، بالرغم من صعوبة رؤية التغيُّرات الدقيقة.

التصوير بالرنين المغناطيسي

(Magnetic resonance imaging) (MRI)

يُستخدم التصوير بالرنين المغناطيسي للفحص عن الآفات التي تملأ الفراغات، مثل أورام الغدة اللعابية، ومع ذلك فالمعلومات التي يعطيها عن الأنسجة الصلبة المجاورة محدودة جداً. وتزود هذه التقنية بتفاصيل جيدة عن الأنسجة الرخوة، ومواضع الكتل الورمية، وعادة يمكن تمييز العصب الوجهي. والتقنيات التصويرية مشروحة بشكل كامل أكثر في الفصل الثاني.

جدول (٨.٣). الحالات السريرية التي يمكن أن يؤدي فيها اللعاب دوراً في التشخيص.

الحالة	ما يتم رصده
مفيدة في الطب الشرعي.	فصائل الدم
الميثادون (methadone)، الليثيوم (lithium)، وميثادون (methadone)، وديجوكسين (digoxin).	مستويات الأدوية
الكحوليات، وأمفيتامينات (amphetamines)، وبيزوديازيبينات (benzodiazepines)، والمواد الأفيونية (opioids).	الكشف عن الأدوية
كورتيزول (cortisol)، وتستوسترون (testosterone).	الهرمونات
عدوى فيروس العوز المناعي البشري، والحصبة، والنكاف، والحصبة الألمانية.	الكشف عن الأضداد

أمراض الغدة اللعابية

التهاب الغدة اللعابية (Sialadenitis)

يُستخدم مصطلح التهاب الغدة اللعابية لوصف التهابات الغدة اللعابية، وبشكل أكثر شيوعاً، يكون نتيجة للعدوى الفيروسية أو البكتيرية، ولكنه أحياناً يكون نتيجة أسباب أخرى، مثل (تفاعلات الحساسية أو الإشعاع). وعادة يكون التهاب الغدة اللعابية البكتيري نتيجة ثانوية، إما لسبب موضعي وإما مجموعي أدى إلى نقصان الجريان اللعابي، ونادراً ما يكون التهاب الغدة اللعابية البكتيري عملية مرصية أولية، وغالباً تُصيب العدوى الفيروسية الغدد اللعابية الطبيعية مسبقاً. إن التهاب الغدة اللعابية مشكلة سريرية تُصيب الغدد اللعابية الكبيرة، ومع ذلك فقد تحدث أيضاً في الغدد اللعابية الصغيرة، إما كظاهرة أولية، (كما في متلازمة شوغرين)، وإما كملح ثانوي لبعض الحالات الأخرى، مثل حنك مدخني الغليون، الذي غالباً يصبح فيه الغدد اللعابية الحنكية ملتهبة ومتضخمة (انظر الفصل التاسع).

ومن بين العدوى الفيروسية للغدد اللعابية، يكون النكاف الأكثر شيوعاً إلى حد ما، حيث يُصيب الغدة النكفية بشكل شائع جداً، ولكنه أيضاً ومن وقت لآخر، يتضمن الغدد الكبيرة الأخرى. ويتنقل فيروس النكاف (الفيروس المخطاطية ذات الحمض النووي الريبي - ر ن ا) (an RNA paramyxovirus) بالمخالطة المباشرة، أو بنقل العدوى بالقطرات، وتُندر العدوى السريرية بإحساس التوعك، وغالباً ألم بطني. ويكون لعاب مرضى النكاف مُعدٍ لعدة أيام قبل ظهور التهاب النكفية (parotitis)، ولمدة أسبوعين تقريباً بعد ظهور الأعراض السريرية. ويتبع ذلك تورم واحدة أو اثنتين من الغدد النكفية، وأحياناً يصحب ذلك التورم تورماً أيضاً للغدد تحت الفك السفلي. وفي عديد من الحالات، تكون واحدة من الغدد النكفية شديدة الإصابة إلى حد ما. ومع تورم الغدة، يكون هناك ألم ومضض، مع وجود توعك عام وحمى، وغالباً يكون لدى المرضى ضزز (trismus). ويصل تورم الغدة اللعابية إلى ذروته

في خلال يوم أو يومين من بداية الأعراض، متبوعاً بيرة تدريجي على مدى أسبوع أو أسبوعين. ويحدث النكاف على شكل وباء صغير، ويتم تمييزه عادة من خلال الأعراض السريرية فقط، ونادراً ما يتم التأكد عن طريق قياس الأضداد. ويكون علاج النكاف بإزالة الأعراض بالكامل، مع استخدام أدوية مضادة للحمى ومسكنات بسيطة، إضافة إلى مدخول وافر من السوائل وكذلك الراحة. ويصبح العزل مهماً؛ لأن المرض مُعدٍ جداً. وتمت مناقشة النكاف أيضاً في الفصل الرابع.

والتهاب الخصية (orchitis)، أو التهاب المبيض (oophoritis)، تعدُّ من المضاعفات المعروفة جدا للنكاف، وأحياناً قد يعقبه العقم. ولا تنتج هذه الحالات عن طريق العدوى الفيروسية المباشرة، ولكن بواسطة إنتاج الأضداد الذاتية الموجهة ضد أنسجة الأعضاء التناسلية. وبعد نوبة النكاف، تكون المناعة عادة كاملة، ومن ثم فإن التورم الراجع للغدة النكفية، من غير المحتمل أن يكون نتيجة رجعة النكاف. ومع ذلك، فينبغي تذكر أنه نادراً ما تكون عدوى الغدة اللعابية نتيجة أسباب فيروسية أخرى، مثل الفيروس المضخم للخلايا (Cytomegalovirus) والفيروس الكوكسكافية (Coxsackieviruses). وسوف يؤدي الاستخدام الواسع الانتشار للتحصين (immunization) ضد النكاف إلى هبوط في حدوث تلك الإصابة.

التهاب الغدة اللعابية يمكن:

- أن يكون مزمناً أو حاداً.
- أن يُصيب الغدد اللعابية الكبيرة أو الصغيرة.
- أن يكون له أسباب موضعية أو مجموعية.
- أن يكون له سببات حمجية أو غير حمجية.

ويكون التناقص في معدل الجريان للغدة اللعابية - سواء كان نتيجة سبب موضعي أم مجموعي - عاملاً مؤهباً لالتهاب الغدة اللعابية الحاد. ومما تجدر الإشارة إليه، أن العدوى البكتيرية للغدد اللعابية، غالباً تكون ثانوية لحالة الانسداد، مثل الناتجة عن تكوين الحصوات أو ضيق بالقناة، ومن ثم فهي حالة

السفلي، أو ربما يحدث التهاب الغدة اللعابية المزمن بدون أي طور حاد أولي واضح. وفي هذه الظروف، تكون الأعراض إلى حد ما منخفضة الدرجة، مع وجود إيلام ودرجة بسيطة من التورم للغدة المُصابة، وأحياناً مع بعض درجات من التورم والاحمرار للقناة والحليمة. وكما في التهاب الغدة اللعابية الحاد، ربما يتم عصر لعاب قيحي من القناة. وغالباً ما يكون في هذه الحالات اتساعات مصغرة في الجهاز القنوي للغدد في صورة القناة اللعابية، ومن المفترض أن يكون هذا دليلاً على وجود بؤرة من العدوى مع حالة الركود الدموي. وقد يحدث مثل هذا الالتهاب الراجع المزمن للغدة اللعابية؛ نتيجة المعالجة الإشعاعية (radiotherapy) التي تؤثر على الغدد، أو ربما يحدث نتيجة ضرر بسيط ناتج عن وجود الحصوات. وأساسيات العلاج، هي بالضغط كما في التهاب الغدة اللعابية الحاد. وفي المريض المُصاب بالتهاب الغدة اللعابية الراجع للغدة تحت الفك السفلي، ربما يكون استئصال الغدة مطلوباً. يلخص جدول (٨.٤) الأسباب الأساسية لالتهاب الغدة اللعابية.

الإلحاح (زيادة اللعاب) (Sialosis)

يدلُّ الإلحاح (مرض عُديّ لعابي) (sialadenosis) ضمناً على تورم غير مؤلم، وغير التهابي، وغير نوعي للغدد اللعابية. وهناك العديد من العوامل المهيئة لهذه الحالة، وتشمل تأثير الأدوية المضادة للروماتيزم، والأدوية التي تحتوي على اليود، والأدوية أدرينالية الفعل (adrenergic). وقد يتم التحفيز للحصول على إلعاب مشابه في التجارب على النماذج الحيوانية، عن طريق إعطاء عقار أيزوبرينالين (isoprenaline). وكل حالات تضخم الغدة المُحرّضة من قبل الأدوية، تكون قابلة للانعكاس، بالرغم من تسجيل حدوث التهاب الغدة اللعابية الحاد بعد سحب الأدوية في بعض الحالات. ويمكن أن يحدث الإلعاب أيضاً في حالات الشذوذات الهرمونية (السكري، وضحامة النهايات)، وفي حالات أعواز التغذية، وتشمل القهَم العصبي (anorexia nervosa)، وإدمان المسكرات المزمن (chronic alcoholism). وغالباً ما تكون الغدد النكفية الأكثر تعرضاً للإصابة، ويكون التورم عادة ثنائي

موضعية. وكونها كذلك، فمن الواضح أن تحدث الإصابة طبيعياً في غدة مفردة، والأكثر أن تكون هذه الغدة هي الغدة النكفية. ويؤهب نقصان الجريان اللعابي للغدة للعدوى الصاعدة من البكتيريا الموجودة في داخل الفم. وفي هذه الحالة، تكون الغدة مؤلمة، وسريعة التَحسُّس، ومتورمة، حيث يصل الألم إلى الأذن والمنطقة الصدغية. وقد تُرى قناة الغدة المُصابة متورمة ومحمرّة في داخل الفم، وتُرى حليمة القناة متضخمة. وقد يتم حلب لعاب قيحي من القناة عن طريق الضغط اليدوي، وبعد عصر القيح من القناة، ينبغي إرساله لعمل المزرعة واختبار الحساسية. وفي حالة عدم القيام باختبارات الحساسية، يكون فلوكلوكساسيللين (flucloxacillin) مضاد الميكروبات الأمثل للمرضى الذين ليس لديهم حساسية للبنيسيلين. وغالباً ما يُصاحب هذه العدوى تضخم للعقد اللمفية العنقية.

ومتلازمة شوغرين عامل مؤهب لكل من العدوى البكتيرية الحادة والمزمنة، قد تحدث العدوى الصاعدة بواسطة الفم، عن طريق قناة الغدة اللعابية، وتُصيب أي من الغدد اللعابية، وتحدث تلك العدوى في المرضى ذوي الصحة المعتلة المؤدية إلى خفض المقاومة. وسالفاً، كانت هذه العدوى نتيجة شائعة للجراحة المعدية المعوية، خاصة في المرضى المسنين، ولم تعد تُرى تلك العدوى الآن؛ نتيجة تحسُّن الرعاية في الفترة المحيطة بالجراحة. ويكون علاج هذه الحالات بوضوح غير جراحي، بل يعتمد على المداواة بالمضادات الحيوية، مع المحافظة على توازن السوائل الصحيح، وإذا أمكن علاج الحالة المؤهبة.

ويكون علاج التهاب النكفية الحاد إلى حد ما مطولاً، وينبغي أخذ مسحات بكتيرية، وتحديد الحساسية للمضادات الحيوية كلما أمكن. ومن الواضح أنه ينبغي النظر إلى استخدام المضادات الحيوية على أنه خط العلاج الأول فقط. ولا بد من تحديد العامل المؤهب للمرض. وقد يكون العلاج الجراحي ضرورياً، مثل نزع حصوات القناة، أو أحياناً استئصال الغدة شديدة الضرر.

وربما يحدث التهاب مزمن بالغدة اللعابية بعد الشفاء من العدوى الحادة، سواء كانت الغدة النكفية، أو الغدة تحت الفك

الكاذب للظاهرة الحنكية المحيطة؛ ربما يُعطي انطباعاً خاطئاً للورم الحبيث. وهي حالة محددة بذاتها، وتبدأ في حوالي ٨ أسابيع، بدون أي شيء، غير علاج الأعراض. وتُستأصل آفات حؤول الغدة اللعابية الناحر؛ من أجل الأعراض التشخيصية. وحتى الآن لا يوجد أي معلومات حقيقية عن السبب المباشر لهذه الحالة، أو مقتضياتها بالنسبة للعوامل المجموعية.

الساركويد (القَرناوية) (Sarcoidosis)

الساركويد اضطراب حبيبي مزمن نادر، يظهر كتضخُّم غير مؤلم ومستديم للغدة اللعابية الكبيرة. وغالباً يصاحبه نقصان في معدل الجريان اللعابي، وأيضاً حالة "شبيه بشوغرين". وسيتم وصف الساركويد بشكل أكثر إسهاباً في الفصل الثاني عشر.

جدول (٨، ٥). أسباب تورم الغدد اللعابية.

مترتبة - بالأدوية	خمجية
الكحوليات	بكتيرية:
مركبات اليود	التهاب الغدة اللعابية الصاعد
ثيورايسيل (thiouracil)	التهاب النكفية الراجع في الطفولة
سلفوناميدات (sulfonamides)	فيروسية:
فينوثيازينات (phenothiazines)	النكاف
كلورهيكسيدين (chlorhexidine)	التهاب النكفية في فيروس العوز المناعي البشري
صماوية	
ضخامة النهايات	التهابية:
السكرى	التهاب الغدة اللعابية الانسدادي
أيضية	متلازمة شوغرين
تشمع كحولي (alcoholic cirrhosis)	الساركويد
سوء التغذية	الإلحاح
أخرى	ورمية:
الساركويد	ورم غدّي متعدد الأشكال بالغدة اللعابية
حؤول الغدة اللعابية الناحر	ورم لمفي غدومي
	سرطان مخاطي بشري
	سرطان الخلايا الغُنبية
	سرطان عُذائي كيسي وغيرها

الجانب. والآلية المتضمنة في ذلك غير مفهومة، ولكن من ناحية علم الأنسجة، يكون هناك تضخم في العنبيات المصلية. وينبغي أن تشتمل الفحوصات اللازمة للمرضى مُحتملي الإصابة بالإلحاح على تحديد الأسباب المؤهبة لذلك؛ ومن ثمّ ربما يُوصى بعمل اختبارات وظائف الكبد، واختبارات سكر الدم، وهرمون النمو. ويجب تسجيل التاريخ الدوائي المفصّل للمريض، مع الأخذ في الاعتبار احتمال وجود اضطرابات الأكل (الفصل السابع عشر). وينبغي كذلك عمل التصوير الملائم، ونادراً ما تكون الخزعة مطلوبة.

جدول (٨، ٤). أسباب التهاب الغدة اللعابية.

بكتيرية:
التهاب الغدة اللعابية الصاعد.
التهاب النكفية الراجع في الطفولة.
فيروسية:
النكاف.
عدوى فيروس العوز المناعي البشري.
الفيروس المضخم للخلايا.
متلازمة شوغرين.
الإشعاع.

حؤول الغدة اللعابية الناحر

(Necrotizing sialometaplasia)

هذه الحالة "شبيهة الورم"، وهي إلى حد ما غير شائعة، وتصيب الذكور بشكل غالب، خاصة المدخنين، وأسبابها غير معروفة. وربما تبدو أنها نتيجة ظاهرة الالتهاب الوعائي الذي يحدث عادة في الغدة اللعابية الصغيرة في الحنك. ومن الممكن أن يؤدي فقر الدم الموضعي (ischaemia) إلى احتشاء (infarction) الأنسجة اللعابية. وتكون العواقب عبارة عن تقرُّح غير مؤلم إلى حد ما، وذي بدء سريع. وتكون الحوافي غالباً مقلوبة للخارج، وربما تكون متصلبة وتشبه السرطان. وقد سُجِّل تحذير المخاطية الحنكية، بوصفها مؤشراً مبكراً لذلك الشكل من التقرُّح. ومن ناحية علم الأنسجة، فوجود حؤول حرشفي في القنوات اللعابية، بالإضافة إلى فرط تنسج الظهارة

جدول (٦، ٨). تصنيف أورام الغدد اللعابية*.

أورام سرطانية	أورام غُدِّيَّة (adenomas)
سرطان مخاطي بشراني (mucoepidermoid carcinoma)	ورم غُدِّي متعدد الأشكال (pleomorphic adenoma)
سرطان الخلايا العنبيَّة (acinic cell carcinoma)	ورم وارثين (Warthin's tumor) (ورم لمفي غُدِّي)
سرطان غُدِّي كيسِّي (adenoid cystic carcinoma)	ورم غُدِّي قاعدي الخلايا (basal cell adenoma)
سرطان ينشأ في الورم الغُدِّي متعدد الأشكال	ورم غدي نكفي (oncocytoma)
سرطان غُدِّي منخفضة الدرجة متعدد الأشكال	ورم غُدِّي قنوي (canalicular adenoma)
أورام سرطانية أخرى	الورم الحليمي داخل القنوات (ductal papillomas)
*المصدر: Soames, J.V. and Southam, J.C. (1988). Oral pathology, 3 rd edn. Oxford University Press, Oxford.	

عشرة في المائة من إجمالي أورام الغدد اللعابية تُصيب الغدد اللعابية الصغيرة، والغالبية العظمى منها تكون أوراماً غُدِّيَّة متعددة الأشكال، وتُصيب الحنك.

الملاحظات الإكلينيكية

يكون نمو الورم الغُدِّي متعدد الأشكال عادة بطيئاً وغير مؤلم، والتقرُّح غير مألوف فيها، إلا إذا كان هناك بعض درجات من الرضح. ويكون تنسُّج ذلك الورم عادة مُكثِّراً، وربما تبدو المخاطية الممتدة فوقه طبيعية فعلياً (شكل ٨،٣).

والمميزات البارزة لهذا النمو، عدم توقُّع كلِّ من سلوكه السريري، ومظهر أنسجته. فقد يحدث نمو أكثر ضراوة في بعض الأورام، مع حدوث تقرُّح للمخاطية الممتدة أسفله. ولا بد من أخذ هذه الملامح في الاعتبار، بوصفها علامات ممكنة للاقعة الخبيثة، مثل السرطان الغُدِّي الكيسي، الذي ربما يؤدي إلى الوفاة عن طريق كل من غزو الأنسجة الموضعية،

أمراض الغدة اللعابية المرتبطة بعدوى فيروس العوز المناعي البشري

من الممكن أن ينشأ لدى مرضى فيروس العوز المناعي البشري مشاكل في الغدة اللعابية، وجفاف بالفم. وربما يكون تورم الغدة اللعابية نتيجة حالة "شبيه بشوغرين"، مع وجود رشح لِمفاوي وفم جاف. وربما يكون هناك أمراض أخرى موجودة في الغدة اللعابية، مثل غَرَن كابوزي (Kaposi's sarcoma)، أو اللمفومة. ومن المحتمل أيضاً أن يكون تورم الغدة اللعابية نتيجة عدوى فيروسية أخرى، مثل عدوى الفيروس المضخم للخلايا، أو فيروس إيبشتاين بار (Epstein-Barr virus) (الفصل الرابع). والتهاب النكفية المزمن عند الأطفال يُوحى بشكل كبير إلى العدوى بفيروس العوز المناعي البشري.

أورام الغدة اللعابية

تمثَّل أورام الغدة اللعابية حوالي ٣ في المائة من إجمالي الأورام. وتُصيب الغالبية العظمى منها الغدة النكفية، و ١٠ في المائة فقط يصيب الغدد اللعابية الصغيرة. وهناك تنوع كبير في أورام الغدد اللعابية، وفي عام ١٩٩١م اقترحت منظمة الصحة العالمية (WHO) تصنيف تلك الأورام وتسميتها (انظر الملخص جدول ٨،٦).

والمظاهر السريرية، وملامح أمراض الأنسجة، وكيفية مُعالجة تلك الأورام للغدد اللعابية، خارج نطاق هذا الكتاب، ويُنصح القراء بالاستعانة بالمصادر المرجعية الأخرى (انظر المشروع في نهاية هذا الفصل).

وسوف تُناقش الأورام التي تُصيب الغدد اللعابية الصغيرة باختصار، حيث إنها تظهر داخل الفم. ولأن التركيز الأكبر لهذه الغدد، يكون في منطقة التقاء الحنك الصلب مع شراع الحنك، فهذه هي المنطقة التي غالباً ما تُرى فيها تلك الأورام. وحوالي ٢٠ في المائة من أورام الغدد اللعابية الصغيرة، تحدث في الشفة العليا. والغالبية العظمى من تلك الآفات، تكون أوراماً غُدِّيَّة متعددة الأشكال، ولكن قد تحدث أيضاً الآفات الأكثر ضراوة، مثل السرطان الغُدِّي الكيسي.

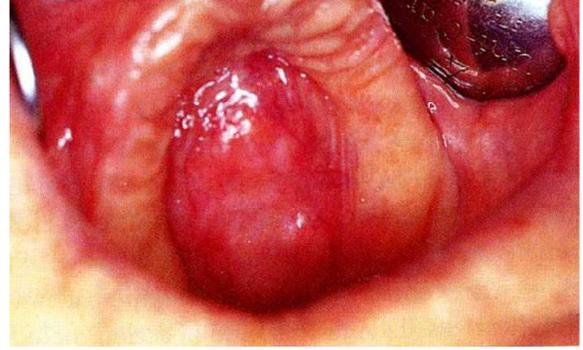
اللغاب قد يكون نتيجة فقدان الأنسجة الإفرازية في الغدد اللعابية، أو نتيجة خلل في آلية التعصيب الإفرازي، الذي يحدث بسبب فعل الأدوية المسببة لجفاف الفم، أو الأقل شيوعاً بسبب الأمراض العصبية. وبعد عمل الفحوصات، وُجد أن نسبة هائلة من المرضى الذين يعانون من جفاف الفم، لديهم عامل مجموعي إلى حد ما يكون المسؤول عن تناقص الوظائف اللعابية. وربما يُصاحب هذه العوامل المجموعية مدى واسع من عمليات المرض، مثل (الاضطرابات الكلوية والصمّاوية)، ولكن العديد من هؤلاء المرضى يعانون من متلازمة شوغرين، وسوف تتم مناقشة هذا بالتفصيل في الأسفل. وأسباب جفاف الفم مُلخّصة في جدول (٨،٧).

جفاف الفم عرض ينبغي الاستقصاء عنه؛ لأنه قد يُشير إلى مرض مجموعي مستوطن.

يمكن أيضاً أن تُسبب المعالجة الإشعاعية لمنطقة الرأس والرقبة من أجل علاج الورم الخبيث؛ تناقصاً ملحوظاً في الجريان اللعابي، مع جفاف شديد في الفم. ويمكن أيضاً أن يعاني المرضى المُعالجون بالإشعاع الكلي للجسم (على سبيل المثال قبل زراعة نقي العظم؛ بسبب ابيضاض الدم)، والذين يتناولون اليود المشع (¹³¹I)، لعلاج سرطان الدرقية؛ من جفاف الفم. وقد يحدث النقصان المبكر للجريان اللعابي الناتج عن الإشعاع؛ بسبب الضرر الذي لحق بالتروية الدموية للغدد، ولكن التأثيرات اللاحقة تكون نتيجة تدمير الجهاز الإفرازي للغدة.

وقد تكون الأمراض العصبية - سواء كانت مركزية أو طرفية- المسؤولة عن تناقص المحفز مُنبه الإفراز للغدة اللعابية، ومن ثم يحدث جفاف الفم. إن السبب الأكثر شيوعاً لجفاف الفم، يتمثل في فعل الأدوية، مع كَوْن مكان الفعل إما عبر المسار المركزي، وإما عبر المسار اللاإرادي (autonomic). ومجموعات الأدوية المتضمنة في هذا النوع من الفعل، تشمل أدوية مضادات الهستامين، وخافضات ضغط الدم، والمهدئات. إن أكثر الأدوية

وإنتاج النقاثل البعيدة. والمرشد الوحيد للسلوك النهائي المُحتمل لأورام الغدد اللعابية، يكون عن طريق فحص الأنسجة ودراساتها، وهذا ما يجب أن يقوم عليه الأساس الجراحي لعلاج الآفة.



شكل (٨،٣). ورم غُدّي متعدد الأشكال ذو حجم كبير في الخنك.

ولأن نمو أورام الغدد اللعابية، يكون بطيئاً وغير مؤلم؛ فالأورام تكون غالباً خادعة، وربما يترتب عن عدم شكوى المريض إحساس بالطمأنينة لا مبرر له أبداً. ويجب إحالة أي ورم لعابي مُشتبه فيه في الحال إلى عمل الفحوصات والعلاج، بدون أي محاولة للتدخل الجراحي البسيط، الذي ربما يجعل العلاج المحدد فيما بعد صعباً. ويتم استئصال معظم الأورام الغُدّيّة متعددة الأشكال، التي تُصيب الغدد اللعابية الصغيرة مع هوامش من الأنسجة الطبيعية المحيطة بها.

ينبغي إحالة أي ورم لعابي مُشتبه فيه لعمل الفحوصات والعلاج، بدون أي محاولة للتدخل الجراحي البسيط، الذي قد يجعل العلاج المحدد فيما بعد صعباً.

اضطرابات الجريان اللعابي

جفاف الفم (Xerostomia)

جفاف الفم شعور ذاتي، وقد يُصاحب هذا الجفاف قصور في وظائف الغدد اللعابية، أو لا يصاحبه. ونقصان

الأدوية الشائعة استخدامها، والتي تتسبب في جفاف الفم.

مضادات الاكتئاب	المهدئات والنومات
مضادات المستامين	مضاد الذهان
	(Antipsychotics)
مزيل الاحتقان (Decongestants)	مدرات البول (Diuretics)
العوامل المضادة للباركنسونية	كابت الشهية
(Antiparkinsonian agents)	

ويمكن أيضاً أن يكون قصور الوظائف اللعابية نتيجة خلل مستبطن معروف، مثل الاكتئاب أو القلق المزمن. إن القلق الحاد له قدرة في أن يتسبب في التناقص المؤقت للجريان اللعابي، وهو أمر معروف جداً لدى الطلبة في فترة الاختبارات، ولدى المتحدثين للجمهور. وقد يكون لدى المرضى ذوي الخلل الحسي أو المعرفي أيضاً إدراك بجفاف الفم، ولكن ربما تكون الاختبارات القياسية للجريان اللعابي طبيعية، ويكون الفم رطباً بشكل واضح. وهؤلاء الأفراد غالباً ما يشكون من أعراض أخرى، مثل مذاق كريه، وأحاسيس غريبة بالفم. وغالباً يذكر مرضى متلازمة الفم الحارق جفاف الفم.

وهناك تقارير متضاربة حول تأثير العمر على وظائف الغدة اللعابية، ولكن هناك بعض الأدلة على أن معدلات الجريان اللعابي المحفّز، لا تقل بتقدم العمر في الأفراد الأصحاء، والذين لا يتعاطون أدوية طبية. وتم إيضاح أن معدلات الجريان اللعابي الكامل غير المحفّز، تتناقص مع تقدم العمر في الأفراد الأصحاء، وكذلك في الأفراد الذين لا يتعاطون أدوية طبية. إن تقدم العمر، بالإضافة إلى الأدوية، والأمراض؛ تعد أسباباً مهمة في تناقص الإفراز الكلي لللعاب أثناء الراحة. إن الأسباب العلاجية المنشأ والأمراض المجموعية، تُمثّل عوامل خطر لحدوث جفاف الفم، والتي من المحتمل جداً أن تُواجه البشر في منتصف العمر، أو المتقدمين في السن.

المسببة لجفاف الفم شيوعاً، هي الأدوية نفسية التأثير، وعلى وجه الخصوص، مضادات الاكتئاب والمهدئات. وقد تم تحديد أكثر من ٤٠٠ دواء له الفاعلية في تسبب درجات مختلفة من جفاف الفم، وربما تزداد هذه التأثيرات في المرضى الذين يتناولون أدوية متعددة، وتسبب جميعها جفاف الفم. وينبغي أن يكون تأثير جفاف الفم المتعلق بالأدوية تأثيراً جانبيّاً، وقابلاً للانعكاس، وأن يحدث البرء بعد التوقف عن تناول الدواء.

جدول (٨,٧). أسباب جفاف الفم.

نمائية (أثناء النمو)
اللاتنسج (aplasia) أو الرتق (atresia)
أمراض الغدة اللعابية
متلازمة شوغرين (أولية، ثانوية)
ساركويد
عدوى فيروس العوز المناعي البشري
علاجى المنشأ
مُحرض من قبل الأدوية
الإشعاع العلاجي، مثل (المعالجة الإشعاعية بالحرمة الخارجية، والإشعاع الكلي للجسم)
داء الغريسة إزاء المضيف (Graft-versus-host disease)
نفسى المنشأ (Psychogenic)
ضعف الحس الفموي (Oral dysaesthesia)
متلازمة الفم الحارق (Burning mouth syndrome)
القلق / الاكتئاب
التجفاف (الجفاف) (Dehydration)
الاعتلال الحموى (Febrile illness)
السكّري (Diabetes mellitus)
البؤالة التفهية (البول السكّري الغث) (Diabetes insipidus)
الفشل الكلوي
الإسهال
الكحوليات
قد تسبب أمراض الغدة اللعابية، وأمراض الكبد، والتجفاف
موضعية
التنفس الفموي



شكل (٨،٤). لسان جاف وإلى حد ما مفصص مرتبط بجفاف الفم.

جدول (٨،٩). العلامات والأعراض الموحية بقصور وظائف الغدة اللعابية.

الأعراض المذكورة:
جفاف الفم.
حرقان وإحساس بالخز في اللسان.
الحاجة إلى المشروبات المتكررة أثناء الأكل أو الكلام.
صعوبة في مضغ الأطعمة الجافة وبلعها.
تغير المذاق (خلل التذوق dysguesia) والرائحة.
تكرار تورمات الغدة اللعابية/العدوى.
ازدياد معدل نخر الأسنان.
جفاف، والتهاب، وتشقق الشفتين وزوايا الفم.
صعوبة في الكلام (عسر النطق dysphonia).
التهاب وتقرح مخاطي عام في أماكن دعم البِدلات السنينة.
يُظهر فحص الفم
تورم الغدة اللعابية.
غياب الغطاء اللعابي من فوق المخاطية الفموية.
جفاف المخاطية الفموية، وتظهر وكأنها ورقة رقيقة، مثل المخطوطة الورقية، أو ظهور كميات صغيرة من اللعاب الرغوي في أفواه جافة في نواحٍ أخرى.
تشقق اللسان وتفصصه.
جفاف الشفاه وتشققها، والتهاب الشفة الزاوي.
دلائل على داء المبيضات الفموي المزمن.
نمو آفات مُتسوسة جديدة بالأسنان، خاصة على الأسطح القاطعة أو أسطح الشرفات.

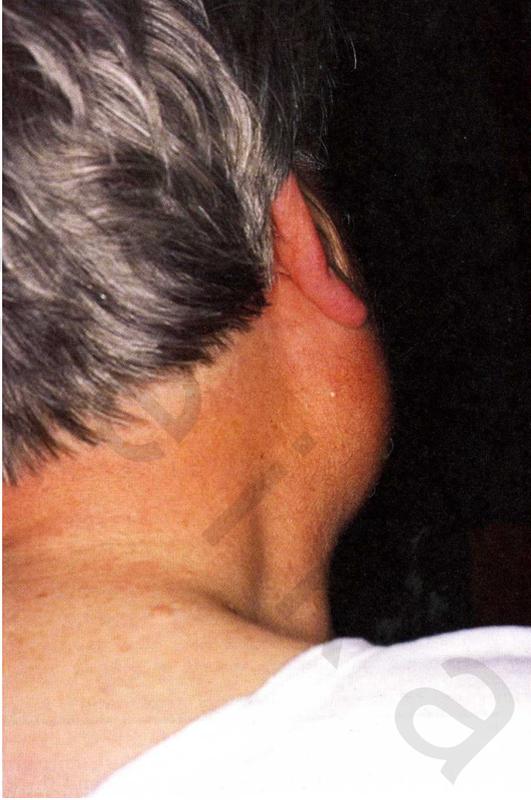
فحوصات جفاف الفم

تتضمن أعراض الفم الجاف، الإحساس بالعطش، وصعوبة في أكل الأطعمة الجافة والبلع، وصعوبة في الكلام، وفي ارتداء بدلات الأسنان، وكذلك الحاجة إلى أخذ رشفات متكررة من الماء أثناء الأكل. وقد يشكو المرضى أيضاً من إحساس حارق في الفم، مع مذاق غير طبيعي أو بخر، وغالباً مع تشققات في الشفاه، أو التهاب في زوايا الفم. وهناك قائمة من الأسئلة في جدول (٨،٨) تكون مفيدة في التعرف إلى مرضى الخلل الوظيفي الفموي، المصاحب لتناقص الجريان اللعابي. والعلامات والأعراض الفموية الوجهية المصاحبة لقصور وظائف الغدة اللعابية مسرودة في جدول (٨،٩).

وتتضمن العلامات السريرية المصاحبة لقصور وظائف الغدة اللعابية، جفاف المخاطية الفموية (والتي تظهر غالباً رقيقة مثل ورق الكتابة)، وتشقق اللسان وتفصصه (شكل ٨،٤)، مع دلائل من داء المبيضات الفموية، خاصة على شكل التهاب الشفة الزاوي. وربما يبدو اللعاب سميكاً ويشبه الخيط، ويميل إلى التجمع على هيئة خرزات صغيرة على سطح المخاطية. وقد يكون هناك صعوبة في حلب اللعاب من القنوات الكبيرة، وغالباً يكون هناك تسويس في الأسنان في الأماكن التي عادة لا تكون عرضة للتسويس. وقد تتورم الغدة اللعابية أيضاً إما نتيجة العدوى المزمنة، وإما نتيجة إصابتها في داء التهاب الغدة اللعابية ذاتي المناعة (شكل ٨،٥ و ٨،٦).

جدول (٨،٨). استبيان للتعرف إلى مرضى قصور وظائف الغدة اللعابية.

١ . هل تشعر بكمية اللعاب في فمك قليلة، أو أنها كثيرة جداً، أو أنك لا تلاحظها؟
٢ . هل تشعر بجفاف فمك أثناء أكل الوجبات؟
٣ . هل تتناول غالباً رشفات من السوائل أثناء أكل الوجبات؟
٤ . هل لديك صعوبات في بلع أي نوع من الطعام؟



شكل (٨,٥). تورم النكفية لمريض مُصاب بالتهاب الغدة اللعابية ذاتي المناعة.



شكل (٨,٦). ظهور القيح من القناة النكفية نتيجة العدوى الثانوية لالتهاب الغدة اللعابية ذاتي المناعة، بوصفه جزءاً من متلازمة شوغرين.

يزيد قصور وظائف الغدة اللعابية من تعرّض المريض للآتي:

- النخر (تسويس الأسنان).
- المبيضات متضمّنة التهاب الشفة الراوي.
- التهاب الغشاء المخاطي الفموي.

معالجة جفاف الفم وقصور الوظائف اللعابية

يعتمد العلاج على السبب المستبطن لجفاف الفم، ودرجة تلف الغدة اللعابية. ويمكن تشجيع المرضى الذين لديهم وظائف لعابية ملحوظة على استعمال محفز موضعي، مثل مضغ علكة خالية من السكر، أو مصائص خالية من السكر. وقد يكون للخصائص المضادة للبكتيريا في مادة زايليتول (xylitol)، والذي يُستخدم غالباً كمُحلّ في العلك الخالي من السكر؛ تأثير مهمّ إضافي بوصفه مضاداً للتسويس. ويجب أن يُنثى المرضى ذوي الأسنان عن استخدام الحلوى التي تحتوي على السكر، أو الحلويات الحمضية؛ لأنها يُمكن أن تُسرّع من عملية إزالة تمعدن الأسنان؛ مسببة تسوّس الأسنان. وقد تم تقييم استخدام الأدوية المجموعية لتحفيز الجريان اللعابي في العديد من التجارب السريرية، وحتى الآن يبدو أن بيلوكاربين (pilocarpine)، يعدُّ أكثر دواء فعّال تم اختباره، ومع ذلك، فإن مثل هذه المعالجة التحفيزية، تكون قليلة الاستعمال إذا كان جفاف الفم ناتج عن الفقد الكلي للوحدات الإفرازية في الغدة اللعابية. ولعقار بيلوكاربين أيضاً مساوئ، منها: أن له العديد من التأثيرات المتبادلة (التأثرات) مع الأدوية الأخرى، وقد يكون له تأثيرات مُضادّة على الجهاز القلبي الوعائي. وقد ذكر المرضى الذين يتناولون بيلوكاربين المجموعي تأثيرات جانبية صغيرة، مثل التعرُّق، والحاجة المُلحة للتبول؛ وذلك نتيجة نشاطه المُحفّز للفعل الكوليني.

تحقيق الراحة من أعراض جفاف الفم

داخلي المنشأ (يزيد نشاط الغدة):

- علكة خالية من السكر.
- نيلوكارين.
- خارجي المنشأ:
- بدائل اللعاب

للأسنان، ويلزم أن يكون على فترات كل ٣ أشهر أو أقل، وينبغي إعطاء النصيحة فيما يتعلق بالحفاظ على صحة الفم، وتجنب الأغذية السكرية، مع استخدام مكملات الفلورين، ومن الأفضل تجنب استعمال غسول الفم القابض، خاصة الذي يحتوي على الكحول. وقد يحدث مرضى قصور وظائف الغدة اللعابية الهللمات "المحتوية على الفلورين" بنجاح أكثر. ويستمر مفعولها غالباً لفترة أطول؛ ولذلك فهي عالية التكاليف. ويكون صعب على المرضى تغيير نظامهم الغذائي، الذي يصبح مُقيداً بشدة إلى المواد الغذائية الخفيفة واللينة. والعديد من الأطعمة تكون قابضة للغاية، ويمكن أن تتسبب الأغذية الصلبة في رضخ المخاطية الفموية الرقيقة. ومع ذلك يُصح بعمل تحليل للنظام الغذائي الفردي للمرضى ذوي الاستعداد للبدء السريع في تسوس الأسنان.

مضع العلكة خالية السكر:

- يُزيد من مستويات جريان اللعاب المُستحث إلى حوالي ٣-١٠ مرات من مستويات الراحة.
- يُمكن أن يساعد في منع التسوس: اللعاب المُستحث يُعزّز من سعة الدرع، مع قدرة أكبر على إعادة تمعدن الأسنان عن اللعاب في أثناء الراحة.
- سوف يزيد من معدل جريان اللعاب أثناء الراحة، وحتى ٣٠ دقيقة فيما بعد فترة المضع.
- له نشاط مضاد للميكروبات، لو احتوى على زيليتول (xylitol)
- ربما ينطوي على مشاكل مرضى الفتق الحجابي، أو تقرحات المعدة أو الأمعاء.

وكثيراً يكون لدى المرضى الذين يعانون من جفاف الفم، وليس لديهم أي دليل سريري أو قياسي على جفاف الفم؛ أعراض فموية أخرى تُشير إلى ضعف الحس (dysaesthesia) في الفم، والعديد منهم يشكون من إحساس حارق في الفم. والأفضل في علاج هؤلاء المرضى، الاستشارة الطبية، متضمنةً المعالجة النفسية، إذا كان ذلك ملائماً. ومن الأفضل تجنب الأدوية نفسية التأثير، خاصة استعمال الأدوية ثلاثية الحلقات،

ربما يكون لاستخدام بدائل اللعاب بعض الفوائد للمرضى الذين يعانون من جفاف الفم، ويمكن أن تعمل هذه البدائل على تخفيف أعراض المرضى ذوي الوظائف اللعابية غير الكافية، حيث إنهم يستفيدون من تنبيه تلك البدائل. ويتم الآن إنتاج عدد كبير ومتنوع من "اللعاب الاصطناعي" تجارياً، ومعظمه يقوم على أساس مادة الكربوكسي ميثايل سيلولوز (carboxymethylcellulose)، أو الموسين (mucin). وإذا فضّل الطبيب استخدام مستحضرات الموسين الخنزيري، فلا بد من الحذر في وصفها للمجموعات النباتية والديانات المتنوعة. وهناك عدد من المستحضرات التي تحتوي على الفلورين، ويمكن أن تكون هذه المستحضرات مفيدة بوصفها عاملاً وقائياً ضد التسوس. وقد أوضحت التجارب الإكلينيكية، أن اللعاب الاصطناعي قد يكون نافعاً في علاج جفاف الفم، ولكن غالباً ينقطع المرضى عن استخدامه، إما لأنهم لا يحبون مذاقه، وإما للزوجة، وإما لأنهم يجدونه يتطلب استعمالاً متكرراً؛ مما يجعله مزعجاً، كما أنه غالي الثمن. ويفضّل العديد من المرضى أن يتناولون رشقات متكررة من الماء من وعاء صغير ينقلونه معهم. وربما يكون استعمال المصائص خالية السكر أحياناً أكثر فائدة من البخاخ في الجلسات الاجتماعية. ويمكن السيطرة على تشققات الشفاه وجفافها باستخدام مراهم أساسها زيت البترول، مثل الفازلين. ويُعالج كذلك التهاب الشفة الزاوي، وفقاً لنوع المكروب الذي تمت زراعته. ويمكن السيطرة على المبيضات الفموية عادة باستخدام عوامل موضعية مضادة للفطريات. ويحتاج المرضى ذوو الأسنان إلى فحص منتظم

بمتلازمة شوغرين الثانوية (secondary Sjögren's syndrome) (SS²). ومدى انتشار هذه المتلازمة غير معروف، ويُعتقد أن العديد من الحالات تبقى غير مُشخصة. وتوحي البيانات الحديثة أن الانتشار المقدّر لهذه المتلازمة بين ١-٣ في المائة في سكان المملكة المتحدة. وتُصاب الإناث متوسطات ومتقدمات العمر بشكل أساسي، ويظهرن شكوى من جفاف الفم (xerostomia)، وجفاف العين (جفاف المُتحممة)، مع دليل لأمراض النسيج الضام أو بدونها. والتهاب المفاصل الروماتيزمية يعدُّ أكثر الأمراض شيوعاً في ارتباطه بمتلازمة شوغرين الثانوية. وتشتمل الأمراض المصاحبة الأخرى على الإصابة بمرض الذئبة الحمراء المجموعية، والتليف الصفراوي الأولي، والتصلب المجموعي. وكما هو شائع في العديد من الأمراض الذاتية المناعة، فإن متلازمة شوغرين تُظهر تنوعاً ثنائي الشكل لكل من الجنسين، حيث تكون نسبة الإناث إلى الذكور تقريباً ٩ إلى ١. ويكون جفاف الفم غالباً شديداً في متلازمة شوغرين الأولية، ولكن اقترحت بعض الدراسات، أنه أقل يكون تميّزاً في متلازمة شوغرين الثانوية. ومن الشائع أن يكون هناك تاريخ من تورم الغدة اللعابية الناتج، إما نتيجة ارتشاح الغدة بالأنسجة الليفية الظهارية، وإما أنه نتيجة العدوى الراجعة (شكل ٨.٥ و ٨.٦). والتورمات الناتجة من استبدال أنسجة الغدة اللعابية، لا تكون مؤلمة، ولكن تكون تورمات الغدة اللعابية ذات الطبيعة الحُمجية مؤلمة، ويصاحبها ارتفاع في درجة الحرارة الموضعية أو المجموعية، وقد يُعصر القيح من فوهة القناة (شكل ٨.٦). والتهاب المُتحممة (جفاف العين)، يعدُّ أكثر الشكاوى شيوعاً، ويشكو العديد من المعانين أيضاً من "حكة" أو "ترمل" بالعين، أو يذكرون تاريخاً مرضياً من عدوى العين الراجعة؛ مما قد يتسبب في التهاب القرنية والمُتحممة الجاف. وإذا لم تتم معالجة هذا الالتهاب، فيمكن أن يؤدي في النهاية إلى تدمير القرنية وفقد البصر. وقد يشكو أيضاً مرضى متلازمة شوغرين من جفاف الجلد، وجفاف المهبل.

يمنع الاكتشاف المبكر لمتلازمة شوغرين أمراض العين الخطيرة.

حيث إنها من الممكن أن تُفاقم من جفاف الفم. وسيتم مناقشة هذا الموضوع بشكل إضافي في الفصل السابع عشر.

متلازمة شوغرين (Sjögren's syndrome)

- تتكوّن متلازمة شوغرين الأولية من جفاف العين (جفاف المُتحممة xerophthalmia)، وجفاف الفم، وهي غير مرتبطة بأمراض النسيج الضام.
- تتكوّن متلازمة شوغرين الثانوية من جفاف العين، وجفاف الفم، ويرتبط بها أمراض النسيج الضام، والأكثر شيوعاً منها التهاب المفاصل الروماتيزمية.
- ربما ترتبط أيضاً الذئبة الحمامية المجموعية (systemic lupus erythematosus)، والتصلب المجموعي (systemic sclerosis)، والتليف الصفراوي الأولي (primary biliary cirrhosis)، ومزيج من أمراض النسيج الضام الأخرى بمتلازمة شوغرين الثانوية.

متلازمة شوغرين داء ذاتي المناعة للغدد ذات الإفراز الخارجي (exocrine glands)، وتشمل الغدة اللعابية والدمعية بشكل خاص. وتقليدياً، كان يُعتقد أن أعراض متلازمة شوغرين نتيجة تدمير للأنسجة اللعابية والدمعية، ولكن حديثاً جداً، أصبح من الواضح أن هذه ليست هي الحالة. وبعد دراسة الأنسجة وفحصها، وُجد أن هناك مُدخراً أساسياً من النسيج الغُنبي (acinar tissue) الطبيعي بالغدد في العديد من المعانين من متلازمة شوغرين، ولكنه ببساطة لا يعمل كما ينبغي. وبإعادة تقييم متلازمة شوغرين في نطاق هذا الضوء، نجد أنه يُعطي نظرة أكثر تفاقولاً لتطور العلاج. وحيث إنه لا يوجد احتمال لاستعادة الخلايا الغُنبية التالفة في الغدة، فيمكن أن يكون عكس قصور الوظيفة للخلايا الغُنبية، أمراً سهل إنجازه، إذا تم تحديد سبب القصور الوظيفي.

وقد تحدث هذه العملية كظاهرة منفصلة، ويُطلق عليها مصطلح متلازمة شوغرين الأولية (primary Sjögren's syndrome) (SS¹)، أو أن تكون مرتبطة بأمراض النسيج الضام، أو الأمراض الكولاجينية، وفي هذه الحالة يُشار إليها

جريان الغدد اللعابية بواسطة قياس الإلعباب، وتقييم وظائف الغدد إضافياً بواسطة المسح الومضاني باستخدام مادة البريتكنيتات (perchnetate) الموسومة. وربما يُنصح بعمل تصوير القناة اللعابية باستخدام صبغة ذات أساس مائي، عندما يكون هناك تاريخ مَرَضِي أو علامات سريرية تُوحى بالتدمير المحتمل في بُنْيَات الغدد اللعابية، وقد يحدث ذلك نتيجة للعدوى المزمنة الثانوية (شكل ٨.٦). ويمكن فحص تورُّم الغدد المستديم بواسطة تصوير القناة اللعابية، كما أن التقنيات الحديثة، خاصة التصوير بالرنين المغناطيسي، يُعطي صورة جيدة أكثر لآفات الأنسجة الرخوة، وتكون مهمة في حالة الشك في وجود ورم. وقد تم التركيز بشدة على الأهمية التشخيصية لخزعات الغدد الشفوية للمرضى المشتبه أن لديهم متلازمة شوغرين. وعندها يُقاس عدد البؤر اللمفاوية بداخل الغدة، ويتم إدرجها وفقاً للمخطط المقترح بواسطة شيزهولم وماسون (Chisholm and Mason). وهناك دلائل متزايدة حول احتمال ظهور نتائج سلبية مع دراسة خزعات الغدة الشفوية لدى عدد من المرضى، الذين يتم تشخيصهم بالمعايير الأخرى بوصفهم مُعانين من متلازمة شوغرين.

وترجع المشكلة في التشخيص المحدد لمتلازمة شوغرين إلى تنوع المعايير المستخدمة في المراكز المختلفة. وفي الحقيقة، فإن بعض هذه المعايير تكون مقيّدة بشكل أكثر من اللازم، بمعنى أن لها نوعية عالية، ولكن يكون لها حساسية منخفضة. وإضافة إلى ذلك، فإن العديد من تلك المعايير، تعتمد على دراسة خزعة الشفاه؛ من أجل عمل التشخيص المحدد لمتلازمة شوغرين، مما قد يجعل الحالة تحت التشخيص سابقاً. ويكون بعض المرضى غير مستعدين لعمل خزعات الغدة الشفوية؛ لأنهم يلاحظون أنها إجراء غير لطيف، حتى لو أنها جراحة صغيرة. ونادراً ما يُغيّر التأكيد الإيجابي لمتلازمة شوغرين عن طريق الخزعة من طريقة معالجة المريض، ونتيجة لذلك، ينبغي تهيئة العديد من المرضى لتقبل التشخيص المؤقت لمتلازمة شوغرين. وخزعة الغدة الشفوية تعدُّ الإجراء ذا النوعية والقيمة التشخيصية العظيمة للمُكوّن اللعابي لمتلازمة شوغرين

ويظلُّ تقييم المرضى ذوي الغدد اللعابية المتضخمة وعلاجهم مشكلة لمرضى متلازمة شوغرين. وتورُّم الغدة الدائم في هؤلاء الأفراد ملمح مقلق، حيث إنه يزيد من مخاطر التطور إلى اللمفومة اللاهودجكينية (non-Hodgkin's lymphoma). وتتكوّن تلك اللمفومة غالباً من أورام ليمفية منخفضة الدرجة للخلايا (ب)، وتظهر ماثلة للأورام اللمفية التي تنشأ في الأنسجة اللمفاوية المرتبطة بالمخاط. وتشمل الأورام اللمفية منخفضة الدرجة للخلايا (ب)- في الأماكن الأخرى غير الأنسجة اللمفاوية المرتبطة بالمخاط- تلك المناطق التي في المعدة، والغدة الدرقية، والرئة. وتستطيع تقنيات تصوير الغدد اللعابية، والتي تتضمن التصوير المقطعي المحوسب (CT)، والرنين المغناطيسي (MRI)؛ أن تعطي معلومات تشخيصية مهمة، ولكن يُوصى بالقيام بعمل الخزعة في بعض الحالات. وعادة توضّح دراسة التشريح المرضي لأنسجة الغدد اللعابية المتضخمة (خاصة النكفية) في متلازمة شوغرين، آفة ليمفيةظهارية حميدة، ولكن هذا ليس دائماً. ولا يُوصى باستخدام خزعات الغدد الكبيرة؛ من أجل التقييم التشخيصي الروتيني لمتلازمة شوغرين. وينبغي أن يدفع ظهور العلامات السريرية، مثل تضخُّم الغدة السريع والمتقدم أحادي الجانب، أو التضخم غير المتناسق، و/أو تغيير تنسج الغدة من تورم لين إلى صلب أو عُقدي؛ إلى أخذ خزعة الغدة الكبيرة. وتُعطي الإجراءات المفتوحة معلومات مفيدة أكثر، وإتاحة لأخذ عينات أنسجة بشكل أفضل مما يتم الحصول عليه من خزعة الإبرة. وهناك عدد قليل من الواصمات المختبرية التي تحدّد المرضى ضمن مجموعة الخطر للورم اللمفي الخبيث، بالرغم من أن الهبوط في الغلوبولينات المناعية ينبغي أن تستدعي عمل الفحوصات الإضافية.

تشخيص متلازمة شوغرين

ينبغي استجواب المرضى عن الأعراض الفموية، كما تم توضيحها في الجزء الأعلى، وينبغي أيضاً سؤالهم عن الأعراض الأخرى (جدول ٨.١٠)، وعن الجفاف في أي مكان آخر في الجسم، حيث يمكن أن يكون هناك قصور عام في وظائف الغدد ذات الإفراز الخارجي. ويجب تحديد قياس

للكرد الدموي في الغدة اللعابية الكبيرة. ويُخصَّص جدول (٨,١٢) كيفية معالجة مرضى متلازمة شوغرين.

جدول (٨,١٠). العلامات والأعراض - خارج المنطقة الفموية الوجهية - المرتبطة بمتلازمة شوغرين.

موقع الأعراض	الوصف
العين	حفاف مزعج ومستدم في العين، وإحساس راجع إلى وجود رمل أو حصيات في العين، ويحتاج إلى استخدام بدائل الدموع يوميًا.
القناة التنفسية	حفاف في القناة التنفسية العليا والسفلى، وخلل النطق (dysphonia)، واضطرابات في حاسة الشم.
مهبلية	حفاف مهبلية، وحرقان، وتاريخ من العدوى الفطرية الراجعة، وجماع مؤلم.
الجلد	جلد حاف، وطفح فراشي الشكل، والتهاب وعائي.
السبيل الهضمي	صعوبة في البلع (dysphagia)، وإمساك.
عام	إرهاق، وضعف، واكتئاب.
	اضطرابات بالنوم، وفقد الرغبة الجنسية، واكتئاب.

ولا يوجد حتى الآن علاج فعّال لمتلازمة شوغرين، ولكن يمكن التغلب على الأعراض - إلى حد ما - بالوسائل الملخّصة في الأعلى. ويهدأ المرضى غالبًا عند معرفتهم بالتشخيص النهائي، وقد يستفيدون من عضوية مجموعة مؤيدي متلازمة شوغرين.



شكل (٨,٧). اختبار شيرمر لتقييم نشاط الغدة الدمعية.

في الوقت الحالي. وقد قامت مجموعة اتفاقي الرأي لمتلازمة شوغرين الأمريكية الأوروبية الآن بتعديل معايير التصنيف لهذه المتلازمة، متضمنة مفهوم الخزعة السلبية لمتلازمة شوغرين (بشرط وجود أضداد ذاتية معينة، انظر شكل ٨,٧). وقد تخضع معايير التصنيف والتشخيص لمتلازمة شوغرين لتعديلات إضافية في المستقبل. وعادة تكون الأضداد الذاتية موجودة في متلازمة شوغرين، وينبغي التنسيق لعمل مرتسم مناعي روتيني للعوامل الروماتويدية، والعوامل المضادة للنواة، وكذلك أضداد المستضد SS-A و SS-B سوياً، مع قياس الغلوبولين المناعي المصلي. وربما تُوجد أضداد ذاتية للقناة اللعابية في متلازمة شوغرين، ولكن أهمية ذلك تظل غير واضحة، حيث إنها لا تكون ضمن المعايير التشخيصية لمتلازمة شوغرين. ويجب أيضاً عمل مسح كامل للدم، ومسح كيميائي حيوي كامل؛ لاستبعاد الأمراض المجموعية، مثل السكري. ولا بد من فحص المرضى ذوي الأعراض العينية بواسطة طبيب العيون. ويمكن عمل التقدير التمهيدي لجفاف الملتحمة، وذلك عن طريق إدخال شريط صغير من ورقة ماصة داخل الجفن السفلي (اختبار شيرمر) (Schirmer test) لتقييم كمية الدموع الموجودة (شكل ٨,٨). كما ينبغي تقييم الأفراد الذين لديهم دليل سريري أو أعراض موحية باختلال النسيج الضام بواسطة طبيب الروماتيزم. ويتم معالجة الأعراض الفموية، كما في الحالات الأخرى من جفاف الفم، ولكن تكون وظائف اللعاب لدى العديد من مرضى متلازمة شوغرين ضئيلة أو معدومة، ويُمكن تخفيف الأعراض فقط بإعطائهم بدائل اللعاب. ويمكن أن تكون العدوى الراجعة - خاصة للغدة النكفية - مزعجة بشكل خاص، وربما تؤدي في النهاية إلى استئصال الغدة بالجراحة، مع ما يصاحب هذه الجراحة من مخاطر للعصب الوجهي. وعند الاشتباه السريري في نمو ورم في أي غدة، فيلزم حينئذ القيام بعمل تصوير الغدة اللعابية، وأخذ الخزعة. وغالبًا يكون تكون الحصيات مزعجًا، بوصفه نتيجة للعدوى المزمنة طويلة الأجل، وكذلك نتيجة

جدول (١١، ٨). معايير التصنيف العالمية المعدلة لتلازمة شوغرين* .

- I الأعراض العينية: استجابة إيجابية لواحد على الأقل من الأسئلة الآتية:
هل تشعر بعينك جافة بشكل مستلتم يوميًا ومزعجة لمدة أكثر من ٣ أشهر؟
هل لديك إحساس مُعاودٍ من وجود رمل أو حصيات في داخل العين؟
هل تستخدم بدائل للدموع أكثر من ٣ مرات في اليوم؟
- II الأعراض الفموية: استجابة إيجابية لواحد على الأقل من الأسئلة الآتية:
هل لديك شعور يومي بجفاف الفم منذ أكثر من ٣ أشهر؟
هل لديك تورُّم مُعاودٍ أو مستلتم للغدد اللعابية وأنت في سن البلوغ؟
هل تشرب غالبًا سوائل لتساعد على عملية بلع الأغذية الجافة؟
- III العلامات العينية: يتَّضح الدليل القياسي للإصابة العينية كنتيجة إيجابية لواحد على الأقل من الاختبارين الآتيين:
اختبار شيرمر I، ويتم عمله بدون تخدير (> ٥ مم في ٥ دقائق).
حَرز وردية البنغال، أو أي حَرز صبغي عيني آخر (< ٤ وفقًا لنظام حَرز فان بيجسترفيلد (van Bijsterveld score)
- IV دراسة أمراض الأنسجة: في الغدد اللعابية الصغيرة (من خلال المخاطية التي تظهر طبيعية)
التهاب الغدة اللعابية اللمفي البؤري، ويتم تقييمه بواسطة خبير اختصاصي في أمراض الأنسجة، وحَرز البؤر < ١ ، ويعرَّف بحسب عدد البؤر اللمفاوية (والتي تكون مجاورة للعنبيات المخاطية التي تظهر طبيعية، وتحتوي على أكثر من ٥٠ خلية لمفاوية) لكل ٤ مم^٢ من النسيج الغُدِّي.
V إصابة الغدد اللعابية: يُعرَّف الدليل القياسي لإصابة الغدد اللعابية بواسطة النتيجة الإيجابية لواحد على الأقل من الاختبارات التشخيصية الآتية:
الجران اللعابي الكلي غير المُستحث (> ١٥٥ مليلتر في ١٥ دقيقة)
يُوضَّح تصوير القناة اللعابية النكفية وجود التهاب الغدة المنتشر (نظام نُقطي، أو ذي أجواف، أو تدميري) بدون دليل على انسداد القنوات الكبيرة.
يُوضَّح التصوير الموضاني لللعاب امتصاص متأخر و تركيز قليل، و /أو تفرغ متأخر للقائف (للسام) (tracer)
- VI الأضداد الذاتية: وجود الأضداد الذاتية الآتية في المصل:
ضد (SSA) Ro أو (SSB) La أو كليهما

لتشخيص متلازمة شوغرين الأوليّة:

- للمرضى بدون أي مرض مصاحب كامن، يتم تعريف متلازمة شوغرين الأولية كآلي:
• ظهور أي ٤ من ٦ بنود، يكون مؤشرًا لمتلازمة شوغرين الأولية، طالما كان البند الرابع (أمراض الأنسجة)، أو السادس (علم الأمصال)؛ إيجابيًا.
• ظهور أي ٣ من بنود المعايير الموضوعية الأربعة، وهي: (III، IV، VI < V)
• يُمثَّل إجراء شجرة التصنيف طريقة بديلة صحيحة للتصنيف، مع أنه يجب أن تُستخدم بشكل أفضل في المسح الوبائي السريري.

لتشخيص متلازمة شوغرين الثانويّة:

- للمرضى ذوي مرض مصاحب كامن، مثل (مرض نسيجي ضام آخر محدد جيدًا)، فإن ظهور البند I أو II، بالإضافة إلى أي اثنين من بين البنود III و IV و V؛ قد يعدُّ مؤشرًا لمتلازمة شوغرين الثانويّة.

معايير الاستبعاد:

- العلاج الإشعاعي السابق للرأس والرقبة.
عدوى التهاب الكبد الوبائي C.
مرض العوز المناعي المكتسب (الإيدز AIDS).
لمفومة موجودة مسبقًا.
السلار كويد.
مرض الغريسة حيال المضيف.
استخدام الأدوية المضادة للفعل الكوليبي (anticholinergic) (لأن الوقت يكون أقصر من ثلاثة أضعاف عُمر النصف للدواء).

* المصدر: (معايير التصنيف لمتلازمة شوغرين: النسخة المعدلة للمعايير الأوروبية المقترحة بواسطة مجموعة اتفاقي الرأي الأمريكية الأوروبية).

Vitali, C., Bombardieri, S., Jonsson, R., et al. Am Rheum Dis (2002): 61:554-558.

.Classification criteria for Sjögren's syndrome: a revised version of the European criteria proposed by the American-European Consensus Group

النتائج النموذجية لفحوصات متلازمة شوغرين

• قياس اللعاب: معدل جريان لعابي منخفض.
• خزعة الغدد الشفوية: ارتشاح الخلايا اللمفية.
• كشف الأضداد الذاتية: أضداد ذاتية إيجابية، خاصة عامل الروماتويد، ومضاد النواة، و SS-B+SS-A
• تصوير الغدد اللعابية: سوف يُوضَّح المسح الومضائي انخفاضاً في امتصاص القائف، وفي الإفراز، وسيُوضَّح تصوير القناة اللعابية توسعاً في القناة اللعابية.
• اختبار شيرمر: معدل جريان دمعي منخفض.

فرط اللعاب (Excessive saliva)

يُعرف ازدياد معدل الجريان اللعابي أيضاً بالإلعاب (ptyalism) (أو sialorrhea) (ثر اللعاب)، وعلى عكس جفاف الفم، فإنه يعدُّ شكوى غير شائعة. وقد يكون فرط اللعاب مشكلة عابرة أو مزمنة. وهناك العديد من الأسباب التي تجعل المرضى يشكون من زيادة إنتاج اللعاب، وتكون نتيجة سببٍ أساسيين: فرط الإفراز، والاختلال العصبي العضلي. وفرط اللعاب شكوى متكررة من المرضى الذين يرتدون بدلات سنوية بداخل الفم لأول مرة. وحقيقة، فإن واحدة من أكثر الوسائل استخداماً لتحفيز الجريان اللعابي للأغراض التجريبية، يكون بوضع جسم غريب خامل في داخل الفم. ومعظم المرضى في النهاية يعتادون بدلاتهم السنوية الجديدة أو الطيبقات الجديدة، وفي أثناء هذه العملية عادة ما يختفي الجريان اللعابي المتزايد. وربما يُبرهن فرط اللعاب على أنه مشكلة عنيدة عند القليل من المرضى. وربما تُسبب الآفات الإنتانية أو التقرحية في الفم زيادة في الجريان اللعابي مؤقتاً، والتي تضيف إلى حال عدم الارتياح الناتج من الحالة الأولية. ويمكن أن يكون فرط اللعاب ملمحاً من ملامح التهاب اللثة والفم الهرسي الأولي (primary herpetic gingivostomatitis). ويرى التأثير نفسه غالباً في سرطان الفم، والذي ربما يرتبط ازدياد

جدول (٨، ١٢). متلازمة شوغرين: التقييم والفحوصات السريرية.

التاريخ المرضي:
فم جاف.
صعوبة في الأكل.
صعوبة في البلع.
تورم الغدد اللعابية.
جلد جاف.
جفاف المهبل.
أمراض النسيج الضام.
الفحص:
جفاف المخاطية.
لا يوجد تجمع لللعاب في قاع الفم.
حالة الأسنان.
اختبارات الدم:
العدد الكامل للدم.
سرعة تثقل الكريات الحمراء (ESR).
المناعيات.
الوسوم الالتهابية (inflammatory markers).
تحليل الكيمياء الحيوية.
تصوير الغدد اللعابية:
المسح الومضائي.
تصوير القناة اللعابية.
الخزعة:
خزعة الغدد الشفوية.
الإحالة إلى:
طبيب العيون.
الطبيب و/أو أخصائي الروماتيزم.

ويعتمد علاج فرط اللعاب بشكل كبير على إزالة (أو التعمُّد) على العامل المسبب، سواء كان جسمًا غريبًا أو آفة خمجية. ونادرًا ما يُوصى باستعمال الأدوية الكابتة للجريان اللعابي؛ لأن كل الأدوية التي لها تأثير كابت بشكل ملحوظ لللعاب، تتسبب أيضًا في تأثيرات أخرى غير جفاف الفم، وغالبًا تكون هذه التأثيرات أكثر أهمية من جفاف الفم. وأحيانًا يُستخدم العلاج بالأدوية المضادة للفعل الكولينري لمرضى الشلل الدماغي، الذين يتقاطر منهم اللعاب بشكل مفرط. وواحد من الآثار الجانبية الفموية المتكررة لهذا الدواء، يتمثل في ازدياد معدل تسويس الأسنان، وغالبًا يحدث التسويس في أسنان كانت خالية من التسويس مسبقًا. وكحلٍ بديل يمكن إعادة توجيه قنوات الغدد اللعابية الرئيسة إلى البلعوم الفموي لعلاج التقاطر. وفي قليل من المرضى الذين يشكون من فرط اللعاب، لا يمكن الكشف على زيادة معدل الجريان. وفي هذا الموقف، قد يكون هناك اختلال معرفي أو نفسي مستبطن، وقد يُظهر بعض المرضى سمات وسواسية. ويستطيع الطبيب أن يُطمئن المريض بأنه لا يوجد أي أمراض خطيرة تتعلق بهذه الحالة، وأن قياس اللعاب ربما يكون مفيدًا في توضيح معدلات الجريان اللعابي في نطاق المدى الطبيعي. وفي أقلية من المرضى، ربما يكون العلاج السلوكي مفيدًا.

مناقشة الحالات ذات المشاكل

مناقشة حالة (١، ٨)

س١: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطى لهذا المريض بخصوص صحة الفم في المستقبل؟

يمكن أن تُحرَّض المعالجة بالإشعاع على تغيُّرات في الأنسجة المخاطية، والعضلية، والوعائية، والعظمية. ويكون التغيير في وظائف الغدد اللعابية شائعًا؛ لأن التغيُّر في نبيت الفم المكروبي يؤدي إلى تركيز أعلى من البكتيريا المسببة

الجريان اللعابي فيه بتناقص منعكس البلع، والتقاطر المستمر لللعاب. ومن الصعب التمييز بين فرط الإلعاب والتقاطر، حيث إن المصطلحين غير مترادفين. وفي مرضى فرط الإلعاب، يزول اللعاب من الفم بشكل طبيعي عن طريق البلع، أما التقاطر فيحدث نتيجة الفشل في بلع اللعاب، وهو شائع عند الرُّضع، وأيضًا في هؤلاء الذين لديهم تناسق عصبي عضلي سيء. وليس بالضرورة أن يكون التقاطر بسبب الإنتاج المفرط لللعاب، ولكنه يمكن أن يحدث بسببه.

وقليل جدًا من الأدوية تُحرَّض على فرط اللعاب، وذلك على العكس تمامًا من عدد الأدوية التي تُقلل من معدل الجريان اللعابي. ويمكن أن يتسبب مضاد الكولينستراز (anticholinestrases)- والذي يُعزِّز من الإرسال العصبي العضلي، ويُستخدم في علاج الوهن العضلي الوبيل (myasthenia gravis)- في فرط الإلعاب. ومن المثير للاهتمام، أن دواء كلوزابين (clozapine) المضاد للدَّهان، قد تم تضمينه في مسببات الفم الجاف وفرط الإلعاب.

قد يكون فرط الإلعاب نتيجة:

- فرط الإفراز، مثل (إدخال بدلات سنوية جديدة بداخل الفم والأدوية).
- الاختلال العصبي العضلي، مثل (الشلل الدماغي) cerebral (palsy).
- ضعف الحس الفموي (من المحتمل أكثر أن يذكر مرضى ضعف الحس الفموي جفاف الفم).

ويمكن أن تُسبب الحالات المجموعية، وبشكل ملحوظ جدًا الاختلالات العصبية، مثل الباركنسون (parkinsonism)، والشلل الدماغي، والصرع في شكاوى المرضى من فرط اللعاب. وفي هذه المواقف، قد لا يكون هناك زيادة في إنتاج اللعاب، ولكن يكون البلع غير متناسق، وغير كفؤ. والتسمم بالزئبق وداء الكلب (rabies) أمراض نادرة للغاية، ويكون فرط الإلعاب عَرَض لهما.

أن تكون مُدرات اللعاب مفيدة، بما فيها استخدام بيلوكارين المجموعي، كما يمكن الحصول على نظام الجرعات والتأثيرات الجانبية لهذا الدواء من كُتَيْب الوصفات القومية البريطانية (British National Formula)، أو صحيفة بيانات المصنع.

والتابعة طويلة المدى للمرضى ضرورية من جانب كل من طبيب الأسنان، وأخصائي حفظ الصحة، وربما يعاني المريض أيضاً من التهاب غير نوعي بمخاطبة الفم، بعد العلاج الإشعاعي، وسوف يكون عُرضة لمبيضات الفم. والتهاب الغدد اللعابية بعد المعالجة الإشعاعية يعدُّ أيضاً من التأثيرات الجانبية المحتملة.

مناقشة حالة (٢، ٨)

س ١: ما الأسئلة التي ينبغي أن تسألها لتلك السيدة؟

ينبغي أن تُطرح بعض الأسئلة لعمل تقييم مدى حدة جفاف الفم. وتساعد الأسئلة المسرودة في جدول ٨.٨ على معرفة ما إذا كان نقص وظائف الفم للمريض مرتبطاً بنقص وظائف الغدد اللعابية أم لا، كما ينبغي أخذ تاريخ طبي كامل، وكذلك تاريخ كامل للأسنان. ومن المفيد أيضاً عمل تحليل للنظام الغذائي، حيث إن معدل حدوث تسويس الأسنان، يمكن أن يزيد بوصفه نتيجة لتناول الكربوهيدرات بشكل متكرر جداً. وربما يستعمل المرضى -الذين ينشأ عندهم فم جاف- بشكل خاطئ حلوى النعناع، أو الحلوى المنكهة بالحمضيات؛ من أجل تخفيف الأعراض. وينبغي أخذ تاريخ طبي كامل، وطرح الأسئلة النوعية التي تُظهر أعراض متلازمة شوغرين، مثلاً: هل عينيك جافة؟ هل لديك التهاب مفصلي روماتويدي؟ وينبغي كذلك الحصول على تاريخ دوائي شامل أيضاً. وإذا كنت في شك من التأثيرات الجانبية لأي دواء طبي، فينبغي عليك الرجوع إلى مرجع، مثل كُتَيْب الوصفات القومية البريطانية، وسوف تكون أيضاً خدمة المعلومات الطبية البريطانية المحلية والإقليمية (The local and regional UK Medicines Information service) مفيدة.

لتسويس الأسنان. ويكون المريض المدرج تحت العلاج الإشعاعي على درجة كبيرة من ازدياد مخاطر تسويس الأسنان. وتقليدياً، يحدث هذا التسويس على ذروة الشرفات، وحوالي القواطع، والثلاث العنقي من تاج الأسنان. ويشكّل أخصائي الأورام، وأخصائي المعالجة الإشعاعية، وطبيب الأسنان فريقاً من مهنيي الرعاية الصحية المطلوب تضافر جهودهم؛ من أجل المعالجة الفعالة لمريض العلاج الإشعاعي. وتقييم الأسنان قبل المعالجة يعدُّ إجراء مهماً للمرضى الذين سوف يندرجون تحت المعالجة الإشعاعية، والتي قد تُؤثّر على التجويف الفموي و/أو الغدد اللعابية. وينبغي أن يكون الهدف الحصول على صحة فم جيدة للمريض قبل العلاج الإشعاعي، حيث إن الفشل في هذا، قد يُؤدّي إلى مضاعفات.

وينبغي نزع الأسنان التي تحتاج إلى قلع سريعاً كلما أمكن، ويُصح بالاتصال مع أخصائي الأورام لمناقشة وقت القلع. ويُمكن أن تجعل المعالجة الإشعاعية المريض عُرضة لنخر عظمي إشعاعي المنشأ (osteoradionecrosis)، بعد الجراحة الفموية (متضمنة قلع الأسنان، خاصة الأسنان السفلية). ويجب نزع الأسنان ذات المآل -طويل المدى- المشكوك فيه، ويُفضل القيام بذلك قبل البدء في المعالجة الإشعاعية.

وينبغي تحذير المريض من احتمال تناقص الجريان اللعابي بشكل مفاجئ وملحوظ بعد المعالجة الإشعاعية، كما يجب مناقشة تبعات ذلك على الصحة الفموية السنية مع المريض. وينبغي كذلك أن يباشر المريض برنامج وقائي مكثف، حيث إن تعليم صحة الفم يكون ذا أهمية عظيمة، كما ينبغي تقديم الإرشاد الغذائي، وكذلك وضع المعالجة بالفلورين في الاعتبار. وينبغي أيضاً أن يُدرك الطبيب أن الامتثال لهذا النظام قد يكون مشكلة، خاصة إذا لم يكن المريض محافظاً على نظام العناية الشخصي للفم قبل المعالجة الإشعاعية، ومن ثمَّ ينبغي أن تكون خطط العلاج واقعية. وعلاج جذور الأسنان غير منهجي عنه للمرضى المدرجين تحت المعالجة الإشعاعية. ويمكن

س ٢: ما النصيحة التي ينبغي أن تعطيتها إياها؟

يعتمد علاج تلك المريضة على السبب. وإذا أشتبته في نقص وظائف الغدة اللعابية، فحينئذٍ ينبغي إدراج المريضة لنظام وقائي مكثف (تعليمات نظافة الفم، والنصيحة الغذائية، وإمدادات الفلورين، ومُدرات اللعاب، ومن الممكن استخدام بيلوكارين). وقد تحتاج المريضة إلى الإحالة إلى قسم طب الفم، إذا أشتبته في مرض مجموعي مستبطن.

س ٣: ما السبب الأكثر تكراراً لجفاف الفم؟

إن السبب الأكثر تكراراً لجفاف الفم، تعاطي أدوية ذات نشاط مضاد للفعل الكولينيني.

مناقشة حالة (٨,٣)

إن العوامل المسببة، والعوامل المخففة في تاريخ الألم، تُوحى بوجود انسداد لقناة الغدة تحت الفك السفلي، حيث يتسبب تراكم اللعاب بالقرب من انسداد القناة في الألم والتورم. وتسوء الأعراض قبل الوجبات مباشرة، عندما يكون هناك زيادة في إنتاج اللعاب. ومن المحتمل بشكل كبير أن يكون الانسداد نتيجة وجود حصيات الغدة اللعابية (الحصوات، حصاة اللعاب)، وقد يكون هناك أسباب أخرى، مثل سدادة مخاطية، أو تضيق قنوي، أو ورم.

س ١: ما الأسئلة الإضافية التي ينبغي أن تسألها لذلك المريض؟

ربما تحتاج أن تتوسع في معرفة تاريخ الألم، ومعرفة ما إذا كان الألم ينتج عن أي منبه تذوق أو شممي آخر، ومن غير المحتمل أن يحدث الألم من تلقاء نفسه. هل الألم ثنائي الجانب؟ فإن حصوات اللعاب عادة تكون أحادية الجانب، حيث تؤثر فقط على غدة لعابية واحدة.

س ٢: كيف يمكنك فحص ذلك المريض؟

ينبغي أن تقوم بجس الغدة تحت الفك السفلي، وكذلك جسّ قناة الغدة اللعابية في كل من داخل الفم وخارجه (الجس باليدين). وينبغي كذلك مقارنة حجم الغدة اللعابية بنظيراتها في

الجانب المقابل، وينبغي أيضاً جس القناة للكشف عن وجود حصوات، أو أي عدم انتظام في محيط شكلها الخارجي، أو في اتساقها. وقد تكون الصورة الشعاعية الإطباقية البسيطة مفيدة في تحديد الحصوات، ومع ذلك، فلا تبدو كل الحصوات معتمة شعاعياً. وربما يستلزم الأمر القيام بعمل تصوير للقناة اللعابية، لتحديد مكان الانسداد. والمسح الومضاني يعدّ تقييماً وظيفياً لنشاط الغدة اللعابية، وهو ذو قيمة تشخيصية محدودة. وربما يكون التصوير بالموجات فوق الصوتية مفيداً، لتحديد مكان أي انسداد، ووجود الحصوات، وربما يشير أيضاً إلى وجود ورم داخل الغدة أو خارجها.

س ٣: كيف يمكنك معالجته؟

يعتمد العلاج على سبب الانسداد. وينبغي إحالة المريض إلى تصوير الغدة اللعابية، ونزع الانسداد، كما يمكن أحياناً أن يتم "حلب" حصوة القناة اللعابية بنجاح على امتداد القناة، ويتم إخراجها عن طريق الفوهة. ويمكن نزع الحصوة الموجودة في قناة تحت الفك السفلي، والتي تكون سطحية بطول قاع الفم، عن طريق شق المخاطية الممتدة فوقها، مع توخي الحذر؛ حتى لا تضرّ العصب اللساني. وغالباً يُترك الشق بدون خياطة؛ لتقليل احتمالية انسداد القناة نتيجة التندب. ويُستخدم تفتيت الحصاة (lithotripsy) للحصيات اللعابية الكبيرة، كما يستلزم الاستئصال الجراحي للغدة اللعابية تحت الفك السفلي، إذا كانت مصابة بشدة، ويصاحبها أعراض مستديمة.

س ٤: هل من المحتمل أن يشكو هذا المريض من فم جاف؟

في المرضى الأصحاء، من غير المحتمل أن يتسبب جفاف الفم من حالة تُصيب واحدة فقط من الغدة اللعابية الكبيرة، حيث إنه يكون عادة عرضاً لمرض متعدد الغدد.

مشروع

١- قم بالبحث عن المظاهر السريرية والملامح المرضية للأنسجة، وكيفية معالجة الأورام التي قد تُصيب الغدة اللعابية.

فرط النمو الالتهابي، والآفات النمائية والحميدة، وتصبغ مخاطية الفم (Inflammatory overgrowths, developmental and benign lesions, and pigmentation of the oral mucosa)

- فرط النمو الالتهابي (Inflammatory overgrowths)
 - الأورام اللثوية (Epulides)
 - السليلة الليفية الظهارية (Fibroepithelial polyp)
 - حُبيوم بدلات الأسنان (ورم بدلات الأسنان الحبيبي) (Denture granuloma)
 - فرط التنسج الظهاري البؤري (مرض هيك Heck`s disease)
- الآفات النمائية (Developmental lesions)
 - الأورام العابية (Hamartomas)
 - الآفات النمائية البيضاء (Developmental white lesions)
- الأورام الحميدة (Benign neoplasms)
 - الورم الحليمي ذو الخلايا الحرشفية (Squamous cell papilloma)
- حالات حميدة متنوعة (Miscellaneous benign conditions)
 - التقران الرضحي (Traumatic keratosis)
 - التهاب الفم النيكوتيني (Nicotinic stomatitis) (حنك مدخني الغليون pipe-smokers` palate)
 - الوذمة البيضاء (leukoedema)
- تصبغ مخاطية الفم (Pigmentation of the oral mucosa)
 - أوشام المُلغم (Amalgam tattoos)
 - التصبغ الميلاني للمخاطية الفموية (Melanotic pigmentation of oral mucosa)
 - الأورام الميلانيَّة (الميلانوم) الفموية (Oral melanoma)