

أمراض الغدد اللعابية Salivary Gland Disease

جي. دي. لانقندن

- تشريح الغدة تحت الفك (submandibular gland) والمثلث تحت الفك السفلي (submandibular triangle).
- دور ووظيفة اللعاب والأسباب المؤثرة على إفرازه وعلى تركيبته.
- تصنيف اضطرابات الغدد اللعابية.
- إذا كنت تشك بمدى كفاءتك فيما سبق فننصحك بمراجعتها قبل الشروع في قراءة هذا الفصل، أو الاستعانة بمراجع مناسبة عند الحاجة إلى ذلك.
- تمثل أمراض الغدد اللعابية أهمية خاصة في التشخيص التفريقي لانتفاخات الوجه.
- يعد التهاب النكفية الفيروسي (mumps) أكثر أسباب انتفاخ الغدة النكفية انتشاراً.
- على الرغم من تزايد الشكوى من جفاف الفم إلا أن هذا نادراً ما يكون بسبب أمراض الغدد اللعابية.
- تصاب الغدد اللعابية الكبرى منها والصغرى بالعديد من الأورام الحميدة والخبيثة، وتقدر الأورام العقدية متعددة الأشكال في الغدة النكفية (pleomorphic adenoma) بحوالي ٧٥٪.

نتائج التعليم المقصودة

بنهاية هذا الفصل يمكنك القيام بالتالي:

- ١- تمييز الصفات السريرية لالتهابات الغدد اللعابية من غيرها.
- ٢- التفريق بناء على المعطيات السريرية بين التهابات الغدد اللعابية وانسداد القنوات ونشوء الأورام الحميدة والخبيثة.

المعرفة المفترضة

- يجدر بك في هذه المرحلة أن يكون لديك المعرفة العلمية، والمهارة العملية في المجالات التالية:
- تشريح الفم.
 - تشريح الغدة النكفية (parotid gland) والحفرة تحت الصدغ (infra-temporal fossa).

٣- اختيار الفحوصات المناسبة لاضطرابات الغدد اللعابية وتقييم النتائج.

٤- وصف المعلومات الهامة ذات العلاقة الواجب معرفتها من المرضى المصابين باضطرابات الغدد اللعابية.

٥- تحديد الحالات التي تتطلب الإحالة لطبيب اختصاصي لإبداء الرأي.

٦- وصف أسباب جفاف الفم والتمييز بين الأسباب العضوية والأسباب الوظيفية.

التشريح الجراحي

الغدة النكفية

تُعد الغدة النكفية (parotid gland) الأكبر في مجموعة الغدد اللعابية، ويختلف حجمها بين الأفراد إلا أن كلتا الغدتين تشابهان في الشخص الواحد. وعلى الرغم من أنها تنشأ جنينياً من غدة بفص واحد إلا أنها تميز تشريحياً بفصين أحدهما سطحي والآخر عميق، ويتحدد ذلك من علاقتهما بالعصب الوجهي. ويغطي الفص السطحي من الخارج باللفافة حول النكفية (preparotid fascia) ثم الطبقة الشحمية والجلد، ويقع القوس الوجني والمفصل الفك السفلي الصدغي في الجهة العليا بينما تظهر في المقدمة العضلة الماضغة وفي المؤخرة الصباخ السمعي الظاهر الغضروفي والتتؤ الخشائي (mastoid process) والعضلة القصية الترقوية الخشائية (sternocleidomastoid muscle)، ويحيط ببرزخ الغدة (isthmus) من الأمام الرأد الصاعد، ومن الخلف البطن الخلفي للعضلة ذات البطنين (posterior belly of digastric muscle).

أما الفص العميق فيقع خلف العضلة الجناحية الأنسية (medial pterygoid muscle) وأمام الجهاز الإبري

(styloid apparatus) والوريد الوداجي الباطن (internal jugular vein). ويتخذ سطح الغدة العميق موقعه مباشرة فوق الحفرة اللوزية (tonsillar fossa)، ويمكن لأورام الفص العميق أن تظهر ككتلة لوزية. أما العصب الوجهي فيخرج من الثقب الإبرية الخشائية (stylomastoid foramen) خلف النقي الإبري ويخترق الغدة النكفية من الخلف ليكون أقرب إلى السطح الخارجي قبل أن ينقسم إلى فرعين، أكبرهما العصب الوجني الصدغي وأصغرهما العصب الشدقي العنقي، وخلال مرورهما إلى الأمام بين الفص السطحي والفص العميق من الغدة النكفية يتفرعان إلى خمسة فروع: الصدغي (temporal) والوجني (zygomatic)، والخدي (buccal)، والفكي السفلي (mandibular)، والعنقي (cervical). وتخرج القناة اللعابية الرئيسية من الفص السطحي وتوجه أفقياً إلى الأمام بالتوازي مع العصب الخدي الوجهي في توافق مع الخط الوهمي الذي يصل بين زئمة الأذن (tragus) والنقطة المنصفة للمسافة بين الجناحي الأنفي (alar) وركن الشفتين (commissure). وتعتبر القناة بعد ذلك العضلة الماضغة أفقياً، وتخترق العضلة المبوقة (buccinator muscle) بزاوية قائمة إلى داخل الفم بجوار الحليمة النكفية (parotid papilla) الواقعة مقابل الرحي العلوية الثانية.

الغدة تحت الفك

تتكون الغدة تحت الفك (submandibular gland) من فصين أحدهما سطحي والآخر عميق ويطلق أحدهما الآخر حول النهاية الخلفية للعضلة الضرسية اللامية (mylohyoid muscle)، ويقع الفص السطحي الأكبر في الثلث تحت الفك السفلي، ويغطي باللفافة الرقبية العميقة (cervical fascia) والعضلة الجلدية للعنق (platysma muscle) ثم الطبقة الشحمية والجلد. ويسلك العصب

الإضافية (accessory lobes) والنشوء المنبوذ (ectopic development) وانعدام التكوين (agenesis) ورتق القناة (duct atresia) والناسور الخلقي (congenital fistula) ولا تشكل هذه الاضطرابات النادرة في الغالب أي مشكلة لطبيب الأسنان.

الاضطرابات الالتهابية

الالتهابات الفيروسية

يتسبب النكاف (الشكل ١، ١٤) في غالبية انتفاخات الغدة النكفية المؤلمة عند الأطفال، ويعد هذا الالتهاب من الأمراض المستوطنة في المناطق المتحضرة، ويتشتر عن طريق الرذاذ المتطاير من لعاب الشخص المصاب. تبدأ دورة المرض بالدور البادري/ دور الكمون (prodromal period) في اليوم الأول أو الثاني من الإصابة، حيث يشعر الطفل بارتفاع في درجة الحرارة، وارتجاف، وغثيان، وصداع، وعدم الرغبة في الأكل، ويتبع هذا شعور بالألم وانتفاخ إحدى الغدتين أو كليهما، ويكون الألم أحياناً شديداً جداً، وخصوصاً مع الأكل والشرب. وتبدأ الأعراض غالباً في الاختفاء بعد ٥ - ١٠ أيام، ويعتمد التشخيص للحالات التقليدية على التاريخ المرضي والفحص السريري، وخصوصاً إذا أشار التاريخ المرضي إلى اتصال الطفل بشخص مصاب، ويكفي الاعتماد على ملاحظة انتفاخ الغدة النكفية في كلا الجانبين، ولكن المرض قد يظهر بشكل لا نمطي، أو مشتب، أو مقتصر على جهة واحدة أحياناً، وقد يمتد إلى الغدة تحت الفك. ويستدل على الالتهاب في هذه الحالة بوجود الأجسام المضادة ضد مستضد النكاف (IGM) في الدم بعد مدة ١١ يوماً من الإصابة، ويمكن استخلاص الأجسام المضادة من اللعاب، وتمنح الإصابة لمرة واحدة مناعة مدى الحياة.

الفكي السفلي (الفرع الخامس من العصب الوجهي) طريقه فيلتف من تحت النهاية السفلية للفك السفلي ويتمركز على السطح العميق لللفافة الرقبية، وربما يقع أحياناً بين اللفافة الرقبية والعضلة الجلدية للعنق. وتفصل ألياف جهاز نظير الودي المنبهة للإفراز (parasympathetic secretomotor) الفص العميق من الغدة تحت الفك عن العصب اللساني (lingual nerve) وعقدة تحت الفك (sublingual ganglion)، وينبغي فصل هذه الألياف دون الإضرار بأجزاء العصب اللساني الحسية عند استئصال الغدة. وبينما يعبر العصب تحت اللسان (hypoglossal nerve) بالقرب من نهاية الفص العميقة تخرج قناة الغدة من الطرف الأمامي للفص العميق وتنتجه إلى الأمام في قاع الفم لتتقاطع مع العصب اللساني عند انحنائه إلى المنتصف قبيل تعصيب اللسان.

الغدة تحت اللسان

تتألف الغدة تحت اللسان (sublingual gland) من مجموعة مركبة من الغدد اللعابية الصغيرة، وتحتل الجزء الأكبر من تحت المخاطية الفموية لقاع الفم، لتمتد إلى الخلف حتى منطقة الرحي الثانية، وتحتل جزءاً من الحفرة تحت اللسان في الفك السفلي فوق خط الضرس اللامي (mylohyoid line) وتتصل الغدة مع قاع الفم عن طريق أكثر من عشرين قناة صغيرة إلا أن بعضها يتصل مباشرة بقناة الغدة تحت الفك. وينصح بتصنيف اضطرابات الغدد اللعابية على أساس المنخل الجراحي نظراً لكثرة تعدد حالاتها (انظر الفصل ٢).

الاضطرابات النائية

تشمل هذه المجموعة عدداً من الاضطرابات النائية (developmental disorders) مثل الفصوص

حديثي الولادة والرضع إلا أنه من المعتقد أنه التهاب غددي داخل الرحم، وتظهر أعراضه بعد الولادة.

التهابات البكتيرية

يصيب التهاب الغدة اللعابية البكتيري الصاعد الحاد (acute ascending bacterial sialadenitis) في الغالب الغدد النكفية (الشكل ١٤، ٢)، ولقد عرف هذا التهاب قديماً في المرضى الذين يعانون من الجفاف والذنف (cachexia) بعد الجراحات الباطنية الكبرى جراء امتناعهم عن الأكل والشرب (nil by mouth- NPO)، فانهخفاض إفراز اللعاب وإنتان الفم يشكلان عوامل مساعدة على التجمع البكتيري داخل القناة، ومن ثم اختراق متن الغدة النكفية (paranchyma). ولقد لوحظ مؤخراً انخفاض معدل الإصابة بهذا الالتهاب نظراً لتطور أساليب المحافظة على صحة الفم في المستشفيات وتضاؤل تعرض المرضى للجفاف.



الشكل (١٤، ٢). يصيب التهاب الغدة النكفية البكتيري الصاعد في الغالب المرضى اليافعين وكبار السن دون أي من العوامل المحرصة.



الشكل (١٤، ١). لا تقتصر إصابة النكاف على الغدة النكفية، وقد يمتد إلى الغدة تحت الفك.

يعالج النكاف بعلاج أعراضه عن طريق أخذ مسكنات الآلام، وخافضات الحرارة، وزيادة تعاطي السوائل، وتعد الاختلاطات الخطيرة، مثل التهاب الخصية (orchitis)، والمبايض (oophoritis)، والتهاب السحايا، والدماع (meningoencephalitis) نادرة في الأطفال ولكنها قد تحدث مع الكبار. ولقد لوحظ مؤخراً انخفاض معدل إصابة الأطفال بالنكاف نتيجة التطعيم ضد النكاف والحصبة بما فيها الحصبة الألمانية في سن مبكرة. وعلى الرغم من هذا، فإن من الحكمة افتراض الإصابة بالنكاف لطفل محموم وقلق ويعاني من تضخم الغدة اللعابية، علماً أن هناك العديد من الفيروسات التي قد تسبب علامات وأعراض مشابهة للنكاف، مثل فيروس كوكساي أ وب (coxsackie viruses) وفيروس نظير النزلة الوافدة (parainfluenza viruses) ١ و ٣، والفيروس الإيكوي (enteric cytopathic human orphan virus - ECHO)، والتهاب السحايا والمشيمات اللمفاوي (lymphocytic choriomeningitis). ومع أن داء مضخم الخلايا الاشتعالية (cytomegalic inclusion disease) يصيب الأطفال

محقنة بإبرة ذات قطر واسع. ويفضل إجراء التصريف في بيئة معقمة تحت التخدير العام. كما يجب العناية بالعصب الوجهي عند إجراء الشق الجراحي وعدم تعريضه للضرر، ويتحقق ذلك بشق الجلد فقط، ومن ثم إكمال العملية بالتسليخ الكليل باستخدام ملقط الجيوب (sinus forceps)، وينصح بترك المصرف المطاطي لمدة ٢٤ ساعة، ومن الجدير بالذكر أن الجراح تندمل بعد ذلك دون ظهور ناسور لعابي (salivary fistula) أو أي مشاكل أخرى تذكر.

يشاهد التهاب الغدد البكتيري المزمن بنسبة أكبر في الغدة تحت الفك نتيجة للانسداد المزمن (انظر لاحقاً). ولسوء الحظ فإن الغدة تحت الفك ليس لها القدرة على الشفاء؛ ولذلك يتحتم استئصالها بعد السيطرة على الأعراض الحادة بالمضادات الحيوية، وتجري العملية في المستشفى تحت التخدير العام ويتوجب مراعاة العصب الفكي الوجهي، أحد فروع العصب الوجهي عند إجراء الشق الجراحي وكذلك العصب اللساني عند تحريك الغدة أو ربط القناة، وأخيراً العصب تحت اللساني عند فصل الغدة من قاع المثلي تحت الفك. أما التهاب الغدد اللعابية المصلب المزمن (chronic sclerosing sialadinitis) فيصيب الغدد تحت الفك بعد الالتهاب الجرثومي المزمن طويل المدى، وينتج عنه الضمور المترقي (progressive atrophy) والتليف، لتصبح الغدة بعد ذلك أشبه بكتلة صغيرة متحجرة تتحول فيها بعد إلى تكلس حثلي (dystrophic calcification) ويطلق على هذه الظاهرة في منطقة تحت الفك بورم كوتنر (Kuttner tumour)، علماً أن استخدام مصطلح ورم بمعناه الحرفي هنا يعني كتلة، وليس ورماً سرطانياً.

وعلى الرغم من أن المرضى الذين يعانون من التهاب الغدة البكتيري الصاعد يتمتعون عادة بصحة تامة وهم في ريعان شبابهم، ولا تبدو عليهم مسببات المرض، إلا أن الالتهاب يبدأ عادة بانتفاخ مؤلم واحمرار فوق الغدة النكفية في الساعات الأولى مع الشعور بالتوعك، وارتفاع درجة الحرارة وتضخم الغدد اللمفية الموضعية، ويزداد الألم عند محاولة الأكل أو الشرب، ويمكن أن يظهر انتفاخ الغدة منتشرًا، ولكنه يتمركز في الغالب على أطراف الغدة السفلى، ويفترض أن الالتهاب يتجمع تحت تأثير الجاذبية.

أما اللعاب فيبدو غائماً ومعكراً بعد تدليك الغدة، ويجب هنا تجميعه وزراعته مخبرياً، إذ عادة ما تكون الجرثومة المسببة هي البكتيريا العنقودية الذهبية (*staphylococcus aureus*) أو العقدية المخضرة (*streptococcus viridans*)، وخلال هذه الفترة من الالتهاب الحاد يحذر تصوير القناة اللعابية، إذ يمكن للمادة الملونة أن تسبب تخرثم الدم (bacteremia) عند حقنها من خلال القناة، ويكتفى غالباً بالتصوير فوق الصوتي، والذي يظهر مميّزاً عادة بتوسع عنيبات الغدة (acinae).

يُسيطر على الالتهاب بالمضادات الحيوية في مراحله المبكرة وقبل تكون الخراجات، ويجب ألا ينتظر الطبيب نتيجة المزرعة. وينصح بإعطاء المريض توليفة من البنسلين واسع الطيف، مثل عقار الإمبريسيلين، والمركبات المقاومة لإنزيم البنسليناز (penicillinase)، مثل الفلوكلوكسيلين (flucloxacillin) واللذان أثبتا بكل تأكيد فعاليتها لمن لا يعاني من التحسس ضد البنسلين. ويستدل من علامات تموج سطح الغدة تكون الخراج، ويستوجب في هذه الحالة تصريف القيح إما مباشرة بالشق الجراحي وإما عن طريق رشف القيح بواسطة

الغدة اللعابية، والتي تظهر عادة مميزة بتوسع القناة اللعابية المنقط (punctuate sialectasis) المماثل لعاصفة ثلجية في سماء ليل مظلم (الشكل ٣، ١٤).



الشكل (٣، ١٤). يظهر توسع القناة اللعابية المنقط، والمميز لالتهاب النكفية الطفولي الناكس كعاصفة ثلجية.

أما علاج هذه النوبات فيعتمد تقليدياً على المضادات الحيوية، وقد تنخفض الأعراض في فترة تتراوح ما بين ٣-٥ أيام، وتعاود النوبات الظهور مرات أخرى مما يستدعي إعطاء المضادات الحيوية الوقائية لمدة قد تطول لأكثر من عدة أشهر إلى سنوات، ومع ذلك فإن الأعراض تختفي أحياناً مع سن البلوغ إلا أن بعض المرضى قد يعانون من التهاب الغدة البكتيري المزمن لاحقاً في حياتهم.

التهاب الغدة اللعابية الجرثومي الحاد

- يُحظر تصوير الغدد في الأطوار الحادة للالتهاب.
- يجب زرع اللعاب المستخلص من فتحة قناة الغدة.
- يجب البدء بالمضادات الحيوية واسعة الطيف والمقاومة للبنسليناز.
- يجب تصريف القيح جراحياً إذا ظهرت علامات التمدد.
- ينصح بتناول كميات كبيرة من السوائل.
- يشرع في تصوير الغدد بعد اختفاء الأعراض لتقييم وظيفتها.

التهاب الغدة النكفية الطفولي الناكس

يصنف التهاب الغدة النكفية الطفولي الناكس (recurrent parotitis of childhood) ككيان مرضي مستقل، ولا يعرف الكثير عن أسبابه أو عواقبه، ولكنه يتميز بسرعة الانتفاخ لواحده من الغدد النكفية. وفي الغالب يكون مصحوباً بالألم وصعوبة المضغ، وأعراض عامة أخرى كارتفاع درجة الحرارة، والشعور بالتوعك، وقد تصاب الجهة المعاكسة لاحقاً بعد نوبة الغدة النكفية أحادية الجانب. وتستمر النوبة لمدة تتراوح ما بين ٣-٧ أيام يعاني فيها المريض من الألم والانتفاخ ويعقبها فترة من الهدوء تستمر عدة أسابيع إلى عدة أشهر، وقد تتعاقب الالتهابات مما يجعل الطفل يتغيب عن المدرسة عدة أيام، ويحدث هذا عادة ما بين الثالثة والسادسة من العمر، وقد أثبتت الدراسات إصابة أطفال رضع يصغرون عن ٤ أشهر من العمر. يعتمد تشخيص هذا الالتهاب على خصوصية التاريخ الطبي، ويؤكد التشخيص في الغالب بتصوير

التهاب الغدد اللعابية المرتبط بنقص المناعة المكتسب يتصف التهاب الغدة النكفية المرتبط بنقص المناعة المكتسب (HIV-associated sialadenitis) بصفات مرضية مميزة، ويشابه إلى حد ما التهاب الغدة النكفية المزمن عند الأطفال، ولكن يغلب عليه في الكبار ظهور متلازمة جفافية (sicca syndrome) وارتشاح لعابي لمفاوي (lymphocytic infiltration)، وتشابه علامات المرض التقليدي مع متلازمة شوغرن (sjögren's syndrome)، انظر لاحقاً. ويستدل في الغالب على وجود المرض من ظهور علامات جفاف الفم والعين، وانتفاخ الغدد اللعابية المصاحب لتضخم العقد اللمفية، ولقد وصفت اللمفومة (lymphoma) المرتبطة بنقص المناعة المكتسبة في بعض المرضى على أنها انتفاخ للغدد اللعابية. أما المظهر النسيجي فيشبه إلى حد ما متلازمة شوغرن وقد يصعب التفريق بينهما إلا أن الأضداد الذاتية (autoantibodies) بما فيها المضاد النووي (antinuclear) والعوامل الروماتويدية (rheumatoid factors) وأضداد SS-A و SS-B تغيب عنها حتى إذا كان المريض يعاني أساساً من اضطرابات النسيج الضامة.

أما الشكل الآخر لظهور أمراض الغدد اللعابية في مرضى نقص المناعة المكتسب فهو وجود أكياس متعددة في الغدة النكفية، وتسبب هذه الأكياس عادة في انتفاخ جسيم للغدة ينتج عنه تشوه في الوجه، ويظهر التصوير بالأشعة المقطعية أو الرنين المغناطيسي (الشكل ٤، ١٤) الغدة النكفية بشكل الجبن السويسري (Swiss cheese)، وقد لا يشتكي المريض من الألم، ولا يتأثر إفراز اللعاب وتقتصر الحاجة إلى الجراحة في أمل لتحسين الشكل الخارجي.

الإنذانات الخاصة: التهاب الغدد اللعابية الورمي الحبيبي تنشأ انتفاخات الغدد اللعابية أحياناً بسبب العدوى المتفطرة (mycobacterial infection)، ومرض خدش القطعة (cat-scratch disease)، والزهري (syphilis)، وداء المقوسات (toxoplasmosis) والفطريات (mycoses)، والغرناوي (sarcoid) وورم ويغري الحبيبي (Wegener's granulomatous) وغيرها من أورام للغدد اللعابية الحبيبية (granulomatous sialadenitis).

التهاب الغدد اللعابية التحسسية

تسبب مهيجات تفاعلات الحساسية أحياناً في انتفاخات الغدة النكفية الحادة، ولقد تم التعرف على العديد من التهابات الغدد اللعابية التحسسية (allergic sialadenitis) ولعل بعضها يعود إلى الأطعمة وأخرى إلى الأدوية، مثل عقار كلورامفينيكول (chloramphenicol) والتتراسيكلين، وكذلك المعادن الثقيلة أمثال النيكل إضافة إلى ما يسببه الطلع (pollens) من تهيجات تفاعلية.

التهاب الغدد اللعابية الإشعاعي

تصاب الغدد اللعابية المعرضة للمجال الإشعاعي بالتهاب الغدة النكفية الإشعاعي الحاد (radiation sialadenitis) بعد ٢٤ ساعة من بدء العلاج، وتبدأ التغيرات بانتفاخ الغدة والشعور بالألم وارتفاع إفراز الغدة للأميلاز (amylase)، ويقل إفراز اللعاب، وتخفي الأعراض على الأرجح خلال اليومين أو الثلاثة الأولى على الرغم من استمرار العلاج الإشعاعي. ويعتبر الالتهاب في حد ذاته قابلاً للشفاء ذاتياً، ويختلف اختلافاً جذرياً عن ظاهرة ضمور الغدة الدائم إشعاعي المنشأ (permanent radiation atrophy) والذي يحدث نتيجة العلاج الإشعاعي بجرعة تزيد عن ٤٠ جاماري، ويتميز بسرعة نشأته بعد إكمال العلاج وارتباطه بجفاف الفم.

واقترن ظهورها على الحنك الصلب بين خط المنتصف والحواف اللثوية للأرحاء، ونظراً لتشابهها مع الأورام السرطانية، حيث تبدو القرحة التي قد يصل قطرها إلى ٣ سم متقرحة في المنتصف وبحواف حماموية وبارزة (erythematous margins)، فإن التشخيص يقتضي الفحص النسيجي، وقد يستغرق الشفاء مدة تتراوح ما بين عشرة أسابيع إلى اثني عشر أسبوعاً، ومع ذلك يعتبر هذا الالتهاب ذاتي الشفاء وتتطلب السيطرة على الألم أثناء تناول الطعام تصنيع غطاء متحرك للحنك.



الشكل (٤، ١٤). صورة بالرنين المغناطيسي لأكياس كبيرة متعددة في الغدة النكفية، وتظهر تقليدياً كالجبين السوسيري.

ملخص الاضطرابات الالتهابية

- النكاف هو المسبب الرئيس لالتهاب الغدة النكفية الحاد.
- يرتبط الالتهاب البكتيري الصاعد الحاد بالجفاف والدف.
- يشاهد التهاب الغدة النكفية الناكس في مرحلة الطفولة.
- تسبب الالتهابات الخاصة انتفاخات الغدة اللعابية.
- يعد التحسس للأطعمة والأدوية والمعادن أحد أسباب انتفاخات الغدة رغم ندرة حدوثه.
- يسبب العلاج الإشعاعي التهاب الغدة النكفية.
- يرتبط التهاب الغدة النكفية بمرض نقص المناعة المكتسب.

الانسداد والإصابات الرضحية

انسداد الحليمة

تعرض أحياناً حليمة الغدة النكفية للتخريش من الأرحاء العلوية الخشنة ومن الأطقم ذات الأجنحة الطويلة، وتؤدي الإصابة إلى نشوء القروح وما يتبعها

التهاب الغدة اللعابية الصغيرة

تزامن إصابة الغدة اللعابية الكبيرة مع تغيرات نسيجية مشابهة في الغدة اللعابية الصغيرة (sialadenitis of minor salivary glands)، فمتلازمة شوغرن مثلاً تصيب بالإضافة إلى الغدة الكبيرة الغدة الصغيرة، ولذلك يتأكد تشخيص المتلازمة غالباً عن طريق الفحص النسيجي للغدة اللعابية الصغيرة. ويشاهد التهاب الفم النيكوتيني (stomatitis nicotina) عادة في المدخنين المفرطين، وهو عبارة عن التهاب مزمن للغدة اللعابية الحنكية، ويبدو سريرياً كآفات صغيرة ومتعددة تتوسطها فتحات ملتهبة بلون أحمر في المنتصف، ويحيط بها هالة بيضاء ناتجة من فرط التقرن (hyperkeratosis)، ولا تحمل هذه الاضطرابات أي خطر للتحويل الخبيث، ويمكن شفاؤها إذا ما توقف المريض عن التدخين. أما حوّل الغدة اللعابية الناخرة (necrotizing sialometaplasia) فقد وصف لأول مرة في عام ١٩٧٣م في المدخنين المزمنين واعتبرت حالة غير اعتيادية،

تظهر شفافية للأشعة ولا يمكن مشاهدتها في الصور الشعاعية الاعتيادية.



الشكل (١٤, ٥). يصاحب الحصى اللعابية في قناة الغدة تحت الفكية تقرحات في جدار القناة.



الشكل (١٤, ٦). صورة شعاعية إطباقية تُظهر الشكل التقليدي لحصى لعابية في الغدة تحت الفك.

يصاحب وجود الحصى في الغدة تحت الفك أعراض تقليدية، منها الألم، والانتفاخ المترافق مع تناول الطعام. وتظهر هذه الأعراض بسرعة خلال الدقائق الأولى نتيجة انغلاق القناة بالكامل، ولا تبرح

من التهابات وانتفاخات ينتج عنها في الغالب إعاقة لإفراز اللعاب، وخصوصاً بالتزامن مع تناول الطعام، حيث يفترض ازدياد نشاط الغدة اللعابية. إن استمرار عملية الرضخ على الحليمة سبب في نشوء ندبات وتليفات الأنسجة وما ينتج عن هذا من تضيق دائم في فتحة الحليمة (papillary obstruction)، وقد تتشابه أعراض انسداد الحليمة مع ما تسببه القرحة القلاعية (aphthous ulcer) على حليمة الغدة النكفية، إلا أن القرحة القلاعية نادراً ما تنشأ في هذه المنطقة بالتحديد. وبما أن إزالة السبب في المراحل المتأخرة لا يساعد على اختفاء المشكلة، فقد يتطلب الأمر أحياناً بضع الحليمة (papillotomy) تحت التخدير العام، ويتم هذا بعد إدخال نهاية المسبار في فوهة الحليمة ثم بعد ذلك تشطر الحليمة بالمبضع فوق المسبار مباشرة لتفتح القناة المتضيقة، ومن ثم يصرف اللعاب بحرية مطلقة.

الحصى اللعابية

تشكل الإصابة بالحصى اللعابية (sialolithiasis) في الغدة تحت الفكية حوالي ٨٠٪ من إجمالي إصابات الغدد اللعابية (الشكل ١٤, ٥)، ويشاهد ما نسبته ١٠٪ في الغدة النكفية و ٧٪ في الغدة تحت اللسان وينشأ الباقي في الغدد اللعابية الصغيرة. ويعود تعرض الغدة تحت الفك للنسبة الأعلى من الحصى اللعابية لنوعية إفرازها المخاطي وارتفاع لزوجة اللعاب.

وبما أن حوالي ٨٠٪ من الحصى تظهر في الصور الشعاعية ظليلة الشكل، فإن الصور الإطباقية كفيلة في معظم الحالات بكشف الحصى مهما كان صغرها، بشرط أن تكون بعيدة عن البنى التشريحية ظليلة الأشعة كالأسنان وعظام الفك مثلاً (الشكل ١٤, ٦). وبالمقارنة، فإن غالبية الحصى اللعابية في الغدة النكفية

and dilatation) وربما يتطلب الأمر أحياناً بضع الحليمة. أما حصى القناة فتزال عن طريق شق طولي على القناة قبل تقاطعها مع العصب اللساني في منطقة الرحي الثانية، وينصح بإغلاق القناة بغرزة كبيرة حول القناة وخلف موقع الحصى حتى لا تتسلل الحصاة إلى الخلف عند محاولة إخراجها. تحاط بعد ذلك أطراف القناة إلى أنسجة قاع الفم من أجل إبقائها مفتوحة وحتى يتحقق تصريف اللعاب، ولا ينصح بإعادة ترميم القناة إلى سابق عهدها، إذ إن مثل هذا قد يعرضها إلى التضيق (stricture). وتتطلب إزالة حصى الغدة النكفية الناشئة بالقرب من قنوات التجمع الجراحة، حيث تكشف القناة عن طريق رفع شريحة أمام الأذن (preauricular) ومن خلال شق طولي تحرر الحصى. ويمكن أحياناً استخراج الحصى بالمنظار الداخلي (falp endoscopic surgery) أو التنظير التآلقي بمصاحبة التصوير الشعاعي (fluoroscopic X-ray) عن طريق استخدام شبكات معدنية متناهية الصغر أو بالونات وعائية (angioplasty balloons).

الانسداد داخل وحول القناة

تؤدي الندبات والتليفات داخل القناة اللعابية إلى ضيق القناة وانسدادها أمام إفراز اللعاب، وتنشأ غالباً نتيجة الحصى اللعابية المزمنة، وكذلك بعد الإصابات الرضحية لقاع الفم، وقد يكون انسداد القناة كذلك ناتج عن تضخم العضلة الماضغة (massetric hypertrophy)، إذ إن القناة تضيق عند الحافة الأمامية للعضلة، ويمكن أن يسبب هذا في انسدادها عند تناول الطعام. أما الأورام اللعابية فتظهر في الغالب داخل أنسجة الغدة وتنمو عادة ببطء، وقد تضغط أو تزيج الأنسجة الغدية السليمة، ويؤدي ضغطها على قنوات

إلا وأن تختفي في غضون ساعة من الزمن مع عودة التصريف الطبيعي بعد نهاية الأكل، وقد تظهر هذه الأعراض حتى وإن كانت الحصى على مقربة من فوهة القناة. بل إن الحصى اللعابية قد تسبب في أغلب الأحيان انسداداً جزئياً في نفيير الغدة أو في القناة في قاع الفم، وفي كلتا الحالتين يشتكي المريض من انتفاخات عرضية ومضض بسيط، وربما يشتكي من كتلة متضخمة ومزمنة في الثلث تحت الفك، وقد تكون مصحوبة بنوبات من الألم الفاتر، وقد يعود هذا في أغلب الأحيان إلى الالتهابات البكتيرية المزمنة كالتهاب البكتيريا العقدية المخضرة (*S. viridans*) في القنوات المسدودة واللعاب الراكد عديم التصريف. ومع هذا، فإن تشكّل الحصى اللعابية قد يبدو عديم الأعراض، ولا يكتشف إلا بمحض الصدفة خلال الفحص الشعاعي الاعتيادي لأي سبب آخر.

إن اكتشاف الحصى في الصور الشعاعية البسيطة لا يتطلب أي فحوصات إضافية أخرى. أما إذا أُستدل على وجود الحصى من الأعراض فقط وفشلت الصور الشعاعية في إظهارها فيجب اللجوء إلى تصوير الغدد اللعابية (sialography) وقد تحمل هذه الطريقة درجة من الخطر في دفع الحصى عميقاً إلى داخل القناة لتزيد بذلك من صعوبة إزالتها لاحقاً. وفي هذه الحالة تظهر الحصى دائماً شفيفة للأشعة على هيئة عيوب في قوام المادة الظليلة (contrast medium) وكذلك في صور التفريغ التي تظهر بقاء أجزاء من المادة خلف مواقع الحصى.

تتكون حصى تحت الفك على مقربة من الحليمة في قاع الفم، ويمكن جسها خلال الفحص السريري ولا تنشأ داخل الغدة أو في النفيير إلا نادراً. وتزال الحصى من الحليمة بعد سبر القناة وتوسيعها (probing)

ولا يزيد في العادة قطر الكيس عن ١ سم، وتبدو دائماً مشدودة الأسطح ومزرقة اللون ولا طئة، وتعالج هذه الأكياس بالاستئصال بمعية الغدة أو الغدد اللعابية الصغيرة المجاورة تحت التخدير الموضعي.

أما الكيس الضفدعي (ranula) فيعتبر الأكبر من كل السلائل المخاطية الناشئة من الغدة تحت اللسان، ويبدو دائماً كانتفاخ كبير مشدود ومزرق اللون في قاع الفم، وغالباً ما يتسبب في إزاحة اللسان (الشكل ١٤، ٨).



الشكل (١٤، ٨). الكيس الضفدعي هو سلية مخاطية كبيرة تنشأ نتيجة انسداد الغدد اللعابية تحت اللسان.

وقد يندفع الكيس من خلال تفزر وسطي (dehiscence) في العضلة الضرسية اللامية إلى الفراغ تحت الذقن ليسبب انتفاخ في الجزء العلوي من منتصف الرقبة، ويدعى بذلك كيس الضفدع الغاطس (plunging ramula)، وقد يظهر الانتفاخ بالكامل في الرقبة، أو يظهر بجزئين فموي وتحت ذقني ليأخذ شكل الساعة الرملية، ويعالج الكيس الضفدعي بالاستئصال بمعية الغدة اللعابية تحت اللسان.

التجمع المجاورة إلى ازدياد مفاجئ في حجم الانتفاخ فيما يشبه إلى حد ما التغيرات الخبيثة، ولذا يجب التنويه إلى أن هذه التغيرات المفاجئة ليست بالضرورة تغيرات في حجم الورم.

السلائل المخاطية

تنشأ الأكياس الاحتباسية المخاطية (retention mucocele cyst) والأكياس التسرية المخاطية (extravasation cyst) من الغدد اللعابية الصغيرة نتيجة الإصابات الرضية للغدة أو لقناتها، وتشاهد هذه الآفات غالباً في الناحية الداخلية للشفة السفلى (الشكل ١٤، ٧) في المرضى الذين يعانون من تراكب العضة العميق (deep overbite) وكذلك في الأسطح المخاطية الخدية نتيجة بزوغ ضرس العقل العلوي نحو الناحية الخدية.



الشكل (١٤، ٧). يعد الجانب القموي للشفة السفلى المكان الأكثر إصابة بالسلية المخاطية.

يشتكى مرضى الأكياس الاحتباسية من انتفاخات متكررة تنشأ على مدى أيام أو أسابيع، وقد يستغرق ظهورها المتكرر بعد انفجارها واختفائها عدة أسابيع،

هذا المؤشر الأهم في وجود ورم خبيث في الغدة النكفية بجانب تصلب الأنسجة وتقرح الجلد، أو الغشاء المخاطي الفموي وظهور النقيطة اللحمية الموضعية. ومع ذلك، فكثيراً ما يثبت أن العصب السليم الذي لا تبدو إصابته قبل الجراحة يكون بالفعل مصاباً بالورم أثناء الجراحة. أما الآلام المصاحبة للأورام الحميدة فتنتج غالباً عن تمدد محفظة الغدة بسبب كبر حجم الورم وما يسببه من انسداد للقناة، وإعاقة لإفراز اللعاب.



الشكل (٩، ١٤). تظهر معظم أورام الغدة اللعابية الحميدة منها والخبيث كانتفاخ بطيء النمو وغير مؤلم.

الفحوص

تعد الصور المقطعية والتصوير بالرنين المغناطيسي الوسائل المثالية لفحص الأورام الغدية النكفية وتحت الفك (الشكل ١٠، ١٤)، ويعود ذلك إلى قدرتها على كشف مصدر الورم وحقيقة تركيبته الداخلية وكشف حدوده بدقة، وما إذا كان ورماً حميداً أم خبيثاً. فالأورام الحميدة تتميز بأطراف محددة بينما تبدو أطراف الورم الخبيث غامضة ومتسللة، وتوضح الصور كذلك علاقة الورم بالبنى التشريحية المجاورة، وتساعد في التخطيط للعلاج الجراحي. ولسوء الحظ،

الانسداد والإصابات الرضحية

- يعالج الانسداد بوضع الحليمة.
- تمثل إصابة الغدة تحت الفك بالحصى ٨٠٪ وتعالج بإزالة الحصى من القناة. أما إذا وجدت الحصى داخل الغدة فعندها تستأصل الغدة بمجملها.
- تسبب الإصابات الرضحية ضيق القناة، وتعالج باستئصال الغدة بالكامل.
- تشاهد السلائل المخاطية بنسبة كبيرة في الشفة السفلية، وتعالج بالاستئصال بمعية الغدة الصغيرة المتسببة في الانتفاخ.

أورام الغدة اللعابية

تمثل أورام الغدة اللعابية ما نسبته ١,٢٪ من جميع أنواع الأورام، ولقد صنف أورام الغدة اللعابية من قبل منظمة الصحة العالمية (WHO) في نشرتها عام ١٩٩١م على أساس مصدر الأنسجة إلى أورام ظهارية المصدر أو أورام لا ظهارية المصدر، إضافة إلى مجموعة أخرى خارج التصنيف ومجموعة متحالفة، وهي التي لاتعد بالضرورة أوراماً إلا أنها تشبه الورم كونها تسبب انتفاخات موضعية.

المظهر السريري

تظهر معظم أورام الغدة اللعابية ككتل بطيئة النمو ويستغرق ظهورها سنوات عدة (الشكل ٩، ١٤). وتتصف الأورام الخبيثة منها كذلك ببطء النمو، ولسوء الحظ فإن الإحساس بالألم مؤشر لا يعول عليه كثيراً في تشخيص الأورام الخبيثة، إلا إذا تسلل الورم إلى الأعصاب الحسية. ويعتبر تسلل الورم إلى العصب الوجهي السبب المباشر في الشلل الوجهي، ولذلك يعد

ولا يبرر أخذ الخزعات الجراحية في مسعى لتشخيص الأورام الغدية إلا وجود تقرحات أو ارتشاح جلدي. أما الأورام الغدية اللعابية الصغيرة وخصوصاً ما ينشأ في الحنك فيميل أكثرها إلى أن يكون ورماً خبيثاً؛ ولذلك يتحتم بالضرورة أخذ عينة شقية دون الحاجة إلى فتح المستويات الجراحية للأنسجة المحيطة. وتعتبر الخزعة الشفطية (انظر الفصل ٨) طريقة آمنة وبديلة للاختراع المفتوح في الغدد اللعابية الكبيرة، وقد ثبت أن انتشار الخلايا السرطانية عند استخدام إبرة شفط لا يزيد وسعها عن قياس ١٨، غير ذي أهمية. ومع ذلك، فإن الادعاء بأن هذه الطريقة تتمتع دائماً بدقة وخصوصية عالية بجانب للصواب، إذ أن الخطأ في أخذ العينات يتعدى أحياناً تلافيه. إن العديد من الأورام الغدية غير متجانس؛ ولذلك يجب تقطيعه بعد الاستئصال إلى شرائح عديدة وذلك للبحث عن أي مناطق تشخيصية حاسمة.



الشكل (١٠، ١٤). ورم غدي متعدد الأشكال وبحجم كبير نسبياً في الفص الداخلي للغدة النكفية.

فإن هذه الأساليب تعجز عن تحديد علاقة العصب الوجهي بالغدة النكفية بدقة، وفيما إذا كان الورم سطحي المستوى أو عميقاً بالنسبة للعصب الوجهي. ولذلك يُركنُ عملياً إلى تتبع مستوى العصب ومساره الثابت بعد خروجه من الثقب الأبرية الحشائية، حيث يميل إلى أن يكون سطحياً عند عبوره إلى الأمام فوق العضلة الماضغة. أما التصوير الغدي فهو محدود الفائدة في فحص الأورام الغدية كونه لا يميز بين الأورام الحميدة والأورام الخبيثة، ولا يفرق بين الفص السطحي والفص العميق من الغدة النكفية، ما عدا كشفه للآفات الشاغلة لحيز الفراغ التشريحي (space occupying lesions). ويتميز التصوير بالموجات فوق الصوتية بسهولة التطبيق وانخفاض التكلفة وتلاشي الضرر، وتتجلى فائدته في تصوير الغدة النكفية، حيث يمكن عن طريق تتبع الصدى التفريق بدرجة عالية من الدقة بين الورمين الأكثر انتشاراً في النكفية. ولعل التصوير بالنظائر المشعة باستخدام تكنيشيوم بيرتكنيتات (technetium pertechnetate) غير فعال إذ تبدو نتائجه دوماً غير منطقية.

أما أخذ الخزعة الجراحية الداخلية للأورام اللعابية فيعد أمراً محظوراً، حيث إن حوالي ٧٥٪ من أورام الغدة النكفية و ٥٠٪ من أورام الغدة تحت الفك تكتشف لاحقاً على أنها أورام غدية متعددة الأشكال (pleomorphic adenoma). وحيث إن هذا الورم يتميز بسطحه المشدود وضعف محفظته فإن انتشار خلاياه إلى المستويات التشريحية المجاورة في حال الشق الجراحي أمر وارد، ويترتب على هذا صعوبة في استئصال الخلايا الخبيثة المتناثرة فيما بعد، وقد ينشأ جراء ذلك العديد من الأورام الأولية والمنتكسة على مدى السنين القادمة.

بحوالي ١٠٪ من الأورام، وتشكل الأورام الخبيثة الثلث منها، وبالمقابل فإن أورام الغدد اللعابية الصغرى تمثل ١٥٪ ويحتمل أن يكون نصفها خبيثاً. وتشكل أورام الغدد تحت اللسان نسبة ضئيلة (٣, ٠ ٪)، ويغلب على معظمها الخباثة. وعلى العموم، فإن الأورام الحميدة، مثل الورم الغدي (adenoma)، والأورام الخبيثة كالسرطان الظهاري (carcinoma) تنشأ جميعاً في الغدد اللعابية.

الورم الغدي

من بين كل الأورام الغدية الحميدة التي تم وصفها يتكرر ظهور الورم الغدي متعدد الأشكال وورم وراثين أكثر من غيرهما، ويشاهد الورم الغدي متعدد الأشكال في كل الأعمار، ويقدر متوسط أعمار المرضى باثنتين وأربعين سنة، وتتساوى الإصابة بين الجنسين. ويمثل الورم الغدي متعدد الأشكال ما لا يقل عن ٧٥٪ من أورام الغدة النكفية وأكثر من ٥٠٪ من الغدة تحت الفك وبأقل من ذلك في الغدد اللعابية الصغيرة. ويتخذ هذا الورم بنية غضروفية بسطح غير منتظم وذو نتوءات، ولا تتعرض المخاطية الحنكية فوق الورم للتقرحات إلا نادراً. وعلى الرغم من أن التحول السرطاني للورم متعدد الأشكال ليس بالأمر الشائع وقد يأخذ ذلك سنين عدة إلا أن المرضى ينصحون بالخضوع لاستئصال الورم جراحياً.

ويمثل ورم وراثين في الغدة النكفية فقط ما نسبته ١٥٪ من جميع الأورام، ويصيب عادة كبار السن ويقدر متوسط أعمار المرضى بستين سنة، وشوهد هذا الورم في الماضي بنسبة أكبر في الرجال مقارنة بالنساء (١:٤) ولكن زيادة طرأت مؤخراً في إصابة النساء، وتدعم الدلائل الحديثة الاعتقاد بأن هذا الورم يرتبط بعادة التدخين. ومن المدهش أن الإصابة ثنائية الجانب في كلتا الغدتين

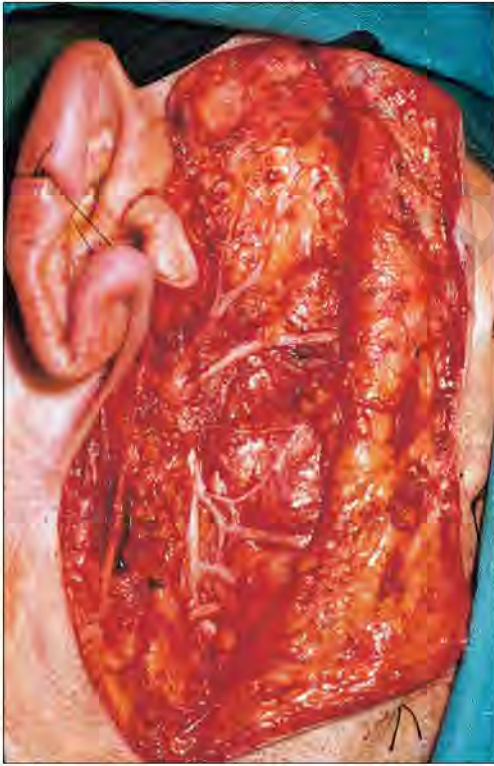
تبسيط الصفات السريرية للأورام الغدية اللعابية حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية (١٩٩١م)

- يصيب الورم الغدي متعدد الأشكال كل الأعمار، وتتساوى معدل إصابة الرجال والنساء، ويظهر الورم بنسبة ٧٥٪ في الغدة النكفية ونسبة ٥٠٪ في الغدة تحت الفك.
- يصيب ورم وراثين (Warthin tumour) الأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن ٥٠ سنة، وتقدر نسبة إصابة الرجال إلى النساء بأربعة أضعاف، ويظهر فقط في الغدة النكفية.
- يتميز سرطان الخلايا العنابية (acinic cell carcinoma) غالباً بكونه منخفض الدرجة.
- يتميز السرطان المخاطي الظهاري (mucoepidermoid carcinoma) غالباً بكونه منخفض الدرجة.
- يتميز السرطان الغداني الكيسي (adenoid cystic carcinoma) بكونه ورماً قاتلاً، ولا تزيد فترة البقاء دون نكس عن ٥ - ١٠ سنوات، ويتنشر حول الأعصاب، وكذلك إلى الرئة.
- يتميز السرطان الغدي (adenocarcinoma) والسرطان حرشفي الخلايا والسرطانات المتمايزة والسرطان الناشئ في الورم الغدي متعدد الأشكال بالمآل السيئ.
- تعد اللمفومة والأورام ذات المنشأ غير الظهاري من الأورام النادرة.

الأورام الظهارية

ينشأ حوالي ٧٥٪ من الأورام اللعابية الظهارية (epithelial tumours) في الغدة النكفية، وتشكل الأورام الخبيثة منها ١٥٪. أما ما ينشأ في الغدة تحت الفك فيقدر

الجراحي مع هوامش عريضة، وتنفرد الغدة النكفية عن غيرها بالاستئصال الجزئي السطحي (superficial parotidectomy) أو الاستئصال الكامل للغدة (total parotidectomy)، ويعتمد هذا تحديداً على موقع الورم ونوعه. ويتحتم المحافظة على العصب الوجهي (الشكل ١١، ١٤) ما لم يلاحظ مسبقاً أن هناك شللاً وجهياً في دلالة على خباثة الورم.



الشكل (١١، ١٤). يظهر العصب الوجهي مكشوقاً للعيان بعد استئصال الغدة النكفية السطحي.

أما أورام الغدة تحت الفك فتعالج باستئصال الغدة بأكملها إذا أشار الفحص النسيجي في تشخيصه النهائي إلى خباثة الورم، ويخضع المريض في العادة لعلاج إشعاعي بعد الجراحة، وتتطلب الحالات التي يتوغل فيها الورم إلى الجلد، أو الأنسجة المجاورة، أو

النكافيتين تعادل ١٠٪ وكذلك المتعددة في غدة واحدة، والجدير بالذكر أن هذا الورم لا يتحول إلى ورم سرطاني. السرطان الظهاري

يصنف سرطان الخلايا العنبيية (acinice carcinoma) والسرطان المخاطي الظهاري (mucoepidermoid carcinoma) ضمن السرطانات الخبيثة، وتتميز هذه المجموعة باحتمال التوغل الموضعي والانتشار، ولكن الفحص النسيجي يشير غالباً إلى انخفاض درجتيهما، وبذلك لا يتطلبان معالجة جذرية كما هو الحال مع الأورام العدوانية الخطرة. أما السرطان الغداني الكيسي (adenoid cystic carcinoma) والسرطان الغدي (adenocarcinoma) وسرطان حرشفية الخلايا والسرطانات غير المتمايزة (undifferentiated carcinoma) فتعرف بعدوانيتها ومآلها السيئ أياً كان علاجها، وعلى وجه الخصوص السرطان الغداني الكيسي الذي يتشر حول الأعصاب القحفية ويصل إلى الدماغ، وبذلك يشكل تهديداً على حياة المريض. وعلى الرغم من نموه البطيء إلا أن معدل البقاء لا يتعدى ٧٠٪ لمدة ٥ سنوات و ٤٠٪ لمدة ١٠ سنوات على التوالي. ويميل هذا الورم إلى الانتشار إلى الرئة لتنشأ عن ذلك أورام متعددة تعرف بقذائف المدفع (cannon ball)، والتي قد تبقى كامنة لسنوات عدة دون ظهور أعراض. أما معدل البقاء للسرطانات الأخرى التي سبق ذكرها فهو ٥ سنوات لحوالي ٣٥-٤٠٪ منها، ويحمل السرطان الناشئ من الورم الغدي متعدد الأشكال إنذار شؤم، إذ لا يتعدى معدل البقاء لأكثر من ٥ سنوات لما نسبته ٢٥٪ من المرضى.

علاج الأورام الظهارية

تعالج الأورام الحميدة والخبيثة الناشئة في الغدة النكفية أو الغدة تحت الفك بالاستئصال

اختلاطات استئصال النكفية

لا يتوقع أن يصاب العصب الوجهي بالضرر الدائم عند استئصال النكفية التحفظي بأيدٍ خبيرة، ومع ذلك فقد تظهر أحياناً درجات مختلفة من الضعف المؤقت على العصب الوجهي، والذي قد يستمر في الغالب لسته أسابيع. ويقدر حدوث هذه المضاعفة في ٣٣٪ من الحالات، ويعتقد أن هذا ناتج لفقدان الميالين (demyelination) خلال لمس العصب، أو بسبب نقص التروية الدموية للعصب بعد الجراحة. ومع هذا، فإن ظاهرة فقدان الميالين لا تعدو إلا أن تكون عارضاً وقتي، حيث يستعيد العصب طبيعته تلقائياً بعد ذلك. أما ظهور الناسور اللعابي فهو نادر جداً مقارنة بما يمكن ملاحظته من تجمعات لعابية تحت الشريحة، والتي تدعى أكياساً لعابية (sialoceles). وتستدعي هذه الأكياس أحياناً الشفط لطمأننة المريض، ويمكن عودتها في الأسابيع الأولى إلا أنها تختفي بعد ذلك دون الحاجة لأي تدخل خارجي. أما متلازمة التعرق الذوقي (gustatory sweating syndrome) والتي تعرف كذلك بمتلازمة فراي (Frey's syndrome) فتعد أحد اختلاطات استئصال النكفية، وتحدث على الأقل في ثلث المرضى، وتبدأ الأعراض في الغالب بعد ١٢-١٨ شهراً من الجراحة، حيث يشكي المريض من احمرار الجلد فوق الغدة ومن التعرق الغزير المصاحب لتناول الطعام. وتظهر الأعراض عادة خفيفة وتشتد مع مرور الوقت مما يستدعي أحياناً وضع منشفة على الكتف في الجهة المصابة لامتصاص العرق، ويعتقد أن هذه الحالة تنتج عن نمو ألياف منبه الإفراز للعصب نظير الودي على طول ألياف الغمد المياليني (myelin sheath) من العصب الودي (sympathetic nerve) للغدة العرقية الجلدية، ولصعوبة علاج هذه

يثبت فيها النقييل اللمفي (lymphatic metastasis) إلى الاستئصال الجذري للغدة (radical excision) وتسليخ الرقبة وإزالة الأنسجة المصابة بالورم (neck dissection)، ويدعم هذا الأسلوب غالباً بالعلاج الإشعاعي بعد الجراحة. ومع أن الورم الغدي متعدد الأشكال في الغدد الصغيرة لا يتوغل بعد الغشاء السمحاقى إلا أن استئصاله من الحنك يتم من تحت السمحاق وبهوامش لا تقل عن ٥ ملم، دون قطع العظم الدفين.

أورام الغدد اللعابية

- يجب تحويل المريض مباشرة عند ملاحظة أي كتل في الغدة النكفية أو تحت الفك السفلي أو على الحنك أو الشفايف.
- يعد التصوير الشعاعي المقطعي والرنين المغناطيسي من أفضل وسائل الفحص.
- يُحضر الاختزاع الشقي للأورام الغدية النكفية والغدة تحت الفك السفلي.

ولكون السرطان المخاطي الظهاري وسرطان الخلايا العنبيية أكثر خطورة فإنهما يتطلبان استئصالاً جذرياً مع هوامش عريضة لا تقل عن ١٠ ملم، وعند وجود هذه الأورام في الحنك يتحتم إزالة النوافذ الحنكية (palatal fenestration)، ويقتصر استخدام العلاج الإشعاعي على الأورام عالية الدرجة أو عندما تكون أطراف الورم غير واضحة. وتعالج بقية السرطانات الناشئة من الغدد اللعابية الصغيرة باستئصال الغدد جذرياً واتباعها بالعلاج الإشعاعي بعد الجراحة، وفي حالات الحنك يستأصل الفك العلوي بكامله (maxillectomy).

ظهارية. أما الأورام الشحمية (lipoma) فتظهر في الغدة النكفية وبخاصة في الرجال البالغين، وتعالج بالاستئصال الجراحي.

اللمفومة الخبيثة

تنشأ الأورام اللمفية (malignant lymphoma) على نطاق ضيق خارج الغدة اللمفية (extranodal lymphoma) وبالتحديد في الغدة النكفية، وتعد واحدة من سمات اللمفومة المرتبطة بالأنسجة اللمفية المخاطية (muco-associated lymph tissue-MALT- lymphoma). أما اللمفومة الأكثر انتشاراً فهي الأورام الناشئة من الغدة اللمفية سواء تلك الموجودة على سطح الغدة اللعابية أو المنبثقة من متن الغدة. وتنشأ كمضاعفة لمرض نقص المناعة المكتسب (HIV) أو بمعية الآفات الظهارية اللمفية الحميدة (benign lymphoepithelial lesion) وكذلك مع متلازمة شوغرن (انظر لاحقاً). ويعد ورم لا هودجكن اللمفاوي (non-Hodgkin) الورم الأكثر انتشاراً وخصوصاً في العقد السادس والسابع من العمر وتتضاعف إصابة النساء مقارنة بإصابة الرجال، ويعود هذا إلى التغيرات اللمفومية في متلازمة شوغرن التي تصيب النساء بشكل واسع. وبالمقارنة، فإن داء هودجكن (Hodgkin's disease) ينشأ في الغدة المجاورة (juxta-glandular nodes) وليس داخل الغدة أو في متنها وتكون الإصابة الأعلى في العقد الثالث والرابع وتمثل إصابة الرجال إلى النساء ١:٤. وتتميز لمفومة الغدة اللعابية بكونها انتفاخات غير مؤلمة، ويشاهد أكثر من ٩٠٪ منها في الغدة النكفية وتعالج باستئصال الغدة النكفية جراحياً، وعلى أن يقترن هذا بالعلاج الإشعاعي بعد الجراحة. أما إذا ثبت انتشار المرض خارج الغدة

الحالة جراحياً فإن البديل هو حقن مادة البوتكس/ ذيفان السجقة (botulinum toxin) تحت الجلد في المنطقة المصابة في محاولة للسيطرة على الأعراض.

الأورام ذات المنشأ غير الظهاري

ينشأ العديد من الأورام ذات المصدر غير الظهاري (non-epithelial tumours) في الغدة اللعابية وتشاهد الأورام الوعائية الدموية (haemangioma) والأورام الوعائية اللمفية (lymphangioma) مثل الورم الرطبي الكيسي (cystic hygroma) في مراحل الطفولة. وتتميز الأورام الوعائية الدموية التي تشاهد غالباً في الغدة النكفية بالظهور بعد الولادة بقليل، ويصاب بها البنات أكثر من الأولاد. أما الورم فيزداد حجمه بشكل مضطرب على مدى الأشهر الأولى، ولكن الغالبية منها تتضاءل تلقائياً بعد ذلك، وقد تختفي هذه الأورام في غضون العامين الأولين من العمر. وتصيب الأورام الوعائية اللمفية الغدة اللعابية بنسبة أقل، وتشكل آفات متعددة تشبه الأكياس الإسفنجية، ويظهر ٥٠٪ منها بنهاية العام الأول من العمر، ويقدر أن حوالي ٩٠٪ من الأورام تبدو واضحة للعيان بنهاية السنة الثانية، ولا تتعرض إلى الاضمحلال التلقائي كما هي الأورام الوعائية، بل قد تتمدد إلى الرقبة والمنصف بشكل سريع مسببة انسداد مجرى الهواء. وتعالج هذه الآفات عادة بالاستئصال الجراحي الكامل، وقد تكون الجراحة بالغة الصعوبة.

ومن أهم الأورام ذات المنشأ غير الظهاري في البالغين الأورام الليفية العصبية (neurofibroma) وأورام غمد الليف العصبية (neurilemmoma)، ويصعب تفريق هذه الأورام سريرياً من الأورام الغدية الأخرى في غياب الفحص النسيجي، إذ يعتقد دائماً بكونها أوراماً

اللعابية فيعالج كيميائياً على ضوء خطط علاجية محددة ومعتمدة على الخصائص النسيجية للورم.

الحالات غير المصنفة

والحالات الحليفة

يصيب داء الإلغاب (sialosis) النادر الغدد النكفية في كلا الجانبين، ويعرف بانتفاخ الغدد اللعابية غير الالتهابي، وقد يرتبط بالإدمان على الكحول وبداء السكري، ويصاحب أحياناً الحمل وسوء التغذية، وتناول بعض العقاقير كأدوية محاكي الودي (sympathomimetics). ويصاب بهذا الداء المرضى في منتصف العمر، وكذلك كبار السن ويبدو كانتفاخ ناعم وغير مؤلم، وقد يكشف الفحص المخبري عن إحلال شحمي طبيعي (fatty replacement) للنسيج الغدي، ولا يتوفر علاج فعال لهذه الحالة، ولكن البعض يلجأ إلى استئصال الغدة لأسباب تجميلية.

أما حوّل الغدة اللعابية الناخرة، والورم الظهاري اللمفي الحميد (انظر لاحقاً)، وأكياس القناة الغدية (salivary duct cysts)، وورم كوتتر، وتضخم الأكياس اللمفية (cystic lymphoid hyperplasia) المرتبط بمرض نقص المناعة المكتسب فتشابه سريرياً مع الورم الغدي. ويمكن كذلك للأكيسة الخيشومية والأكيسة الجلدية أن تسبب في بعض الأحيان صعوبة في تشخيص أمراض الغدد اللعابية غير الالتهابي.

الحالات التنكسية

متلازمة شوغرن

تعد متلازمة شوغرن (Sjögren's syndrome) أحد الاضطرابات المناعية المتسببة في تلف الغدد اللعابية

والدمعية، ولقد وصف هذا الداء لأول مرة في عام ١٩٣٣م بواسطة طبيب العيون السويدي شوغرن الذي لاحظ أن هناك علاقة بين التهاب القرنية والملتحمة الجاف (keratoconjunctivitis sicca) أو ما يسمى بجفاف العين (xerophthalmia) وجفاف الفم (xerostomia). وبعد ذلك بفترة ليست بالطويلة لوحظ أن هذه الأعراض تتكرر مع المرضى الذين يعانون من التهاب المفصل الروماتويدي، ومنذ ذلك الحين عرف هذا الداء بمتلازمة شوغرن المرتبطة باضطرابات النسيج الضامة. ويبدو أن ارتباط هذا الداء باضطرابات النسيج الضامة الأخرى يرقى على علاقته بالتهاب المفصل الروماتويدي، حيث وجد أن علامات المرض لا تظهر إلا على ١٥٪ ممن يعانون التهاب المفصل الروماتويدي مقارنة بما يقدر بحوالي ٣٠٪ من مرضى الذئبة الحمامية المجموعية (systemic lupus erythematosus) وكذلك غالبية المرضى الذين يعانون من داء التشمع الصفراوي الأولي (primary biliary cirrhosis)، وأطلق على التوليفة المكونة من جفاف العين والفم، واضطرابات النسيج الضامة وبالأخص التهاب المفصل الروماتويدي بمتلازمة شوغرن الثانوية (secondary Sjögren's syndrome)، بينما تسمى التوليفة ذاتها دون إصابة النسيج الضامة بمتلازمة شوغرن الأولى، وتختلف المتلازمة الأولى عن الثانوية كون الأولى ترتبط بجفاف أكثر حدة للفم والعينين إضافة إلى انتشار الخلل الوظيفي للغدد خارجية الإفراز (exocrine glands) وازدياد احتمال الإصابة باللمفومة، وتغير صورة الأضداد الذاتية.

تصيب متلازمة شوغرن النساء بأكثر من عشرة أضعاف إصابة الرجال (١٠:١)، ويظهر المرضى عادة في منتصف العمر، وتكون الشكوى الأولية مقتصرة على اضطرابات الأنسجة الضامة، ويمتد المرض في مراحل

عملية التشخيص، حيث إن استئصال غدة شفوية واحدة لا يكفي لكشف التغيرات المتوقعة، والتي تتميز عادة بالتجمع البؤري للخلايا اللمفية المتسللة فإن استئصال ما لا يقل عن ثلاث غدد للفحص النسيجي المرضي أمر ضروري.



الشكل (١٢، ١٤). يكشف تصوير الغدة النكفية عن تهتك شديد في متن الغدة في مريض يعاني من داء شوغرون.

- تقدير الإفراز اللعابي: تتلشى أهمية هذا الفحص نظراً لتغير معدل الإفراز الطبيعي بين وقت وآخر، وهذا يجعل تفسير النتائج بالغ الصعوبة.
- اختبار جفاف العين: تفحص القرنية بمصباح شقي (slit lamp) بعد تلوينها بوردية البنغال الحيوية (rose bengal).
- الكشف عن الأضداد الذاتية: ويشمل هذا أضداد القنوات اللعابية، وعوامل الروماتويدي، والأضداد SS-A و SS-B ومرسب التهاب المفصل الروماتويدي (rheumatoid arthritis precipitin).
- فحص الدم: قياس ارتفاع سرعة تغفل الكريات الحمراء (erythrocyte sedimentation rate-).

متأخرة إلى العيون أو الفم، حيث يشتكي غالبية المرضى من الإحساس بحبيبات خشنة نتيجة التهاب ملتحمة العين، ولربما لا تتعدى الشكوى الأولية مشاكل جفاف الفم والعين. وبعد تراجع إفراز الغدة اللعابية والغدد الدمعية الشكوى الرئيسة في حالات شوغرن الأولى، وتبدو الغدة النكفية أحياناً متضخمة في كلا الجانبين، وقد يكون الانتفاخ مصحوباً بالألم.

يجل تفاقم جفاف الفم الطبقة المخاطية إلى ما يشبه الجلد، ومع ذلك فقد يكون جفاف الفم أقل حدة في غياب أي معالم واضحة خلال الفحص السريري، وقد تكون العدوى الانتهازية بالمبيضة البيضاء (candida albicans) هي الشائعة، ولكن قد تصاب الغدد بالتهابات بكتيرية كذلك نتيجة تسلل الجراثيم من داخل الفم إلى متن الغدة اللعابية. ومع أن داء شوغرن لا ينتهي بالضرورة إلى جفاف كامل للفم إلا أنه لا يمكن لأي مريض التنبؤ بالنتيجة النهائية، علماً أن العلامة الفارقة لهذا الداء هو تسلل الخلايا اللمفية المتفاقم، وتلف العنبيات اللعابية، وتكاثر القنوات المبطنة بالخلايا الظهارية في الغدة اللعابية والدمعية. ويعتمد تشخيص داء شوغرن على تاريخ المرض وصفاته، ولا تتوفر أي من الفحوص المخبرية للتمييز ما بين داء شوغرن الأولي من الثانوي، ولكن يجب القيام بالفحوص التالية مع أي حالة يشتبه بإصابتها بداء شوغرن:

- تصوير الغدد (sialography): تقييم مدى الضرر المتفاقم، والذي يشمل طيفاً واسعاً من التغيرات ابتداءً من توسع القناة المنقط (الشكل ١٢، ١٤) وحتى التلف المتني الشامل (total parenchymal).
- الخزعة الشفوية للغدة اللعابية الصغيرة: وعلى الرغم من الدور المضلل للاختراع أحياناً في

الدم والبول، إضافة إلى تضخم الغدد اللمفية وفقدان الوزن.

علاج متلازمة شوغرن التلطيفي

- وصف دموع اصطناعية.
- وصف لعاب اصطناعي.
- تكرار تعاطي المشروبات غير المحلاة.
- استخدام المضمضة المحتوية على الفلورايد لحماية الأسنان.
- وصف مضادات الفطريات والمبيضات.
- تناول أقراص بيلوكارين (pilocarpine).

الآفة اللمفية الظهارية الحميدة

يظل استخدام مصطلح «حميدة» لوصف هذه الآفة اللمفية الظهارية (benign lymphoepithelial lesion) وصفاً مضللاً، إذ إن حوالي ٢٠٪ من المرضى المصابين بها عرضة للإصابة باللمفومة المرتبطة بالأنسجة اللمفية المخاطية (MALT) في وقت لاحق من حياتهم كما هو الحال في مرضى شوغرن. ومن الصعوبة بمكان التفريق عن طريق الفحص النسيجي بين هذه الآفة وبين داء شوغرن، فكلاهما يمتازان بالتسلل اللمفي، وضمور العنبيات والنمو البشري (epithelial proliferation) داخل القنوات اللعابية، وفي حقيقة الأمر تظل هذه الظواهر دليلاً على وجود أي منهما. أما الآفة اللمفية الظهارية الحميدة فتبدو سريراً كانتفاخ بالغدة النكفية، وتتخذ ملمساً قاسياً نوعاً ما، وتسبب درجة من الألم، وقد تصاب كلتا الجهتين في ٢٠٪ من الحالات، وتشكل إصابة النساء ٨٠٪ وتقارب أعمار الغالبية منهن الخمسين من العمر. تعالج الآفة اللمفية الظهارية الحميدة على الأغلب باستئصال الغدة النكفية، ويحدد التشخيص بناء على نتائج الفحص النسيجي.

(ESR) وفقر الدم صغير الكريات (microcytic anaemia) في درجته المتوسطة، علماً أن فقر الدم من الأمراض المزمنة.

ونظراً لانعدام توفر أي أسلوب علاجي ناجح لجفاف الفم أو العينين بحيث يعيدهما إلى سابق عهدهما، فإن علاج متلازمة شوغرن يعتمد أساساً على معالجة الأعراض، ولذلك يعد استخدام الدموع المصنعة ذا أهمية بالغة في حماية القرنية. ويتوفر لعلاج جفاف الفم العديد من مركبات اللعاب الصناعي مثل سليف أورثانا (Saliva Orthana) وقلاندوسان (Glandosane) ولوبورانت (Luborant)، ويفضل أن يكون اللعاب الصناعي بدرجة حموضة منخفضة، وأن يحتوي على مركب الفلورايد لحماية الأسنان من التسوس التطوري (rampant caries)، والذي يشاهد بشكل واسع في حالات جفاف الفم إضافة إلى مضاعفات أخرى، مثل التهابات الفم والتهاب الغدة النكفية الصاعد (ascending parotitis). ومع ذلك، فإن الكثير من المرضى يفضلون تكرار شرب الماء على أخذ اللعاب الصناعي؛ ولذلك يصطحبون معهم القناني في كل الأوقات. ويرتبط داء شوغرن بمضاعفات أخرى كاضطرابات الأنسجة الضامة، حيث تتضاعف فرص الإصابة باللمفومة المرتبطة بالأنسجة اللمفية المخاطية (MALT) وخصوصاً اللمفومة البائية شبيه الوحيدة (monocytoid B-cell lymphoma)، وخصوصاً مع متلازمة شوغرن الأولى. وتظهر اللمفومة عادة بإنذارات مبكرة في المتغيرات المناعية كانهخفاض مستوى الغلوبولين المناعي (immunoglobulin)، ومعيار العامل الروماتويدي، وارتفاع معيار غلوبولين الصغراوي بي ٢ (B2-microglobulin)، وغلوبولين الكبروي (macroglobulin)، وظهور السلاسل الخفيفة أحادية السنبلة (monoclonal light chain) في

٤- أمراض الغدد اللعابية بما فيها متلازمة شوغرن، والأمراض اللمفية الظهارية، وداء الغرناوي، والالتهابات المصاحبة لنقص المناعة المكتسب، وتأثير العلاج الإشعاعي على وظائف الغدد اللعابية.

ونظراً لصعوبة علاج جفاف الفم فإن الاهتمام ينصب دائماً على تخفيف الأعراض والسيطرة على الاختلالات. ولكون اللعاب الصناعي ليس مقبولاً من الكثير من المرضى إلا أن خاصيته المليئة تجعله مفيداً جداً عند تناول الطعام. وقد تكون الأدوية كولينية الفعل (cholinergic) ذات فعالية جيدة مثل بيلوكاربين (pilocarpine)، إلا أن أهميتها تتراجع أمام تأثيراتها الجانبية كالإسهال، وتوسع حدقة العين مثلاً، إضافة إلى أن نجاح استخدام هذه الأدوية يتطلب بقايا بعض من الغدد اللعابية في حالة سليمة.

ويعتبر نخر الأسنان التطوري وأمراض الأربطة الداعمة للأسنان من أهم اختلالات إلتان الفم الجاف؛ ولهذا تزداد الحاجة إلى العناية الفائقة بصحة الفم، واستعمال الفلورايد أسبوعياً على الأقل، ونظراً لزيادة نسبة الإصابة بالفطريات والمبيضات فإن أخذ المضادات المناسبة أمر ضروري. وتؤخذ هذه المضادات عادة على صورة أقراص عادية أو أقراص مص، وقد لا يحتل بعض المرضى تناول هذه الأقراص نظراً لجفاف الفم وصعوبة البلع، ولذلك تستبدل بهلام الميكونازول (miconazole gel) ومستعلق كيتوكونازول (ketoconazole suspension). أما التهاب الغدة النكفية الصاعد فيعالج بالمضادات الحيوية، ويتطلب الأمر أحياناً استئصال الغدة وربط القناة لمنع حدوث أي نوبات مستقبلية من الالتهابات.

الإلحاح

يزداد الإفراز اللعابي (sialorrhea) مع تناول بعض الأدوية، وكذلك بمصاحبة بعض الآفات الفموية المؤلمة، وقد لا يشعر بهذا في الأحوال الطبيعية نظراً لابتلاع

وتعاود الآفة الانتفاخ إذا ترك جزء منها، وقد يزداد مع ذلك خطر التحول للمفاوي؛ ولذلك يتوجب خضوع المريض للمتابعة الدورية من وقت لآخر.

متلازمة ميكوليتش

وصف ميكوليتش تضخم الغدد اللعابية والدمعية المتناظر الحميد غير المؤلم (mikulicz syndrome-benign asymptomatic symmetrical enlargement of lacrimal and salivary glands) في عام ١٨٨٨م، وكان العديد من مرضاه يعانون من ظواهر متعددة، مثل الآفة اللمفية الظهارية الحميدة، ومتلازمة شوغرن، واللمفومة وايضاض اللمفاوات (lymphocytic leukemia) وداء الغرناوي، والإلحاح (sialorrhea)، ونظراً لعدم دقة مصطلح متلازمة ميكوليتش فإن الأولى الامتناع عن استعمال هذا المصطلح.

جفاف الفم

تتكرر شكاوى العديد من المرضى من جفاف الفم عند زيارتهم لعيادة الجراحة وطب الفم، وتشكل النساء الغالبية من هؤلاء، وخصوصاً من هن في سن اليأس، وربما تكون الشكاوى الرئيسية من لسان أو فم حارق (burning mouth/tongue)، حيث يقل إفراز اللعاب في الرجال والنساء على حد سواء مع تقدم العمر. وبالطبع، فإن السيدات بعد سن اليأس يكن عرضة للإصابة بمتلازمة شوغرن. ويزداد الوضع غموضاً عندما يكون مريض متلازمة شوغرن غير مدرك لجفاف الفم، حيث إن إفراز اللعاب قد يكون طبيعياً حتى في الأشخاص الذين يعانون من جفاف الفم، وفيما يلي أهم أسباب جفاف الفم مرتبة حسب تكرار انتشارها:

١- حالات القلق المزمن والكآبة.

٢- الجفاف الذي يسمح بالتهابات الغدد اللعابية

البكتيري.

٣- التأثيرات الجانبية للعديد من الأدوية.

حد ذاته ويتطلب أحياناً إزاحة أقنية الغدد تحت الفكية وفتحاتها إلى مؤخرة الفم بجانب قاعدة العماد الأمامي للحلق (anterior pillars of the fauces) كون هذه الغدد هي المسؤولة عن تجمع اللعاب المستقر في باطن الفم، ويمكن كخيار آخر استئصال الغدد تحت الفكية.

اللعاب الزائد تلقائياً. أما الإلحاح الكاذب (false ptialism) فهو أكثر أنواع الإلحاح شيوعاً، ويعرف بأنه أعراض وهمية لخلل في التحكم بالعصب العضلي ينتج عنه غالباً الترويل (drooling) في وجود الإفراز اللعابي الطبيعي. إن الترويل الخارج عن السيطرة مشكلة في

قراءات إضافية

D., Patel M. F. (eds) *Operative maxillofacial surgery*. Chapman & Hall, London, pp. 381–390.
Langdon J. D. (2000) Salivary gland disorders. In: Russell R. C. G., Williams N. S., Bulstrode C. J. K. (eds) *Bailey & Love's short practice of surgery*, 23rd edn. Arnold, London, Ch 42, pp. 651–668.
Norman J. E. DeB, McGurk M. (1995) *Colour atlas and text of the salivary glands*. Mosby-Wolfe, London.

Cawson R. A., Gleeson M. J., Eveson J. W. (1997) *Pathology and surgery of the salivary glands*. ISIS, Oxford, UK.
Langdon J. D. (1998) Sublingual and submandibular gland excision. In: Langdon J. D., Patel M. F. (eds) *Operative maxillofacial surgery*. Chapman & Hall, London, pp. 375–380.
Langdon J. D. (1998) Parotid surgery. In: Langdon J.

التقييم الذاتي

والحنك الرخو (الشكل ١٣، ١٤)، واستغرق نموها البطيء ما يقارب ٤ سنوات.



الشكل (١٣، ١٤). انظر السؤال الخامس.

- ما هو التشخيص المحتمل؟
- إذا أثبت الفحص النسيجي التشخيصي، صحة التشخيص فما هو العلاج المطلوب؟
- الإجابة في الملحق ب.

- ١- ما الصفات التي تميز النكاف من الإلتان المتشر سني المنشأ؟
- ٢- لاحظ مريض كتلة غير مؤلمة تحت زاوية الفك منذ مدة شهر دون تغير يذكر في الحجم والشكل، وأظهر الجس باليدلين وجود كتلة مستديرة ومتناسكة وناعمة الملمس في الغدة تحت الفك يبلغ قطرها ٥, ١ سم. ما هو التشخيص المحتمل، وما هي الفحوصات الواجب القيام بها؟
- ٣- أذكر سببين عضويين، وسببين وظيفيين لجفاف الفم.
- ٤- يشتكي مريض من تكرار ظهور وانفجار في المخاطية الشفوية السفلى.
- أ) ما التشخيص المحتمل؟
- ب) ما العلاج؟
- ج) ما الاختلاطات المحتملة؟
- ٥- يشتكي مريض من آفة ناعمة الملمس على أحد جانبي الحنك، وبالتحديد ما بين الحنك الصلب