مجله گوش، گلو، بینی و جنجره ایران
شماره سی و نهم

The Iranian Journal of Oto rhinolaryngology

دانشگاه علوم پزشکی مشهد

گزارش یک مورد سنگ لوزه
بیمارستان امام خمینی (ره) دانشگاه علوم پزشکی اهواز

Tonsillolith A rate case report A. Masoomi MD. Assistant professor ENT
Department Imam khomaini Ahwaz e university of medical sciences

Summary

Giant Calculi of tonsils is rare and more common in adults than children, This is the first case diagnosed in. ENT in Ahwaz University Imam Khomeini Hospital.

Many possible cases for formatian of these calculi have been hypothesized but we believe that the most acceptable one is due to obstruction of crypt ostiums after inflammation and infection which leads to accumulation of debris and bacteria and inorganic salts to core formation that may result in giant caiculi.

Occasionally the calculi can be seen or the lateral side on oropharynx examination this happens if cript ostia are dilated and tonsilla tiseus is ulcerated.

Another possible hypothesis is obstruction of minor salivary gland ducts which result in stasis of saliva only few data support this clinical view. Diagnosis can be incidental be simple or somethimes difficult in a differential diagnosis of norulceration lymphoma.

Key Words: Tonsillolith, Rare Case.

عنوان مقاله:
گزارش یک مورد سنگ لوزه
مؤلف
دکتر عبدالحسین معصومی
استادیار: بخش گوش حلق و بینی و سر و گردن دانشگاه علوم پزشکی اهواز

مقدمه

تشکیل سنگ لوزه در افراد بالغ نسبت به اطفال از شیوع بیشتری برخوردار است بیماری است (۸)کمیاب از تجمع نقاط کلسیفیه سفت و یکی‌شدن آنها سبب توده‌ای حجیم و سبب بزرگی ناحیه لوزه می‌شود گاهی بیمار سابقه حملات متوالی پروسه‌های التهابی عفونی گلو و لوزتین داشته به طوری‌که دبری‌های اپی‌تلیایی و باکتریها در کریپتها محبوس شده در ابتدا تشکیل کیست احتباسی می‌شود که باگذشت زمان تجمع توده‌ای کراتوهیالین و رسوب نمکهای غیره ارگانیک کلسیفیکاسیون اتفاق می‌افتد به طوری‌که فسفات یا کربنات کلسیم تشکیل می‌شود و به دنبال آن سنگ بزرگی تشکیل می‌شود (۶ و ۱۰) باتوجه به نادربودن بیماری منابع گوش حلق و بینی به‌طور اختصار به این موضوع اشاره شده و یا این‌که اصلاً بحثی در این مورد نشده است (۵).

معرفی بیمار: بیمار مرد ۴۱ ساله متولد العماره عراق ساکن روستای رقیه از توابع شوش خوزستان متأهل به نام . موسوی شغل کشاورز با احساس جسم خارجی و تورم یک طرفه سمت چپ ناحیه لاترال اروفارنکس (لوزه حلقی) که قبل از مراجعه به این مرکز در شهرستان دزفول به پزشکان مختلف عمومی و تخصصی گوش حلق و بینی مراجعه نموده که با تشخیص اولیه تومور لوزه و با عفونت تحت درمان با آنتی‌بیوتیک آموکسی‌سیلین و پنی‌سیلین و مسکن و دهانشویه قرار گرفته ولی علی‌الرغم مصرف دارو بهبودی پیدا نکرده و بر حجم توده افزوده شده در شرح حال و تکمیل پرونده بیمار از چهار ماه قبل از مراجعه به پزشکان دچار احساس جسم خارجی در گلو داشته بلع وی دردناک بوده ولی سابقه دیسفاژی را ذکر نمی‌کند در موقع بلع اخیراً انتشار درد به‌صورت اتالژی به گوش چپ داشته بیمار از اودینوفاژی شکایت داشته ولی دیسفاژی را ذکر نمی‌کند. احساس بوی تعفن از دهان توسط خود بیمار و یا اطرافیان وجود داشته کاهش وزن و سابقه عفونت مکرر لوزتین را ذکر نمی‌کند سابقه بیماری زمینه‌ای و یا مصرف داروی خاصی را ذکر نکرده در معاینه دهان و دندان التهاب لثه و پوسیدگی بیماری زمینه‌ای و یا مصرف داروی خاصی را ذکر نکرده در معاینه دهان و دندان التهاب لثه و پوسیدگی دندانهای مولار و پره‌مولار سمت چپ فک تحتانی مشهود است. در معاینه اروفارنکس رنگ مخاط لوزه راست و حلق صورتی و اندازه لوزه راست در حد طبیعی می‌باشد در معاینه لوزه سمت چپ بزرگی و تورم شدید لوزه و لاترال وال اروفارنکس سمت چپ مشهود است. رنگ مخاط لوزه و پیله‌ها و پل فوقانی لوزه چپ قدری هیپرکنژسان و پرخون و قرمز رنگ می‌باشد. در قسمتی از لوزه چپ و پل فوقانی رنگ خاکستری و متمایل رنگ زرد می‌باشد. بزرگی لوزه به قدری است که سبب مدیالیزه‌شدن لوزه چپ و کام نرم و یوولا به طرف مقابل شده در لمس و دستکاری توده خاکستری ناحیه لوزه چپ با انگشت و به وسیله آبسلانگ توده‌ای سفت ولی نسبتاً متحرک و در لمس بسیار دردناک می‌باشد. آزمایشات پارا کلینیکی بیمار خون و ادرار و PPD در حد طبیعی بوده در رادیوگرافی ساده لاترال گردن در ناحیه اروفارنکس عکس شماره ۱ منطقه‌ای در مجاورت تنه مهره دوم گردن به‌صورت توده‌ای اوپاک نسبت "گرد دیده شده رادیولوژیست در گزارش خود جهت بررسی ارزشیابی بیشتر درخواست OPG کرده و در تحقیقات بعد در سی‌تی اسکن بیمار به طریق اکسیال از ناحیه اوروفارنکس از کام سخت تا استخوان هیوئید با انجام مقاطع ۵ میلی‌متری بدون کنتراست گرفته شده در دو مقطع که حداکثر اندازه توده را نشان می‌دهد وجود توده‌ای dense و تقریباً round مشاهده شده این توده در نسوج نرم و ارتباطی به مجاورات نداشته (عکس شماره ۲ و ۳) در تاریخ ۸۱/۳/۲۱با تشخیص اولیه سنگ لوزه چپ تحت بیهوشی عمومی اقدام به‌عمل تونسیلکتومی چپ قرار گرفت عمل بدون عارضه انجام شده و نمونه تماماً به پاتولوژی ارسال شد. جواب وگزارش پاتولوژی بیمارستان امام خمینی اهواز با تشخیص Choronic tonsillitis and tonsillolith یا مشخصات اندازه تقریبی لوزه ۱×۳×۵×۴ سانتی‌متری اندازه سنگ ۳×۲×۳ سانتیمتری که رنگ زرد خاکستری و وزن ۱۸/۵گرم یادآوری شده است (۷).

بحث و نتیجه‌گیری

وجود نقاط سفت وکلسیفیه در نمونه‌های حاصل از عمل لوزتین توسط همکاران پاتولوژیست درگزارشات متداول می‌باشد ولی بزرگی این نقاط و یکی‌شدن آنهاکه باعث توده‌ای حجیم و سبب بزرگی لوزه شود. بسیار نادر وکم می‌باشد به طوری‌که در بعضی از منابع اختصاصی گوش و حلق و بینی اختصاراً و به‌سادگی به این موضوع اشاره شده و یا این‌که اصلاً بحثی در این مورد نشده است.

هیپوتزوتنوری‌هایی چند برای ایجاد سنگ لوزه گفته شده از جمله حملات متوالی پروسه عفونی و التهابی در دهانه کریپت‌های لوزه باعث می‌شود که دبری‌های اپی‌تلیایی و باکتریها در کریپت‌ها محبوس شده و

ابتدا ایجاد کیست احتباسی می‌نماید با گذشت زمان تجمع توده‌های کراتوهیالین و رسوب نمکهای غیرارگانیک کلسیفیکاسیون اتفاق افتاده به طوری که فسفات یا کربنات کلسیم تشکیل می‌شود و به دنبال آن سنگ تجمع و سفت می‌شود (۱).

بعضی از منابع پاتوژنز سنگ لوزه را هنوز مورد بحث و اختلاف نظر دارند (۸) هیپوتز دیگری که طرفداران کمتری دارد از جمله آقایان Mishenkin و shtil عقیده دارند که تشکیل سنگ نتیجه توقف بزاق در مجرای غدد بزاقی فرعی لوزتین می‌باشد(۸) در بعضی از منابع عنوان شده که ترشحات کازئوز باقی مانده و رشد باکتریال در کریپتهای لوزتین منجر به تشکیل سنگ با اندازه و قوام متفاوت سخت یا نرم تولید می‌شود(۲).

تونسیلولیت از مواد باقی‌مانده و رشد باکتریال در کریپتهای لوزتین یا آدنوئید منشأ می‌گیرد و ممکن‌است بیماران سابقه مثبتی از التهابات لوزتین یا لوزه سوم را در گذشته ذکر نمایند (۳).

تشخیص سنگ لوزه Tonsillolith

باتوجه به قضاوت و تجربه پزشک و معاینه همراه با علائم کلینیکی Symptom, signe بیماری که معمولاً سنگ از مخاط مشخص و مخاط را تخریب کرده و یا دهانه کریپت راگشاد می‌نماید و معمولاً به رنگ زرد یا خاکستری و یا سفید کدر و یا مخلوطی از این رنگها می‌باشد که معمولاً تشخیص را آسان می‌نماید ولی در زمانی که در عمق کریپت‌های لوزه مدفون بوده و علائم واضحی نداشته و عدم اطلاعات و تجربه پزشک خصوصاً زمانی که توده عمقی و مخاط سالم و دست نخورده باشد. تشخیص افتراقی آن با تومورهای عمقی و لنفوم ابتدا مشکل است. شیوع Tonsillitiasis در بالغین از نظر آماری بیشتر و در بچه‌ها شیوع کمتری دارد (۸).

تظاهرات کلینیکی سنگ لوزه

ممکن‌است بدون علامت باشد که به‌صورت تصادفی در یک معاینه حلق کشف شود یا علائم پایدار و مزاحمی مثل سرفه مزمن و تحریک گلو، گوش درد، اودینوفاژی، احساس بوی بد دهان، Hallitosis fetororis وجود توده‌ای سفید رنگ متمایل به خاکستری یا زرد رنگ در بستر لوزه بزرگی و غیرقرینه‌بودن لوزتین احساس جسم خارجی در گلو (۲).

تشخیص افتراقی Differentional Diagnosis

تعداد زیادی از بیماریها وجود دارد که با سنگ لوزه اشتباه می‌شود شامل:

۱- جسم خارجی ۲- گرانولوم کلسیفه ۳- بدخیمی‌های لوزتین از جمله لنفوم و scc ۴- بزرگی زائده استیلوئید ۵- باقی‌ماندن غضروف و یا استخوان از قوسهای جنینی دوم و سوم (۱) ۶- سفلیس مرحله سوم (۲) ۷- phleboliths ۸- لنف نود کلسیفیه شده (۸).

۹- کلسیفیکاسیونهای لنف نود و غدد بزاقی مینور عروق شریانی این منطقه می‌تواند با سنگ لوزه در تشخیص اشتباه شود علاوه‌براین ساختمانهای مجاور مانند بزرگی خار هامولوس مربوط به پتریگوئید پلیت بزرگی توبروزیته و برجستگی استخوان ماگزیلاری و بیماریهای استخوان Rami ماندیبول جابه‌جایی و احتباس کیستهای دندانی (۸).

استفاده از سی تی اسکن امکان تشخیص سنگ را در لوزه آسان می‌سازد. چنانچه در تصویربرداری اروفارنکس نقاط کلسیفیه و گرد مشاهده شود. می‌توان از تصویربرداری با ماده حاجب خودداری کرد (۸).

درمان Tonsillolith

تحت بی‌حسی موضعی سنگهای کوچک را می‌توان با استفاده از پروب و یا با دوشیدن آنها را خارج کرد. سنگهای بزرگ را جهت exposeشدن نیاز است با انسزیون و یا تونسیلوتومی آنها را خارج کرد.

اگر شواهدی از تونسیلیت مزمن و یا عود بیماری مطرح باشد در این صورت اندیکاسیون تونسیلکتومی یک طرفه وجود دارد (۸). سعی بر این‌است که این عمل را تا فروکش‌شدن علائم التهابی و عفونی به تعویق اندازیم. (انگلیس) (۲) از درمانهای محافظه کارانه دیگر کوترشیمیایی با نیترات نقره توپیکال را توصیه کرده‌اند (۳).

گاهی بیماری بدون علامت و به‌صورت مخفی، گاهی هم تشخیص بیماری سهل و آسان که در معاینات روتین کشف می‌شوند و در مواقعی هم علائم بیماری طوری است که تشخیص افتراقی را از یک تومور غیره اولسره مانند لنفوم مشکل می‌سازد.

Tonsillolith باتوجه به تظاهرات بالینی متنوعی که در محدوده رشته گوش حلق بینی ایجاد می‌کند متخصصین این رشته باید آن را خوب بشناسند و از دیگر بیماریها آن را افتراق دهند تا در موقع مناسب درمان مؤثر صورت پذیرد.

خلاصه

شیوع سنگهای بزرگ و حجمی لوزه بسیار نادر و کمیاب که از نظر آماری در افراد بالغ نسبت به اطفال شیوع بیشتری دارد. در آمار و بایگانی بیمارستان امام خمینی اهواز پرونده‌ای مربوط به این بیماری وجود نداشت. از نظر اتیولوژی تعاریف و بحثها و هیپوتز فراوانی از گذشته تا به حال منتشر شده بحثی که بیشتر مورد نظر و طرفداران بیشتری دارد. وجود نقاط سفت و کلیسفیه در نمونه‌های ارسالی به پاتولوژی توسط همکاران پاتولوژیست‌ها بعضاً گزارش می‌شود. التهابات کریپت‌های لوزتین که باعث مسدودشدن دهانه آنها می‌شود سبب احتباس دبری‌ها و پروسه التهابی و میکروبی و سلولهای دفاعی و رسوب نمکهای غیراورگانیک سبب تشکیل هسته مرکزی و بزرگی آن و نهایتاً ایجاد سنگهای غول‌آسای لوزه می‌شود (۹). گاهی به‌علت بزرگی بیش از حد مخاط و نسج لوزه زخم و یا دهانه کریپت شدید متسع می‌شود و سنگ از این طریق در موقع معاینه اوروفارنکس در قسمت لاترال نمایان می‌شود (۱۰).

بسته‌شدن دهانه غدد بزاقی مینور و احتباس المانهای یاد شده از هیپوتزهای پیشنهادی دیگر است که از طرفداران کمتری برخوردار است (۸).

از نظر علائم گاهی بدون علامت و به‌صورت مخفی و گاهی تشخیص سهل آسان و گاهی تشخیص کلینیکی مبهم که نیاز به بررسی و آزمایشات پاراکلینیکی و Imaging مختلف دارد.

باتوجه به تظاهرات بالینی در ارگانهای گوش و حلق و بینی و سر و گردن باید متخصصین مربوطه آن را بشناسند و در موقع مناسب درمان مؤثر را به‌کار برند (۸).

واژه‌های کلیدی: سنگ لوزتین، نادربودن بیماری

REFERENCES

1. Paparella and shumrick 1980
2. Gerald M. English 1990
3. Charles W. cummings 1998
4. John Jacob ballenger 1991
5. Pediatric otolaryngology Ralph f. wetmore muntz M.C. Ggill principles and practice pathways 2000
6. Scatt browns otolaryngology 1997 sixth edition
7. Department ENT, pathology, hemathology and radiology emam khomaini ahwaze
8. Jurnal ann oto rhino laryngo-107-1998
9. Praet cw. Duplan DA. tonsil concre tions and tonsillolith otolarygol clin North Am 1987: 20:305.9
10. Cooper MM. Steinberg JJ lastra M. Antopols. Tonsillar calcali. Report of a case and revive of the literature oral sury oral med oral pathal 1983:55:2393-43.