

بررسی ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی توده‌های گردنی در شهر کرمان، ایران

چکیده

محمد علی دامغانی^۱، فاطمه فانی
ملکی^{۱*}، سهیل معتمد^{۱،۲}

۱- گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

۲- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی کرمان، کرمان، ایران.

* نویسنده مسئول: کرمان، بلوار کوثر، مرکز آموزشی درمانی شفا، گروه گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن.

تلفن: ۰۳۴-۳۲۱۱۵۴۵۷

E-mail: fatemehfanimolky@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۰/۰۱/۲۵ ویرایش: ۱۴۰۰/۰۲/۰۲ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۵/۲۳ آنلاین: ۱۴۰۰/۰۶/۰۱

زمینه و هدف: توده گردن از شایعترین یافته‌های بالینی در همه سنین است که طیف وسیعی از تشخیص‌های افتراقی از جمله توده‌های مادرزادی، عفونی و بدخیمی را شامل می‌شود که اطلاع در مورد ریسک فاکتورهای آن به ارزیابی صحیح آنها کمک می‌کند. هدف این مطالعه به‌دست آوردن ویژگی‌های مختلف اپیدمیولوژیک و بالینی توده‌های مختلف گردن در کرمان می‌باشد.

روش بررسی: در این مطالعه مقطعی گذشته‌نگر، اطلاعات مربوط به سن، جنسیت، سابقه اعتیاد به تریاک و سیگار کشیدن و تشخیص نهایی پاتولوژی ۱۲۰ بیمار در بازه زمانی ابتدای فروردین ۱۳۹۳ تا انتهای اسفند ۱۳۹۷ که در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان شفا کرمان تحت بیوپسی از توده گردن قرار گرفته بودند، تجزیه و تحلیل شد. **یافته‌ها:** از ۱۲۰ بیمار، ۵۷/۵٪ مرد و ۴۲/۵٪ زن با میانگین سنی ۳۹/۴۴ سال بودند. در گروه تومورهای بدخیم نسبت مرد به زن ۴/۱ به یک بود که به‌طور قابل توجهی بیسانگر بروز بیشتر بدخیمی در مردان می‌باشد. از نظر پاتولوژی، توده‌های التهابی و عفونی با ۴۸/۳۳٪ در صدر بودند و ۹/۷٪ از موارد نیز توده‌های مادرزادی بودند. ۲۰/۸۳٪ از بیماران دارای سابقه سیگار کشیدن و ۲۲/۵٪ آنها نیز معتاد به تریاک بودند.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر که به بررسی ابعاد اپیدمیولوژیک توده‌های مختلف گردنی در شهر کرمان پرداخت، نشان داد که میزان شیوع تومورهای بدخیم با افزایش سن بیشتر می‌شود. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که سیگار کشیدن یک ریسک فاکتور مهم برای توده‌های گردنی است.

کلمات کلیدی: اپیدمیولوژی، ایران، سرطان گردن، بدخیمی، ریسک فاکتور.

مقدمه

توده‌های گردنی یکی از یافته‌های بالینی شایع در تمام گروه‌های سنی می‌باشند. تشخیص افتراقی توده‌های گردنی طیفی از پاتولوژی‌ها، از مادرزادی تا عفونی و نئوپلاسم‌ها را شامل می‌شود.^۱ در شرح حال بیمار با توده گردنی، سن یک نکته بسیار مهم می‌باشد. در ارزیابی بیماران با توده گردنی، آنها را به سه گروه سنی کودکان

(صفر تا ۱۵ سال)، میان سالان (۱۵ تا ۴۰ سال) و بزرگسالان (بالا تر از ۴۰ سال) تقسیم‌بندی می‌کنند.^{۱،۲}

در کودکان توده‌های التهابی شایع‌تر از مادرزادی‌ها و مادرزادی‌ها شایع‌تر از نئوپلاستیک‌ها می‌باشند. در رده میان سالان نیز فراوانی به همین ترتیب است با این تفاوت که از شیوع مادرزادی‌ها کاسته و به شیوع نئوپلاستیک‌ها افزوده می‌شود.^{۳،۴} در بزرگسالان نئوپلاستیک‌ها در ابتدای لیست قرار می‌گیرند، به‌جز توده‌های تیروئید، توده‌های

سابقه مصرف سیگار و تریاک و تشخیص نهایی پاتولوژیک توده بود. تقسیم‌بندی توده‌ها براساس تقسیم‌بندی کلی توده‌های گردنی در مقالات که به شرح ذیل می‌باشد، انجام شد: علل مادرزادی، علل التهابی و عفونی، نئوپلاسم‌های خوش‌خیم و بدخیم. همچنین توزیع سنی و جنسی توده‌های گردنی، مصرف سیگار و الکل و تریاک و میزان بقا از نظر آماری بررسی شد. معیارهای خروج از این مطالعه شامل گزارش‌های پاتولوژی با تشخیص مشکوک یا نامطمئن، شرح حال ناقص مصرف سیگار، تریاک و الکل و یا هر گونه کمبود و نقص در سوابق و مدارک پزشکی بیماران بود.

تمامی آنالیزهای آماری با استفاده از SPSS software, version 20 (IBM SPSS, Armonk, NY, USA) انجام گرفت. همچنین این پژوهش در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی کرمان با کد اخلاق IR.KMU.Rec.1392.05 تصویب شد.

یافته‌ها

از ۱۲۰ بیمار توده گردنی در این مطالعه، میانگین سنی بیماران ۳۹/۴۴ سال با حداقل سن یک ماه و حداکثر سن ۸۰ سال بود. شایعترین گروه سنی، گروه ۱۵ تا ۴۰ سال با شیوع ۴۴/۱۷٪ بود. (نمودار ۱).

در این مطالعه ۵۷/۵٪ از بیماران را مرد و ۴۲/۵٪ را زن شامل می‌شدند. در گروه تومورهای بدخیم نیز نسبت مرد به زن ۴/۱ به یک بود که به‌طور قابل توجهی بیانگر بروز بیشتر بدخیمی در جنس مذکر نسبت به مونث می‌باشد.

از میان بیماران با شکایت توده گردنی ۲۰/۸۳٪ سیگار مصرف می‌کردند، درحالی‌که ۷۹/۱۷٪ سابقه هیچگونه مصرف سیگار نداشتند. افزون‌براین در میان ۳۰ بیمار با نئوپلاسم‌های بدخیم، ۵۶/۶۶٪ (۱۷ مورد) سابقه مصرف سیگار داشتند. آنالیز این داده‌ها نشان داد بین مصرف سیگار و بروز توده بدخیم گردنی ارتباط معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۵$).

در مورد سابقه مصرف مواد مخدر ۷۷/۵٪ از کل بیماران مراجعه‌کننده با توده گردنی، هیچگونه سابقه مصرف مواد مخدر نداشتند، درحالی‌که ۲۲/۵٪ سابقه مصرف مواد مخدر را به‌طور منظم بیان می‌کردند. در بین ۳۰ نفر در گروه موارد بدخیم، ۵۳/۳٪ (۱۶ مورد)

گردن در بزرگسالان، ۸۰٪ نئوپلاستیک و ۸۰٪ نئوپلاستیک‌ها نیز بدخیم هستند. اما در کودکان بیش از ۹۰٪ از موارد توده‌های گردنی خوش‌خیم هستند.^{۱۵}

پس از سن جنبه‌های دیگری از جمله طول دوره بیماری، مصرف سیگار، الکل و تریاک از جمله فاکتورهای خطر توده‌های گردنی می‌باشند.^{۱۶}

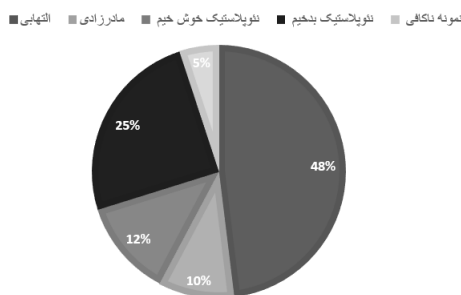
راه صحیح بررسی بیماران با توده گردنی اغلب با اطلاعات به‌دست آمده از شرح حال و معاینه فیزیکی بیمار در کنار تصویربرداری تشخیصی به‌دست می‌آید. تصویربرداری تشخیصی ارجح در بررسی توده گردنی با توجه به سن بیمار، طول دوره بیماری و شک بالینی فرد معاینه‌کننده انتخاب می‌شود.^۷

در مطالعه‌ای که در تهران در طی ۱۳ سال بین سال‌های ۱۳۷۵ تا ۱۳۸۸ انجام شد مشخص شد از ۱۲۰۸ بیمار که توده گردنی داشتند، توده‌های نئوپلاستیک شایعترین فراوانی را داشتند و در گروه سنی بزرگسالان توده‌های عفونی و نئوپلاستیک در صدر بودند. همچنین در این مطالعه نشان داده شد که سن در تشخیص افتراقی توده‌های گردنی نقش مهمی دارد.^۸ در مطالعه‌ای دیگر که بر روی تومورهای بدخیم ناحیه سروگردن در جنوب شرق ایران بین سال‌های ۱۳۷۸ تا ۱۳۸۸ انجام شد، بروز بالای تومورهای بدخیم حنجره در بین بدخیمی‌های سر و گردن در این منطقه نشان داده شد.^۹

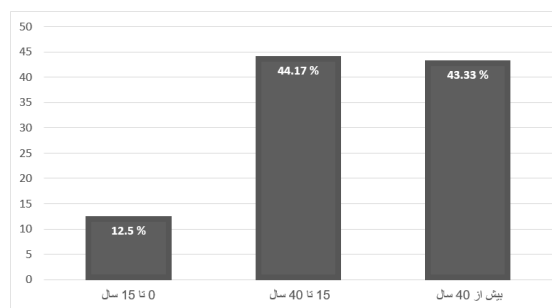
به‌دلیل فقدان مطالعات گسترده در مورد شیوع توده‌های گردن در سال‌های اخیر در این منطقه، مطالعه حاضر با هدف به‌دست آوردن ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی توده‌های گردنی بین سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ در شهر کرمان، ایران انجام شد.

روش بررسی

در این مطالعه مقطعی گذشته‌نگر، اطلاعات مربوط به ۱۲۰ بیمار که به‌علت توده‌های مختلف سر و گردن در بخش گوش و حلق و بینی و جراحی سر و گردن مرکز آموزشی درمانی شفا شهر کرمان (به‌عنوان مرکز ارجاع بیماری‌های گوش و حلق و بینی جنوب شرق ایران) در بین سال‌های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ بستری شده بودند از بخش بایگانی و بخش پاتولوژی بیمارستان گردآوری شد. اطلاعات ثبت شده در فرم داده‌ها حاوی آیت‌های سن، جنس، طول دوره بیماری،



نمودار ۲: درصد پراکندگی پاتولوژی‌های مختلف توده‌های گردنی



نمودار ۱: درصد شیوع توده‌های گردنی در بین گروه‌های سنی مختلف

در نئوپلاسم‌های بدخیم، کارسینوم سلول سنگفرشی (SCC) با ۱۶/۴۵٪ (مورد ۱۴) بیشترین موارد را شامل شد. پس از SCC، لنفوم با شیوع ۲۲٪ شایعترین بود و سایر موارد بدخیمی به ترتیب کارسینوم نازوفارنکس، کارسینوم تمایزنیافته، کارسینوم‌های تیروئید و کارسینوم غدد بزاقی بودند.

در میان نئوپلاسم‌های خوش‌خیم، آدنوم پلئومورفیک با شیوع ۲۸٪ شایعتر بود و در درجه بعد توده‌های خوش‌خیم تیروئید و تومور وارترین (Warthin tumor)، لیپوم و فیبروما بودند.

کیست درموئید با شیوع ۴۰٪ (چهار مورد) شایعترین مورد در میان توده‌های مادرزادی بود و در درجه بعد کیست تیروگلوئال (Thyroglossal cyst) و کیست هیگروما (Cystic hygroma) قرار داشتند.

بحث

در این مطالعه ویژگی‌های اپیدمیولوژیک و بالینی توده‌های گردنی در کرمان (مرکز ارجاع جنوب شرق کشور) مورد بررسی قرار گرفت. یافته‌های این مطالعه نشان داد که بیشترین گروه سنی شیوع توده‌های گردنی ۱۵ تا ۴۰ سال بودند که با اغلب پژوهش‌های گذشته مطابقت داشت، اما در پژوهش Byun و همکاران، شایعترین سن توده گردن را دو تا پنج سال با شیوع ۳۷/۷٪ گزارش کرده است.^{۱۱} در این پژوهش نسبت مذکر به مونث در ضایعات نئوپلاستیک ۲/۲ به یک بود که با نتیجه مطالعه Norouzbeigi و همکاران که

سابقه مصرف مواد مخدر را بیان کردند. در آنالیز داده‌ها بین مصرف مواد مخدر و بروز توده بدخیم گردنی ارتباط معنادار وجود داشت ($P < 0/05$).

از میان ۱۲۰ نفر با توده گردنی بررسی شده، گروه التهابی و عفونی با ۳۳/۴۸٪ (مورد ۵۸) و پس از آن نئوپلاسم‌های بدخیم با ۲۵٪ (مورد ۳۰) شایعترین موارد بودند. همچنین نئوپلاسم‌های خوش‌خیم با شیوع ۱۲/۵٪ (مورد ۲۲) و توده‌های مادرزادی با شیوع ۹/۷٪ (مورد ۱۲) در رده‌های بعدی قرار گرفتند. در ۵٪ (شش مورد) موارد جواب پاتولوژی نمونه از توده، ناکافی بیان شده بود (نمودار ۲).

از نظر فراوانی تومورهای خوش‌خیم و بدخیم در گروه سنی ۰-۱۵ سال، فقط دو مورد تومور وجود داشت که هر دو بدخیم و لنفوم بودند. در گروه سنی ۱۵-۴۰ سال، ۳۸/۴۶٪ تومورها بدخیم و ۶۱/۵۳٪ تومورها خوش‌خیم بودند و در گروه سنی بیش از ۴۰ سال نیز ۸۰٪ تومورها بدخیم بودند. بر طبق این یافته‌ها آنالیز آماری نشان داد که بین افزایش سن و بروز بدخیمی ارتباط آماری معنادار وجود دارد ($P < 0/05$).

در میان توده‌های التهابی و عفونی، لنفادنیت واکنشی با ۵۶/۳٪ (مورد ۳۱) بیشترین تعداد پاتولوژی را شامل شد و در درجه بعدی مایکوباکتریوم توبرکلوزیس (Mycobacterium tuberculosis) (عامل بیماری سل) با شیوع ۲۱٪ (مورد ۱۲) قرار گرفت. سایر موارد التهابی شامل سیالادنیت (Sialadenitis) مزمن، لنفونود کیستی، آبسه و عفونت‌های قارچی درصد کمی از موارد التهابی و عفونی را شامل شدند.

مطالعه You منتشر شده است تعداد بیماران بررسی شده بیشتر بود. در این مطالعه ۷۲/۴۱٪ موارد را تومورهای بدخیم و ۲۷/۵۹٪ موارد را تومورهای خوش خیم تشکیل دادند. در مطالعه ما نیز مانند این مطالعات تومورهای بدخیم درصد بیشتری را نسبت به تومورهای خوش خیم شامل می شدند.^{۱۷-۱۵}

مطالعه حاضر نشان داد با افزایش سن، بروز ضایعه نئوپلاستیک افزایش پیدا می کند و پس از موارد انتهایی و عفونی، نئوپلاسم بدخیم شایعترین می باشد. در نئوپلاسم های بدخیم نیز شایعترین پاتولوژی را SCC دربرگرفته بود که این نتایج با مطالعه انجام شده توسط Norouzbeigi و همکاران مطابقت دارد. نتایج مطالعه آنها نشان می دهد که با افزایش سن، احتمال ضایعه نئوپلاستیک از ۷٪ در گروه سنی زیر ۱۵ سال به ۶۷٪ در گروه سنی بالای ۴۰ سال افزایش می یابد. در این مطالعه بیان شده است پس از حذف عوامل انتهایی شایعترین پاتولوژی در مردان، SCC (۳۷٪) و در زنان، سل (۱۸٪) بوده است.^{۱۲}

سپاسگزاری: این مقاله حاصل بخشی از طرح تحقیقاتی تحت عنوان "بررسی فراوانی پاتولوژی توده های گردنی در بیماران بستری در بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان شفای کرمان" در سال های ۱۳۹۳ تا ۱۳۹۷ مصوب دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان در سال ۱۳۹۳ به کد اخلاق IR.KMU.Rec.1392.05 می باشد که با حمایت دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی کرمان اجرا شد.

ضایعه نئوپلاستیک در مردان ۱/۵ برابر زنان بوده است، نزدیک می باشد. در موارد بدخیم نیز در مطالعه ما نسبت مذکر به مونث ۴/۱ به یک بود که با مطالعات پیشین تطابق دارد.^{۱۱}

در مطالعه Hayenes و همکاران نشان داده شد که بدخیمی توده های گردن در افراد بالای ۴۰ سال سیگاری بیشتر می باشد که با نتایج مطالعه ما که ۲۰/۸۳٪ از افراد دارای توده گردن، سابقه مصرف سیگار داشتند همخوانی دارد که نشان دهنده این است که مصرف سیگار فاکتور خطر مهم بدخیمی سر و گردن می باشد.^{۱۰}

در مطالعه انجام شده توسط Kazemi در تهران چهار علت عمده توده های گردنی به ترتیب غده تیروئید، غدد بزاقی، غدد لنفاوی و تومورهای مادرزادی بودند، اما در مطالعه ما لنفادنیت واکنشی و بدخیمی شایعتر بودند که با آن مطالعه متفاوت بود.^{۱۴}

در مطالعه حاضر، درصد تومورهای بدخیم و خوش خیم از میان کل توده ها به ترتیب ۲۵٪ و ۱۲/۵٪ بود اما در مطالعه Makino این نسبت ۴٪ و ۹۶٪ بوده است. علت این تفاوت در این است که Makino فقط تومورهای منشا گرفته از بافت همبند را در مطالعه خود بررسی کرده است. اما در مطالعه You که کل تومورهای سر و گردن صرف نظر از منشا آنها را بررسی کرده بود، یافته ها به مطالعه ما شباهت داشت و نسبت تومورهای بدخیم ۶۹/۶۲٪ و تومورهای خوش خیم ۳۰/۳۷٪ ذکر شده است. نکته قابل توجه بزرگی حجم مطالعه You است (۷۸۷۸ بیمار) که یافته های او را از اعتبار خاصی برخوردار می سازد. در مطالعه Wang و همکاران که سه سال پس از

References

- Dickson PV, Davidoff AM, editors. Malignant neoplasms of the head and neck. Seminars in pediatric surgery; 2006: Elsevier.
- Lucumay EM, Gilyoma JM, Rambau PF, Chalya PL. Paediatric neck masses at a University teaching hospital in northwestern Tanzania: a prospective analysis of 148 cases. *BMC Res Notes* 2014;7(1):1-7.
- Patigaroo SA, Dar NH, Jallu AS, Ahmad R. Thyroglossal duct cysts: a clinicosurgical experience. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2017;69(1):102-7.
- Khaja SF, Lambert EM, Manaligod JM. Congenital neck mass. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg* 2016;142(9):907-8.
- Ashizawa K, Yoshimura K, Johno H, Inoue T, Katoh R, Funayama S, et al. Construction of mass spectra database and diagnosis algorithm for head and neck squamous cell carcinoma. *Oral Oncol* 2017;75:111-9.
- Chen A, Otto K. Differential diagnosis of neck masses. *Cummings otolaryngology-head and neck surgery 5th ed Philadelphia: Mosby Elsevier* 2010:1636-42.
- Brown RE, Harave S. Diagnostic imaging of benign and malignant neck masses in children-a pictorial review. *Quant Imaging Med Surg* 2016;6(5):591-604.
- Irani S, BIDARI ZF, Sabeti S. Prevalence of pathological entities in neck masses: A study of 1208 consecutive cases. *Avicenna J Dent Res* 2016;8(1).
- Larizadeh MH, Damghani MA, Shabani M. Epidemiological characteristics of head and neck cancers in southeast of Iran. *Iran J Cancer Prev* 2014;7(2):80.
- Haynes J, Arnold KR, Aguirre-Oskins C, Chandra S. Evaluation of neck masses in adults. *Am Fam Physician* 2015;91(10):698-706.
- Byun SC, Kim DS. Clinical investigation of neck masses in children. *J Korean Pediatr Soc* 1996;39(10):1429-42.
- Norouzbeigi Y, NooralahianMohajer M, Ghazizadeh Hashemi A. Cross-sectional examination of cervical masses in outpatients and inpatients of Imam Reza Hospital in Mashhad. *Iran J Otorhinolaryngol* 1381;14:(30)3-4.
- Wang JT, Palme CE, Morgan GJ, Gebiski V, Wang AY, Veness MJ. Predictors of outcome in patients with metastatic cutaneous

- head and neck squamous cell carcinoma involving cervical lymph nodes: improved survival with the addition of adjuvant radiotherapy. *Head neck* 2012;34(11):1524-8.
14. Kazemi M. Etiology of neck masses. *J Qazvin Univ Med Sci* 2001;4(4):40-5.
 15. Makino Y. A clinicopathological study on soft tissue tumors of the head and neck. *Pathol Int* 1979;29(3):389-408.
 16. You M. Analysis of 7878 patients with tumors in the head and neck. *Zhonghua zhong liu za zhi [Chinese J Oncol]* 1989;11(4):282-7.
 17. Wang MB, Strasnick B, Zimmerman MC. Extranodal American Burkitt's lymphoma of the head and neck. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1992;118(2):193-9.

Studying the epidemiological and clinical features of neck masses in Kerman, Iran

Mohammad Ali Damghani
M.D.¹
Fatemeh Fani Molky M.D.^{1*}
Soheil Motamed M.D.,
M.P.H.^{1,2}

1- Department of
Otorhinolaryngology and Head &
Neck Surgery, Faculty of Medicine,
Kerman University of Medical
Sciences, Kerman, Iran.
2- Student Research Committee,
Kerman University of Medical
Sciences, Kerman, Iran.

* Corresponding author: Department of
otorhinolaryngology, Kerman University
of Medical Sciences, Kerman, Iran.
Tel: +98-34-32115457
E-mail: fatemehfanimolky@gmail.com

Abstract

Received: 14 Apr. 2021 Revised: 22 Apr. 2021 Accepted: 14 Aug. 2021 Available online: 23 Aug. 2021

Background: Neck mass is one of the most common clinical findings in all age groups. Differential diagnosis of masses includes a range of pathologies from congenital to infectious or neoplasm. Understanding the risk factors of neck masses can help us to assess them properly. The purpose of this study is to obtain the epidemiological and clinical features of different neck masses in Kerman, Iran.

Methods: This research was a descriptive, retrospective and cross-sectional study. 120 Patients that have been biopsied from neck masses during March 2014 to March 2018 in the otorhinolaryngology department of Shafa hospital of Kerman (referral center of otorhinolaryngology disease of southeastern Iran), were the participants of the study. Data regarding age, sex, history of addiction, smoking and definite pathologic diagnosis were collected and analyzed with SPSS 20th version.

Results: Of 120 cases, 57.5 % were male and 42.5% were female. In the malignant masses group, the male to female ratio was 4.1 to 1. The average age of patients was 39.44 years old. From them, 20.83 percent had a history of smoking but 79.17 percent had never experienced smoking. In addition, 77.5% of the patients have not experienced opium consumption and 22.5% were addicted to opium regularly. There was a significant relationship between smoking and opium consumption and the incidence of malignant cervical masses ($P<0.05$). In the pathological study, inflammatory and infectious masses with 48.33 percent were in the head of pathology; malignant neoplasm with 25 percent, benign neoplasms with a prevalence of 12.5 percent and congenital masses with a prevalence of 9.7 percent were in the next ranks.

Conclusion: In this study, we investigated the epidemiological and clinical features of neck masses in Kerman. It is obvious that smoking is an important risk factor for neck mass malignancies. Also, the present study revealed that the incidence of malignant tumors increased with age.

Keywords: epidemiology, Iran, neck cancer, neoplasm, risk factor.