**SIALOZELE**

LEZIUNI APARENT TUMORALE

Sînt un capitol de patologii controversate, care includ sialomegaliile neinflamatorii, cele în care predomina fenomenele de fibrolipomatoza și sialomegalia ca rezultatul unor leziuni limfoepiteliale.

Se incadrează în acest capitol și afecțiunile în care, pe lânga hipertrofia sau atrofia glandelor salivare, există și scăderea marcată a secreției salivare (sialoadenoze), cu alterarea parenchimului glandular.

**Sinonime:**

* Sialadenoza
* Hipertrofie benigna a glandelor salivare.

**Etiopatogenie:**

Exista numerosi factori implicati in etiopatogenie, dar de bază pentru toate situatiile este o modificare a inervatiei autonome a glandelor salivare.

Sindroamele sialozice apar dupa varsta de 40 de ani, ceea ce face sa se presupuna, mai ales la femei, ca la originea acestor afectiuni, stau modificari ale metabolismului general si ale glandelor endocrine in special, care apar la aceasta varsta.

**Cauze**

* cauze de alimentaţie: malnutriţia, anorexia, deficitul de vitamine, bulimia
* cauze endocrine: diabetul zaharat, hipotiroidismul, acromegalia, sarcina si lactatia,
* cauze metabolice: obezitatea, ciroza, malabsorbtia
* cauze medicamentoase: antihipertensivele, simpatomimetice (izoprenalina,fenilbutazona)

cauze inflamatorii/autoimune.

**Histopatologie**

Se caracterizeaza prin hipertrofia celulelor acinare, atrofia ducturilor striate, asociata cu edem al tesutului conjunctiv interstitial.

Deci are loc alterarea parenchimului glandular, cu marirea în

Volum a ţesutului, mai rar, atrofia tuturor glandelor salivare, insotita de tulburari ale secretiei salivare și de alte fenomene clinice, care diferențiază evoluţia diferitelor boli sau sindroame.

* Cel mai frecvent sunt afectate:

1. parotidele;

2. glandele submandibulare

3. iar sublingualele - excepțional

**Clinica**

* Simptomul clinic important, comun sialozelor, este scaderea secretiilor salivare, care poate sa mearga pînă la asialie.
* **Subiectiv:**

- senzatia de uscaciune bucală,

- dificultati în fonație, masticație, deglutiție,

- bolnavii au nevoia să-și umezească în permanență gura cu apă.

* **Semnele obiective :**

- uscarea mucoasei bucale rosie, stralucitoare,

- acoperita de saliva putina, albicioasa cu aspect mucoid,

- limba este neteda, depapilată,

- ragadele pericomisurale sunt constante,

- la presiune pe glandele parotide

si submandibulare se constata

saliva puţină, de aspect mucoid, în cazurile de suprainfectare, saliva poate avea aspect purulent.

- saliva are pH acid, care favorizeaza aparitia candidozelor; sunt prezente

leziuni ale mucoasei bucale și linguale de tipul leukokeratozelor, limbii păroase.

**Din grupul mare ale sialozelor fac parte cîteva afecțiuni cu o simptomatologie clinica specifică:**

* sindromul Gougerot-Sjogren,
* boala Mickulitz,
* boala Besnier-Boeck-Schaumann,
* leziunea limfoepiteliala benigna.

**sindromul Gougerot-Sjogren,**

- triplă simptomatologie: buco-faringiene, oculară și articulară.

Boala apare mai frecvent la femei dupa varsta de 40-45 ani. Clinic, boala poate debuta prin manifestări parotidiene, oculare sau articulare, de tip reumatismal (poliartrită).

**1.Manifestarile bucofaringiene**

Parotiditele sunt la inceput voluminoase și la presiune lasă sa se elimine pe canal puţină salivă, cu aspect mucoid. Ulterior parotidele pot suferi un proces de indurare, apoi de atrofie, menaiputand fi percepute la palpare. In acest stadiu, papila canalului Stenon devine imperceptibila iar la nivelul sau nu se mai scurge salivă.

**2.Manifestari oculare:**

* Keratoconjunctivita uscata
* cu senzatia de arsura oculara
* sau de corpi straini intraoculari si fotofobie.
* Conjunctivele sunt rosii, uscate, mate, cu foarte putina secretie lacrimala.
* Bolnavii clipesc des, pentru a suplini deficitul de secreţie lacrimală
* In cazuri grave pot aparea leziuni corneene sub forma de keratită filamentoasă.

**3**.**Manifestarile articulare:**

Apar la inceput sub forma unor artralgii, interesînd articulaţiile membrelor, evolueaza in puseuri, asemenea reumatismului poliarticular act. Ulterior, apar artrite subacute ale articulatiilor mari, pentru ca în final, sa se constituie tabloul unei poliartrite cronice deformate.

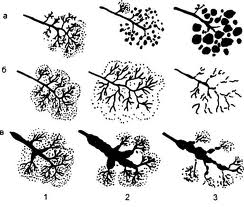
**4.Manifestari asociate:**

* Se remarca uscaciunea mucoasei nazale, cu anosmie si perforaţia septului, obstrucţia trompei Eustachio, laringotraheolaringita.

**Diagnosticul.**

Sialografia işi modifică aspectul pe parcursul evoluţiei: la început apar zone de opacifiere punctate "miliare" cu contur neregulat monoliform, (zone de dilatari neregulate al canalului Stenon ). Ulterior, sialografia arată injectarea redusă a parenchimului glandular, canalele subţiate nu se mai injecteaza, glanda işi pierde aspectul lobular caracteristic, imaginea este de "arbore mort". Iodolipolul din canalul Stenon pare ca depaseste limitele acestuia, difuzand în afară.  
Uneori, in cazuri de suprainfectare pot aparea imagini "in picatura", bine delimitate evidentiind o dilatatie chistica a acinilor glandulari.

**Sialografia parotidei**



**Examenele de laborator**

* evidentiaza anemie moderata cu eozinofilie, cresterea vitezei de sedimentare şi a globulinelor plasmatice cu inversarea raportului serine/globuline.
* examenele imunologice evidentiaza existenţa unor anticorpi nespecifici de organ (factor reumatoid); a anticorpilor anticanale salivare, antiglande lacrimale, anti-ARN.
* In salivă se gasesc imunoglobuline G si munoglobuline M.

**Anatomie patologica**

La nivelul glandelor salivare se observă:

* metaplazii malpighiene ale pereţilor canalelor de excretie;
* acinii sunt mai mult sau mai puţin diferentiati tinzînd să formeze insule de celule mioepiteliale;
* dilataţiile canaliculare cu leziuni intra- si pericanaliculare modifică permeabilitatea acestora, fapt ce explica imaginea sialografica de difuziune a lipiodolului;

în jurul acinilor şi canalelor se observă un infiltrat inflamator limfocitar şi scleroză.

**Tratamentul**

este simptomatic si mai putin patogenic.

* Pentru uscaciunea conjunctivelor - lacrimi artificiale,
* Pentru ameliorarea uscaciunii mucoasei bucale- saliva artificială
* Vitaminoterapie masiva (A, B, C, PP) si cu fier.
* Prednizolonul - 30 mg de zi, marindu-se treptat doza.
* Imunosupresoare de tipul Azathioprinei, Ciclofosfamidei, Clorambucilul sau al D-penicilaminei.
* Imunodepresoare - reduce infiltratul limfocitar ,dar sub supravegherea medicală strictă.
* Instilaţiile endocanaliculare cu hidrocortizon în stadiile iniţiale, 6-8 instilaţii endocanaliculare de hidrocortizon la care se adaugă şi penicilina.

**Tratamentul chirurgical**

In cazul formelor cu hipertrofie parotidiana marcată de tip pseudotumoral se poate practica parotidectomia subtotală cu conservarea nervului facial.

**Boala Mickulicz**

* Este o afectiune rara, cu evolutie benigna
* Care se manifesta prin hipertrofia simetrica a glandelor salivare si lacrimale insotita de scaderea, pana la disparitie, a secretiei acestor glande.
* Afectează vîrstnici, atat femei cît si barbati. Subiectiv, bolnavii acuza senzatia de uscaciune a cavitatii bucale si senzatia de corpi straini la nivelul conjunctivei bulbare datorita uscaciunii corneei.
* După o perioadă de crestere progresivă, glandele ramân intr-un stadiu constant hipertrofiat fara să-şi modifice volumul în continuare.
* Afectarea concomitentă a glandelor salivare (parotide, submandibulare, sublinguale) si lacrimale precum bilteralitatea afectiunii, permit punerea diagnosticului în formele cu evoluţie tipică.
* Boala Mickulicz trebuie diferentiata de sindromul Mickulicz, prin hipertrofia glandelor salivare si lacrimale, asociata cu adenopatia cervicala. Desi debutul clinic este asemanator, evoluţia este mai rapidă şi malignă, anatomopatologic având aspectul de limfom malign, limfosarcom sau reticulolimfosarcom.
* Tratamentul. Se obtin rezultate bune cu prednizolon în doze moderate, administrat perioade lungi de timp.

**Boala Besnier-Boeck-Scaumanann**

Este considerată o afecţiune a sistemului reticuloendotelial cu simptomatologie polimorfă.

Se caracterizeaza prin :

- leziuni cutanate nodulare (sarcoidele BoecK);

- leziuni ale mucoasei valului, amigdalelor si faringelui sub forma unor

noduli alb-galbui cu lizereu roşu, diseminaţi sau în grupuri;

- leziuni osoase, ganglionare, pulmonare etc.

Tumefierea glandelor parotide și mai rar submandibulare reprezintă un semn esenţial al acestei afecțiuni.

* Tumefierea este bilaterală și nedureroasă, nu supurează niciodată.
* Secretia salivară este scazută.
* Interesarea sistemului salivar este de obicei asociataă cu celelalte leziuni, dar poate fi şi unică sau poate preceda apariţia altor localizari.
* Diagnosticul de certitudine poate fi pus numai prin biopsie.

**Leziunea limfoepiteliala benigna**

Este asemanată de mulţi autori cu sindromul Sjogren sau cu boala Mickulicz, datorita simptomatologiei comune (parotidomegalie uni- sau bilaterala si hiposialie), dar fara afectarea glandelor lacrimale. Diferentierea nu poate fi facută decat histologic. Se presupune că s-ar maligniza fie pe linie limfatica (limfom malign), fie epitelială (adenocarcinom).

Tratamentul este simptomatic pentru tulburarile secretiei salivare. Se recurge la parotidectomie subtotala in formele pseudotumorale, ocazie cu care se precizeaza de fapt diagnosticul histologic.

Catedra de chirurgiie oro-maxilo-facială şi implantologie orală ,,Arsenie Guţan’’

conf. univ. Olga Procoprnco