

پیشگفتار	۷
فصل اول: ملاحظات آناتومیک گردن	۹
فصل دوم: اصول معاینه گردن	۲۱
فصل سوم: روش‌های تصویربرداری گردن	۳۷
فصل چهارم: تقسیم‌بندی توده‌های گردن	۴۵
فصل پنجم: توده‌های حاد، تحت حاد و مزمن گردن	۴۹
فصل ششم: مدیریت کلینیکی توده‌های گردن	۷۵
واژه‌یاب	۱۰۷

توده‌های گردن به هرگونه تورم یا بزرگ‌شدگی ساختارهای موجود در ناحیه مابین لبه تحتانی فک پایین و استخوان ترقوه‌ای اطلاق می‌شود که منشأ آن می‌تواند موضعی، سیستمیک و یا متاستاتیک^۱ باشد.

توده‌های گردن به‌عنوان یکی از شکایات شایع بیماران مراجعه‌کننده به کادر پزشکی است، که علاوه بر ایجاد اضطراب برای بیمار یک مشکل تشخیصی برای پزشکان نیز محسوب می‌شود. ارزیابی مرحله‌به‌مرحله در کنار توجه به جزئیات شرح‌حال و معاینه دقیق بالینی مفیدترین شیوه در محدود کردن تشخیص‌های افتراقی و اتخاذ بهترین مسیر رسیدن به تشخیص نهایی است. به‌طور کلی توجه به نکاتی از قبیل مدت‌زمان ایجاد ضایعه، اندازه، قوام، متحرک یا ثابت بودن، حساس یا غیر حساس بودن توده در لمس و همچنین سن بیماران قدم اول و اصلی در تشخیص است و قدم‌های بعدی شامل استفاده از تست‌های پاراکلینیک، تصویربرداری، آسپیراسیون و نهایتاً نمونه‌برداری‌های بافتی است. به‌عنوان مثال توده‌های حساس به لمس اغلب ماهیتی عفونی داشته درحالی‌که ضایعات کیستیک^۲ و یا نئوپلاستیک معمولاً غیر حساس می‌باشند. از نظر قوام، توده‌های با منشأ کیستیک نرم و لاستیکی هستند اما تومورهای بدخیم و متاستاتیک گردن قوامی سفت تا سخت دارند. ثابت و غیر متحرک شدن یک توده گردن می‌تواند بیانگر گسترش پروسه‌های التهابی از غده لنفاوی درگیر در گردن به بافت‌های اطراف و ایجاد فیبروز در آنها و یا نشانه تهاجم سلول‌های بدخیم به فضای خارج غده باشد.

به‌طور کلی توده‌های گردن در کودکان اغلب حاصل پدیده‌های التهابی و پس از آن مادرزادی است و تغییرات نئوپلاستیک به‌ندرت مطرح می‌شوند. این در حالی است که در بالغین هر توده گردن می‌باید به‌حساب یک بدخیمی گذاشته شود مگر اینکه بتوان خلاف آن را به اثبات رساند. گردن از نظر آناتومیک به دو قسمت اصلی شامل مثلث قدامی و مثلث خلفی تقسیم می‌شود. طبق بررسی‌های صورت گرفته بیشتر توده‌هایی که در قسمت جلو عضله استرنوکلئیدوماستوئید^۳ و در مثلث قدامی قرار گرفته‌اند دارای ماهیتی خوش‌خیم هستند که البته ندولهای^۴ تیروئیدی از این قاعده مستثنی می‌باشند، درحالی‌که بدخیمی‌ها اغلب به‌صورت یک توده در مثلث خلفی و یا چندین توده به هم چسبیده که از خلف به قدام کشیده شده‌اند بروز می‌کنند.

گروه مولفین

تایستان ۱۴۰۰

1. Metastatic
2. Cystic
3. Sternocleidomaštoid
4. Nodule

فصل اول: ملاحظات آناتومیک گردن

آناتومی گردن

تشخیص دقیق توده‌های گردن نیاز به دانش کافی از ساختارهای نرمال آناتومیک دارد. با تمرین و تجربه، تغییرات طبیعی آناتومیکی را می‌توان بدون نیاز به آزمایشات تشخیصی اضافی یا مشاوره‌های تخصصی از ضایعات پاتولوژیک واقعی متمایز کرد. از این رو به منظور درک بهتر آناتومی گردن، این ناحیه به مثلث‌هایی تقسیم شده است که در تصویر ۱-۱ قابل مشاهده‌اند. عضله استرنوکلئیدوماستوئید (SCM)، جزء مرکزی هر قسمت است. مثلث‌های قدامی و خلفی یک مرز مشترک با استرنوکلئیدوماستوئید دارند.

مثلث قدامی گردن

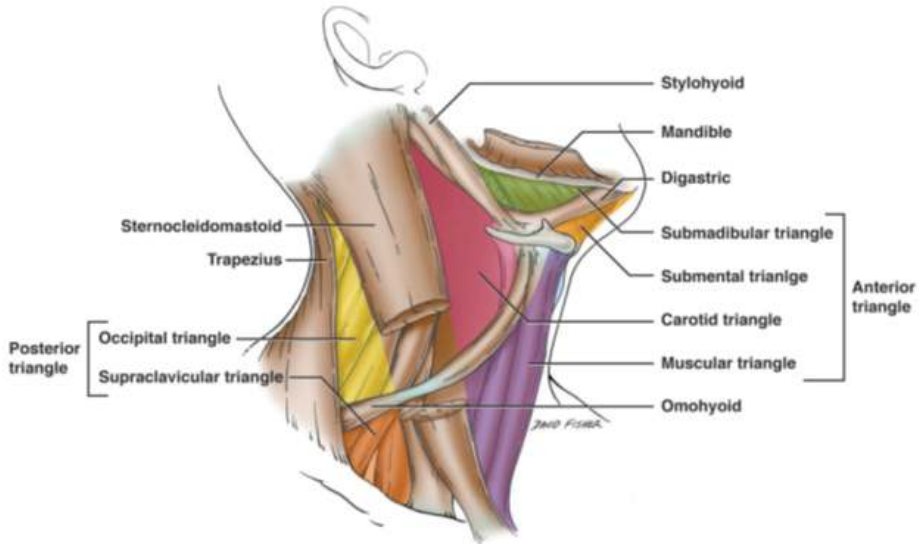
مثلث قدامی گردن توسط خط میانی گردن، مرز قدامی عضله استرنوکلئیدوماستوئید و مرز تحتانی فک پایین محدود می‌شود. این مثلث به‌طور معمول به سه مثلث زوج و یک مثلث تکی تقسیم می‌شود. سه مثلث زوج مثلث‌های ساب‌مندیبولار^۱ (دیگاستریک^۲)، کاروتید^۳ و عضلانی^۴ هستند. مثلث تکی مثلث ساب‌منتال^۵ است.

مثلث ساب‌مندیبولار (دیگاستریک)

مرزهای قدامی و خلفی مثلث ساب‌مندیبولار، به ترتیب بطن‌های قدامی و خلفی عضله دیگاستریک است و پایه آن مرز زیرین فک پایین است. کف این مثلث توسط عضله مایلوهایوئید^۶ تشکیل شده است. اتصال عضله مایلوهایوئید بر روی فک پایین در ناحیه قدامی نسبتاً پایین‌تر و در منطقه خلفی مثلث نسبتاً بالاتر است. به همین دلیل، التهاب ناشی از عفونت دندان‌های مولر پایین، به ویژه دندان عقل، به راحتی می‌تواند در زیر عضله مایلوهایوئید به فضای ساب‌مندیبولار پخش شود. این مثلث معمولاً حاوی شاخه مارژینال مندیبولار

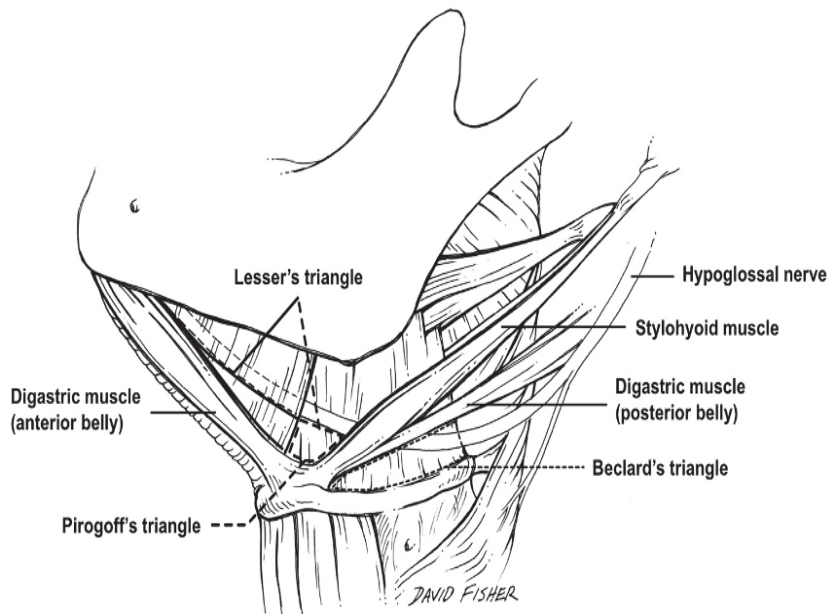
1. Submandibular
2. Digastric
3. Carotid
4. Muscular
5. Submental
6. Mylohyoid

(MMB)^۱ از عصب صورتی^۲، شریان‌ها و وریدهای فاسیال و لینگوآل، غده بزاقی و غدد لنفاوی ساب مندیولار، عصب مایلوهاپوئید، عصب هیپوگلووس^۳ و لوب تحتانی غده پاروتید است. برای دسترسی به این مثلث، تخلیه آبنه و خارج سازی غده ساب مندیولار، برش این ناحیه باید پایین تر از MMB باشد. سه مثلث کوچک در داخل این مثلث قرار دارند: مثلث‌های لستر^۴، پیروگوف^۵، و بکلارد^۶ (تصویر ۱-۱، ۱-۲، ۱-۳)



تصویر ۱-۱: تصویر شماتیک مثلث‌ها و ساختارهای آناتومیکی گردن در سمت راست. برگرفته از Kikuta S, Iwanaga J, Kusakawa J, Tubbs RS. Triangles of the neck: a review with clinical/surgical applications. *Anat Cell Biol.* 2019 Jun

1. Marginal mandibular branch
2. Facial nerve
3. Hypoglossus
4. Lesser's triangle
5. Pirogoff's triangle
6. Beclard's triangle



تصویر ۲-۱: تصویر شماتیک مثلث‌های لستر، پیروگوف، و بکلارد در سمت چپ گردن. برگرفته از Kikuta S, Iwanaga J, Kusakawa J, Tubbs RS. Triangles of the neck: a review with clinical/surgical applications. *Anat Cell Biol.* 2019 Jun

مثلث لستر

این مثلث به نام لادیسلاوس لئون لستر (۱۹۲۵-۱۸۴۶)، جراح آلمانی نامگذاری شده است. این مثلث توسط بطن‌های قدامی و خلفی عضله دیگاستریک و عصب هیپوگلووس محدود می‌شود. این مثلث، مثلث زبانی نیز نامیده شده است. مهم‌ترین ساختار موجود در آن شریان لینگوال است. کف مثلث لستر عضله هایپوگلووس است و شریان زبانی^۱ در زیر آن یافت می‌شود. وقتی این مثلث غایب باشد، عصب هیپوگلووس به سمت عضله دیگاستریک پایین می‌آید. این مثلث یک مکان ایده آل برای دسترسی به شریان زبانی است، به خصوص برای کنترل خونریزی شدید در کف دهان به هنگامی که این شریان آسیب دیده باشد.

مثلث پیروگوف

مثلث پیروگوف، به نام جراح و دانشمند روسی نیکولای پیروگوف (۱۸۱۰-۱۸۱۸) که اولین بار آن را توصیف کرد نام گذاری شده است. این مثلث توسط عصب هیپوگلووسال در قسمت فوقانی، تاندون میانی عضله دیگاستریک در قسمت خلفی تحتانی و بوردر خلفی عضله میلوهایوئید در قسمت قدام محدود می‌شود. به