

نموده های نواحی خاص گردن



ZAHRA ZARINZADEH

اکثر توده های پاتولوژیک گردن در ناحیه دیده میشود:

(۱) تحت فکی

(۲) پاروتید

(۳) مدین-پارامدین

(۴) لترال



• (* توده های ناحیه تحت فکی :



منشاء

(۱) عقده های لنفاوی
(۲) غدد تحت فکی بزاقی

افتراق این دو از هم : معاینه دودستی و لمس داخل و خارج دهانی

- توده های معجزا از غده ی تحت فکی :

شامل (مورد = عقده های لنفاوی بزرگ شده : یا عقده های حساس

انواع اند:

تندر: شامل لنفادنیت
گسترش یابنده: شامل آپسه



اپسه استافیلو کوکی عقدہ ی لنفاوی در شیرخوار یا کودک کم سن و سال ۴ شکل دارد



به صورت: تورم سفت

تحت فکی

ساب منتال

ساب اکسی پیتال

عقدہ های غیر حساس: شامل اکثر

۱- لنفونید خوش خیم

۲- عقدہ فیروزه

۳- اگر در یک فرد ۴ ساله تازه رخ دهد <==> تومور پد خیم ثانویه

تشخیص: بیوپسی اکسیژنال



_ توده های داخل غده ی تحت فکی: تشخیص: درآوردن تمام غده به
دلایل =

(۱) نسبت زیادی از تومورهای غدد تحت فکی بدخیم میباشند
(۲) دنوم پلئونومورفیک که شایع ترین تومور این غده میباشند
فاقد کیپسول است



_ سیالادنیته غده ی تحت فکی : نتیجه:



(۱) عفونت یا التهاب غده به دلیل انسداد مجرای غده
(۲) عفونت بدون سابقه ی انسداد مجرا رخ دهد

_ سیالادنیته بدون سابقه انسداد مجرا: ایجاد به
دلایل عفونت باکتریال یا ویرال
مثال: اوریون

توده های ناحیه پاروتید

- توده هایی که نسبت به فاسیای پاروتید سطحی تر قرار گرفتند:
در نظر داشتن (۱) کیست پره اوریکولار مادرزادی
(۲) کیست سپاسه عفونی شده

توده های سطحی بدون درد معمولاً هایپرپلازی لنفوئید خوش خیم
تومورهای سطحی غده پاروتید
کیست های سپاسه یا پره اوریکولا





_ توده های داخل غده پاروتید: اکثر این توده ها تومور غده ی بزاقی اند

که = ۷۰٪ این توده ها خوشخیم بوده

در غیر این صورت توده های غده ی پاروتید مربوط به (۱-
عقدۀ ی لنفاوی بزرگ شده ۲- کیست ساده ۳- کیست
قوس های پرونشیال اول و دوم ۴- ویا هامارتوم میباشند

_ * هنگام پیوپسی اکسیژنال لوپ سطحی غده را طوری
برمیداری که به عصب صورتی صدمه وارد نشود**



سیالادنیٲ غده
بزرگ شدن دوطرفه غده

۱- بیماری میکولیکز (ضایعات لنفواپیتلیال
خوشخیم + بزرگ شدن غده ی لکریمال و تحت
فکی

۲- گزروستومی + کوئرکتیویٲ + ارتریٲ
روماتوئید = سندرم شوگرن

۳- علامت زودرس پولمیا

۴- دیده شدن در انواعی از اختلالات متابولیک
(مصرف الکل و بعضی داروها مثل ید و بعضی فلزات
سنگین

۵- بیماری انسداد مزمن ریوی



۳* - توده های مدین پارانیدین:
نتیجه اختلالات غده تیروئید و مشتقات چینی آن
- **بزرگ شدن حساس غده ی تیروئید:** شامل =



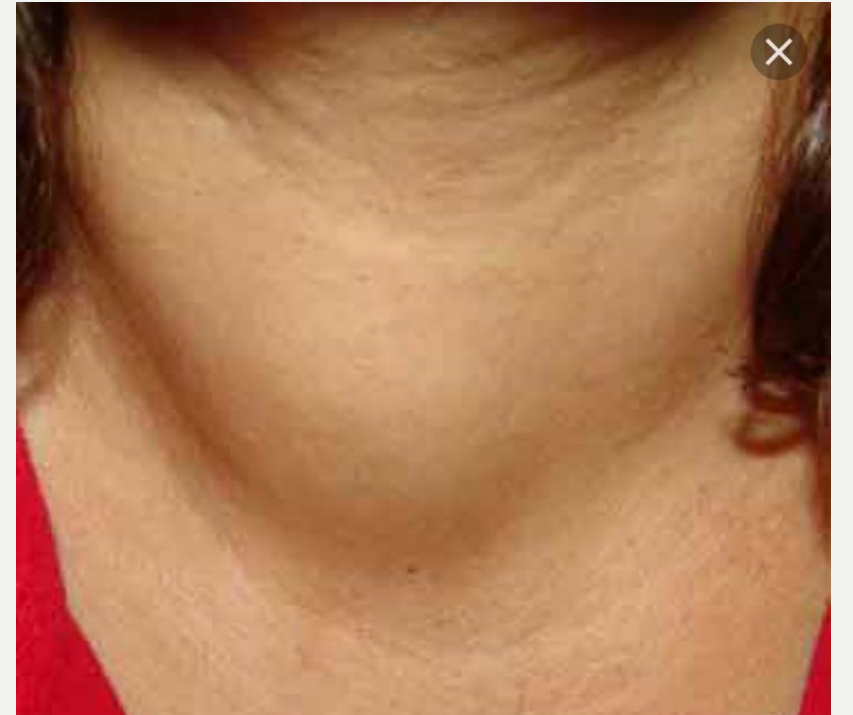
- ۱- تغییرات التهابی
- ۲- چرکی شدن در اثر عفونت های باکتریال
- ۳- تیروئیدیت غیر چرکی مزمن (یا خفیف یا شدید)
- ۴- بیماری هاشیماتو

- **بزرگ شدن غیر رسمی غده ی تیروئید:** شایع ترین به

علت:

(۱) نقص انزیمی فامیلی

(۲) کمبود ید



توده های داخل غده ی تیروئید:

(تومورهای خوش خیم و بدخیم

۲) کیست ها

۳) تیروئیدیت ریڈل (غیرشایع) ظاهر: نئوپلاسم بدخیم

درمان انتخابی: هورمون تیروئید

۴) متاستاز عقده های لنفاوی گردن (غیرشایع)

۵) تومور متاستاتیک: پامنشاء، *اولیه تیروئید ۲* حنجره تحتانی

و به صورت عقده ی لنفاوی بزرگ شده روی غشاء کریکو تیروئید

دیده میشود



تشخیص بیماری های تیروئید: پیوپسی و آسپیراسیون

سوزنی

- کیست تیرو گلوکوسال : توده کیستیک از خط وسط قاعده ی
زبان تا استرنوم
شایع ترین محل کیست : پایین استخوان هیونید
یا بالای استخوان هیونید در ناحیه ساب منتال و داخل
عضلات زبان

- توده های ساب منتال : اگر کیست تیرو گلوکوسال بالای
استخوان هیونید باشد

* کیست های درموئید و اپی درموئید (غیر شایع)
* عقده های لنفاوی ساب منتال دچار : نئوپلاسم التهابی -
مزمن وحاد



* ۴- توده های ناحیه طرفی گردن:

_ عقده های لنفاوی: اکثر توده های گردن مربوط
به عقده های لنفاوی در مسیر زوگولار داخلی
شروع از زاویه مندیپل تا کلاویکل



_توده هایی که در ناحیه ی قسمت فوقانی عضله ی استرنوکلاییدو
ماستوئید قرار دارند:

با بزرگ شدن به لترال چا په چا میشود و در صورت
وقوع نکروز در این توده : متموج و دردناک = > اشتباه تشخیص آپسه ی اولیه

- کیست لنفوآپیتلیال یا شکاف پرونشیال : کیست های این شکاف ممکن است در هر سطحی از
گذرن به وجود آیند
اما اغلب زیر عضله ی استرنوکلاییدوماستوئید قرار دارند .



- تومور های جسم کاروتید و تومور های نورولوژیک : این تومور ها با منشا سمپاتیک گردنی به طور شایع زیر سطح قدامی فوقانی عضله استرنوکلایدوماستویید به صورت توده توپر و چسبیده به عروق و اعصاب هستند .

- این تومور ها دارای حرکات افقی هستند بدون حرکت عمودی
- تومور ها معمولا خوش خیم با رشد آهسته هستند
- تشخیص نهایی : پیوپسی





* ۵- سایر توده های ناحیه لترال گردن :
- عفونت panneck تمام یا قسمت اعظم فضا های گردنی دچار افسه شود

- عارضه : انسداد تنفسی و گسترش عفونت به مدیاستن
- درمان :

- باز کردن تمام فضا های موجود در قاعده گردن
- درناژ مدیاستن و
- آنتی بیوتیک تراپی

- هیگرومای کیستیک : دیلاتاسیون کیستیک خوش خیم تجمع
عروق لنفاوی در دوران جنینی



- سرعت رشد زیاد توده
- منفرد یا متعدد بودن توده
- مشخصات توده : نرم ، قابل فشار ، با محدودی نامشخص
- مایع آسپیره شده سریعاً کف میکند به دلیل مقادیر فراوان چربی در لنف
- عوارض :

- تنفسی : انسداد راه های هوایی در اثر رشد کیست
- جراحی : مرگ و میر بالا

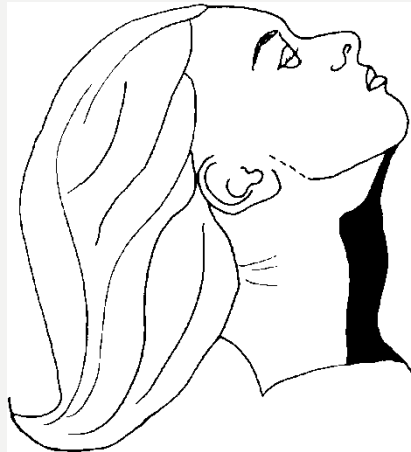
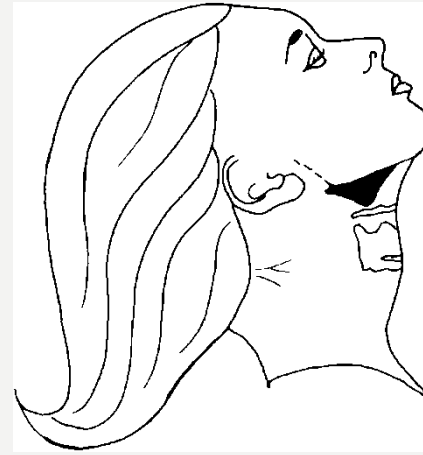
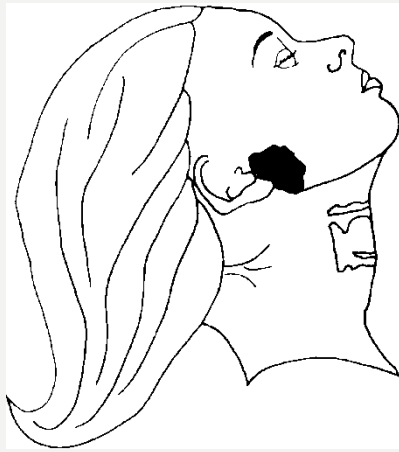


Fig. 31-1. **A**, Submandibular region. **B**, Parotid region. **C**, Median-paramedian region. **D**, Lateral region.



Large lymphoma. This child had a rapidly growing, rubbery mass. (Courtesy O.H. Stuteville, deceased.)

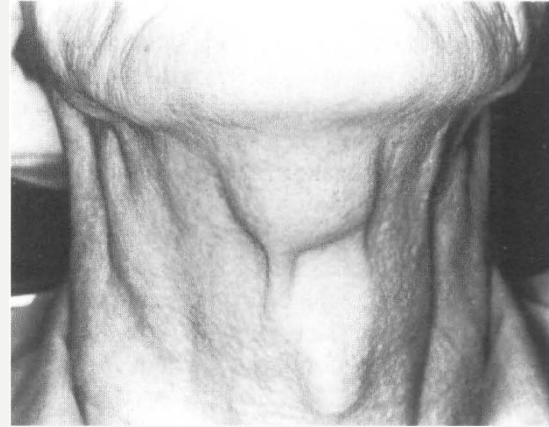


Fig. 31-4. Benign lymphoid hyperplasia. This unusually large example in the submental region was firm, nontender, and freely movable. (Courtesy S. Svalina, Palos Park, Ill.)

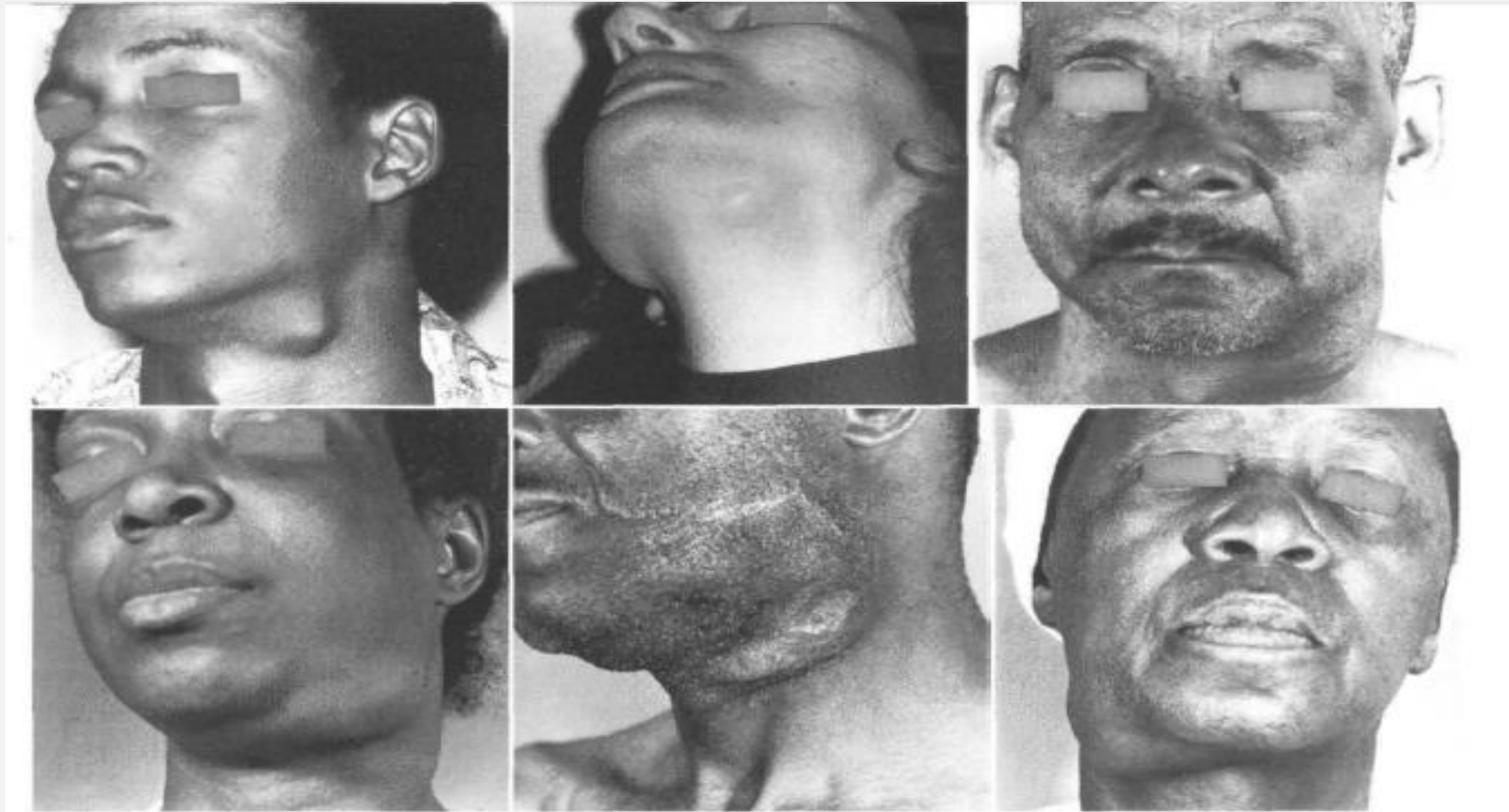


Fig. 31-6. Tuberculous adenitis. The nodular enlargement in the parotid region was tender and moderately soft on palpation. The patient also had pulmonary tuberculosis. (Courtesy O.H. Stuteville, deceased.)



A, Staphylococcal submandibular space abscess. This enlarging, hard, tender mass was present for 4 days in a fussy and mildly febrile child. No primary oral or skin infections were found. B, Submental and submandibular space abscess secondary to infected mandibular incisors.

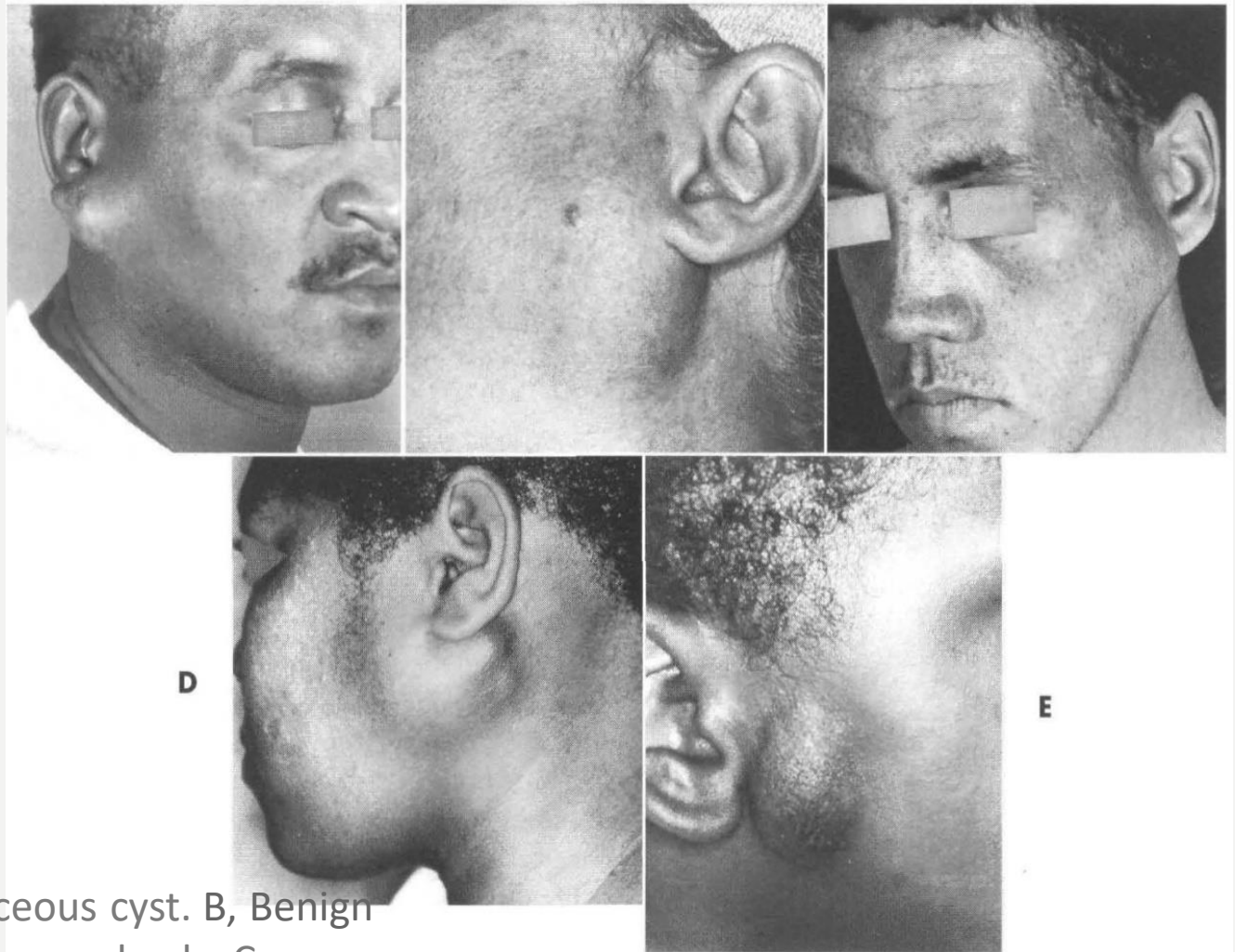




D **E** **F**

Fig. 31-9. Submandibular masses. **A**, Pleomorphic adenoma of the submandibular salivary gland. **B**, Sebaceous cyst. **C**, Metastatic squamous cell carcinoma to the submandibular and subdigastric nodes. The primary tumor was located in the left floor of the mouth. The mass was painless, firm, and fixed to the surrounding structures. **D**, Metastatic melanoma from a primary lesion on the palate. **E**, Actinomycosis. **F**, Tuberculous adenitis. (A courtesy E. Kasper, Maywood, Ill.)





Masses in the parotid region. A, Sebaceous cyst. B, Benign mixed tumor. The mass was firm and grew slowly. C, Malignant mixed tumor. This mass was firm and enlarged rapidly. D, Parotid space abscess resulting from a dental infection. E, Hemangioma. (D courtesy Y. Barresi. DeKalb. Ill.)

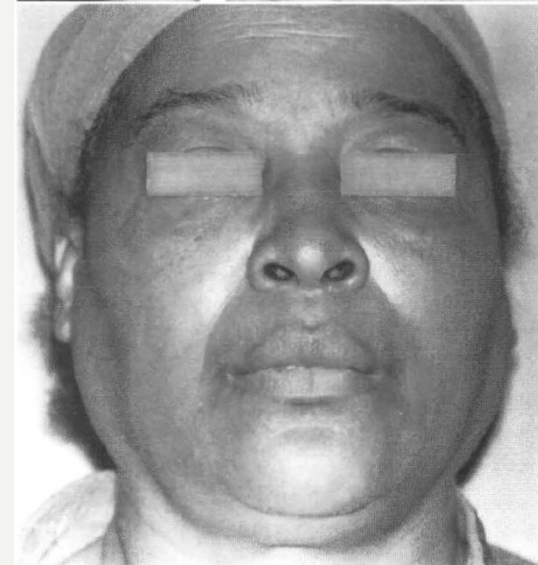
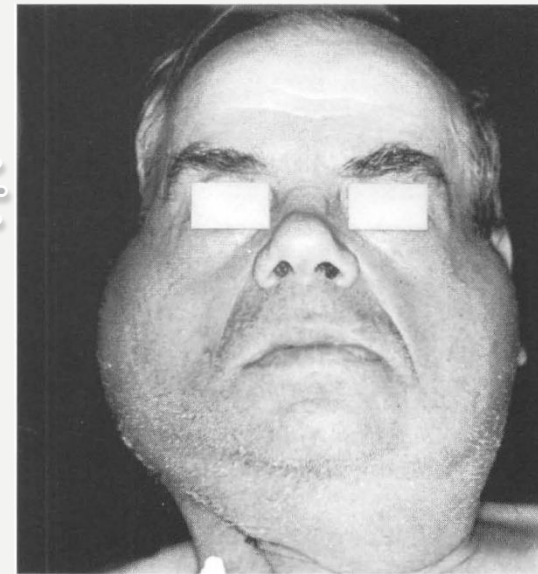
Bilateral parotid swelling. A, Painful bilateral suppurative parotitis ("surgical mumps"). There was postoperative staphylococcal infection of the parenchyma of both glands. Pus could be expressed from Stensen's papillae.

B, Mikuliez' disease.

Note the bilateral parotid swelling, which was asymptomatic.

(A courtesy a.H. Stuteville, deceased; B courtesy P. Akers.

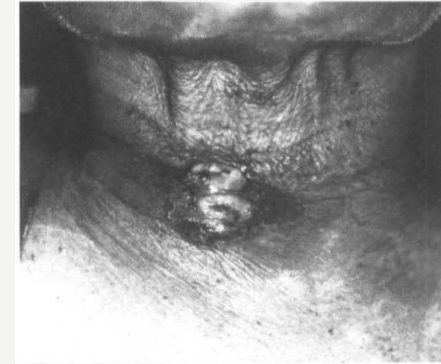
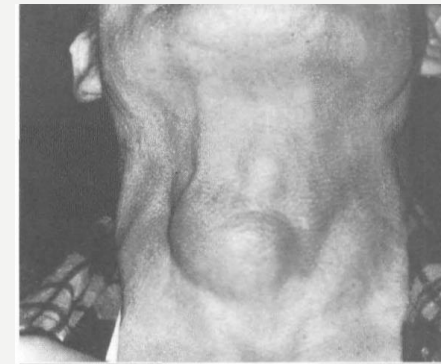
Chicago.)



Masses in the inferior aspect of the median paramedian region. A, Benign adenoma of the thyroid gland. The mass was firm and smooth and arose from the right lobe of the gland. Swallowing caused the mass to be elevated.

B, Anaplastic carcinoma of the thyroid gland. This mass was firm and fixed to the surrounding tissues.

C, Sebaceous cyst. The cyst was just superficial to the isthmus of the thyroid gland



Submental masses. A, Unusually large lymphoid hyperplasia. The mass was firm and freely movable.

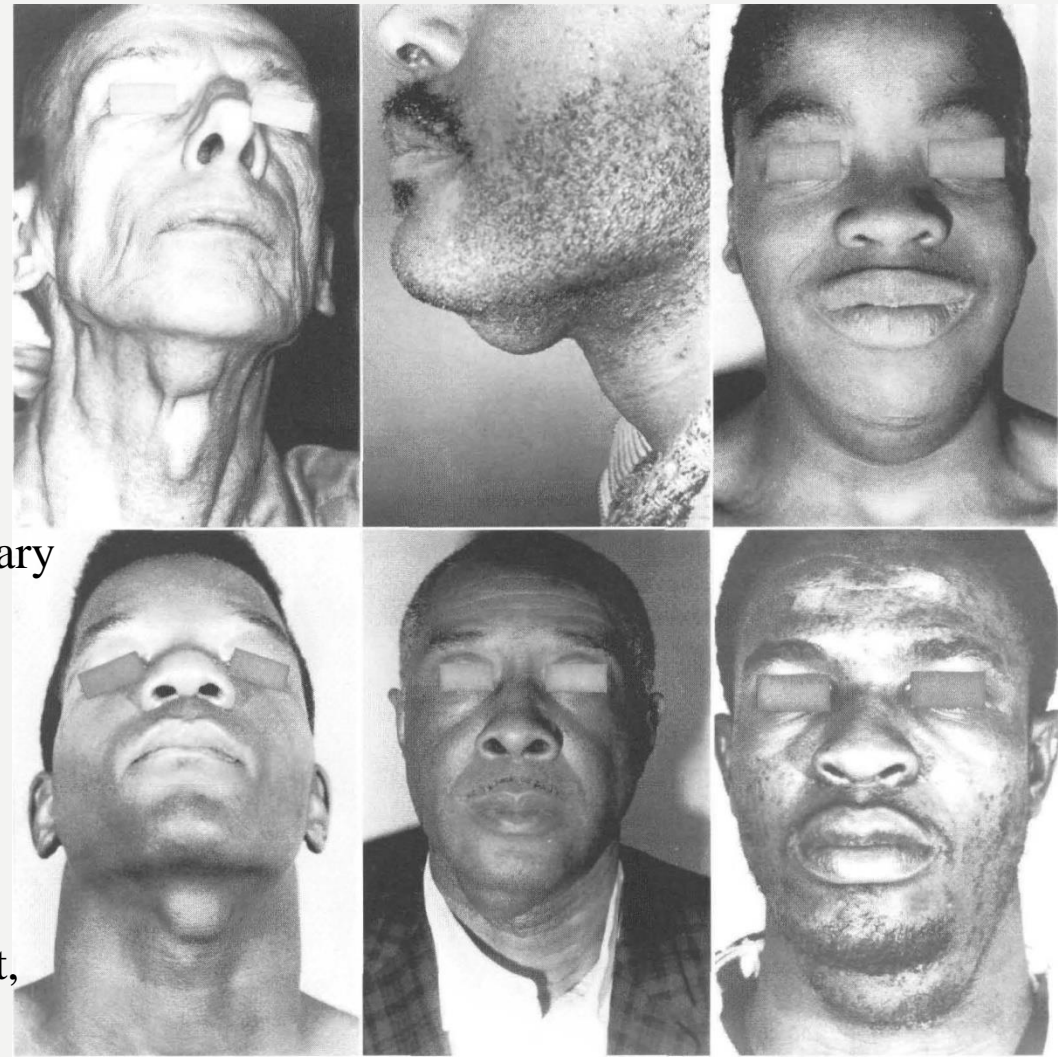
B, Sebaceous cyst. The mass was nontender, soft, fluctuant, and obviously attached to the skin.

C, Diffuse submental acute lymphadenitis secondary to an infection of the lower lip.

D, Thyroglossal cyst. This soft to rubbery, fluctuant mass was elevated as the patient protruded his tongue.

E, Dermoid cyst. This mass was doughy, fluctuant, and freely movable.

F, Plunging ranula. This unusual lesion was painless, soft, and fluctuant.



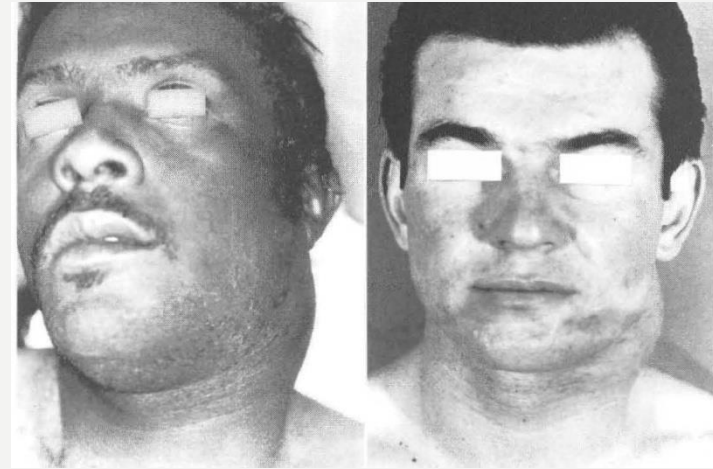
Masses in the lateral neck.

A, Metastatic squamous cell carcinoma in the subdigastric lymph nodes. This mass was stony hard and fixed. The primary tumor was located in the left side of the nasopharynx.

B, Branchial cleft cyst.

C, Cystic hygroma.

D, Carotid body tumor. The mass was movable only in a lateral direction.



Pan neck infection.

A, Elderly man with an infected left upper molar of 5 days' duration and only moderate upper neck swelling. The swelling subsequently became generalized. A chest radiograph showed gas in the mediastinum, and a culture of the region revealed *Bacteroides* organisms. The infection traveled from the upper neck into the mediastinum through the areolar connective tissues.

B, Pan neck infection of dental origin. The patient had severe diabetes. (Courtesy O.H. Stuteville, deceased.)



Thanks for your attention

