

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی استان مرکزی
دانشکده علوم پزشکی

پایان نامه:

جهت دریافت دکترای حرفه‌ای

موضوع:

بررسی علل موارد جراحی توده‌های گردنی
در بیماران بستری شده در بیمارستانهای اراک
از آذرماه ۱۳۷۶ تا پایان اردیبهشت‌ماه ۱۳۷۷

استاد راهنما:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر محمود امینی

فوق تخصص جراحی توراکیس

استاد مشاور:

استاد ارجمند جناب آقای دکتر ابوالفضل جعفری

متخصص گوش و حلق و بینی

نگارش:

فاطمه سادات مهدویانی



وزارت علوم، تحقیقات و فناوری

سازمان اسناد و کتابخانه ملی جمهوری اسلامی ایران

سال تحصیلی ۷۸ - ۱۳۷۷

IRANDOC

مرکز اطلاعات و مدارک علمی ایران

۱۵۰۴۲۱

۱۳۸۹/۱۰/۲۰

تقدیم بہ:

پدر

آن روشنگر راہ زندگے

و مادر

آن اسوہ مہر و محبت

تقدیم بہ:

ہم سرفداکار و مہمرا سم
کہ در تمام مراحل تدوین این پرش
صمیمانہ مشوق و راہنما سے بندہ بودند.

« تقدیر نامه »

اکنون برخود واجب می دانم که از راهنماییهای ارزنده جناب آقای دکتر امینی (استاد راهنما) و الطاف بزرگوارانه جناب آقای دکتر جعفری (استاد مشاور) که در تمام مراحل اجرای این تحقیق راهگشای بنده بودند، کمال تقدیر و تشکر را بجا آورم.

همچنین از سرکار خانم دکتر کبارفرد بدلیل بذل عنایتشان، جناب آقای مهندس مجید شمسی بدلیل همکاری بیدریغشان در تایپ رساله و از تمام پرسنل دلسوز بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امیرکبیر که صمیمانه بنده را یاری فرمودند، کمال سپاس و امتنان را دارم.

«فهرست مطالب»

فصل اول: کلیات

۱	۱-۱- مقدمه
۱	۱-۲- بیان مسئله
۲	۱-۳- اهمیت موضوع
۲	۱-۴- جنین شناسی گردن
۲	۱-۵- آناتومی گردن
۳	۱-۶- تشخیص بیماریهای سر و گردن
۳	۱-۶-۱- شرح حال و معاینه
۵	۱-۶-۲- آندوسکوپی و بیوپسی
۵	۱-۶-۳- اسکن رادیونوکلیئید
۵	۱-۶-۴- سونوگرافی
۵	۱-۶-۵- آنژیوگرافی و آرتریوگرافی
۵	۱-۶-۶- سیالوگرافی
۵	۱-۶-۷- CT اسکن و MRI
۶	۱-۶-۸- رادیوگرافی
۶	۱-۶-۹- تستهای پوستی
۶	۱-۶-۱۰- بیوپسی سوزنی
۶	۱-۶-۱۱- بیوپسی باز
۷	۱-۷- پیگیری بیماران مبتلا به توده های گردنی
۷	۱-۸- تقسیم بندی توده های گردنی
۹	۱-۹- تومورهای خوش خیم گردنی
۹	۱-۹-۱- پاراگانگلیوما
۱۰	۱-۹-۲- نئوپلاسمهای اعصاب محیطی
۱۰	الف) شوانوما
۱۰	ب) نوروفیبروم

۱۰	ج) ون رکلین هاوزن
۱۰	۳-۹-۱ لیپوم
۱۱	۴-۹-۱- مننژیوم خارج مغزی
۱۱	۵-۹-۱- تومورهای خوش خیم غدد بزاقی
۱۱	۱-۵-۹-۱- آدنوم پلئومورفیک یا تومور Mixed خوش خیم
۱۱	۲-۵-۹-۱- سیستادنوم پاپیلری لنفوماتو (Warthin's Tumor)
۱۲	۳-۵-۹-۱- آدنوم اسیدوفیلیک (انکوسیتوم)
۱۲	۴-۵-۹-۱- نئوپلاسمهای خوش خیم غدد بزاقی در کودکان
۱۲	الف) نئوپلاسمهای عروقی
۱۲	ب) تومورهای خوش خیم
۱۲	۱۰-۱- تومورهای بدخیم سر و گردن
۱۲	۱-۱۰-۱- متاستازهای سر و گردن
۱۳	۱-۱۰-۱-۱- ارزیابی بالینی متاستازهای گردن
۱۴	۲-۱۰-۱-۱- مرحله بندی متاستازهای گردن
۱۵	۳-۱۰-۱-۱- درمان متاستازهای گردن
۱۵	۲-۱۰-۱- تومورهای بدخیم اولیه
۱۵	۱-۲-۱۰-۱- لنفوم
۱۵	الف) لنفوم هوچکین
۱۶	تقسیم بندی لنفوم هوچکین
۱۶	تظاهرات بالینی
۱۶	تشخیص لنفوم هوچکین
۱۶	مرحله بندی لنفوم هوچکین
۱۷	درمان لنفوم هوچکین
۱۷	ب) لنفوم نان هوچکین
۱۷	تقسیم بندی لنفوم نان هوچکین
۱۸	تظاهرات بالینی
۱۸	تشخیص لنفوم نان هوچکین

۱۸	مرحله بندی لنفوم نان هوجکین
۱۸	درمان لنفوم نان هوجکین
۱۸	۲-۲-۱۰-۱- تومورهای بدخیم غدد بزاقی
۱۹	الف) کارسینوم موکوپیدرموئید
۱۹	ب) کارسینوم کیستیک آدنوئید (سیلندروم)
۱۹	ج) تومور Mixed بدخیم
۱۹	د) کارسینوم سلول سنگفرشی
۲۰	ه) نئوپلاسمهای بدخیم غدد بزاقی در کودکان
۲۰	۳-۲-۱۰-۱- تومورهای بدخیم تیروئید
۲۰	۱۱-۱- عفونتهای گردن
۲۱	۱-۱۱-۱- عفونتهای گرانولوماتوز
۲۱	۱-۱۱-۱-۱- بروسلوز
۲۱	۲-۱-۱۱-۱- عفونت با مایکوباکتریوم توبرکلوزیس و مایکوباکتریاهای آتیبیک
۲۲	۲-۱۱-۱- عفونتهای عمقی گردن
۲۲	۱-۱۱-۲-۱- نشانه ها و علائم بالینی عفونتهای عمقی گردن
۲۳	۲-۱۱-۲-۲- پیگیری عفونتهای عمقی گردن
۲۳	۳-۱۱-۲-۳- آنژین لودوینگ
۲۴	۴-۱۱-۲-۴- عفونتهای فضای جانبی حلق
۲۴	۵-۱۱-۲-۵- آبسه های پشت حلق
۲۵	۶-۱۱-۲-۶- عفونتهای غدد بزاقی
۲۵	الف) سیالوآدنیت باکتریایی حاد
۲۶	ب) سیالوآدنیت مزمن
۲۶	ج) سیالوآدنیت قارچی
۲۶	۱۲-۱- توده های مادرزادی
۲۷	۱-۱۲-۱- لنفانژیوم یا سیستیک هیگروما
۲۷	۲-۱۲-۱- همانژیوم
۲۸	۳-۱۲-۱- تراتوما

۲۸	۴-۱۲-۱- درموئید سیست
۲۸	۵-۱۲-۱- آنومالیهای برونکیال
۲۹	۶-۱۲-۱- کیستهای مجرای تیروگلوکوسال
۳۰	۷-۱۲-۱- <i>Laryngocele</i> لارنگوسل
۳۰	۸-۱۲-۱- توده‌های تیموس
۳۱	۱۳-۱- توده‌های تیروئید
۳۱	۱-۱۳-۱- اختلالات غده تیروئید
۳۱	۲-۱۳-۱- نکات ویژه در معاینه یک توده تیروئید
۳۲	۳-۱۳-۱- علل ارجاع بیماران مبتلا به بزرگی تیروئید به جراح
۳۲	۴-۱۳-۱- اصول برخورد با یک توده تیروئیدی
۳۳	۵-۱۳-۱- توده‌های خوش خیم تیروئید
۳۳	۱-۱۳-۵-۱- توده‌های ناشی از اختلالات التهابی و اتوایمیون
۳۳	الف) تیروئیدیت هاشیموتو
۳۳	ب) بیماری گریوز
۳۴	ج) تیروئیدیت حاد دکرون <i>De quervain's</i>
۳۴	د) تیروئیدیت ریدل
۳۴	۲-۱۳-۵-۱- توده‌های ناشی از اختلالات هیپرپلاستیک تیروئید
۳۴	الف) گواتر کلوئید غیرسمی
۳۴	ب) ندولهای منفرد تیروئید
۳۶	ج) گواتر ناشی از دارو
۳۶	د) گواتر فیزیولوژیک
۳۶	۶-۱۳-۱- توده‌های بدخیم تیروئید
۳۶	۱-۱۳-۶-۱- کارسینوم پاپیلری
۳۷	۲-۱۳-۶-۱- کارسینوم فولیکولر
۳۷	۳-۱۳-۶-۱- کارسینوم آناپلاستیک
۳۷	۴-۱۳-۶-۱- کارسینوم مدولری
۳۷	۵-۱۳-۶-۱- لنفوم تیروئید

۳۸	۱-۱۴- توده‌های پاراتیروئید
۳۸	۱-۱۴-۱- آدنوم متعدد پاراتیروئید
۳۸	۱-۱۴-۲- هیپرپلازی منتشر پاراتیروئید
۳۸	۱-۱۴-۳- کارسینوم پاراتیروئید
۳۸	۱-۱۴-۴- هیپرپاراتیروئیدی ثانویه
۳۸	۱-۱۴-۵- هیپرپاراتیروئیدی ثالثیه

فصل دوم: برخی تحقیقات انجام شده

۴۰	۲-۱- کیست مجرای تیروگلووسال زبانی
۴۰	۲-۲- طرح تصاویر تشخیصی رادیولوژی در ۳۵ مورد توده زیر مخاطی حنجره
۴۰	۲-۳- آمبولیزیشن تومور کاروتید بادی چه موقع قبل از عمل مناسب است؟
۴۱	۲-۴- تصویربرداری رادیولوژی توده‌های گردنی گرانولوماتوز در کودکان
۴۱	۲-۵- کیستهای تیروگلووسال ارثی
۴۱	۲-۶- بررسی میزان بقا در ۲۷۰ بیمار باکنسر نازوفارنکس درمان شده در سنگاپور
۴۲	۲-۷- یافته‌های سیتولوژیک در کارسینوم مجرای تیروگلووسال

فصل سوم: روش تحقیق

۴۴	۳-۱- نوع مطالعه
۴۴	۳-۲- جمعیت مورد مطالعه
۴۴	۳-۳- حجم نمونه
۴۴	۳-۴- روش نمونه‌برداری و جمع‌آوری اطلاعات
۴۴	۳-۵- زمان مطالعه
۴۶	۳-۶- تعریف و توضیح عناوین جدول
۴۶	۳-۷- روشهای آماری

فصل چهارم: ارائه نتایج مطالعه

۴۹	۴-۱- بررسی فراوانی بیماران مبتلا به انواع توده‌های گردنی به تفکیک جنس
----	---

- ۴۹ - ۴-۲ - بررسی بیماران به تفکیک نوع ضایعه و گروه سنی
- ۵۱ - ۴-۳ - ارزیابی انواع توده‌های گردنی بر حسب نوع ضایعه
- ۵۱ - ۴-۴ - ارزیابی بیماران مبتلا به توده‌های گردن به تفکیک محل ضایعه
- ۵۲ - ۴-۵ - ارزیابی تومورهای خوش خیم به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۵۲ - ۴-۶ - ارزیابی توده‌های بدخیم به تفکیک نوع جنس
- ۵۲ - ۴-۷ - بررسی توده‌های بدخیم به تفکیک نوع ضایعه
- ۵۳ - ۴-۸ - ارزیابی توده‌های عفونی به تفکیک جنس
- ۵۳ - ۴-۹ - ارزیابی توده‌های عفونی به تفکیک نوع ضایعه
- ۵۴ - ۴-۱۰ - ارزیابی توده‌های هیپرپلاستیک مادرزادی به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۵۴ - ۴-۱۱ - ارزیابی توده‌های هیپرپلاستیک تیروئید به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۵۵ - ۴-۱۲ - ارزیابی علت مراجعه در بیماران به تفکیک جنس
- ۵۵ - ۴-۱۳ - ارزیابی علت مراجعه در بیماران به تفکیک نوع ضایعه
- ۵۶ - ۴-۱۴ - ارزیابی دیسفاژی بر حسب سیر آن در مبتلایان به توده‌های گردنی
- ۵۶ - ۴-۱۵ - ارزیابی بیماران به تفکیک تحرک و قوام توده
- ۵۷ - ۴-۱۶ - بررسی رشد توده در بیماران مبتلا به توده‌های گردن
- ۵۸ - ۴-۱۷ - ارزیابی بیماران به تفکیک مدت زمان شروع علائم و نشانه‌ها
- ۵۸ - ۴-۱۸ - بررسی رگرسیونی بعضی از متغیرهای مورد مطالعه
- ۵۹ - ۴-۱۹ - ارزیابی روشهای درمانی در بیماران مبتلا به توده‌های گردن
- ۵۹ - ۴-۲۰ - بحث و تفسیر نتایج
- ۶۱ - ۴-۲۱ - نتیجه‌گیری

فصل پنجم : جداول و نمودارها و تصاویر

«فهرست جداول»

- ۶۴ - ۵-۱ - جدول بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک جنس و گروههای سنی
- ۶۴ - ۵-۲ - جدول بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک نوع ضایعه
- ۶۵ - ۵-۳ - جدول بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک نوع ضایعه و گروههای سنی
- ۶۶ - ۵-۴ - جدول بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک محل ضایعه

- ۶۷ ۵-۵- جدول بررسی فراوانی توده‌های خوش خیم گردنی به تفکیک جنس
- ۶۷ ۵-۶- جدول بررسی فراوانی توده‌های بدخیم گردنی به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۶۸ ۵-۷- جدول بررسی فراوانی توده‌های بدخیم اولیه گردن در بیماران بستری شده
- ۶۸ ۵-۸- جدول بررسی فراوانی لنفوم بدخیم ناحیه گردن در بیماران بستری شده
- ۶۸ ۵-۹- جدول بررسی فراوانی کارسینوم تیروئید در بیماران بستری شده
- ۶۹ ۵-۱۰- جدول بررسی فراوانی توده‌های عفونی گردن به تفکیک نوع ضایعه
- ۶۹ ۵-۱۱- جدول بررسی فراوانی توده‌های ناشی از آبسه گردنی
- ۷۰ ۵-۱۲- جدول بررسی فراوانی بیماران مبتلا به لنفادنیت
- ۷۰ ۵-۱۳- جدول بررسی فراوانی توده‌های مادرزادی به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۷۱ ۵-۱۴- جدول بررسی فراوانی توده‌های هیپرپلاستیک تیروئید به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۷۱ ۵-۱۵- جدول بررسی فراوانی علل مراجعه به تفکیک جنس در بیماران
- ۷۲ ۵-۱۶- جدول بررسی فراوانی علل مراجعه به تفکیک نوع ضایعه در بیماران
- ۷۳ ۵-۱۷- جدول بررسی فراوانی بیماران به تفکیک مدت زمان شروع علائم
- ۷۴ ۵-۱۸- جدول بررسی فراوانی دیسفاژی برحسب سیر آن در بیماران مبتلا به توده گردن
- ۷۴ ۵-۱۹- جدول بررسی فراوانی بیماران به تفکیک میزان چسبندگی توده
- ۷۴ ۵-۲۰- جدول بررسی فراوانی بیماران به تفکیک روش درمانی
- ۷۵ ۵-۲۱- جدول بررسی فراوانی بیماران به تفکیک میزان قوام توده

«فهرست نمودارها»

- ۷۶ ۵-۱- نمودار بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک جنس و گروه‌های سنی
- ۷۷ ۵-۲- نمودار بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک نوع ضایعه
- ۷۸ ۵-۳- نمودار بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک نوع ضایعه و گروه‌های سنی
- ۷۹ ۵-۴- نمودار بررسی فراوانی انواع توده‌های گردنی به تفکیک محل ضایعه
- ۸۰ ۵-۵- نمودار بررسی فراوانی توده‌های خوش خیم گردنی به تفکیک جنس
- ۸۱ ۵-۶- نمودار بررسی فراوانی توده‌های بدخیم گردنی به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۸۲ ۵-۷- نمودار بررسی فراوانی توده‌های بدخیم اولیه گردن
- ۸۲ ۵-۸- نمودار بررسی فراوانی لنفوم بدخیم ناحیه گردن در بیماران بستری شده
- ۸۲ ۵-۹- نمودار بررسی فراوانی کارسینوم تیروئید در بیماران بستری شده

- ۸۳- ۵-۱۰- نمودار بررسی فراوانی توده‌های عفونی گردن به تفکیک نوع ضایعه
- ۸۴- ۵-۱۱- نمودار بررسی فراوانی توده‌های ناشی از آبسه گردنی
- ۸۵- ۵-۱۲- نمودار بررسی فراوانی بیماران مبتلا به لنفادنیت
- ۸۶- ۵-۱۳- نمودار بررسی فراوانی توده‌های مادرزادی به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۸۷- ۵-۱۴- نمودار بررسی فراوانی توده‌های هیپرپلاستیک تیروئید به تفکیک جنس و نوع ضایعه
- ۸۸- ۵-۱۵- نمودار بررسی فراوانی علل مراجعه به تفکیک جنس در بیماران
- ۸۹- ۵-۱۶- نمودار بررسی فراوانی علل مراجعه در بیماران به تفکیک نوع ضایعه
- ۹۰- ۵-۱۷- نمودار بررسی فراوانی بیماران به تفکیک میزان چسبندگی توده‌ها
- ۹۰- ۵-۱۸- نمودار بررسی فراوانی بیماران به تفکیک قوام توده
- «فهرست تصاویر»
- ۹۱- الگوریتم تشخیص افتراقی توده‌های گردن

فصل هشتم: خلاصه تحقیق

- ۹۲- ۶-۱- خلاصه فارسی
- ۹۴- ۶-۲- خلاصه انگلیسی

فصل نهم: فهرست منابع

- ۹۷- ۱-۷- منابع انگلیسی
- ۹۸- ۷-۲- منابع فارسی

۱-۱- مقدمه

معمولاً افراد مبتلا به بیماریهای سر و گردن به علت توده‌های این نواحی به جراح مراجعه می‌کنند. علت اصلی مراجعه به جراح، لزوم رد احتمال بدخیمی و یا نیاز به درمان جراحی اختلالات متابولیک، نظیر تیروکسیکوز یا هیپر-راتیروئیدیسم است. در این رابطه بایستی همکاری گسترده‌ای بین متخصصین از جمله متخصص گوش و حلق و بینی، جراح عمومی، جراح دهان و دندان، جراح پلاستیک، متخصص پوست وجود داشته باشد. اهمیت این مسئله با توجه به مشکلات خاص کشورهای جهان سوم، حساسیت بیشتری می‌یابد. مشکلاتی نظیر کمبود مواد معدنی، مثل ید در جیره غذایی و عدم امکانات پیشرفته بهداشتی و توزیع مناسب آن و همچنین سطح پائین فرهنگ بهداشتی مردم، ...

تحقیق در زمینه‌های ذکر شده جهت پیشبرد اهداف مقدس و متعالی پزشکی می‌تواند بسیار مفید و ارزشمند باشد.

۱-۲- بیان مسئله

ارزیابی و درمان صحیح یک توده گردنی در یک فرد، نیاز به داشتن اطلاعات وسیعی از نظر آناتومی، پاتولوژی، و ایمونولوژی و انکولوژی دارد. دانستن این مطلب که در هر گروه سنی، بیماری خاصی سبب بروز توده‌های گردنی می‌شوند، نقش مهمی در شناخت این بیماریها دارد. به عنوان مثال، در گروه کودکان اکثر توده‌های گردنی خوش خیم هستند و درمان برخی از آنها، مثل برخی تومورهای خوش خیم غدد بزاقی، فقط انتظار است و هیچ گونه مداخله جراحی نیاز ندارد که آگاهی از این امر حائز اهمیت است. همینطور در گروه سنی بیشتر از ۴۰ سال، با ظاهر شدن یک توده گردنی بایستی شک به بدخیمی کرد.

بنابراین توده‌های گردنی شامل میزان وسیعی از بیماریهاست که بر درمانهای مختلفی در هر گروه سنی اشاره می‌کند. از این رو شناخت و درک خصوصیات مختلف یک توده گردنی نگرش پزشک را بر نحوه درمان مشخص می‌کند.

۱-۳- اهمیت موضوع:

با توجه به عدم وجود مطالعه قبلی در شهر اراک، در زمینه موارد جراحی توده‌های گردنی، این بررسی از نظر تعیین شیوع نوع توده‌ها و توزیع جنسی آن و برنامه ریزی جهت شناسایی هر چه بیشتر بیماران و درمان آنها مؤثر خواهد بود.

۱-۴- جنین شناسی کردن:

فوسهای حلقی که مرکب از توده‌های بافت مزانشیمی است، توسط بن‌بستها و شکافهای حلقی از یکدیگر جدا شده‌اند و در ابتدا به سر و گردن نمای مشخصی می‌دهند. رویان انسان دارای ۵ جنس بن بست حلقی می‌باشد. آخرین بن بست اغلب به عنوان بخشی از چهارمین بن بست تلقی می‌شود. هر قوس حاوی سرخرگ، عصب، عناصر ماهیچه‌ای غضروفی و استخوان بندی مخصوص به خود می‌باشد. این بن‌بستها به ترتیب ساختمانهای زیر را به وجود می‌آورند:

اولین بن بست حلقی، حفره گوش میانی، و لوله شنوایی (لوله استاش) را به وجود می‌آورد. دومین بن بست حلقی استرومای لوزه کامی را می‌سازد. سومین و چهارمین بن بست حلقی به ترتیب غدد پاراتیروئید و تیموس را ایجاد می‌کنند. پنجمین بن بست حلقی سلولهای پارافولیکولر یا سلولهای C غده تیروئید را می‌سازند. شکافهای حلقی، مجرای گوش خارجی را به وجود می‌آورند. غده تیروئید از افزایش پوشش اپی تلیایی اندودرمی در کف زبان شروع شده و در طی رشد به محل خود در جلوی حلقه ششم نای پایین می‌آید. ناهنجاریهای موجود در قوسهای حلقی، ساختمانهای غیر طبیعی کیستهای جانبی و کیستهای خط وسط می‌باشد. فستولها و کیستهای برونشیاال جانبی، کیستها، مجاری و سینوسهای تیروگلوبوس میانی به عنوان مثالهایی برای نقایص مادرزادی، در این ناحیه کاملاً شناخته شده‌اند.

۱-۵- آناتومی:

گردن ناحیه‌ای است که بین سر و قفسه سینه قرار دارد و حد آن:

در بالا دایره نا منظمی است که بر کنار فک تحتانی و خطی که زاویه فک تحتانی را به زائده ماستوئید وصل می کند و نیز خط پشت سری فوقانی و برجستگی پشت سری استخوان اکسیپیتال منطبق باشد. حد تحتانی گردن از نقاط زیر عبور می کند: کنار فوقانی استخوان استرنو، کنار فوقانی استخوان کلاویکولا و زائده خاری هفتمین مهره گردنی. گردن به وسیله کنار قدامی فوقانی عضله ذوذنقه و سطح قدامی مهره های گردن به دو ناحیه قدامی و خلفی تقسیم می شود. ناحیه قدامی گردن به وسیله عضله استرنوکلیید و ماستوئید به دو مثلث قدامی و مثلث خلفی یا طرفی تقسیم می شود.

الف) مثلث قدامی: ضلع فوقانی آن شامل کنار تحتانی ماندیل و خطی که زاویه فک تحتانی را به زائده ماستوئید وصل می کند، می باشد. ضلع داخلی مثلث خط وسط گردن است. ضلع خارجی مثلث کنار قدامی عضله استرنوکلیید و ماستوئید است. ناحیه مثلث قدامی گردن به ۴ ناحیه کوچکتر تقسیم می شود که همه آنها مثلثی شکل هستند و به همین دلیل به مثلثهای گردنی مشهورند و مهمترین آنها عبارتند از: ۱- مثلث زیر چانه ای ۲- مثلث عضلانی ۳- مثلث دو بطنی ۴- مثلث کاروتید.

ب) مثلث خلفی گردن: بر عکس مثلث قدامی، قاعده آن در پائین قرار دارد و ثلث وسطی کلاویکولا را شامل می شود. ضلع قدامی آن بر کنار خلفی عضله استرنوکلوئید و ماستوئید و ضلع قدامی آن بر کنار قدامی عضله ذوذنقه منطبق است. ناحیه خلفی گردن به شکل مستطیلی است که اضلاع آن عبارتند از: در بالا برجستگی پشت سری و خط پشت سری فوقانی استخوان اکسیپیتال، در پائین خط افقی که زائده خاری هفتمین مهره گردن را به زائده آکرومیون وصل می کند. در طرفین خط عمودی که بر کنار خط قدامی عضله ذوذنقه منطبق است.

۱-۶-۱- تشخیص بیماریهای سر و گردن

۱-۶-۱-۱ شرح حال و معاینه

۱- شرح حال: تاریخچه و شرح حال بیمار همچون همیشه سر نخهای مهمی برای تشخیص ارائه می کند. نکاتی چون سن بیمار، جنس، مدت زمان شروع علائم و علت مراجعه در ارزیابی بیماران مبتلا بسیار اهمیت

دارند. همچنین سرعت رشد توده و علائم همراه مثل گرفتگی صدا، درد، ترشح یا تورم ناشی از صرف غذا به

تشخیص سریع بیماری کمک می‌کنند. (۱)

سابقه خانوادگی بیماری، به خصوص در بیماری تیروئید بایستی سئوال شود. در صورت وجود توده در

تیروئید، حتماً از رادیوتراپی با دوز کم قبلی سئوال شود، چه بسا بیماری در دوران کودکی تحت درمان

رادیوتراپی قرار گرفته و در بزرگسالی دچار توده بدخیم در تیروئید شود. (۴)

در شک به بدخیمی‌ها، کاهش وزن و علائم مناستارهای دوردست بیماری باید مورد توجه باشند.

۲- معاینه: مهمترین قدم تشخیصی معاینه دقیق بیمار است. بهترین راه برای معاینه بیشتر توده‌های سر و

گردن، وضعیت نشسته به روی صندلی است. این کار به فرد معاینه کننده اجازه می‌دهد که توده را از سمت جلو

و عقب لمس کند.

فرد معاینه کننده باید خصوصیات توده را از نظر محل، اندازه، شکل، مشخصات سطحی، چسبندگی عمقی و

سطحی و منشأ آناتومیک ذکر کند. در معاینه باید قوام توده، قابلیت فرورفتن با فشار، ضرباندار بودن و حرارت

ضایعه تعیین شود علاوه بر این شخص معاینه کننده بایستی ارتباط توده را با ساختمانهای آناتومیک اطراف

مورد بررسی قرار دهد. برای مثال توده‌ای که در چانه قرار دارد، می‌تواند در داخل پوست، بخش سطحی

پاروتید، عضله جونده، مخاط دهان یا مجرای پاروتید قرار داشته باشد. قسمت پشتی گردن و پوست پشت

گوش را باید به دقت معاینه کرد. باید تومورهای اولیه یا ضایعات عفونی را که می‌توانند باعث بزرگی غدد

لنفوای شوند رد کرد. غدد لنفاوی سروگردن را بایستی لمس کرد. یک روش ساده اینست که این غدد را در دو

بعد در نظر بگیریم: بعد افقی و بعد عمودی، در این صورت می‌توان غدد واقع در هر یک از ابعاد فوق را لمس

کرد. به این صورت که برای لمس گروه افقی، به طور همزمان از پشت بیمار از هر دو طرف غدد لنفی زیر چانه -

تحت فک، ژوگولر، دیگاستریک، پاروتید اکسی پوت لمس شود. غدد لنفاوی عمودی (ژوگولر داخلی) به طور

مورب توسط عضله SCM قطع می‌شود و شامل غدد لنفاوی مثلث قدامی و خلفی می‌باشد که بایستی مورد

ارزیابی قرار گیرد. همچنین جستجوی غده ویرشو امری ضروری است که در صورت وجود نمایانگر بدخیمی داخل شکم است. در صورتیکه توده‌ای در ناحیه تحت فکی باشد باید حفره دهان را به منظور ضایعات غدد بزاقی، بدخیمی‌های دهان و یا عفونت مثل آبسه معاینه کرد. (۵)

۲-۶-۱- آندوسکوپی و بیوپسی

این روش برای تشخیص تومور اولیه از لنف نودهای متاستاتیک استفاده می‌شود و در تمامی بیمارانی که شک به نئوپلاسم وجود دارد، انجام می‌شود.

۳-۶-۱- اسکن رادیونوکلئید

از این روش برای ضایعات مثلث قدامی گردن نظیر ندولهای تیروئید و توده‌های غدد بزاقی استفاده می‌شود. روش فوق تعیین کننده وجود توده در داخل و یا خارج غده بزاقی است همچنین عملکرد توده را مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

۴-۶-۱- سونوگرافی

سونوگرافی روش عالی برای تمایز توده‌های کیستیک از متراکم است. به خصوص در مورد کیستهای مادرزادی و تکاملی و کشف ندولهای تیروئید کاربرد دارد. همچنین یک تکنیک تشخیصی غیر تهاجمی برای ضایعات عروقی است علاوه بر این می‌تواند برای ارزیابی متاستاز به عقده‌های گردن مورد استفاده قرار بگیرد.

۵-۶-۱- آنژیوگرافی و آرتریوگرافی

این روش برای ضایعات عروقی و تومورهای ثابت شریان کاروتید به کار می‌رود.

۶-۶-۱- سیالوگرافی

امروزه از سیالوگرافی برای تشخیص سیال آدنوپاتی‌های مختلف و همچنین ارزیابی توده‌های داخل و خارج غده بزاقی استفاده می‌شود.

۷-۶-۱- CT اسکن و MRI

هر دو روش وضعیت تشریحی توده، متاستاز به عقده‌های گردنی، ارتباط توده ساختمانهای تشریحی گردن و قفسه سینه را به خوبی نشان می‌دهند. با توجه به گرانی قیمت، این دو روش کاربرد رایج نداشته و در مورد ضایعات بزرگ و مشکل به کار گرفته می‌شوند.

۸-۶-۱- رادیوگرافی

رادیوگرافی به ندرت در تشخیص توده‌های گردنی کمک می‌کند.

۹-۶-۱- تستهای پوستی

در مواقعی که عفونت مزمن گرانولومایی مد نظر است و یا بیمار، تاریخچه بیماری را می‌دهد انجام این تستها امری ضروری است.

۱۰-۶-۱- بیوپسی سوزنی

این روش مهمترین روش تشخیصی تهاجمی اولیه است. خطرات آن کم است و به سادگی می‌توان تکرار کرد. انجام بیوپسی سوزنی اگر توده خیلی کوچک باشد، مشکل است. بدین جهت اکثر متخصصین امروزه ترجیح می‌دهند که مکش مایع با سوزن ظریف انجام داده و بررسی سیتولوژیک انجام دهند. روش اخیر، از روشهای متداول در تشخیص ندولهای تیروئید است. در تمام بیمارانی که در سیتولوژی تشخیص بدخیمی داده شده، بایستی تحت عمل جراحی قرار گیرند. تشخیص مثبت کاذب در بیوپسی سوزنی نادر است.

در گروه سنی بالغین جوان و کودکان به دلیل شیوع بالای آدنوپاتی‌های التهابی و غیر اختصاصی این روش برای نمونه‌گیری توده‌های گردن مفید است. ولی به دلیل اینکه بیماریهای بدخیم نیز در این گروه سنی گزارش شده، نبایستی تماماً به عنوان توده‌های التهابی تلقی شوند. لذا هر مریض با بیوپسی سوزنی منفی، برای یافتن علایم دیگری از بدخیمی بایستی پیگیری شود.

۱۱-۶-۱- بیوپسی باز

بیوپسی باز آخرین روش تشخیصی بعد از انجام روشهای دیگر است. البته لازم به ذکر است که اگر بعد از انجام

معاینات و آزمایشات، تشخیص مسجل نشد و شک به آدنوپاتی التهابی بود، می توان یک دوره آنتی بیوتیک را برای بیمار شروع کرد و سپس بیمار را به مدت دو هفته تحت نظر گرفت که این امر به عنوان یک تست کلینیکی قابل قبول است و در صورت عدم جواب به درمان می توان اقدام به بیوپسی نمود.

۷-۱- پیگیری بیماران مبتلا به توده های گردنی:

اگر بعد انجام معاینات و آزمایشهای معمول هنوز به تشخیص نرسیدیم، هر توده گردنی بخصوص در مواردیکه یک طرفه و بدون علامت باشد و در محل درناژ گره های لنفاوی معینی باشد، بایستی به عنوان یک ضایعه متاستاتیک در نظر گرفته شود تا خلاف آن ثابت شود.

در این موارد ابتدا معاینات آندوسکوپیک راه های تنفسی و گوارشی لازم است. چنانچه ضایعه دیده شود بایستی بیوپسی شود. در غیر اینصورت بیوپسی هدایتی^(۱) برای تومورهای اولیه بدون علامت که در محل درناژ غدد لنفاوی هستند انجام می شود. این مکانها شامل ناز و فارکس، قاعده زبان، سینوس پرینورم هستند. در بیمارانی که مدتهاست مبتلا به کانسر شناخته شده متاستاتیک هستند، از روش مکش مایع با سوزن ظریف برای تعیین مرحله بندی بیماری و روش درمانی استفاده می شود.

در بیماری که کاندید عمل جراحی نیست اما پزشک به تشخیص جهت درمان غیر جراحی نیاز دارد می توان از *FNA* استفاده کرد. به عنوان مثال در بالغین تشخیص لنفوم از کارسینوم خیلی مهم است. زیرا با تشخیص لنفوم، تنها غده مورد نظر زیر بیهوشی موضعی برداشته می شود و به پاتولوژی فرستاده می شود.

۸-۱- تقسیم بندی توده های گردنی :

طبق تقسیم بندی *Fredrick MC Guirt* در برخورد با بیمار دارای توده گردنی بایستی در ابتدا سن بیمار را در نظر گرفت. معمولاً بیماران را به سه گروه سنی تقسیم می کنند:

۱- گروه سنی کودکان که شامل بیماران زیر ۱۵ سال است. در این گروه غالباً بیماریهای التهابی بیشتر از مادر