

لزوم بررسی هستیوپاتولوژیک نمونه های لوزه بعد از تونسیلکتومی در کودکان

سهیلا نیک اخلاق^{۱*}، نادر صاکی^{*}، نبتون عماد مستوفی^{**}، امیر فصیحی^{***}

چکیده

هدف: اختلاف نظر در خصوص ضرورت انجام بررسی هستیوپاتولوژیک نمونه های لوزه هنوز با برجاست. متخصصین گوش و حلق و بینی نگران عدم تشخیص موارد بدخیمی غیر مشکوک هستند. به هر حال با توجه به شیوع بسیار نادر موارد مثبت بدخیمی انجام آن مقرون به صرفه نیست. هدف این مطالعه بررسی ضرورت انجام روتین آزمایشات هستیوپاتولوژیک بعد از تونسیلکتومی های روتین است.

روش بررسی: در این مطالعه تحلیلی مقطعی یک بررسی گذشته نگر روی ۹۷ نفر از بیمارانی که در اردیبهشت ۱۳۸۳ لغایت پایان فروردین ۱۳۸۴ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز تحت عمل جراحی تونسیلکتومی قرار گرفته بودند، صورت داده است. همه بیماران کمتر از ۱۴ سال سن داشتند و بطورکاملا تصادفی انتخاب شدند در مطالعه پرونده این بیماران، اطلاعات مورد نظر از جمله سن، جنس، اندیکاسیون جراحی و نتایج هستیوپاتولوژیک نمونه های بررسی شده مورد ارزیابی قرار گرفته است.

یافته ها: ۹۷ بیمار که بین ۱۴-۳ سال سن داشتند (میانگین = ۸/۹۶) بررسی شدند. ۵۰ نفر از این بیماران پسر (۵۱/۵۵ درصد) و ۴۷ نفر آنها دختر بودند (۴۸/۴۵ درصد) بوده اند.

بررسی گزارش آزمایشات پاتولوژیک نشان داد که هیچکدام از این بیماران بدخیمی نداشتند.

نتیجه گیری: بر اساس یافته های ما در این مطالعه بنظر می رسد که انجام روتین آزمایشات بافتی در همه بیماران ضروری نیست و آنالیز میکروسکوپی باید فقط در بیماران که بطور واضح لوزه ها در آنها غیر قرینه می باشد و بیمارانی که سابقه بدخیمی دارند انجام گردد.

کلید واژه گان: تونسیلکتومی، پاتولوژی، بدخیمی، ارزیابی

مقدمه

لوزه های کامی یک جفت توده لنفاوی هستند که قسمت جانبی حلقه والدیر را تشکیل داده و بزرگترین تجمع لنفاوی این حلقه هستند. (۱) هر کدام از لوزه ها دارای تقریباً ۳۰ شکاف عمیق یا کریپت می باشند. متعدد و عمیق بودن این کریپت ها، ارزیابی زود هنگام آسیب های لوزه را با مشاهده

مستقیم، مشکل و یا غیر ممکن می سازد. (۲) لوزه ها در سن کودکی حداکثر اندازه را دارند که معمولاً تا زمان بلوغ پس رفت می کنند. اگر چه نقش بافت لنفاوی حلقی در دفاع ایمنی میزبان هنوز بطور کامل شناخته نشده است، تولید لنفوسیت (T, B) توسط این بافت های لنفاوی یک امر ثابت

*استادیار، گروه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

** استادیار، گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

*** دستیار گروه گوش و حلق و بینی دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز

۱- نویسنده مسؤل

Archive of SID

دارد. (۹) اکثر مطالعات انجام شده نشان داده اند که بدخیمی لوزه اغلب در میان بزرگسالانی که دارای ریسک فاکتور بالینی هستند دیده می شود. یونس رمزی در سال ۲۰۰۱ در دانشگاه می سی سی پی ۲۴۳۸ مورد تونسیلکتومی را که ۲۰۹۹ مورد آن در کودکان انجام داده است، مورد بررسی پاتولوژی قرار داد که به جز هیپرپلازی لنفوئید مورد بدخیمی نیافت. (۱۰ و ۱۲) در یک مطالعه در ترکیه که بر روی ۲۷۴۳ بیمار انجام شده، یافته ای به نفع بدخیمی مشاهده نشد. (۱۱ و ۱۳)

در این مطالعه ما به تحلیل نتایج بررسی میکروسکوپی نمونه های لوزه در ۹۷ بیمار که در سال ۸۳ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز تحت عمل جراحی تونسیلکتومی قرار گرفته اند پرداخته ایم.

روش بررسی

در این مطالعه تحلیلی مقطعی ۹۷ نفر از بیمارانی که در اردیبهشت ۱۳۸۳ لغایت پایان فروردین ۱۳۸۴ در بیمارستان امام خمینی (ره) اهواز با اندیکاسیون های مختلف تحت عمل جراحی تونسیلکتومی قرار گرفته بودند بطورکاملا تصادفی انتخاب شدند. نمونه های لوزه همه این بیماران جهت بررسی به آزمایشگاه آسیب شناسی بیمارستان مذکور ارسال شد. تمامی بیماران انتخاب شده دارای سنی کمتر از ۱۴ سال بودند. در مطالعه پرونده این بیماران اطلاعات مورنظر از جمله سن، جنس، شکایت اولیه، تشخیص بالینی، اندیکاسیون جراحی، عوارض تونسیلیت ثبت و تجزیه و تحلیل شدند و نتایج هستیوپاتولوژیک نمونه های بررسی شده ارزیابی گردید.

یافته ها

در این مطالعه از ۹۷ نفر بیماری بررسی شده ۵۰ نفر پسر (۵۱/۶ درصد) و ۴۷ نفر دختر (۴۹/۴ درصد) بودند. از نظر

شده است. (۱ و ۳) مطالعات تجربی نشان داده اند که لوزه ها نقش مهمی در رابطه با مقاومت میزبان به عفونت های تنفسی منتقل شونده از راه هوا، در اوائل زندگی دارند. (۴) همچنین مطالعات بافت شناسی نشان داده اند که لنفوسیت های لوزه ای می توانند ایمونوگلوبولینهای ترشحی مانند ایمونوگلوبولین Iga تولید کنند که خود مقاومت بافتی موضعی مقابل عوامل بیماریزا ایجاد می کند. (۵) در میان شرایط پاتولوژیک که لوزه ها را متاثر می سازد، عفونت های مزمن و راجعه بخصوص در بین کودکان شایعتر می باشد. تونسیلیت با شیوعی در حدود ۱۱ درصد در میان بچه های مدرسه ای در طول یکسال دیده می شود. (۶)

عوارض تونسیلیت از جمله تب روماتیسمی حاد گلوومرولونفریت، مخملک، آسه پری تونسیلار، عفونت فضا های پارافارنژیال و رتروفارنژیال می توانند موجب موربیدیتی های قابل توجهی در بیماران گردند. (۵ و ۶) لوزه ها ممکن است به دنبال حملات مکرر عفونت های موضعی و عمومی بزرگ شوند. (۴)

در بررسی های میکروسکوپی لوزه های هیپرتروفیک، هیپرپلازی لنفوئید فولیکولار همراه با تجمع انترفولیکولار سلولهای التهابی دیده می شود. هیپرتروفی مزمن آدنوتونسیلار یک علت شایع انسداد راههای هوایی فوقانی در بچه ها می باشد و شایعترین علت آپنه خواب در بچه ها است. (۷) اختلالات بارز خواب، شب ادراری، کابوس شبانه، افت تحصیلی، دیسفاژی و هیپوناالیتهی از عوارض لوزه های بزرگ است و در موارد شدید ممکن است منجر به کورپولمونال و هیپرتانسیون عروق ریوی گردد. (۸) تومورهای لوزه ها نسبتا ناشایع می باشند. ۲۵ درصد نئوپلاسم های لوزه ها خوش خیم هستند که اسکواموس پاپیلوما شایعترین نئوپلاسم خوش خیم لوزه است. در میان نئوپلاسم های بدخیم اسکواموس سل کارسینوما بیشترین شیوع را دارد (۸۰ درصد) و بعد از آن لنفوم (۱۶ درصد) قرار

همکاران

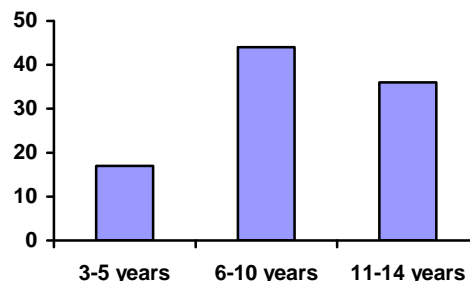
بحث

تونسلیکتومی یکی از شایعترین اعمال جراحی سر و گردن می‌باشد که با اندیکاسیون‌های متعدد در کودکان و بزرگسالان انجام می‌گیرد. نیاز به انجام بررسی میکروسکوپیک نمونه‌های لوزه بعد از عمل جراحی تونسلیکتومی بخصوص در کودکان همواره در مجامع علمی مورد سؤال بوده است. (۱۰) بررسی مقالات متعدد منتشر شده در مجلات معتبر نشان داده که بدخیمی لوزه اغلب در میان افراد بزرگسال با ریسک فاکتورهای بالینی دیده می‌شود. این ریسک فاکتورهای بدخیمی شامل: سابقه کانسر، لوزه‌های غیر قرینه، سفتی قابل لمس لوزه، ضایعات قابل دید و وجود همزمان آدنویاتی گردنی هستند. در مواردی که بزرگ شدن لوزه‌ها علی‌رغم درمان طبی جهت عفونت ادامه یابد و لوزه‌ها ظاهری مشکوک داشته باشند بخصوص در کسانی که سابقه اختلال ایمنی و بدخیمی دارند توصیه به انجام بیوپسی از لوزه‌ها شده است. (۱۱) در مطالعه انجام شده در سال ۲۰۰۱ در دانشگاه می‌سی‌سی‌پی ۲۴۳۸ مورد تونسلیکتومی را که ۲۰۹۹ مورد آن در کودکان انجام داده است مورد بررسی پاتولوژی قرار داده که مورد بدخیمی یافت نشده است. (۱۲)

هدف از این مطالعه بررسی میکروسکوپیک نمونه‌های حاصل از تونسلیکتومی و مطالعه نتایج پاتولوژیکی نمونه‌ها و تعیین شیوع بدخیمی در میان آنها بود. در مطالعه میکروسکوپیک نمونه لوزه‌های تمام بیماران مورد مطالعه مشخص شد که همه این بیماران دارای نمونه بافتی خوش خیم بودند و هیچ نمونه بدخیمی در بین بیماران دیده نشد. بر اساس اطلاعات آماری موجود هیچگونه اختلاف معنی‌داری بین تشخیص بالینی و بررسی‌های پاتولوژیکی وجود نداشت. بنابراین با توجه به یافته‌های ما در این مطالعه بنظر می‌رسد که انجام روتین بررسی میکروسکوپیک لوزه‌ها بعد از عمل تونسلیکتومی غیر ضروری است و با عنایت به

شیوع سنی ۱۷ نفر بین ۵-۳ سال (۱۷/۵۲ درصد) و ۴۴ نفر بین ۱۰-۶ سال (۴۵/۳۶ درصد) و ۳۶ نفر بین ۱۴-۱۱ (۳۷/۱۱ درصد) بودند. (تصویر ۱) میانگین سنی آنها (۸/۹۶ سال) بود. هیچکدام از بیماران بررسی شده علائم بالینی اولیه مشکوک به تومور لوزه را نداشتند. شکایات اولیه بیماران به این شرح بود: ۳۶ درصد سرما خوردگی و گلودردهای مکرر، ۳۱ درصد خرخر شبانه، ۵ درصد کاهش شنوایی و ۲۸ درصد با مجموعه‌ای از شکایت فوق مراجعه کرده بودند. ۲ نفر از بیماران سابقه‌ای از آبسه پری تونسلیتار داشتند. (۲/۰۶ درصد) ۲۳ درصد از بیماران مشکلات دیگری علاوه بر بزرگی لوزه‌ها داشتند: از جمله ۱۷ درصد اوتیت مدیای دو طرفه، ۲ درصد اوتیت مدیای یک طرفه و ۴ درصد نیز دچار انحراف تیغه بینی و یا هیپرتروفی توربینت‌های بینی بودند.

۴۸ درصد از بیماران با تشخیص بالینی هیپرتروفی لوزه و علائم انسدادی ۲۷ درصد با تشخیص هیپرتروفی لوزه و عفونت مکرر لوزه و همچنین ۲۵ درصد بیماران با تشخیص هیپرتروفی لوزه همراه با هیپرتروفی آدنوئید بستری شده بودند. در بررسی میکروسکوپیک نمونه‌های لوزه این بیماران نتیجه پاتولوژیکی همه آنها هیپرپلازی خوش خیم همراه با هیپرتروفی لنفوی گزارش شده بود و در هیچکدام از بیماران مورد مطالعه ما پاتولوژی بدخیمی دیده نشد.



شکل ۱: شیوع سنی بیماران تونسلیکتومی شده

قابل توجه و هزینه بسیار زیاد خواهد شد و مبالغ هنگفتی از هزینه های سلامت را مصرف خواهد کرد.

اینکه تونسیلکتومی یکی از شایعترین اعمال جراحی است، بررسی روتین هستیوپاتولوژیک برای همه کودکان نیازمند عمل جراحی لوزه ضرورت ندارد و موجب صرف انرژی

منابع

- 1-Bailey BJ. Tonsils and adenoids: Snapshots from the Laryngoscope scrapbook. Laryngoscope 1997;107:301-6.
- 2- Burton MJ, Towler B, Glasziou P. Tonsillectomy versus non-surgical treatment for chronic/recurrent acute tonsillitis. Oxford: Update Software;2000.
- 3-Alvi A, Vartanian AJ. Microscopic examination of routine tonsillectomy specimens. Otolaryngol Head Neck surg 1998 Oct ; 119 : 361-3.
- 4-Conley SF, Ellison MD. Avoidance of primary post-tonsillectomy hemorrhage in a teaching program. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1999;125:330-3.
- 5-Erdag TK, Ecevit MC, Guneri EA. Pathologic evaluation of routine tonsillectomy and adenoidectomy specimens in the pediatric population. Pediatric Otolaryngol J 2005 Oct;69: 1321-5.
- 6-Homer JJ, Williams BT, Semple P, Swanepoel A, Knight LC. Tonsillectomy by guillotine is less painful than by dissection. Intl J Pediatr Otorhinolaryngol 2000;52:25-29.
- 7-Lascaratos J, Assimakopoulos D. Surgery on the larynx and pharynx in Byzantium (AD 324-1453): Early scientific descriptions of these operations. Otolaryngol Head Neck Surg 2000;122:579-83.
- 8-Lassaletta L, Martin G, Villafruela MA, Bolanos C, Alvarez-Vicent, JJ. Pediatric tonsillectomy: Post-operative morbidity comparing microsurgical bipolar dissection versus cold sharp dissection. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1997;41:307-17.
- 9-Nunez DA, Provan J, Crawford M. Postoperative tonsillectomy pain in pediatric patients. ArchOtolaryngol Head Neck Surg 2000;126:837-41.
- 10-Roberts C, Jayaramachandran S, Raine CH. A prospective study of factors which may predispose to post-operative tonsillar fossa haemorrhage. Clin Otolaryngol 1992;17:13-17.
- 11-Steward DL, Chung SJ. The role of adjuvant therapies and techniques in tonsillectomy. In: Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. Philadelphia, Pa: Lippincott Williams & Wilkins; 2000 PP.186-92.
- 12-Garavello M, Werner S, Romagnoli M.. Incidence of Unexpected Malignancies in routine tonsillectomy specimens in children. Laryngoscope 2004;114:1103-5.
- 13-Strong EB, Rubinstein B, Senders CW. Pathologic analysis of routine tonsillectomy and adenoidectomy specimens. Otolaryngol Head Neck Surg 2001;125:473-7.

Archive of SID