

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز  
تأسیس ۱۳۳۸، شماره ۵۴ (۱۳۸۱)، صفحه ۲۹

## بررسی ۲۰ بیمار مبتلا به بیماری بدخیمی گره‌های لنفاوی پاروتید در عرض ده سال اخیر

دکتر میررحیم سیاح ملی<sup>۱</sup>

### خلاصه

**زمینه و اهداف:** با توجه به اینکه شیوع تومورهای پوستی اسکواموس سل کارسینوما (SCC)، بازال سل کارسینوما (BCC) در سر و صورت خیلی زیاد است و اولین محل که متاستاز می دهند یا مورد تهاجم قرار می دهند ناحیه پاروتید و قسمت فوقانی صورت است از این رو مطالعه بیشتری را می طلبد. هدف از این مطالعه بررسی اعمال جراحی با رادیوتراپی یا بدون آن روی گره لنفاوی متاستاتیک غده پاروتید غیر از تومور اولیه غده پاروتید می باشد

**روش بررسی:** بیست بیماری که گره لنفاوی بدخیم پاروتید از متاستاز بدخیمیهای پوستی یا اختلالات لنفوپاتی تلیال داشتند به صورت گذشته نگر بررسی گردیدند، پرونده بیماران بستری شده در مرکز پزشکی امام خمینی (ره) از نظر سن، جنس، هیستوپاتولوژی، درمان و نتایج درمانی بررسی شدند.

**یافته ها:** از ۲۰ بیمار شانزده بیمار گره لنفاوی متاستاتیک از بدخیمیهای پوستی داشتند که سیزده مورد متاستاز از نوع اسکواموس سل کارسینوما و ۲ مورد متاستاز از نوع ملانوما و یک مورد متاستاز از نوع بازال سل کارسینوما بود. ۴ بیمار گرفتاری از نوع اختلالات لنفوپرولیفراتیو داشتند.

**نتیجه گیری:** بیماری متاستاتیک به گره لنفاوی پاروتید یا گسترش مستقیم به این گره از بدخیمیهای اولیه پوستی پیش آگهی بدتری در این بررسی داشتند. پیش آگهی بیماری با منشاء بیماری لنفوپرولیفراتیو بهتر بود.

**کلید واژه ها:** گره لنفاوی پاروتید، متاستاتیک اسکواموس سل کارسینوما، بازال سل کارسینوما، ملانوما

## مقدمه

توده های داخل غده پاروتید جهت درمان مناسب نیاز به تشخیص دارند. گرچه این توده ها را اغلب می توان با آسپیراسیون سوزنی بررسی کرد (۱) ولی سایر اطلاعات را می توان از تکنیکهای تصویربرداری به دست آورد. جراحی یک بافت، به پاتولوژیست امکان می دهد بیماری را بررسی نموده وسعت روند پاتولوژیکی را در داخل غده به دست آورد. برای ضایعات خوش خیم، جراحی درمان قطعی بوده و برای ضایعات بدخیم، جراحی حداقل یک قسمت از مراحل درمانی برای کنترل نهایی بیماری است (۲). در داخل و مجاورت پارانشیم غده پاروتید گره‌های لنفاوی متعددی وجود دارد. این لنف گره‌های خارج غدی و داخل غدی نواحی اولیه در ناژ لنف لاله گوش، پوست سر ناحیه پاریتال، پیشانی همان طرف و گونه را به عهده دارد. این غدد به گره لنفاوی عمقی فوقانی گردن درناژ می شوند. گره لنفاوی متاستاتیک از بدخیمیهای اولیه پوستی که غده پاروتید را درگیر می کند احتیاج به کنترل تومور اولیه به اضافه درمان جراحی غده پاروتید دارند. بیماری گره لنفاوی گردنی را می توان با Dissection گردن با رادیوتراپی یا بدون آن درمان کرد (۳). اختلالات لنفوپرولیفراتیو به بررسی بیشتری به وسیله یک انکولوژیست نیاز دارد. با وجود اینکه لنفومای غده پاروتید شایع نیست گره لنفاوی پاروتید می تواند به لنفوما مبتلا شود (۴).

## مواد و روش تحقیق

گزارشهای پاتولوژی پرونده بیمارانی که در بین سالهای ۱۳۶۸-۱۳۷۸ تحت عمل جراحی پاروتیدکتومی قرار گرفته بودند بررسی شد. ۲۰ بیمار با بیماری نئوپلاستیک بدخیم گره لنفاوی پاروتید مشخص شدند. این بیماران شامل مواردی از متاستاز از بدخیمیهای پوستی، لنفومهای داخل غده پاروتید و گسترش مستقیم از تومورهای اولیه نواحی مجاور بودند. سن، جنس، ناحیه بدخیمی اولیه سرگردن، هیستوپاتولوژی تومور و تاریخچه درمان قبلی ضایعات پوستی از پرونده بیماران استخراج گردید. حداقل جراحی در این بیماران پاروتیدکتومی با Dissection عصب صورتی بود.

## یافته ها

سیزده بیمار، بیماری بدخیم گره لنفاوی ثانویه به اسکواموس سل کارسینومای اولیه نواحی پوستی داشتند. در شش بیمار نواحی اولیه گرفتاری پوست پیشانی و اسکالپ همان طرف، چهار بیمار گرفتاری لاله گوش و سه بیمار گرفتاری گونه داشتند (جدول ۱). ۴ بیمار زن و ۹ بیمار مرد بودند. سن ابتلای بیماران ۷۰-۸۷ سال و سن متوسط آنان ۷۷ سال بود و تمام آنها تاریخچه طولانی مدت تماس با اشعه آفتاب داشتند.

همه این ۱۳ بیمار سابقه درمان قبلی بدخیمی پوستی اولیه را داشتند. یکی از بیماران رادیوتراپی شده بود. محل اولیه بدخیمی فقط در دوبیمار قبل از شروع بیماری متاستاتیک کنترل شده بود. ده بیمار از یازده بیمار زخم بافت نرم در محل اولیه تومور داشتند. از این ۱۳ بیمار، ۷ بیمار، بیماری متاستاتیک در داخل گره لنفاوی پاروتید داشتند و ۶ بیمار گرفتاری گره لنفاوی پاروتید ثانویه به گسترش مستقیم از تومور اولیه داشتند. در ۶ بیمار برای کنترل بیماری، رزکسیون عصب صورتی به عمل آمد و در بقیه بیماران عصب صورتی حفظ شده بود. تمام بیماران حداقل شش ماه پیگیری شدند. ۷ بیمار از ۱۳ بیمار بر اثر بیماریشان فوت نمودند. ۴ بیمار از ۱۳ بیمار بر اثر بیماری دیگر فوت نمودند. فقط یک بیمار هیچ علامتی از بیماری نشان نداد. متوسط سوروایوال ۹/۳ ماه بود. بیماریهای متاستاتیک غیر از اسکواموس سل کارسینوما (جدول ۲) نشان داده شده است، دو بیمار ملانوم اولیه داشتند که منجر به متاستاز به گره لنفاوی پاروتید شده بود. در یک بیمار ملانوم در ناحیه گیجگاهی بود. در بیمار دوم که یک مرد ۴۶ ساله بود محل اولیه ملانوم مشخص نگردید و بعد از درمان جراحی و یک دوره در مان رادیوتراپی نیز دریافت کرده بود و ۱۴ ماه بعد فوت نمود. بیمار دیگر یک مرد ۶۰ ساله با یک توده در دم غده پاروتید بود که سابقه درمان جراحی بازال سل کارسینوما داشت. این بیمار که از بازال سل کارسینومای لاله گوش متاستاز به گره لنفاوی پاروتید داشت که با پاروتیدکتومی و رادیوتراپی بعد از عمل درمان شده و سه سال بعد از درمان مشکل خاصی نداشت.

چهار بیمار اختلالات لنفوپرولیفراتیو داشتند. این بیماران در جدول ۲ مشخص شده اند. سن آنها از ۷۱-۳۹ سال بود. سه نفر از این بیماران مونث و یکی مذکر بود. یک بیمار سابقه قبلی سندرم شوگرن داشت.

جدول ۱، بدخیمیهای گرههای لنفاوی پاروتید از منشأ تومورهای اولیه اسکواموسل کارسینوما (۱۳ بیمار)

ردیف بیمار	سن	جنس	محل اولیه	روش رفتاری	انواع درمانهای به کار رفته
بیمار اول	۷۱	مذکر	پیشانی	گسترش مستقیم	اکسیزیون وسیع + پاروتیدکتومی + شیمی درمانی
بیمار دوم	۷۰	مونث	پیشانی	گسترش مستقیم	اکسیزیون + پاروتیدکتومی + شیمی درمانی
بیمار سوم	۸۲	مذکر	گونه	متاستاز	پاروتیدکتومی + اکسیزیون ضایعه
بیمار چهارم	۸۰	مذکر	گونه	گسترش مستقیم	اکسیزیون وسیع + پاروتیدکتومی
بیمار پنجم	۷۷	مونث	اوریکول	گسترش مستقیم	برداشتن اوریکول + پاروتیدکتومی + رادیاسیون
بیمار ششم	۷۵	مذکر	اوریکول	گسترش مستقیم	برداشتن ضایعه + پاروتیدکتومی + رادیاسیون
بیمار هفتم	۸۳	مونث	اسکالپ	متاستاز	اکسیزیون موضعی + پاروتیدکتومی
بیمار هشتم	۸۷	مذکر	اسکالپ	متاستاز	اکسیزیون موضعی + پاروتیدکتومی
بیمار نهم	۷۹	مذکر	پیشانی	متاستاز	پاروتیدکتومی + رادیاسیون
بیمار دهم	۸۷	مونث	اوریکول	گسترش مستقیم	برداشتن اوریکول + پاروتیدکتومی
بیمار یازدهم	۸۵	مذکر	گونه	متاستاز	پاروتیدکتومی + رادیاسیون
بیمار دوازدهم	۷۵	مذکر	اوریکول	متاستاز	اکسیزیون ضایعه + پاروتیدکتومی
بیمار سیزدهم	۷۵	مذکر	اسکالپ	متاستاز	اکسیزیون ضایعه + پاروتیدکتومی

جدول ۲، متاستاز به گره‌های لنفاوی پاروتید از تومورهای غیراسکواموس سل کار سینوما

ردیف بیمار	سن	جنس	پاتولوژی	محل اولیه	درمان‌های به کار رفته
بیمار اول	۶۵	مذکر	ملانوما	ناحیه گیجگاهی	اکسیژون موضعی + پاروتیدکتومی + دیسکسیون گردن
بیمار دوم	۴۶	مذکر	ملانوما	ناشناخته	پاروتیدکتومی + رادیوتراپی
بیمار سوم	۶۰	مذکر	بازال سل کارسینوما	اوریکول	پاروتیدکتومی رادیوتراپی

جدول ۳، اختلالات لنفوپرولیفراتیو گرفتار کننده گره‌های لنفاوی پاروتید

ردیف بیمار	سن	جنس	پاتولوژی	درمان‌های به کار رفته
بیمار اول	۳۹	مونث	لنفوم لنفوسیتیک	پاروتیدکتومی + رادیوتراپی + شیمی درمانی
بیمار دوم	۶۹	مذکر	لنفوم تمایز نیافته ندولر	پاروتیدکتومی + رادیوتراپی
بیمار سوم	۶۸	مونث	لنفوم منتشر با سلول کوچک	پاروتیدکتومی + شیمی درمانی
بیمار چهارم	۷۱	مونث	لنفوما	شیمی درمانی

## بحث

شایعترین بدخیمی پوستی که منجر به بیماری متاستاتیک می شود اسکواموسل کارسینوم ( SCC) است. با وجود این بازال سل کارسینوم ( BCC) نیز شایعتر می باشد: SCCتهاجمیتر است. ۹۵٪ SCC در سر و گردن ایجاد می شود. شایعترین گرفتاری در گوش و قسمت فوقانی صورت است. تومور به طور شایع در دهه هفتم زندگی تشخیص داده می شود (۵).

اگر چه شیوع بدخیمی پوستی به طور فزاینده ای دیده می شود، مفروضات برای شیوع حقیقی را مشکل می توان به دست آورد چون بیشتر بدخیمیهای پوستی گزارش نمی شوند و علت آن تمایل جراحان به عمل این نوع تومورها در مطب به طور سر پای است. SCC با چهار مکانیسم انتشار پیدا می کند (۶) . انفیلتراسیون موضعی به عمق پوست منجر به رشد عمودی

متاستاتیک معمولاً در عرض ۳ سال از شروع درمان حادث شده و در عرض دو سال در ۹۰٪ حالات دیده می شود (۵). نسبت بهبود یافته برای SCC پوستی از ۷۵٪ تا ۹۰٪ است و نسبت سر ویوال ۵ ساله برای بیماری متاستاتیک فقط ۲۵٪ است؛ کنترل موضعی بیماری در شروع درمان به طور واضح متاستازهای بیماری را کاهش می دهد.

ملانوم سومین تومور شایع بدخیم پوستی است ولی سریعتر از هر کانسر دیگری در مردان افزایش می یابد. از نظر رشد دومین تومور شایع به غیر از کانسر ریه در زنان است، به خطر انداختن عمر در ملانوم پوستی یک در ۷۵ در سال ۲۰۰۰ تخمین و پیش بینی شده است. با وجود اینکه تاثیر حقیقی اشعه اولترا و یوله در پاتورژن ملانوم ناشناخته است آموزش عمومی به رابطه اشعه خورشید و ایجاد ملانوم متمرکز شده است. نسبت بهبود ملانوم پوستی به مرحله آن در موقع تشخیص بستگی دارد و لزوم تشخیص اولیه را برای بهبود کامل تاکید می کند و خطر عود و متاستاز به طور مستقیم متناسب با ضخامت تومور است. متاستازها در ۱۵ تا ۳۶٪ بیماران با تشخیص ملانوم پوستی ایجاد می شود این متاستازها شامل متاستازهای Satellite، متاستازهای گره لنفاوی ناحیه ای و متاستازهای دور دست است. متاستازهای گره لنفاوی ناحیه ای در ۶۰٪ بیماران که متاستاز دارند ممکن است دیده شود، پیش آگهی بدتر با گره لنفاوی دو یا بیشتر مثبت همراه است. متاستازهای (Satellite) Intransit بین ناحیه اولیه و گرههای ناحیه ای ایجاد می شود؛ آنها معمولاً نودهای جلدی یا ندولهای زیرجلدی هستند و در ۲ تا ۳٪ بیماران با ملانوم پوستی دیده می شوند (۹). پیش آگهی با ضایعات زیر جلدی در مقایسه با ضایعات جلدی بدتر است، مخصوصاً موقعی که با گره لنفاوی مثبت باشد. سورویوال پنج ساله ۲۲٪ در بیماران است که متاستازهای Intransit یا Satellite دارند (۱۰). یکی از دو بیمار گزارش شده در این مطالعه با ندولهای زیرجلدی پیشانی و توده ناحیه پاروتید گزارش شده است. بیمار ضایعات قبلی جلدی گونه، بینی، پوست سر و گردن یا گوش نداشته است. هر گونه عمل جراحی یا بیوپسی از این نواحی را انکار می کند. بیمار تحت درمان اکسیژون ندول زیر جلدی با پاروتیدکتومی توتال با دیسکسیون عصبی قرار گرفت او بیماری در گردن نداشت. CT گردنی برای هر نوع لنفادنوپاتی منفی بود؛ بعد از عمل، اشعه درمانی به پیشانی، گونه و گردن در یافت کرد. متاستازهای دور دست ایجاد شد (ریه، مغز و استخوان) و بیمار ۱۴ ماه بعد فوت کرد.

می شود و همینکه انفیلتراسیون به پلان فاسیال یا پریکندر یا پریوست رسید رشد افقی در طول این پلان می تواند انجام گیرد. تومور همچنان می تواند در طول اعصاب و عروق انتشار یابد. ۳ تا ۷٪ SCC انوازیون پری نورال را نشان می دهد.

SCC می تواند متاستاز موضعی گره لنفاوی ناحیه ای یا انتشار هماتوزن داشته باشد. شایعترین عامل خارجی در اتیولوژی بدخیمی اسکواموس پوستی اولیه قرار گرفتن در معرض اشعه التراویوله است و آن بسته به طول مدت و شدت مواجهه با اشعه دارد. مواجهه با مواد شیمیایی مثل ترکیبات آرسنیک، هیدروکربن، زغال قیر و کشیدن تنباکو و سایر عوامل مستعد کننده ابتلا به این گرفتاریهاست. شایعترین عوامل داخلی عبارتند از: سن، پیکمانتاسون پوستی و وضعیت ایمنی بیماران.

سن بیمار با SCC متاستاتیک در این مطالعه شاخص مهمی است (۷۷ سالگی). به نظر میرسد شیوع SCC با سن افزایش یابد (۷). دلیل حقیقی برای این مساله ناشناخته است. قبل از سن ۴۰ سالگی کمتر از ۲۰٪ تومورهای پوستی SCC هستند، بعد از سن ۸۵ سالگی ۸۰٪ SCC می باشند. اینکه کهولت سن را باید یک عامل اتیولوژی مستقل در نظر گرفت مشخص نیست (۸). عوامل مختلفی که برخی SCC های با خطر بالا ایجاد می کنند به وسیله Rows و همکارانش شرح داده شده است (۵) که عبارتند از: اندازه بیش از ۲ سانتیمتر، عمق تومور بیش از ۴ میلیمتر، درجه هیستولوژیک III یا IV Brodeus، تومورهای پوستی لاله گوش، تومورهایی که در اسکارها به وجود می آیند، تهاجم به پری نورال SCC قبلاً درمان شده و بیماران که از نظر ایمنی در مخاطره هستند. اینها عواملی هستند که برای عود یا متاستاز بیماری در نظر گرفته می شوند. ضخامت تومور بهترین عامل در تعیین متاستاز است. SCC با تکنیکهای مختلفی درمان می شود که شامل الکترو دیسکسیون - کرایوسرجری - شیمی درمانی موضعی - اشعه درمانی - اکسیژون جراحی و میکروسرجری Mohs است. مزایای تکنیکهای اکسیژون جراحی این است که قادر به کنترل و تعیین حاشیه نسجی است. در سایر تکنیکهای یاد شده که در آن تومور برداشته شده و به پاتولوژی فرستاده نمی شود تا بیماری کنترل شود، صرف نظر از روش درمان، کنترل تومور اولیه برای رسیدن به درمان برتری دارد؛ روی هم رفته نسبت متاستاز ناحیه ای از ۰/۵٪ تا ۲۰٪ یا ۳۰٪ (۱) متغیر است و آن ارتباط مثبتی بین اندازه تومور و لنف نودهای متاستاتیک دارد. در تومورهای عود کننده نسبت متاستاز رژیونال از ۲۵٪ تا ۴۵٪ بر حسب ناحیه آناتومیک متفاوت است. بیماری

نقش دیسکسیون گردنی در ملانوما جای بحث دارد غدد لنفاوی ناحیه ای شایعترین ناحیه متاستاز از ملانوم پوستی است. اکثر جراحان عقیده دارند که گرفتاری بالینی گره لنفاوی از دیسکسیون گره لنفاوی بهره مند می شوند که شامل کنترل موضعی تومور و گره لنفاوی موضعی است. مزایای آن اینست که ملانوم منتشر در آنها ایجاد نمی شود. اگرچه ۷۰ تا ۸۵٪ بیماران با شواهد بیماری بالینی در گره لنفاوی با ملانوم منتشر می میرند (۱۱)، دیسکسیون انتخابی گردنی برمبنای متاستاز مخفی بالا پایه گذاری شده است (۱۲).

در بیماری که ملانوم اولیه پوستی ناحیه تمپورال داشت کنترل موضعی با اکسیزیون و ترمیم محل اولیه تومور با فلپ موضعی انجام گردید. یک پاروتیدکتومی با دیسکسیون عصبی و یک دیسکسیون انتخابی انجام شد که در داخل غدد پاروتید ملانوما وجود داشت.

شایعترین بدخیمی پوستی بازال سل کارسینوما (BCC) است که تقریباً ۷۵٪ تمام کانسره‌های غیرملانومی پوستی را در ایالات متحده شامل می شود عقیده بر این است که بندرت باعث مرگ می شود. BCC می تواند رفتار تهاجمی داشته و باعث بدشکلی و تخریب اعضای حیاتی می شود. انواع روشها را می توان در درمان این ضایعات به کار برد. تمام آنها می توانند به درجات بالایی موفقیت آمیز باشند. برای تومورهایی که به طور مناسب انتخاب شده اند، انجام الکتروسرجری، کرایوسرجری، و اشعه درمانی، روشهای درمانی هستند که این روشهای درمانی به وسیله پزشکان معالج مختلفی با سطوح مختلف آموزشی و تعلیمی به کار برده می شوند. اکسیزیون جراحی و جراحی میکروگرافیک Mohs نسبت بهبود مشابهی را ارائه می دهد. قبول شده است که روش جراحی Mohs موثرترین روش است (۱۳). نسج برداشته شده با تکنیکهای جراحی اطلاعات کنترل حاشیه نسج برداشته شده را مهیا می سازد.

BCC اولیه نسبت عود ۵ ساله ۱۰/۶٪ دارد، در صورتی که تومور به گره‌های ناحیه دیگر سرایت کند نسبت عود پنج ساله ۱۵/۴٪ است (۱۴).

کنترل تومور اولیه مثل سایر بدخیمیهای پوستی در محدود نمودن تعدادی از بیماران که سرانجام در آنها متاستاز ایجاد خواهد شد مهم است. بیشتر بیماران مبتلا به BCC بیمارانی هستند که تومور اولیه آنها بزرگ بوده یا عودهای مکرر داشته اند.

اگرچه BCC یک تومور وابسته به Stromal است برخی از آنها قابلیت متاستاز دارند. عودهای متعددی که مناطق نزدیک پلان فاسیال، پریوست، پریکندر و صفحه تارسال پلک را گرفتار می کنند، مستعد تر به اکستانسیون ساب کلینیکال هستند و می توانند به گرفتاری متاستاتیکی منجر شوند. بیمارانی که تومورهای پاروتید قابل لمس دارند یا لنف نودهایی در قسمت فوقانی گردن دارند باید به دقت در مورد تاریخچه قبلی جراحی پوستی سوال شوند. بیشتر بیماران فکر می کنند که ضایعات کوچک پوستی متاستاز نمی دهد. بیماری در این مطالعه با متاستاز BCC تومور اولیه اش بهبود یافته بود و عاری از تومور بود باوجود لنف نود متاستاتیک که به صورت توده پاروتید ظاهر شده بود، درمان بیمار بصورت پاروتیدکتومی و دیسکسیون عصبی و رادیاسیون بعد از عمل انجام گردید. او سه سال است که بعد از درمان عود بیماری ندارد. متاستاز BCC غیر معمول است و نسبت عود ۱/۰٪ گزارش شده است (۱۵ و ۱۶). اگرچه نسبت بهبود BCC عالی است، پیش آگهی متاستازهای ایجاد شده از آن بدمی باشد (۱۶).

لنفوما اغلب در ناحیه سروگردن دیده می شود چون این ناحیه از لنف نود غنی است و ممکن است لنف نود به صورت توده پاروتید دایمی خود را نشان دهد. ضوابط تشخیصی لنفوم اولیه پاروتید شامل لنفوم خارج بزاقی شناخته نشده، که از نظر هیستولوژیکی ثابت شود که لنفوم پاراننشیم را به طور اولیه بیشتر از ثانوی نودهایی بزاقی گرفتار کرده است و تایید ساختمانی و سیتولوژیکی نوع بدخیمی نیز آن را نیز تایید می کند (۱۳). لنف نود لنفاوی داخل غده پاروتید را بیشتر گرفتار می کند. Nicholas و همکارانش (۹) زمان تشخیص لنفوم را با اولین تظاهرات روند بیماری مربوط دانستند.

اگر توده پاروتید اولین علامت روند بیماری باشد، احتمال تومور لنفوپرولیفراتیو غده وجود دارد. اگر توده بعد از تشخیص لنفوما و درمان آن ظاهر شود گرفتاری غده با لنفوما بیشتر احتمال دارد. تشخیص افتراقی کامل برای توده های پاروتید در بیماران با لنفومای قطعی شده به کار می رود. علاوه بر متاستازها بیماری گرانولوماتوزیس و کیستهای خوش خیم تومورهای اولیه پاروتید بایستی در تشخیص افتراقی در نظر گرفته شود. سه نفر از چهار بیمار با توده پاروتید به عنوان تنها یافته بالینی در سروگردن خود را نشان دادند. ارتباط سندرم شوگرن با لنفوما مدتهای طولانی است که مشخص شده است.

## نتیجه گیری

تامین لنفاتیک غنی غده پاروتید باعث می شود که گرفتاری نئوپلاستیک غده لنفاوی پاروتید به صورت یک توده پاروتید ظاهر شود. تشخیص افتراقی توده های پاروتید باید نه تنها شامل تومورهای اولیه پاروتید باشد بلکه بایستی بیماریهای متاستاتیک از تومورهای اولیه پوستی موجود یا آنهایی که قبلاً در نواحی مثل اسکالپ، پیشانی، گونه و اوریکول عمل شده اند نیز در نظر گرفته شود. اختلالات لنفوپرولیفراتیو می تواند به صورت توده پاروتید خود را نشان دهد. رشد توده در بیماران با لنفوما می تواند نشانگر تغییر در هیستوپاتولوژی تومور باشد. بیماری متاستاتیک پاروتید معمولاً نشانگر بیماری پیشرفته بدخیمیهای پوستی درمان نشده یا کمتر درمان شده می باشد. با در نظر گرفتن پیش آگهی بد چنین تومورها یی تشخیص اولیه و درمان تومورهای اولیه با درمان وسیع تومورهای عود کننده بهترین نتیجه را به دست می دهد. سه بیمار در عرض یک ماه و بدون بیماری اولیه مردند. میزان خطر بالای یک بیهوشی عمومی یا مدت عمل طولانی را در افراد سن بالا باید در نظر گرفت. سن بیمار و سلامتی عمومی ممکن است برای انتخاب در مان در نظر گرفته شود. برخی بیماران ممکن است از رادیوتراپی اولیه بهره جویند و جراحی احتمالی برای درمان بعدی در نظر گرفته شود. آموزش بیمار برای درمان به موقع بدخیمیهای پوستی ضروری است تا از تعداد بیماران مراجعه کننده با متاستاز کاسته شود.

بیماری شوگرن اولیه فقط غده اگزوکراین را مبتلا می سازد. بیماری شوگرن ثانویه در اختلالات اتوایمیون از قبیل آرتریت روماتوئید ایجاد می شود. ضایعه لنفواپی تلیال خوش خیم شایعترین توده پاروتید است که در سندرم شوگرن دیده می شود اما لنفوما یی با منشاء B-Cell نیز با سندرم شوگرن همراه است. انسیدانس لنفوما با سندرم شوگرن ۴۴ برابر بیشتر از افراد عادی است (۱۰). چهارمین بیمار در مطالعه اخیر به این نوع لنفوما مبتلا بود؛ تشخیص قبلی اش با تکنیک FNA و هم با بیوپسی باز داده شد که ضایعه لنفواپی تلیال خوش خیم بود. ابتدا تحت درمان دارویی با عوامل آلیکله کننده قرار گرفت اما توده پاروتید شروع به رشد کرد. یک سال بعد توده پاروتید با پاروتیدکتومی برداشته شده و تشخیص B-Cell Lymphoma داده شد.

لنفوما می تواند در داخل پاروتید بعد از اینکه سندرم شوگرن تشخیص داده شد، ایجاد شود (۱۱). این ممکن است به علت وجود همزمان بیماری خوش خیم و بدخیم در غده، اشکال در تشخیص در بافت کم یا پیشرفت یک بیماری خوش خیم به طرف لنفوما باشد. اگر چه آسپیراسیون با سوزن باریک می تواند تشخیصی باشد، جراحی غده پاروتید می تواند اطلاعات بیشتری با بررسی کردن بافت بزاقی و لنفوئید بدست دهد (۱۷).

## References:

1. Silverman AR, Nieland ML. Pathology of selected skin lesion of the head and neck. In : Barnes L (ed.) Surgical pathology of the head and neck. Vol2. New York: Marcel Decker 1985; p: 1565-621
2. Bernstein SC, Lim KK, Brodland DG, Heideberg KA. The many faces of squamous cell carcinoma. *Dermatol Surg* 1996; 22:243-54
3. Haydon RC. Cutaneous squamous cell carcinoma and related lesions. *Otol Clin North Am* 1993; 26 (1): 57-71
4. Fears TR, Scotto J, Schneiderman MA. Mathematical models of age and ultraviolet effects on the incidence of skin cancer among whites in the United States. *Am J Epidemiol* 1977; 105: 420 – 1
5. Rowe DE, Carrol RJ, Day CL. Prognostic factors for local recurrence, metastasis, and survival rates in squamous cell carcinoma of the skin, ear, and lip. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 976- 90
6. Canoy NR, Lee M. Epidermoid carcinoma of the skin of the head and neck. *Mo Med* 1976; 73 669-72
7. Jojnson TM, Rowe DE, Nelson BA, et al. Squamous cell carcinoma of the skin (excluding lip and oral mucosa). *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 467 – 84
8. Rigel DS, Friedman RJ, Kopf AW, Silverma MK. Factors influencing survival in melanoma. *Dermatol Clin* 1991; 9: 631-42
9. Parker TP, Zitelli J. Malignant melanoma. *Dermatol Surg* 1996; 22: 234- 40

10. Wolf GT, Sullivan MJ. Management of cutaneous melanoma .In:Cummings CW, (ed.) Otolaryngology –Head and Neck Surgery. Vol 1. St.Louis: CV Mosby 1986; 363-82
11. Silverman MK, Kopf AW, Grin CM, et al. Recurrence rates of treated basal cell carcinomas. Part I. Overview. J dermatol Surg Oncol; 1991, 17: 713-8
12. Cortran RS: Metastasizing basal cell carcinoma. Cancer 1961; 14:1036-40
13. Batsakis JG. Tumors of the head and neck 2<sup>nd</sup> Ed. Baltimore; williams and Wilkins; 1979: 1-75
14. Nichols RD, Rebuck JW, Sullivan JC. Lymphoma and the parotid gland. Laryngoscope 1982; 92:365-9
15. Kassan SS, Thomas TL, Moutsopoulos HM, et al .Increased risk of lymphoma in sicca syndroma . Ann intern Med 1978; 89: 888-92
16. Colby TV, Dorfman RF. Malignant lymphomas involving the salivary glands. Pathol Ann 1979; 14(2): 304-24