

توده‌های گردنی

مقدمه

معاینه فیزیکی و آناتومی گردن

توده‌های طرفی گردن

سیست شکاف برانشیال

لنفادنیت

کارسینومای متاستاتیک

تومور جسم کاروتید

لنفوما

توده‌های قسمت میانی گردن

سیست مجرای تیروگلو سال

گواتر

نئوپلازی تیروئید

سیست درموئید

توده‌های ناحیه تحت فکی

لنفادنیت

توده‌های داخل غده بزاقی ساب‌مندیبولر

سیالادنیت غده بزاقی ساب‌مندیبولر

ضایعات پاروتید

توده‌های سطحی پاروتید

توده‌های داخل غده پاروتید

سیالادنیت غده پاروتید

بزرگ شدن دوطرفه غده پاروتید

سایر تورم‌ها

سیست اپیدرمال

لنفانژیوم

اهداف

انتظار می‌رود پس از فراگیری مطالب این فصل قادر باشید:

- انواع توده‌هایی را که در قسمت طرفی گردن به صورت شایع بروز می‌نمایند طبقه‌بندی کنید.
- انواع ضایعاتی را که در تشخیص افتراقی با سیستم شکاف برانشیال قرار می‌گیرند، شرح دهید.
- تظاهرات بالینی انواع لنفادنیت‌ها را مقایسه نمایید.
- ضایعاتی را که در تشخیص افتراقی با کارسینومای متاستاتیک قرار می‌گیرند برشمرد.
- تظاهرات شایع لنفومای بدخیم را بیان نمایید.
- روند ایجاد سیستم مجرای تیروگلووس را تشریح کنید.
- علایم بالینی شایع گواتر را فهرست کنید.
- در مورد علت ایجاد سیستم درموئید بحث کنید.
- سیستم اپیدرمال را در ناحیه گردن تشخیص دهید.
- نحوه درمان هر یک از توده‌های گردنی را مرور کنید.

واژگان کلیدی

سیست (Cyst): هر حفره بسته پوشیده شده از اپی‌تلیوم که به صورت طبیعی یا غیرطبیعی تشکیل شده و محتویات آن مایع یا نیمه‌جامد می‌باشد.

کارسینوما (Carcinoma): رشد بدخیم سلول‌های اپی‌تلیال که به بافت‌های اطراف نفوذ نموده، توانایی متاستاز دارد.

متاستاز (Metastasis): انتقال بیماری از یک ارگان یا بخشی از بدن به بخش دیگر بدون ارتباط مستقیم با آن قسمت.

جسم کاروتید (Carotid Body): یک ساختمان عصبی - عروقی کوچک که در محل دو شاخه شدن شریان‌های کاروتید چپ و راست واقع شده، حاوی گیرنده‌های شیمیایی حساس به اکسیژن بوده و در نتیجه در تنظیم تنفس نقش دارد.

نئوپلاسم (Neoplasm): هرگونه رشد جدید و غیرطبیعی، به ویژه آنهایی که تقسیم سلولی در آنها از کنترل خارج شده و پیشرونده است. نئوپلاسم‌ها ممکن است خوش‌خیم و یا بدخیم باشند.

نئوپلازی (Neoplasia): تشکیل یک نئوپلاسم را می‌گویند.

مجرای تیروگلووس (Thyroglossal Duct): مجرای مربوط به دوره رویانی که بین غده تیروئید اولیه و بخش خلفی زبان واقع شده است.

شکاف برانشیال (Branchial Cleft): هر یک از شکاف‌های برانشیال بین قوس‌های برانشیال جنین پستانداران.

مورد بالینی

بیماری ۳۵ ساله با تورم در ناحیه میانی گردن مراجعه نموده است و اظهار می‌کند که از ۲ سال پیش متوجه تورم شده و ضایعه از آن زمان تاکنون بزرگ شده است. این تورم در لمس قوامی نرم دارد و قابل حرکت می‌باشد. بیمار شکایتی از درد ندارد، در دیگر مناطق گردن، ضایعه‌ای مشابه یافت نگردید. با توجه به اطلاعات مذکور:

۱- چه ضایعاتی را در تشخیص افتراقی قرار می‌دهید؟

۲- چه آزمایشات و تست‌هایی را برای بیمار توصیه می‌نمایید؟

۳- درمان ضایعه چه می‌باشد؟

مقدمه

تورم‌های ناحیه گردن، همانند بقیه مناطق بدن، می‌توانند نشان دهنده یک نئوپلاسم، بیماری التهابی، واکنش هایپرپلاستیک، و یا نقص تکاملی باشند. اگر توده دردناک یا حساس به لمس، یا قوام آن نرم و متحرک، و یا همراه با تب باشد، احتمال یک فرآیند التهابی وجود دارد. چنانچه توده بدون درد، با حدود مشخص، با قوام نرم و متحرک باشد می‌تواند نشانگر یک نئوپلاسم خوش‌خیم

مقدم در نواحی پره‌اوریکولار (در قسمت سطحی پاروتید)، پست اوریکولار، ساب‌اکسی‌پیتال وجود دارند. این گره‌ها همراه با گره‌های ساب‌متال و ساب‌مندیبولار مانند حلقه‌ای دور سر و صورت را احاطه نموده و درناژ شبکه‌های لنفی پوستی به این مناطق صورت می‌گیرد.

مهم‌ترین مسأله در تشخیص افتراقی انواع توده‌های گردنی، محل آناتومیکی آنها می‌باشد. مثلاً در برآمدگی‌های میانی گردنی، محتمل‌ترین ضایعه، بیماری‌های مربوط به غده تیروئید است. وقتی تورم‌های خارج دهانی مشاهده می‌گردند، به دنبال یک منبع بیماری هستیم. لنفادنوپاتی‌ها جزء توده‌های شایع در ناحیه سر و گردن می‌باشند. شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی در گردن عفونت دستگاه تنفسی فوقانی، و یا عفونت ادنتوژنیک است. بررسی کامل باید شامل ارزیابی فیزیکی، قوام، ارتباط آن با بافت‌های مجاور، حساسیت به لمس و ... باشد. بررسی‌های کامل حفره دهان باید انجام گیرد. اگر علائمی از بیماری در دهان وجود نداشت، به بررسی حنجره، نازوفارنکس و حفره بینی می‌پردازیم. دندان‌ها از جهت وجود آبسه‌های پریودنتال و نکروز بودن ارزیابی می‌گردند. اگر منشأ خاصی برای ایجاد این برجستگی یافت نشد و توده در عرض دو هفته برطرف نگردید، بایستی بیمار برای انجام بیوپسی یا دیگر درمان‌ها به متخصص معرفی شود.

خصوصیات کلی توده‌های پاتولوژیک که باید مورد توجه قرار گیرند، عبارتند از:

۱- میزان حساسیت به لمس؛ حساسیت به لمس^(۲)، معمولاً

نشانه التهاب، عفونت یا هر ۲ در داخل بافت مبتلاست. تومورهای بدخیم و خوش‌خیم و کیست‌ها معمولاً به لمس حساس نیستند، ولی ممکن است در اثر رشد سریع و فشار روی اعصاب حسی یا تهاجم به عصب درد ایجاد نمایند. در سایر موارد، ایجاد التهاب یا آبسه به صورت ثانویه در داخل کیست یا تومور می‌تواند سبب حساسیت به لمس شود.

۲- قوام؛ توده‌های توپر در لمس سفت می‌باشند، ولی

کیست‌ها و آبسه‌ها قوام نرم و لاستیکی^(۳) دارند. گاهی اوقات به علت عمیق بودن توده، یا وجود التهاب یا فیروز در اطراف آن

یا فرآیند واکنشی باشد. تورم‌های ثابت با قوام سفت که سابقه بزرگ شدن پیشرونده دارند به نظر بدخیم می‌آیند. محل آناتومیکی توده، مهم‌ترین مسئله‌ای است که در تشخیص توده‌های گردنی باید مورد توجه قرار گیرد. بررسی یک توده باید شامل محل آناتومیکی، قوام، ارتباط آن با بافت‌های مجاور، حساسیت به لمس و میزان حرکت باشد. همچنین وضعیت سیستمیک بیمار نیز باید مدنظر قرار گیرد. بررسی داخل و خارج دهانی به کمک رادیوگرافی‌ها و توموگرافی‌ها کامل می‌گردد. در این فصل به بررسی توده‌های گردنی شایع براساس محل آناتومیکی آنها می‌پردازیم.

معاینه فیزیکی و آناتومی گردن

معاینه فیزیکی اساساً شامل مشاهده، لمس، سمع، و دق است. لمس در بررسی توده‌های گردنی نقش مهمی بازی می‌کند. جهت تشخیص تغییرات جزئی، شناخت آناتومی این ناحیه ضروری است. غالب توده‌های گردنی قابل مشاهده موجب غیرقرینگی در گردن می‌شوند که توجه پزشک را برمی‌انگیزد. آشنایی با اندازه، شکل، قوام و میزان حرکت ساختمان‌های گردن، جهت افتراق توده‌های قابل لمس پاتولوژیک از ساختمان‌های طبیعی لازم می‌باشد.

فاسیای گردنی به کنار تحتانی مندیبل، زائده ماستوئید، استخوان هایوئید و کلاویکل‌ها متصل می‌باشد. این فاسیا به صورت یک لایه ضخیم ساختمان‌های عمقی گردن را می‌پوشاند و بین دست معاینه کننده و این ساختمان‌ها فاصله می‌اندازد. بافت‌های متحرک زیرجلدی و پوست روی این فاسیا قرار گرفته‌اند. بنابراین، توده‌های منشأ گرفته از این لایه‌ها به راحتی حرکت می‌کنند، مگر اینکه تغییرات فیروزی یا بدخیمی به صورت ثانویه آنها را به لایه‌های عمقی‌تر متصل نماید.

اولین گره لنفاوی که در مسیر درناژ لنفاوی یک ناحیه خاص زیرمخاطی یا زیرجلدی قرار دارد، به نام گره خط مقدم^(۱) خوانده می‌شود. ارگان‌های پاتوژن یا سلول‌های آزاد توموری در داخل لنف، در این ناحیه با اولین مقاومت روبرو می‌شوند. گره‌های خط

2- tenderness
3- rubbery

1- first echelon node

شاخه شدن کاروتید ممکن است با گره‌های لنفاوی سخت سرطان متاستاتیک اشتباه گرفته شود. در هر حال، معاینه دقیق و دقت به وجود یا فقدان نبض کاروتید در توده لمس شده می‌تواند به افتراق این توده‌ها کمک کند. بیشترین گره‌های لنفاوی گردن در ناحیه طرفی گردن واقع‌اند. این ناحیه **شایع‌ترین** محل متاستاز سرطانیهای سر و گردن می‌باشد، چون لنف چندین ناحیه اصلی به این قسمت درناژ می‌شود. همانند سایر نواحی گردن، گره‌های لنفاوی طبیعی این ناحیه قابل لمس نمی‌باشد.

سیست شکاف برانشیال

سیست شکاف برانشیال^(۳) یا **سیست لنفاوی تلپال گردنی** در قسمت جانبی گردن ایجاد می‌شود و معمولاً در کناره قدامی عضله SCM قرار می‌گیرد (شکل ۱-۱۰)، و یا ممکن است در منطقه ساب مندیولار مجاور غده پاروتید یا اطراف عضله SCM واقع گردد. اگر سینوس (فیستول) ایجاد شود مدخل آن معمولاً در کناره قدامی عضله SCM قرار می‌گیرد.

سیست شکاف برانشیال در دوران کودکی یا اوایل نوجوانی بروز می‌کند و به جنس خاصی تمایل ندارد. یک تئوری قدیمی در مورد علت ایجاد این سیست‌ها بیان می‌کند که ایجاد این سیست مربوط به انسداد یا بسته شدن ناکامل شکاف‌ها، قوس‌ها یا بن‌بست‌های برانشیال همراه با بقایای



شکل ۱-۱۰. سیست شکاف برانشیال

تموج آن از نظر پنهان می‌ماند. در عفونت‌ها، بسته به مرحله تکامل ضایعه، قوام توده متغیر است و معمولاً تورم با تشکیل چرک موج می‌شود. گره‌های لنفاوی با بافت توموری و یا متاستاتیک بدخیم اغلب قوام سخت دارند و غیرمتحرک هستند. گره‌های لنفاوی در لنفوما قوام لاستیکی دارند.

۳- میزان حرکت^(۱)؛ هر کدام از ساختمان‌های گردن هنگام لمس، میزان حرکت خاص خود را دارند. کاهش دامنه حرکت می‌تواند به علت اتصال گره‌ها به اعضای باشد که حرکت کمتری دارند. گره‌های لنفاوی معمولاً آزادانه حرکت می‌کنند، ولی در حالات پاتولوژیک مختلف بی حرکت می‌شوند. معمولاً فیکس شدن گره لنفاوی به علت نفوذ واکنش التهابی از کپسول گره به خارج و ایجاد فیروز در ساختمان‌های متحرک اطراف می‌باشد. در مورد تهاجم متاستاتیک، سلول‌های بدخیم ممکن است به کپسول نفوذ کرده و به بافت‌های اطراف تهاجم کنند.

پرسش: آیا می‌دانید شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی گردن چیست؟
گردن به ۴ ناحیه اصلی تقسیم می‌گردد که محدوده آناتومیک هر یک از آنها شرح داده خواهد شد.

این ۴ منطقه عبارتند از: ۱- ناحیه طرفی گردن ۲- ناحیه میانی گردن ۳- ناحیه ساب‌مندیولار ۴- ناحیه پاروتید.

توده‌های طرفی گردن

ناحیه طرفی گردن قسمتی است که در خلف کانال هایولارنگوتراکتال و زیر بطن خلفی عضله دیگاستریک و آپکس غده پاروتید قرار دارد و در پایین تا کلاویکل ادامه پیدا می‌کند. عضله استرنوکلیدوماستوئید (SCM)^(۲) به طور مایل از این ناحیه می‌گذرد و ساختمان‌های مرکزی این ناحیه را می‌پوشاند. محتویات این ناحیه عبارت است از عروق و اعصاب بزرگ گردن که در مقابل تنه و زوائد عرضی مهره‌های گردنی قرار دارند. نبض کاروتید در محل دو شاخه شدن کاروتید قابل لمس است. محل دو شاخه شدن کاروتید در زیر بطن خلفی عضله دیگاستریک و هم سطح با زاویه مندیبل قرار دارد و گاهی با توده‌های پاتولوژیک اشتباه می‌گردد. در افراد مسن کلسیفیکاسیون داخل دیواره محل دو

1- mobility
2- sternocleidomastoid

3- branchial cleft cyst

می‌باشد که در قسمت‌های طرفی گردن بروز می‌کند. لنفادنیت اکتینومایکوزی یک تورم مولتی‌ندولر گره‌های لنفاوی با قوام سفت است که تمایل به درناژ دارد. آگزودا شامل کلونی‌های میکروارگانیزی می‌باشد که کریستالی و زرد به نظر می‌رسد، و به نام **گرانول‌های سولفور** شناخته می‌شود.

۲- لنفادنیت ویروسی؛ از جمله شایع‌ترین لنفادنیت‌های ویروسی، می‌توان لنفادنیت ناشی از منونوکلئوز عفونی را نام برد. این لنفادنیت‌ها معمولاً دوطرفه می‌باشند و با علائم بالینی چون ضعف شدید، فارنژیت بسیار دردناک و پتشی در کام نرم همراه می‌باشد. از دیگر لنفادنیت‌های ویروسی می‌توان به لنفادنیت‌های ناشی از بیماری ایدز اشاره نمود که در مبحث مربوطه توضیح داده خواهند شد.

۳- لنفادنیت غیراختصاصی؛ تورم دردناک نرم یا سفت در قسمت‌های طرفی گردن معمولاً نشان دهنده لنفادنوپاتی موضعی در نتیجه عفونت دستگاه تنفسی فوقانی یا عفونت آدنوتونزیک می‌باشد. در صورت نبود عفونت دستگاه تنفسی فوقانی، بایستی معاینه بالینی و رادیوگرافی از دندانها برای رد بیماری التهابی ناشی از لثه یا دندان انجام گیرد (شکل ۲-۱۰). در صورت وجود تب، تجویز آنتی‌بیوتیک توصیه می‌شود و ترجیحاً آمپی‌سیلین، ۴ بار در روز به مدت ۷ روز تجویز می‌شود.



شکل ۲-۱۰. لنفادنیت غیراختصاصی به علت یک مولر نکروتیک در فک پایین.

اپی‌تلیالی می‌باشد که تغییرات سیستیک یافته‌اند. اکثریت این سیست‌ها از سینوس گردنی یا شکاف یا بن‌بست برانشیال دوم منشأ می‌گیرند. تئوری دیگری بیان می‌کند که در دوران جنینی اپی‌تلیوم داخل گره‌های لنفاوی گردنی گیر می‌افتد. این اپی‌تلیوم که به نظر می‌رسد منشأ بزاقي دارد، بعداً دچار تغییرات سیستیک می‌شود. سیست شکاف برانشیال داخل دهان به عنوان سیست لنفوای تلیال شناخته می‌شود و شایع‌ترین محل بروز آن **کف دهان** می‌باشد.

سیست شکاف برانشیال ممکن است بسیار بزرگ شود و می‌تواند در هر محلی از سطح قدامی عضله SCM داخل بافت زیرجلدی قرار گرفته باشد. قوام آن ممکن است نرم یا سفت باشد و در لمس قابل حرکت می‌باشد.

لایه پوشاننده سیست از سلول‌های سنگفرشی مطبق یا اپی‌تلیوم تنفسی یا ترکیبی از هر دو تشکیل شده است. دیواره سیست دارای بافت لنفوئیدی است که شامل مراکز زایگر نیز می‌باشد.

این توده باید از نئوپلاسم‌های مزانشیمی خوش‌خیم، لنفادنیت عفونی اختصاصی و تومورهای جسم کاروتید افتراق داده شود. به ندرت لنفوما، نمای بالینی ضایعات خوش‌خیم را نشان می‌دهد. تشخیص قطعی با بیوپسی صورت می‌گیرد. توده با جراحی خارج می‌گردد.

پرسش: توریهای مربوط به ایجاد سیست شکاف برانشیال کدامند؟

لنفادنیت

لنفادنیت^(۱) به التهاب یک یا تعدادی از گره‌های لنفاوی اطلاق می‌شود که منجر به افزایش حجم آنها می‌شود. لنفادنیت می‌تواند علل مختلفی داشته باشد و در تمام مناطق گردنی یافت می‌شود.

۱- لنفادنیت باکتریایی؛ لنفادنیت‌های باکتریایی شامل لنفادنیت توبرکلوزی (اسکروفولا)، اکتینومایکوزی و دیگر بیماری‌های باکتریایی می‌باشند که می‌توانند ایجاد لنفادنیت گردنی نمایند. لنفادنیت توبرکلوزی (اسکروفولا) غالباً یک سل اولیه

کارسینومای متاستاتیک

کارسینومای متاستاتیک^(۱) در اثر متاستاز سلول‌های سرطانی به غدد لنفاوی ناحیه گردن و ساب‌مندیولار ایجاد می‌شود.

کارسینومای متاستاتیک به مناطق گردنی غالباً در نتیجه کارسینومای نازوفارنژیال و کارسینومای سلول سنگفرشی (SCC) رخ می‌دهد.

کارسینومای نازوفارنژیال غالباً در نوجوانان و SCC غالباً در بالغین دیده می‌شود و در مردان شایع‌تر است.

محل تجمع اولیه کارسینومای متاستاتیک ناشی از ضایعات اولیه مجرای تنفسی فوقانی و صورت، در گره‌های لنفاوی سرویکال و ساب‌مندیولار می‌باشد. اگرچه معمولاً یک طرفه می‌باشد، ولی در دوره‌های طولانی‌تر ممکن است دوطرفه گردد. این توده‌ها غالباً سفت می‌باشند.

کارسینومای نازوفارنژیال بیشتر در نوجوانان دیده می‌شود. متاستازهای گردنی ممکن است اولین علامت کانسر و حتی بزرگتر از تومور اولیه باشند.

هنگامی که یک تورم سفت در قسمت جانبی گردن دیده می‌شود، جستجوی دقیق برای یک تومور اولیه در حفره دهان، بینی، گلو، نازوفارنکس و سینوس‌های پارانازال ضروری است. کارسینومای پوست صورت و سر نیز می‌تواند به گره‌های لنفاوی گردن متاستاز دهد. هنگامی که متاستاز به غدد لنفاوی مشاهده می‌گردد، پروگنوز به صورت قابل توجهی بد خواهد بود. باید توجه شود که آدنوکارسینوماهای اولیه با منشأ غدد بزاقی و ملانوماهای سر و گردن غالباً متاستاز گردنی ایجاد می‌کنند. گاهی CT و MRI نشان دهنده بیماری متاستاتیکی می‌باشند که از نظر بالینی منشأ آن آشکار نیست.

تومور متاستاتیک از نظر میکروسکوپی مشابه ضایعه اولیه است. سلول‌های تومور تمایل به قرار گرفتن در منطقه زیرکپسولی به صورت اولیه و بعداً جایگزین شدن در تمام غده را دارند. گاهی انفیلتراسیون به بافت‌های مجاور نیز مشاهده می‌شود.

غده ثابت و سخت می‌باشد. این حالت غده که ناشی از تهاجم بدخیمی است باید از لنفومای بدخیم، سارکومای اولیه و بیماری‌های التهابی خاص مثل اکتینومایکوز و اسکروولا که ممکن

است گاهی سخت و غیرمتحرک باشند، افتراق داده شود. تعیین یک تومور اولیه در منطقه سر و گردن تشخیص را قطعی می‌کند. گاهی هیچ تومور اولیه‌ای نمی‌توان یافت (حتی بعد از اینکه کارسینومای داخل غده‌ای در بیوپسی آشکار گردد). در اینجا بهتر است منطقه نازوفارنکس با دقت بیشتری معاینه شود.

تومور اولیه ممکن است با جراحی یا پرتودرمانی درمان گردد. ضایعات متاستاتیک به گره‌های لنفاوی ممکن است با برداشتن گره‌های لنفاوی در ادامه درمان ضایعه اولیه، یا با پرتودرمانی، درمان شوند. این روش‌های درمانی باید به دقت توسط متخصصین انتخاب شوند.

پرسش: آیا می‌دانید ویژگیهای بالینی گره‌های لنفاوی در کارسینومای متاستاتیک چگونه است؟

تومور جسم کاروتید

تومور جسم کاروتید نئوپلاسمی است که از جسم کاروتید منشأ می‌گیرد و می‌تواند به صورت توده‌ای در گردن به نظر آید که به نام **کمودکتوما**^(۲) نیز خوانده می‌شود.

این تومور غالباً بالغین میانسال را مبتلا می‌سازد و تمایل به جنس خاصی ندارد.

نئوپلاسم‌هایی که از جسم کاروتید منشأ می‌گیرند، به ندرت بدخیم‌اند و در قسمت بالایی-طرفی گردن، مجاور زاویه مندیبل ایجاد می‌شوند. قوام آنها سفت است و در جهت قدامی-خلفی متحرک‌اند ولی نمی‌توان آنها را به علت اتصال به محل ۲ شاخه شدن کاروتید، به سمت بالا و پایین حرکت داد. این تومورها غالباً بدون علامت می‌باشند. پوست روی آنها ممکن است گرم باشد و رشد به سمت داخل، می‌تواند راه هوایی را مسدود کند و به ندرت می‌توانند سبب فلج عصب زوج X یا XII گردند (شکل ۳-۱۰).

برای درمان، جراحی کامل توده توصیه می‌گردد. تومور باید با توجه دقیق به جلوگیری از سوراخ شدن شریان کاروتید خارج شود. پرتودرمانی نیز می‌تواند مؤثر باشد.

لنفوما

لنفوما^(۱) پرولیفراسیون نئوپلاستیک در داخل سیستم رتیکولواندوتلیال بوده و تومور اولیه گره‌های لنفاوی می‌باشد.

2- chemodectoma

1- metastatic carcinoma

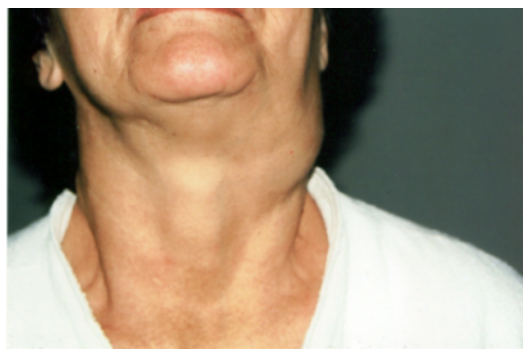
است. رشد این بیماری **پیشرونده** است و می‌تواند سریع باشد (شکل ۴-۱۰). هر ۲ نوع لنفوما نمای بالینی مشابهی دارند، ولی پیش‌آگهی آنها متغیر است. لنفومای هوچکینی به گروهی از لنفوماها گفته می‌شود که رشد آهسته‌تر و طولانی‌تری از گروه غیرهوچکینی دارند.

با پیشرفت بیماری درگیری گسترده‌تر گره‌ها با بزرگ شدن گره‌های لنفاوی زیربغل و کشاله ران دیده می‌شود. هپاتواسپلنومگالی پدیدار شده و درگیری خارج گره‌ای با درگیری سیستم عصبی مرکزی و احشایی بروز می‌کند. تب خفیف، ضعف، کاهش وزن و عرق شبانه ممکن است مشاهده گردد. لنفوما دومین بدخیمی شایع در افراد آلوده به HIV می‌باشد.

تغییرات میکروسکوپی در گره‌های لنفاوی به شدت متغیر است. یک نشانه بیماری هوچکین وجود هیستئوسیت‌های بزرگ با هسته‌های دوقسمتی و هستک‌های برجسته مرکزی می‌باشد که به عنوان **سلول رداشتنبرگ** شناخته می‌گردد. لنفومای غیرهوچکینی لنفوسیت‌های کامل یا کم تمایز یافته‌ای را نشان می‌دهد که می‌توانند به صورت فولیکولر و یا دیگر الگوهای سلولی تجمع یابند.

بزرگ شدن ۱ طرفه گره لنفاوی گردنی در لنفوما باید از سارکوما، کارسینومای متاستاتیک، اسکروفولا و اکتینومیایکوز افتراق داده شود. در بزرگ شدن ۲ طرفه تشخیص‌های افتراقی شامل، کارسینومای متاستاتیک و لنفادنوپاتی غیراختصاصی می‌باشد. معاینه فیزیکی کامل، بررسی‌های هماتولوژیک، رادیوگرافی سینه و لنفانژیوگرافی برای تعیین میزان گسترش ضایعه لازم است. لنفوما باید توسط یک گروه پزشکی شامل هماتولوژیست، انکولوژیست، شیمی‌درمانیست و پرتودرمانیست درمان شود. بیماری توسط پرتودرمانی همراه با شیمی‌درمانی ضدتوموری به صورت چند فازی درمان می‌گردد.

طبق تحقیق انجام شده در مورد شیوع توده‌های گردنی، بیشترین ابتلا در ناحیه طرفی گردن ۴۲ درصد و پس از آن ناحیه تحت‌فکی ۲۷ درصد، ناحیه میانی گردن ۲۰ درصد و کمترین گرفتاری در ناحیه پاروتید ۳ درصد بوده است. در گروه خانم‌ها بیشترین ناحیه مبتلا، ناحیه میانی گردن و در گروه آقایان بیشترین ابتلا در ناحیه جانبی گردن بوده است. شایع‌ترین عوامل اتیولوژیک در آقایان لنفوما و در خانم‌ها گواتر بوده است.



شکل ۳-۱۰. تومور جسم کاروتید که تورمی در محل دو شاخه شدن کاروتید ایجاد نموده است.



شکل ۴-۱۰. لنفومای غیرهوچکین در گره‌های لنفاوی گردنی.

شیوع آن از تومورهای متاستاتیک کمتر است. چندین نوع لنفوما وجود دارد که از نظر بالینی و هیستوپاتولوژی با یکدیگر تفاوت دارند. تقسیم‌بندی متداول براساس نمای بالینی خاص تومور می‌باشد. لنفوما می‌تواند تک کانونی یا چند کانونی باشد. اگرچه اعتقاد عمومی بر این است که لنفوما یک بیماری سیستمیک است، در حدود ۱۰ درصد موارد اولین نشانه این بیماری، یک توده گردنی است.

دو نوع اصلی بدخیمی لنفوئیدی، **بیماری هوچکین (HD)**^(۱) و **لنفومای غیرهوچکینی (NHL)**^(۲) می‌باشد که گره‌های لنفاوی گردنی را مبتلا می‌سازد. در حقیقت، گره‌های لنفاوی گردنی یکی از شایع‌ترین گروه گره‌های درگیر در کل بدن می‌باشند و اغلب قوام لاستیکی دارند. تورم غالباً ۲ طرفه و به ندرت یک طرفه

- 1- lymphoma
- 2- Hodgkin's Disease
- 3- Non-Hodgkin's Lymphoma

پرسش: در بزرگ شدن یک طرفه گره‌های لنفاوی گردن چه تشخیص‌هایی مطرح است؟

توده‌های قسمت میانی گردن

توده‌هایی که در قسمت میانی گردن مشاهده می‌شوند، بیشتر شامل سیست مجرای تیروگلووس، گواتر، نئوپلازی‌های تیروئید و سیست درموئید می‌باشند.

مهم‌ترین ساختمان موجود در ناحیه میانی گردن غده پروانه‌ای شکل تیروئید است که دو لوب طرفی دارد. این دو لوب توسط ایسموس باریکی که از روی نای رد می‌شود به هم متصل می‌گردند. غده تیروئید نیز همانند غده‌های ساب‌مندیبولر و پاروتید، زیر فاسیای گردن قرار گرفته است و لمس آن نیاز به مهارت دارد. لوب‌های طرفی غده که توده اصلی غده را تشکیل می‌دهند علاوه بر فاسیا توسط عضلات اینفراهایوئید و SCM پوشیده می‌شوند، بنابراین غده تیروئید به طور طبیعی مستقیماً قابل لمس نیست و فقط به صورت یک پری در ناحیه گردن حس می‌شود. لوب چپ اغلب از لوب راست بزرگتر است. ایسموس غده در خط وسط زیر برآمدگی غضروف حلقه‌ای شکل کریکوتیوئید قابل لمس می‌باشد. به دلیل اتصال غده به نای و حرکت رو به بالای آن هنگام بلع، این قسمت غده در موقع بلع بهتر لمس می‌شود. توده‌های موجود در لوب‌های طرفی را نیز می‌توان هنگام بلع به دقت معاینه کرد. در این حالت توده‌هایی که به غده تیروئید متصل هستند همراه با غده حرکت می‌کنند. استخوان هایوئید و غضروف تیروئید نیز در ناحیه میانی قابل لمس می‌باشند. به دلیل متحرک بودن ارگان‌هایی همانند غده‌های تیروئید و ساب‌مندیبولر لازم است هنگام معاینه با یک دست ثابت نگه داشته شوند. شاخ بزرگ استخوان هایوئید و شاخ فوقانی غضروف تیروئید گاهی با گره‌های لنفاوی سخت که ناشی از متاستاز در زنجیره گردنی فوقانی، اشتباه می‌شوند. ولی با توجه به اینکه این شاخ‌ها ساختمان‌های طبیعی می‌باشند که به صورت ۲ طرفه در قدام زنجیره گره‌های لنفاوی گردن قرار دارند و هنگام بلع حرکت می‌کنند، از گره‌های لنفاوی قابل افتراق هستند.

در ناحیه میانی گردن، گاه گره‌های لنفاوی بالای استخوان هایوئید در ناحیه ساب‌منتال و در مقابل غشاء کریکوتیروئید یافت

می‌شوند. به طور طبیعی این گره‌ها قابل لمس نمی‌باشند، و در صورت قابل لمس بودن باید بررسی بیشتری به عمل آید.

سیست مجرای تیروگلووس

سیست مجرای تیروگلووس شایع‌ترین سیست تکاملی گردن می‌باشد و تقریباً $\frac{3}{4}$ این ضایعات را تشکیل می‌دهد. غالباً در کودکان و بالغین جوان دیده می‌شود و تمایل به جنس خاصی ندارد. تقریباً در ۳۰ درصد از موارد در افراد بالای ۳۰ سال و ۳۰ درصد از موارد نیز در کودکان زیر ۱۰ سال دیده شده است.

اساس تشکیل این سیست مربوط به روند تکاملی غده تیروئید می‌باشد. بافت‌های تیروئید در هفته چهارم جنینی آشکار می‌گردد و از محل فورامن سکوم به سمت محل گردنی غده تیروئید تا استخوان هایوئید حرکت می‌کند. مجرای حرکت بافت‌های تیروئیدی در هفته ۱۰ جنینی تخریب می‌شود. عناصر باقیمانده اپی‌تلیالی که کاملاً آتروفی نشده‌اند می‌توانند در ادامه زندگی به سمت تشکیل سیست پیشروی کنند که ممکن است در قسمت خلفی زبان (تیروئید زبانی) یا در گردن دیده شود.

قوام سیست مجرای تیروگلووس ممکن است نرم یا سفت باشد، آزادانه حرکت می‌کند، مگر اینکه توسط استخوان هایوئید محصور شده باشد. غالباً یک فیستول برای تخلیه آن ایجاد می‌گردد. بیشتر این سیست‌ها زیر استخوان هایوئید واقع شده‌اند. اگر در زبان یا منطقه هایوئید قرار گرفته باشند، دیسفاژی ممکن است یک علامت باشد. به ندرت تغییر شکل بدخیمی در این ضایعات دیده می‌شود (شکل ۵-۱۰).



شکل ۵-۱۰. سیست مجرای تیروگلووس در قسمت میانی گردن.

رادیواکتیو تیروئید مفید می‌باشد و همچنین ارزیابی میزان T_4 ، T_3 سرم نیز می‌تواند کمک کننده باشد. وضعیت منتشر تورم معمولاً در افتراق از تومور کمک کننده می‌باشد، اگرچه هنگامی که تورم کوچک یا در یک طرف خط وسط باشد باید نئوپلازی در غده تیروئید را در نظر گرفت.

بعضی گواترها می‌توانند با جراحی بهبود یابند. در هر صورت باید مراقبت‌های پزشکی توسط متخصصین داخلی یا غدد به عمل آید.

پرشش: روشهای ارزیابی و تشخیصی گواتر کدامند؟

نئوپلازی تیروئید

نئوپلازی‌های تیروئید شامل آدنوماهای خوش‌خیم و آدنوکارسینوماهای بدخیم می‌باشد. این بیماری غالباً در افراد میانسال دیده می‌شود و در زنان شایع‌تر است.

نئوپلازی‌های تیروئید بر پایه هیستومورفولوژی طبقه‌بندی می‌گردند. آدنوماهای خوش‌خیم در یک قطب غده به وجود می‌آیند، بنابراین آنها کمی در قسمت طرفی غضروف حنجره‌ای قرار دارند. تومورها معمولاً کوچک هستند و ممکن است با چشم قابل مشاهده نباشند، ولی اغلب با لمس مشخص می‌گردند. نرم یا کمی سفت و متحرک هستند. آدنوکارسینوماها محلی مشابه دارند، ولی سفت می‌باشند و امکان دارد به بافت‌های مجاور متصل و چسبیده باشند. همچنین ممکن است در هنگام تشخیص اولیه کوچک باشند. متاستاز به گره‌های لنفاوی گردن می‌تواند قبل از یک تورم تیروئیدی قابل توجه، وجود داشته باشد.

کارسینومای پاپیلری شایع‌ترین فرم کانسر تیروئید می‌باشد. کارسینومای مدولری ممکن است همراه نورومای دهانی و دیگر نئوپلاسم‌های اندوکرینی به عنوان جزئی از **سندرم نوروپلی‌اندوکراین** به وقوع بپیوندد. تشخیص افتراقی این تورم‌ها از همدیگر، بیشتر اوقات توسط یافته‌های میکروسکوپی می‌باشد. درمان ضایعه اغلب به طریقه جراحی صورت می‌گیرد.

سیست درموئید

سیست درموئید^(۱) می‌تواند در هر منطقه‌ای از بدن از جمله دهان ایجاد شود. ضایعات دهانی غالباً در **قدام کف دهان** دیده

پرشش: شایع‌ترین سیست تکاملی گردن کدام است؟

اپی‌تلیوم سیست، سنگفرشی مطبق یا اپی‌تلیوم تنفسی می‌باشد. دیواره غدد موکوسی و فولیکول‌های تیروئید نیز ممکن است در جدار سیست مشاهده شوند.

سیست‌هایی که در بالای قسمت میانی گردن واقع شده‌اند، باید از سیست درموئید افتراق داده شوند. اگر در قسمت پایین گردن واقع شده باشند، گواتر و نئوپلاسم‌های تیروئید باید در نظر گرفته شوند.

سیست شکاف برانشیال و سباسه نیز باید در تشخیص افتراقی قرار گیرند.

روش درمانی این نوع سیست، برداشت آن به طریق جراحی می‌باشد. اگر سیست در ارتباط نزدیک با استخوان هایوئید باشد، برداشت قسمتی از استخوان برای اطمینان از برداشت کامل و جلوگیری از عود ضایعه لازم است.

گواتر

گواتر به **بزرگ‌شدگی خوش‌خیم تیروئید** اطلاق می‌شود و بیشتر در بالغین میانسال و غالباً در زنان دیده می‌شود. اشکال مختلفی از گواتر وجود دارد شامل گواتر ناشی از کمبود ید، گواتر آدنوماتوز و هایپر تیروئیدیسم همراه با اگروفتالموس (بیماری گریوز).

گواتر در زیر غضروف تیروئید در قسمت میانی گردن ایجاد می‌شود و می‌تواند سفت یا موج و متحرک باشد. گواتر آدنوماتوز مولتی‌ندولر است. در بیماری گریوز میزان متابولیسم افزایش یافته است و بیماران عصبی و حساس می‌باشند، تورم گواتری فاقد ندول و منتشر می‌باشد. گواترهای بزرگ در بیماران مسن می‌تواند سبب انسداد راه هوایی گردد (توضیح مفصل انواع گواتر در فصل مربوط به بیماری‌های تیروئید گنجانده شده است).

یافته‌های هیستوپاتولوژیک براساس نوع گواتر متفاوت می‌باشد. در کمبود ید و گواتر آدنوماتوز، فولیکول‌های تیروئیدی بزرگ شده‌اند و با تیروگلوبولین انباشته شده‌اند. در بیماری گریوز، اپی‌تلیوم فولیکولر هایپرپلازی را نشان می‌دهد.

انواع گواتر باید براساس علایم و نشانه‌های بالینی از یکدیگر تشخیص داده شوند. ارزیابی متابولیک جذب ید و اسکن‌های

1- dermoid cyst

لبه تحتانی مندیبل از زاویه مندیبل تا ناحیه دندان کانین حدود فوقانی و بطن‌های عضله دیگاستریک حدود تحتانی را بوجود می‌آورند. حدود این ناحیه را می‌توان هنگامی که بیمار می‌خواهد دهان خود را باز کند و معاینه کننده فک را به سمت بسته شدن دهان فشار می‌دهد، با لمس عضله دیگاستریک مشخص کند.

غده ساب‌مندیبولر در این ناحیه روی عضله مایلوهایوئید که بین استخوان هایوئید و سطح داخلی تنه مندیبل واقع شده است، قرار دارد. قسمت اعظم غده در روی سطح عضله مایلوهایوئید قرار دارد و قسمت کوچکی از آن کناره خلفی عضله را دور زده و در عقب کف دهان قرار می‌گیرد. بهترین روش برای معاینه غده تحت فکی لمس آن به روش دو دستی است. تعداد زیادی گره لنفاوی نیز در این ناحیه وجود دارد که در حالت طبیعی قابل لمس نمی‌باشند.

اکثر توده‌های تحت فکی از گره‌های لنفاوی یا غدد بزاقی ساب‌مندیبولر منشأ می‌گیرند. اولین قدم در تشخیص توده‌های این ناحیه افتراق بافت غده بزاقی ساب‌مندیبولر از سایر بافت‌ها توسط معاینه دو دستی و لمس داخل و خارج دهانی است.

لنفادنیت

همانطور که در قسمت توده‌های طرفی گردن گفته شد، لنفادنیت می‌تواند علل مختلفی داشته باشد. در ناحیه تحت فکی، لنفادنیت‌ها اغلب به علت عفونت اولیه دهانی - دندانی ایجاد می‌گردند و با مشاهده لنفادنیت در این ناحیه باید به دنبال منشأ عفونت باشیم.

از جمله علل شایع ایجاد لنفادنیت و آبسه ثانویه در ناحیه تحت فکی پری‌کورونیت مولر سوم مندیبل می‌باشد.

توده‌های داخل غده بزاقی ساب-مندیبولر

اگر توده‌ای داخل غده ساب‌مندیبولر وجود داشته باشد باید تمام غده را درآورده مطالعه هیستوپاتولوژیک انجام دهیم. درآوردن کامل غده بنا به دلایل زیر لازم است:

۱- نسبت زیادی از تومورهای غده ساب‌مندیبولر بدخیم می‌باشند (۵۰ درصد).

می‌شود. بروز کلی این سیستم‌ها در سر و گردن کم است و کمتر از ۲ درصد کل سیستم‌های درموئید را تشکیل می‌دهد. سیستم درموئید اغلب در بالغین مشاهده می‌گردد و تمایل به جنس خاصی ندارد.

علت ایجاد سیستم درموئید در این منطقه، به دام افتادن سلول‌های مولتی‌پتانسیل در جریان تکامل یا احتمالاً جایگزین شدن اپی‌تلیوم می‌باشد.

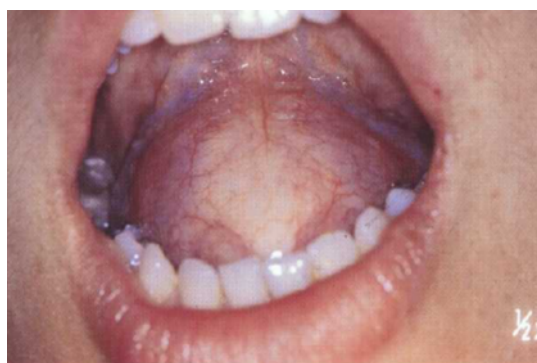
اگر این سیستم روی عضله مایلوهایوئید قرار گیرد، زبان را به سمت بالا و عقب جابه‌جا می‌کند و می‌تواند مشکلاتی در عمل زبان ایجاد کند و هنگامی که زیر عضله مایلوهایوئید واقع شود، تورمی در خط وسط گردن زیر چانه ایجاد می‌نماید (شکل ۶-۱۰). این سیستم‌ها بدون درد می‌باشند، رشد آهسته‌ای دارند و قوام آنها معمولاً لاستیکی یا خمیری است. قطر آنها کمتر از ۲ سانتی‌متر است، با این حال مواردی با قطر ۸ تا ۱۲ سانتی‌متر نیز گزارش شده است.

دیواره سیستم پوشیده از اپی‌تلیوم سنگفرشی مطبق با یک لایه حمایت کننده فیروزه در دیواره می‌باشد. ضمایم مانند فولیکول‌های مو، غدد سباسه و غدد عرق، و یا گاهی دندان ممکن است در جدار این سیستم یافت شوند.

برداشت ساده توسط جراحی با روش خارج دهانی برای سیستم درموئید که زیر عضله مایلوهایوئید واقع است، توصیه می‌گردد. عود ضایعه به ندرت مشاهده می‌شود.

توده‌های ناحیه تحت فکی

حدود ناحیه تحت فکی به آسانی قابل تشخیص است.



شکل ۶-۱۰. سیستم درموئید در خط میانی کف دهان.

زمانی که متوجه یک توده در ناحیه پاروتید می‌شویم، باید ابتدا مشخص کنیم که این توده نسبت به فاسیای پوشاننده غده بزاقی سطحی قرار گرفته یا در عمق آن است. اکثر توده‌هایی که نسبت به این فاسیا سطحی‌تر هستند، **گره‌های لنفاوی** می‌باشند، در حالی‌که توده‌هایی که عمقی‌تر قرار گرفته‌اند مربوط به خود غده یا گره‌های لنفاوی داخل غده هستند. توده‌های داخل غده در زیر کپسول غده و فاسیا فیکس شده‌اند.

توده‌های سطحی پاروتید

تعدادی گره لنفاوی در بافت همبند شلی که بر روی غده پاروتید و فاسیای آن واقع شده است، قرار دارند. گاهی این گره‌های لنفاوی به صورت یک توده سفت حساس یا دردناک می‌باشند که بر روی بافت‌های عمقی حرکت می‌کنند و در این صورت احتمال یک لنفادنیت حاد به علت عفونت منطقه‌ای وجود دارد.

توده‌های داخل غده پاروتید

اکثر توده‌های داخل غده پاروتید تومور غده بزاقی می‌باشند. تقریباً ۷۰ درصد این توده‌ها خوش‌خیم بوده و بیشتر این توده‌های خوش‌خیم، پلئومورفیک آدنوما^(۳) می‌باشند که رشد آهسته‌ای داشته و موجب یک تورم سفت در ناحیه پاروتید می‌گردند. از طرف دیگر، کارسینوم در پلئومورفیک آدنوما معمولاً رشد سریع دارد و ممکن است قوام سخت استخوانی^(۴) داشته و موجب فلج عضلانی یک طرفه صورت گردند. برای تشخیص، توده‌های داخل غده آسیب‌ر می‌شوند یا در صورت احتمال وجود یک نئوپلاسم، بیوپسی اکسیژنال به عمل آید.

سیالو سی تی و سیالوگرافی معمولی جهت بررسی نئوپلاسم‌های غده پاروتید مفید می‌باشند. در بیوپسی اکسیژنال باید لوب سطحی غده را طوری برداریم که به عصب فیشیال صدمه‌ای وارد نیاید. بهتر است تمام لوب‌ها را برداریم، چون شایع‌ترین تومور این ناحیه یعنی **آدنوم پلئومورفیک**، اغلب از کپسول کاذب خود عبور می‌کند و اگر فقط قسمتی را که داخل کپسول است برداریم میزان عود بالا خواهد بود.

۲- آدنوم پلئومورفیک که شایع‌ترین تومور این غده می‌باشد، فاقد کپسول است. گاهی هنگام برداشت غده، لازم است قسمت‌های وسیعی از بافت‌های اطراف برداشته شود. توضیح کامل تومورهای غدد بزاقی در فصل ۹ آورده شده است.

سیالادنیت غده بزاقی ساب-مندیبولر

تورم دردناک غده (سیالادنیت) ممکن است در نتیجه عفونت یا التهاب غده به دلیل انسداد مجرای غده و یا عفونت بدون سابقه انسداد مجرا رخ دهد. علائم بالینی و درمان سیالادنیت در فصل ۹ به صورت کامل آمده است.

اکثر گره‌های لنفاوی غیرحساس ناحیه تحت فکی دچار هیپرپلازی لنفوئیدی خوش‌خیم یا فیروز می‌باشند که در نتیجه عفونت قبلی دهان ایجاد شده‌اند. اگر متوجه یک گره غیرحساس تازه به ویژه در یک فرد بالای ۴۰ سال شدیم باید احتمال وجود تومور بدخیم ثانویه را مد نظر داشته باشیم. در چنین مواردی حتماً باید معاینه کامل فیزیکی و رادیوگرافی سر و گردن از نظر وجود محل اولیه بدخیمی به عمل آوریم. زمانی که محل تومور اولیه شناسایی شده و گره مشکوک متاستاتیک بود، تومور اولیه برداشته می‌شود و دیسکشن^(۱) گردن صورت می‌گیرد. گاهی پرتودرمانی نیز لازم است.

پرسش: حدوداً چند درصد از تومورهای غده بزاقی ساب‌مندیبولر بدخیم هستند؟

ضایعات پاروتید

ضایعات داخل پاروتید می‌توانند سبب ایجاد توده‌هایی در ناحیه تحت فکی به صورت یک طرفه یا دوطرفه شوند. از جمله این ضایعات که در فصول مربوطه توضیحات بیشتری داده شده است می‌توان به نئوپلاسم‌های پاروتید، سندرم شوگرن، بیماری میکولیکز^(۲)، بیماری‌های ویروسی، باکتریایی یا قارچی پاروتید و بیماری‌های متابولیک منعکس شده در پاروتید اشاره نمود.

3- mixed
4- Bony hard

1- dissection
2- Mikulicz's disease

سیالادنیت غده پاروتید

سیالادنیت غده پاروتید در فصل ۹ به طور مفصل شرح داده شده است.

بزرگ شدن دو طرفه غده پاروتید

بزرگ شدن بدون علامت دو طرفه غده پاروتید، به علت ضایعه لنفوای تلیال خوش خیم یا بدون بزرگ شدن غدد اشکی و ساب مندیبولر به نام **بیماری میکولیکز** شناخته می شود.

در صورت همراه بودن بعضی از بیماریهای سیستمیک مثل لنفوم یا سارکونیدوز با این علائم به مجموعه آنها سندرم میکولیکز گفته می شود.

به مجموعه علائم زروستومیا، همراه با کونژنکتیویت و بیماری بافت همبند مثل آرتریت روماتوئید، سندرم شوگرن گفته می شود. در تمامی این بیماریها تورم پاروتید ممکن است دوطرفه یا یک طرفه باشد. تلاش های زیادی برای پیدا کردن ارتباط بین این بیماریها صورت گرفته ولی ارتباط پاتوگنومیک خاص هنوز پیدا نشده است.

تشخیص قطعی این بیماریها با کمک یافته های بالینی و آزمایشگاهی میسر است.

تشخیص سندرم شوگرن، با مشخص شدن انفیلتراسیون موضعی لنفوسیتها در غدد بزاقی منور لب امکان پذیر است. تورم دوطرفه غده پاروتید در انواعی از اختلالات متابولیک و تغذیه ای دیده شده است. بزرگ شدن به دلیل مصرف الکل نسبتاً شایع بوده، ولی تورم به دلیل داروها (مثل ید و بعضی فلزات سنگین) غیر شایع می باشد که باید در تشخیص افتراقی تورم غده پاروتید مدنظر باشد. بزرگی پاروتید علامت زودرس بولیمیا^(۱) در تعداد قابل ملاحظه ای از بیماران می باشد و همچنین همراه با بیماری انسدادی مزمن ریوی نیز مشاهده می گردد. غدد بزاقی اصلی ممکن است بعد از پرتودرمانی، بیماری کسلمن^(۲) و بیماری پلی سیستمیک پاروتید دچار تورم شوند.

پرسش: به نظر شما در صورت بزرگ شدن دوطرفه غده پاروتید چه تشخیص هایی مطرح هستند؟

سایر تورمها

توده های دیگری که در نواحی گردنی یافت می شوند ولی محدود به محدوده خاص آناتومیکی نمی باشند شامل موارد زیر می باشند:

سیست اپیدرمال

سیست اپیدرمال^(۳) به صورت ندولی در پوست ناحیه گردن (یا صورت) بروز می کند که معمولاً غیر التهابی و بدون علامت خاص است. اندازه آن می تواند به چند سانتی متر برسد و با اپیدرم پوشیده شده است. این سیست نزدیک سطح پوست می باشد. نسبتاً شایع است و در اثر پرولیفراسیون سلول های اپی تلیال باقیمانده ایجاد می گردد. درمان آن، خارج کردن ضایعه از طریق جراحی است. عود بعد از درمان مشاهده نمی گردد. این سیست از دیگر ضایعات شرح داده شده، سطحی تر قرار گرفته است.

لنفانژیوم

لنفانژیوم^(۴) یک تومور عروق لنفوای می باشد و اغلب یک ضایعه مادرزادی است تا یک نئوپلاسم، که در اثر تکثیر عروق لنفوای به وجود می آید. لنفانژیوم بیشتر اوقات در زمان تولد یا اوایل تولد وجود دارد و در دو دهه اول زندگی ظاهر می شود. لنفانژیوم ضایعه ای بدون درد و نودولر می باشد. اگر سطحی باشد به شکل یک تورم وزیکولی به نظر می رسد و اگر عمقی باشد به صورت یک توده زیرمخاطی به نظر می رسد (شکل ۷-۱۰).



شکل ۷-۱۰. لنفانژیومای مخاط زبان.

3- epidermal cyst
4- lymphangioma

1- bulimia
2- Castleman disease

پرسشهای درسی و فرادرس

- ۱- شایع‌ترین سیستم تکاملی گردن کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟
 (الف) مجرای تیروگلووس (ب) اپیدرمال
 (ج) شکاف برانشیال (د) درموئید
- ۲- کدام یک از موارد زیر همیشه به صورت تورم‌های ثابت و سفت است؟
 (الف) گواتر (ب) سیست اپیدرمال
 (ج) تومور جسم کاروتید (د) لنفومای بدخیم
- ۳- سلول رداشتنبرگ در نمای میکروسکوپی کدام یک از ضایعات زیر دیده می‌شود؟
 (الف) کارسینومای متاستاتیک (ب) لنفوما
 (ج) گواتر (د) سیست مجرای تیروگلووس
- ۴- کمودکتوما نام دیگر کدامیک از موارد زیر می‌باشد؟
 (الف) تومور جسم کاروتید (ب) سیست مجرای تیروگلووس
 (ج) نئوپلازی پاروتید (د) سیست درموئید
- ۵- کارسینومای متاستاتیک به مناطق گردنی غالباً چه منشائی دارد؟
- ۶- علت شایع لنفادنیت‌های غیراختصاصی چه می‌باشد؟
- ۷- محل آناتومی سیست درموئید در کدام ناحیه می‌باشد؟
- ۸- انواع لنفادنیت‌ها را چگونه از یکدیگر افتراق می‌دهید؟

منابع بیشتر برای مطالعه

- Eversde LR. Clinical Outline of Oral Pathology (Diagnosis & Treatment), 3rd ed., BC Decker Inc. 2002: 182-225.
- Wood NK, Goaz PW. Differential Diagnosis of Oral & Maxillofacial Lesions, 5th ed., Mosby 1997: 521-.
- Regezi Clinical Oral Pathology, 3rd ed., WB Saunders Company 1000: 196-197, 271-287, 315-322.
- Neville BW, Damm DD, Allen CM, Bouquot JE. Oral & Maxillofacial Pathology, 2nd ed., W.B. Saunders Company 2002: 475-477.

رنگ آن می‌تواند روشن‌تر از بافت‌های اطراف باشد، و یا هنگامی که مویرگ‌ها قسمتی از مالفورماسیون مادرزادی است به رنگ قرمز-آبی به نظر آید. در لمس ضایعات یک صدای مبهم^(۱) ایجاد می‌گردد که به علت حرکت فشاری مایع لنفی از یک محل به محل دیگر می‌باشد.

زبان شایع‌ترین محل داخل دهانی لنفانژیوم می‌باشد که ممکن است با افزایش حجم زبان، آشکار شود. لنفانژیوم می‌تواند منجر به افزایش حجم لب^(۲) شود. لنفانژیومی گردن به سیستیک هیگروما^(۳)، لنفانژیومی کاورنوس^(۴) یا هیگروماکولی^(۵) شناخته می‌شود.

این تورم منتشر بافت نرم ممکن است زندگی بیمار را به مخاطره بیندازد، چون می‌تواند ساختارهای حیاتی گردنی را تحت فشار قرار دهد. مشکلات تنفسی، خونریزی داخل ضایعه و بدشکلی از عوارض ضایعه می‌باشند.

از نظر بالینی، لنفانژیوم می‌تواند کاملاً مشابه همانژیوما به نظر آید، خصوصاً در مواردی که جزء مویرگی نیز در آن وجود دارد. هنگامی که اندازه آن کوچک باشد می‌تواند با موکوسل اشتباه شود. ضایعات سطحی نباید با تاول‌های بیماریهای وزیکولوبولوز اشتباه گردند. ضایعات وزیکولوبولوز اغلب طول عمر کوتاهتری دارند و عموماً ملتهب و دردناک می‌باشند.

لنفانژیوم معمولاً از طریق جراحی برداشته می‌شود، ولی به خاطر فقدان کپسول، عود آن شایع می‌باشد. لنفانژیومهای بزرگ، مثل سیستیک هیگروما، ممکن است نیاز به جراحی چند مرحله‌ای داشته باشند. درمان با داروهای اسکروزه کننده و پرتودرمانی موفقیت محدود داشته و به عنوان درمان استاندارد توصیه نمی‌گردند.

پرسش: به نظر شما در تشخیص افتراقی هماژیوما و لنفانژیوم به چه مسائلی باید توجه کرد؟

- 1- crepitant
- 2- macrocheilia
- 3- cystic hygroma
- 4- cavernous lymphangioma
- 5- hygroma colli

فهرست مقالات

۱. جعفری شهین، ثمر گیتی، سمیعی فرهاد، نایب هاشمی مجید،
بررسی توده‌های گردنی در ۵ مرکز درمانی تهران، مجله
بهداشت ایران، سال ۱۳۷۶، شماره ۳ و ۴: ۲۸-۲۱.
2. Gleeson M, Herbert A, Richards A. Management of lateral neck masses in adults. BMJ. 2000 Jun 3; 320(7248): 1521-1524. Review.
3. Dickson PV, Davidoff AM. Malignant neoplasms of the head & neck. Semin Pediatr Surg. 2006 May; 15(2): 92-98.
4. Foley DS, Fallat ME. Thyroglossal duct & other congenital midline cervical anomalies. Semin Pediatr Surg. 2006 May; 15(2): 70-75.
5. El-Monem MH, Gaafar AH, Magdy EA. Lipomas of the head & neck: presentation variability & diagnostic work-up. J Laryngol Otol. 2006 Jan; 120(1): 47-55. Epub 2005 Nov 25.

