

بررسی توده های گردنی در پنج مرکز درمانی تهران

دکتر شهین جعفری^۱، دکتر گیتی نمر^۲، دکتر فرهاد سمیعی^۳، دکتر مجید نایب هاشمی^۴

واژه های کلیدی: توده های گردنی، آدنوپاتی، تومورهای متاستاتیک

چکیده

رشته های مختلف تخصصی پزشکی و دندانپزشکی در مسائل درمانی و آموزشی خود به دفعات با توده های گردنی و اهمیت شناخت و نحوه برخورد با آن مواجه می شوند. در این مقاله، گروهی از بیمارانی که با توده گردنی به بخش های مختلف تخصصی پزشکی مراجعه نموده اند مورد مطالعه قرار داده شده اند.

بررسی دقیق تعداد شصت بیمار از پنج مرکز درمانی مختلف وابسته به دانشگاه علوم پزشکی تهران نشانگر نتایج زیر می باشد:

بیماران ۶۷٪ مرد و ۳۳٪ زن، ۱۰٪ افراد زیر ۱۶ سال، ۴۵٪، بین ۱۶ و ۳۵ سال و ۴۵٪ بالاتر از ۳۵ سال بوده اند.

در گردن بیشترین ابتلاء در ناحیه جانبی گردن (۴۲٪) و پس از آن ناحیه تحت فکی (۲۷٪)، ناحیه تحت چانه ای (۸٪)، ناحیه میانی گردن (۲۰٪) و کمترین گرفتاری در ناحیه پاروتید (۳٪) بوده و در این مورد یافته غیرمعمول این بوده است که در این گروه بیماران هیچ توده گردنی در ناحیه جانبی گردن در سمت راست دیده نشد.

در گروه خانم ها بیشترین ناحیه مبتلا، ناحیه میانی گردن و در گروه آقایان بیشترین ابتلاء در ناحیه جانبی گردن بود. شایع ترین عوامل اتیولوژیک در گروه آقایان لنفوم و در خانم ها گواتر بود.

شایع ترین توده گردنی در گروه های سنی زیر ۱۶ سال، همانژیوم، در گروه سنی ۱۶ تا ۳۵ سال، آبسه و گواتر و بالاتر از ۳۵ سال تومورهای متاستاتیک و لنفوم بودند.

سراغاز

توده های شایع گردن عبارتند از: آدنوپاتی (خوش خیم یا بدخیم) کیست، آبسه.

۱- گروه بیماری های دهان، دانشکده دندانپزشکی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، ص. ب. ۱۴۱۵۵-۶۴۴۶.

۲- گروه عفونی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

۳- گروه سرطان شناسی، بیمارستان امام خمینی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران.

۴- کلینیک تخصصی امام خمینی.

بیماری های غدد بزاقی ، توده های مربوط به تیروئید ، که هریک از موارد ذکر شده بطور خلاصه توضیح داده می شود.

آدنوپاتی : مهمترین علل آدنوپاتی های گردن معمولاً در نتیجه پاسخ حاد یا مزمن نسبت به یک میکروارگانسیم (لنفادنیت) ، رشد تومور متاستاتیک در غدد لنفاوی و یا یک نئوپلاسم بدخیم اولیه می باشد. (۴)

عفونت های معمول در حفره دهان ، لوزه ها و حلق (اعم از باکتریایی یا ویرال) آدنیت های غیراختصاصی حاد یا مزمن ایجاد می کند. گاهی نیز آدنیت اختصاصی (با نمای هیستولوژیک خاص) مانند ضایعات توپرکولوز، هیستوپلاسموز ، منونوکلئوز عفونی دیده می شود. در کودکان آدنوپاتی های ویروسی شایعترین آدنوپاتی گردن می باشد. آدنوپاتی های زنجیره قدامی گردن تقریباً در تمام موارد خوش خیم هستند درحالی که ۵۰ درصد آدنوپاتی های زنجیره خلفی با بیماری بدخیم همراه اند و شایع ترین علت آن بدخیمی های لنفوئید و نوروبلاستوم است (۲). از علل نادر عفونی برای آدنوپاتی های گردن می توان از تولارمی ، بروسلوز ، طاعون Cat Scratch Disease ضایعات قارچی نادر و AIDS نام برد. مصرف برخی داروها مانند فنی توئین^۱ می تواند آدنوپاتی و Lymphoma like syndrome ایجاد کند (۲).

نئوپلاسم : ممکن است غدد لنفاوی در جریان یک بیماری بدخیم بصورت اولیه یا متاستاتیک گرفتار شود. گاهی گرفتاری غدد لنفاوی گردن اولین علامت بالینی ضایعه بدخیم می باشد ، مانند کانسره های نازوفارنکس ، تیروئید و لنفوم که گروه زیادی از بیماران با بیوپسی آدنوپاتی گردن به تشخیص دقیق می رسند (۱).

کیست : کیست ها می توانند در هر جای بدن از جمله گردن بروز کنند ، کیست های سباسه ، درموئید و اپی درموئید از این جمله اند (۸).
آبسه : عفونت های ادنتوزنیک از علل آبسه های تحت فکی و قسمت فوقانی گردن می باشند (۱۰).

بیماری های غدد بزاقی معمولاً شامل دو گروه اند.

الف - بیماری های التهابی غدد بزاقی که معمولاً با تورم دردناک غدد بزاقی همراه است.

ب - تومورهای غدد بزاقی که می توانند خوش خیم (۷۰ درصد) یا بدخیم باشند (۵).

توده های مربوط به تیروئید : بیماری های مختلف تیروئید می توانند با افزایش حجم غده تیروئید و غدد لنفاوی مربوط به آن در یک یا دو طرف گردن سبب ایجاد توده های گردنی شوند (۱).

نمونه گیری و روش بررسی

در طی یک دوره ۱۴ ماهه در پنج مرکز درمانی دانشگاه علوم پزشکی تهران (دانشکده

دندانپزشکی ، انستیتو کانسر ، بخش گوش و حلق و بینی و بخش عفونی بیمارستان امام خمینی . بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیراعلم (تعداد شصت بیمار که منحصرأ به علت وجود توده گردنی مراجعه نموده بودند مورد ارزیابی قرار گرفتند از این گروه چهل نفر مرد و بیست نفر زن بودند. بیماران فوق تحت معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی قرار گرفته و تا تشخیص دقیق هیستولوژیک پی گیری شده اند. اطلاعات حاصله برای انتقال به کامپیوتر کدبندی شدند و برای بررسی و آنالیز مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته ها

شصت بیمار فوق پس از رسیدن به تشخیص قطعی با اطلاعات آماری قابل بررسی به شرح زیر آنالیز شدند.

۶۷٪ بیماران مرد و ۳۳٪ زن بودند. ۱۰٪ این افراد زیر ۱۶ سال و ۴۵٪ بین ۱۶ و ۳۵ سال و ۴۵٪ بالای ۳۵ سال بودند.

کم سن ترین بیمار ، یک کودک ۲ ساله و مسن ترین آنها یک مرد هشتادساله بود. درصد ابتلاء نواحی پنجگانه گردن به ترتیب فراوانی ، جانبی گردن ۴۲٪ ، تحت فکی ۲۷٪ ، میانی گردن ۲۰٪ و تحت چانه ای ۸٪ و پاروتید ۳٪ می باشد.

نمودار ۱ نشانگر ابتلاء نواحی مختلف گردن برحسب گروه سنی بیماران بوده ، وفور بیشتر توده های جانبی و تحت فکی را در بیماران زیر ۱۶ سال ، همچنین وفور نسبی توده های تحت فکی و جانبی و میانی گردن را در گروه سنی ۱۶ تا ۳۵ سال و وفور توده های جانبی گردن در گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال را نشان می دهد.

نمودار ۲ نشانگر ابتلاء نسبی بیشتر ناحیه جانبی گردن و تحت فکی در آقایان و ابتلاء نسبی بیشتر ناحیه میانی گردن در خانم هاست.

بررسی اتیولوژی توده های گردنی هم در گروه های سنی و هم در دو جنس تفاوت هایی دارند که در دو نمودار زیر ملاحظه می فرمائید.

نمودار ۳ میزان بروز مجموعه ۲۴ تشخیص هیستولوژیک توده های گردنی را در کل بیماران نشان می دهد. شایع ترین تشخیص ها به ترتیب لنفوم ، گواتر ، تومورهای متاستاتیک و آبسه می باشند.

نمودار ۴ در دو قسمت با نمایش ۲۴ تشخیص هیستولوژیک و تفکیک جنس نشانگر آن است که در آقایان به ترتیب لنفوم و تومورهای متاستاتیک و آبسه شایع ترند ، در حالی که در خانم ها به ترتیب گواتر و تومورهای متاستاتیک شایع ترند.

در بررسی و مقایسه گروه سنی و تشخیص هیستولوژیک مشاهده گردید که در گروه سنی زیر ۱۶ سال شایع ترین توده گردنی همانژیوم و در گروه سنی ۱۶ تا ۳۵ سال شایع ترین ، آبسه

و گواتر و در گروه سنی بالاتر از ۳۵ سال، شایع ترین توده ها تومورهای متاستاتیک و لنفوم بوده اند.

گفتگو و بهره گیری پایانی

متخصصین رشته های مختلف پزشکی و دندانپزشکی در مسائل درمانی و آموزشی به طور روزمره به وفور با توده های گردنی و اهمیت شناخت و نحوه برخورد با آن مواجه می شوند. عدم شناخت صحیح پزشک از نحوه برخورد با توده های گردنی ممکن است لطمات سخت به بیماران وارد نماید. از جمله تاخیر در درمان یک بیماری عفونی تاخیر در شناخت و درمان یک سرطان و یا غفلت از یک توده همانژیوم در ناحیه پاروتید و تزریق داروی بی حس کننده در جریان بلاک فک پایین در دندانپزشکی و موارد مختلف دیگر که هر کدام می توانند نتیجه درمان را مختل و پیش آگهی را وخیم تر نماید.

توده های گردنی می تواند منشأ عروقی، عضلانی، عصبی، لنفاوی و غیره داشته باشد (۶) به طور کلی توده ها را می توان به سه گروه کلی آماسی، مادرزادی و تومورال تقسیم نمود. گرچه علائم بالینی همیشه گویای ماهیت ضایعه خاصی نیست ولی معمولاً در هر گروه سنی و نیز در هر قسمت از گردن شیوع نسبی بیشتر برای یک ضایعه خاص دیده می شود (۶). مهمترین نکته در برخورد اول با توده گردنی، بررسی دقیق شرح حال و معاینه بالینی تمام بدن از جمله گردن بیمار است.

بررسی محدوده توده گردنی و ارتباط احتمالی آن با ساختمان عروقی، لنفاوی و در صورت لزوم استفاده از مطالعات آزمایشگاهی و تصویربرداری می تواند در شناخت اتیولوژی کمک کننده باشد (۱۰).

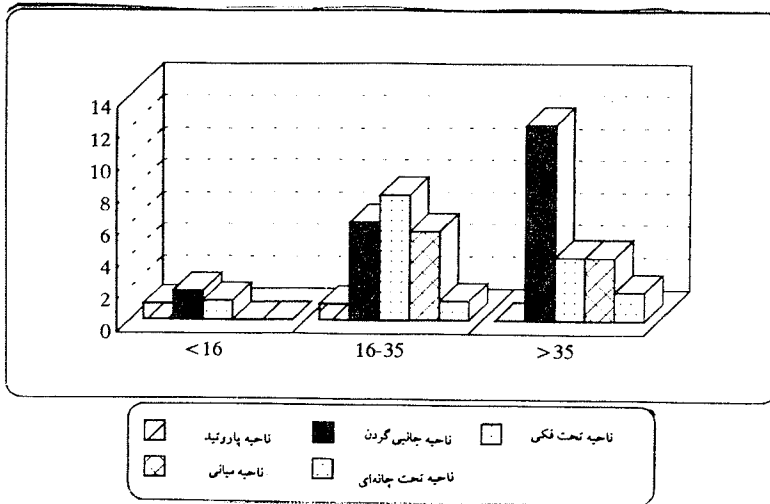
زمان تظاهر توده و احتمالاً تغییر حجم آن نیز می تواند به اتیولوژی ضایعه مربوط باشد. در صورتی که توده های گردنی در بررسی های اولیه غدد لنفاوی آماسی بنظر آیند ضمن درمان لازم (مثلاً کنترل عفونت حلق یا مجاری تنفسی فوقانی) بیشتر تحت نظر و پیگیری قرار می گیرند.

سن بیمار در تشخیص افتراقی اهمیت دارد. معمولاً بیماران را در سه گروه زیر ۱۵ سال، جوانان ۱۶ تا ۳۵ سال و بزرگسالان بالاتر از ۳۵ سال در نظر می گیریم (۶). در کودکان توده های گردنی بیشتر علت مادرزادی یا آماسی دارند و علل تومورال که شیوع کمتری دارند معمولاً شامل لنفوم، لوسمی ورابدومیوسارکوم می باشند.

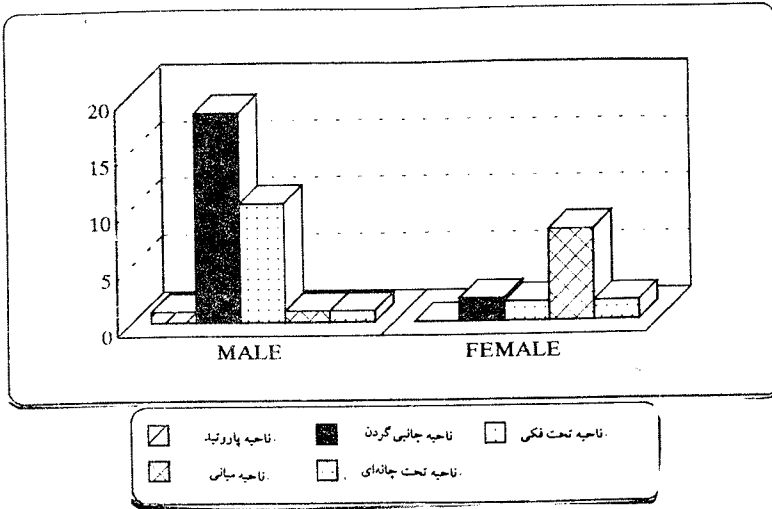
در گروه جوانان ضایعات آماسی شایع ترین و بعد از آن مسائل مادرزادی و سپس نئوپلاسم از همه شایع ترند و اگر در بیماران با سن بیش از ۵۰ سال تومورهای تیروئید را هم در نظر بگیریم ۹۰٪ توده های گردنی بدخیم اند (۷). تصویربرداری ها (مانند رادیوگرافی مری، اسکن تیروئید، سی تی اسکن و MRI و ...) معمولاً در تشخیص محدوده آناتومیک و وسعت

توده گردنی کمک کننده اند.

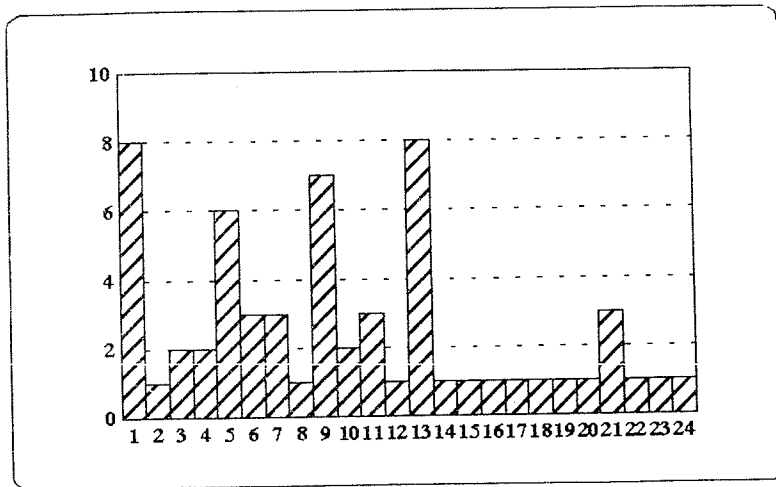
در مواردی که احتمال ضایعه عروقی در گردن باشد (مثل همانژیوم ، آنوریسم یا تومورهای جسم کاروتید) انجام آنژیوگرافی می تواند مفید باشد (۶). آزمایش های لابراتواری ندرتاً در تشخیص توده های گردنی کمک کننده اند. مثلاً بررسی ESR , CBC تست مانتواسمیرهای خونی و Tumor markers و.... می تواند در تعیین ماهیت عفونی یا بدخیمی ضایعه موثر باشند. باتوجه به تنوع وسیع اتیولوژی در توده های گردن همانطور که ذکر گردید بررسی دقیق شرح حال ، معاینه و انجام مطالعات آزمایشگاهی و تصویربرداری و نهایتاً بررسی هیستولوژی می تواند در شناخت ماهیت ضایعه مساعد باشد. توصیه می گردد هر یک از همکاران در صورت برخورد با موارد مبهم یا خاص توده های گردنی از مشاوره دیگر همکاران رشته های تخصصی نیز استفاده نمایند.



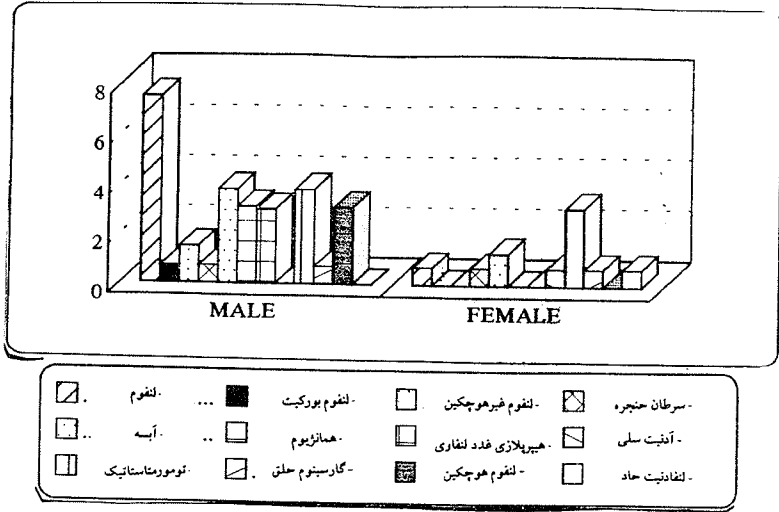
نمودار ۱ - محل ضایعه بر حسب سن



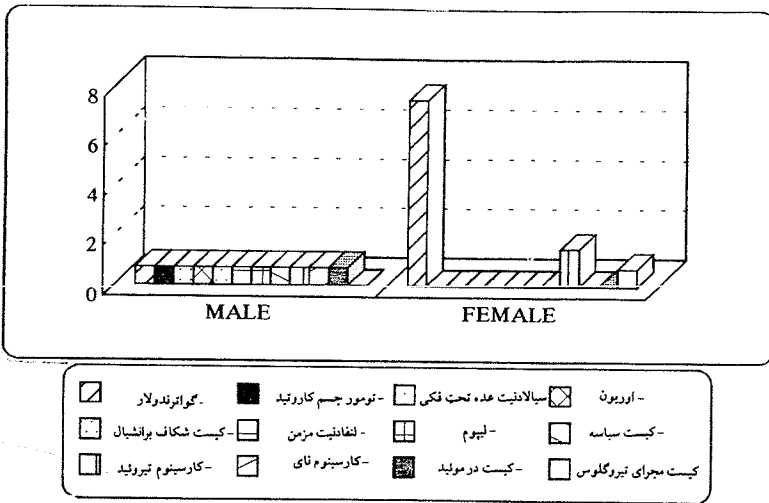
نمودار ۲ - محل ضایعه بر حسب جنس



نمودار ۳ - تشخیص



نمودار ۴ الف - تشخیص بر حسب جنس



نمودار ۴ ب - تشخیص بر حسب جنس

کتابنامه

- 1- Boring , C. (1994): Cancer statistics , CA (Acj) 44(1) : 7-26.
- 2- Chensney , J. (1994): Cervical Adenopathy. Pediatric in review. July : 15(7): 276 - 285.
- 3- David , C. and Daniel , S. (1985): Otolaryngologic and Head & Neck Manifestations of AIDS laryngoscope. 95(4): 401-5.
- 4- Douglas , K.G. (1990): Lymphadenitis & Lymphangitis. 2nd ed. New York, John Wiley and Sons: 5-35.
- 5- Friedberg , J. (1988): Clinical diagnosis of neck Lumps. Pediatric. Annals. 17(10): 620-28.
- 6- Kevy , D. Olsen (1990): Evaluation of masses in the neck. Primary care 17(2): 415-35.
- 7- Lefebure , J.L. (1990): Cervical lymph nodes from an unknown primary tumor in 190 Patients. A.J. of surgery 160: 443-6.
- 8- Lindhe , H. (1991) : Congenital head and neck masses infants and children. Ear Nose Throat Journal. 70(2): 75-82.
- 9- Margileh , A.M. (1992): Cat scratch disease. Pediatr. Infect. Dis. J. 11: 474-477.
- 10- Michaelb , F. (1991): Anatomic location and variety of non malignant neck masses seeb in surgical practice. American surgeon. 57(7): 451-53.
- 11- Mobley , L. (1991) : Fine needle aspiration biopsy application to pediatric head and neck masses. Laryngoscope. 101(5): 469-72.