

توده گردنی

۱- سن در ارزیابی توده گردنی اهمیت زیادی دارد. ۹۰٪ توده‌های گردنی در کودکان و جوانان خوش خیم است. «قانون ۸۰» را بعد از ۴۰ سالگی می‌توان بکار برد. ۸۰٪ توده‌های غیر تیروئیدی گردن نئوپلاستیک است و ۸۰٪ توده‌های نئوپلاستیک بدخیم می‌باشند. اگرچه ۸۰٪ بدخیمی‌های گردن در بزرگسالان اپیدرموئید کارسینوماست (سلول سنگفرشی). ۹۰٪ کانسره‌های گردن در کودکان، منشاء مزانشیمال دارد.

تشخیص افتراقی توده‌های گردن وابسته به محل آن و سن بیمار است. در کودکان اغلب توده‌های گردن التهابی یا مادرزادی است. با این وجود در بزرگسالان یک توده گردنی با قطر بیش از ۲ سانتی متر بیشتر از ۸۰٪ احتمال بدخیمی دارد. پس از مطرح شدن تشخیص‌های افتراقی اولیه توسط پزشک باید مداخلات جهت تایید یا رد تشخیص‌ها آغاز شود. آسپیراسیون با سوزن باریک، با یا بدون کمک اولتراسونوگرافی یا سی تی اسکن، می‌تواند ابزاری ارزشمند در جهت تعیین زود هنگام برنامه درمانی با گسیختگی کمتر بافت نئوپلاستیک نسبت به بیوپسی باز باشد. استفاده از سی تی اسکن یا MRI توسط تظاهر اولیه بیمار مشخص می‌شود. تصویربرداری امکان تعیین ارتباط آناتومیک توده با بافت گردنی اطراف را میسر ساخته و باعث و افزایش دقت تشخیص می‌شود. یک ضایعه کیستیک می‌تواند نشان دهنده پاتولوژی خوش خیم مانند کیست بن بست برانکیال باشد، با این وجود کیست گردنی می‌تواند تظاهر متاستاز موضعی از کارسینوم سلول سنگفرشی قاعده زبان یا لوزه یا یک کارسینوم

پاپیلاری تیروئید باشد. در این شرایط، ارزیابی محل اولیه علاوه بر مشخصات توده گردنی می تواند برنامه مداخله جراحی را تغییر دهد. (شوارتز).

۲- منشا توده های گردنی در بزرگسالان معمولاً سرطان های متاستاتیک می باشد که از تومور اولیه ای در بالای کلاویکل منشاء گرفته است. حداقل ۷۰٪ بیماران که بوسیله بیوپسی غده لنفاوی سرطان تشخیص داده شده اند یک ضایعه قابل مشاهده اولیه در سر و گردن در بررسی های ابتدایی داشته اند.

۳- CT Scan گردن بررسی رادیولوژیکی انتخابی در ارزیابی توده گردن می باشد. بیشترین کارایی CT در ارزیابی توده هایی است که دسترسی به آنها در معاینه بالینی مشکل است، از قبیل توده هایی که در عمق لوب غده پاروتید و یا در فضای پارافارنژیال (اطراف حلق) وجود دارند. همچنین CT Scan ممکن است در تعیین هویت تومورهای اولیه سر و گردن که به سادگی در معاینه بالینی اولیه آشکار نمی شوند کمک کننده باشد.

CT و MRI در پیشگویی در مورد وجود و یا عدم وجود بدخیمی در توده های گردنی گسترش یافته، قابل اعتماد نمی باشند. در مورد نقش PET Scan در مرحله بندی کانسر سر و گردن اختلاف نظر وجود دارد. امروزه بیشترین نقش را در ارزیابی ابتدایی و پس از اشعه درمانی گره ها دارد.

۴- در بیماری که توده گردنی دارد باید تمام سطح مخاطی حلق و حنجره قبل از بیوپسی باز و یا سوزنی گردن معاینه شود. از سوی دیگر در طی بیوپسی باید ارزیابی اندوسکوپی با احتیاط انجام شود. بیوپسی از ضایعات مشکوک باید انجام شود. اگر بیوپسی بدخیمی را آشکار ساخت، توده گردن باید متاستاتیک در نظر گرفته شود و بیوپسی از آن لازم نیست.

۵- لنفادنوپاتی گردنی در بیماران HIV مثبت یافته شایعی است که بیشتر نشانه های پریلازی گره لنفی است تا اینکه یک فرآیند نئوپلاستیک باشد. شایع ترین بدخیمی توده گردنی در بیماران HIV مثبت، لنفوما است. این لنفوماها عموماً مرحله بالا هستند یا با منشاء سلول B و اغلب مکان های خارج گره ای از قبیل غده پاروتید و یا بافت نرم گردن را درگیر می کنند. سارکوم کاپوسی^۱ شایع ترین یافته نئوپلاستیک در بیماران HIV است. سارکوم کاپوسی عمدتاً به صورت ضایعه جلدی یا مخاطی بروز می کند؛ همراهی توده گردن با عفونت های غیر معمول نادر است (برای مثال: مایکوباکتربا، اکتینومایسس و نوکاردیا) و هنگام ارزیابی تومور در بیمار HIV باید مورد توجه قرار گیرد.

۶- توده گردنی دردناک، آشکارا نشان دهنده عفونت است. حرکت مویی نشان دهنده آبنه است. اسپیراسیون سوزنی ممکن است برای تایید وجود چرک انجام شود. آبنه گردنی باید توسط شکافی تخلیه شده و کشت تهیه شود. CT Scan برای افتراق آبنه از دیگر واکنش های عفونی کمک کننده می باشد (برای مثال، فلگمونا یا آدنوپاتی واکنشی). اگر آبنه ای مشاهده نشد و عفونت مشکوک باشد، باید آنتی بیوتیک تجویز کرد. اگر توده بعد از ۴ هفته درمان آنتی بیوتیکی کافی باقی مانده باشد، بیوپسی باید انجام شود.

۷- تشخیص‌های افتراقی در توده گردنی در خط وسط عبارت است از:

کیست مجرای تیروگلوکوسال

کیست درموئید

لوب هرمی تیروئید

کیست سباسه.

اغلب توده‌های گردنی در خط وسط در کودکان مادرزادی و خوش خیم هستند. کیست مجرای تیروگلوکوسال شایع‌ترین توده گردنی خط وسط در کودکان است و تنها تا قسمت تحتانی استخوان هایوئید رشد می‌کند.

در هیپوپلازی تیروئید فضای کوچکی از بافت تیروئید نابجا ممکن است با کیست مجرای تیروگلوکوسال اشتباه شود. بروز این گونه بافت‌های نابجا کم است (۱ تا ۲ درصد همه ناهنجاری‌های تیروگلوکوسال). استفاده از اسکن تیروئید برای بیماران که کیست مجرای تیروگلوکوسال دارند جهت جلوگیری از خارج کردن بافت عملکردی تیروئید توصیه می‌شود.

۸- کیست برونکیال یا سینوس‌ها معمولاً با یک فرورفتگی کوچک روی پوست در روی ضلع قدامی عضله استرنوکلاویدماستوئید همراه است. بیمار ممکن است با تورم و عفونت‌های راجعه مراجعه کند. دیگر توده‌های طرفی گردن ممکن است به علت گره لنفاوی ملتهب به علت عفونت، بزرگی غدد بزاقی، تومور جسم کاروتید یا سرطان‌های متاستاتیک از سر و گردن باشد.

۹- گره سوپراکلاویکولار معمولاً به علت لنفوما یا متاستاز از پستان به ریه، پانکراس یا معده (گره ویرشو)^۱ می‌باشد. اگر شواهد تومور اولیه وجود ندارد بیوپسی اندیکاسیون دارد.

۱۰- بیوپسی آسپیراسیون با سوزن ظریف (FNA) تنها تست تشخیصی مهم برای بررسی سیتولوژی توده گردن می‌باشد. FNA باید در تمام توده‌های پایدار گردنی انجام شود، استفاده از FNA با هدایت سونوگرافی اغلب کمک کننده است. اگر سلول‌ها توسط پاتولوژیست با تجربه بررسی شود حساسیت برای وجود نئوپلاسم ۹۲٪ است و برای رد تومور ۹۸٪ اختصاصی است.

مطالعات مولکولی متنوع ممکن است زمانی که تشخیص قطعی نیست دقت بررسی‌های معمول نمونه‌های FNA را افزایش دهد. فلوسیتومتری برای تایید لنفومای غیر هوچکینی در نمونه‌های FNA حساسیت ۷۷٪ تا ۱۰۰٪ داشته و تا ۱۰۰٪ اختصاصی است.

ابشتاین بار ویروس (EBV) با کارسینومای نازوفارنکس همراه است و پیدا کردن DNA EBV بوسیله PCR^۲ در گره‌های لنفاوی متاستاتیک گردن در نمونه FNA، تایید کننده تشخیص است.

۱۱- اندوسکوپي کامل دستگاه گوارشی و تنفسی فوقانی شامل لارنگوسکوپي مستقیم، برونکوسکوپي سخت و ازوفاگوسکوپي سخت می‌باشد. هدف از اندوسکوپي کامل، مرحله بندی و بیوپسي توده‌های شناخته نشده اولیه است.

1 Virchow Node

2 Polymerase Chain Reaction

همچنین جهت بررسی تومور اولیه دیگری در محل دیگر مثل مری کمک کننده می‌باشد. شیوع تومور اولیه همزمان دیگر حدود ۳٪ می‌باشد.

۱۲- نازوفارنکس، قاعده زبان، لوزه و سینوس هرمی مکان‌هایی شایع برای کارسینوم سلول سنگفرشی در گردن بدون شواهد کارسینوم اولیه آشکار می‌باشند. خارج کردن لوزه به صورت دو طرفه و بیوپسی مستقیم از این مناطق باید در بیمار با توده متاستاتیک گردن و منشأ ناشناخته اولیه انجام شود، اگر مخاط در این مناطق طبیعی باشد در حدود ۲۵٪ از ضایعات اولیه ناشناخته با این روش شناسایی می‌شوند. بیش از ۳۵٪ از ضایعات اولیه با PET Scan در هنگام ارزیابی ضایعات ناشناخته اولیه شناسایی می‌شوند.

۱۳- زمانی که در گردن کانسر اولیه وجود دارد و تومور اولیه متاستاز منطقه‌ای دارد، خارج کردن تومور اولیه همراه خارج کردن گره‌های لنفاوی آن منطقه یک اقدام درمانی است. مطالعات قبل از عمل شامل: تست عملکردی کبد و گرافی ساده از قفسه سینه و یا CT Scan برای ارزیابی متاستاز می‌باشد. رادیوتراپی بعد از عمل به خصوص در موارد درگیری غدد متعدد و درگیری خارج کپسولی معمولاً به مصلحت است.

۱۴- در ۵ تا ۸٪ از بیماران با کارسینوم سلول سنگفرشی در گره گردن، توده اولیه یافت نمی‌شود. دیسکسیون گردن اغلب برای درمان گره لنفی منفرد و کوچک کافی است. هنوز در مورد گره لنفی منفرد و بزرگ یا درگیری چند کانونی غدد لنفاوی اتفاق نظر وجود ندارد و درمان ممکن است شامل دیسکسیون گردن، رادیوتراپی یا هر دو باشد.

۱۵- برداشتن غدد پاروتید و ساب مندیولر بدون توجه به وجود بدخیمی در سیتولوژی قبل از عمل توصیه می‌شود. در صورتی که FNA از توده غده بزاقی، غیر نئوپلاستیک باشد می‌توان بیمار را تحت نظر گرفت، چرا که اغلب این توده‌ها خود بخود از بین می‌روند. توده بزاقی پایدار بدون توجه به جواب FNA برداشته می‌شود.

وقتی FNA توسط یک پاتولوژیست با تجربه برای ارزیابی توده‌های غدد بزاقی انجام شود، حساسیت آن برای تشخیص نئوپلاسم ۹۳٪ بوده و ۹۹٪ اختصاصی است.

۱۶- کارسینومای سلول سنگفرشی که نتوان خارجش کرد معمولاً به رادیوتراپی و شیمی درمانی جهت تسکین پاسخ می‌دهد. همچنین لنفوم به رادیوتراپی، شیمی درمانی و یا ترکیبی از هر دو پاسخ مناسب می‌دهد.

توده شکمی در دوران کودکی

شرح حال و معاینه بالینی بیمار

(۱) توده شکمی

سونوگرافی (۲)
اسکن CT

آزمایشات:

CBC

الکتrolیت ها

آلفا فیتوپروپرونتین

انولاز ویژه عصبی

LDH

فریتین

انداری HV/A, VMA

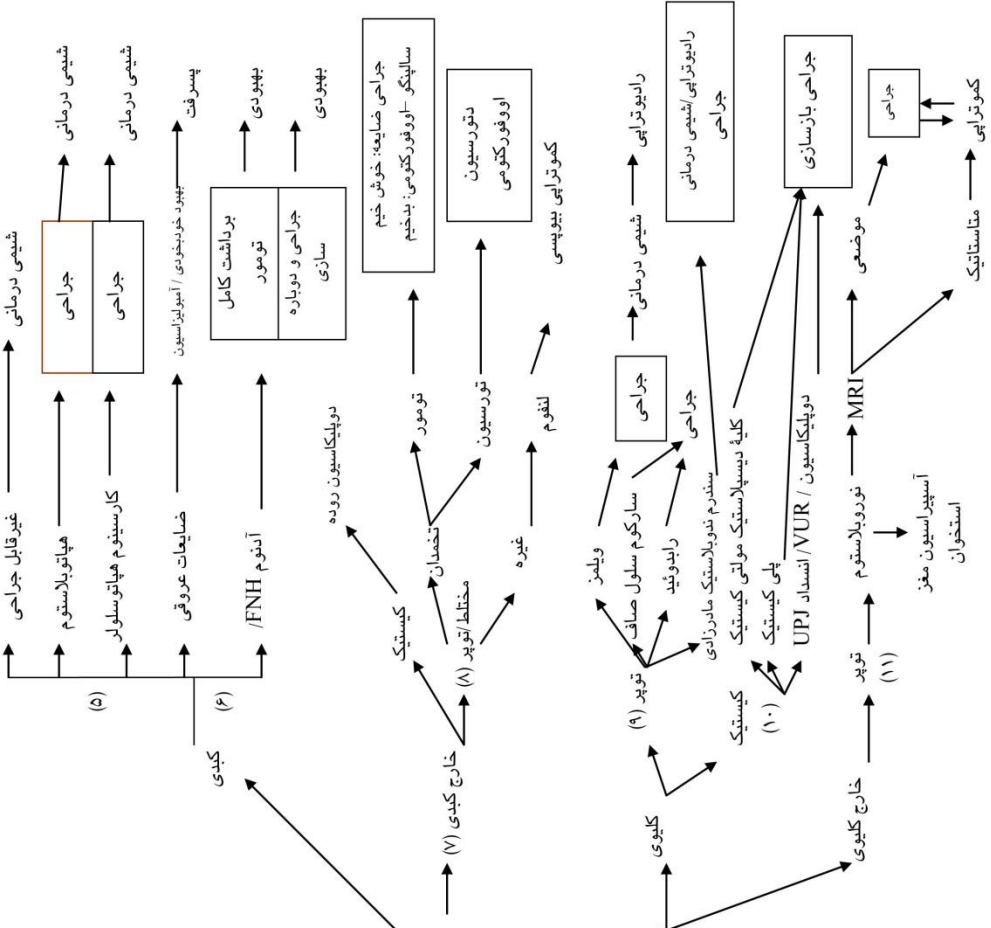
پلاکت، آلفا فیتوپروپرونتین

(۳) داخل شکمی (۷) خارج کبدی

خلف صفحاتی (۴)

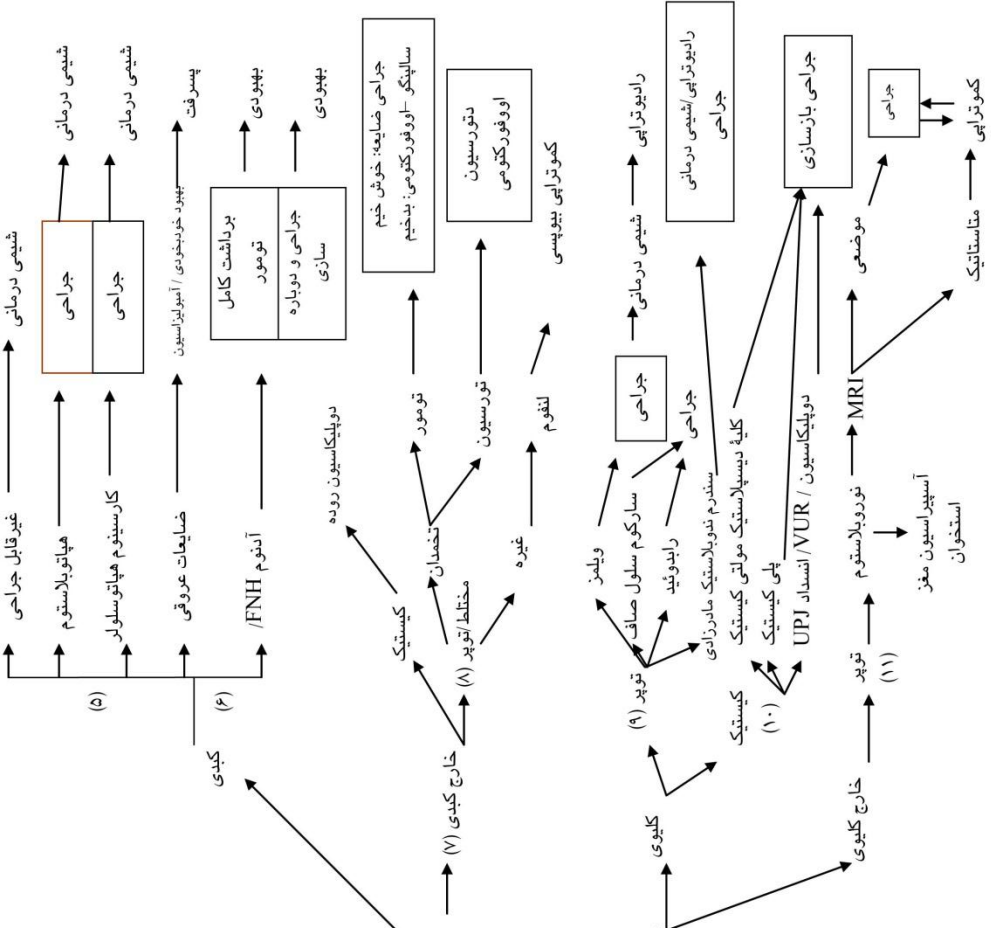
کلیوی

خلف صفحاتی (۴)



(۵)

کبدی (۶)



انداری HV/A, VMA

پلاکت، آلفا فیتوپروپرونتین