

نامه دانشکده پزشکی تهران

شماره ششم از سال بیست و چهارم
اسفندماه ۱۳۴۵

جستجوها و گردآوری علمی

تهیه و تنظیم از: پرفسور جمشید اعلم
دکتر عبدالحسین طباطبائی

بررسی آدنوپاتی های مزمن گردن در بیماریهای گوش = گلو و بینی

پیدا شدن یک یا چند گانگلیون در گردن و از بین نرفتن آنها برای بیمار و بخصوص برای پزشک غالباً باعث ناراحتی خیال و نگرانی میشود، چون تعداد آدنوپاتی های بدخیم در گردن امروزه نسبت به گذشته کسب اهمیت بیشتری نموده است و عات آن پیشرفتی است که از ۳۰ سال پیش باینطرف در آزمایشهای آسیب شناسی و تعمیم آن حاصل شده است. آمارهای زیر این موضوع را بخوبی نشان میدهد.

در ۱۵۰ مورد آزمایش آسیب شناسی از گانگلیونهای گردن که در آزمایشگاه آسیب شناسی بخش گوش حلقی و بینی بیمارستان امیراعلم انجام گردیده نتیجه برقرار زبر بوده است.

۲۲ مورد

آدنیت مزمن و تحت حاد

| | |
|--|--------------------------------|
| ۲ مورد | هیپرپلازی لنفاوی |
| » ۷۸ | آدنیت سلی |
| » ۱۰ | لنفوم بدخیم |
| » ۲۱ | متاستاز گانگلیونی (اپی تلیوما) |
| » ۱۴ | هوچکین |
| کاستلا در ۱۹۵۶ . . . ۴ مورد سیتودیاگنوستیک توسط پونکسیون آدنوپاتی های گردن | |
| نتایج زیرین را بدست آورد: | |
| ۱۱۰ مورد | گانگلیون طبیعی |
| » ۴۰ | هیپرپلازی رتیکولر |
| » ۱۰ | ورم تحت حاد معمولی |
| » ۵۰ | عفونت مزمن سلولهای اپی تلیوئید |
| » ۲۵ | لنفوگرانولوسیتوز بدخیم |
| » ۱۴ | لنفورتیکولوسارکم |
| » ۱۰۱ | متاستاز اپی تلیوما |

بنابراین در مقابل برخورد با آدنوپاتی مزمن گردن نبایستی رویه احتیاط را از دست داد هر چند که خیلی از آنها خوشخیم بوده و در وهله اول شناخته میشوند ولی برخی دیگر از آنها پزشک را دچار شک و تردید نموده و برای تشخیص آنها بایستی از آزمایشهای بالینی و بیولوژیکی و مطابقت نمودن نتایج آنها استفاده نمود.

معاینه بالینی بیمار مبتلا به آدنوپاتی گردن

برای آنکه علت آدنوپاتی تشخیص داده شود و از علائم بالینی به منشأ آن پی ببریم نکات زیر را بایستی بکاربرد:

پرسش - یعنی به بینیم آیا آدنوپاتی پس از یک آدنیت حاد یجاسانده یا آنکه از اول بصورت تحت حاد خود نمائی کرده است. پیدایش آن تدریجی بوده یا در مدت کمی ظاهر گردیده است؟ محل آدنوپاتی هم جالب است چنانچه گانگلیون کاملاً محدود باشد باید در مسیر و نواحی مربوطه از لحاظ کالبدشناسی جستجو نمود یعنی زبان، حلق و حنجره و پوست سر را معاینه نمود چنانچه آدنوپاتی کمتر محدود باشد و بخصوص اگر دو طرفی باشد حدس بطرف علت عمومی متوجه میگردد.

با وجود این گانگلیون در نوع آن اثر قطعی ندارد چون ممکنست گانگلیون در قاعده گردن

باشد و علت آن ورمی، سرطانی ویاسلی باشد.

درد - باید بالمس کردن و پیرشش فهمید آدنوپاتی دردناک است یا نه. آنها که علت ورمی دارند معمولاً دردناک هستند هرچند گاهی گانگلیونهای غیر ورمی مثل هوچکین هم ممکنست دردناک گردند (در سوابق استعمال الکل که بیشتر حس فشار داخل گانگلیونی است) گانگلیونهای بدخیم سخت و مقاوم حس میشوند و بزرگتر از گانگلیونهای ورمی هستند. حالت عمومی را هم بایستی در نظر گرفت رنگ پریدگی، ضعف، مفرط، لاغر شدن بیشتر در گانگلیونهای بدخیم دیده میشود.

بالاخره پیشینه بیمار را هم بایستی دانست. وجود آدنوپاتی در جاهائی دیگر (در قسمتهای عمقی) در سوابق شکوک از آزمایشهای پاراکلینیکی بایستی کمک گرفت شمارش گویچه ها و هموگرام نهایت لزوم را دارد. ندرتاً ممکنست شماره گویچه ها تغییر نکرده و زیاد نشده باشد. این آزمایشها به تشخیص کمک شایانی مینمایند اندازه گیری سرعت ته نشین شدن گویچه ها همیشه تأثیر کلی در تشخیص ندارد. در آدنوپاتیهای ورمی سرعت ته نشین شدن زیاد میشود موارد استثنائی هم وجود دارد. بهر حال چنانچه این سرعت ته نشین شدن خیلی زیاد شده باشد قابل اهمیت خواهد بود. آزمایش خون از لحاظ عیب های خونی در سوابدی که خونریزی در کار باشد لازم است.

کوتی یا انترادرموراکسیون باتوبرکولین چنانچه مثبت باشد ارزشی ندارد مگر آنکه نزد بیمار خیلی جوان دیده شود یا اینکه بطور شدید مثبت باشد. چنانچه منفی باشد بایستی تشخیص سلی بودن را منفی دانست در هوچکین هم کوتی را آکسیون با توبرکولین منفی است چنانچه کوتی باتوبرکولین منفی و سدی مانتلایون خیلی زیاد باشد آدنوپاتی هم در گردن باشد باید فکرنفوگراولوما توم بدخیم نمود ولی در تمام موارد، این فرمول صدق نمیکند.

رادیوگرافیه ریبه ومدیاستن - عکسبرداری از جلو و نیمرخ در تمام موارد بایستی انجام گیرد. (بمنظور رد کردن علل سلی یا برای سرطان ریبه و برونشها و یا هوچکین و سارکوئیدوز)

همو کولتور - در مواقعی که بیمار تب میکند لازم است چون ممکنست میکرب ویا باکتری از نسج ناسد شده در گانگلیون وارد خون گردد.

در برابر آدنوپاتی های مزمن گردن متخصص بیماریهای گوش، گلو و بینی

بایستی چه روشی اتخاذ کند؟

قبل از برداختن به معاینات حلق و بینی پزشک متخصص بایستی سن و جنس بیمار را در نظر بگیرد چون در هر سنی احتمال علل بخصوصی بیشتر داده میشود.

نزدیک کودک رتیکولولنفو سارکم و پیش نوجوان ویا تازه بالغین اپی تلیوسا سارکم بیشتر دیده میشود باینجهت دراینها باید کاوم ولوزه‌ها را معاینه نمود. دراشخاص سسن در تمام قسمت‌های حلق ممکنست سرطان جایگزین گردد باینجهت درآنان بایستی معاینه کاملتر وعمومی‌تر باشد.

نزد زنان تومورهای حلق یعنی لوزه و کاوم خیلی بیشتر است تا تومورهای حنجره و حلق تحتانی.

گاهی در معاینه تشخیص قطعی داده میشود که علت سرطان، سیفلیس ویا علت دیگر است ولی در خیلی از موارد علت اضافه شدن ورم و ضایعات چرکی ثانوی ممکنست ضایعات اولیه سخنی شده و باعث گمراهی تشخیص گردد باینجهت در این موارد لازم است دربان ضد ورسی قبلی بشود تا حدود ضایعات بخوبی آشکار گردد و این دربان مقدساتی نبایستی ازه روز بیشتر بطول انجامد و پس از برطرف شدن ورم اقدام به بیوپسی بشود.

علائم حسی - این علائم در جستجو و پیدا کردن محل اولیه تومور ارزش زیادی دارند مثل گرفتگی بینی، خون آمدن از بینی یا سنگینی گوش که توجه را بطرف بینی و کاوم معطوف مینمایند. درد هنگام بلع در طرف آدنوپاتی همراه یا بدون تیر کشیدن بطرف گوش و وجود ترشحات و اخلاط خونی یا احساس جسم خارجی در حلق علائمی هستند که نظر را متوجه تومور حلق مینمایند.

بالاخره گرفتگی و دو رگ شدن صدا و تنگی نفس استحاج حلق و حنجره را ایجاب مینماید همچنین آگزوفتالمی یا فالج حرکات کره چشم ویا اختلال دید علائمی هستند که معاینه بینی و سینوس‌ها را بطور دقیق واجب مینماید.

ولی همیشه علائم حسی واضح و آشکار ممکنست نباشند بلکه خفیف و ناچیز بوده و در میان سایر علائم مبهم دیگر مثل سوزش ویا خارش حلق و حنجره محو گردد. بخصوص آنکه این تومورها در اشخاصی دیده میشوند که مبتلا به ورم مزمن حلق بوده سیگار زیاد دود مینمایند و به مشروبات الکلی عادت دارند و وضعیت دندان‌هایشان خوب نیست.

معاینات تخصصی گوش و حلق و بینی

مشاهده بک آدنوپاتی در گردن بلافاصله این بدگمانی را ایجاد مینماید که امکان دارد منشأ مولد آن سرطان باشد بنابراین معاینه راه‌های تنفسی فوقانی یعنی حلق و بینی را ایجاب مینماید و محل آدنوپاتی توجه ما را بطرف عضوی که بیشتر مشکوک بنظر میرسد جلب مینماید. چون آدنوپاتی غالباً نمایش دهنده انتشار ضایعاتی است که مستقیماً در مسیر غدد

لنفای آن ناحیه پیدا میشوند. اگر فقط یک گانگلیون بزرگ شده باشد باسانی میتوان تومور را در ناحیه مربوطه اش پیدا نمود ولی چنانچه چندین گانگلیون بزرگ شده باشند آنکه از همه بزرگتر است معمولاً نماینده محل اولیه تومور میباشد باین ترتیب اگر گانگلیون در قسمت بالای گردن قرار گرفته باشد یعنی عقب شاخه بالا رونده استخوان فک تحتانی، در این مورد بایستی کاوم، سینوسهای پروزینی و فکی را بدقت جستجو نمود اگر گانگلیون در قسمت پائین گردن باشد مثلاً زیر عضله اوسوهیوئید، توجه بایستی بطرف حلق تحتانی وزیر گلو ت معطوف گردد. وقتی گانگلیون زیر زاویه فکی باشد یا زیر عضله دیگاستریک بایستی تمام ناحیه فکی دهان و حلق را جستجو نمود. دوطرف و نوك زبان را معاینه نمود.

کف دهان، فک تحتانی و قسمت تحتانی فک فوقانی میتوانند آدنوپاتی‌های در ناحیه گردن در قسمت تحتانی آن بدهند. معاینه معمولاً در طرفی که آدنوپاتی هست دقیق تر صورت میگیرد معذک سوار داری هم هستند که ضایعه در یک طرف و آدنوپاتی در طرف دیگر گردیده شده است. مثلاً اپی تلیوسای لوزه بخصوص ممکنست تولید آدنوپاتی زیر فکی در طرف مقابل بدهد. این نوع مبتلا شدن لنفاتیک‌های طرف دیگر بعلمت پیوند و آناتومی‌های لنفاتیکی است که از راه زبان و یا ناحیه کاسی عبور مینماید.

امتحانات تخصصی گوش و گلو و بینی

از شرح مفصل و جداگانه هر یک از اندام‌های گوش، حلق، بینی و دهان خودداری نموده فقط یادآوری میشود که این معاینات و امتحانات بایستی با کمال دقت و در همه قسمتها بخصوص در نازوفارنکس و قسمت خلفی بینی و آتموئیدها و سینوسها انجام گرفته و از تمام وسائل برای بی بردن به وضعیت آنها بایستی استفاده نمود.

بررسی ارتباط بین تومور و آدنوپاتی

چنانکه قبلاً هم یاد شد محل آدنوپاتی و خصوصیات آن از لحاظ تشخیص باندازه خود معاینات گوش و حلق و بینی مفید و مؤثر میباشد یعنی وضعیت آدنوپاتی ما را بطرف تشخیص صحیح متوجه مینماید.

۱- موقعیکه گانگلیونهای زیرین و گردنی با هم مبتلا شده باشند موارد زیر ممکنست در کار باشد.

غالب تومورهای حفره دهان مخصوصاً تومورهای قدامی آن ناحیه .
تومورهای قسمت قدامی حفره‌های بینی.

بعضی تومورهای حلق سیانی مخصوصاً تومورهای لوزه. این وضعیت کمتر ممکنست

در تومورهای کاوم و تومورهای قسمت خلفی حفره های بینی دیده شود و هیچگاه در تومورهای قسمت تحتانی حلق و حنجره این حالت مشاهده نمیشود.

خصوصیات و شکل آدنوپاتی هم میتواند توجه ما را بطرف ضایعه اصلی جلب نماید موقعیکه آدنوپاتی سخت و مقاوم بوده و بنظر برسد که مربوط به اپی تلیوما باشد قسمت های کاوم لوزه و اطراف آن و سینوس پیریفورم را باید امتحان نمود.

موقعیکه گانگلیونها بزرگ، نرم و دوطرفی باشند بایستی فکر لنفوسارکم یا لنفورتیکولوسارکم را نمود. در این مواقع دقت باید متوجه کاوم و محل لوزه یعنی جاهائی که نسج لنفاوی بیشتر هستند گردد و در عین حال نبایستی از نظر دور داشت که چنین تومورهائی در حفره بینی وقاعده زبان هم ممکنست پیدا شوند.

پیشرفت و سیر گانگلیون هم در توجه کردن نظرها بطرف تشخیص مؤثر است گاهی ممکن است آدنوپاتی مربوط به اپی تلیوما باشد و در عین حال حالت ورسی هم بخود بگیرد و در این مورد گانگلیون بزرگ و سخت است و در فشار دردناک است. عفونت در اینجا اول تومور را آلوده کرده و سپس به گانگلیونها رسیده است.

دیگر اینکه بزرگ شدن تومور و بزرگ شدن گانگلیون های مربوطه همیشه به موازات هم صورت نمیگیرد. در ۵٪ موارد این برابری موجود است یعنی به نسبت بزرگ شدن تومور آدنوپاتی هم پیشرفت مینماید. در ۱٪ موارد آدنوپاتی پیشرفت مینماید در حالی که ضایعه اولی کوچک باقی مینماند. در ۲٪ موارد بعکس ضایعه اولیه یعنی تومور بزرگ میشود در حالی که گانگلیون بزرگ نشده و متوقف باقی مینماند.

نتایج بررسی بالینی

از بررسیهای بالینی سه حالت ممکنست پدید بیاید:

۱- متخصص پس از معاینات گوش، گلو و بینی بطور قطعی علت آدنوپاتی گردن را پیدا مینماید.

۲- گمان متخصص به محل ضایعه و نوع آن سیود ولی نه بطور قطع.

۳- بی به علت آدنوپاتی نمیبرد.

حالت اول - هنگامیکه علت آشکار و قطعی است.

در بیشتر موارد علت آدنوپاتی در او این معاینه بیمار با سانی معلوم میشود منتها متخصص

بایستی روشن نماید که این ضایعه چیست و در چه وعله ای از پیشرفت است.

چنانکه قبلا هم ذکر شد از لحاظ بیماریهای حلق و بینی بیشتر این علت، سرطان

است و آدنوپاتی هم بطورثانوی در نتیجه آن پیدا شده بنابراین بایستی بین تومورهای زیرین جستجو نمود:

ایپیتلیوما . ازهنوع که باشد میتواند تولید آدنوپاتی در هر نقطه گردن بنماید فقط ایپیتلیوماهای طناب صوتی تا اندازه ای ازاین قاعده پیروی نمی کند .
خاصیت انتشار پیدا کردن از راه لنف در ایپیتلیوماهای دستگاه گوش گلو و بینی برحسب وفور بترتیب زیرین است .

- | | |
|------------------------|---------------|
| ۱- ایپیتلیوماهای کاوم | ۹۰ تا ۹۲ درصد |
| ۲- ایپیتلیوماهای زبان | ۸۵ » |
| ۳- سینوس پیریفورم | ۸۰ تا ۸۳ » |
| ۴- « لوزه | ۷۰ تا ۷۵ » |
| ۵- « حفره دهان | ۶۰ تا ۶۸ » |
| ۶- « حنجره | ۴۵ تا ۶۰ » |
| ۷- « گوش | ۱۸ تا ۲۲ » |
| ۸- « حفره بینی و سینوس | ۶ تا ۱۸ » |

چون این آدنوپاتیها ممکنست تا حدی ستورم و چرکی هم شده باشند باین جهت بایستی مدت ۵ تا ۶ روز درمان ضد ورسی با آنتی بیوتیک و کورتون نمود .

سارکوماها - لئوسارکوماها و لئمفورمیکولوسارکوماها در قسمت سهمی از گردن تولید آدنوپاتی میکنند مگر در وهله کاسلا ابتدائی و بطور کمیاب و در اکثر موارد پیشرفت آدنوپاتی همراه بانمو تومور اولیه است که غالباً محل آن در کاوم و یا لوزه است ولی ممکنست در حفره بینی و قاعده زبان هم دیده شود . در جاهای دیگر کمتر جایگزین میشود .
لئوسارکوما و رتیکولوسارکوما تولید آدنوپاتیهای بزرگی مینماید که غالباً دو طرفی بوده و باعث تغییر شکل گردن و ناحیه بالای ترقوه ای میشوند .

تومورهای ملانیک - در حفره های بینی و لوزه تولید آدنوپاتی متعدد مینماید که شماره قابل ملاحظه ای از گانگلیونهای زنجیره ژوگو کاروتیدین و زنجیره اسپینال یک یا دو طرف را فرا میگردد در جهش های بیش رونده در نقاط دیگر بدن هم گانگلیونها مبتلا میشوند .

پلاسموسیتوم - بیشتر در ناحیه کاوم حفره های بینی دیده میشوند و خیلی کم تولید آدنوپاتی در گردن مینماید . تومورهای بدخیم دیگر معمولاً در گردن آدنوپاتی نمیدهند .

بهینهم تومور درجه مرحله ای از پیشرفت است .

ممکن است پیشرفت تومور و آدنوپاتی بموازات هم باشند .

ممکن است تومور اولیه کوچک بماند ولی آدنویپاتی به پیشرفت خود ادامه دهد. آدنویپاتی‌هایی که از نوع مالپیچی هستند و منشا آنها پیدا نشده غالباً بعلمت یک اپی‌تلیویس کوچک و غیرقابل دیده شدن هستند که در وهله ابتدائی و داخل اپی‌تلیال بوده‌اند. گاهی هم آدنویپاتی بطور ثانوی بشکل برگشت وعود یک اپی‌تلیویس درمان شده قبلی خودنمایی مینماید. غیر از علل سرطانی که ذکر شد آدنویپاتی گردن ممکن است بطور ثانوی در موارد زیر پیدا شوند:

۱- بعد از یک عفونت معمولی .

بعضی اوقات علت قطعی و مشخص است مثل کرم خوردگی و فیستول دندان‌های همچنین بعضی عفونتهای لوزه‌ای ورم سزمن لوزه دمل لوزه از نوع تحت حاد و سزمن آنژین و انسان و آنژین مونوسیت . معذکک در این موارد بعد از درمان مربوطه بایستی گانگلیونها را مجدداً معاینه نمود .

۲- عوارض درجه اول سیفیلیس - خود شانکر با علائم واضحی که دارد مورد بحث نیست ولی خصوصیات آدنویپاتی را بایستی در نظر گرفت و از سابقه بیماری نامبرده و تشخیص آزمایشگاهی با اوانترا میکروسکپ کمک خواست .

۳- سل دهان و حلق - چنانچه محل ورود باسیل بشکل زخمی روی زبان و حلق دیده شود و در آزمایش باسیل کخ یافت شود آدنویپاتی نماینده ضایعات سلی است ولی اگر محل ورود میکرب دیده نشود یا بشکل کرم خردگی دندان و یا زخم چرک کرده‌ای باشد و میکرب سل در آن دیده نشود با این حال آدنویپاتی ممکنست مربوط به ورم سزمن معمولی و ساده باشد .

حالت دوم مواردیکه علت آدنویپاتی بطور قطع معلوم نبوده و فقط مشکوک بنظر میرسد در این موارد بیوپسی لازم است ولی بایستی با احتیاط انجام گیرد چون ممکن است این عمل کوچک باعث شدت وحدت پیشرفت شده و بیماری را غیر قابل درمان نماید . باید هر چه ممکن است کمتر تولید زخم و تحریک نماید و در عین حال از جای مناسب و با اندازه کافی برداشته شود تا نتیجه آزمایش بهتر باشد و مناسبتر است پس از چند روز درمان ضد ورسی اقدام بان گردد معمولاً بیوپسی خیلی از اندامها خطری ندارد مثل حفره بینی - گوش و حنجره . در بعضی از جاهای دیگر این خطر زیاد سهم نیست مثل کایوم و سینوس پریفورم ولی بعضی جاها بعکس ممکن است بیوپسی باعث پیشرفت سریع و کشنده شود مثل زبان، لوزه مخصوصاً سینوس فکی . در دو مورد دیگر هم بیوپسی خطراتش داردیکی لنفوسارکوم و دیگری ملانوسارکوم است . در این دو مورد بخصوص در ملانوسارکوم که بیشتر در اطراف لب و لوزه است و از رنگ متمایل بسیاه آن میتوان

پیش بینی کرد بلافاصله پس از بیوپسی بایستی تحت درمان قرار گیرند و یا ضمن عمل آزمایش آسیب شناسی آنها را انجام داد .

حالت سوم - در بعضی از موارد در امتحان گوش، گلو و بینی هیچ علتی برای آدنوپاتی پیدا نمی شود در حالی که آزمایش آسیب شناسی نشان می دهد که آدنوپاتی متاستاز یک اپی-تلیومیوماست در چنین مواردی بایستی در این فکر بود که ممکن است اپی تلیومیوما در وهله صغیر یعنی داخل اپی تلیال باشد در این حال است که بعقیده برخی آزمایش سیتولوژی در هر سه طبقه حلقی تأثیری در تشخیص ممکن است داشته باشد .

این وسیله تشخیص در رشته بیماریهای گوش، گلو و بینی متداول نشده است برای اینکه اولاً حفره ها قابل دیدن بوده و بخوبی میتوان اقدام به بیوپسی نمود . دیگر اینکه بعلت آلوده بودن به میکربها و داشتن ترشحات زیاد نتیجه گیری خوب و رضایت بخش نخواهد بود .

آزمایش آسیب شناسی

این آزمایش یعنی استخوان آناتومیوپاتولوژیکی و بیوپسی سستیم برای شناختن عامل اصلی نهایت ضرورت را دارد و به سه شکل میتوان انجام داد . پونکسیون باسوزن، بیوپسی گانگلیون و دریل بیوپسی Drill biopsy - از این سه استخوان فقط بیوپسی گانگلیون را مورد بحث قرار داده و از دو طریق دیگر که خیلی کمتر مورد استعمال دارند صرف نظر میشود .

در کلیه مواردی که احتمال داده شود آدنوپاتی - متاستازیک تومور بدخیم باشد و یا اینکه خود تومور اولیه بدخیم بنظر برسد بایستی از سنج برداری خودداری کرد بنا بر این موارد برداشتن گانگلیون گردن برای بیوپسی باید خیلی محدود بوده و با رعایت شرایط زیر انجام پذیرد :

- ۱- بعد از یک درمان ضد ورسی با آنتی بیوتیک و کورتون بمدت ۴ الی ۶ روز .
- ۲- قبلاً یک یا دو جلسه رادیوتراپی بمقدار کافی نمود برای اینکه سیر آنرا سریع نکند و ضمناً تغییرات زیادی در ساختمان گانگلیون داده نشود و در نتیجه آزمایش را مخدوش ننماید .
- ۳- بهترین است تمام گانگلیون را با رعایت کامل گندزدائی برداشت .
- ۴- چنانچه ممکنست آزمایش فوری نمود بدون آنکه نسج درمابیع فیکساتور انداخته شود .
- ۵- پس از برداشتن گانگلیون آپونوز سطحی گردنی را بایستی خوب بخیه کرد تا مانع سزایت به پوست شود .

۶- چنانچه نتیجه آزمایش اپی تلیومیوما بود فوراً گانگلیونهای دیگر را بایستی برداشت و رادیوتراپی به مدد زیاد نمود یا چنانچه تومور نفوذیید و یا ریکولر بود فوراً اقدام به رادیوتراپی و شیمی درمانی کرد .

خلاصه

آدنوپاتی های مزمن گردن در بیمارهای گوش - گلو - بینی زیاد دیده شده و قابل توجه می باشد چنانچه معاینات بالینی و آمار نشان داده یکمده از این آدنوپاتی ها مربوط به هوچکین و مخصوصاً تومورهای سرطانی این ناحیه میباشند.

آدنوپاتی تومورهای بدخیم حلق و بینی گاهی زودرس بوده و قبل از پیدا شدن خود تومور خود نمائی مینماید.

معاینه صحیح و دقیق تمام قسمتهای حلق و حنجره و بینی و استفاده از رادیوگرافی و توموگرافی ما را به پیدا کردن منشأ آدنوپاتی راهنمایی مینماید. زود تشخیص دادن نوع آدنوپاتی سرطانی تأثیرشایانی در درمان و بهبودی دارد. غیر از آزمایشهای معمولی باکتريو-لوژیکی، سرم شناسی و خون شناسی آزمایش آسیب شناسی ضرورت و فوریت دارد در سواردی که ورم میکربی به آدنوپاتی اضافه شده باشد قبل از اقدام به بیوپسی ۶ تا ۷ روز درمان ضد ورمی با آنتی بیوتیک و کورتون لازم است. بافت برداری بایستی با دقت و احتیاط انجام گیرد.

References

- 1- Michael Harmer. «Diseases of the cervical lymph nodes» Clinical Surgery, Head and Neck, Chapter 4. Ed. by Charles Role and Rodney Smith. London. Butterworths, 1965.
2. Berman, L.: Malignant lymphomas. Blood, 8 : 195, 1953.
- 3- Shimkin, M. B., and Co - Workers, Hodgkin's Disease lymphosarcoma. Blood 10:1214 1955.
- 4- Hayes Martin, Ranes, C. Chakravorty «Cancer of the Nasopharynx » Diseases of the Nose, Throat, and ear p: 279 Ed. by Chevalier Jackson 1959 .
- 5- Costelli - Minerva Medica 2 m 44 1953 p 1430 - 1440.
- 6- Encyclopedié Medico Chirurgicale oto-rhino - laryngologie 1961 page 20 - 590 .