

علل بروز توده‌های گردنی

دکتر مسعود کاظمی*

Etiology of neck masses

M. Kazemi

Abstract

Background: Neck masses especially lymph node enlargement, comprise a high percent of complaints in ENT departments.

Objective: To review the data files of neck masses especially lymph nodes and to find etiology of them.

Methods: Through a descriptive study, files and pathology reports of 213 patients who were admitted for biopsy in an ENT department for chief complaints of neck mass were reviewed.

Findings: It was revealed that thyroid gland, salivary gland, lymph nodes and congenital masses were the four common causes of neck mass, in descending sequence. Lymph nodes comprised 24% of the total in which enlargement of 50% of cases was due to primary or metastatic malignancies which were more frequent in individuals under 20 years of age and in males. The most common cause of cervical adenopathy was metastasis that was frequently seen in SCC of nasopharyngeal or oral cavity region, in the 6th decade of life. In children and young adults reactive lymph nodes and lymphoma were more common. Tuberculosis as the second cause of cervical adenopathy is still frequent.

Conclusion: A clear picture of the etiology of neck masses was revealed in this study.

Key words: Neck Mass, Lymph Node

چکیده

زمینه: توده‌های گردنی از شکایات های شایع در بخش های گوش، حلق و بینی هستند و در این بین غده لنفاوی درصد بالایی را تشکیل می‌دهند.

هدف: این مطالعه به منظور تعیین علل بروز توده‌های گردنی به خصوص غده لنفاوی انجام شد.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه توصیفی، ۲۱۳ پرونده و گزارش آسیب شناسی بیمارانی که با شکایت اولیه توده گردنی در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان طالقانی تهران بستری و بیوپسی شده بودند، بررسی شد.

یافته‌ها: چهار علت عمده توده‌های گردنی به ترتیب غده تیروئید، غده بزاقی، غده لنفاوی و توده‌های مادرزادی بودند. غده لنفاوی ۲۴/۴٪ توده‌ها را تشکیل می‌دادند که بزرگی ۵۰٪ آنها به علت بدخیمی های اولیه یا متاستاتیک بود. بدخیمی در مردان بزرگسال به مراتب شایع تر از زنان و افراد زیر ۲۰ سال بود. به طور اختصاصی متاستاز شایع ترین علت آدنوپاتی گردنی بود که غالباً از نوع SCC و منشاء آن نازوفارنکس یا حفره دهان بود و در دهه ششم زندگی بیشتر دیده می‌شد. غده لنفاوی راکتیو و لنفوم در کودکان و نوجوانان شایع تر بودند. سل به عنوان دومین علت شایع آدنوپاتی گردنی مشخص شد.

نتیجه‌گیری: بررسی علل بروز توده‌های گردنی می‌تواند به ابداع شیوه‌های نوین برخورد با توده‌های گردنی منجر شود و روش‌های ارزیابی کلینیکی و درمان آنها را دگرگون نماید.

کلید واژه‌ها: توده گردنی - غده لنفاوی

□ مقدمه :

موجود انجام شد. پرونده کلیه بیمارانی که از ابتدای سال ۱۳۶۹ تا پایان ۱۳۷۳ با شکایت توده گردنی در بخش گوش، حلق و بینی بیمارستان طالقانی تهران بستری شده بودند، بررسی شد. سپس بیمارانی که تشخیص نهایی آنها با پاتولوژی حاصل شده بود (۲۱۳ نفر) انتخاب شدند. اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، مدت پیدایش توده، عادت‌های فردی بیماران، اندازه و محل توده، علائم همراه و آزمایش‌های پاراکلینیکی برای هر بیمار به طور جداگانه ثبت شد. گزارش پاتولوژی توده گردنی نیز با مراجعه به بایگانی بخش آسیب‌شناسی بیمارستان استخراج شد و به عنوان تشخیص نهایی توده گردنی مورد توجه قرار گرفت.

□ یافته‌ها :

از مجموع ۲۱۳ توده گردنی، ۵۵ مورد توده‌های خوش خیم و بدخیم تیروئید بودند که ۲۵/۸ درصد کل توده‌های گردنی را تشکیل می‌دادند. از این میزان ۴۱ نفر زن و ۱۴ نفر مرد بودند که نسبت حدود سه به یک را نشان می‌داد.

بیماری‌های خوش خیم و بدخیم غدد بزاقی ماژور ۵۴ مورد، یعنی ۲۵/۳ درصد کل توده‌های گردنی را شامل می‌شد. از این میزان ۳۸ نفر مرد و ۱۶ نفر زن بودند.

در مجموع شایع‌ترین علل توده‌های گردنی به ترتیب عبارت بودند از: ضایعات غده تیروئید، غدد بزاقی، غدد لنفاوی، علل مادرزادی و کیست انکلوژیون اپیدرمال. تمام موارد کیست انکلوژیون روی استخوان ماستوئید قرار داشتند.

شکایت اصلی تعداد زیادی از مراجعه‌کنندگان درمانگاه‌ها و بخش‌های گوش و حلق و بینی، احساس یا مشاهده توده‌ای در گردن است. از آن جایی که این ناحیه محدود، محل استقرار یا عبور عروق، اعصاب، عضله‌ها و احشاء فراوان و متنوعی است، لذا حدس محل اولیه و تشخیص توده‌های گردنی معمولاً با مشکلاتی همراه است.^(۲) به علاوه بیشتر اوقات وجود توده گردنی، اولین یا تنها تظاهر بیماری‌هایی است که محل اولیه آنها ممکن است سرگردن یا حتی دورتر باشد. لذا با بررسی این توده‌ها می‌توان بیماری هفته‌ای را که ممکن است التهابی، عفونی یا بدخیم باشد کشف نمود.^(۱۰)

کشف غده یا غدد لنفاوی به عنوان توده گردنی با مشکلات تشخیصی مضاعفی همراه است. زیرا قبل از هر اقدام تشخیصی تهاجمی یا درمانی باید بدخیمی‌های اولیه یا متاستاتیک را از یکدیگر افتراق داد. سپس بر اساس آن سایر اقدام‌های تشخیصی و یا طرح درمانی را پی ریزی نمود تا از اتلاف وقت و سرمایه پیشگیری شود.

مطالعه آماری توده‌های گردنی و روش ارزیابی و درمان آنها در نشریات و کتاب‌های مرجع مورد توجه فراوان قرار گرفته است. البته به علت تفاوت در طیف بیماری‌ها و امکانات تشخیصی - درمانی بین کشورهای مختلف، لازم است با مطالعات منطقه‌ای به تشخیص‌های افتراقی توده‌های گردنی در کشورمان دست یابیم.

□ مواد و روش‌ها:

این مطالعه توصیفی از طریق بررسی پرونده‌های

لنفای در زنان که حدود $\frac{1}{4}$ مردان بود، اهمیت مضاعفی پیدا می‌کند.

متاستاز شایع‌ترین علت بزرگی غدد لنفاوی و در بیش از ۸۸ درصد موارد از نوع SCC بود. مهم‌ترین محل اولیه SCC متاستاتیک، نازوفارنکس و در سایر موارد حنجره و حفره دهان بود. تومور اولیه در بخش عمده‌ای از SCC متاستاتیک نامشخص مانده بود.

متاستازها به طور عمده در بزرگسالان به خصوص در دهه ششم‌زندگی دیده شد و هیچ مورد متاستاز در سنین زیر ۲۰ سال رخ نداده بود. ولی آدنیت‌های راکتیو اغلب در سنین ۱۰ تا ۲۰ سالگی رخ داده و در دهه ششم و هفتم نادر بودند. لنفوم در سنین میانی نادر بود. در حالی که آدنیت سلی در سنین ۲۰ تا ۴۰ سالگی بیشترین شیوع را داشت.

توزیع کلی توده‌های گردنی در مرد و زن تفاوت چشمگیری نداشت. اما تفاوت‌های توزیع جنسی بیشتر در ارتباط با نوع توده بود (جدول شماره ۱). بررسی علل ۵۲ مورد غده لنفاوی نشان داد که متاستاز بدخیمی‌ها ۱۷ مورد (۳۲/۶ درصد) را تشکیل می‌دادند. از این تعداد ۱۵ نفر مرد و ۲ نفر زن بودند. آدنیت سلی نیز در ۱۲ مورد (۲۳ درصد) گزارش شده بود. از این تعداد ۸ نفر زن و ۴ نفر مرد بودند (جدول شماره ۲).

احتمال بدخیمی براساس سن بیماران تفاوت داشت. به طوری که در گروه سنی بالای ۲۰ سال احتمال بدخیمی ۵۵ درصد، ولی در گروه سنی زیر ۲۰ سال ۳۲ درصد بود. همچنین احتمال بدخیمی غدد لنفاوی در مردان ۶۵ درصد و در زنان تنها ۲۲ درصد بود. این درصد پایین با توجه به شیوع کمتر غدد

جدول ۱:

فراوانی علل توده‌های گردنی براساس گزارش آسیب‌شناسی

نوع توده	مرد	زن	فراوانی	درصد
تیروئید	۱۴	۴۱	۵۵	۲۵/۸
غدد بزاقی	۳۸	۱۶	۵۴	۲۵/۳
غدد لنفاوی	۳۴	۱۸	۵۲	۲۴/۴
مادرزادی	۱۳	۱۱	۲۴	۱۱/۲
کیست انکلوزیون	۴	۹	۱۳	۶
لیپوم	۳	۰	۳	۱/۴
آبسه	۳	۰	۳	۱/۴
همانژیوم	۱	۱	۲	<۱
سایر موارد	۲	۵	۷	<۴
جمع کل	۱۱۲	۱۰۱ (۴۷/۴٪)	۲۱۳	۱۰۰

جدول ۲:

فراوانی علل بزرگی غدد لنفاوی گردن براساس گزارش آسیب‌شناسی

نوع توده	مرد	زن	فراوانی	درصد
متاستاز	۱۵	۲	۱۷	۳۲/۶
سل	۴	۸	۱۲	۲۳
راکتیو	۶	۴	۱۰	۱۹/۲
لنفوم	۷	۲	۹	۱۷/۳
توکسوپلاسموز	۲	۰	۲	۳/۸
آدنیت	۰	۱	۱	۱/۹
غده لنفاوی غول پیکر	۰	۱	۱	۱/۹
جمع کل	۳۴ (۶۵/۴٪)	۱۸ (۳۴/۶٪)	۵۲	۱۰۰

متاستازهای با منشاء نامعلوم بیشتر در امتداد زنجیره عمقی گردن در جلوی عضله استرنوکلیئید و ماستوئید قرار داشتند. لنفوم‌ها، بدون توجه به نوع آنها، اغلب غدد لنفاوی متعددی را در نواحی فوقانی و تحتانی گردن مبتلا کرده بودند. غدد لنفاوی راکتیو در هر جایی از گردن به خصوص ناحیه ساب مگزیلری دیده شدند و در سایر موارد محل توده بسیار متفاوت ذکر شده بود.

در این مطالعه همه موارد آدنیت سلی و لنفوم با علائم سیستمیک دراز مدت نظیر تب پایین متناوب، لرز، تعریق و کاهش وزن مختصر همراه بودند. در یک مورد لنفوم غیر هوچکینی در پسر بچه‌ای ۷ ساله، بیمار با گرفتگی بینی، تورم یک چشم و کاهش وزن پیشرونده از ۵ ماه قبل از مراجعه با تشخیص جسم خارجی بینی تحت درمان بود. دو بار قطعاتی از نسج نکروتیک به عنوان جسم خارجی از بینی وی خارج شد. آزمایش‌های روتین نکته خاصی را نشان نداد.

غدد لنفاوی گردنی که تشخیص نهایی آنها مستلزم انجام بیوپسی بود، در دهه اول زندگی بسیار کم اما در سایر سنین تقریباً مساوی بودند.

زمان بزرگ شدن غده لنفاوی از ۲ هفته در مورد آدنیت چرکی تا ۴ سال در مورد توبرکولوز متغیر بود. در ۴۲ پرونده که زمان پیدایش توده گردنی به ثبت رسیده بود، میانگین زمان به دست آمده ۱۰/۷ ماه بود. تنها در ۴ مورد دوره بیماری بیشتر از ۱۸ ماه و در همه آنها نیز تشخیص نهایی آدنیت سلی بود.

در بیشتر پرونده‌ها سابقه مصرف الکل و دخانیات و همچنین مدت، نوع و مقدار مصرف آنها قید نشده بود.

اندازه توده‌ها در اغلب موارد بین ۱ تا ۳ سانتی متر گزارش شده بود. تنها در یک مورد توده لنفاوی بالای ۷ سانتی متر با تائید پاتولوژی همراه بود که بیماری غده لنفاوی غول پیکر (Castleman) تشخیص داده شده بود.

تشخیص‌های احتمالی آن آگاهی داشته باشند و برنامه‌ای منظم را جهت ارزیابی و درمان بیماری پی‌ریزی و دنبال نمایند.

در مطالعه حاضر شیوع بدخیمی در غدد لنفاوی گردنی ۵ درصد بود که بسیار نزدیک به ارقام به دست آمده در سایر مطالعات است. (۱۰ و ۱۱) این در حالی است که تحقیقات مذکور در سطح بیمارستان‌های عمومی شامل بخش‌های داخلی، کودکان و جراحی عمومی و مطالعه حاضر تنها در بخش گوش، حلق و بینی انجام شده است.

در این مطالعه احتمال بدخیمی آدنیت‌های گردنی در بزرگسالان بیشتر از کودکان و نوجوانان بود که همانند سایر مطالعات است. (۱۱ و ۱۲) همچنین جنسیت مذکر یک علت عمده در احتمال بدخیمی غدد لنفاوی بود که در مطالعات غربی اشاره‌ای به این نکته نشده است. البته اسدی نسب در مطالعه خود به نتیجه نسبتاً مشابهی دست یافته است. (۱) لذا شاید نظریه مارتین و رومو (۸) باید به این شکل اصلاح شود که بزرگی غیر قرینه یک یا چند غده لنفاوی گردنی در مردان بزرگسال تقریباً همیشه بدخیمی و معمولاً به علت متاستاز از یک ضایعه اولیه در حلق یا حفره دهان است.

ضایعه اولیه در متاستاز اغلب در حلق یا دهان بود که با نتیجه مطالعات دیگر مطابقت دارد. (۷ و ۴)

در کودکی و میانسالی علت آدنوپاتی گردنی اغلب راکتیو یا عفونی بود که این یافته نیز با مطالعه نایت و همکاران مطابقت دارد. (۵) لذا باید قبل از اقدام به بیوپسی باز، ارزیابی همه جانبه‌ای در این زمینه صورت گیرد. با این حال باید همواره لنفوم را به خاطر داشت. در ۵۸ درصد موارد متاستاز، ضایعه اولیه مشخصی در نواحی سر و گردن یافت شد. مطالعات

بوده ولی مطالعات بیمارستانی لنفوم گسترده وی را مشخص ساخت.

در چند مورد از آدنیت‌های سلی، غدد لنفاوی متعددی سرباز کرده بودند. در دو مورد متاستاز از منشأ حنجره سابقه گرفتگی صدا و ناراحتی حنجره‌ای وجود داشت که یکی از آنها ۵ ماه بعد از لارنژکتومی کامل به دلیل سرطان حنجره دچار آدنوپاتی بزرگ شده بود.

بیماری با متاستاز ۸ ماهه در ناحیه ساب مندیولر چپ، در معاینه توده کوچکی (۵×۵ میلی‌متر) در سطح داخلی لب بالا داشت که در تمام این مدت بی‌اهمیت تلقی شده بود.

در این مطالعه همه غدد لنفاوی متحرک و بدون چسبندگی به پوست بودند، اما به رنگ پوست روی آن‌ها اشاره‌ای نشده بود. جز در آدنیت چرکی و چند مورد آدنیت سلی سرباز کرده، در سایر موارد علامتی از التهاب موضعی گزارش نشده بود.

بررسی‌های آزمایشگاهی قبل از بیوپسی معمولاً شامل CBC، FBS، الکترولیت‌های خون، آزمایش تجزیه ادرار و اندازه‌گیری CT و BT بود که اکثر موارد در محدوده طبیعی بودند.

مقدار ESR هرگاه با تشخیص سل همراه بود به طور قابل توجهی بالا گزارش شده بود. با این حال بیشترین ESR در آدنیت چرکی و معادل ۸۵ میلی‌متر بود.

بحث و نتیجه‌گیری :

توده‌های گردنی از شکایت‌های شایع در بخش‌های گوش، حلق و بینی هستند و علل متنوع مادرزادی، التهابی و نئوپلاستیک در ایجاد آنها نقش دارند. (۱ و ۲) بنابراین لازم است پزشکان در مورد

۳- شجاعی زهره. بررسی گزارش آسیب‌شناسی توده‌های گردنی در بیمارستان طالقانی. پایان‌نامه‌ی دکترا. ۱۳۷۲

4. Jesse RH and Perez CA. Cervical lymph node metastasis : Unknown primary cause. *Cancer* 1973; 31: 854

5. Knight J . Here is lymph node biopsy indicated in children with enlarged peripheral nodes?. *Ped* 1982; 69: 391

6. Lee SG and Helmus C. Cervical lymph node biopsy. *Mich Med* 69: 581

7. Martin H and Martin M. Cervical lymph node metastasis as the first symptom of cancer. *Surg Gynecol Obstet* 1944; 78: 133

8. Martin H and Romieu C. The diagnostic significance of a lump in the neck *Postgrad Med*.1952; 11: 491

9. Mayo CW and Lee MJ Sr. Significance of tumor of the neck. *Lancet* 1950; 70:420

10. Seidel and Ball. *Mosby's guide to physical* Ex.2nd ed, Mosby, 152

11. Slaughter DP and Majarakis JD and Southwick HW. Clinical evaluation of swelling in the neck. *Surg Clin North Am* 1956; 36: 3

مارتین و جسه نیز ارقامی بسیار نزدیک ارائه داده است، (۷۹) لذا در همه بیماران معاینه و بررسی دقیق سر و گردن توصیه می‌شود.

در مطالعه حاضر، سل دومین علت بزرگ شدن غدد لنفاوی گردن بود. از آنجایی که پوشش واکسیناسیون در سال‌های اخیر به سرعت گسترش یافته است، شاید علت این امر عدم توجه مردم و مسؤولین به نوبت‌های یادآور واکسن سل باشد که باید هر ۱۰ سال تکرار شود.

از مهم‌ترین نکات در تشخیص افتراقی غدد لنفاوی گردن توجه به علائم همراه مانند تب، لرز، تعریق، کاهش وزن، گرفتگی بینی و گرفتگی صداست. در افتراق علت آدنیت‌های گردنی نباید به آزمایش‌های روتین اکتفا نمود، بلکه تست جلدی سل (PPD) و اندازه‌گیری ESR باید جزء همیشگی ارزیابی یک توده گردنی باشد.

□ مراجع :

۱- اسدی نسب مینا. گزارش هیستوپاتولوژیک ۵۰۰ مورد توده گردنی در بیمارستان شهدا. پایان‌نامه‌ی دکترا، ۷۱-۱۳۷۰

۲- اسنل ریچارد. آناتومی بالینی سر و گردن. ترجمه: عباس اسماعیلی، انتشارات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، چاپ اول، ۱۳۷۰