

اثر آموکسی سیلین خوراکی با اندازه ی بالا بر لنفادنوپاتی های موضعی سر و گردن

حسن حسین پور جاجرم* - محمدباقر رضیئی** - بهزاد لطیفیان***

* دانشیار گروه بیماری های دهان و تشخیص، دانشکده ی دندانپزشکی و مرکز پژوهش های دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد
** دانشیار گروه گوش، حلق و بینی، بیمارستان قائم، دانشگاه علوم پزشکی مشهد
*** متخصص بیماری های دهان

چکیده

بیان مساله: بسیاری از مبتلایان به لنفادنوپاتی های منفرد سر و گردن، به دلیل همانندی برخی علایم و پیشینه هایشان، مورد ارزیابی های پاراکلینیکی اختصاصی گوناگون قرار می گیرند و حتی به گونه ای غیر ضروری بیوپسی می شوند.

هدف: هدف این پژوهش بررسی اثر تجویز آموکسی سیلین خوراکی با اندازه ی بالا برای مدتی محدود، بر روی لنفادنوپاتی های منفرد سر و گردن در مبتلایان به لنفادنوپاتی های مشکوک فراهم بود.

مواد و روش: در این پژوهش توصیفی - مداخله ای که به روش سرشماری نمونه گیری شده بود، برای همه ی مبتلایان به لنفادنوپاتی منفرد سر و گردن با زمان ابتلای کمتر از دو ماه، که قطر غده ی لنفاوی آنها 1/5 سانتی متر یا بیشتر بود و بالای 27 کیلوگرم وزن داشتند، دو گرم آموکسی سیلین در هر شش ساعت و برای افراد زیر این وزن 100 میلی گرم / کیلوگرم روزانه در چهار اندازه ی جداگانه، به مدت 24 ساعت تا حداکثر سه روز در پیگیری روزانه تجویز گردید و سپس تا پایان روز هفتم از زمان آغاز درمان، دارو با اندازه ی کاهش یافته (یک گرم در هر شش ساعت) ادامه یافت. برای واکاوی آماری از آزمون ناپارامتری من-ویتنی استفاده شد ($p < 0/05$).

یافته ها: هدفه نفر به طور کامل بهبود یافتند و هشت بیمار پاسخ ندادند. دلیل بهبود نیافتن لنفادنوپاتی آنها در دو مورد، وجود بافت تومورال، در دو مورد دیگر عفونت های ویژه و یا مقاوم به درمان و در چهار مورد ترشح لنفوسیت بی سبب شناسی اختصاصی بود.

نتیجه گیری: با توجه به پژوهش انجام شده می توان گفت، تجویز آموکسی سیلین با اندازه ی بالا در مدتی محدود، برای همه ی بیماران مبتلا به لنفادنوپاتی منفرد و مشکوک در ناحیه ی سر و گردن با شرایطی که در پیش گفته شد، یک اقدام درمانی - تشخیصی سودمند است.

واژگان کلیدی: بیماری های لنفاوی، اندازه، دهانی، آموکسی سیلین

تاریخ دریافت مقاله: 86/12/11

تاریخ پذیرش مقاله: 87/5/17

مجله دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی شیراز 1387؛ دوره ی نهم، شماره ی سه: صفحه ی 278 تا 284

مقاله ی پژوهشی اصیل

نویسنده ی مسوول مکاتبات: حسن حسین پور جاجرم. پارک ملت - دانشکده دندانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد - گروه آموزشی بیماری های دهان.

تلفن: 8829525 - 0511 پست الکترونیکی: h.hoseinpourj@yahoo.com

درآمد

اصطلاح «لنفادنوپاتی» به معنی بیماری گره‌های لنفاوی، عنوانی کلی است که اشاره به گره‌هایی دارد که از لحاظ اندازه، قوام یا شمار غیر طبیعی هستند. لنفادنوپاتی ممکن است یک یافته‌ی اتفاقی در بیماران باشد و یا نشانه‌ی ای که بیمار با آن مراجعه کرده است. از آنجا که گروه گسترده‌ای از بیماری‌های عفونی، ایمنولوژیک، بدخیمی‌ها، بیماری‌های ذخیره‌ای و انواع سندرم‌ها، قادر به ایجاد لنفادنوپاتی گردنی هستند و از سویی در میان این دلایل، بیشترین موارد لنفادنوپاتی‌های گردنی به دلیل بیماری‌های گذرا و خود محدود شونده هستند که معمولاً بی‌عارضه‌ی ویژه‌ای بهبود می‌یابند؛ تصمیم‌گیری پزشک درباره‌ی این که آیا لنفادنوپاتی دیده شده یک فرایند بی‌نیاز به درمان و خود محدود است و یا نیاز به بررسی بیشتر تا حد بیوپسی دارد، یک چالش واقعی و گاهی بسیار مهم است. به ویژه که تشخیص انواع لنفادنوپاتی‌ها تنها بر مبنای علائم بالینی، در بیشتر موارد دشوار است و از سوی دیگر تجویز آزمون‌های آزمایشگاهی اختصاصی و گوناگون برای همه‌ی بیماران نیز قابل توجیه نیست.

با این وجود دیده می‌شود که در بسیاری از موارد به دلیل همانندی برخی علائم و پیشینه‌های بیماران، ارزیابی‌های پاراکلینیکی اختصاصی مانند پرتونگاری سینه، آزمایش C.B.C و یا منواسپات به عنوان آزمایش‌های غربال‌گری تجویز می‌شود و حتی بیمار به گونه‌ای غیر ضروری مورد بیوپسی قرار می‌گیرد. (1، 2، 3) متأسفانه در شمار زیادی از این بیوپسی‌ها به تشخیص قطعی نمی‌توان رسید و هیپرپلازی‌های واکنشی غیر اختصاصی در موارد گوناگونی گزارش شده‌اند. استفاده از آسپیراسیون سوزن باریک (FNA) نیز، در مقایسه با بیوپسی اکیسیژنال روش محافظه‌کارانه تری است و پژوهش‌های انجام شده برای مقایسه‌ی توانایی آسپیراسیون سوزن باریک (FNA) در تشخیص لنفادنوپاتی‌ها با بیوپسی نتایج امیدوارکننده‌ای داشته‌اند، اما مشکلاتی مانند خطاهای نمونه‌برداری، محتوای

ناکافی بافتی برای بررسی میکروسکوپی و همکاری نکردن کودکان (که بیشترین گروه مبتلایان به لنفادنوپاتی سر و گردن را تشکیل می‌دهند) هنگام آسپیراسیون سوزن باریک (FNA) با بی‌حسی موضعی (4)، استفاده‌ی معمول و همیشگی از این روش را مورد تردید قرار می‌دهد.

از سویی دیگر در مواردی که توضیحی مناسب برای یک لنفادنوپاتی یافت نمی‌شود و بیمار نیز بی‌نشانه است، پیگیری بیمار با اندازه‌گیری و ثبت دقیق ابعاد و ویژگی‌های گره‌ی مبتلا و احتمالاً یک دوره‌ی آنتی‌بیوتیک تراپی روشی مناسب است (5) اما در صورت پاسخ ندادن لنفادنوپاتی به آنتی‌بیوتیک تراپی مناسب در غیاب دیگر علائم و نشانه‌های مطرح‌کننده‌ی یک بیماری ویژه، انجام بیوپسی اجتناب‌ناپذیر است (6). اما پرسشی که در اینجا پیش می‌آید، انتخاب آنتی‌بیوتیک مناسب برای چنین موارد است.

آموکسی سیلین از قدیمی‌ترین آنتی‌بیوتیک‌های دسته‌ی آمینوپنی سیلین‌هاست که افزون بر اثر بسزایش بر روی استرپتوکوک‌ها و استافیلوکوک‌ها بر روی برخی از میکروب‌های گرم منفی همانند هموفیلوس آنفلوآنزا، اشرشیاکولی و پروتئوس میرابلس نیز موثر است (7). از سوی دیگر عفونت‌های استرپتوکوکی پیوژن به همراه عفونت‌های ناشی از استافیلوکوک اورئوس جزء شایع‌ترین عوامل مؤثر در لنفادنیت حاد چرکی هستند. این باکتری‌ها معمولاً موجب لنفادنوپاتی ناحیه‌ی ای (به ویژه گردنی) می‌شوند و در کودکان شایع‌تر از بزرگسالان هستند (6، 8).

به دلیل تجویز بی‌رویه‌ی آنتی‌بیوتیک‌های خانواده‌ی پنی‌سیلین‌ها در چهل سال گذشته، مقاومت باکتریایی نسبت به این آنتی‌بیوتیک‌ها مانند آموکسی سیلین افزایش یافته و موجب روی آوردن اخیر پزشکان به داروهای دیگر و تازه‌تر شده است. با این وجود، فایگین (Feigin) و همکاران (9) بیان کردند از آنجا که، پایه‌ی مقاوم شدن باکتری استرپتوکوکوس پنومونیا و برخی پنوموکوک‌ها و یا استافیلوکوک اورئوس به

در زمان مراجعه، دوباره به لحاظ بالینی مورد معاینه قرار گرفتند تا در صورت نبود سبب‌شناسی ویژه در طرح قرار گیرند. افزون بر این بیماران سن زیر شصت سال داشته و دارای لنفادنوپاتی منفرد با اندازه 1/5 سانتی‌متر یا بیشتر بودند که کمتر از دو ماه از زمان ایجاد آنها می‌گذشت. با توجه به معیارهای ورود که از سویی برای بررسی یافته‌های درمانی آغازین و ارزیابی آزمایش‌های پاراکلینیکی نیاز به زمان بوده و از سوی دیگر در زمان‌های بالاتر خطر ایجاد فیبروز در غده و تغییرات تومورال بیشتر می‌توانند در نتیجه‌ی درمانی اثرگذار باشند، زمان دو ماه در نظر گرفته شد. در همین رابطه، افراد حساس به پنی‌سیلین، نداشتن تحمل دارویی، خانم‌های باردار و شیرده و مبتلایان به بیماری‌های کلیوی و کبدی از طرح کنار گذاشته شدند. برای همه‌ی مبتلایان که بالای 27 کیلوگرم وزن داشتند، دو گرم آموکسی‌سیلین هر شش ساعت و برای افراد زیر این وزن 100 میلی‌گرم/کیلوگرم، روزانه در چهار اندازه‌ی جداگانه، به مدت 24 ساعت تا حداکثر سه روز در پیگیری روزانه تجویز گردید و سپس تا پایان روز هفتم از زمان آغاز درمان، دارو با اندازه‌ی کاهش یافته (نصف اندازه‌ی نخستین) ادامه یافت.

اندازه‌ی غده‌ی لنفاوی در همه‌ی مراحل بررسی به وسیله‌ی کولیس مشخص می‌شد. اگر در این مدت اندازه‌ی غده‌ی لنفاوی تغییری نمی‌کرد، بیمار برای بررسی‌های ویژه تر ارجاع می‌شد. اما در صورت پیدایش نشانه‌های بهبود و کاهش قطر غده‌ی لنفاوی، درمان تا آشکار شدن معیار بهبودی یعنی، کاهش قطر لنفادنوپاتی به زیر یک سانتی‌متر به مدت حداکثر یک ماه ادامه می‌یافت. برای مقایسه‌ی اندازه‌ی غده‌ی لنفاوی، پیش و پس از درمان از آزمون ناپارامتری من ویتنی استفاده شد. نتیجه‌ی درمانی در افراد با پیشینه‌ی درمان ناموفق و داشتن آزمایش‌های پاراکلینیکی با گروه بدون این دو ویژگی با استفاده از آزمون فیشر مقایسه گردید.

خانواده‌ی پنی‌سیلین، میل ترکیبی تغییر یافته‌ی آنزیم بتا لاکتاماز این ریزجانداران است، پس احتمالاً با یک افزایش ساده در اندازه‌ی بتالاکتام، بر کاهش قدرت اثر آشکاری که در این خانواده‌ی دارویی ایجاد شده، می‌توان چیره شد. از میان عوامل دارویی در دسترس، تنها آموکسی‌سیلین بود که از «نمایه‌ی درمانی» مورد نیاز در مقایسه با دیگر ترکیبات، مانند سفالکسین‌ها به دلیل عوارض کمتر و محدودیت نداشتن در استفاده‌ی اندازه‌های بالاتر برای پشتیبانی از برنامه‌ی افزایش اندازه‌ی دارو برخوردار بود.⁽⁷⁾ بر همین پایه یک برنامه‌ی دارویی با اندازه‌ی افزایش یافته‌ی آموکسی‌سیلین در حدود 80 میلی‌گرم/کیلوگرم تا 100 میلی‌گرم/کیلوگرم به طور روزانه برای کودکان مبتلا به عفونت‌های پنوموکوکی یا ریزجانداران همانند سفارش نمودند.⁽⁹⁾

بر همین پایه هدف از پژوهش کنونی، بررسی اثر تجویز آموکسی‌سیلین خوراکی با اندازه‌ی بالا برای مدتی محدود، بر روی لنفادنوپاتی‌های منفرد سر و گردن بود.

مواد و روش

در این پژوهش توصیفی - مداخله‌ای که به دلیل محدودیت بیماران جامعه‌ی مورد بررسی به روش سرشماری، نمونه‌گیری شده بود، حجم نمونه حدود 25 بیمار برآورد شد، که از میان مراجعین به سه مرکز مشخص شده (دانشکده‌ی دندانپزشکی، بخش گوش و حلق و بینی بیمارستان امام رضا و قائم) در مدت یک سال انتخاب شدند. این بیماران هم شامل افرادی بودند که عامل سبب شناختی موضعی روشنی برای آنها یافت نشده و بررسی‌های پاراکلینیکی صورت گرفته به جز بیوپسی نیز در زمان مراجعه، به تشخیص ویژه‌ای نرسیده بود و هم شامل کسانی بود که به دلیل وجود یک عامل سبب شناختی (کانون عفونت) با وجود انجام درمان‌های معمول و برداشتن کانون عفونت لنفادنوپاتی آنها به درمان پاسخ نداده بود. در عین حال هر دو گروه

یافته‌ها

بهبودی نیز، در روزهای نخست و دوم درمان دیده نشده است. ضمن این که تفاوتی ویژه از نظر جنس میان بیماران بهبود یافته و یا بدون بهبود دیده نشد. آزمون ناپارامتری من-ویتنی بیانگر تفاوت معنادار در اندازه‌ی لنفادنوپاتی پیش از آغاز درمان در گروه‌های بهبود یافته و بدون بهبودی است ($p < 0/05$) که در جدول 2 به آن اشاره شده است.

بر پایه‌ی یافته‌های به دست آمده از میان 25 بیمار مورد بررسی 17 نفر به طور کامل بهبود یافتند و 8 بیمار به این روش درمانی - تشخیصی پاسخ ندادند. همان گونه که در جدول 1 آشکار است، از میان 17 بیمار بهبود یافته، بیشترین آنها (10 مورد) در پایان هفته‌ی نخست به درمان پاسخ داده اند و هیچ مورد از

جدول 1: توزیع فراوانی زمان بهبودی و یا نبود بهبودی بیماران مورد پژوهش بر پایه‌ی جنس

زمان	زن		مرد		شمار کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
پس از 24 ساعت	0	0/0	0	0/0	0	0/0
پس از 48 ساعت	0	0/0	0	0/0	0	0/0
پس از 72 ساعت	1	33/3	2	66/7	3	100/0
پایان هفته‌ی نخست	5	50/0	5	50/0	10	100/0
پایان هفته‌ی دوم	2	66/7	1	33/3	3	100/0
پایان هفته‌ی سوم	0	0/0	1	100/0	1	100/0
پایان هفته‌ی چهارم	0	0/0	0	0/0	0	0/0
نبود بهبودی	4	50/0	4	50/0	8	100/0
شمار کل	12	48/0	13	52/0	25	100/0

جدول 2: توزیع فراوانی پاسخ به درمان بیماران مورد پژوهش بر پایه‌ی اندازه‌ی آغازین لنفادنوپاتی، پیش از آغاز درمان

اندازه‌ی آغازین لنفادنوپاتی	بهبودی		نبود بهبودی		شمار کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
11 تا 30 میلی متر	13	81/3	3	18/7	16	100/0
31 تا 50 میلی متر	4	57/1	3	42/9	7	100/0
بالاتر از 50 میلی متر	0	0/0	2	100/0	2	100/0
شمار کل	17	68/0	8	32/0	25	100/0

$p=0/027$

کلونیدی) و در چهار مورد ترشح نمودن لنفوسیت بی‌سبب شناسی ویژه در نمونه‌ی بافتی برداشت شده و یا عدم مراجعه بیمار، تعیین گردید که همه‌ی این چهار مورد نتیجه‌ی غیر اختصاصی جزء موارد شکست روش پیشنهادی این بررسی قلمداد گردید و از بررسی کنار گذاشته شد.

همانگونه که قبلاً بیان شد، هشت نفر به روش درمانی پیشنهادی در زمان مورد نظر پاسخ ندادند که پس از بررسی‌های تکمیلی مانند نیدل بیوپسی برای این افراد دلیل نبود بهبود لنفادنوپاتی آنها در دو مورد وجود بافت تومورال، در دو مورد دیگر عفونت‌های ویژه و یا مقاوم به درمان (مایکوباکتریوم غیر توبر

تفاوتی معنادار میان دو گروه بیماران از نظر بود یا نبود پیشینه اقدامات درمانی دیگر دیده نشد، اما لازم به یادآوری است که همه این اقدامات درمانی که قبلاً برای بیماران انجام شده بود شامل انواع گوناگون درمان‌های آنتی بیوتیکی تریقی و خوراکی بود (جدول 4).

اگر چه تفاوتی معنادار میان دو گروه بیماران در مورد پیشینه ارزیابی‌های پاراکلینیکی وجود ندارد، اما به گونه‌ی شهودی کاملاً مشخص است که در هر دو گروه، شمار بیمارانی که پیش از ورود به این پژوهش، ارزیابی‌های پاراکلینیکی گوناگونی را انجام داده بودند، بیشتر بود (جدول 3).

جدول 3: توزیع فراوانی پاسخ به درمان بیماران مورد پژوهش بر پایه وجود پیشینه ارزیابی‌های پاراکلینیکی گوناگون

پیشینه ارزیابی پاراکلینیکی	بهبودی		نبود بهبودی		شمار کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
نداشته است	8	47/1	2	25/0	10	40/0
داشته است	9	52/9	6	75/0	15	60/0
شمار کل	17	100/0	8	100/0	25	100/0

$p=0/402$

جدول 4: توزیع فراوانی پاسخ به درمان بیماران مورد پژوهش براساس پیشینه اقدامات درمانی ناموفق

پیشینه اقدامات درمانی ناموفق	بهبودی		نبود بهبودی		شمار کل	
	شمار	درصد	شمار	درصد	شمار	درصد
داشته است	8	47/1	3	37/5	11	44/0
نداشته است	9	52/9	5	62/5	14	56/0
شمار کل	17	100/0	8	100/0	25	100/0

$p=1/000$

بحث

اکنون اگر فرض گردد همه‌ی این چهار بیمار نامشخص، دلیل ابتلاشان به لنفادنوپاتی، یک عامل عفونی و یا التهابی بوده که اصولاً می‌بایست به روش درمانی پیشنهادی پاسخ می‌داده، اما پاسخی نداده‌اند، در این صورت برای پی بردن به کارایی و موثر بودن این روش درمانی باید یک آزمون یکنواخت در میان هفده مورد موفقیت و چهار مورد نبود موفقیت روش درمانی انجام دهیم، که پس از انجام و محاسبه آزمون مزبور آشکار شد که درمان پیشنهادی با 99/9 درصد اطمینان کارایی لازم را داشته است. نتیجه‌ی انجام این آزمون در میان همه‌ی بیماران مورد بررسی (25 نفر) با هشت مورد نبود بهبود، کارایی این روش درمانی را با 95 درصد اطمینان مشخص می‌نماید.

نظر به این که، پژوهش همانندی که دقیقاً به بررسی اثر آموکسی سیلین با اندازه‌ی بالا بر روی لنفادنوپاتی‌های منفرد سرگردن بپردازد، تاکنون انجام نشده، بنابراین با توجه به آمار و یافته‌های به دست آمده از این پژوهش، مشخص شد که اگر از میان مجموعه‌ی بیمارانی که به درمان پاسخ نداده‌اند، چهار بیماری را که نتیجه‌ی بیوپسی معین با منشاء تومورال و یا عفونت ویژه و مقاوم داشته‌اند در نظر گرفته نشوند، در جامعه‌ی آماری با 21 بیمار مواجه هستیم که هفده نفر آنها بهبود یافته‌اند و چهار نفر آنها بهبود نیافته‌اند که دلیل نبود پاسخ به درمان آنها هم معلوم نیست.

نکته‌ی دیگری که در این بررسی مشخص شد، تفاوتی معنادار بود که در اندازه‌ی آغازین تورم بیماران در دو گروه بهبود یافته و بدون بهبود وجود داشت. با این تفسیر، که هر چه اندازه‌ی لنفادنوپاتی بیماران در زمان مراجعه بزرگتر بود احتمال بهبودی با این روش درمانی نیز کاهش یافت. به عبارت دیگر می‌توان نتیجه گرفت که تورم‌های ناشی از پدیده‌های التهابی و عفونی یعنی، همان‌هایی که به درمان پاسخ داده‌اند، اگر چه ممکن است سیرحاد و پیشرونده‌ای داشته باشند، اما از نظر ابعاد و درجه‌ی بزرگی تورم معمولاً به اندازه‌ی پدیده‌های تومورال رشد نمی‌کنند⁽⁶⁾. بنابراین، اندازه‌ی لنفادنوپاتی بیماران در زمان مراجعه می‌تواند به عنوان معیاری برای پیش بینی نتیجه‌ی درمان با آنتی بیوتیک استفاده شود. به این گونه که لنفادنوپاتی‌های با قطر بین یک تا سه سانتی متر بیشترین احتمال بهبودی به دنبال درمان را خواهند داشت، لنفادنوپاتی‌های با قطر سه تا پنج سانتی متر با احتمال کمتر و بالاخره تورم‌های با قطر بیشتر از پنج سانتی متر کمترین احتمال بهبودی را به دنبال درمان با آنتی بیوتیک خواهند داشت، به این دلیل، که به احتمال زیاد یک پروسه تومورال خواهند بود⁽⁶⁾.

از دیگر نکات مهم و قابل یادآوری در بررسی کنونی، نبود تفاوتی معنادار میان دو گروه بیماران (بهبود یافته و بدون بهبود) از لحاظ وجود هر یک از علائم بالینی شامل درد، قرمزی و گرمی و یا علائم سیستمیک همراه با لنفادنوپاتی افراد بود. به عبارت دیگر، علائم بالینی گفته شده، که می‌تواند علت ایجاد یک روند التهابی و عفونی در افراد مبتلا به لنفادنوپاتی باشد، معیار قابل اطمینانی برای پیش بینی گونه‌ی لنفادنوپاتی نبوده و بسیاری از بیماران که این علائم را نداشته‌اند نیز، احتمالاً به آنتی بیوتیک پاسخ داده‌اند. برعکس، شمار چشمگیری از بیمارانی که به علائمی مانند درد و حساسیت در لمس، قرمزی و گرمی، تورم و یا تب کم تا شدید دچار شده بودند، ممکن است به علت عفونت ثانویه‌ی یک بافت تومورال دچار چنین

علائمی شده باشند، در نتیجه پس از فروکش کردن علائم عفونت ثانویه با مصرف آنتی بیوتیک، تورم اصلی آنها با منشاء تومورال، همچنان باقی مانده است.

اگر چه در پژوهش کنونی میان بیماران بهبود یافته و بدون بهبودی از حیث بود یا نبود پیشینه‌ای از اقدامات درمانی دیگر، تفاوتی معنادار دیده نشد، اما درصد بالای پاسخ به درمان در این بیماران می‌تواند توجیه‌کننده‌ی چیرگی این روش درمانی بر مقاومت میکروبی احتمالی باشد.

همچنین، در این بررسی میان بیماران بهبود یافته و بیماران بی بهبودی، از حیث وجود پیشینه‌ی ارزیابی پاراکلینیکی تفاوتی معنادار دیده نشد. در هر دو گروه بیماران، شمار افرادی که پیش از ورود به بررسی، ارزیابی‌های پاراکلینیکی گوناگون انجام داده بودند، بیشتر از آنهایی بود که هیچ پیشینه‌ای از چنین ارزیابی‌های نداشتند. شاید بتوان دوگانگی میان این دو مطلب را این گونه توجیه نمود که میزان حساسیت و نگرانی درمانگران در هنگام رویارویی با یک لنفادنوپاتی به نسبت بزرگ که می‌توان برای آن، هر یک از دو دلیل عمده‌ی پیدایش چنین تورم‌هایی را قائل شد (واکنشی یا غیر واکنشی)، بیشتر از آن میزانی است که در واقع لنفادنوپاتی‌های با منشا غیرعفونی شیوع دارد، در نتیجه بسیاری از چنین تورم‌هایی به نسبت بزرگ، که برایشان درخواست ارزیابی پاراکلینیکی می‌شود، با تجویز آنتی بیوتیک بهبود پیدا کرده‌اند.

نتیجه گیری

با توجه به بررسی انجام شده می‌توان گفت، تجویز آموکسی سیلین خوراکی با اندازه‌ی بالا و در یک مدت محدود، برای همه‌ی بیمارانی که مبتلا به یک لنفادنوپاتی منفرد و مشکوک در ناحیه سروگردن هستند و از زمان پیدایش تورمشان کمتر از دو ماه می‌گذرد یک اقدام درمانی - تشخیصی سودمند است. این روش می‌تواند پیش از هر گونه اقدام غیر ضروری تشخیصی مانند سونوگرافی (ارزیابی غیر تهاجمی) و یا

گرانولوماتوز، برای بیوپسی ارجاع گردد و در غیر این صورت و بهبودی تورم، تنها در پیگیری پیوسته و دوره ای قرار گیرد.

بیوپسی اکسیژنال (اقدام تشخیصی تهاجمی) برای بیماران تجویز گردد، تا سپس در صورت پاسخ ندادن به درمان، بیمار با یک گمان درست تر نسبت به وجود یک لنفادنوپاتی با زمینه‌ی تومورال و یا عفونت

References

1. Henry PH, Longo DL. Enlargement of the lymph nodes and spleen. In: Braunwald E, Hauser SL, Fauci AS, Lonao DL, Kasper DL, Jameson JL, editors. Harrison's principles of internal medicine. 15th ed. New York: McGraw-Hill; 2001.p.360.
2. Dedicoat M, Wood MJ. Management of the solitary enlarged lymph node. In: Armstrong D, Cohen J, editors. Infectious diseases. 1st ed. London; Mosby co: 1999.p.2,10.
3. Cawson RA, Binnie WH, Barrett AW, Wright JM. Oral Disease. 3rd ed. Spain: Mosby co; 2001.p.16.
4. Handa U, Mohan H, Bal A. Role of fine needle aspiration cytology in evaluation of paediatric lymphadenopathy. *Cytopathology* 2003; 14: 66-69.
5. Link MP, Donaldson SS. The Lymphomas and lymphadenopathy. In: Nathan D, Orkin S, Ginsburg D, Look AT, Hematology of infancy and childhood. Vol 2.6th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Co; 2003.p.1363-365.
6. Rubinstein E, Levi I, Rubinovitch B. Generalized and regional lymphadenopathy. In: Armstrong D, Cohen J, editors. Infectious diseases. 1st ed. London: Mosby co; 1999.p. 2,9.
7. Goodman LS, Gilman A, Brunton L, Lazo JS, Parker K. The pharmacological basis of therapeutics. 11th ed. New York: McGraw-Hill; 2006. p. 1136, 1140, 1189, 1206, 1202.
8. Butler KM, Baker CJ. Cervical lymphadenitis. In: Feigin RD, Cherry JD, editors. Textbook of pediatric infectious diseases. 5th ed. USA: W.B. Saunders co; 2004. p. 170.
9. Feigin RD, Cherry JD. Textbook of pediatric infectious diseases. 5th ed. USA: W.B. Saunders Co; 2004.p.2948.