

مقایسه نتایج پاتولوژیک یکصد مورد لنفادنکتومی گردنی در بخش پاتولوژی

بیمارستان فاطمی اردبیل از سال ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵

دکتر میر مهدی چینی فروش^۱، دکتر محمد باقر ستوده^۲، دکتر امیر جمعی^۳، سمیرا شهباززادگان^۴

^۱ نویسنده مسئول: استادیار پاتولوژی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران E-mail: m-chinifrosh@arums.ac.ir

^۲ استادیار گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران ^۳ پزشک عمومی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران ^۴ کارشناسی ارشد مامایی، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، ایران

چکیده

زمینه و هدف: لنفادنوپاتی به معنای بیماری موجود در غده لنفاوی است. در اکثر مطالعات انجام شده سل به عنوان شایعترین علت لنفادنوپاتی گردنی ذکر شده است. مواجهه با یک لنفادنوپاتی گردنی بعنوان تنها شکایت یک بیمار یا تنها یافته بالینی، جزو موارد معمولی است که یک پزشک در دوره طبابت خود با آن مواجه می شود و با توجه به اهمیت تشخیص زودرس بدخیمی‌ها و سل در غدد لنفاوی ناحیه گردن و تشخیص و درمان هر چه سریعتر آنها، مطالعه حاضر در زمینه بررسی شایعترین علل لنفادنوپاتی‌های گردنی با توجه به سن و جنس انجام گرفت.

روش کار: این مطالعه به صورت توصیفی - مقطعی و گذشته نگر یکصد بیمار که با تشخیص لنفادنوپاتی گردنی اثبات شده از سال ۱۳۸۱ لغایت ۱۳۸۵ در بیمارستان فاطمی تحت عمل لنفادنکتومی قرار گرفته و در پاتولوژی تشخیص قطعی داده شده بود، انجام گرفته است. نتایج بررسی سیتولوژیک غدد لنفاوی با آسپیراسیون سوزنی (FNA) و بافت‌های غیر لنفاوی از نمونه گیری آماری حذف شدند. اطلاعات دموگرافیک از قبیل سن و جنس بیماران و نتایج پاتولوژی جمع‌آوری شده و با استفاده از روش‌های آمار توصیفی به وسیله نرم‌افزار آمار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: در این مطالعه از ۱۰۰ بیمار مورد بررسی، ۵۲ نفر (۵۲٪) مرد و ۴۸ نفر (۴۸٪) زن بودند، نتایج پاتولوژیک به ترتیب شیوع عبارت بودند از توبرکلوزیس ۳۶ مورد (۳۶٪)، تغییرات راکتیو شامل هیپرپلازی فولیکولار، هیستوسیتوز سینوسی و لنفادنیت‌ها ۳۴ مورد (۳۴٪)، کارسینوم متاستاتیک ۱۳ مورد (۱۳٪)، لنفوم هوچکین ۹ مورد (۹٪)، لنفوم غیر هوچکین ۸ مورد (۸٪)، در گروه سنی صفر تا ۱۵ سال تغییرات راکتیو با فراوانی ۱۱ مورد (۵۷٪)، در گروه سنی ۱۶ تا ۵۵ سال توبرکلوزیس با ۳۱ مورد (۴۴/۲٪) و در گروه سنی بالای ۵۵ سال کارسینوم متاستاتیک با ۵ مورد (۴۵/۴٪) شایع‌ترین علل لنفادنوپاتی‌های گردنی را به خود اختصاص دادند.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه توبرکلوزیس شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی‌های گردنی در هر دو جنس بود (مخصوصاً "در زنان ۵۵-۱۵ ساله). همچنین با توجه به شیوع بالای متاستاز در غدد لنفاوی گردنی در سنین بالای ۵۵ سال باید توجه بیشتری به بررسی پاتولوژیک عقده‌های لنفاوی گردنی در این گروه سنی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: لنفادنیت گردنی، توبرکلوزیس، لنفادنیت سل، هیپرپلازی فولیکولار، هیستوسیتوز سینوسی

دریافت: ۸۶/۱۰/۱۹ پذیرش: ۸۸/۶/۷

مقدمه

در شرایط عادی در افراد بالغ لنفادنوپاتی ناحیه کشاله ران و زیر فکی ممکن است قابل لمس باشند. در

ناحیه کشاله ران عقده‌های لنفاوی با قطر نیم تا ۲ سانتیمتر می‌تواند دیده شوند. در مناطق دیگر بدن عقده‌های لنفی کوچکتر به دنبال عفونت‌های گذشته می‌تواند وجود داشته باشد که این عقده‌ها نرمال

عفونت و پاسخ ایمنی سلولی و هومورال حاصله می باشد [۴].

اندازه: [۵] و تغییر در اندازه: بزرگ شدن سریع عقده ممکن است معنی بدخیم بودن را بدهد و کوچک شدن اندازه یک عقده که قبلاً بزرگ شده بود، نشان دهنده خوش خیم بودن است ولی استثناء نیز ممکن است دیده شود [۲].

طول مدت تظاهرات بالینی: عقده لنفی که مدت‌های مدیدی بدون درگیری محل‌های دیگری وجود دارد بیشتر احتمال خوش‌خیم بودن را دارد. البته استثناء مخصوصاً در ضایعات بدخیم با پتانسیل پائین رشد مثل آدنوکارسینوم پاپیلاری تیروئید و بدخیمی‌های غدد بزاقی با درجه پائین وجود دارد. در این تومورها متاستاز حاصله ممکن است بدون تغییر برای سال‌های متمادی وجود داشته باشد [۲].

علائم بیماری: عقده‌های بدخیم معمولاً بدون درد هستند تا زمانی که بزرگ شده یا این که در اثر رشد سریع توده دردناکی ایجاد کنند. درد معمولاً همراه یک روند خوش‌خیم سریع بزرگ‌شونده با منشا التهابی می‌باشد [۳].

محل عقده: عقده‌های ساب‌منتال معمولاً خوش‌خیم و عقده‌های سوپراکلاویکلار معمولاً بدخیم هستند [۲].

تعداد عقده‌ها: عقده‌های چندگانه قابل لمس در تمام سطوح مخصوصاً به صورت دو طرفه بیشتر خوش‌خیم هستند [۲].

درگیری ارگان‌های بدن همراه علائمی مثل تب، تعریق شبانه، کاهش وزن، شکایات تنفسی، توده‌های گوارشی، ادراری تناسلی احتمال بدخیمی را افزایش می‌دهند [۳].

تحرك عقده: عقده‌های خوش‌خیم بیشتر متحرک بوده و عقده‌های بدخیم معمولاً به بافت اطراف چسبیده و ثابت می‌باشند [۲].

در گروه سنی اطفال و کودکان عفونتهای متنوعی سبب تغییرات راکتیو غده لنفی شده و شایعترین علت

هستند. هنگامی این بزرگ شدن ارزش پیدا می‌کند که یک عقده یا تعداد بیشتری سریعاً بزرگ شده یا به جدیداً در بیمار مشاهده شوند و ضمناً علت احتمالی بزرگ شدن از قبل مشخص نباشد و اندازه این عقده‌ها ۱ سانتیمتر یا بیشتر باشد. اگرچه بعضی مواقع عقده‌های لنفاوی کوچکتر یا حتی یک عقده لنفاوی کوچک نیز احتیاج به بررسی سیتولوژی و پاتولوژی دارد [۲،۱].

موارد ذیل در افتراق احتمال بدخیمی یا خوش‌خیمی غدد لنفاوی کمک کننده هستند:

جنس: در بسیاری از مطالعات انجام شده مردان نسبت به زنان حدود ۳ تا ۱۰ برابر مستعد بدخیمی بوده‌اند [۲].

سن: در کودک مراجعه کننده با لنفادنوپاتی حداقل ۸۵٪ شانس خوش‌خیم بودن وجود دارد. در بسیاری از مطالعات حداکثر دهه سنی که بیشترین احتمال بدخیمی وجود دارد، دهه ششم عمر می‌باشد [۳،۲].

نژاد: تفاوت نژادی در برخی از بدخیمی‌ها دیده می‌شود مانند ملانوم کارسینوم سلول سنگفرشی [۲].

عادات: سیگار کشیدن زیاد و به مدت طولانی و مصرف الکل در بیماران همراه با احتمال بیشتر متاستاز کارسینوم سلول سنگفرشی به عقده‌های لنفی گردنی می‌باشد [۳].

قوام: عقده‌های نرم عموماً خوش‌خیم هستند به استثنای لنفوم که در آن عقده‌ها می‌توانند نرم باشند، عقده‌های سفت معمولاً بدخیم هستند، توده‌های موج و بالونی شکل محتوی مایع معمولاً آبسه‌های خوش‌خیم هستند ولی ممکن است نشان دهنده نکروز مایعی شکل در عقده‌های بدخیم بزرگ شده باشند [۳]. نکروز کازئوز در غدد لنفاوی مبتلا به سل سبب تخریب غده لنفاوی و نرم شدگی آن می‌شود، توبرکولوزیس در کشورهای آسیایی و آفریقائی از علل شایع و مهم لنفادنوپاتی گردنی می‌باشد که علت ایجاد آن فرایند التهاب در سیر

یافته ها

در این تحقیق از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه ۵۲ نفر (۵۲٪) مرد و ۴۸ نفر (۴۸٪) زن بودند.

در بیماران مورد مطالعه، توبر کولوزیس با فراوانی ۳۶ مورد (۳۶٪) بیشترین و لنفوم غیر هوچکین با ۸ مورد (۸٪) کمترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی‌های گردنی داشت. با توجه به جدول ۱ در گروه سنی زیر ۱۵ سال، تغییرات راکتیو با فراوانی ۱۲ مورد (۶۳/۱٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی نشان می‌دهد. لنفادنوپاتی در سنین کمتر از ۱۵ سالگی بیشتر راکتیو و ثانویه به تحریکات ایمنی می‌باشد.

جدول ۱. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در

گروه سنی ۱۵- سال

علل لنفادنوپاتی	مرد		زن		کل
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
تغییرات راکتیو	۹ (۶۹/۲)	۳ (۵۰)	۱۲ (۶۳/۱)		
لنفوم هوچکین	۲ (۱۵/۴)	۱ (۱۶/۷)	۳ (۱۵/۸)		
سل	۱ (۷/۷)	۲ (۳۳/۳)	۳ (۱۵/۸)		
لنفوم غیرهوچکین	۱ (۷/۷)	- (-)	۱ (۵/۳)		
کل	۱۳ (۱۰۰)	۶ (۱۰۰)	۱۹ (۱۰۰)		

با توجه به جدول ۲ در گروه سنی ۱۶-۲۵ سال، سل با فراوانی ۱۴ (۵۱/۹٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی دارد.

جدول ۲. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در

گروه ۱۶-۲۵ سال

علل لنفادنوپاتی	مرد		زن		کل
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
سل	۷ (۴۶/۶)	۷ (۵۸/۴)	۱۴ (۵۱/۹)		
تغییرات راکتیو	۶ (۴۰)	۴ (۳۳/۳)	۱۰ (۳۷)		
لنفوم هوچکین	۱ (۶/۷)	۱ (۸/۳)	۲ (۷/۴)		
متاستاز	۱ (۶/۷)	- (-)	۱ (۳/۷)		
کل	۱۵ (۱۰۰)	۱۲ (۱۰۰)	۲۷ (۱۰۰)		

در گروه سنی ۲۶-۳۵ سال سل در جنس مونث با ۵ مورد (۵۰٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی داشت، در حالیکه تغییرات راکتیو غده لنفاوی با ۳ مورد در جنس مذکر بیشترین فراوانی را داشت. با استفاده از آزمون آماری خی‌دو،

لنفادنوپاتی گردنی می‌باشند [۵]. در صورت شک به بدخیمی بهتر است در حد امکان تومور از محل اولیه آن تشخیص داد تا این که تومور را از غده لنفی متاستاتیک آن مشخص شود. بسیار ضروری است که مقدار گسترش بیماری بدخیم را قبل از شروع درمان احتمالی دانست و در صورت شک به بدخیمی یا حدس این موضوع پیگیری بیمار نباید از ده تا پانزده روز بیشتر شود [۶].

تقریباً همه مردم دچار لنفادنیت می‌شوند لنفادنیت در دهه اول زندگی شایع‌تر است. بیماری‌های التهابی گرانولوماتوز گروه‌های سنی خاص و محل‌های خاصی را درگیر می‌کند که در هنگام ارزیابی باید به آن توجه کرد [۷].

با توجه به اهمیت تشخیص زودرس بدخیمی‌ها و سل در غدد لنفاوی ناحیه گردن و تشخیص و درمان هر چه سریعتر آنها، مطالعه حاضر در زمینه بررسی شایعترین علل لنفادنوپاتی‌های گردنی با توجه به سن و جنس در بیمارستان فاطمی انجام گرفت.

روش کار

در این مطالعه توصیفی- مقطعی گذشته نگر، نتایج پاتولوژیک کلیه بیمارانی که در بین سالهای ۱۳۸۱ تا ۱۳۸۵ پس از مراجعه به درمانگاه بیمارستان فاطمی، تشخیص قطعی لنفادنوپاتی‌های گردنی برای آنها مطرح شده و در معاینه قطر ماگزیمم عقده لنفی آنها حداقل یک ونیم سانتی متر بوده و به تازگی پدیدار شده و تحت بیوپسی اکسیژونال قرار گرفته بودند، مورد مطالعه قرار گرفتند.

نتایج بیوپسی سوزنی غدد لنفاوی مشکوک از آمار گیری حذف شدند. اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از روش‌های آماری توصیفی در قالب جداول در نرم‌افزار آماری SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

در گروه سنی ۵۵-۶۵ سال، سل و کارسینوم متاستاتیک در جنس مذکر هر کدام با فراوانی ۲ مورد (۲۸/۶٪) و سل در جنس مونث با ۳ مورد (۴۲/۸٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی داشتند. با استفاده از آزمون آماری خی-دو، بین جنسیت و علل لنفادنوپاتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

با توجه به جدول ۶ در گروه سنی ۶۵-۵۶ سال، کارسینوم متاستاتیک با فراوانی ۴ مورد (۵۰ درصد) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی داشت.

جدول ۶. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در گروه سنی ۶۵-۵۶

علل لنفادنوپاتی	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
متاستاز	۳ (۵۰)	۱ (۵۰)	۴ (۵۰)
سل	- (-)	۱ (۵۰)	۱ (۱۲/۵)
تغییرات راکتیو	۲ (۳۳/۳)	- (-)	۲ (۲۵)
لنفوم غیر هوچکین	۱ (۱۶/۷)	- (-)	۱ (۱۲/۵)
کل	۶ (۱۰۰)	۲ (۱۰۰)	۸ (۱۰۰)

با استفاده از آزمون آماری خی-دو، بین جنسیت و علل لنفادنوپاتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

با توجه به جدول ۷ در گروه سنی بالای ۶۵ سال کارسینوم متاستاتیک و لنفوم نان هوچکین و سل هر کدام ۱ مورد (۳۳/۳٪) از فراوانی یکسانی برخوردار بودند.

جدول ۷. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در گروه سنی بالای ۶۵ سال

علل لنفادنوپاتی	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
متاستاز	۱ (۱۰۰)	- (-)	۱ (۳۳/۳)
لنفوم غیر هوچکین	- (-)	۱ (۵۰)	۱ (۳۳/۳)
سل	- (-)	۱ (۵۰)	۱ (۳۳/۳)
کل	۱ (۱۰۰)	۲ (۱۰۰)	۳ (۱۰۰)

با استفاده از آزمون آماری خی-دو در هیچ یک از رده های سنی، بین جنسیت و علل لنفادنوپاتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

بین جنسیت و علل لنفادنوپاتی ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (جدول ۳).

جدول ۳. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در گروه سنی ۳۵-۲۶ سال

علل لنفادنوپاتی	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
سل	۲ (۲۵)	۵ (۵۰)	۷ (۳۸/۸)
تغییرات راکتیو	۳ (۳۷/۵)	۴ (۴۰)	۷ (۳۸/۸)
متاستاز	۱ (۱۲/۵)	۱ (۱۰)	۲ (۱۱/۱)
لنفوم هوچکین	۱ (۱۲/۵)	- (-)	۱ (۵/۶)
لنفوم غیر هوچکین	۱ (۱۲/۵)	- (-)	۱ (۵/۶)
کل	۸ (۱۰۰)	۱۰ (۱۰۰)	۱۸ (۱۰۰)

با توجه به جدول ۴ در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال، سل با فراوانی ۵ مورد (۴۵/۵٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی داشت.

جدول ۴. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در گروه سنی ۴۵-۳۶ سال

علل لنفادنوپاتی	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
سل	- (-)	۵ (۵۵/۶)	۵ (۴۵/۵)
لنفوم هوچکین	۱ (۵۰)	۱ (۱۱/۱)	۲ (۱۸/۱)
لنفوم غیر هوچکین	- (-)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۹/۱)
متاستاز	- (-)	۱ (۱۱/۱)	۱ (۹/۱)
تغییرات راکتیو	۱ (۵۰)	۱ (۱۱/۱)	۲ (۱۸/۱)
کل	۲ (۱۰۰)	۹ (۱۰۰)	۱۱ (۱۰۰)

با استفاده از آزمون آماری خی-دو، بین جنسیت و علل لنفادنوپاتی ارتباط معنی‌داری وجود نداشت.

در گروه سنی ۵۵-۴۶ سال، سل با فراوانی ۵ مورد (۳۵/۷٪) بیشترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی گردنی داشت.

جدول ۵. توزیع فراوانی علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک جنس در گروه سنی ۵۵-۴۶ سال

علل لنفادنوپاتی	مرد فراوانی (درصد)	زن فراوانی (درصد)	کل فراوانی (درصد)
سل	۲ (۲۸/۶)	۳ (۴۲/۸)	۵ (۳۵/۷)
متاستاز	۲ (۲۸/۶)	۲ (۲۸/۶)	۴ (۲۸/۶)
لنفوم غیر هوچکین	۱ (۱۴/۳)	۲ (۲۸/۶)	۳ (۲۱/۵)
لنفوم هوچکین	۱ (۱۴/۳)	- (-)	۱ (۷/۱)
تغییرات راکتیو	۱ (۱۴/۳)	- (-)	۱ (۷/۱)
کل	۷ (۱۰۰)	۷ (۱۰۰)	۱۴ (۱۰۰)

بحث

در این تحقیق شیوع لنفادنوپاتی گردنی تقریباً در جنس مذکر و مونث یکسان می‌باشد.

از ۱۰۰ بیمار مورد مطالعه، توبرکلوز ۳۶ مورد (۳۶٪)، تغییرات راکتیو غده لنفی شامل هیپرپلازی فولیکولر و هیستوسیتوز سینوسی و انواع دیگر لنفادنیت‌ها ۳۴ مورد (۳۴٪)، کارسینوم متاستاتیک ۱۳ مورد (۱۳٪)، لنفوم هوچکین ۹ مورد (۹٪)، لنفوم غیر هوچکین ۸ مورد (۸٪) از کل موارد را به خود اختصاص دادند که در این میان توبرکلوز با فراوانی ۳۶ مورد (۳۶٪) بیشترین و لنفوم نان هوچکین با ۸ مورد (۸٪) کمترین فراوانی را نسبت به سایر علل لنفادنوپاتی‌های گردنی داشتند. همچنین در مقایسه شیوع جنسی علل لنفادنوپاتی‌های گردنی، توبرکلوز در جنس مونث با ۲۴ مورد (۵۰٪) شایعترین علت لنفادنوپاتی گردنی بوده است در حالیکه در جنس مذکر تغییرات راکتیو غده لنفی با ۲۲ مورد (۴۲٪) بیشترین فراوانی و توبرکلوز با ۱۲ مورد (۲۳٪) در مرتبه دوم قرار داشت. مشخصاً، شیوع توبرکلوز در جنس مونث بیشتر از جنس مذکر می‌باشد (۲ برابر).

در تحقیق انجام شده توسط چامیال^۱ که بر روی ۷۶ بیمار انجام گرفت، توبرکلوز با میزان شیوع ۳۸٪ به عنوان شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی‌های گردنی گزارش گردید که شیوع آن در جنس مونث بیشتر از جنس مذکر بوده و بیشترین شیوع آن در محدوده سنی ۱۶ تا ۲۵ سالگی بوده و رده سنی بالای ۶۵ سال با ۳ مورد (۳٪) کمترین فراوانی را داشت [۸]. در مطالعه انجام شده توسط حسین^۲ و همکاران بر روی ۶۲ بیمار، بیشتر بیماران با لنفادنوپاتی گردنی سلی در محدوده سنی ۳۰-۱۵ سال قرار داشته‌اند [۹].

در مطالعه حاضر در بیمارستان فاطمی اردبیل، در گروه سنی زیر ۱۵ سال، تغییرات راکتیو، شایعترین علت لنفادنوپاتی‌های گردنی بود.

در گروه سنی بین ۱۶ تا ۵۵ سال از ۷۰ بیمار مورد مطالعه، توبرکلوز شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی گردنی بوده و جنس مونث به طور مشخصی شیوع بالاتری نسبت به جنس مذکر نشان دادند.

در تحقیقی که هرناوندز^۳ تحت عنوان بررسی علل لنفادنوپاتی‌های گردنی در بزرگسالان در کشورهای در حال توسعه بر روی ۷۸ بیمار انجام شد، توبرکلوز با شیوع ۴۸٪، شایعترین علت لنفادنوپاتی‌های گردنی در این کشورها گزارش شد [۱۰].

در مطالعه حاضر از ۱۱ بیمار مورد مطالعه در گروه سنی بالای ۵۵ سال، کارسینوم متاستاتیک با ۵ مورد (۴۵/۴٪) از بالاترین فراوانی برخوردار بود و از نظر تفکیک جنسی در این گروه ۷ مورد (۶۳/۶٪) مرد و ۴ مورد (۳۶/۴٪) زن بود.

در رده سنی بالای ۵۰ سال بدخیمی و نئوپلاسم علت اصلی لنفادنوپاتی‌های گردنی را تشکیل می‌دهد و در بسیاری از مطالعات انجام شده، مردان بسیار بیشتر از زنان مستعد بدخیمی می‌باشند [۲ و ۱].

لازم به تذکر است که در این مطالعه، بین علل لنفادنوپاتی گردنی به تفکیک سن و جنس، ارتباط معنی‌داری یافت نشد و محدودیت هائی از جمله: کم بودن تعداد نمونه‌ها به دلیل بی اهمیت شمردن بزرگی غدد لنفاوی، عدم رضایت بیماران برای برداشت غدد لنفاوی گردنی و حذف نتایج بیوپسی سوزنی غدد لنفاوی و نتایج مشکوک پاتولوژی که نیاز به رنگ آمیزی IHC داشتند مشاهده می‌شود.

نتیجه گیری

در این مطالعه توبرکلوز شایع‌ترین علت لنفادنوپاتی‌های گردنی در هر دو جنس

¹ Chamyal

² Hussain

³ Hernandez

۲- وجود لنفادنوپاتی در سنین بالا اهمیت بیشتری در مقایسه با سنین کودکی دارد و نیازمند پیگیری مرتب و در صورت نیاز آسپیراسیون سوزنی و بیوپسی می باشد.

۳- همکاری نزدیک جراح و پاتولوژیست در ارزیابی و درمان بیماران مبتلا به لنفادنوپاتی امری ضروری به نظر می رسد.

۴- با توجه به شیوع بالای لنفادنوپاتی های گردنی و احتمال ابتلا به سل و بدخیمی، پزشکان باید توجه بیشتری به معاینات روتین سر و گردن مبذول دارند تا در موارد به ظاهر بدون علامت، بیماری سریعاً کشف و حتی المقدور در مراحل مقدماتی یا با گسترش کمتر، درمان شود.

می باشد (مخصوصاً در زنان ۱۵-۵۵ ساله) که این امر تأکید مجددی بر اهمیت پیشگیری و درمان این بیماری در استان می باشد. همچنین با توجه به شیوع بالای متاستاز در غدد لنفاوی گردنی در سنین بالای ۵۵ سال باید توجه بیشتری به بررسی پاتولوژیک عقده های لنفاوی گردنی در این گروه سنی مبذول شود تا بیماری سریعاً کشف و در مراحل مقدماتی کنترل شود.

پیشنهادات

۱- با توجه به شیوع بالای توبرکلوز در ایران و استان اردبیل اهمیت پیشگیری و درمان این بیماری در منطقه آشکارتر می شود.

References

- 1- Ballenger JJ. Diseases of the Nose, Throat, Ear, Head & Neck. 16th ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 2005: p359-399
- ۲- بهشتی علی. در ترجمه بیماریهای گوش و حلق و بینی، ده ویس ساندرز (مؤلف). جلد دوم، چاپ هفتم، تهران: مرکز نشر انتشارات. سال ۱۳۷۸. صفحات ۳۶۲ تا ۳۷۷
- 3- Cummings W, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ. Otolaryngology, Head & Neck Surgery, Volume 3, 3rd ed. Baltimore: Mosby, 1998: 1911-14.
- 4- Kerr AG. Scott-Brown's Otolaryngology, 6th ed. Great Britain: 1997; Volume 5: 1613-1615, 171-181.
- 5- Behrman R, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed, Philadelphia: Saunders, 2000: 1527- 52.
- 6- Courtnege MT, Send JR. Sabiston Text book of Surgery, 17th ed. United States of America: Elsevier, 2004; Volume 2: 833- 865.
- 7- Bruni FC, Andersen DK, Billiar TR. Schwartz's Principles of Surgery, 8th ed. New York: McGraw Hill, 2005; Volume (1,2): 534- 536, 1305.
- 8- Chamyal PC, Sabarigirish K. Clinicopathological correlation study of cervical lymph node masses. Indian Journal of Otolaryngology and Head and Neck Surgery. 1997 May; 49 (4): 402- 5.
- 9- Hussain M, Rizvi N. Clinical and morphological evaluation of tuberculous peripheral lymphadenopathy. J Coll Physicians Surg Pak. 2003 Dec; 13(12):694-6.
- 10- Hernández-Solís A, Cicero-Sabido R, Olivera H, Rivero V, Ramírez E, Escobar-Gutiérrez A. Tuberculosis is still a major cause of cervical lymphadenopathies in adults from developing countries. Epidemiol Infect. 2003 Dec; 131(3):1071-6.