

نکات مهم در خصوص لنفادنوپاتی (LAP)

آموزش معاینه فیزیکی :

وجود عقده های لنفاوی قابل لمس صاف و نرم و ساب مندیبولار (زیر 1 س.م) در اطفال و بالغین جوان سالم به طور نرمال دیده می شود. بالغین سالم نیز ممکن است عقده های لنفاوی اینگوئینال قابل لمس تا 2 س.م داشته باشند که نرمال در نظر گرفته می شود.

موارد فوق نیاز به بررسی بیشتر ندارد مگر اینکه پزشک حاذق شک بالینی قوی ای داشته باشد. حدود دو-سوم موارد لنفادنوپاتی بععل نامشخص یا بیماری تنفسی فوقانی (ویروسی یا باکتریال) و کمتر از 1% موارد بععل بدخیمی ها می باشد.

علائم همراه زیر را همیشه مدنظر قرار دهید: گلودرد، خستگی، سرفه، تب، تعریق شبانه، کاهش وزن. در شرح حال به این موارد توجه کنید: سن بیمار (بدخیمی ها در سنین بالای 50 سالگی شایع ترند)، جنس، شغل، تماس با حیوانات، رفتارهای پرخطر جنسی، داروها، سابقه عفونت های تنفسی فوقانی. در مورد عقده ها این موارد را در نظر داشته باشید: جنرالیزه بودن یا لوکالیزه بودن لنفادنوپاتی، اندازه عقده، ماهیت و قوام بافت عقده (متحرک یا چسبیده بودن؛ سفت یا چرمی یا نرم بودن و ...)، وجود تندرینس، علائم التهاب حول لنف نود، زخم های پوستی و اسپلنومگالی.

لنفادنوپاتی منتشر عمدتاً ناشی از علل غیربدخیم همچون مونونوکلئوز عفونی (EBV, CMV)، توکسوپلازما، ایدز، سایر عفونت های ویروسی، لوپوس، mixed connective tissue disease، و در بزرگسالان لوکمی های لمفوسیتی حاد و مزمن است.

LAP های نواحی سوپراکلاویکلار و عضلات اسکالن عمدتاً اشاره به بدخیمی دارند؛ برای اینکه درناژ لنفاوی ریه و فضای رتروپریتونئال را بر عهده دارند.

1- LAP در مثلث قدامی گردن به علل عفونت های موضعی سر و گردن ویا علل سیستمیک مثل عفونت EBV, CMV, Toxoplasmosis می باشد. در حالی که LAP در مثلث خلفی با علل CMV, TB, Lymphoma, و بدخیمی های سرو گردن رخ می دهد. بنابراین اهمیت بزرگی غدد لنفاوی در مثلث خلفی بیش از مثلث قدامی است.

2- Supraclavicular LAP با ریسک بالای بدخیمی همراه است (30 تا 50 درصد). Right Supraclavicular LAP با کانسر مدیاستن، ریه و مری همراه است و Lt Supraclavicular LAP ویا (Virchow's node) با کانسر دستگاه گوارش مثل معده، لوزالمعده، کیسه صفرا و نیز کلیه، بیضه، تخمدان، و پروستات همراه است. علل غیر بدخیم Supraclavicular LAP شامل سارکوئیدوز، سل و توکسوپلازما سموز هستند.

3- Axillary LAP: در صورتی که عفونت های اندام فوقانی مثل cat scratch disease نباشد بدخیمی های پستان، ملانوما، همان سمت، لنفوما و متاستازها باید در نظر گرفته شوند.

4- Silicon breast implant سبب LAP در Supraclavicular و اگزایلا می شود.

5- لمس لنف نودهای Epitrochlear همواره غیر طبیعی و عفونت های ساعد، لنفوم، سارکوئیدوز را مطرح می کند.

6- inguinal LAP: که عفونت های اندام تحتانی، STD (شانکر، هرپس، سیفیلیس، لمفوگرانولوم و نروم)، کانسرهای سرویکس، ولو، پوست (ملانوما)، رکتوم، انوس را مطرح می کند.

7- بزرگی غدد لنفاوی ناحیه occiput عمدتاً در نتیجه عفونت scalp و بزرگی غدد preauricular در نتیجه عفونت ملتحمه چشم و بیماری خراش گربه رخ می دهد.

8- عفونت HIV در هفته دوم عفونت حاد در اکثریت مبتلایان لنفادنوپاتی ژنرالیزه (در اگزایلا، گردن و occiput) ایجاد می کند که بدون درد است.

9- اگرچه M. tuberculosis عفونت موضعی در گردن می دهد اما Millary TB لنفادنوپاتی ژنرالیزه می دهد.

10- مونونوکلئوز عفونی مخصوصا در هفته اول عفونت لنفادنوپاتی در مثلث خلفی گردن و گاه اگزایلا و اینگوئینال می دهد که از دیگر علل فارنژیت ان را متمایز می کند. لنف نودها شبیه کلیه هستند.

11- در شروع و یا در موارد عود بیماری لوپوس (SLE) بزرگی غدد لنفاوی بصورت نرم و غیر دردناک در 50 درصد بیماران دیده می شود. (لزوم چک کردن ANA, anti-dsDNA Ab)

12- داروهای Allopurinol, Atenolol, Captopril, Carbamazepine, Cephalosporins, Gold, Hydralazine, Penicillin, Phenytoin, Primidone, Pyrimethamine, Quinidine, Sulfonamides, Sulindac, diphenylhydantoin قادر به ایجاد LAP هستند.

13- وجود تب، عرق شبانه و کاهش وزن به همراه LAP به نفع بیماری سل، لنفوم و بدخیمی است و همراهی ان با بزرگی طحال به نفع لنفوم، لوسمی (حاد و مزمن)، مونونوکلئوز عفونی، توکسو پلاسموز، سارکوئیدوز و SLE است.

14- یافته هایی که اهمیت بیشتر دارند شامل اندازه بیشتر از 2 سانتی متر، Hard و Fixation در غدد لنفاوی است. دردناک بودن بیشتر به نفع پروسه التهابی است به استثنای لوسمی حاد که دلیل رشد سریع و کشیده شدن کیسول لمفونود گاه دردناک است. لنف نود های کمتر از یک سانتی متر تقریبا همیشه علل واکنشی و خوش خیم داشته و نیاز به بررسی ندارند مگر در موارد خاص که علائمی از بدخیمی وجود داشته باشد. در اکثر موارد نود بیش از 2 سانتی متر نیاز به بررسی و بیوپسی دارد. بیوپسی باید excisional و از بزرگترین لنف نود باشد. FNA اندیکاسیون ندارد (بجز در نودولهای تیروئید)

15- لنف نود در لنفوم و متاستازها هر دو non tender هستند اما در متاستازها non movable (بخاطر ثابت شدن لمف نود توسط بافت اطراف) و hard بوده ولی در لنفوم حالت لاستیکی وسفت داشته و movable و قرینه است.

16- مهمترین تشخیص افتراقی Hilar and Mediastinal LAP (Thoracic adenopathy) در افراد جوان مونو نوکلئوز عفونی و سارکوئیدوز (در مدیاستن) و در افراد مسن کانسر ریه، لنفوم، متاستازها، سل، سارکوئیدوز و عفونتهای قارچی هستند. سل و هیستوپلازما می توانند ادنوپاتی یکطرفه بدهند.

17- بزرگی غدد داخل شکم تقریبا همیشه بدخیم می باشد به استثنای سل که گاه ادنیت مزانتر می دهد، برای غالب موارد لنفوم در مردان جوان germ cell tumor مطرح می باشند. (لزوم چک کردن سطح α -FP, β -hCG در لنفوم جوانان)

| نکات مهم در برخورد با LAP | | اندازه عقده، محل درگیری، قوام عقده، متحرک یا چسبیده بودن، وجود تندرینس |
|--|---|---|
| موارد با اندازه بزرگ، قوام سفت، دارای چسبندگی و بدون تندرینس عمدتا دال بر بدخیمی ها می باشد. | | |
| بیماریهای مرتبط با LAP بر اساس محل درگیری | | |
| مثلث قدامی گردن (جلوی عضله SCM) | عفونت های موضعی سر و گردن و یا عفونت های سیستمیک مثل EBV, CMV, Toxoplasmosis | |
| مثلث خلفی گردن (خلف عضله SCM) | بعمل TB, CMV, Lymphoma و بدخیمی های سرو گردن | |
| Supraclavicular (ریسک بدخیمی: 30 تا 50%) | راست | کانسر مدیاستن، ریه و مری |
| | چپ (Virchow's node) | کانسر دستگاه گوارش مثل معده، لوزالمعده، کیسه صفرا و نیز کلیه، بیضه، تخمدان، و پروستات |
| | علل غیر بدخیم Supraclavicular LAP شامل سارکوئیدوز، سل و توکسو پلاسموز هستند. | |
| Axillary | عفونت های اندام فوقانی مثل cat scratch disease، بدخیمی های پستان، ملانوما، لنفوما و متاستازها | |

| | |
|--|---|
| در افراد جوان مونو نوکلئوز عفونی و سارکوئیدوز (در مدیاستن) و در افراد مسن کانسر ریه ، لنفوم ، متاستاز ها ، سل ، سارکوئیدوز و عفونتهای قارچی هستند. سل و هیستوپلازما می توانند ادنوپاتی یکطرفه بدهند. | Thoracic adenopathy (Hilar and Mediastinal) |
| عفونت های ساعد، لنفوم ، سارکوئیدوز | Epitrochlear (بر روی / بالای کوندیل داخلی هومروس) |
| عفونت های اندام تحتانی ، STD ، کانسرهای سرویکس ، ولو، پوست (ملانوما) ، رکتوم، انوس | Inguinal |
| عمدتا در نتیجه عفونت scalp | Occiput |
| عفونت ملتحمه چشم و بیماری خراش گربه | Preauricular (جلوی گوش) |
| بزرگی غدد داخل شکم تقریبا همیشه بدخیم می باشد به استثنای سل که گاه ادنیت مزانتر می دهد ، برای غالب موارد لنفوم در مردان جوان germ cell tumor مطرح می باشند | شکم |
| محل LAP براساس نوع بیماری | |
| در هفته دوم عفونت حاد در اکثریت مبتلایان لنفادنوپاتی ژنرالیزه (در اگزیرا، گردن و occiput) ایجاد می کند که بدون درد است. | عفونت HIV |
| عفونت موضعی در گردن | M. tuberculosis |
| لنفادنوپاتی ژنرالیزه | Milliary TB |
| در هفته اول عفونت لنفادنوپاتی در مثلث خلفی گردن و گاه اگزیرا و اینگوئینال می دهد که از دیگر علل فارنژیت ان را متمایز می کند. لنف نودها شبیه کلیه هستند. | مونونوکلئوز عفونی |
| در شروع و یا در موارد عود بیماری لوپوس بزرگی غدد لنفاوی بصورت نرم و غیر دردناک در 50 درصد بیماران دیده می شود. اما اگر در لوپوس، LAP تداوم داشته باشد باید به فکر بدخیمی ها نیز بود. | لوپوس |
| LAP بر اساس علائم همراه | |
| سل ، لنفوم و بدخیمی | تب ، تعرق شبانه و کاهش وزن |
| لنفوم ، لوسمی (حاد و مزمن) ، مونونوکلئوز عفونی، بیماری خراش گربه ، توکسو پلاسموز ، سارکوئیدوز و SLE | اسپلنومگالی |

پاراکلینیک در LAP:

- The **CBC diff.** can provide useful data for the diagnosis of acute or chronic leukemias , EBV or CMV mononucleosis , lymphoma with a leukemic component , pyogenic infections , or immune cytopenias in illnesses such as SLE. Serologic studies may demonstrate antibodies (e.g. IgM, IgG) specific to components of EBV , CMV , HIV , and other viruses; Toxoplasma gondii; Brucella; and so on. If SLE is suspected , antinuclear and anti-DNA antibody studies are warranted.
- CXR / CT scan / MRI / ultrasound , color Doppler ultrasonography.

- اغلب لنفادنوپاتی ها نیازی به بیوپسی و 50 درصد موارد نیز نیازی به بررسی پاراکلینیک بیشتر ندارند.
- در مواردی که علت لنفادنوپاتی خوش خیم باشد، پیگیری دقیق 2 تا 4 هفته ای کاربرد دارد.
- تا زمانی که شک قوی بالینی به عفونت های باکتریال ندارید، آنتی بیوتیک ندهید.
- در لنفادنوپاتی ها از کورتون ها استفاده نکنید چون بخاطر ماهیت لمفولیتیک کورتونها، تشخیص تحت ابهام قرار میگیرد و از سوی دیگر کورتون ها بهبودی را به تاخیر انداخته و سبب فعال شدن عفونت زمینه ای میگردند. (تنها

جایی که می توان کورتون داد در صورت درگیری Waldeyer's ring در مونونوکلئوز عفونی است که می تواند اثرات انسدادی بر مجرای فارنژیاال داشته و تهدید کننده حیات باشد.)

منابع:

+ طب داخلی هاریسون، چاپ 19، سال 2015، فصل 79.

+ نکات مهم در خصوص لنفادنوپاتی، دکتر محمد سرافراز یزدی / <http://internalmedicine.blogfa.com>

سوال:

- کانسر بیضه به کدام ناحیه متاستاز می دهد؟ به **پاراآنورتیک** و **سوپراکلاویکولار چپ** (لنفاتیک بیضه به ناحیه اینگوئینال درناژ ندارد!)
- کانسر آنوس و رکتوم به ترتیب در وهله اول به کجا با احتمال بیشتری متاستاز می دهند؟
الف) سوپرا کلاویکولر چپ ب) سوپرا کلاویکولر راست ج) **اینگوئینال**
- یک خانم 63 ساله، خالی بزرگ با حاشیه نامنظم که به تازگی روی انگشت شست پای چپش ظاهر شده به نزد شما مراجعه کرده است؛ اگر این خال متاستاتیک باشد در وهله اول کدام ناحیه لنفاتیک را با احتمال بیشتری درگیر میکند؟
الف) سوپرا کلاویکولر چپ ب) سوپرا کلاویکولر راست ج) اینگوئینال راست د) **اینگوئینال چپ**
- هیستوپلاسموزیس چه شکلی از LAP را سبب می شود؟
غالباً درگیری **یکطرفه** لmf نوده‌های **پاراتراکنال**
- کانسر متاستاتیک ریه کدام ناحیه لنفاوی را با احتمال کمتری درگیر می کند؟
الف) **سوپرا کلاویکولر چپ** ب) سوپرا کلاویکولر راست ج) پاراتراکنال
- جوان 24 ساله با لمفادنوپاتی متحرک و بدون تندرns دو طرفه قاعده گرده و زاویه فکی سمت راست و با تب های 39.5 درجه شبانه مراجعه کرده است و در آزمایشات پاراکلینیک نکته خاصی ندارد بجز اینکه در CXR بیمار مدیاستن wide گزارش شده است. برای وی از بین بدخیمی ها کدام مورد در راس تشخیص قرار دارد؟
الف) **لمفوم** ب) لوسمی حاد ج) کانسر مری د) کانسر های سروگردن
- لمس دو عقده لنفاوی ساب منتال با قطر 15 mm و 10 mm در یک فرد 14 ساله به ظاهر سالم و بدون هیچ علایم همراه دیگر چه تشخیصی را غالباً در وهله اول به ذهن تداعی خواهد نمود؟
جواب: ساب منتال یعنی ناحیه زیر چانه؛ در نوجوانان و اطفال عمده علل LAP لوکالیزه در این ناحیه نامشخص یا سابقه عفونت های تنفسی فوقانی است و غالباً نیاز به بررسی و مداخله بیشتر ندارد.