

مروری بر موارد استفاده ی سیالوگرافی و گزارش یک مورد مجرای وارتون غیر معمول

لیلا خجسته پور* - سیروس محمدی نژاد**

* استادیار گروه آموزشی رادیولوژی، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

** استادیار گروه آموزشی جراحی، دانشکده ی دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز

چکیده

هدف این گفتار ارایه ی یافته های سیالوگرافی غیر معمول در غده ی زیر فکی است، که در آن، سه شاخه شدن مجرای وارتون عامل ایجاد علائم همانند انسداد شناخته شد. مردی 36 ساله با علائم انسداد غده ی بزاقی زیر فکی سمت راست به درمانگاه مراجعه کرد. پس از بررسی سیستمیک و انجام معاینه های بالینی و پرتونگاری، سیالوگرافی انجام شد و سه شاخه شدن در ناحیه پروگزیمال بخش عمقی (افقی) مجرای وارتون عامل انسداد شناخته شد. اهمیت این نمونه به این دلیل است، که عوامل انسدادی معمول مانند سنگ کلسیفه یا غیر کلسیفه، تنگی موضعی مجرا (استریکچر)، موکوسل و یا کیست های بزاقی، هیچ یک عامل ایجاد درد و تورم غده به هنگام غذا خوردن نبودند. بر پایه ی مروری بر مقالات انجام شده، این نخستین مورد مجرای وارتون با این آناتومی قابل تشخیص در سیالوگرافی است.

واژگان کلیدی: سیالوگرافی، بیماری های انسدادی غدد بزاقی، انسداد مجرای وارتون

تاریخ دریافت مقاله: 86/9/8

تاریخ پذیرش مقاله: 87/3/2

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز 1387؛ دوره نهم، شماره دو: صفحه ی 206 تا 211

نویسنده ی مسوول مکاتبات: لیلا خجسته پور. شیراز - خیابان قصر دشت - قم آباد - دانشکده ی دندانپزشکی - دانشگاه علوم پزشکی - گروه آموزشی رادیولوژی تلفن: 0987116285275 - 0989173158331 پست الکترونیک: lkhojasteh@hotmail.com

درآمد

در این گزارش، موردی از انسداد مجرای وارتون ارایه می‌گردد، که بر پایه‌ی سیالوگرافی انجام شده است. سه شاخه شدن ناحیه‌ی پروگزیمال بخش افقی (عمقی) مجرای وارتون پیش از پیوستن به بخش سطحی (عمودی)، به عنوان استریکچر عمل کرده و سبب بروز علائم انسداد در بیمار شده است. نکته‌ی قابل تامل در این بیمار، جای ایجاد اتساع مجراست، زیرا بر پایه‌ی کتب مرجع، عوامل انسدادی (سنگ‌ها، استریکچرها، موکوسل و ...) بیشتر سبب اتساع مجرا در ناحیه‌ی پروگزیمال به غده و یا به سخن دیگر، در پشت جای درگیری می‌شوند، در حالی که، در بیمار کنونی، اتساع و گشاد شدگی چشمگیر مجرای وارتون در بخش دیستال، یعنی پیش از جای سه شاخه شدگی رخ داده است.

گزارش مورد

مردی 36 ساله به علت تورم در ناحیه‌ی غده‌ی بزاقی زیر فکی درونی به درمانگاه تخصصی رادیولوژی فک و صورت مراجعه کرد. در بررسی پیشینه، بیمار به علائم همانند مشکل کنونی در سه سال گذشته اشاره کرد. همچنین وضعیت بهداشت دهانی بیمار مناسب بود. بیمار پیشینه‌ی بیماری و یا مصرف دارویی را نداشت. سیگاری نبود و در معاینه‌ی های بالینی، تورم دردناک به لمس در ناحیه‌ی زیر مندیبولار فوسای سمت راست مشاهده شد. درد و تورم به هنگام غذا خوردن ایجاد شده و اندازه‌ی تورم به تدریج کمتر شده بود. ترشح بزاق از مجرای وارتون سمت راست تنها به زمان مالش (milking) غده محدود بوده و با درد صورت می‌پذیرفت. بزاق ترشح شده، شفاف ولی چسبناک تر از بزاق ترشح شده از سمت چپ بود. التهاب و یا زخمی در ناحیه‌ی پاپیلای زیر زبانی مشاهده نشد. بیمار پیشینه‌ی ضربه در ناحیه را نداشت. معاینه‌ی های بالینی و پرتونگاری پانورامیک بیمار طبیعی بود و هیچ عامل دندان‌ی و فکی مرتبط با مشکل بیمار وجود نداشت. در

غده‌ی بزاقی زیر فکی یا ساب مندیبولار، با وزنی در حدود 10 تا 15 گرم، دومین غده‌ی بزاقی بزرگ به لحاظ اندازه است. این غده، به شکل حرف ال (L) است و از دو بخش سطحی و عمقی تشکیل شده است⁽¹⁾. بلندی مجرای اصلی آن (مجرای وارتون) پنج سانتی‌متر و قطر آن در حدود 0/5 تا 1/5 میلی‌متر است. البته، این مجرا در سیالوگرافی پهن‌تر دیده می‌شود. مجرای وارتون از بخش سطحی غده بیرون آمده و با گذر از روی لبه‌ی پشتی (آزاد) ماهیچه‌ی مایلوهایوئید، بر روی این ماهیچه جا گرفته به سمت بالا و جلو کشیده می‌شود تا در پایان از پاپیلای زیر زبانی بیرون رود⁽²⁾.

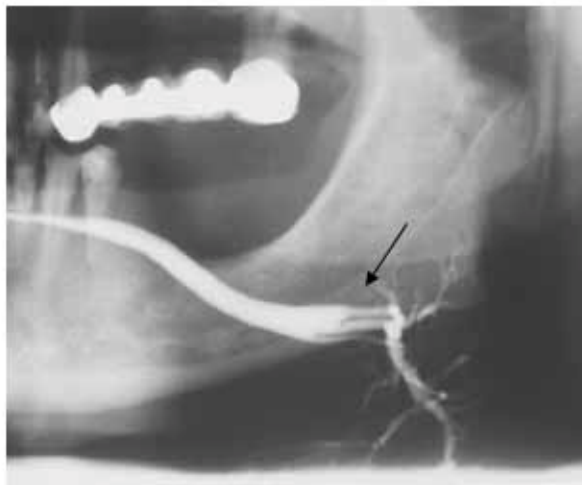
در میان بیماری‌های غدد بزاقی، انواع انسدادی شیوعی چشمگیر دارند، به ویژه که به علت ایجاد علائمی، چون درد و تورم متناوب و همراه با غذا خوردن سبب مراجعه‌ی بیماران به درمانگاه می‌شوند^(3, 4 و 12). بیماری‌های انسدادی غدد بزاقی، به طور عمده به سه دلیل ایجاد می‌شوند: سنگ‌ها، تنگی موضعی مجراها (stricture)، موکوسل و سالیوری سیست‌ها. سنگ‌ها شایع‌ترین عامل انسدادی در غدد بزاقی اصلی هستند و شیوع سنگ‌ها در غده‌ی زیرفکی بیشتر از پاروتید است. سنگ‌های بزاقی شامل کلسیم، فسفات و کربنات در شکل هیدروکسی آپاتیت همراه با مقداری ناچیز مگنیزیم، سدیم، پتاسیم و آمونیم هستند⁽⁵⁾. علت به وجود آمدن این سنگ‌ها ناشناخته است⁽⁶⁾. بر پایه‌ی کالبدشکافی انجام شده شیوع سنگ‌های غدد بزاقی در حدود یک درصد است⁽⁷⁾. ولی رخداد سنگ‌های سیپتوماتیک از این میزان کمتر است⁽⁸⁾.

گرچه از سیالوگرافی امروزه به علت در دسترس بودن دستگاه‌های پیشرفته و بهبود سی‌تی‌اسکن و ام آر آی به ندرت استفاده می‌شود، اما با این حال، هنوز به عنوان تنها روش تصویربرداری و بررسی دستگاه مجاری غدد بزاقی شناخته می‌شود⁽²⁾.

گشادشدگی چشمگیر مجرای وارتون پیش از جای سه شاخه‌شدگی، یعنی در بخش دیستال مجرا رخ داده است. همچنین، علایم چشمگیر دیگر، چون پوشیده نشدن کامل مجرا با ماده‌ی حاجب (filling defect) تنگی موضعی مجرا (استریکچر) و یا سیالکتازی مشاهده نمی‌شود و مجاری انتهایی هم پر شده‌اند. رعایت بهتر بهداشت دهان به بیمار پیشنهاد شد. پیگیری شش ماهه‌ی بیمار نشان دهنده‌ی از میان رفتن مشکلات (درد و تورم) پس از انجام سیالوگرافی بود.

پرتونگاری اکلوزال با شرایط تابش پایین تر از حد معمول (under exposed) عامل انسداد کلسیفه دیده نشد، به همین دلیل انجام سیالوگرافی لازم تشخیص داده شد.

سیالوگرافی غده‌ی بزاقی زیر فکی سمت راست پس از گشاد کردن مجرای وارتون با گوتا پرکا و با تزریق دو میلی‌لیتر ماده‌ی حاجب آمنی پک (Omnipaque 300mg/ml) و با فراهم کردن پرتونگاری پانورامیک انجام شد. نگاره‌ی 1 سیالوگرام فراهم شده را پس از تزریق دو میلی‌متر ماده‌ی حاجب نشان می‌دهند. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، اتساع و



نگاره‌ی 1: سیالوگرام غده‌ی زیر فکی سمت راست. پر شدن کامل مجرای وارتون همراه با انبساط چشمگیر آن دیستال به محل سه شاخگی. پر شدن نرمال مجاری ثانویه و انتهایی نیز مشهود است.

بحث

عبوری بدن است. اهمیت نمونه‌ی گزارش شده، افزوده شدن یک مورد به صورت تشخیص افتراقی عوامل انسدادی است. زیرا، در این بیمار، با وجود نبود سنگ و یا استریکچر، سه شاخه شدن غیر معمول مجرای اصلی غده‌ی زیر مندیبولر، به عنوان مانعی بر سر راه عبور بزاق عمل کرده است، که اهمیت نمونه‌ی گزارش شده افزوده شدن یک مورد به صورت تشخیص افتراقی

برخی، خمیدگی مجرای وارتون را به علت کمک به سکون (Stagnation) بزاق، به عنوان عامل سبب‌شناختی تشکیل سنگ‌ها مطرح می‌کنند. استریکچرها نیز، به عنوان عامل سبب‌شناختی بیماری‌های انسدادی غدد بزاقی مطرح هستند. استریکچر، در لغت به معنای تنگی غیرطبیعی راه‌های

عوامل انسدادی است. این امر، با مشاهده‌ی افزایش قطر یا گشاد شدگی مجرا در پشت این ناحیه کاملاً نمایان است.

برای توضیح بیشتر در باره‌ی این بیمار، اشاره به مطالب زیر سودمند خواهد بود. مجرای غده‌ی زیر مندیبولار به دو بخش سطحی عمودی و عمقی افقی بخش می‌شود. قسمت سطحی زیر عضله مایلوهایوئید جا دارد و با بافت اصلی غده (glandular tissue proper) احاطه شده است. بخش عمقی در بالای ماهیچه‌ی مایلوهایوئید بوده، که بیشتر به غده‌ی زیر لینگوال ویا مجرای آن پیوند دارد.

گرچه با پیشرفت روش‌های تصویر برداری مقطعی، چون سی تی اسکن و ام آر آی، که بجز مجاری پارانشیم، غده را نیز، به تصویر می‌کشند، از موارد استفاده سیالوگرافی در سال‌های اخیر کاسته شده است، اما باید خاطر نشان کرد، که این روش هنوز تنها روش بررسی کالبد ظریف دستگاه مجاری غدد بزاقی است (2).

همچنین، برای نشان دادن سنگ‌های رادیولوسنت و رادیوپک و نیز، استریکچرهای ناشی از التهاب، تواناترین روش سیالوگرافی سابتراکت شده است (9). در حالی که، روش‌های تصویر برداری مقطعی، چون سی تی اسکن و ام آر آی، اهمیت خود را در تشخیص توده‌های موجود در غدد بزاقی با به تصویر کشاندن پارانشیم غده نشان می‌دهند (10).

سیالوگرافی غده‌ی زیر فکی دو مرحله دارد. در مرحله‌ی نخست، بخش عمقی مجرای اصلی و در مرحله‌ی دوم، بخش سطحی آن، که عمود به مایلوهایوئید است و نیز دیگر جاهای دستگاه مجاری پر می‌شوند. همچنین، بر خلاف شاخه‌های گوناگون، که در مجاری درون غده‌ی پاروتید وجود دارد، مجاری ثانویه‌ی زیر فکی، بیشتر به صورت ناگهانی و با پر شدن ناقص و ضعیف مجاری انتهایی (Tertiary ducts) پایان می‌یابند. از سوی دیگر پرشدن پارانشیم

(acinar filling) در غده‌ی زیر فکی، بسته به میزان فشار تزریق، ممکن است دیده شود یا نشود (10).

نگاره‌ی 1 نشان می‌دهد، که در این بیمار، بخش سطحی (عمودی) مجرا و نیز، مجراهای درون غده (مجاری ثانویه و انتهایی) به طور کامل و طبیعی به وسیله‌ی ماده‌ی حاجب پر شده اند و تنها یافته‌ی غیر طبیعی، گشادی چشمگیر بخش دیستال مجرا بیش از جای سه شاخه شدگی است.

نه تنها ایجاد سنگ‌ها در دو غده‌ی پاروتید و زیر مندیبولر متفاوت است، بلکه اجزای تشکیل دهنده‌ی آن هم متفاوت است. سنگ‌های پاروتید بیشتر کانی‌های اسیدی، مانند بروشیت (braushite) و نمک‌های هشتایی کلسیم فسفات (phosphate oceto calcium) هستند، در حالی که، میزان پروتئین و چربی در سنگ‌های غده‌ی زیر فکی بیشتر است.

استریکچرها درصدی ناچیز از بیماری‌های انسدادی غدد بزاقی را تشکیل می‌دهند و مشاهده‌ی آنها در سیالوگرافی مجرای پاروتید شایع‌تر از زیر فکی هستند. همچنین، استریکچرها از این نظر، که 25 درصد تورم‌های راجعه‌ی غده‌ی پاروتید را تشکیل می‌دهند، مهم هستند (3).

تظاهرات بالینی بیماری‌های انسدادی، شامل درد و تورم است. درد ممکن است تنها به هنگام تحریک ترشح بزاق و به هنگام غذا خوردن باشد، که تجمع بزاق در مجرا، و بافت‌های پیرامون سبب تورم ناحیه می‌شود. بیشتر بیماران، دارای پیشینه‌ی تورم راجعه هستند، که در گذر زمان از نظر شدت و بسامد (فرکانس) تشدید شده است و این تورم خود به خود و یا با مالش (ماساژ) و با گذشت زمان از بین می‌رود. افزون بر آن، کاهش ترشح بزاق به هنگام مالش (milking) غده‌ی نمایان است. برای تشخیص استریکچرها انجام سیالوگرافی حتماً لازم است. در مورد موکوسل و سیست‌های بزاقی اغلب پیشینه‌ی ضربه

پیش از تورم وجود دارد و تورم رنگ آبی دارد.

تغلیظ بزاق می تواند ناشی از عواملی چون اشباع به علت تغییر PH، کاهش آب بدن، برنامه‌ی غذایی باشد همچنین تغییر در پروتئین‌هایی، که به کلسیم باند می‌شوند، تجمع پلاک‌ها (foreign bodies)، سلول‌های مرده و عفونت‌ها در این فرایند اهمیت دارند. همچنین، عوامل کالبدی ساده، مانند چرخش عضله مایلوهاپوئید و بلندی زیاد مجرا و این مساله، که بزاق در غده‌ی زیرفکی باید بر خلاف جاذبه‌ی زمین ترشح شود را نباید فراموش کرد (11).

استریکچرهای غده‌ی بزاقی ناشی از سنگ‌های پیشین، ترشح پلاک‌های مخاطی و یا به علت ضربه‌های وارد به مجرا می باشد. عواملی، چون جویدن گونه و لبه‌های بلند دنچر و یا ضربه‌های ناشی از اعمال دندانپزشکی را نیز، باید در نظر داشت. البته، هیچ یک از این عوامل در این بیمار وجود نداشت (12).

گرچه روش سیالوگرافی به علت نیاز به گشاد کردن (canulation) مجرا، تزریق ماده‌ی حاجب و استفاده از پرتو یونیزان تهاجمی شناخته می‌شود، اما امروزه، در موارد درمانی به جای جراحی نیز، استفاده شده است. تا پیش از در دسترس بودن گشاد کردن

بالونی (balloon dilatation)، تنها راه درمان استریکچرهای سمپتوماتیک، برداشتن غده بود. اما امروزه، مواردی از رفع استریکچرها و نیز بیرون آوردن سنگ‌های غدد بزاقی به روش سیالوگرافی و گشاد کردن بالونی گزارش شده‌اند (13).

اگر سنگ‌ها و استریکچرها درمان نشوند، کاهش پیشرونده‌ی ترشح بزاق و انسداد مجرا سبب عفونت‌های سوپرایمپوز شده و غده به تخریب دچار می‌گردد، که بایستی برداشته شود. برداشتن غده عوارضی چون عوارض عصبی و زیبایی به علت برجا ماندن زخم جراحی در پی خواهند داشت، که درمان‌های نوین، مانند بالون، این عوارض را نخواهند داشت. البته عود استریکچرها پس از بالون بیشتر از سنگ‌هاست (14).

نتیجه گیری

از آن جا که در این گزارش مورد علت ایجاد علایمی چون درد و تورم متناوب آناتومی غیرمعمول مجرای وارتون بوده است، اهمیت نمونه‌ی گزارش شده افزودن یک علت جدید به صورت تشخیص افتراقی عوامل ایجاد مشکلات غدد بزاقی می باشد.

References:

1. Delbalso AM. Maxillofacial Imaging. 1st ed. USA: W.B. Saunders Company; 1990. p. 418-433.
2. Som PM, Curtin HD. Head and neck imaging. 4th ed. volume two. USA: Mosby Company; 2003. p. 2009-2043.
3. European association of oral medicine. Obstructive salivary disease. Dental Medicine University of Zagreb, 2005. Available at: www.eaom.net/PRVT
4. White SC, Pharoah MG. Oral radiology principle and interpretation. 5th ed. China: Mosby Company; 2004. p.658-676.
5. Williams MF. Sialolithiasis Otolaryngol Clin North Am 1999; 32: 819-834. Review.
6. Drage NA, Wilson RF, McGurk M. The genu of the submandibular duct--is the angle significant in salivary gland disease? Dentomaxillofacial Radiology 2002; 31:15-18
7. Rauch S, Gorlin RJ. Disease of salivary glands. Thoma's oral pathology. 6th ed. St Louis: Mosby; 1970. p. 997-1003.
8. Escudier MP, McGurk M. Symptomatic sialoadenitis and sialolithiasis in the English population, an estimate of the cost of hospital treatment. Br Dent J 1999; 186: 463-466.
9. Kalinowski M, Heverhagen JT, Rehberg E, Klose KJ, Wagner HJ. Comparative study of MR sialography and digital subtraction sialography for benign salivary gland disorders. AJNR Am J Neuroradiol 2002; 23: 1485-1492.
10. Rice DH. Diagnostic imaging and fine needle aspiration of the salivary glands. In: Cumming CH, Flint PW, Harker LA, Haughey PH (editors). Cumming otolaryngology head and neck surgery. 4th ed. USA: Elsevier Mosby; 2005.p. 1313-1322.
11. Yoshino N, Hosokawa A, Sasaki T, Yoshioka T. Interventional radiology for the non-surgical removal of sialoliths. Dentomaxillofac Radiol 1996; 25: 242-246.
12. Drage NA, Brown JE, Escudier MP, Wilson RF, McGurk M. Balloon dilatation of salivary duct strictures - report on 36 treated glands. Cardiovasc Intervent Radiol 2002; 25: 356-359 .
13. Brown JE, Drage NA, Escudier MP, Wilson RF, McGurk M. Minimally invasive radiologically-guided intervention for the treatment of salivary calculi. Cardiovasc Intervent Radiol 2002; 25: 352-355
14. Escudier MP, Brown JE, Drage NA, McGurk M. Extracorporeal shockwave lithotripsy in the management of salivary calculi. Br J Surg 2003; 90: 482-485