

الآفات المسببة لضخامة الغدة تحت الفك و علاجها

يارا حسن*

(تاريخ الإيداع 7 / 2 / 2019. قُبل للنشر في 8 / 4 / 2019)

□ ملخص □

كان الهدف من الدراسة البحث في الآفات المؤدية لضخامة الغدة تحت الفك وتقييم طرق علاجها . فقد تمت دراستنا على 27 مريض بشكوى ضخامة مستمرة أو متناوبة في الغدة تحت الفك . وبعد إجراء التقييم الشامل لهم أثبت لدينا أن السبب الأكثر شيوعاً لوجود ضخامة في الغدة تحت الفك كانت الحصاة بنسبة 44.44% ، وكان الورم المختلط السليم هو الآفة التنشئية السليمة الأكثر توارداً ، في حين لم نجد أرجحية لنمط واضح من الآفات التنشئية الخبيثة نظراً لقلّة الأورام الخبيثة المشاهدة في الدراسة . كانت معظم ضخامات الغدة تحت الفك بالأعمار ما بين 10 و 30 سنة من العمر . لم يتبين لدينا بالدراسة وجود علاقة للجنس مع ضخامة الغدة تحت الفك . كان العرض الأكثر سبب لمراجعتنا من قبل المريض هي الضخامة المستمرة في منطقة الغدة تحت الفك . تم تقديم العلاج حسب كل حالة على حدة وتم إجراء جراحة استئصالية للغدة (12 حالة من المرضى المراجعين أي بنسبة 44.44%) حيث كانت الجراحة هي الخيار الأخير لهؤلاء في حين تم علاج بقية المرضى بالطرق المحافظة .

الكلمات المفتاحية : الآفات ، ضخامة ، الغدة تحت الفك ، العلاج

* ماجستير - كلية الطب البشري - جامعة تشرين - اللاذقية - سورية

The lesions that cause the magnitude of the submandibular gland and its treatment

Yara Hassan

(Received 7 / 2 / 2019. Accepted 8 / 4 / 2019)

□ ABSTRACT □

The aim of the study was to investigate the lesions leading to the size of the submandibular gland and evaluate the treatment methods.

We studied 27 patients with persistent or alternating hyperplasia in the submandibular gland.

After a comprehensive evaluation, we found that the most common cause of the submandibular gland was 44.44%. The right mixed tumor was the most healthy tumor lesion.

However, we did not find the likelihood of a clear pattern of malignancy due to the small number of malignant tumors observed studying .

Most submunitions of the hypodermic gland were between 10 and 30 years of age. We did not find a sex relationship with the size of the submandibular gland. The most common symptom of our review by the patient was the continuous magnitude of the submandibular gland area.

The treatment was given on a case-by-case basis, and an excisional surgery was performed on the gland (12 patients, 44.44%). Surgery was the last option, while the remaining patients were treated in conservative ways.

Keywords: Lesions, magnitude ,submandibular gland , treatment

مقدمة :

تعتبر آفات الغدة تحت الفك من الآفات الهامة التي تستحق التوقف عندها ودراستها بشكل دقيق وخاصة أن معظم الأشخاص الذين يعانون من ضخامة في الغدة تحت الفك يتم تجاهلها من قبل المريض وإهمالها وعلاجها غالباً بالصادات و المسكنات بشكل عشوائي دون مراجعة الطبيب [1]، مما يفوت على نفسه فرصة في التشخيص الدقيق و العلاج المناسب .

وانطلاقاً من هذه الفكرة ونظراً لقلّة الدراسات المتوفرة حول هذا الموضوع كان لا بد لنا من التركيز على آفات الغدة تحت الفك من حيث أسبابها و التشخيص و طرق العلاج المناسب .

أهمية البحث وأهدافه:

- 1- قلة الدراسات المتوفرة حول هذا الموضوع .
- 2- التحديد الدقيق للأسباب المؤدية لضخامة الغدة تحت الفك .
- 3- المساعدة في إيجاد العلاج الأمثل لضخامة الغدة تحت الفك سواء دوائياً أو جراحياً.
- 4- معرفة أكثر الأسباب شيوعاً المؤدية لضخامة الغدة تحت الفك السفلي .

طرائق البحث ومواده:

تم انتخاب مرضى الدراسة من المراجعين اللذين اشتملت شكايتهم على واحد أو أكثر من الأعراض التالية :

- ضخامة في منطقة الغدة تحت الفك سواء أكانت مؤلمة أو غير مؤلمة .
- ألم أثناء تناول الطعام .
- انتفاخ أثناء تناول الطعام .
- خروج مفرزات قيحية من فوهة الغدة .

بحيث تم إثبات وجود ضخامة في الغدة تحت الفك بعد إجراء الفحص السريري و الاستقصاءات المناسبة من قبل الطبيب الباحث [3].

حيث تم إخضاع المريض إلى واحد أو أكثر من الاستقصاءات التالية :

- فحص سريري شامل .
- فحوصات دموية .
- الصورة الشعاعية البسيطة بالوضعية المائلة الجانبية .
- صورة إطباقية .
- صورة بانورامية.
- تصوير غدة لعابية ظليل.
- الإيكو .
- CT مع أو بدون حقن .
- FNA [4].

النتائج و المناقشة :

لقد تمكن البحث من الوصول إلى مجموعة من النتائج التي تعد هامة جداً لفهم مسببات ضخامة الغدة تحت الفك ووضع الخطوط الأساسية لتقييم طرق العلاج و التدبير الأمثل لهذه الحالات .

- تبين بدراستنا أن السبب الأكثر شيوعاً لضخامة الغدة تحت الفك هي الآفات اللاننشوية المنشأ بنسبة تصل حتى 77.76% وكانت الضخامة اللاننشوية اللاخمجية المنشأ أعلى نسبة حدوث بنسبة تصل 48.14% من حالات ضخامة الغدة تحت الفك ، في حين أن الضخامة التنشوية المنشأ تصل نسبتها فقط إلى 22.24% وكانت نسبة الضخامة التنشوية سليمة المنشأ تبلغ ضعفي نسبة الآفات التنشوية الخبيثة .

النسبة المئوية	عدد الحالات	سبب الضخامة
29.62%	8	ضخامة غدة لا تنشوية خمجية المنشأ
48.14%	13	ضخامة غدة لا تنشوية لا خمجية المنشأ
14.82%	4	ضخامة غدة تنشوية سليمة
7.42%	2	ضخامة غدة تنشوية خبيثة
100%	27	المجموع

- تبين أن أكثر الأسباب شيوعاً لضخامة الغدة تحت الفك اللاننشوية خمجية المنشأ كانت التهاب الغدة المزمن بنسبة تصل حتى 50% من حالات الدراسة يليها التهاب الغدة الحاد بنسبة 37.5% في حين كانت الإصابة السلية من الأسباب غير الشائعة للضخامة اللاننشوية الخمجية .

النسبة المئوية	عدد الحالات	سبب الضخامة اللاننشوية الخمجية المنشأ
37.50%	3	التهاب غدد لعابية حاد
50%	4	التهاب غدد لعابية مزمن
12.50%	1	السل
100%	8	المجموع

- تعتبر حصيات الغدة تحت الفك هي السبب الأكثر شيوعاً لحدوث ضخامة الغدة تحت الفك اللاننشوية اللاخمجية [5] بنسبة تصل حتى 92.3% من الحالات .
- كانت الحصيات هي السبب الأكثر شيوعاً لحدوث ضخامة الغدة تحت الفك بشكل عام بنسبة تصل حتى 44.44% من حالات الدراسة الكلية .

النسبة المئوية	عدد الحالات	ضخامة غدة لا تنشوية لا خمجية المنشأ
92.30%	12	الحصيات
7.70%	1	تضييق الأفتنية اللعابية
100%	13	المجموع

- كان أهم سبب من أسباب ضخامة الغدة تحت الفك التنشؤية سليمة المنشأ هي الورم المختلط السليم [6] بنسبة تصل حتى 75% من الحالات السليمة التنشؤية .

النسبة المئوية	عدد الحالات	ضخامة غدة تنشؤية سليمة المنشأ
75%	3	الورم المختلط السليم (Mixed tumor)
25%	1	ورم عضلي ظهاري Myo epitheleoma
100%	4	المجموع

- صادفنا في دراستنا هذه أفتين تنشؤيتين خبيثتين هما السرطانة الغدانية الكيسية والسرطانة الغدية عديدة الأشكال بنسبة 50% لكل منهما بالنسبة لهذه الآفات مع العلم أنه في معظم الدراسات تقر بأن السرطانة الغدية عديدة الأشكال وهي أحد أشكال الورم المختلط الخبيث يعد من الآفات الخبيثة الغير شائعة بكثرة في الغدة تحت الفك [7] وقد يكون مرد هذه النسبة المرتفعة لقصر فترة الدراسة و قلة عدد الحالات في العينة المدروسة .

النسبة المئوية	عدد الحالات	ضخامة غدة تنشؤية خبيثة المنشأ
50%	1	سرطانة غدية كيسية
50%	1	سرطانة غدية عديدة الأشكال
100%	2	المجموع

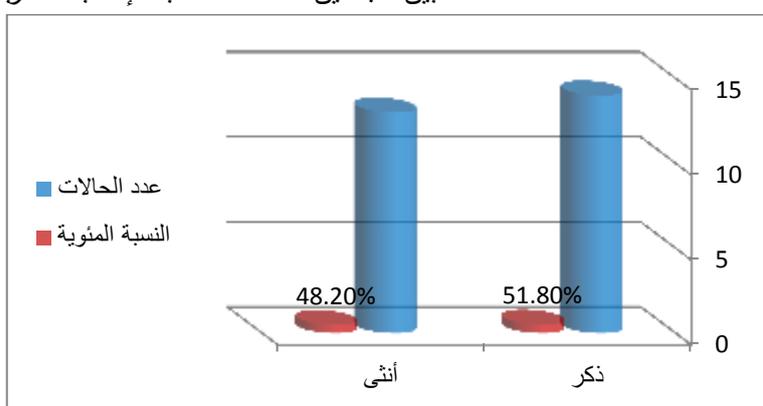
- ومن الجدير بالذكر أنه تم استبعاد حالتين من حالات الدراسة كان قد تبين بالجنس والفحص السريري وجود ضخامة مشتبهة بالخبثاء في الغدة تحت الفك و تبين بعد الجراحة أن الحالتين كانتا لمفوما لا هودجكن على حساب العقد اللمفاوية في منطقة الغدة تحت الفك و ليس على حساب الغدة ذاتها فتم استبعادهما من الدراسة.
- تبين بالدراسة أن أغلب الأعراض التي يراجع من أجلها المريض هي وجود كتلة مجسوسة [8] حيث مثلت هذه الشكاية العرض الأساسي عند 100% أي جميع حالات الدراسة بحيث كانت النسبة الغالبة هي وجود ضخامة مؤلمة بنسبة تصل حتى 55.56% من حالات الدراسة المذكورة .
- وجد بدراستنا لمسحة المفرزات القيحية المأخوذة من المرضى اللذين لوحظ لديهم خروج مفرزات قيحية من فوهة الغدة أن العامل الجرثومي المسبب الأكثر شيوعاً كانت المكورات العنقودية المذهبة بنسبة تصل حتى 75% .

النسبة المئوية	عدد الحالات	الأعراض و الشكايات
55.56%	15	ضخامة مؤلمة
44.44%	12	ضخامة غير مؤلمة
14.81%	4	مفرزات قيحية
40.74%	11	تورم بعد تناول الطعام
40.74%	11	ألم أثناء تناول الطعام

- لاحظنا بالدراسة أن الضخامة في الغدة تحت الفك قد تتواجد في جميع الفئات العمرية تقريباً مع أرجحية أعلى للفئة العمرية من 21-30 سنة بنسبة تصل حتى 48.14% من حالات الدراسة وقد كان توارد ضخامة الغدة تحت الفك في العقود الثلاثة الأولى يتمثل بنسبة 55.55% من جميع حالات الدراسة .

الفئة العمرية	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	60 <
عدد المرضى		2	13	5	2	3	2
النسب المئوية		7.41%	48.14%	18.52%	7.41%	11.11%	7.41%

- لم يوجد أرجحية واضحة لضخامة الغدة تحت الفك بين الجنسين فقد كانت نسب الإصابة متقاربة بينهما .



- تبين لدينا بالدراسة أن التهاب الغدة تحت الفك الحاد و المزمن يشاهد غالباً في العقدين الثاني و الثالث بشكل أساسي أما الحصيات مع تضيق في الأفنية اللعابية أكثر ما شوهدت في العقود الثلاثة الأولى من العمر [9] .
- نلاحظ بالدراسة تركيز الآفات المسببة لضخامة الغدة تنشؤية المنشأ سواء أكانت سليمة أو خبيثة في الأعمار المتقدمة و بشكل خاص في العقدين السادس و السابع [10].

الفئة العمرية	1 - 10	11 - 20	21 - 30	31 - 40	41 - 50	51 - 60	60 <
آفات الغدة تحت الفك							
التهاب غدة تحت فك حاد			2	1			
التهاب غدة تحت فك مزمن			1	2		1	
السل					1		
الحصيات		2	8	1	1		
تضيق الأفنية اللعابية			1				
الورم المختلط السليم			1	1		1	
ورم عضلي ظهاري						1	
سرطانة غدية كيسية							1
ورم مختلط خبيث							1

- كان التدبير المقترح للآفات اللاتنشؤية الخمجية الصادات الحيوية مع الغسولات الفموية و تمسيد الغدة لجميع المرضى في الحالات الحادة ، وقد اقترحت الجراحة لحالات الالتهاب المزمن [11] ، كما اقترحت المعالجة السلية للمريض الذي ثبت لديه وجود السل بالتشريح المرضي
- الآفات اللاتنشؤية اللاخمجية تم اقتراح الصادات الحيوية و الغسولات و التمسيد لجميع حالات الحصيات المؤلمة (التي ترافقت مع التهاب ثانوي نتيجة لوجود حصاة) واقترحت المراقبة و الانتظار للحصيات المتوقع انطراحها عفويًا في حين تم إجراء استئصال حصاة من القناة لعدد من الحالات التي فشل فيها الانطراح الذاتي والتي كان قطرها أكبر من قطر الفوهة [12] .
- تم إجراء استئصال غدة تحت الفك لأربع حالات من الآفات اللاتنشؤية اللاخمجية المنشأ وذلك لتوضع الحصاة ضمن الغدة في حالتين ولتوضع الحصاة في سرة القناة في حالة واحدة ووجود حالة تضيق قناة.
- كان العلاج المقترح للآفات التنشؤية السليمة استئصال الغدة تحت الفك .
- كان العلاج المقترح للآفات التنشؤية الخبيثة استئصال الغدة تحت الفك مع متابعة بالمعالجة الشعاعية.

المعالجة	صادات +غسولات+تمسيد	مراقبة انطراح الحصاة تلقائياً	استئصال الحصاة	استئصال الغدة	استئصال الغدة + معالجة شعاعية
آفات الغدة تحت الفك					
التهاب غدة تحت فك حاد	3				
التهاب غدة تحت فك مزمن	1			3	
سل	1			1	
الحصيات	10	5	4	3	
تضيق الأقنية اللعابية				1	
الورم المختلط السليم				1	
الورم العضلي الظهاري				1	
سرطان غدي كيسبي					1
ورم مختلط خبيث					1

الاستنتاجات و التوصيات:

1. يجب نشر التوعية لدى الناس بوجوب الاعتناء بصحة الفم و الأسنان و المجاري التنفسية و الهضمية العليا إذ تبين أن جزءاً لا بأس به من المرضى ظهرت لديهم آفات في الغدة تحت الفك نتيجة أخماج مزمنة أو متكررة للطرق التنفسية أو الهضمية العليا أو لعدم الالتزام بالقواعد الصحية المتعلقة بالفم و الأسنان .
2. يجب تضافر وسائل التشخيص المختلفة : مخبرية و شعاعية وتشريح مرضي و نسيجي للحصول على تشخيص حقيقي لآفات الغدة تحت الفك ويجب تطوير هذه الوسائل حتى لا يغفل عن الآفات الخبيثة .
3. لا يمكن التحقق من وجود ورم خبيث في الغدة تحت الفك إلا بعد إقصاء المسببات الأخرى للورم كتشكل الحصيات و الأخماج المختلفة ويفيد التشريح المرضي في إثباته .

4. التدرج بطرق العلاج بدءاً من الطرق المحافظة وانتهاءً بالجراحة وفق ما تستدعيه كل حالة على حدا حتى لا نعتمد أسلوب المعالجة الجذرية .

المراجع:

- 1-LEE,K,J.*Essential otolaryngology head&neck surgery*.8thed.,TheMcGraw-Hill companies, Inc,USA,2003, 483-484 .
- 2-BURKE,CJ.;THOMAS,RH.;HOWLETT,D. *Imaging the major salivary glands*. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery,UK,Volume49,Issue4,June 2011,Pages 261-269.
- 3-TERHAARD, CH. *Salivary glands In: Principles and Practice of Radiation Oncology*. 5thed., Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2004, 407.
- 4-KOTECHA, S.; BHATIA, P.; ROUT, PG. *Diagnostic ultrasound in the head and neck region*. Dent Update, 2008, 35-529.
- 5-DAFFNER,RH. *Clinical radiology: The essential*.3ed.,Lippincott Williams & Wilkins,Philadelphia,2007,744.
- 6-KEI,PL.;TAN,TY.*CT “invisible” lesion of the major salivary glands a diagnostic pitfall of contrast-enhancedCT*.Available online 7 July 2009 .<From:www.sciencedirect.com>.
- 7-ChRISTENSEN, RK.; BJORNDAL, K.; GODBALLE, C.; KROGDAHL, A. *Value of fine-needle aspiration biopsy of salivary gland lesions*. Head Neck 2010,32-104.
- 8-CARLCON,ER. *Diagnosis and Management of Salivary Gland Infections*.Oral and Maxillofacial Surgery Clinics ofNorth America,USA, Volume 21, Issue 3, August 2009, Pages 293-312.
- 9-LARAMORE ,GE. *Role of particle radiotherapy in the management of head and neck cancer*. Curr Opin Oncol 2009, 21-224.
- 10-KAPLAN, MJ.;JOHNS, ME.;CANTRELL, RW. *Chemotherapy for salivary gland cancer*. Otolaryngol Head Neck Surg 2001; 95- 165.
- 11-WATKINSOS,JC.;GAZE,MN.;WILSON,JA.*Stell and Maran’s head and neck surgery*.4ed.,Butter worth-Heine mann,UK, 2000,325.
- 12-MYERS,EN.*Cancer of the head and neck*.4thed.,The Mc Graw-Hill companies,Inc,USA,2003,332.