

استاد : دکتر آرمان روغنی

توده های گردنی

توده های گردنی : هر گونه بزرگ شدگی ، تورم یا رشد غیر طبیعی از بیس جمجمه تا استخوان های کلاویکل

معاینه ی فیزیکی گردن:

آنچه در معاینه ی گردن برای ما اهمیت دارد عبارت است از : inspection یا مشاهده ، percussion یا دق ، auscultation یا سمع و palpation یا لمس .

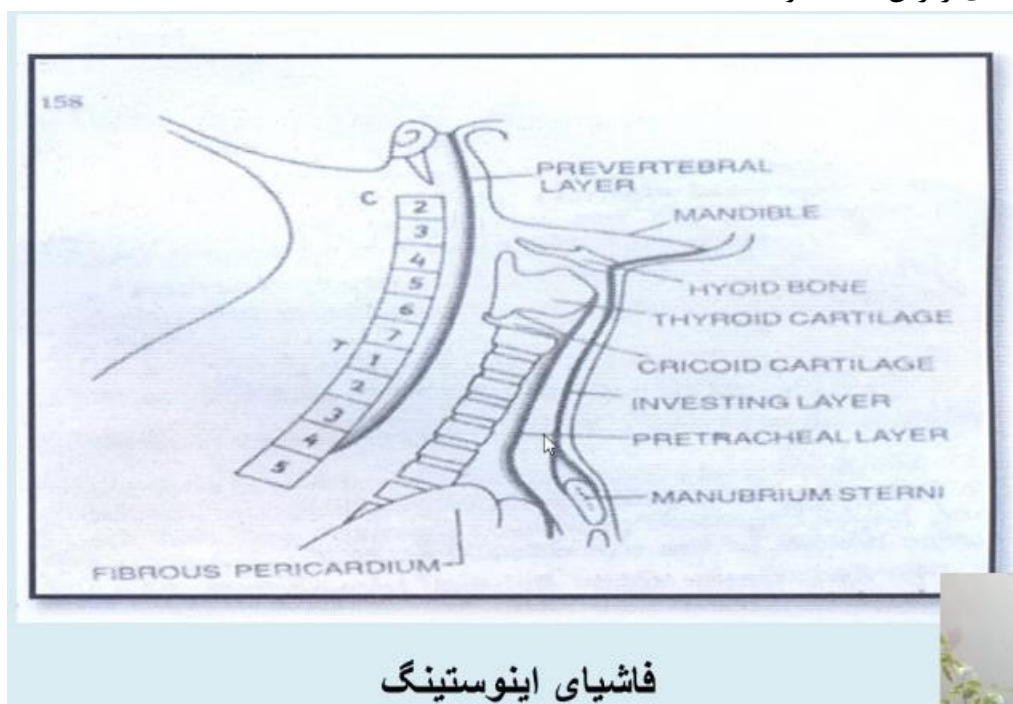
از بین این موارد برای معاینه ی توده های گردنی از inspection و palpation بیشتر استفاده میکنیم .

ما در ابتدا باید آناتومی نرمال گردن را خوب بشناسیم تا بتوانیم ناقرینگی و آنورمالی های گردن را به راحتی تشخیص دهیم.

آناتومی و توپوگرافی نرمال گردن :

فاشیای investing گردن : به بوردر تحتانی مندیبل ، زائده ی ماستوئید ، استخوان هیوئید و استخوان های کلاویکل متصل شده است .

پوست و بافت های تحت جلدی متحرک روی این فاشیا قرار گرفته اند . توده هایی که در این لایه ایجاد میشوند تحرک دارند مگر اینکه به ساختار های زیرین ثابت شوند.



فاشیای اینوستینگ



تقسیم بندی کردن :

ناحیه ی ساب مندیولار : بوردر تحتانی مندیبل ، از زاویه ی مندیبل تا ناحیه ی کانین مارژین فوقانی آن را تشکیل داده و بطن های عضله دی گاستریک حدود قدامی و خلفی این ناحیه را مشخص میکند . ما از بیمار میخواهیم که دهانش را باز کند و ما با مقاومت با این عمل، میتوانیم این ناحیه را مشخص کنیم.



غده ی ساب مندیولار که در زیر ماهیچه ی به شدت متحرک مایلوهایوئید قرار گرفته و غدد لنفاوی در این ناحیه قرار دارند.



لمس دودستی غده ساب مندیولار

معاینه غده ساب مندیولار به صورت لمس دو دستی باید انجام شود به این صورت که یک انگشت را داخل دهان قرار داده و با دست دیگر سه انگشت را به زیر فک فشار ملایمی می دهیم و ماهیچه ی مایلوهایوئید را کنار میزنیم تا بتوانیم غده ی ساب مندیولار را معاینه کنیم .

همچنین گفتیم که در ناحیه ساب مندیولار غدد لنفاوی نیز وجود دارند .

نکته ی مهم در معاینه ی غدد لنفاوی این است که این غدد در حالت عادی قابل تشخیص نیستند و فقط در صورت متورم شدن یا ملتهب شدن میتوانیم آنها را تشخیص دهیم .



ناحیه ی پاروتید : در این ناحیه غده ی پاروتید و غدد لنفاوی قرار دارند.

این ناحیه در قدام توسط بوردر خلفی راموس مندیبل و در خلف توسط کانال شنوایی خارجی ، زائده ی ماستوئید و قسمت قدامی عضله ی SCM مشخص می شود . ممکن است این غده کمی پایین تر از بوردر تحتانی راموس مندیبل قرار داشته باشد. ضایعات گردنی می توانند در ناحیه ی مربوط به عضله ی ماضغه هم ظاهر شوند .

لمس غده ی پاروتید سخت تر از غده ی ساب مندیبولار است؛ زیرا در این ناحیه، فاشیای سفت و چسبنده ای غده ی پاروتید را

پوشانده است . همچنین برای معاینه ی این غده نمیتوانیم از لمس داخل دهانی استفاده کنیم به علت فعال شدن رفلکس گگ . بنابراین اگر در شرایطی مجبور به معاینه ی غده ی پاروتید بودیم میتوانیم از بی حسی موضعی یا بیهوشی استفاده کنیم .. در این ناحیه گره های لنفاوی نیز وجود دارند که در داخل و روی سطح غده پاروتید و در بافت های تحت جلدی ناحیه جلوی گوش و در قطب تحتانی غده قرار دارند و همانطور که گفتیم در حالت عادی قابل لمس نیستند .

مشکلات معاینه ی دو دستی : رفلکس گگ ، ساختار های حلقی قرار گرفته در داخل و راموس مندیبل .

محل گره های لنفاوی : داخل و روی سطح غده پاروتید در بافتهای تحت جلدی، ناحیه جلوی گوش و در قطب تحتانی غده

ناحیه ی میانی و اطراف آن (median , paramedian region) :



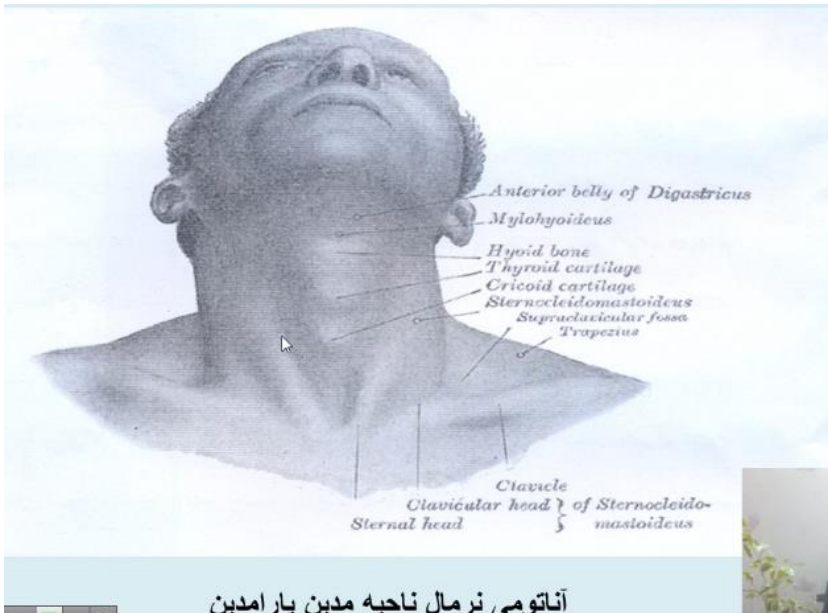
غده ی تیروئید : این غده از بالا به لبه ی تحتانی مندیبل ، از اطراف به بطن قدامی عضله ی دایگاستریک ، از خلف به انتهای خلفی استخوان هایوئید و غضروف های کریکوئید و تیروئید و از قسمت تحتانی بین استخوان های کلاویکل و مارژین فوقانی منوبریوم محدود می شود .

این غده مهم ترین ساختار این ناحیه است که در عمق فاشیای اینوستینگ گردنی قرار دارد . (لمس مشکل بوده و فقط یک حس پر بودن کافیسست)

این غده پروانه ای شکل میباشد . دارای دو لوب طرفی (بیشترین قسمت غده) است که به وسیله ی باریکه ای از جلوی نای عبور می کند و در زیر ریح



قابل لمس غضروف کریکوئید قرار گرفته به هم متصل می شوند . این غده به وسیله ی ماهیچه ی اینفرا هایوئید و استرنوکلئیدوماستوئید پوشانده می شود . (در این ناحیه فقط استخوان هیوئید و غضروف کریکوئید قابل لمس است) (ساختار این ناحیه قابل لمس بودن تیروئید را مشکل میکند)



لوب چپ تیروئید از لوب راست بزرگتر است و طی لمس یک حس پر بودن بیشتر از لوب راست احساس می شود .

برای لمس کردن ابتدا با یک دست غده را ثابت نگه میداریم و انگشتانمان را پشت بورد عضله ی استرنوکلئیدوماستوئید میبریم و با دست دیگر لوب طرفی را لمس میکنیم .

برای لمس باریکه یا ایسموس غده ی تیروئید ابتدا به بیمار می گوئیم آب دهانش را قورت دهد بنابراین قسمت غده ی تیروئید که به نای چسبیده است به بالا حرکت کرده و قابل لمس می شود .

وجود یک توده در لوب طرفی حین قورت دادن با لمس مشخص می شود . در این موارد اگر توده به داخل چسبیده باشد با غده ی تیروئید حرکت میکند .

گاهی ممکن است غدد لنفاوی سفت شده در زنجیره ی فوقانی گردن که ممکن است مربوط به متاستاز بدخیم باشد، با شاخ بزرگ هایوئید و شاخ فوقانی غضروف تیروئید اشتباه گرفته شود .

ناحیه ی طرفی : پشت اتصال هایولارینگوتراکئال (پشت حنجره و استخوان هایوئید) ، پشت بطن خلفی دایگاستریک و دم غده پاروتید تا پایین کلاویکل .

در وسط این ناحیه عضله ی استرنوکلئیدوماستوئید به طور مورب قرار دارد که مانع از لمس جزئیات ساختار ها می شود .

محتویات این ناحیه : عروق و اعصاب بزرگ گردن (در قدام بدنه و زوائد ستون مهره های سرویکال) - زوائد عرضی مهره های اول تا هفتم گردنی (لمس به طور مبهم به صورت توده های سفت غیر قابل حرکت که می تواند با متاستاز های گردنی اشتباه گرفته شود) - ضربان کاروتید (در یک برجستگی زیر بطن خلفی دایگاستریک در راستای زاویه مندیبل حس میشود که ممکن است اشتباهی بیماری در نظر گرفته شود)



کلسیفیکاسیون دیواره ی شریانی در محل دو شاخه شدن کاروتید در تشخیص افتراقی با گره های لنفاوی متاستاتیک قرار میگیرد (بررسی ضربان شریان)

بیشترین گره لنفاوی در ناحیه ی طرفی گردن قرار دارد . همچنین شایع ترین محل از نظر متاستاز های غده لنفاوی از سرطان های سر و گردن می باشد (لنف ناشی از سرطان های اولیه شایع در سر و گردن ابتدا به گره های لنفاوی این ناحیه می ریزد.) (همانطور که قبلا گفتیم گره های لنفاوی به صورت نرمال قابل لمس نیستند).

گره های لنفاوی :

یک شبکه ی مویرگی از لوله های اندوتلیالی زیر پوست و مخاط ناحیه ی سر و گردن، که وظیفه ی جمع آوری مایعات از فضا های بینابینی را به عهده دارند . بین این شبکه ی مویرگی و رگ ها کانال های به مراتب بزرگتری وجود دارند به نام عروق لنفاوی که گره های لنفاوی (مکان هایی برای به دام انداختن میکروب ها و سلول های توموری) در مسیرشان قرار دارد.

در گره لنفاوی مایع باید قبل از ورود به کانال لنفاوی بعدی، دوباره از کانال ها با سایز مویرگی عبور کند .

اولین گره لنفاوی (first echelon node) :

در یک کانال که شبکه ی مویرگی تحت جلدی یا مخاطی به خصوصی میریزد، در نواحی جلوی گوش (در غده ی پاروتید و فاشیای اینوستینگ) ، پشت گوش و نواحی ساب اکسیپییتال قرار دارند که با گره های موجود در نواحی ساب منتال و ساب مندیبولار حلقه ای دور صورت تشکیل می دهند و درناژ ناشی از شبکه های لنفاوی این نواحی را به عهده دارند . (این تیکه از فیلم خیلی مفهوم نبود)

نکته ی مهم این است که اولین مقاومت در برابر انتشار میکروب ها و سلول های توموری در این گره های لنفاوی صورت میگیرد

. و ما از طریق این گره ها میتوانیم بفهمیم که منبع عفونت یا منبع سلول های توموری در کدام ناحیه قرار دارد . ((به صورت کلی اولین گره ی لنفاوی به گره ای میگویند که اولین هدف سلولهای سرطانی و توموری بوده که آنطور که برداشت شد ، بسته به جایی که تومور ازش منشا میگیره،جایش میتواند متفاوت باشد))

محل درناژ لنفاوی قسمت های مختلف دهان :

این قسمت برای ما خیلی مهم است. به خاطر اینکه اگر عفونتی در قسمتی از ناحیه گردن اتفاق بیفتد، باید بیس و مکان اولیه آن را تشخیص دهیم.



وستیبول (لیپال و باکال) - لثه (لیپال و باکال) - کف دهان : ساب منتال و ساب مندیبولار) - قسمت قدامی کام سخت : ساب مندیبولار - لثه ی لینگوال : ساب پاروتید و ساب دایگاستریک و لنف نود های طرفی حلقی - لوزه ها و حلق دهانی : ساب دایگاستریک و لنف نود های طرفی حلق - خلف کف دهان : ساب دایگاستریک ، دو شاخه شدن کاروتید و جوگولواوموهایوئید

خصوصیات توده های غیر طبیعی :

درجه ی حساسیت به لمس (degree of tenderness) : معمولا نشان دهنده ی التهاب یا عفونت و یا هر دو می باشد .
تومور های خوش خیم و بد خیم و کیست ها غیر حساس هستند و اگر تومور دردناکی مشاهده کردیم احتمالا نتیجه ی تهاجم به یک عصب یا عفونت ثانویه در تومور و بافت های مجاور می باشد .

قوام (consistency) :

توده های توپر مثل تومور ها : قوام سفت

کیست ها و آبسه ها : نرم و خمیری (نرمی یک توده به وسیله ی التهاب یا فیبروز بافت های مجاور ممکن است ماسکه شود و از بین برود و یا یک توده پر از مایع در قسمت های عمقی گردن قرار داشته باشد و قابل لمس نباشد)

آبسه : بستگی به مرحله ی تشکیل آن دارد . در مراحل اولیه قبل از تجمع چرک که تورم به خاطر التهاب است ، توده نوسان ندارد و سفت است . و بعد از تجمع چرک توده حالت نرم و نوسان دار (fluctuant یا موج) پیدا میکند .

تومور های بدخیم و متاستاز به گره های لنفاوی : سفت سنگی

گره های لنفی درگیر در لنفوما : حس خمیری .

درجه ی حرکت (degree of mobility) گره های لنفاوی : قابل حرکتند مگر در شرایط پاتولوژیک مانند التهاب یا انتشار متاستاتیک سلول های بدخیم به کپسول گره لنفاوی .

توده های گردنی در چند دسته قرار می گیرند :

۱- گره های لنفاوی بزرگ

۲- غده ی ساب مندیبولار ، پاروتید و تیروئید بزرگ شده یا توده در این غدد

۳- کیست های مادرزادی مربوط به منشا یا محل مشخص

۴- مشتقات عروق و اعصاب در ناحیه طرفی گردن ۵- توده های پوستی



توده هایی که محل مشخص ندارند :

۱- گره های لنفاوی بزرگ شده : شایع ترین توده های پاتولوژیک گردن می باشند . این توده ها اکثرا نتیجه ی پاسخ حاد یا مزمن به یک ارگانیزم عفونت زا می باشند (مثل لنفادنیت). همچنین ممکن است پس از بهبود یک پاسخ حاد به عفونت ، همچنان این گره ها بزرگ بمانند (هایپرپلازی لنفوئیدی خوش خیم) . یا رشد یک تومور یا یک نئوپلاسم بدخیم اولیه (مثل لنفوم) تشخیص افتراقی :

چگونه بین لنفادنیت حاد و تومور های متاستاتیک تشخیص افتراقی بدهیم ؟
جواب : یکسری خصوصیات را قبلا بیان کردیم مثلا لنفادنیت حاد یک ضایعه ی دردناک است در حالی که تومور های متاستاتیک اغلب حساس به لمس نیستند . یا مثلا ضایعات لنفادنیت قوام نرم دارند و تا حدی قابل حرکتند در حالی که تومور های متاستاتیک قوام سفت سنگی دارند و اکثرا قابل حرکت نیستند (مخصوصا در مراحل پیشرفته تر) .

درمان : مثلا اگر یک لنفادنیت حاد داشته باشیم یا هایپرپلازی خوش خیم یا هر چیز دیگری داشته باشیم باید حتما هر دو هفته یکبار follow up انجام دهیم و ببینیم بیمار بهبود پیدا کرده یا نه ؛ اگر مشکوک شدیم و دیدیم که تغییری در ضایعه به وجود نیامده میتوانیم از ضایعه بیوپسی بگیریم .

لنفادنیت حاد : شایع ترین بزرگ شدگی دردناک می باشند . باید به کلمه ی «دردناک» دقت کنیم چون شایعترین ضایعات گردنی هایپرپلازی لنفوئیدی خوش خیم است .

عفونت اولیه در حفره ی دهان ، حفرات بینی ، لوزه ها و حلق میتواند باعث لنفادنیت حاد شود . حتی زخم های کوچک مخاطی اجازه ی ورود به باکتری ها ، جهت ایجاد لنفادنیت حاد میدهد .

آبسه های پری اپیکال ، پریودونتال و پری کرونیته نیز می توانند گره های لنفاوی متورم دردناک در ناحیه ساب منتال ، ساب مندیبولار یا ساب دایگاستریک (گره لوزه ای) ایجاد کند.

اگر عفونتی بتواند از قسمت لوزه ای-حلقی باعث لنفادنیت شود ، اکثر ضایعات در ناحیه ی دایگاستریک خواهد بود .

تظاهرات لنفادنیت حاد : مانند هایپرپلازی لنفوئیدی خوش خیم است با این تفاوت که در لمس حساس است .

*لنفادنیت حاد را باید بتوانیم با کیست عفونی شده و آنژین لودویگ تشخیص افتراقی بدهیم زیرا اینها هم ایجاد التهاب میکنند.

نکته ی مهم دیگر در ارتباط با لنفادنیت حاد این است که ما باید محل درناژ ها را بدانیم تا بتوانیم محل اولیه ی عفونت را مشخص کنیم . حتما باید معاینه دقیقی داشته باشیم که ببینیم انتشار به جای دیگری نداشته باشد.

درمان : حذف عفونت اولیه و سپس تجویز آنتی بیوتیک (همانطور که قبلا گفتیم حتما باید بیمار را follow up کنیم) .



۲- کارسینوم متاستاز یافته به گره های لنفاوی : این توده ها نیز محل مشخصی ندارند که اکثرا ناشی از متاستاز تومور های اولیه سر و گردن به خصوص حفره های دهانی و حلقی هستند .

اکثریت بدخیمی های اولیه ی سر و گردن را SCC تشکیل می دهد. (۹۵ درصد)
شایعترین تومور منتشر شونده به گره های لنفاوی هستند .

تظاهرات :

بدون درد هستند به طوری که بیمار متوجه آن نمیشود مگر اینکه به اندازه قابل توجهی بزرگ شوند. اندازه های کوچکتر توسط معاینه کننده تشخیص داده می شوند .
قوام آنها سفت سنگی است.

تا قبل از نفوذ به بافت های مجاور قابل حرکت هستند.
در اکثر موارد تومور اولیه قابل شناسایی می باشد(توسط پزشک)

گره های لنفاوی ساب مندیولار و ساب دایگاستریک شایع ترین محل های متاستاز از تومور اولیه در حفره ی دهان هستند.

تشخیص افتراقی :

تشخیص افتراقی ای که باید برای تومور های متاستاتیک در نظر داشته باشیم ، تشخیص افتراقی با هایپر پلازی لنفوئیدی خوش خیم است .

هر دو این ضایعات غیرحساس به لمس هستند بنابراین با این روش نمیتوان تشخیص داد .

یکی از راه های تشخیص، بررسی قابلیت حرکت ضایعه است که پیشتر گفتیم هایپرپلازی خوش خیم اکثرا قابلیت حرکت دارد ولی تومور متاستاتیک ثابت است . همچنین میتوانیم از بیمار یک تاریخچه بگیریم ؛ مثلا اگر بیمار قبلا دچار عفونتی شده باشد میتوانیم بگوییم که ضایعه ی جدید هایپرپلازی خوش خیم است .

گاهی اوقات ممکن است توده های هایپرپلازی خوش خیم هم در بافت ثابت شده باشند . در این شرایط اگر تشخیص افتراقی ممکن نبود میتوانیم بیوپسی بگیریم .

یکی دیگر از تشخیص های افتراقی ، بین گره های متاستاتیک و لنفوم ها است . برای تشخیص افتراقی بین این دو ضایعه میتوانیم قوام توده را بررسی کنیم . توده های متاستاتیک قوام سفت سنگی دارند در حالی که لنفوما قوام خمیری دارد .

درمان : برداشت گره های لنفاوی درگیر شده با متاستاز ، پرتو درمانی و شیمی درمانی (به صورت ترکیبی) (کارسینوم های متاستاتیک به دلیل پیشرفت زیاد) خیلی به درمان ما جواب نخواهند داد.



۳- لنفوم :

تکثیر نئوپلاستیک در سیستم رتیکولاندوتلیال (سلول های نابالغ لنفاوی) که نسبتا شایع است .

تظاهرات : ممکن است منفرد ، متعدد و مجزا و یا متعدد و به هم پیوسته باشند .

تشخیص افتراقی :

درگیری گره ای متعدد علاوه بر لنفوم در بیماری های ویروسی نیز وجود دارند که افتراق از طریق حساسیت به لمس می باشد که در لنفادنیت وجود دارد ولی در لنفوم وجود ندارد .

توده های مختص به نواحی مشخص گردنی :

۱- توده های ناحیه ساب مندیبولار :

منشا : گره های لنفاوی یا غده ی ساب مندیبولار

در مواجه با این توده ها پنج کار انجام میدهیم:

اول : تشخیص توده در بافت غده ی ساب مندیبولار و یا در بافت های مجاور

دوم : تشخیص منبع عفونت یا تومور اولیه

سوم : تجویز آنتی بیوتیک بر ضد عفونت های استرپتوکوکی و استافیلوکوکی (جنبه ی تشخیصی و درمانی)

چهارم : معاینه ی مکرر بیمار و فالو آپ

پنجم : بیوپسی اکسیژنال (برداشت کل گره لنفاوی) (در صورتی که نتوانستیم علت بیماری را بفهمیم)

در بعضی موارد تجویز آنتی بیوتیک برای این بیماران جواب نمیدهد . در این صورت احتمالا این بیماری یک بیماری نادر مانند سل هست که به آنتی بیوتیک های روتین پاسخ نمیدهد .

اگر تورم در ناحیه ی ساب مندیبولار ، غیر مرتبط با غده ی ساب مندیبولار باشد ، احتمالا تورم مربوط به آبسه یا انتشار عفونت از دهان می باشد که در این صورت ضایعه به صورت تورم منتشر ، حساس به لمس و نوسان دار است .

روند تشکیل آبسه: پری کرونیت دندان مولر سوم فک پایین اتفاق می افتد که با تشکیل چرک همراه است . سپس چرک به فضای تریگو مندیبولار راه پیدا میکند و تریسموس ایجاد می کند . چرک از فضای تریگومندیبولار به سد بافت همبندی اطراف مارژین قدامی ماهیچه ی تریگوئید داخلی راه می یابد و از این طریق به ناحیه ی ساب مندیبولار رسیده و ایجاد آبسه در گردن می کند .

تشخیص : معاینات کلینیکی ، تاریخچه و CT scan (در حالت عادی از CT scan استفاده نمیکنیم . CT scan را زمانی میگیریم که عفونت منتشر باشد و به فضا های گردنی راه پیدا کرده باشد و برای بررسی میزان انتشار عفونت CTscan میگیریم



درمان آبسه : برش ، درناژ ، شستن آبسه و سرکوبی عفونت اولیه

۲- توده های مربوط به غده ی ساب مندیبولار :

برداشت کامل غده (درصد بالایی از تومور های غده ی ساب مندیبولار بدخیم هستند)

توده های خوش خیم در این غده ، پلئومورفیک آدنوما است که کیسول ناقصی دارد و عود پس از درمان زیاد است .

التهاب یا سیالادنیت غده ی ساب مندیبولار :

دلایل بزرگ شدگی دردناک این غده :

۱- التهاب و عفونت در غده در اثر بسته شدن مجرای بزاقی وارتون ۲- عفونتی که ربطی به بسته شدن مجرای بزاقی ندارد



الف) سیالادنیت مزتبط با انسداد مجرا :

علائم : درد و تورم در هنگام غذا خوردن زیرا در هنگام غذا خوردن بزاق ترشح شده و در قسمت مسدود شده گیر می افتد و باعث تورم و درد در آن ناحیه می شود

علت : ۱- سیالولیت یا سنگ غده ی بزاقی (شایع)

۲- تغییر در توپوگرافی نرمال کف دهان در اثر تومور یا اسکار بعد از جراحی

تشخیص :

۱- لمس دو دستی کف دهان و ناحیه ی ساب مندیبولار ۲- ۹۰ درصد موارد کلسیفیه و اپک و قابل تشخیص در رادیوگرافی است

۳- دوشیدن غده ی ساب مندیبولار (گاهی اوقات اگر سنگ در نزدیک مجرا باشد با دوشیدن بیرون می آید) ۴- گرفتن

تاریخچه (مثلا اگر در صبح بعد از بیدار شدن از خواب درد کمتری دارد و با گذشت زمان درد بیشتر میشود و

همچنین در هنگام غذا خوردن درد بیشتری دارد)

درمان :



اگر سنگ نزدیک مجرا باشد با دوشیدن خارج می شود و در صورتی که امکان حذف انسداد مجرا وجود نداشت باید غده را به طور کامل خارج کرد .

ب) سیالادنیت غیر مرتبط با انسداد مجرا :

علت : عفونت های ویروسی و یا باکتریایی

اوربون : یکی از ویروس هایی است که میتواند باعث سیالادنیت ویروسی شود که بیشتر در کودکان اتفاق می افتد . اصل این بیماری در ارتباط با غده ی پاروتید است ولی غده ساب مندیبولار را هم می تواند درگیر کند . برای تشخیص باید سابقه ی تماس با شخص عفونی بررسی شود یا آنتی بادی های ضد اوربون را در بیمار جستجو کنیم .

سایر ویروس ها : کوکساکسی A و اکو ویروس ها

باکتری ها : تشخیص از طریق خروج چرک از سر مجرای بزاقی

علت : عفونت رتروگرید باکتری ها در بیماران با کاهش ترشحات بزاقی

درمان : گرفتن یک نمونه از چرک برای کشت و تعیین حساسیت به آنتی بیوتیک و بعد تجویز آنتی بیوتیک

۳- توده های ناحیه ی پاروتید :

اکثر توده های سطحی فاشیای پاروتید گره های لنفاوی بزرگ شده هستند.

یک توده ی دیگر در ناحیه ی پاروتید پلئومورفیک آدنوما است که شایع ترین تومور غدد بزاقی می باشد و محل آنها در قسمت تحتانی پاروتید قرار دارد و چون لبه ی تحتانی پاروتید از لبه ی تحتانی مندیبل کمی پایین تر است ممکن است بتوانیم این غده را داخل گردن نیز حس کنیم .

نکته : اگر یک ترومبوز در غده ی پاروتید رخ دهد می تواند باعث فلج شدگی عصب فیشیال شود

تفاوت سیالادنیت غده ی پاروتید و غده ی ساب مندیبولار :

۱- سنگ بزاقی در مجرای استنسون با تکرر کمتری نسبت به مجرای وارتون رخ می دهد و میزان کلسیفیه شدن آن نیز کمتر است.

۲- لمس دو دستی غده ی پاروتید به علت حضور راموس مندیبل غیر ممکن است ۳- تظاهرات بیماری در غده ی پاروتید بیشتر از غده ی ساب مندیبولار است

۴- بافت اسکار ، تومور و فشار خارجی به ندرت سبب انسداد در مجرای غده ی پاروتید می شود

بزرگ شدگی دو طرفه غده ی پاروتید:



علت ها :

- ۱- بیماری میکولیکز : تهاجم سلول های التهابی بالغ به بافت غدد باعث تخریب و بزرگ شدن غده ی پاروتید میشود علامت : بزرگ شدگی دو طرفه ی غده ی پاروتید - یک ضایعه ی لنفوپیتیلیالی خوش خیم که میتواند با یا بدون درگیری غدد اشکی باشد - بدون علامت
- ۲- اختلالات تغذیه ای و متابولیک ۳- مصرف الکل ۴- بیماران سرطانی تحت درمان با رادیو تراپی سر و گردن

۴-توده های ناحیه مدین و پارامدین :

بیماری های غده ی تیروئید قسمت اعظم توده های این ناحیه را سبب می شود .

بزرگ شدگی حساس به لمس تیروئید :

تغییرات التهابی : تورم و حساسیت به لمس - سختی بلع و صحبت کردن

عفونت چرکی غده ی تیروئید نیز میتواند باعث بزرگ شدگی غده ی تیروئید شود که با تجویز آنتی بیوتیک (جنبه ی تشخیصی هم دارد) حساسیت به لمس در غده برطرف می شود

اختلال مزمن تیروئید (بیماری هاشیموتو) :

علائم : بزرگ شدگی غده ی تیروئید - حساسیت به لمس در مراحل اولیه - کم کاری غده ی تیروئید

منشا بیماری پروسه های خود ایمنی می باشد و تشخیص آن به وسیله ی آزمایشات لابراتواری می باشد .

اگر بزرگ شدگی غده ی تیروئید با ندولاریتی همراه باشد باید سونوگرافی و نمونه برداری تهیه شود

بزرگ شدگی غیر حساس به لمس غده ی تیروئید :

گواتر : شایعترین بزرگ شدگی منتشر

علل : نقص آنزیمی خانوادگی و کمبود ید

این بیماران از لحاظ هورمونی هیچ مشکلی ندارند و نیاز به درمان هم ندارند .

توده های داخل غده ی تیروئید :

تومور های خوش خیم و بدخیم و کیست های تیروئید که ممکن است باعث عدم قرینگی در لوب های تیروئید یا ایجاد ندولاریتی شوند.

تشخیص از طریق FNA یا معاینه ی دقیق گره های لنفاوی

کیست مجرای تیروگلو سال :



یکی دیگر از ضایعات ناحیه مدین می باشند که از باقیمانده های مجرای تیروگلو سال جنینی منشا میگیرند و در میدلاین از بیس زبان تا استرنوم قرار دارند .

محل شایع : زیر استخوان هایوئید

علامت پاتوگنومونیک : وقتی بیمار زبانش را بیرون می آورد توده به سمت بالا حرکت می کند . این نشانه ی اتصال مجرای تیروگلو سال به زبان است.

در موارد نادر در دیواره ی این کیست تومور های تیروئید تشکیل می شود .

درمان : برداشتن کامل کیست و مجرا از بیس زبان تا انتها

برخی توده های دیگر در ناحیه ی مدین و پارامدین :

توده های ساب منتال - کیست های درموئید و اپی درموئید (کیست هایی با قوام خمیری و نوسان دار که ممکن است ناخن ، مو و در آنها وجود داشته باشد و این کیست ها نادر اند)

۵- توده های ناحیه طرفی گردن :

اغلب توده های این ناحیه ، گره های لنفاوی بزرگ شده مجاور ورید ژوگولار تحتانی هستند که از زاویه مندیبل تا کلاویکل قرار دارند .

گره های لنفاوی پله ی اول برای محل های سرطانی شایع زبان ، کف دهان ، لوزه ها و حنجره در این محل قرار دارد

برای بیماران سرطانی باید به طور کامل معاینه ی زنجیره لنفاوی را انجام دهیم زیرا احتمال متاستاز وجود دارد

ساختار هایی که در قسمت فوقانی عضله ی استرنوکلئیدوماستوئید وجود دارد :

۱- گره های لنفاوی هستند که شبکه های وسیع تحت مخاطی به آنها ریخته می شود ۲- شریان کاروتید ۳- ورید ژوگولار داخلی ۴- عصب واگ ۵- تنه ی سمپاتیک گردنی
هر گونه توده در این مناطق می تواند باعث جابجایی عضله ی SCM شود .

توده هایی که عضله ی SCM را جابجا می کند :

۱- کارسینوم متاستاز یافته به گره های لنفاوی { متاستاز گره لنفاوی در این ناحیه از یک ضایعه ی اولیه در بیس زبان یا جای دیگری در حلق منشا می گیرد . اگر نکروزی در گره لنفاوی درگیر با متاستاز رخ دهد ، توده نوسان دار و دردناک میشود (اشتباه با آبسه که تشخیص بر اساس عدم مشاهده عفونت حلقی دهانی برای وجود آبسه صورت می گیرد) }

۲- کیست برانکیال یا لنفواپیتلیال از قوس دوم حلقی:



یکی دیگر از ضایعاتی که در ناحیه ی طرفی گردن قرار دارد این کیست ها هستند که اکثرا زیر عضله ی SCM قرار دارند (اگر کیست به بیرون باز شود یک فیستول در قسمت قدامی عضله ی SCM دیده می شود که لنف از آن خارج می شود و یا به داخل دهان به محل لوزه های حلقی باز می شود)

۳- تومور کاروتید بادی :

در وجه قدامی فوقانی SCM به صورت توده های سفت و توپر و گاهی دردناک

تشخیص : این توده ها فقط به صورت طرفی قابل حرکت هستند و به بالا و پایین حرکت نمیکنند

۴- تومور عصبی با منشا عصب واگ یا تنه ی سمپاتیک گردنی

۶- توده های متفرقه در ناحیه ی گردن :

۱- عفونت Pannek : در این عفونت همه یا اکثر فضاهای بالقوه ی گردن دچار آبسه می شوند .

عوارض :

الف) بسته شدن راه هوایی در اثر فشار بر روی نای

ب) انتشار عفونت به مدیاستینوم

تشخیص : رادیوگرافی گردن و قفسه ی سینه (باکتری های ایجاد کننده ی این عفونت ها گاز تولید میکنند که در رادیو گرافی کاملا مشخص است)

درمان : به صورت اورژانسی و با جراحی فضا های گردنی و درناژ مدیاستینوم (حتما در یک بیمارستان مجهز باید پذیرش شوند) همراه با آن باید آنتی بیوتیک تجویز شود

۲- سیستیک هیگروما :

اتساع سیستیک خوش خیم از عروق لنفاوی می باشد که یک تورم نرم ایجاد می کند .
در نوزادان خطر بسته شدن راه های هوایی وجود دارد

درمان :

درمان آن بسیار مشکل است (به علت بزرگ شدگی و دست اندازی به بافت های حیاتی مجاور). از یک طرف برداشتن ضایعه و تمام بافت های درگیر میتواند برای بیمار مشکلات اساسی به وجود بیاورد . از طرف دیگر باقی گذاشتن ضایعه یا بخشی از آن با بزرگ شدن ناگهانی توده و فشار به ساختار های حیاتی ممکن است باعث ایجاد مشکل شود .