پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی)
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی
سال ۲۸، شماره ۱، صفحات ۷۹ تا ۸۱، (بهار ۸۳)

Case Report

گزارش یک مورد آبسه راجعه گردنی ناشی از سنگ لوزه

دکتر محمد رضا فتح‌العلومی[1]، دکتر عباس صفوی نائینی[1]، دکتر محمد شایانی نسب[1]، دکتر میترا رفیع‌زاده[2]

۱- گروه گوش و حلق و بینی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی
۲- گروه پاتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی

چکیده

سنگ لوزه بیماری شایعی نیست ولی نادر هم نمی‌باشد. از علائم این بیماری بوی بد دهان، گلو درد و بندرت آبسه پری تونسیلار می‌باشد، اما ایجاد آبسه گردنی راجعه در مورد این بیماری تابحال در کتب و مقالات دیده نشده است. مقاله حاضر به معرفی یک مورد از سنگ لوزه در آقایی ۳۹ ساله می‌پردازد که با تورم و تندرنس سمت راست گردن به صورت راجعه (سه مرتبه در طی ۲ سال) مراجعه کرده بود و در بررسی علت ایجاد آبسه گردنی، سنگی بزرگ در لوزه همان سمت کشف شد. با برداشتن لوزه و سنگ آن و تخلیه آبسه گردنی، بیمار بهبودی کامل یافت و تا یکسال پیگیری بیمار، عود آبسه مشاهده نگردید.

واژگان کلیدی: *سنگ لوزه، آبسه راجعه گردنی*

مقدمه

گرچه وجود کلسیفیکاسیونهای کوچک در لوزه شایع می‌باشد ولی وجود سنگ‌های بزرگ در آن نادر است (۱). با این حال گزارشاتی از سنگهای بزرگ نیز در مقالات به چشم می‌خورد (۶-۲). سنگ از رسوب کربنات کلسیم و منیزیوم همراه با فسفات‌ها در اطراف دبری در کریپت لوزه بوجود می‌آید (۷). تجزیه سنگ لوزه عمدتاً P_2O_5 ، Cao و به میزان کمتر K_2O,N_2O,MgO,Sio_2 را نشان داده است (۸). علت تشکیل آنرا تجمع دبری‌ها و رشد باکتریها به دنبال انسداد در کریپت لوزه می‌دانند که مرکزی برای رسوب املاح مختلف می‌باشد (۹). اکثر بیماران سابقه التهاب مکرر لوزه را ذکر می‌کنند(۱۰). علائم بیماری شامل بوی بد دهان (بوی تخم مرغ گندیده)، احساس مزه بد در دهان، درد یا احساس تورم در حلق می‌باشد(۱۱). در معاینه در بعضی موارد بزرگی لوزه نسبت به طرف مقابل دیده می‌شود که شک به سرطان(۱۲) یا آبسه پری تونسیلار(۱۳) را در پزشک ایجاد می‌کند. در بعضی موارد نیز بیماری بدون علامت بوده و به صورت اتفاقی در گرافی‌های ساده ناحیه فک (۱۴) سی تی اسکن (۱۵) یا MRI (۱۶) کشف می‌شود. با توجه به اینکه تونسیلکتومی نسبت به سابق کمتر انجام می‌شود، لذا پیش بینی می‌شود شیوع مشکلات لوزه از جمله سنگ لوزه افزایش یابد و بالطبع عوارض آن از جمله آبسه عمقی گردن که از عفونتهای خطرناک است افزایش یابد، لذا لازم است پزشکان محترم در برخورد با آبسه عمقی گردنی وجود سنگ لوزه را نیز به دلیل جلوگیری از عود آبسه از نظر دور ندارند.

معرفی بیمار

آقایی ۳۹ ساله، متاهل، ساکن تهران، کشاورز، در خرداد ماه ۱۳۸۰ بعلت تورم در زاویه فکی راست در بخش گوش و گلو و بینی بستری شد. بیمار شروع مشکل خود را از سه روز قبل به صورت تورم، درد گردن سمت راست همراه با تب خفیف ذکر می‌کرد که به تدریج ادینوفازی و تریسموس هم به نشانه‌ها اضافه شده بود. بیمار از حدود ۱/۵ سال قبل به صورت منقطع درد سمت راست حلق را بخصوص با بلع داشته است و سابقه مشکل فعلی به صورت تورم و درد زاویه فکی راست را در ۳ مرتبه در ۲ سال گذشته می‌داد که هر سه مرتبه تحت عمل جراحی از راه گردن قرار گرفته بود. سابقه بیماری دیگر یا مصرف دارویی خاص در شرح حال بیمار وجود

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

نداشت. هنگام بستری درجه حرارت زیر زبانی بیمار ۳۸ درجه سانتی گراد، فشارخون طبیعی و تنفس ۲۰ عدد در دقیقه و نبض ۸۰ عدد در دقیقه بود. در نگاه اسکاری به طور ۵ سانتی‌متر در زیر زاویه ماندیبول به صورت عرضی دیده می‌شد که بیمار ذکر می‌کرد آبسه‌اش هر سه مرتبه از این محل توسط پزشک باز شده است.

در معاینه، زاویه فکی سمت راست پر شده بود و پوست ناحیه کمی گرمتر از نواحی مجاور بود. در لمس تندرنس داشت ولی تموج نداشت. معاینه گوش و حلق وبینی طبیعی بود، فقط مختصری لوزه سمت راست بزرگتر از سمت چپ بود که به حساب افزایش حجم فضای فارنگوماگزیلری همان سمت گذاشته شد. در آسپیراسیون از ناحیه متورم مایع چرکی متعفنی خارج شد که نمونه جهت اسمیر و کشت فرستاده شد.

وضعیت بهداشت دهان و دندان بیمار متوسط بود و به دلیل پوسیدگی دندانی که داشت برای تعیین علت آبسه مکرر گردنی در خواست رادیوگرافی پانورکس شد که یک ضایعه هیپردانس را در شاخه صعودی فک تحتانی راست نشان داد.

با انجام سی‌تی‌اسکن بدون کنتراست سنگ بزرگی در لوزه سمت راست تشخیص داده شد. آزمایشات بیمار شامل تستهای کبدی، کلیوی، کلسیم و فسفر سرم در حد طبیعی بود و فقط لکوسیتوز با شیفت به چپ وجود داشت، گرافی قفسه صدری طبیعی بود. بیمار در اتاق عمل با بیهوشی عمومی تحت عمل جراحی تونسیلکتومی سمت راست با روش dissection قرار گرفت که کپسول لوزه چسبندگی زیاد به بافت مجاور خود در قاعده لوزه داشت. سپس آبسه گردنی از محل اسکار قبلی به طول ۵ سانتی متر باز شد. از فضای فارنگوماگزیلری (پارافارنژال) ۵ سی‌سی ترشح بد بوی زرد رنگ خارج شد که پس از شستشو و تعبیه درون محل انسیزیون با ۲ بخیه با نخ نایلون بسیار شل ترمیم گردید و آنتی‌بیوتیک مناسب بیهوازی که همزمان با بستری شدن بیمار به صورت تزریق وریدی شروع شده بود ادامه یافت.

در بررسی میکروبیولوژی از آبسه، سلولهای پلی مورفونوکلئر و پلی‌باکتریال بدست آمد و نتیجه کشت منفی گزارش شد. بیمار ٤ روز پس از عمل جراحی با حال عمومی خوب مرخص گردید و درمان آنتی‌بیوتیکی به صورت خوراکی تا ١٤ روز پس از ترخیص ادامه یافت. در بررسی پاتولوژی تونسیلیت مزمن واکنشی همراه وجود سنگ به ابعاد ١٦×١٨×٢٢ میلی‌متر و با وزن ۳/۵ گرم گزارش شد. در تجزیه سنگ ۷۵٪ املاح کلسیم و ۲۵٪ املاح فسفر وجود داشت. در پیگیری یکساله بیمار عارضه و عودی دیده نشد.

بحث

سنگ لوزه نادر است و مقالاتی که در این زمینه وجود دارد تا بحال از ۳۰ مورد متجاوز نبوده است. بدلیل کم بودن این بیماری اکثر مولفین مقاله ذکر کرده‌اند که به صورت تصادفی سنگ را در بررسی‌های تصویری دیده‌اند و به وجود آن پی‌برده‌اند. (۲،٤،١٦-١٤). این مسئله در مورد بیمار ما نیز صدق می‌کند به طوری که سنگ بیمار ما نیز در رادیوگرافی پانورکس دندانی که برای بررسی وضعیت دندانی بیمار جهت تعیین علت آبسه گردن انجام شده بود کشف گردید و توسط سی‌تی‌اسکن تایید شد. تعداد دیگری از مقالات بیانگر آن هستند که بیماری دیگری را مثل آبسه پری تونسیلار (۱۳) یا سرطان لوزه (۱۲) را با سنگ لوزه اشتباه گرفته‌اند. در تمام مقالات ذکر شده به جز یک مورد، ذکری از عارضه سنگ نشده است. آن یک مورد عامل آبسه پری تونسیلار یک دختر ۱۰ ساله را سنگ لوزه دانسته است (۹). اما بیمار ما سنگ لوزه‌اش را عارضه عفونت، عمقی گردن که می‌تواند تهدید کننده حیات بیمار به دلیل ایجاد مدیاستینیت یا پارگی شریان کاروتید داخلی باشد، نشانی داده است. آبسه گردنی به دلیل سنگ می‌تواند ناشی از انتشار مستقیم عفونت از محل سنگ در کریپت لوزه به خارج کپسول لوزه و سپس به فضای فارنگوماگزیلری باشد. گرچه بر سر راه این فضای پری تونسیلار قرار دارد، شاید بدلیل فیبروز این فضا در قسمت تحتانی که در حین عمل جراحی نیز چسبندگی فیبروتیک وجود داشت میکروب امکان ایجاد عفونت در فضای پری تونسیلار را پیدا نکرده و عفونت را در فضای فارنگوماگزیلری ایجاد کرده است.

احتمال دیگری که مطرح می‌باشد، انتشار عفونت از طریق عروق لنفاوی است. لنف لوزه به غده لنفاوی ژوگولودیگاستریک که در فضای فارنگوماگزیلری واقع است تخلیه می‌شود و میکروب با انتقال به این غده ایجاد لنفاونیت چرکی کرده و موجب پدید آمدن آبسه در این فضا شده است. در هر صورت با برداشتن مرکز اولیه عفونت که سنگ لوزه بود بیمار بهبودی خود را به صورت کامل بدست آورد. با توجه به شیوع آبسه‌های گردنی علیرغم مصرف آنتی بیوتیکها بخصوص در مواردی که آبسه عود کننده می‌باشد باید بیمار را از نظر وجود سنگ در لوزه نیز بررسی کرد. تشخیص با شرح حال دقیق، معاینه بالینی بخصوص لمس لوزه و گرافی ساده گردن و سی‌تی‌اسکن بدون ماده حاجب داده می‌شود. گرچه این بیماری بسیار نادر است ولی تشخیص صحیح و به موقع آن می‌تواند به درمان سریع‌تر آبسه‌های گردن کمک نماید و از عوارض خطرناک و حتی کشنده ناشی از پیشرفت عفونتهای عمقی گردن جلوگیری نماید.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]

REFERENCES

1. Neshat K, Pennak J, shah DH. Tonsillolith : a case report. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59: 692-3.
2. Gadgil RM. An unusually large tonsillolith. Oral Surg Med Oral Pathol 1984; 58(2): 237.
3. Hadi UM, Samara MS. Giant tonsillolith. Ear Nose Throat J 1985; 64(10): 507-8.
4. Revel UM, Bely N, Laccourverye O, Naudo P, Hartl D, Brasnu D. Giant tonsillolith. Ann Otol Rhinolaryngol 1998: 107(3): 262-3.
5. Baumann J. Case report of a tonsil calculus weighting 5g . HNO 1983; 31(11): 399-400.
6. Gogolludo Perez FJ, Martin Delguayo G, Olalla Tabor A, Poch Broto J. Large tonsillolith in palatine tonsil. Acta Otorinolaringol Esp 2001; 53(3): 207-10.
7. Andersen KM. Tonsillolith: Formation of concentration in the pharyngeal tonsil. Uyeskr Laeger 1985; 147(35): 2769-70.
8. Kodaka T, Debari K, Sano T, Yamada M. Scanning electromicroscopy and energy dispersive X-Ray microanalysis studies of several human calculi containing calcium phosphate crystal . Scanning Microsc 1994; 8(2): 241-56.
9. Cerny R, Bekare V. Tonsillolith. Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med 1990; 126: 267-73.
10. Jones JW. A tonsillolith. Br Dent J 1996; 180(4): 128 .
11. Heppt W, Schmindt St, Amstutz GC, Maier H. Tonsilloith: Clinical picture and mineralogic analysis. HNO 1989; 37(10): 438-90 .
12. PadmanabhanTk, Chandra Dutt GS, Vasudevan DM, Vijayakumar. Giant tonsillolith simulation tumor of the tonsil: A case report. Indian J Cancer 1984; 21(2): 90-100.
13. Kimura II, Nakagawa, Asia M, Koizumi F. Large tonsillolith mimicking peritonsillar abscess : a case report . Auris Nasus Larynx 1993; 20(1): 73-8 .
14. Shetty D, Lakhkar B, Shetty CM. Tonsillolith. Ind J Radiol Imag 2001; 11(1): 31-2.
15. Espe BJ, Newmark H. A tonsillolith seen on CT. Comput Med Imag Graph 1992; 16(1): 59-61.
16. El Sherif I, shembesh FM. A tonsillolith seen on MRI. Comput Med Imag Graph 1997; 21(3): 205-8.

[Downloaded from pejouhesh.sbmu.ac.ir on 2026-11-16]