

پاتولوژی غدد بزاقی / فصل ۱۱ رفرنس

(سطح اهمیت: A)

Salivary gland aplasia/ hypoplasia

- آنومالی تکاملی نادر که یک یا چندین غده بزاقی اصلی (پاروتید و تحت فکی) وجود ندارد.
- می تواند تنها یا همراه سندرم های زیر باشد:
 - (۱) mandibulofacial dysostosis (Treacher collin)
 - (۲) سندرم LADD
 - (۳) اکتودرمال دیسپلازی
 - (۴) سندرم داون
 - (۵) Oculo-auriculo- vertebral spectrum (Hemifacial microsomia; Goldenhar syndrome)

- ❖ **علائم بالینی:** نمای چهره به دلیل جایگزینی چربی یا بافت همبند، نرمال است. اریفیس مجاری وجود ندارد. فقدان غدد با MRI, CT, TC99m و اولتراسونوگرافی مشخص می شود. در مردان < زنان است.
- علامت شایع خشکی دهان است. مقداری رطوبت به دلیل فعالیت غدد بزاقی فرعی وجود دارد. نمای چرم مانند زبان/ خطر بالای پوسیدگی دندان و اروژن
 - بعضی بیماران ممکن است فقدان غدد یا منافذ لاکریمال را نشان دهند.
 - علائم سندرم LADD (lacrimo-auriculo-dento-digital syn) که اختلال آتوزومال غالب و به علت موتاسیون در یکی از ژن های FGFR2، FGFR3 یا FGFR3 می باشد شامل موارد زیر است:
 - ۱- آپلازی یا هایپوپلازی غدد اشکی و بزاقی
 - ۲- گوش های فنجانی شکل
 - ۳- از دست دادن شنوایی
 - ۴- ناهنجاری های انگشت
 - ۵- ناهنجاری های دندان (میکرودنشیا- هیپودنشیا- هیپوپلازی خفیف مینایی)
- ❖ **درمان:** رفع خشکی دهان با جایگزین های بزاق / داروهای تحریک کننده بزاق

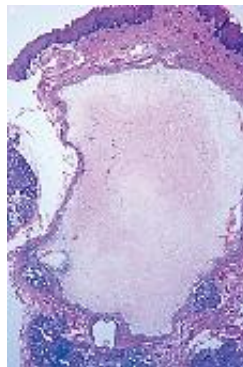
Mucocele

- یک کیست کاذب شایع در مخاط دهان که ناشی از قطع مجرای غده بزاقی و ترشح موسین به بافت های اطراف است و علت ایجاد آن تروما است.
- ❖ **علائم بالینی:** در کودکان و نوجوانان.



شکل ۱-۲: موکوسل لب پایین

- شایع‌ترین مکان ← لب پایین (یکطرفه نسبت به میدلاین)، کف دهان، قدام سطح شکمی زبان (مربوط به غدد Blandin-Nuhn)، مخاط باکال.
- تومورهای غدد بزاقی برخلاف موکوسل، تمایل به لب بالا دارند.
- به صورت یک تورم موکوسی گنبدی شکل تظاهر می‌یابد که از ۱-۲mm تا چند cm متغیر است. رنگ شفاف متمایل به آبی دارد و تورم راجعه‌ای است که به تناوب پاره شده و محتویاتش بیرون می‌ریزد.
- موکوسل سطحی (Superficial) به شکل یک یا چند وزیکول سفت که بعد از ترکیدن زخم کم‌عمق و دردناک ایجاد می‌کند که در نواحی کام نرم و رترومولرپد و امتداد مخاط خلفی باکال دیده می‌شود و از نظر بالینی و میکروسکوپی شبیه پمفیگوئید سیکاتریکال می‌باشد.
- موکوسل سطحی در اختلالاتی از قبیل لیکن پلان، lichenoid drug eruption و GVHD دیده می‌شود.
- ❖ **میکروسکوپی:** حفره‌ای پر از مومین که بافت گرانولاسیون آن را احاطه کرده است. التهاب معمولاً از هیستوسیت‌های کف آلود (موسینوفاژ) تشکیل شده است.
- مجرای قطع شده غده بزاقی و ارتشاح سلول‌های التهابی مزمن در غدد بزاقی فرعی مجاور دیده می‌شود.



شکل ۲-۲: موکوسل: حفره سیست مانند پر از مومین

- ❖ **درمان:** جراحی موضعی همراه با خروج غدد بزاقی فرعی درگیر مجاور. در مواردی بهبودی خودبه خود.
- احتمال عود دارد اما پیش‌آگهی عالی است. موکوسل‌های روی قسمت قدامی سطح و نترال زبان، احتمال عود بالاتری دارند، که به علت موقعیت آناتومیک عمیق‌تر غدد Blandin-nuhn می‌باشد.

میزان بروز موکوسل در کدامیک از نواحی زیر کمتر است؟ (ورودی ۹۳)

الف) لب پایین ب) کف دهان ج) زبان د) کام

پاسخ: گزینه د

احتمال مشاهدهی oncocytic metaplasia در نمای میکروسکوپی کدام مورد بیشتر است؟ (ارتقا ۹۵)

الف) mucus retention cyst ب) extravasation phenomenon mucus
ج) recurrent parotitis د) cheilitis glandularis

پاسخ: گزینه الف

اختلالات لیکنوئیدی در ارتباط با کدام ضایعه بزاقی گزارش شده است؟ (ارتقا ۹۶)

الف) superficial mucocele ب) salivary duct cyst ج) sialadenosis د) ranula

پاسخ: گزینه الف

Superficial mucocele از نظر کلینیکی بیشتر به کدام ضایعه وزیکولوبولوز شباهت دارد؟ (ورودی ۹۷)

الف) پمفیگوس ولگاریس ب) اریتم مولتی فرم ج) لیکن پلان بولوز د) پمفیگوئید غشا مخاطی

پاسخ: گزینه د

رانولا

- به موکوسلی که در کف دهان ایجاد می شود می گویند.
- منشاء آن غده زیرزبانی است.



شکل ۲-۳: رانولا

- ❖ **علائم بالینی:** معمولاً رانولا در سطح جانبی خط وسط کف دهان قرار دارد و این ویژگی باعث تمایز آن از کیست درموئید می شود.
- رانولای گردنی (Plunging) فرم نادری از ضایعه است که در آن موسین از عضله مایلوهیوئید عبور کرده و تورم گردنی ایجاد می کند. ممکن است همزمان در کف دهان نیز تورم دیده شود.
- رانولایی که از غده زیر زبانی منشاء می گیرد در MRI و CT یا اولتراسوند نمای (tail sign) ایجاد می کند که نشانگر گسترش مختصر ضایعه به فضای زیرزبانی است، اگرچه که این ویژگی همیشه وجود ندارد.
- ❖ **میکروسکوپی:** مشابه موکوسل است.
- ❖ **درمان:** شامل برداشتن کل غده درگیر (روش بهتر) یا Marsupialization (Exteriorization) برای انواع کوچک و سطحی می باشد/ در صورتی که قسمت خاصی از غده زیرزبانی که منشاء ضایعه است، قابل شناسایی باشد، Partial excision غده ممکن است موفقیت آمیز باشد.

بیمار مرد جوانی است که با تورم آبی رنگ در کف دهان و درد در هنگام غذا خوردن مراجعه نموده است. در شرح حال وی، سابقه‌ای از کاهش و افزایش میزان تورم وجود دارد. کدامیک از بیماریهای زیر در خصوص این بیمار مطرح می‌باشد؟ (ورودی ۹)

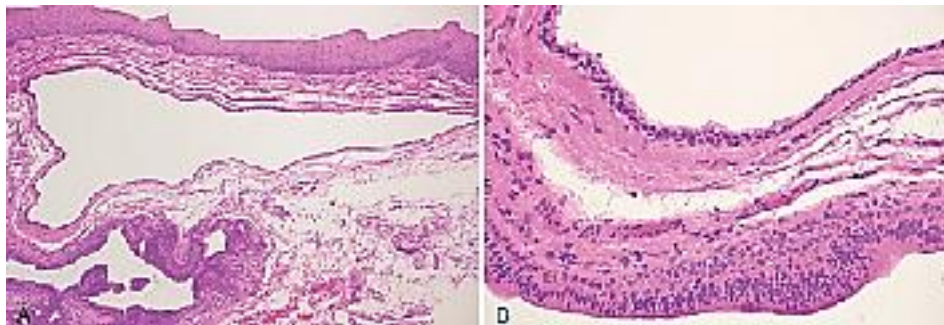
الف) Hemangioma ب) Ranula ج) Dermoid cyst د) Necrotizing Sialometaplasia

پاسخ: گزینه ب

کیست مجرای بزاقی

(Sialocyst- Mucous retention cyst- Salivary duct cyst)

- یک کیست حقیقی مفروش از اپی‌تلیوم است که به صورت تکاملی ایجاد شده و علت آن نامشخص است.
- در بالغین و غده پاروتید شایع‌تر است. به صورت تورم بدون علامت است که به آرامی رشد می‌کند (در بیشتر موارد شبیه موکوسل به شکل تورم مواج و نرم با رنگ آبی هستند).
- انواع داخل دهانی (ناشی از غدد فرعی) بیشتر در کف دهان - مخاط باکال و لب‌ها دیده می‌شود.
- کیست‌های کف حفره دهان غالباً در مجاورت مجرای تحت فکی پدید می‌آیند و گاهی رنگ کهربایی دارند.
- در موارد نادری به صورت کیست‌های متعدد (در غدد فرعی) دیده می‌شود که ممکن است ductal ectasia باشند. به چنین ضایعاتی mucous retention cyst گفته می‌شود.
- در ضایعات متعدد هر ضایعه به صورت ندول‌های دردناکی تظاهر می‌یابند که دهانه مجاری آن‌ها به صورت متسع در سطح مخاط دیده می‌شود. ممکن است از این مجاری متسع، چرک یا موکوس ترشح شود.
- ❖ میکروسکوپی: حفره‌ای مفروش از اپی‌تلیوم مکعبی، استوانه‌ای یا سنگفرشی آتروفیک که ترشحات موکویید یا رقیق را احاطه کرده است.



شکل ۴-۲: کیست مجرای بزاقی: A. بزرگنمایی کم، سیستی را در زیر سطح مخاطی نشان می‌دهد. B. حفره سیستیک (بالا) مفروش از اپی‌تلیوم مکعبی نازک. در کنار سیست، مجرای خروجی غده بزاقی مفروش از اپی‌تلیوم استوانه‌ای (پایین) دیده می‌شود.

- در اتساع مجاری ثانویه به انسداد مجرا متاپلازی انکوسیتی در آستر اپی‌تلیال ممکن است دیده شود. اپی‌تلیوم به صورت چین‌های پاپیلری در داخل لومن دیده می‌شود و شبیه یک تومور وارتین کوچک بدون استرومای لنفوئید است. اگر این پرولیفراسیون زیاد باشد ممکن است به عنوان papillary cyst adenoma تشخیص داده شود، هرچند به نظر می‌رسد بیشتر آنها نئوپلاسم حقیقی نیستند.
- ❖ درمان: در کیست حقیقی غدد بزاقی فرعی، جراحی محافظه کارانه و در غدد اصلی برداشت کامل یا ناقص غده ضروری است.
- در موارد متعدد (اتساع چندکانونی مجاری بزاقی) مصرف سیالوگوگ با تحریک جریان بزاق از تجمع موکوس غلیظ در مجاری خروجی متسع جلوگیری می‌کند.

تمامی موارد زیر در نمای میکروسکوپی کیست غده‌ی بزاقی دیده می‌شود، به جز: (بورد ۹۵)

الف) متاپلازی انکوسیتی ب) آتروفی سلول اپی‌تلیال ج) سلول‌های مکعبی د) سلول‌های استوانه‌ای

جواب گزینه الف

سنگ بزاقی (Sialolithiasis= Salivary calculi)

- ساختارهای کلسیفیه هستند که از رسوب کلسیم به دور یک هسته ارگانیک (شامل موکوس غلیظ، باکتری، سلول‌های اپی‌تلیال مجرا یا اجسام خارجی) در داخل لومن مجرا ساخته می‌شود.
- علت ایجاد، نامشخص است. تشکیل سنگ به متابولیسم کلسیم و فسفر ارتباط ندارد، ولی با سیالادنیت مزمن و انسداد ناقص پیشرفت می‌کند.
- ❖ **علائم بالینی:** بیشتر در مجرای وارتون غده تحت فکی ایجاد می‌شود، بعلت مسیر دراز و پرپیچ و خم و رو به بالا و ترشح غلیظ تر.



شکل ۲-۵: سیالولیت

- در غدد بزاقی فرعی بیشتر در لب بالا و مخاط باکال.
- در افراد جوان و میانسال و همراه تورم و درد به خصوص هنگام صرف غذا.
- تنها سنگ‌هایی در رادیوگرافی دیده می‌شوند که کلسیفیکاسیون قابل توجهی داشته باشند (به صورت توده اپک).
- رادیوگرافی اکلوزال برای سنگ‌های انتهایی وارتون مناسب است. در پانورامیک و پری‌اپیکال ممکن است با ضایعات داخل استخوانی اشتباه شود.
- سنگ‌های متعدد پارتید از نظر رادیوگرافی شبیه به غدد لنفاوی کلسیفیه مثل آنچه در توبرکلوزیس دیده می‌شود هستند.
- سیالوگرافی، اولتراسوند، CT برای بررسی سنگ بزاقی مفید است. سیالادنوسکوپی تشخیصی یک ابزار ارزشمند در ارزیابی و تشخیص انسداد مجاری هستند.
- سنگ‌های غدد فرعی غالباً بدون علامت/گاهی تورم و tenderness در غده مبتلا.
- ❖ **میکروسکوپی:** توده کلسیفیه شامل لایه‌های متحدالمرکزی است که یک هسته آمورف از دبری‌ها را احاطه کرده‌اند.
 - در مجرای مرتبط غالباً متاپلازی سنگفرشی، انکوسیتی و یا موکوسی دیده می‌شود. معمولاً التهاب دور مجرا نیز وجود دارد. انسداد مجرا غالباً با سیالادنیت حاد یا مزمن غده تغذیه کننده همراه است.
- ❖ **درمان:** برای سنگ‌های کوچک غدد اصلی ← ماساژ و دوشیدن مجرا - سیالوگوگ‌ها - گرمای مرطوب - نوشیدن مایعات به مقدار زیاد
- برای سنگ‌های بزرگتر ← جراحی گاهی با کمک سیالادنوسکوپی. در صورت وجود آسیب قابل توجه در غده: برداشت غده

- سیالادنوسکوپي مداخله‌اي (basket retrieval) و lithotripsy تکنیک‌های جدیدتر هستند که در برداشت سنگ غدد اصلی موثر بوده، کمتر تهاجمی و با عوارض کمتر بوده و ممکن است لزوم برداشت غده را منتفی سازند.
- برای سنگ‌های غدد فرعی ————— برداشتن سنگ و غده درگیر با جراحی

Sialadenitis (سیالادنیت)

- التهاب غدد بزاقی ناشی از عوامل عفونی و غیرعفونی.
- شایع‌ترین عفونت ویروسی، اوریون است. شایع‌ترین علت عفونت در نوزادان CMV است.
- عفونت باکتریال (بیشتر استاف اورئوس یا گونه‌های استرپتوکوک) ناشی از انسداد مجرا و یا کاهش جریان بزاق می‌باشند که خود به علت تنگی مادرزادی مجرا- فشار به مجرا از طریق تومور مجاور- مصرف داروهای کاهش‌دهنده بزاق مثل آتروپین می‌تواند باشد.
- عوامل غیر عفونی: سندرم شوگر- سارکوئیدوز- رادیوتراپی- آلرژن‌های مختلف
- یکی از رایج‌ترین علل سیالادنیت، جراحی‌های جدید به خصوص جراحی شکم است (چون بیمار NPO است و آتروپین مصرف می‌کند) که باعث ایجاد عفونت حاد پاروتید یا اوریون جراحی می‌شود.

❖ علائم بالینی:

- سیالادنیت باکتریال حاد بیشتر در پاروتید و در ۱۰ تا ۲۵٪ موارد دو طرفه ایجاد می‌شود. غده مبتلا متورم و دردناک است و پوست روی آن اریتماتوز و گرم می‌باشد. تب خفیف و ترسموس وجود دارد و بعد از ماساژ از دهانه غده، چرک خارج می‌شود.
- در پاروتیدیت مزمن، مجرای استنسون در سیالوگرافی شبیه سوسیسی می‌شود (sausaging) که ناشی از اتساع و تنگی مجرا می‌باشد.



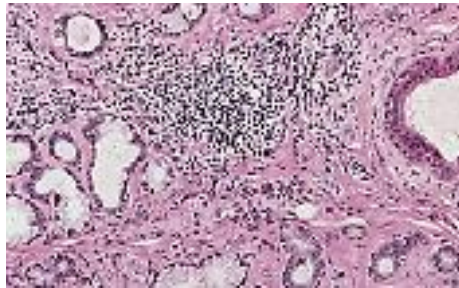
شکل ۲-۶: سیالادنیت مزمن

- انسداد دائم یا راجعه مجرا (بیشتر به علت سنگ)، منجر به ایجاد سیالادنیت مزمن می‌شود که در سیالوگرافی در قسمت پروگزیمال ناحیه مسدود شده، سیالکتازی (اتساع مجرا) مشاهده می‌شود.
- سیالادنیت نکروز دهنده تحت حاد (subacute necrotizing sialadenitis): غالباً در جوانان و نوجوانان ایجاد می‌شود. مکان ایجاد آن کام سخت یا نرم می‌باشد و به شکل یک ندول دردناک می‌باشد که با مخاط سالم و اریتماتوز پوشیده شده است.
- این ضایعه برخلاف سیالومتاپلازی نکروز دهنده، زخمی و پوسته پوسته نمی‌شود و علت آلرژیک یا عفونی دارد.

➤ Juvenile recurrent parotitis:

- شایع‌ترین اختلال التهابی غدد بزاقی در کودکان در ایالات متحده و دومین اختلال شایع التهابی غدد بزاقی در دنیا بعد از اوریون است.

- بوسیله عودهای اپیزودیک به صورت تورم غیرچرکی یک طرفه یا دو طرفه پاروتید مشخص می‌شود و بین سنین ۳ تا ۶ سال آغاز می‌شود. علت نامشخص است، اگر چه مالفورماسیون مادرزادی مجرا، عوامل ژنتیکی، اختلالات ایمنولوژیک و مالاکلوژن دندانی به عنوان فاکتورهای احتمالی بیان شده‌اند. اگر چه عودهای مکرر ایجاد می‌شود، اما معمولاً در زمان بلوغ بهبود می‌یابد.
- ❖ **میکروسکوپی:** ۱- نوع حاد: تجمع نوتروفیل در آسینی و سیستم مجاری ۲- نوع مزمن: ارتشاح منتشر یا ناحیه‌ای لنفوسیت‌ها و پلاسموسیت‌ها در پارانشیم غده بزاقی - آتروفی آسینی و اتساع مجاری معمول است.
 - در سیالادنیت مزمن اگر فیبروز وجود داشته باشد، سیالادنیت اسکروزه مزمن (**chronic sclerosing sialadenitis**) نامیده می‌شود.
 - در سیالادنیت نکروز دهنده تحت حاد، ارتشاح آماسی شدید (مخلوط)، از بین رفتن آسینی و آتروفی مجاری دیده می‌شود. مجاری دچار متاپلازی سنگفرشی یا هایپرپلازی نمی‌شوند.



شکل ۲-۷: سیالادنیت اسکروزه مزمن

❖ درمان:

- رادیوگرافی پانورامیک غربالگری: تا از نظر وجود سنگ بررسی شود. در صورت مشاهده چرک در مدخل مجرا: کشت باکتریال و تست حساسیت باید انجام شود.
- در نوع حاد: آنتی بیوتیک و بازگرداندن آب به بدن بیمار برای تحریک جریان بزاق
- در نوع مزمن: بسته به شدت بیماری از درمان محافظه کارانه تا مداخله جراحی متغیر است. آنتی بیوتیک/ ضد درد/ سیالوگوگ/ ماساژ غده - برداشت سنگ یا غده تخریب شده- سیالاندوسکوپی و شستشوی مجرا- در صورت ضرورت دوره‌ای از بستن مجرای استنسن
- سیالادنیت نکروز دهنده تحت حاد نیاز به درمان ندارد و طی دو هفته خود به خود بهبود می‌یابد.
- **Juvenile recurrent parotitis:** سیالاندوسکوپی به همراه شستشو با سالین

شایع ترین عامل ویروسی و باکتریایی سیالادنیت به ترتیب عبارتند از: (بورد ۹۲)

- الف) سیتومگالوویروس و استافیلوکوک اوروئوس ب) سیتومگالوویروس و استرپتوکوک
ج) اوریون و استرپتوکوک د) اوریون و استافیلوکوک

پاسخ: گزینه د

در کدامیک از انواع سیالادنیت، هیپرپلازی و متاپلازی اسکواموس دیده نمی‌شود و سیستم مجرای تمایل به آتروفی دارد؟ (بورد ۹۳)

الف) Acute sialadenitis

ب) sialadenitis Chronic sclerosing

ج) Subacute necrotizing sialadenitis

د) Chronic sialadenitis

پاسخ: گزینه ج

Cheilitis glandularis

- یک نوع التهاب نادر در غدد بزاقی فرعی به خصوص لب پایین می‌باشد که از عوامل ایجاد کننده آن نور خورشید- تنباکو- بهداشت پایین و ارث را ذکر می‌کنند.
 - مواردی از Cheilitis glandularis در بیماران آلبینیسم (Albino) دیده شده است که احتمالاً ثانویه به نور خورشید است.
- ❖ علائم بالینی:

- به علت هایپرتروفی و التهاب غدد، لب پایین متورم و به سمت خارج برگشته است. دهانه مجاری غدد فرعی متسع و ملتهب است و فشار باعث خروج ترشحات چرکی موکوسی می‌شود.
 - مردان میانسال و مسن.
 - در دوران کودکی بیشتر exfoliative cheilitis می‌باشد.
 - براساس شدت بیماری کلیت گلندولار به سه دسته تقسیم می‌شود:
۱. ساده ۲. چرکدار سطحی Baelz ۳. چرکدار عمقی Apostematosa

- دو مورد آخر، درگیری پیشرفته بیماری باکتریال است که با التهاب شدید، چرک، زخم، و تورم لب مشخص می‌شود.
- ❖ هیستوپاتولوژی: سیالادنیت مزمن و اتساع مجرا به همراه تجمع موسین و متاپلازی انکوسیتیک مجرا. ممکن است در برخی موارد تغییرات دیسپلاستیک اپی تلیوم سطحی دیده شود.
- ❖ درمان: قطع ورمیلیون لب (lip shave)، وجود SCC در اپیتلیوم پوشاننده لب در بعضی از بیماران دیده شده است.

کدامیک از عبارات زیر در مورد Cheilitis Glandularis صحیح است؟ (بورد ۹۱)

- الف) یک نوع وضعیت التهابی نسبتاً شایع غدد فرعی بزاقی است.
- ب) Baelz disease در واقع فرم Deep suppurative بیماری است.
- ج) میزان قابل توجهی از بیماران مبتلا به SCC می‌شوند.
- د) نمای میکروسکوپی آن اختصاصی و گاهی همراه دیسپلازی می‌باشد.

جواب گزینه ج

Sialorrhea (Ptyalism)

- ترشح بزاق بیش از حد که ممکن است در اثر عوامل زیر ایجاد شود.
- علل سیالوره خفیف: زخم‌های آفتی، دنچر نامناسب و جدید.
- علت ترشح بیش از حد بزاق به صورت اپیزودیک (water brash): رفلاکس گاستروفاژیال.
- ترشح بیش از حد بزاق به صورت نادر در خانم‌های باردار (ptyalism gravidarum) که همراه با افزایش استفراغ‌های بارداری است.

- هاری- مسمومیت با فلزات سنگین- داروهای ضد افسردگی بخصوص کلوزاپین- آگونیست‌های کولینرژیک مورد استفاده در درمان آلزایمر و میاسنتی گراویس
- در افراد مبتلا به ناتوانی‌های ذهنی- مندیبولکتومی- بیماریهای عصبی مانند فلج مغزی- پارکینسون- ALS و سکتیه: ریزش بزاق (drooling)، به علت افزایش تولید بزاق نیست، بلکه به علت کنترل عصبی- عضلانی ضعیف است.
- گروه دیگری از بیماران نیز شکایت از drooling دارند، اما شواهد واضحی از افزایش تولید بزاق در آنان دیده نمی‌شود، و هیچ کدام از علل شناخته شده سیالوره را ندارند. بررسی‌های شخصیتی پیشنهاد می‌کند که در این بیماران به ظاهر سالم، این شکایت هیچ گونه اساس ارگانی ندارد، اما ممکن است با درجات بالای اضطراب همراه باشد.
- ❖ **علائم بالینی:** ریزش بزاق (drooling) و احساس خفگی. در کودکان با ناتوانی ذهنی یا فلج مغزی، جریان کنترل نشده بزاق باعث زخم خیس در اطراف دهان، چانه و گردن می‌شود که می‌تواند به صورت ثانویه عفونی شود.
- ❖ **درمان:** موارد با علل خفیف یا موقتی نیاز به درمان ندارد.
 - درمان دارویی برای مشکل رفلاکس.
 - گفتار درمانی برای بهبود کنترل نوروماسکولار می‌تواند استفاده شود، اما همکاری بیمار ضروری است. استفاده از داروهای آنتی‌کولینرژیک برای کاهش ترشح بزاق (اما ممکن است عوارض جانبی داشته باشد).
 - تزریق Scopolamine داخل درمی برای کاهش بزاق تجویز می‌شود اما در کودکان زیر ۱۰ سال منع مصرف دارد. تزریق داخل غده‌ای سم botulinum نیز مفید است.
 - قطع ترشح بزاق از طریق تزریق هدایت شده با تصویر (image-guided injection) تترادسیل سولفات و اتانول به داخل غدد
 - برای کنترل drooling شدید در افراد با کنترل نوروماسکولار ضعیف: تغییر موقعیت مجرای ساب‌ماندیبولار به سمت قاعده زبان یا tonsillar fossa (گاهی همراه با قطع غدد ساب‌لینگوال)- تغییر موقعیت مجرای پاروتید- قطع غده ساب‌ماندیبولار + بستن مجرای پاروتید- بستن مجاری پاروتید و ساب‌ماندیبولار

کدامیک می‌تواند منجر به سیالوره شود؟ (ورودی ۹۶)

الف) آفت ب) دیابت ملیتوس ج) تنفس دهانی د) سیگار کشیدن

پاسخ: گزینه الف

خشکی دهان (Xerostomia)

- غالباً (نه همیشه) مرتبط با کاهش فعالیت غدد بزاقی- در افراد مسن به علت مصرف داروها
- ❖ **علائم بالینی:** مخاط خشک و چسبنده- ترشحات غلیظ و کشسان- سطح پستی زبان غالباً شیاردار- آتروفی پاپیلاهای فیلی‌فرم- احساس سوزش مخاط- افزایش شیوع کاندیدا- پوسیدگی سرویکال و ریشه دندان
- عوامل ایجاد کننده: شوگر- دیابت ملیتوس و بی‌مزه- سارکوئیدوز- ایدز- هپاتیت C- GVHD- سیگار و اختلال سایکوتیک (Box 11-2)
- ❖ **درمان:** رفع عامل ایجاد کننده. داروی محرک بزاق مثل پیلوکارپین و یا سویمیلین (این داروها در گلوکوم منع مصرف دارند).