مقاله
پژوهشی

بررسی توده های گردنی و علل آن در بیماران مراجعه کننده به کلینیک گوش حلق و بینی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد

سیدامیرحسین قاضی زاده هاشمی[1]، علی خاکشور[2]، محمدعلی کیانی[3]، معصومه سعیدی[4*]

[1]استادیار گوش و حلق و بینی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران.
[2]استادیار اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی، بجنورد، ایران.
[3]دانشیار، فوق تخصص گوارش اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[4]کارشناس ارشد آموزش پزشکی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
[*]**نویسنده مسئول:** دپارتمان اطفال، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران
پست الکترونیک: Masumeh_Saeedi@yahoo.com

چکیده

زمینه و هدف: *توده های گردنی جزو شکایات شایع بیماران مراجعه کننده به کلینیک های گوش ، حلق و بینی است که طیف وسیعی از تشخیص های افتراقی ناشی از بیماریهای موضعی، متاستاتیک و سیستمیک را در برمی گیرد که علاوه بر اینکه بیمار را مضطرب می سازد، در مواردی برای کادر پزشکی نیز یک مشکل تشخیصی محسوب می شود.*

مواد و روش کار: *در یک مطالعه مقطعی در سال ۹۲-۱۳۹۰ پس از حذف ۵۸ بیمار مبتلا به عفونت حاد گردنی، ۲۰۳ بیمار(۹۳ زن و ۱۱۰ مرد) با توده گردنی مشخص که به درمانگاه گوش حلق و بینی بیمارستان امام رضا ع در مشهد مراجعه کرده بودند، از نظر بالینی به لحاظ متغیرهای دموگرافیک و محل، تعداد، قوام، چسبندگی، حساسیت و ارتباط ضایعه با سایر ارگانها، پاتولوژی آن و مدت بیماری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برخی از بیماران طی بررسی تحت FNA و آندوسکوپی قرار گرفتند و تشخیص قطعی ضایعه بر اساس نتیجه بیوپسی مشخص گردید.*

یافته ها: *شایع ترین پاتولوژی مشاهده شده در مردان به ترتیب SCC (۳۷/۳۸ درصد)، سیالادنیت (۱۱/۲۱ درصد) و کیست مجرای تیروگلوسال (۷/۵ درصد) و در زنان به ترتیب سل (۱۸/۸۹ درصد)، SCC (۱۵/۵۵ درصد) و گواتر مولتی ندولر (۷/۸ درصد) بود. یافته ها نشان داد بین جنسیت و ضایعه نئوپلاستیک ارتباط معنی داری وجود داشت ($P<۰/۰۵$)، یعنی احتمال نئوپلاستیک بودن توده گردنی در مردان بیشتر از زنان بود. با افزایش سن میزان ضایعات نئوپلاستیک افزایش می یافت ($P<۰/۰۵$).*

نتیجه گیری: *پس از حذف علل التهابی شایع ترین پاتولوژی در مردان SCC و در زنان سل می باشد که غالبا به ترتیب در زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک و مثلث خلفی گردن دیده می شود.*

واژه های کلیدی: *توده گردنی، شیوع، پاتولوژی، بیمارستان امام رضا ع، کلینیک گوش و حلق و بینی.*

مجله دانشگاه علوم پزشکی خراسان شمالی سال ۹۴؛ دوره ۷ (۲):۳۴۷-۳۵۵
Journal of North Khorasan University 2015;7(2):347-355

وصول: ۹۴/۱/۱۵
اصلاح: ۹۴/۴/۱۵
پذیرش: ۹۴/۵/۲۵

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

مقدمه

توده های گردنی به هر گونه تورم یا بزرگ شدگی ساختمانهای موجود در ناحیه ما بین فک تحتانی و کلاویکول اطلاق می شود که منشا آنها ممکن است چربی زیر جلدی، ساختمانهای عروقی، عصبی یا بزاقی باشد توده های دیگری نیز در اثر توسعه تومورهای اولیه پدید می آیند (آدنوپاتی گردنی) که عمدتا در تومورهای قسمت فوقانی دستگاه تنفس – گوارش دیده می شود در ۵٪ موارد تومورهای متاستاتیک گردنی، محل اولیه از نظر بالینی نامشخص است. بسیاری از توده های گردنی در کودکان خوش خیم هستند، تقریبا ۵۰٪ کودکان زیر ۲ سال دارای عقده های لنفاوی قابل لمس در گردن می باشند، بیش از ۲۵٪ تومورهای کودکان در ناحیه سروگردن یافت می شوند و در حدود ۲٪ از این تومورها بدخیم می باشند. در بچه ها علل التهابی توده های گردنی شایعتر از علل دیگر می باشد و بعد از آن علل، مادرزادی قرار دارند علل نئوپلاستیک کمتر دیده می شوند ولی در بالغین هر توده گردنی باید به حساب بدخیمی گذاشته شود مگر آنکه خلاف آن ثابت گردد. در بروز کانسرهای ناحیه گردن مصرف سیگار، الکل و نیز سابقه تشعشع موثر می باشند. در ایالات متحده کانسرهای سروگردن ۳/۲٪ از موارد جدید کانسر و ۲/۲٪ از مرگهای ناشی از کانسر را به خود اختصاص می دهد. بیماری در کشورهای در حال توسعه شایعتر می باشد و شیوع سالانه آن در سراسر جهان بیش از ۵۰۰ هزار مورد می باشد. میزان بروز کانسرهای سر و گردن با افزایش سن بیشتر می شود و اغلب بیماران بیش از ۵۰ سال سن دارند [۶-۱].

توده های گردنی به عنوان یکی از شکایات نسبتا شایع بیماران مراجعه کننده به کلینیک گوش و حلق و بینی می باشد و معمولا ۱۵-۱۰ درصد شکایات را شامل می شود [۷] که علاوه بر اینکه بیمار را مضطرب می سازد، بعضا برای کادر پزشکی نیز یک مشکل تشخیصی محسوب می شود و طیف وسیعی از تشخیص های افتراقی ناشی از بیماریهای موضعی، متاستاتیک یا سیستمیک را در برمی گیرد. ارزیابی مرحله به مرحله در کنار دقت به جزییات شرح حال و معاینه دقیق بالینی، مفیدترین شیوه در محدودکردن تشخیص ها و اتخاذ بهترین مسیر رسیدن به تشخیص نهایی است. توجه به نکاتی نظیر سن، جنس، مدت و سیر بیماری، کل ضایعه، قوام، چسبندگی در طی یک شرح حال و معاینه فیزیکی کامل کلیدهای تشخیصی هستند و در قدمهای بعدی، استفاده از تستهای پاراکلینیک آزمایشگاهی، تصویربرداری، FNA[1]، آندوسکوپی و نهایتا بیوپسی تشخیص قطعی را مسجل می نماید. آنچه در توده های گردنی حائز اهمیت است، درناژ منفی لنفاوی ناحیه سر و گردن و الگوی خاص انتشار عفونتها و بدخیمی های این ناحیه در کشف علت اولیه اغلب توده های گردنی می باشد. شکایت اصلی تعداد زیادی از مراجعه کنندگان درمانگاهها و انجمن های گوش و حلق و بینی، احساس یا مشاهده توده ای در گردن است. از آنجایی که این ناحیه محدود، محل استقرار یا عبور عروق، اعصاب، عضله ها و احشاء فراوان و متنوعی است، لذا حدس محل اولیه و تشخیص توده های گردنی، معمولا با مشکلاتی همراه است. به علاوه بیشتر اوقات وجود توده گردنی، اولین یا تنها تظاهر بیماریهایی است که محل اولیه آنها ممکن است سر، گردن یا حتی دورتر باشد. لذا با بررسی این توده ها می توان بیماری نهفته ای را که ممکن است التهابی، عفونی یا بدخیم باشد کشف نمود [۱۱-۸]. 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 بدخیمی های اولیه یا متاستاتیک را از یکدیگر افتراق داد. سپس بر اساس آن سایر اقدام های تشخیصی و یا طرح درمانی را پی ریزی نمود تا از اتلاف وقت و سرمایه پیشگیری شود. مطالعه آماری توده های گردن 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 منطقه ای به تشخیص های افتراقی توده های گردن در کشورمان دست یابیم، لذا این مطالعه با هدف بررسی توده های گردنی در بیماران مراجعه کننده به کلینیک گوش حلق و بینی بیمارستان امام رضا (ع) مشهد انجام گردید.

1 -Fine needle aspiration

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

روش کار

در یک مطالعه مقطعی در سال ۹۲-۱۳۹۰، کلیه بیمارانی که با شکایت از توده گردنی به طور سرپایی به درمانگاه گوش حلق بینی بیمارستان امام رضا ع مشهد، مراجعه می کردند یا با همین شکایت در بخش گوش حلق و بینی بیمارستان بستری می شدند در طی دو سال مورد بررسی قرار گرفتند. معیار انتخاب نمونه ها وجود توده گردنی قابل ارزیابی به لحاظ بالینی در مناطق مختلف گردن بود و معیار خروج از مطالعه، عدم وجود توده گردنی قابل ارزیابی به لحاظ بالینی در مناطق مختلف گردن و نیز عدم مراجعه افراد به کلینیک، تا مرحله تشخیص نهایی بود، بیماران با تشخیص آبسه نیز جزء معیارهای خروج افراد بود. تمام بیماران توسط دستیارهای تخصصی گوش حلق و بینی مورد معاینه قرار گرفتند و اطلاعات مورد نیاز حاصل از معاینه و شرح حال که شامل متغیرهای دموگرافیک و تخصصی بود جمع آوری گردید. از آنجا که جامعه پژوهش و حجم نمونه برابر است اطلاعات به صورت سرشماری جمع آوری گردید. تعداد بیماران بررسی شده ۲۷۱ نفر بود که از این تعداد ۵۸ نفر با تشخیص آبسه و به دلیل مرکزیت بیمارستان در ارجاع بیماران دچار عفونتهای شدید گردنی از نواحی مجاور و عدم ارجاع عفونتهای خفیف تر خود محدودشونده یا معالجه شده با درمانهای طبی رایج از مطالعه حذف شدند تا حتی المقدور از ایجاد تورش در مطالعه جلوگیری شود. ضمنا ۱۰ نفر از بیماران نیز که به دلیل عدم مراجعه به تشخیص نهایی نرسیدند در بین گروه حذف شده قرار گرفتند و در نهایت ۲۰۳ نفر بیمار مورد بررسی نهایی قرارگرفتند. ملاحظات اخلاقی برای این بیماران مد نظر قرار گرفت، به این صورت که اطلاعات به صورت کلی مورد استنتاج قرار گرفت و از ذکر نام و نام خانوادگی بیماران خودداری گردید.

تمام بیمارانی که توده گردنی مرتبط با یک ارگان شناخته شده ناحیه سر و گردن داشتند پس از انجام بررسیهای پاراکلینیک نظیر آزمایشات لازم و تصویربرداری (گرافی) ابتدا تحت FNA و نهایتا Excisional biopsy قرار گرفتند و بیمارانی که توده گردنی(عمدتا لنفادنوپاتی) بدون ارتباط واضح با ارگانهای مذکور داشتند پس از انجام آزمونهای پاراکلینیک و مدالیته های رادیولوژیک مربوطه تحت FNA قرار گرفتند و در صورت مشخص شدن منشا اولیه طی ارزیابی ها، تحت excisional Biopsy قرار می گرفتند. در صورتی که طی بررسیهای اولیه موفق به کشف منشا اولیه نمی شدیم بیمار تحت Panendoscopy قرار می گرفت. چنانچه ضایعه ای مشاهده می شد بیوپسی تهیه و چنانچه نتیجه منفی بود Blind biopsy از لوزتین، قاعده زبان، نازوفارنکس و هیپوفارنکس تهیه می شد و نهایتا تمام بیماران به تشخیص نرسیده تحت Ecisional biopsy توده مربوطه قرار می گرفتند. نمونه های تهیه شده توسط پاتولوژیست بررسی می شد. اطلاعات مورد نیاز شامل سن، جنس، مدت پیدایش توده، اندازه و محل توده، علائم همراه و آزمایشات پاراکلینیکی برای هر بیمار به طور جداگانه در پرسشنامه ثبت می گردید. پاتولوژی ضایعات در دو گروه ضایعات نئوپلاستیک و غیر نئوپلاستیک طبقه بندی شد و بیماران در دو گروه مختلف از نظر متغیرهای مورد نظر با هم مقایسه شدند. کلیه اطلاعات جمع آوری شده با نرم افزار SPSS 13 و آزمونهای توصیفی-تحلیلی مناسب (آنالیز واریانس یک طرفه و تی مستقل) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها

۱۱۰ بیمار مرد (۵۴٪) با میانگین سنی ۲۱/۹۰±۴۳/۴۹ و ۹۳ بیمار زن (۴۶٪) با میانگین سنی ۲۰/۳۳±۳۹/۸۰ مورد معاینه قرار گرفتند. تشخیص قطعی بر اساس نتیجه بیوپسی در ۱۹۷ بیمار مورد بررسی نشان دهنده وجود ۷ نوع پاتولوژی مختلف با شیوع مختلف در مردان و زنان و بر حسب سن افراد بود (جدول ۲ و ۱).

توزیع فراوانی و پراکندگی ضایعات در بین گروههای سنی مختلف به تفکیک نوع پاتولوژی (نئوپلاستیک و غیر نئوپلاستیک) در جدول ۳ آمده است. شایع ترین مکان تظاهر ضایعه در گروه سنی کمتر از ۱۵ سال در قسمت قدامی میانی گردن و زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک، گروه سنی ۴۰-۱۵ سال قسمت قدامی میانی گردن و زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک و بالاخره در گروه سنی ۴۰ سال به بالا زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک و نیمه قدامی میانی گردن بود. پراکندگی ضایعات نئوپلاستیک و غیر نئوپلاستیک به تفکیک جنسیت نیز در جدول ۳ آمده است.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول ۱: توزیع فراوانی ۷ پاتولوژی شایع در بیماران بر حسب جنسیت

جنسیت	SCC (٪)	TB(٪)	TGC(٪)	MNG(٪)	PC(٪)	FA(٪)	NHL(٪)
مرد	۴۰ (۳۶/۳)	۳(۲/۷۲)	۸ (۷/۲۷)	۲ (۱/۸۱)	۲ (۱/۸۱)	۲ (۱/۸۱)	۶ (۵/۴۵)
زن	۱۴ (۱۲/۷)	۱۷ (۱۵/۴۵)	۳(۲/۷۲)	۷ (۶/۳۶)	۶ (۵/۴۵)	۶ (۵/۴۵)	۲ (۱/۸۱)
کل	۵۴ (۴۹/۰۹)	۲۰ (۱۸/۱۸)	۱۱ (۱۰)	۹ (۸/۱۸)	۸ (۷/۲۷)	۸ (۷/۲۷)	۸ (۷/۲۷)

SCC=Squamous cell carcinoma
TB= Tuberculosis
MNG=Multinodular adenoma of thyroid
PC=Papillary carcinoma of thyroid
FA=Follicular adenoma of thyroid
NHL=Nonhodgkin lymphoma
TGC=Thyro glossal cyst

جدول ۲: توزیع فراوانی ۷ پاتولوژی شایع در بیماران بر حسب سن

نوع پاتولوژی	میانگین±انحراف معیار	ماکزیمم	مینیمم
SCC	۱۴/۲۳±۵۷/۲۴	۷۸	۱۹
TB	۲۰/۵۶±۳۵/۸۰	۷۵	۹
TGC	۲۱/۹۷±۱۷/۰۹	۸۰	۳
MNG	۱۶/۴۷±۳۵/۱۱	۴۸	۳
PC	۱۸/۷۵±۴۶/۶۳	۷۰	۲۵
FA	۱۲/۷۸±۴۳/۲۵	۶۷	۲۲
NHL	۱۵/۱۷±۴۹	۷۸	۳۳

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

جدول۳: توزیع فراوانی ضایعات در سنین مختلف بر اساس پاتولوژی در بیماران زن و مرد

گروه سنی	نوع پاتولوژی	تعداد در هرگروه پاتولوژی (٪)	تعداد کل (٪)
۱۵-۰ سال	نئوپلاستیک	۲ (۱/۸۱)	۲۸ (۲۵/۴۵)
	غیر نئوپلاستیک	۲۶ (۲۳/۶۳)	
۴۰-۱۶ سال	نئوپلاستیک	۲۰ (۱۸/۱۸)	۶۷ (۶۰/۹۰)
	غیر نئوپلاستیک	۴۷ (۴۲/۷۲)	
بیشتر از ۴۱ سال	نئوپلاستیک	۷۰ (۶۳/۶۳)	۱۰۴ (۹۴/۵۴)
	غیر نئوپلاستیک	۳۴ (۳۰/۹۰)	
مرد	نئوپلاستیک	۵۹ (۵۳/۶۳)	۱۰۸ (۹۸/۱۸)
	غیر نئوپلاستیک	۴۹ (۴۴/۵۴)	
زن	نئوپلاستیک	۳۳ (۳۰)	۹۱ (۸۲/۷۲)
	غیر نئوپلاستیک	۵۸ (۵۲/۷۲)	

به طور کلی شایع ترین مکان های تظاهر توده های گردنی به ترتیب ناحیه قدامی میانی گردن (۲۲/۱۱٪) و لنفادنوپاتی ژوگولودیگاستریک (۲۱/۱۰٪) بود. در ضایعات نئوپلاستیک بیشترین درگیری در زنجیره لنفاوی ژوگولودیسگاستریک (۳۲/۶۰٪) بود. در ضایعات غیر نئوپلاستیک بیشترین محل گرفتاری قسمت قدامی-میانی گردن (۲۹/۹۰٪) بود. در هر دو جنس شایع ترین محل توده گردنی در زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک بود که شیوع آن به ترتیب ۲۰/۳۷٪ در مردان و ۲۱/۹۸٪ در زنان بود با این تفاوت که درصد ضایعه نئوپلاستیک در ناحیه مذکور در دوجنس مرد و زن به ترتیب ۸۶/۳۶٪ و ۵۵٪ بود.

شیوع پاتولوژیهای مختلف به تفکیک مناطق آناتومیک گردنی و زنجیره های لنفاوی بررسی شدند که SCC در زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک (۴۷/۶۱ درصد) و ژوگولر میانی (۶۰/۸۶ درصد)، سل در زنجیره خلفی گردن (۴۷/۳۶ درصد) و سیالادنیت در مثلث ساب مندیبولار (۵۰ درصد) و کیست مجرای تیروگلوسال (۲۵ درصد)، گواتر مولتی ندولر (۲۰/۴۵ درصد)، آدنوم فولیکولر (۱۸/۱۸ درصد) و کارسینوم پاپیلر(۱۳/۶۴ درصد) بود.

شایع ترین پاتولوژی مشاهده شده در مردان به ترتیب SCC (۳۷/۳۸ درصد)، سیالادنیت (۱۱/۲۱ درصد) و کیست مجرای تیروگلوسال (۷/۵ درصد) و سیالادنیت (۱۱/۲۱ درصد) و در زنان به ترتیب سل (۱۸/۸۹ درصد)،

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

SCC (۱۵/۵۵ درصد) و گواتر مولتی ندولر (۷/۸ درصد) بود.

نتایج نشان داد شایع ترین محل تظاهر توده گردنی در مردان به ترتیب زنجیره لنفاوی و ژوگولودیگاستریک (۲۰/۵۶ درصد)، قسمت قدامی میانی گردن (۱۵/۸۹ درصد)، زنجیره لنفاوی ژوگولر میانی و زنجیره لنفاوی خلفی (۱۰/۲۸ درصد) و در زنان به ترتیب قسمت قدامی میانی گردن (۳۰ درصد)، لنفاوی ژوگولودیگاستریک (۲۲/۲۲ درصد)، زنجیره لنفاوی ژوگولر میانی (۸/۸۹درصد) و خلفی گردن (۸/۸۹ درصد) بود.

یافته ها نشان داد بر اساس آزمون کااسکوئر بین جنسیت و ضایعه نئوپلاستیک ارتباط معنی داری وجود داشت (P=۰/۰۰۲)، یعنی احتمال نئوپلاستیک بودن توده گردنی در مردان بیشتر از زنان بود.

نتایج نشان داد با تقسیم ضایعات به دو دسته نئوپلاستیک و غیر نئوپلاستیک در سه گروه سنی به ترتیب از شیوع ضایعات غیرنئوپلاستیک کاسته شده و بر شیوع ضایعات نئوپلاستیک افزوده شد و این اختلاف معنی دار بود (P=۰/۰۱). بین محل ضایعه و نوع پاتولوژی ضایعه بر اساس نئوپلاستیک بودن و یا غیر نئوپلاستیک ارتباط آماری معنی داری مشاهده نشد (P=۰/۶۴).

بحث

وقتی که بیماری با توده گردنی بررسی می شود اولین مسئله ای که باید مورد توجه پزشک قرار گیرد گروه سنی بیمار است. در گروه سنی کودکان زیر ۱۵ سال و بالغین جوان (۱۶تا۴۰ سال) توده های التهابی شایع تر از توده های با تعداد یا تکاملی هستند و نئوپلاسمها شیوع کمتری دارند، در صورتی که در بالغین بالای ۴۰ سال که توده گردنی دارند اولین تشخیصی که مطرح می شود نئوپلاسمها هستند.

در مطالعه حاضر در سه گروه سنی به ترتیب از شیوع ضایعات غیر نئوپلاستیک کاسته شده و بر شیوع ضایعات نئوپلاستیک افزوده شد و این اختلاف معنی دارگزارش شد. در مطاعات انجام شده شایع ترین توده تکاملی در گروه سنی کودکان کیست تیروگلوسال ذکر شده و در گروههای سنی بالغین جوان و بالغین مسن، به ترتیب شایع ترین پاتولوژی در توده های نئوپلاستیک به ترتیب SCC، متاستاتیک و لنفوم بود و در این مطالعه شایع ترین پاتولوژی در گروه کودکان کیست تیروگلوسال بود اما شایع ترین پاتولوژی نئوپلاستیک در دو گروه سنی بالغین SCC و شیوع لنفوم در گروه سنی بالغین مسن در قیاس با آمار منتشره در مقالات پایین بود.

نکته دومی که در ارزیابی توده های گردنی از اهمیت بالایی برخوردار است محل ضایعه است، به خصوص در توده های تکاملی-مادرزادی که معمولا در مکانی ثابت تظاهر می یابند. علاوه بر این، محل توده در تعیین پیش آگهی نیز مهم تلقی می شود. گسترش تومورهای سر و گردن به مثابه عفونتها از مسیرهای خاص لنفاوی تبعیت می کند و محل ظهور توده متاستاتیک به عنوان کلید تشخیصی منشا اولیه محسوب می شود [۱۴-۱۱] در این تحقیق نیز توده های تیروئید، کیست تیروگلوسال در خط وسط گردن، سل بیشتر در مثلث خلفی گردن و توده های متاستاتیک SCC بیشتر در مثلث قدامی گردن دیده شدند. توجه به محل توده های گردنی در پاتولوژی های دیگر به دلیل حجم پایین نمونه ها ارزشمند به نظر نمی رسید.

یافته های مطالعه حاضر نشان داد بین محل ضایعه و نوع پاتولوژی ضایعه بر اساس نئوپلاستیک بودن و یا غیر نئوپلاستیک ارتباط معنی داری یافت نشد. در ۶۷-۵۰٪ لنفادنوپاتی های بدخیم گردنی با یک معاینه بالینی دقیق ناحیه سر و گردن می توان تومور اولیه را شناخت [۸]. توجه به زنجیره لنفاوی درگیر، راهنمایی جهت تشخیص ضایعه اولیه است. مثلا ضایعات نازوفارنکس ناحیه سرویکال خلفی، ضایعات لوزه ها، غدد لنفاوی قدامی گردن را در گیر می سازند [۱۳] برخی مطالعات شیوع زیاد بدخیمی در توده های مثلث خلفی گردن را مطرح می سازند [۱۵]. در صورتی که مطالعات دیگر احتمال بدخیمی در توده های سوپراکلاویکولار را بیشتر می دانند [۱۶،۱۷].

در بررسی حاضر در مقایسه پاتولوژی ضایعه با کانون اولیه در ۱۸۴ مورد که کانون اولیه مشخص شده بود و یا خود ضایعه گردنی ضایعه اولیه بود، ارتباط معنی داری بین این دو متغیر یافت نشد که البته حجم پایین نمونه امکان چنین استنباطی را محدود می نماید.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

قوام سفت و چسبندگی توده به بافتهای مجاور احتمال بدخیمی و نئوپلاستیک بودن ضایعه گردنی را افزایش می دهد [۱۴-۱۱]. در مطالعه ما نیز ارتباط معنی داری بین توده های با قوام سفت و چسبنده به بافتهای اطراف و نئوپلاستیک بودن ضایعه وجود داشت.

در مقالات آمده است چنانچه توده های لنفاوی منفرد، غیر قرینه در ناحیه سوپراکلاویکولار و دارای رشد سریع باشند باید با روشهای جراحی ارزیابی شوند و در غیر اینصورت در افراد جوان و اطفال می توان توده را به صورت بالینی تحت نظر گرفت [۱۸]. در این مطالعه بین تعداد ضایعات و احتمال نئوپلاستیک بودن ارتباط معنی داری وجود داشت، به نحوی که در ضایعات متعدد احتمال نئوپلاستیک بودن بیشتر از ضایعات منفرد بود.

در بررسی حاضر ارتباط معنی داری بین سطح تحصیلات و تنوع ضایعات نئوپلاستیک وجود داشت، به گونه ای که در افراد با سطح سواد پایین تر احتمال نئوپلاستیک بودن ضایعه افزایش می یافت. نکته این که تعمیم این مسئله به عنوان یک اصل کلی بایستی با ملاحظاتی همراه باشد و نیاز به تکرار مطالعه با شیوه ای کنترل شده دارد، ضمن اینکه می توان چنین استنباط نمود که به دلیل مسائل خاص طبقه کم سواد نظیر وضعیت بهداشتی نامناسب تر و تغذیه ناکافی و مصرف دخانیات به عنوان عوامل زمینه ساز بدخیمی های این ناحیه و به خصوص SCC شاید وجود چنین اختلافی غیر منطقی نباشد.

در مورد شیوع جنسی SCC و پاتولوژیهای تیروئید (کارسینوم پاپیلر، آدنوفولیکولر و گواتر مولتی ندولر) و لنفوم نسبت مرد به زن به ترتیب: ۲/۹ و ۰/۳ و ۳ بود که مطابق انتظار ما بر اساس کتب مرجع می باشد [۱۳]. اما آنچه قابل تامل است شیوع بالای توده های سلی گردن در زنان [۵،۷] و کیست تیروگلوسال در مردان [۸،۱۸] بود. هرچند که تکرار مطالعه با نمونه های بیشتر برای تایید این نسبت جنسی لازم به نظر می رسد و با توجه به حجم کم نمونه استنباط قطعی چندان منطقی به نظر نمی رسد. از طرفی جایگزینی دو پاتولوژی شایع تر در مطالعه اخیر مطابق آنچه در کتب مرجع [۱۳،۱۴] و مقالات آمده است بود، به نحوی که توده های سلی عمدتا در مثلث خلفی و SCC متاستاتیک عمدتا در مثلث قدامی و به خصوص زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک و ژوگولر میانی بود.

از جمله محدودیت های پژوهش می توان به معرف نبودن نمونه تحت مطالعه اشاره کرد. با توجه به حجم نمونه پایین، تکرار مطالعه با تعداد بیماران بیشتر، راهگشای رسیدن به نتایج قطعی تر خواهد بود.

نتیجه گیری

بسیاری از بیماریهای سر و گردن به صورت توده های گردنی تظاهر می کنند. به جز برخی توده های عفونی اغلب تحت عمل جراحی درمانی یا تشخیصی قرار می گیرند. مسئله اصلی در اتخاذ شیوه درمانی و تشخیصی مقرون به صرفه بودن آن می باشد. در بچه ها بیوپسی وقتی شایسته به نظر می رسد که رشد پیشرونده، توده ای مجزا و غیر قرینه، جایگزینی سوپراکلاویکولار، علائم همراه مثل تب، هپاتواسپلنومگالی یا توده ای به اندازه ثابت بالای cm۳ وجود داشته باشد. در گروه سنی جوان تا میانسال در صورتی که انجام معاینه بالینی کامل و آزمایشات اختصاصی اطلاعات بیشتری در اختیار قرار نداد به خاطر شیوع پایین کارسینومای مخاطی در این گروه سنی زیر ۴۰ سال انجام بیوپسی قابل قبول است. در بالغین که دهه چهارم عمر خود را سپری می کنند معاینه بالینی کامل و مکرر ضروری است. پس از معاینه در صورت مشخص نشدن علت توده انجام FNA بهترین شیوه است. پس از حذف علل التهابی شایع ترین پاتولوژی در مردان SCC و در زنان سل می باشد که غالبا به ترتیب در زنجیره لنفاوی ژوگولودیگاستریک و مثلث خلفی گردن دیده می شود.

تشکر و قدردانی

از کلیه پرسنل بخش و نیز اساتید بخش که با راهنمایی های ارزنده خود ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند کمال تشکر و امتنان را داریم.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

References

1. Javadi M, Maleki Delarestaghi M, Rezaii R, A Ten-Year Survey on the Prevalence of Thyroglossal Duct Cyst in Firouzgar and Hazrat-e-Rasoul Akram Hospitals , RJMS, 2006; 13 (51) :91-96[Persian].
2. Charles M, Myer, Congenital neck mass, In: Paparella, Shumrick, Gluckman, Myerhoff, editors, Otolaryngology,head and neck surgery, Vol III, 3th ed. Philadelphia:Saunders; 1991, p. 2535-45.
3. Ondzotto G, Ehouo F, Peko JF, Fouemina T, Bissiko F,Akolbout D, "et al", Cysts and congenital fistulas of the faceand the neck: About 78 cases, Bull Soc pathol Exot 2005Jun; 98(2): 109-13.
4. Hsieh YY, Hsueh S, Hsueh C, Lin JN, Luo CC, Lai JY,"et al", Pathological analysis of congenital cervical cysts inchildren: 20 years of experience at Chang Gung Memorial Hospital, Chang Gung Med J 2003 Feb; 26(2): 107-13.
5. Dedivitis RA, Camargo DL, Peixoto GL, Weissman L, Guimaraes AV, Thyroglossal duct: A review of 55 cases, JAm Coll Surg 2002 Mat; 194(3): 274-7.
6. Mohan PS, Chokshi RA, Moser RL, Razvi SA, Thyroglossal duct cysts: A consideration in adults, Am Surg2005 Jun; 71(6): 508-11.
7. Zakavai S, Mousavi Z, Rezaei Deluie H, Mehrabi M, Prevalence of benign and malignant thyroid nodules in patients with previous history of radiotherapy for Tinea Capitis in childhood, Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism, 2002; 4 (3) :161-164[Persian].
8. Ahuja S, Ernst H, Hyperthyroidism and thyroid carcinoma, Acta Endocrinol (Copenh), 1991;124(2):146-51.
9. Brown RJ, Szymula NJ, Loré JM Jr, Neuroblastoma of the head and neck, Arch Otolaryngol, 1978 Jul;104(7):395-8.
10. Ahn D, Sohn JH, Jeon JH, Park J, Preoperative subclinical hyperthyroidism in patients with papillary thyroid carcinoma, Clin Exp Otorhinolaryngol, 2014 Dec;7(4):312-8.
11. Wei S, Baloch ZW, LiVolsi VA, Thyroid carcinoma in patients with graves' disease: an institutional experience, Endocr Pathol, 2015 Mar;26(1):48-53.
12. Zhao X, Yu D, Zhao Y, Liu Y, Qi X, Jin C, A case of laryngeal angioleiomyoma and review of literature, Int J Clin Exp Med. 2015 Jan 15;8(1):1446-52, eCollection 2015.
13. Abemayor E, Newman A, Bergstrom L, Dudley J, Magidson JG, Ljung BM, Teratomas of the head and neck in childhood, Laryngoscope, 1984 Nov;94(11 Pt 1):1489-92.
14. Wang MB1, Abemayor E, Fu YS, Tricholemmal cysts of the head and neck, Am J Otolaryngol, 1992 Sep-Oct;13(5):289-94.
15. Alonso WA, Chambers RG, Aberrant jugular vein simulating a cervical cyst, Laryngoscope, 1970 Feb;80(2):244-8.
16. Seiz M, Radek M, Buslei R, Kreutzer J, Hofmann B, Kottler U, Doerfler A, Nimsky C, Fahlbusch R. Alveolar rhabdomyosarcoma of the clivus with intrasellar expansion: Case report, Zentralbl Neurochir, 2006 Nov;67(4):219-22.
17. Lewis CM1, Hessel AC, Roberts DB, Guo YZ, Holsinger FC, Ginsberg LE, El-Naggar AK, Weber RS, Prereferral head and neck cancer treatment: compliance with national comprehensive cancer network treatment guidelines, Arch Otolaryngol Head Neck Surg, 2010 Dec;136(12):1205-11.
18. Barker JL, Fletcher GH, Time, dose and tumor volume relationships in megavoltage irradiation of squamous cell carcinomas of the retromolar trigone and anterior tonsillar pillar, Int J Radiat Oncol Biol Phys, 1977 May-Jun;2(5-6):407-14.

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]

Original Article

Study neck mass and its causes in patients referred to ENT Clinic Hospital, Imam Reza (AS) in Mashhad

*Ghazizade Hashemi SA[1], Khakshour A[2], Kiani MA[3], Saeidi M [4]**

[1]Assistant Professor of Otorhinolaryngology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences , Tehran, Iran.
[2]Assistant Professor of Pediatrics, North Khorasan University of Medical Sciences, Bojnurd, Iran.
[3]Associate Professor of Gastroenterology, Mashhad University of Medical Sciences , Mashhad, Iran.
[4]MSc of Medical Education, Students Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
***Corresponding Author:** Masumeh Saeidi, Department of Pediatrics, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.
Email: Masumeh_Saeedi@yahoo.com

Abstract

Background & Objectives: *Neck mass is the most common complaints among patients referred to otolaryngology clinics and involve a wide range of differential diagnosis of localized disease, metastatic and systemic. In addition to the patient anxiety, it is also a diagnostic problem for medical staff.*

Matherials and Methods: *At a Cross-sectional study in 2011 to 2013, after excluding 58 acute infective cases, 203 patients (110 males and 93 females) who have clinically neck mass or masses referred to the ENT clinic of Imam Reza Hospital , Mashhad were selected . The clinical and demographic variables in terms of location, quantity, consistency, cohesion, sensitivity and communication with other organs of the lesion, pathology and disease duration were evaluated. Some patients diagnosed during the study FNA and endoscopy and definite diagnosis of the lesion was determined based on the biopsy result.*

Results: *The most common pathology observed in men was: SCC (37/38 percent), sialoadenitis (11/21%) and Tyrvglvsal duct cyst (7/5%) respectively, and in women was: tuberculosis (18/89 percent), SCC (15/55%) and nodular goiter (7/8 percent) respectively. The possibility of neoplastic cervical mass in men was more than women. The neoplastic lesions rate showed an increase with age (P <0.05).*

Conclusion: *After eliminating the causes of inflammatory, SCC is the most common disease in men and Tuberculosis in women that so often can be seen in the posterior triangle of the neck juglodigastric lymph chain.*

Key Words: *Neck mass, Pathology, Imam Reza hospital, ENT clinic.*

.

Journal of North Khorasan University 2015;7(2):347-355

Recivied:4 Apr 2015
Revised:6 July 2015
Accepted:16 Aug 2015

[Downloaded from journal.nkums.ac.ir on 2026-11-15]