

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

خدا شفا دهنده است و این خود افتخاری است که  
دستی با خدا هم دست گردد.



سرشناسه	: شجاع صفت، فاطمه، ۱۳۶۶-
عنوان و نام پدیدآور	: تصویربرداری تشخیصی سر و گردن ۲: کتاب جامع آمادگی آزمون آسکی Harnsberger / ترجمه و تلخیص فاطمه شجاع صفت
ترجمه و تلخیص	: فاطمه شجاع صفت
مشخصات نشر	: تهران: کار دیا، ۱۴۰۱.
مشخصات ظاهری	: ۶۰۸ ص. مصور (رنگی).
شابک	: ۶,۷۰۰,۰۰۰ ریال ۱-۷۴-۵۵۶۰-۶۲۲-۹۷۸
وضعیت فهرست نویسی	: فیبا
یادداشت	: کتاب حاضر براساس کتاب "Diagnostic imaging. Head and neck, 3 <sup>rd</sup> ed, 2016" تألیف کاج برنات و دیگران نوشته شده است. در ویراست قبلی اچ. ریک هارنزرگر مؤلف اول بوده است.
یادداشت	
موضوع	: سر -- تصویرنگاری
موضوع	: Head--Imaging
موضوع	: گردن -- تصویرنگاری
موضوع	: Neck--Imaging
موضوع	: تشخیص تصویری
موضوع	: Diagnostic imaging
موضوع	: سر -- پرتونگاری
موضوع	: Head—Radiography
موضوع	: گردن -- پرتونگاری
موضوع	: Neck—Radiography
شناسه افزوده	: کاج، برنات ال.
شناسه افزوده	: Koch, Bernadette L.
شناسه افزوده	: هارنزرگر، اچ. ریک
شناسه افزوده	: Harnsberger, H. Ric
رده بندی کنگره	: RC۹۳۶
رده بندی دیویی	: ۶۱۷/۵۱۰۷۵۴
شماره کتابشناسی ملی	: ۶۱۲۴۶۱۳

چاپ و لیتوگرافی: **رزیدنت یار**  
نوبت چاپ: اول ۱۴۰۱  
تیراژ: ۴۰۰ جلد  
شابک: ۱-۷۴-۵۵۶۰-۶۲۲-۹۷۸  
بهاء: ۶۷۰,۰۰۰ تومان

عنوان کتاب: تصویربرداری تشخیصی سر و گردن ۲ Harnsberger  
ترجمه و تلخیص: فاطمه شجاع صفت.  
ناشر: انتشارات کار دیا  
حروفچین و صفحه آرا: **سیده زهرا عربی زنجان - رزیدنت یار**  
طراح و گرافیسیت: **رزیدنت یار**

آدرس: تهران میدان انقلاب - کارگر جنوبی - خیابان روانمهر - بن بست دولتشاهی پلاک ۱ واحد ۱۸  
شماره تماس: ۰۲۱ - ۶۶۴۸۱۷۲۴

هر گونه کپی برداری از این اثر پیگرد قانونی دارد.

# تصویربرداری تشخیصی سر و گردن ۲

کتاب جامع آمادگی آزمون آسکی

Diagnostic imaging. Head and neck, 3rd ed, 2016

ترجمه و تلخیص

دکتر فاطمه شجاع صفت

بورد تخصصی گوش، حلق، بینی  
و جراحی سر و گردن



## سخن ناشر:

سپاس و ستایش شایسته پروردگاری که کرامتش نامحدود و رحمتش بی پایان است. اوست که بشر را دانش بیاموخت و با قلم آشنا کرد. به انسان رخصت آن داد که علم را به خدمت گیرد و با قلم خود و رسم خطوط گویا آن را به دیگران نیز بیاموزد.

خدایا از شاگردان درگاهت و حقیقت جویان راحت قرارم ده و یاری ام کن تا در آموختن نلغزم و آنچه را آموختم، به شایستگی عرضه کنم.

رزیدنت یار، حامی و پیشرو در نظام کمک آموزشی پزشکی کشور به سبک نوین و مطابق با آخرین پیشرفت های آموزشی در حیطه پزشکی با کادری مجرب و آشنا طی ۱۳ سال گذشته از منظر متخصصین همواره بهترین محصولات را ارائه و در دسترس مخاطبین خود قرار داده است.

اثر پیش رو با توجه به محتوی بسیار غنی در مبحث گوش و حلق و بینی و ترجمه کاملی از تصویر برداری سر و گردن با استفاده از اطلس تمام رنگی و با همت سرکار خانم دکتر فاطمه شجاع صفت دارای بورد تخصصی از رفرنس Bernadette L.koch,MD بوده و در روال گذر از گروه کنترل کیفیت رزیدنت یار با جمعی از اساتید رتبه A را به خود اختصاص داده است، امید است با مطالعه تمام مباحث پیش رو با یاری خداوند متعال پیروز و پایدار باشید.

مدیرمسئول انتشارات

با ما در تماس باشید:

۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۱۶ - ۰۲۱ - ۸۸ ۹۴۵ ۲۰۸

آدرس الکترونیک مؤسسه رزیدنت یار:

[www.residenttyar.com](http://www.residenttyar.com)

[info@residenttyar.com](mailto:info@residenttyar.com)

در تلگرام با ما همراه باشید:

<https://t.me/residenttyar>



## مقدمه:

کتاب تصویربرداری تشخیصی هارنسبرگر، یکی از بهترین و کامل‌ترین منابعی است که توسط اساتید جهت یادگیری آناتومی و آشنایی با تصویربرداری تشخیصی سر و گردن به دستیاران رشته گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن توصیه می‌شود. یکی از ویژگی‌های خاص و مثبت این کتاب، طبقه‌بندی دقیق آناتومیک است، به طوری که به صورت کاملاً مجزا در هر فصل ابتدا آناتومی نرمال یک فضای خاص سر و گردن شرح داده شده و سپس ضایعات پاتولوژیک آن فضا با چندین مثال از CT و MRI و توضیحات مفصل شرح داده می‌شود. ضمناً برای هر پاتولوژی تشخیصی‌های افتراقی و وجه افتراق آن‌ها نیز ذکر شده است. این ویژگی‌ها باعث شده است که این کتاب یکی از ارزشمندترین کتب در این زمینه باشد. اما متأسفانه به علت حجم بالای کتاب و فقدان ترجمه فارسی از این کتاب اغلب دستیاران و متخصصین فرصت مطالعه کامل کتاب را پیدا نمی‌کنند. کتاب پیش رو، مجموعه‌ای خلاصه شده از آخرین ویرایش این کتاب می‌باشد که برای اولین بار در کشور توسط این موسسه ارائه شده است. در کتاب حاضر، با حفظ طبقه‌بندی کتاب هارنسبرگر، آناتومی نرمال و پاتولوژی‌های مناطق آناتومیک سر و گردن با اشکال متعددی از تصویربرداری تشخیصی ارائه شده است که علاوه بر کمک به دستیاران برای شرکت در آزمون آسکی، برای هر متخصص گوش، حلق، بینی و جراحی سر و گردن جهت رجوع در موارد تصویربرداری مشکوک در برخورد با بیماران نیز می‌تواند مفید باشد.

همکاران گرامی که این مجموعه را مطالعه می‌نمایند، می‌توانند انتقادات و پیشنهادات خود را از طریق آدرس الکترونیک انتشارات، با ما در میان بگذارند.

دکتر فاطمه شجاع صفت





---

## فهرست

---

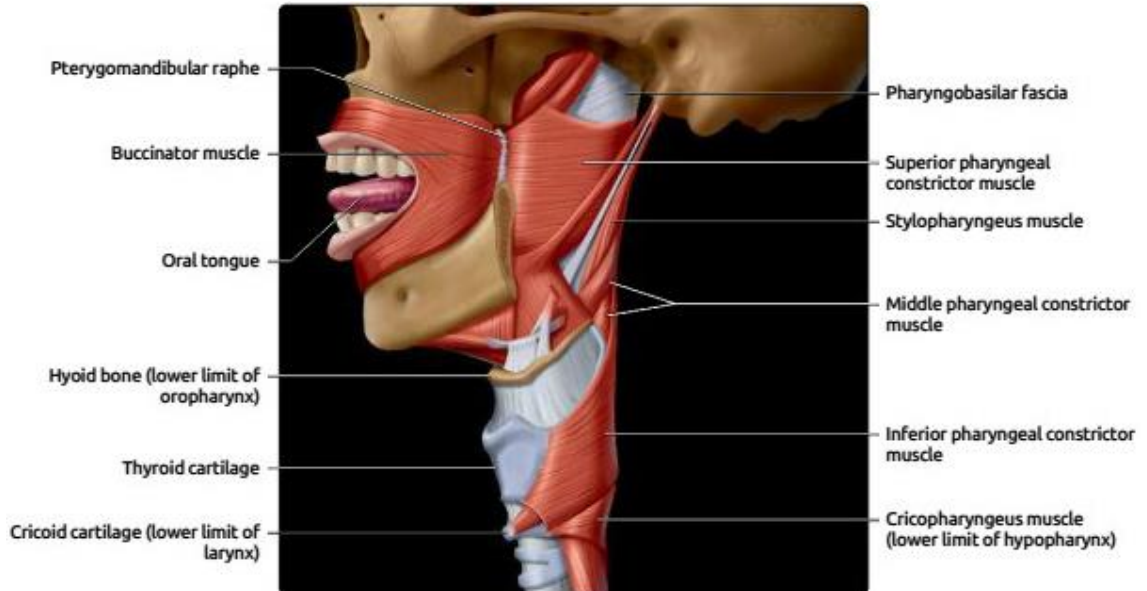
۱۱.....	فصل ۱۶ / SCC
۱۷ .....	فصل ۱۷ / سایت اولیه، گسترش پری نورال و درگیری لنفاوی
۸۷ .....	فصل ۱۸ / گردن پس از درمان
۱۱۷.....	فصل ۱۹ / بیماری‌های اطفال
۱۸۱.....	فصل ۲۰ / بینی و سینوس
۳۱۱.....	فصل ۲۱ / قاعده جمجمه
۳۹۳ .....	فصل ۲۲ / ترومای قاعده جمجمه و صورت
۴۲۵ .....	فصل ۲۳ / استخوان تمپورال
۵۷۹ .....	فصل ۲۴ / CPA و IAC



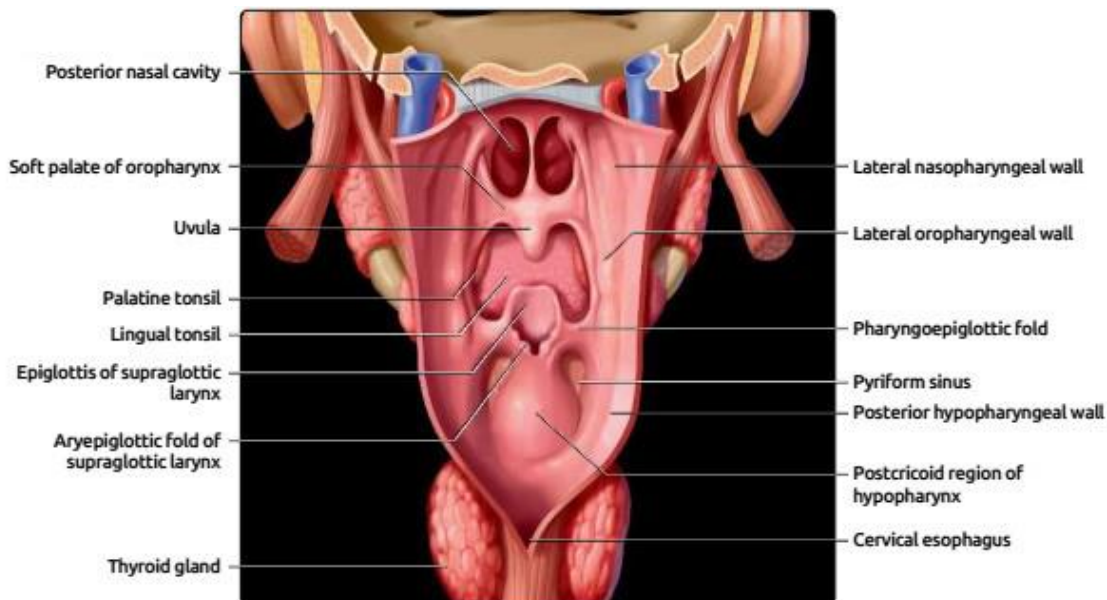
## SCC

فصل ١٦  
Section 16

• شكل اول:





• شکل دوم:



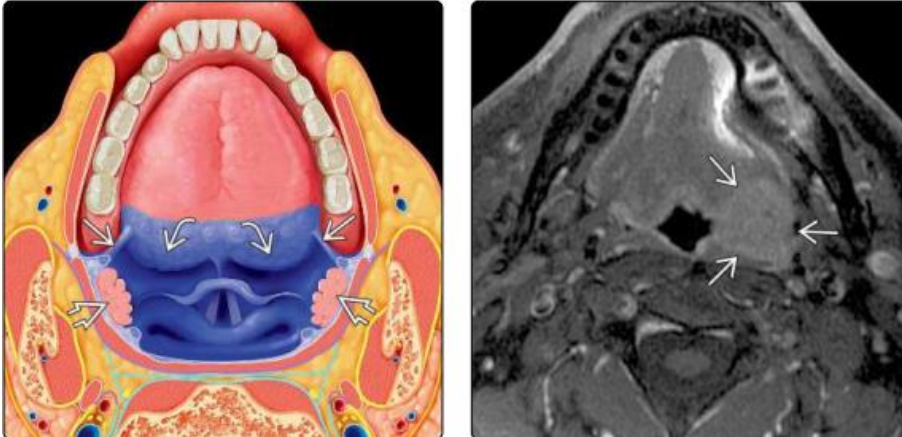
• شکل سوم:



- شکل چپ: نمای آگزیمال گرافیک فضای مخاطی نازوفارنژیال، کانستریکتور فوقانی  و لواتور ولی پالاتینی (LVP)  را داخل این فضا نشان می‌دهد. لایه میانی فاسیای عضلات عمقی گردن (صورتی) مارژین عمقی این فضا را ایجاد می‌کند.

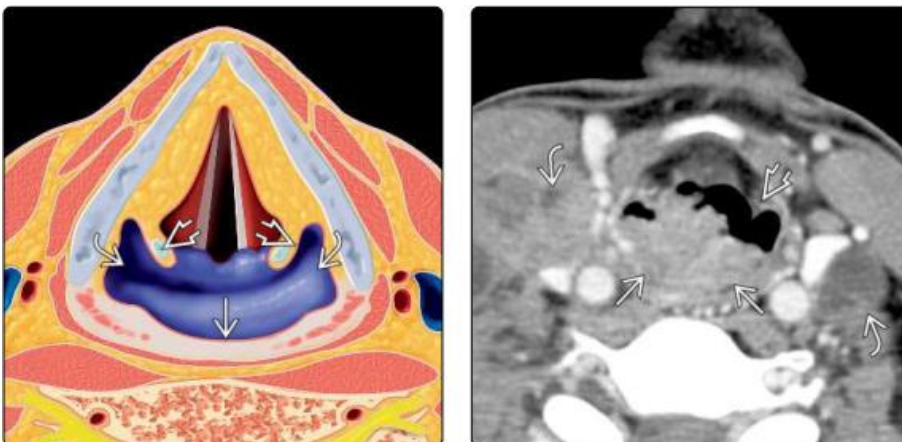
- شکل راست: T1-FS آگزینال با کنتراست در بیمار با توده بزرگ با انهناسمنت خفیف →  
برخاسته از نازوفارنکس راست را نشان می‌دهد که فضای ماستیکیتور و کلیووس → را هم انفیلتره کرده است.  
LVP → هم دیده می‌شود.

• شکل چهارم:









- شکل چپ: نمای آگزینال گرافیک فضای مخاطی اوروفارنژیال از بالا را می‌بینیم. پیلار قدامی → و خلفی،  
تونسیل‌های کامی → و زبانی → و قاعده زبان محل‌های شایع SCC هستند.
- شکل راست: T1-FS آگزینال با کنتراست، یک توده با انهناسمنت متوسط → در فضای تونسیلار را نشان می‌دهد.

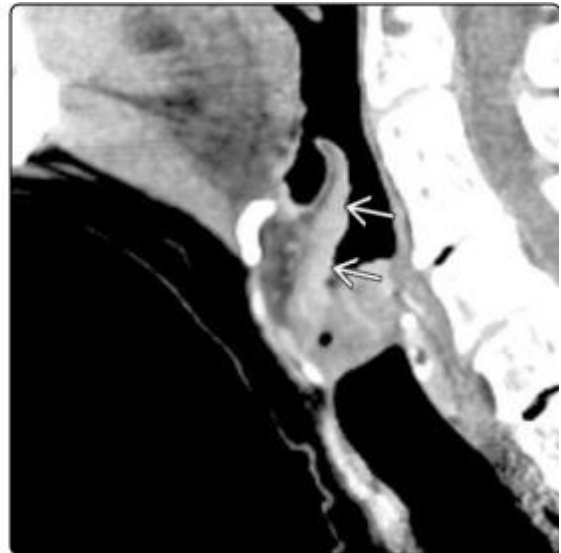
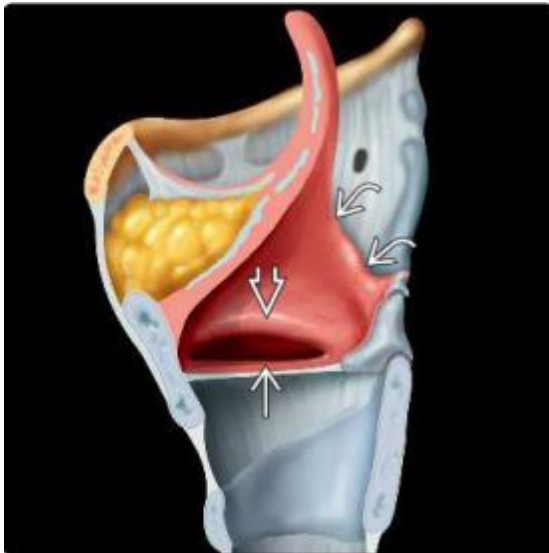
• شکل پنجم:









- شکل چپ: نمای آگزیکال گرافیک قسمت هیپوفارنژیال فضای مخاطی فارنژیال را نشان می‌دهد. در سطح سوپراگلوت، هیپوفارنکس ساخته شده از سینوس پریفورم  و دیواره خلفی . چین‌های آری اپی‌گلوتیک (AEF)  قسمتی از سوپراگلوت هستند که لارنکس را از هیپوفارنکس جدا می‌کنند.
- شکل راست: CECT آگزیکال در بیمار با لنفادنوپاتی دوطرفه گردن  یک توده نامنظم با گسترش سطحی برخاسته از دیواره خلفی هیپوفارنکس  را نشان می‌دهد. AEFها  هم دیده می‌شوند.

• شکل ششم:







- شکل چپ: نمای ساژیتال گرافیک لارنکس، تارهای صوتی  را نشان می‌دهد. FVCها  بالاتر و موازی TVCها هستند. AEF  از تیپ آریتنوئید به سمت مارژین اینفرولترال اپی‌گلوت برجسته شده است. ساب‌گلوت از زیر TVCها تا مارژین تحتانی کریکوئید ادامه دارد.
- شکل راست: CECT ساژیتال ضخیم شدن غیرطبیعی سطح لارنژیال اپی‌گلوت  را نشان می‌دهد.

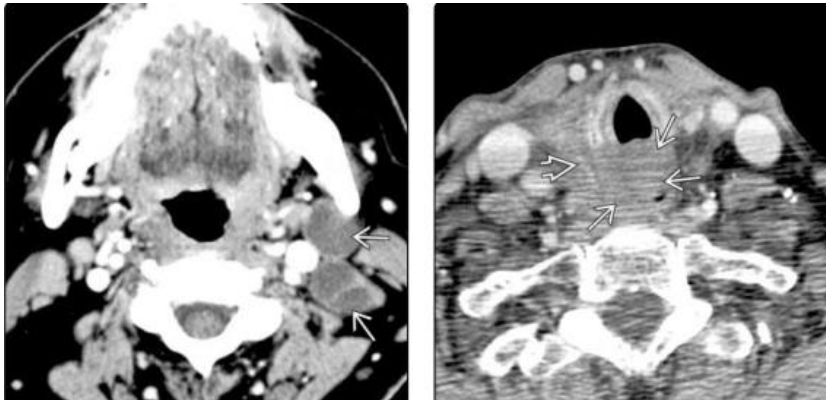





## • شکل هفتم:



- شکل چپ: نمای کروئال گرافیک مخاط دهان را می‌بینیم. کام سخت ، زبان، آلوتولار ریج فوقانی و تحتانی، مخاط بوکال  و مخاط کف دهان  را می‌بینیم. نمای کروئال برای بررسی درگیری عمقی کف دهان، قاعده زبان و مندیبل خوب است.
- شکل راست: T1-FS کروئال با کنتراست یک ضایعه هتروژن با انهناسمنت خفیف در لترال زبان  را نشان می‌دهد.

## • شکل هشتم:



- شکل چپ: CECT در بیمار با توده گردنی، نوده‌های متعدد نکروتیک یا کیستیک  را نشان می‌دهد.
- شکل راست: CECT آگزپال در بیمار مسن با خوشونت صدا، یک توده مری با حدود نامشخص  و انفیلتراسیون تراکتوآزوفازپال گرو  را نشان می‌دهد. ضایعه second primary tumor ناشی از SCC مری است.





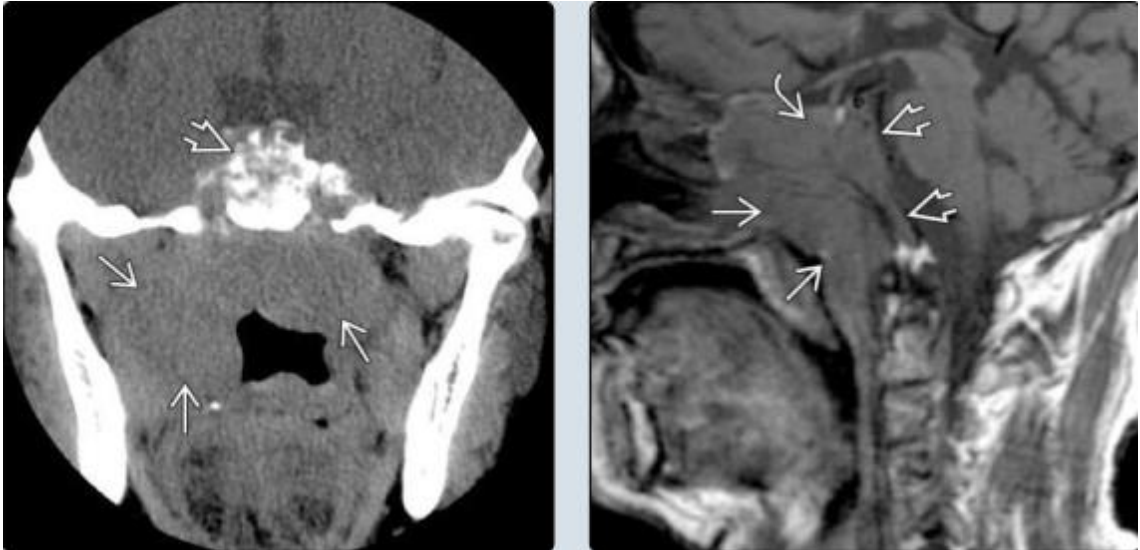


## سایت اولیه، گسترش پری‌نورال و درگیری لنفاوی

## فصل ۱۷ Section 17

### کارسینوم نازوفارنکس

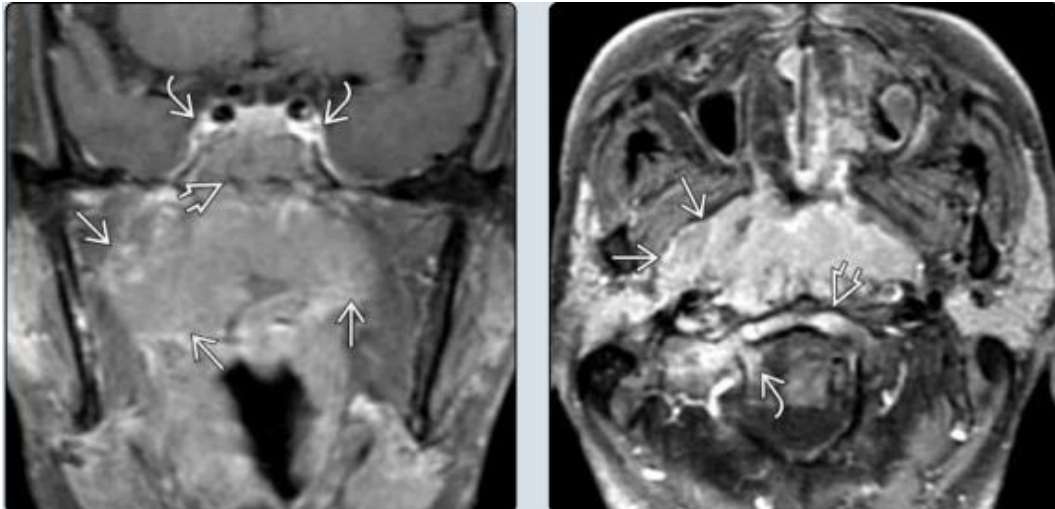
• شکل اول:



- شکل چپ: NECT کرونال در یک مرد ۶۲ ساله، که با گرفتگی بینی و اپیستاکسی مراجعه کرده است، یک توده حجیم غیرقرینه در نازوفارنکس [→] را نشان می‌دهد. کلیووس نیز بافت هتروژن و نقطه نقطه [→] دارد.
- شکل راست: T1 سائیتال در همان بیمار، یک توده بزرگ بافت نرم در نازوفارنکس [→] را نشان می‌دهد که از بالا تا اسفنوئید و سلا [→] گسترش یافته است. مغز چربی هیپراینتنس نرمال کلیووس تغییر یافته [→] اما کلیووس اکسپند نشده است.



• شکل دوم:



- شکل چپ: T1-FS کرونال با کنتراست، انهناسمنت متوسط توده حجیم ➡ پرکننده نازوفارنکس را نشان می‌دهد که مارژین لترال راست آن نامشخص است. تومور در جهت کرانیال گسترش یافته و استخوان اسفنوئید را انفیلتره ➡ کرده است. سینوس کاورنو ➡ هیچ نکته غیرطبیعی ندارد.
- شکل راست: T1-FS آگزینال با کنتراست انفیلتراسیون چربی پارافارنکس ➡ را نشان می‌دهد. انهناسمنت غیرطبیعی بازی اسفنوئید ➡ به معنی انفیلتراسیون مغز استخوان است. انهناسمنت عصب هیپوگلووس راست ➡ هم به طور غیرطبیعی دیده می‌شود.

• تصویربرداری:

- بهترین کلید تشخیصی: توده لترال فارنژیال رسس با گسترش عمقی و آدنوپاتی گردنی
- CT:
  - CECT:
    - توده نازوفارنژیال در خط وسط با انهناسمنت خفیف
    - نودهای بزرگ متاستاتیک با یا بدون نکروز
    - نودهای رتروفارنژیال چون نسبت به عضله ایزودنس هستند در تصویربرداری به خوبی دیده نمی‌شوند.
  - Bone CT: تخریب کورتکس کلیووس یا پتریگوئید پلیت



- MRI:

- T1: توده غیرقرینه، هیپو تا ایزواینتنس نسبت به عضله، حساس برای انفیلتراسیون چربی پارافارنژیال و درگیری مغز استخوان
- T2: هیپراینتنسیتی متوسط نسبت به عضله
- T1-FS با کنتراست: انهناسمنت خفیف هموزن، حساس برای انفیلتراسیون عمق صورت، اینتراکرنیال و سینوس کاورنو

• تشخیص افتراقی:

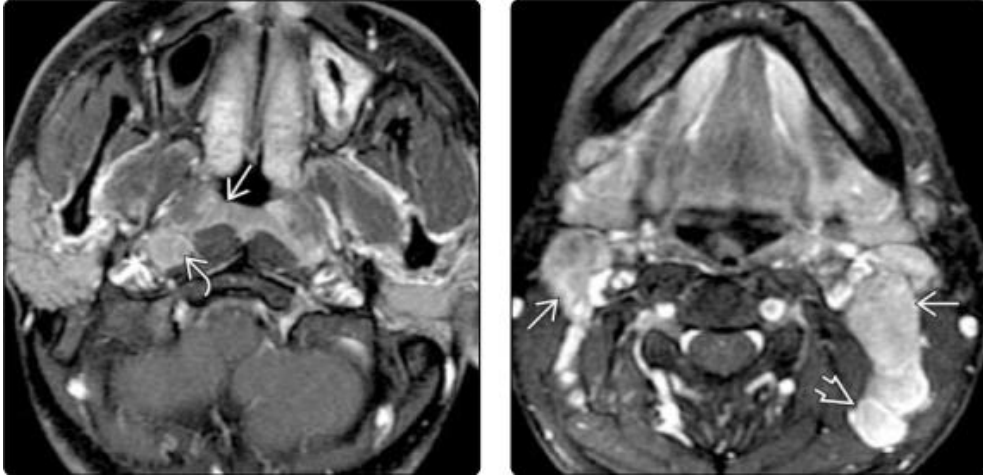
- هیپرپلازی خوش خیم بافت لنفاوی آدنوئید: بزرگی قرینه بدون انفیلتراسیون بافت‌های اطراف
- NHL نازوفارنکس: توده قرینه خط وسط، با یا بدون انفیلتراسیون به عضلات پره‌ورتبرال، در کلیووس بیشتر تمایل به اکسپنشن داد تا انفیلتراسیون
- بدخیمی غدد بزاقی مینور نازوفارنکس: می‌تواند انفیلتراسیون گسترده داشته باشد، آدنوپاتی گردنی ناشایع است.
- ماکروآدنوم هیپوفیز: توده سلا با گسترش از طریق اسفنوئید به نازوفارنکس، اکسپنشن سلا بهترین کلید تشخیصی است.
- سارکوم فضای مخاطی فارنژیال: توده اگرسو زیرمخاطی


• بالینی:



- شایع‌ترین تظاهرات:
  - CHL به علت انسداد شیپور استاش
  - اپیستاکسی
  - توده گردنی
- سایر علائم: نوروپاتی کرانیال



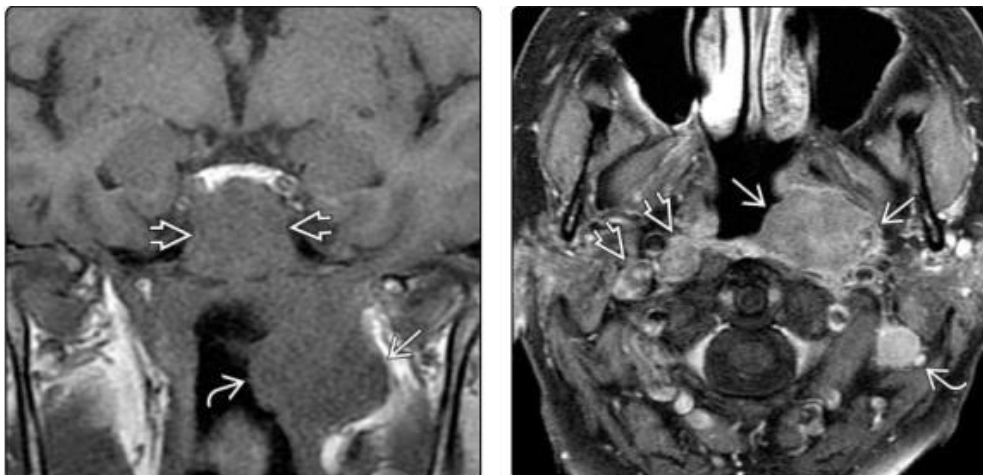
• شکل سوم:



- شکل چپ: T1-FS آگزینال با کنتراست در مرد ۲۶ ساله با توده گردنی، پری غیرقرینه بافت نرم مخاط نازوفارنکس را بدون انفیلتراسیون عضلات پرهورتبرال نشان می‌دهد. نود بزرگ رتروفارنژیال راست  هم دیده می‌شود.

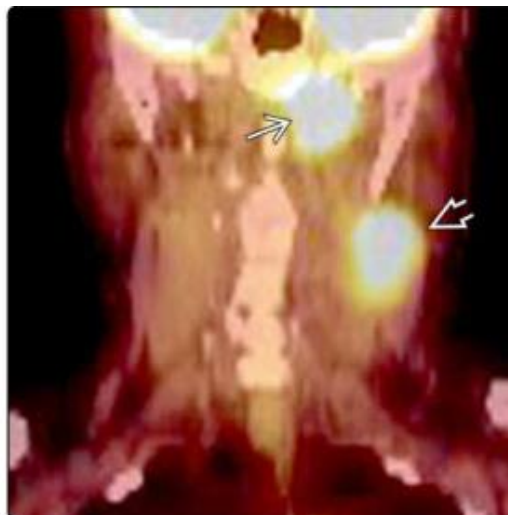
- شکل راست: T1-FS آگزینال با کنتراست در همان بیمار، نودهای بزرگ لول ۲  و ۵  سمت چپ را نشان می‌دهد.

• شکل چهارم:





- شکل چپ: T1 کرونال یک توده انفیلتراتیو هیپواینتنس در قسمت فوقانی لترال نازوفارنکس با گسترش به داخل کلیوس و فضای پارافارنژیال چپ را نشان می‌دهد. بیوپسی تشخیص کارسینوم نازوفارنکس را تایید کرد.
  - شکل راست: T1-FS آگزیکال با کنتراست در همان بیمار، کارسینوم نازوفارنکس را در سمت چپ با گسترش به فضای پارافارنژیال نشان می‌دهد. متاستاز نودال رتروفارنژیال مقابل و لول 2B همان سمت دیده می‌شود.
- شکل پنجم:

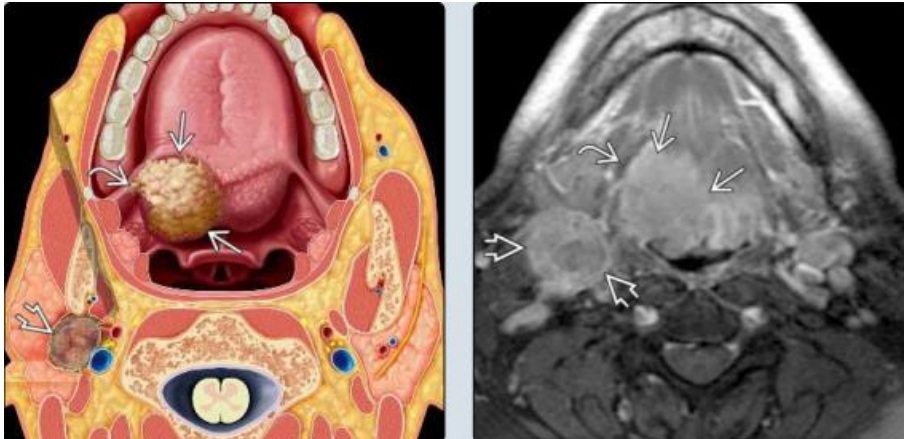


- شکل چپ: T1-FS کرونال با کنتراست در یک خانم ۶۵ ساله مورد کارسینوم نازوفارنکس، یک توده انهناس شونده در نازوفارنکس چپ همراه با نود نکروتیک لول ۲ همان طرف را نشان می‌دهد.
- شکل راست: PET-CT کرونال جذب بالا در کارسینوم نازوفارنکس و نود لول ۲ را نشان می‌دهد.



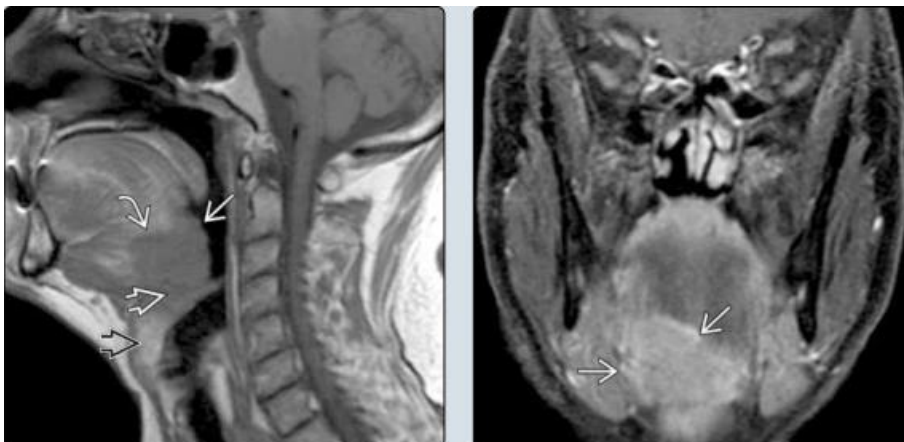
## SCC قاعده زبان

• شکل اول:



- شکل چپ: نمای آگزیکال گرافیک SCC تونسیل زبانی → را همراه با آدنوپاتی همان طرف ↗ نشان می‌دهد. تومور اگزوفیتیک بوده و از پایین پیلار قدامی ↗ را هم انفیلتره کرده است.
- شکل راست: T1-FS آگزیکال با کنتراست در بیمار ۵۸ ساله با توده گردنی سمت راست، یک نود بزرگ هتروژن در لول ۲ راست ↗ را نشان می‌دهد. تومور اولیه در تونسیل زبانی همان سمت ↗ است و کف دهان، مدیال به عضله هیوگلووس ↗ را انفیلتره کرده است.

• شکل دوم:





- شکل چپ: T1 ساژیتال در همان بیمار، پری قاعده زبان سمت راست → و انفیلتراسیون کف دهان → را نشان می‌دهد. تومور از پایین تا والکول → گسترش یافته اما به چربی پره‌پی‌گلووتیک → نرسیده است.
- شکل راست: T1-FS کرونال با کنتراست، یک توده غیرقرینه → در قاعده زبان سمت راست را در همان بیمار نشان می‌دهد.

• تصویربرداری:

- بهترین کلید تشخیصی: بزرگی غیرقرینه تونسیل زبانی یا توده مهاجم قاعده زبان، درگیری اولیه لنفاوی اغلب در لول ۲ تا ۴
- CECT:

- انهناسمنت متوسط
- ضایعات کوچک: غیرقرینگی مخاط
- ضایعات بزرگ: توده انهناس شده اگزوفیتیک یا ضایعه زخمی و انفیلتراتیو
- نودهای درگیر با انهناسمنت متوسط و solid یا کیستیک هستند.

- MRI:

- T1: ایزواینتنس نسبت به عضله
- T2: هیپراینتنس نسبت به عضله
- T1 با کنتراست: انهناسمنت متوسط تا شدید

• تشخیص افتراقی:

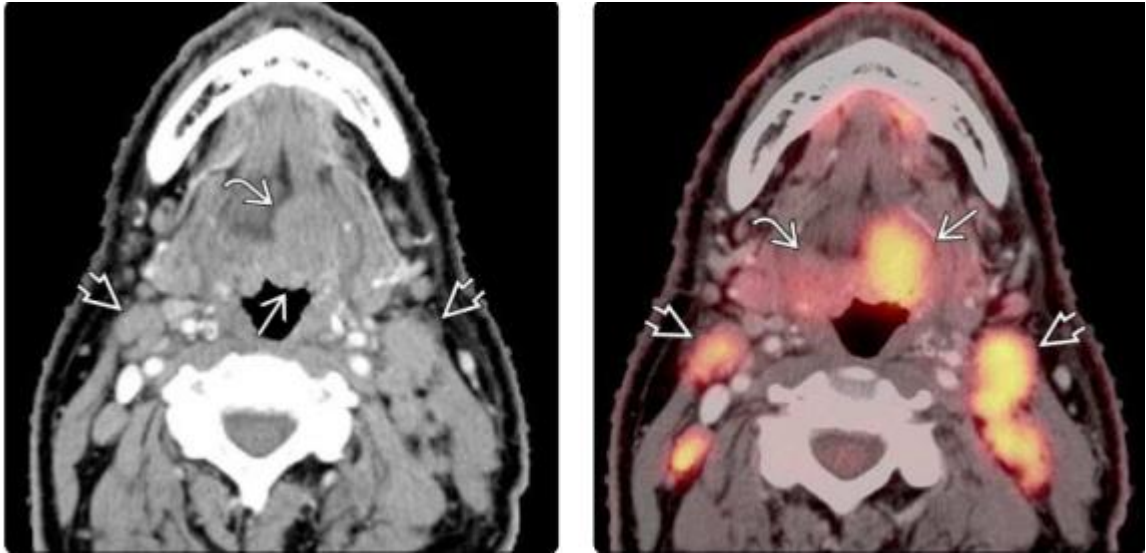
- هیپریپلازی لنفوئید تونسیل زبانی: توده قرینه، بدون تهاجم عمقی و همراه با هیپریپلازی سایر بافت‌های لنفاوی
- NHL تونسیل زبانی: توده اگزوفیتیک با نودهای غیرنکروتیک
- SCC تونسیل کامی
- میکس تومور خوش‌خیم تونسیل زبانی: توده با مارژین مشخص
- بدخیمی غدد بزاقی مینور در تونسیل زبانی: متاستاز نودال بسیار ناشایع است.

• بالینی:

- شایع‌ترین تظاهرات: گلودرد، توده گردنی
- سایر علائم: احساس پری در گلو، اتالژی همان طرف

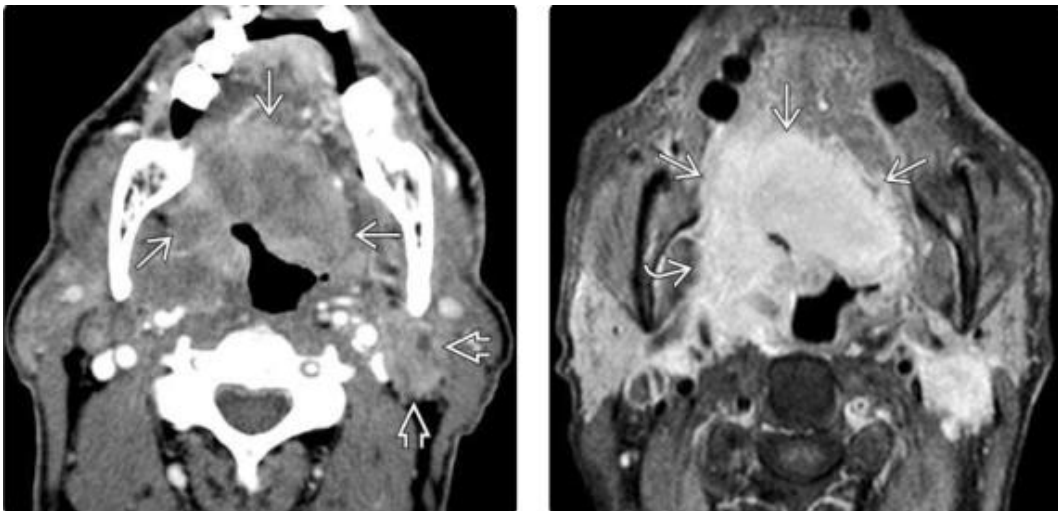


• شکل سوم:



- شکل چپ: CECT در مرد ۶۲ ساله یک توده انفیلتراتیو با منشا قاعده زبان سمت چپ [→] که عضلات خارجی زبان [→] را درگیر کرده است، نشان می‌دهد. نودهای برجسته دوطرفه با حاشیه نامشخص [→] هم دیده می‌شوند.
- شکل راست: PET-CT در همان بیمار، جذب بالا در SCC قاعده زبان [→] در مقایسه با تونسیل زبانی نرمال [→] را نشان می‌دهد. جذب در نودهای متاستاتیک [→] نیز بالاست.

• شکل چهارم:

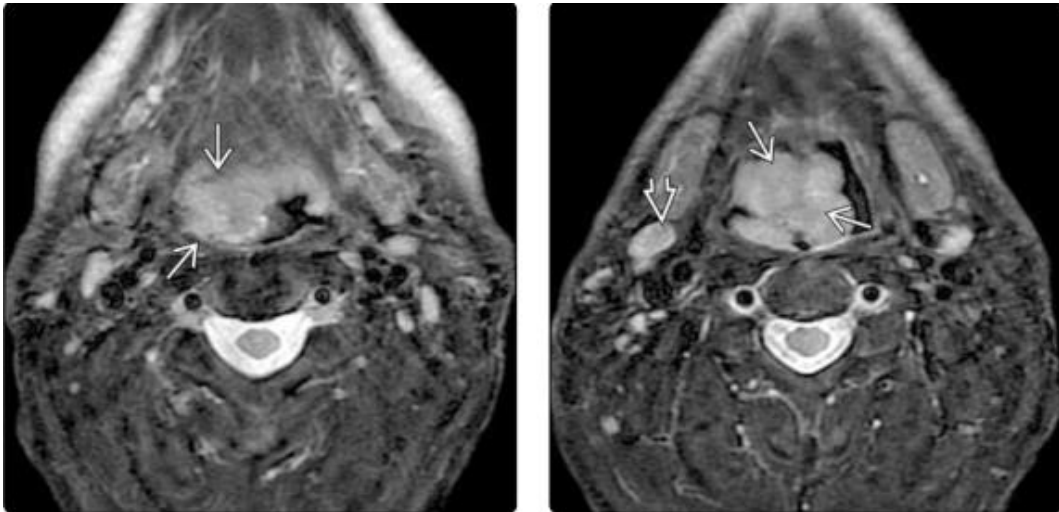






- شکل چپ: CECT آگزیکال در بیمار ۶۵ ساله با دیسفاژی و گلودرد، نود بزرگ هتروژن در لول ۲ چپ [→] را نشان می‌دهد. توده بزرگ انفیلتراتیو با درگیری کل قاعده زبان [→] نیز دیده می‌شود.
- شکل راست: T1-FS آگزیکال با کنتراست در همان بیمار، بهتر گسترش تومور را نشان می‌دهد. انفیلتراسیون کف دهان [→] و عضله مدیال پتریگوئید [→] دیده می‌شود.

• شکل پنجم:

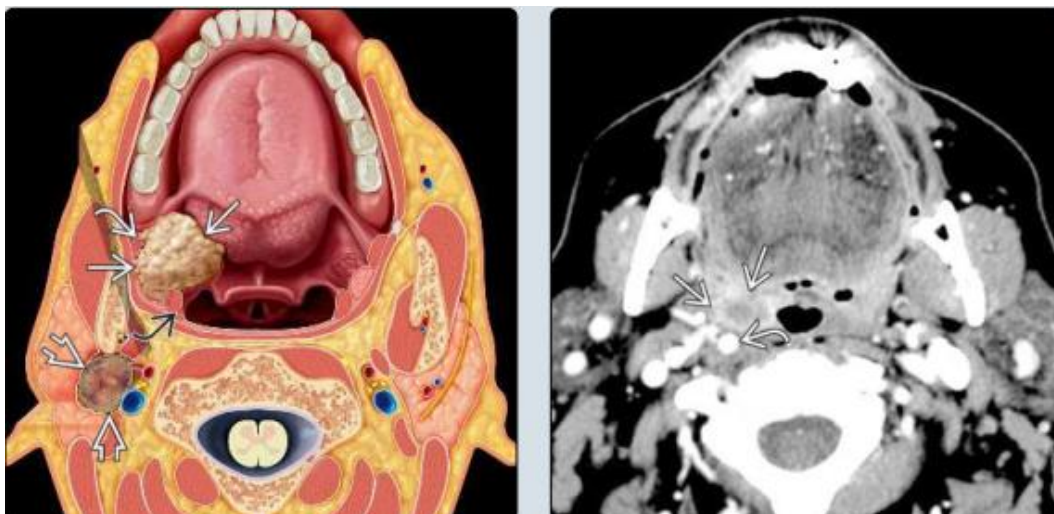


- شکل چپ: T2-FS آگزیکال در بیمار با گلودرد، بزرگی غیرقرینه تونسیل زبانی راست [→] بدون شواهد انفیلتراسیون عمقی را نشان می‌دهد.
- شکل راست: T2-FS آگزیکال در سطح پایین‌تر، توده حجیم اگزوفیتیک [→] را نشان می‌دهد که اغلب راه هوایی اوروفارنکس بالای والکول را پر کرده است. نودهای متعدد بزرگ هتروژن در همان طرف [→] نیز دیده می‌شوند.



### SCC تونسیل کامی

• شکل اول:



- شکل چپ: نمای آگزپال گرافیک یک SCC تونسیل کامی [A] را در دیواره لترال اوروفارنکس با درگیری پیلار قدامی [B] نشان می‌دهد. پیلار خلفی انفیلتره نیست [C]. آدنوپاتی لول ۲ همان طرف [D] هم دیده می‌شود.
- شکل راست: CECT آگزپال در همان بیمار، توده هیپودنس تونسیل [E] را نشان می‌دهد. نودهای متعدد بزرگ همان طرف دیده می‌شوند. ICA راست هم مدیالیزه [F] است.



• شکل دوم:



- شکل چپ: تصویر بالینی از خانمی با دیسفاژی و درد گلو و گوش راست نشان می‌دهد که تونسیل کامی راست زخمی و ایندوره [→] است. درگیری پیلار قدامی در مقایسه با سمت نرمال [→] دیده می‌شود.
- شکل راست: T1-FS آگزینال با کنتراست در بیمار با توده گردنی سمت راست، خوشه‌ای از نوده‌های درگیر [→] را نشان می‌دهد. تومور اولیه با حدود مشخص در تونسیل کامی [→] دیده می‌شود.

• تصویربرداری:

- بهترین کلید تشخیصی: بزرگی غیرقرینه و هتروژن تونسیل کامی، اغلب با مارژین عمقی مهاجم
- CECT:
  - ضایعه کوچک به سختی مشخص می‌شود.
  - ضایعات بزرگ‌تر اگزوفیتیک یا با تهاجم عمقی هستند.
  - انهناسمنت متوسط و هتروژن دارد.
  - آدنوپاتی اغلب در لول ۲ همان طرف دیده می‌شود.
  - نود درگیر می‌تواند کیستیک باشد.



- MRI:

- T1: تونسیل بزرگ، هیپواینتنس تا ایزواینتنس در مقایسه با تونسیل نرمال
- T2-FS: کمی هیپراینتنس نسبت به تونسیل نرمال
- T1-FS با کنتراست: انهناسمنت بیشتر از تونسیل نرمال

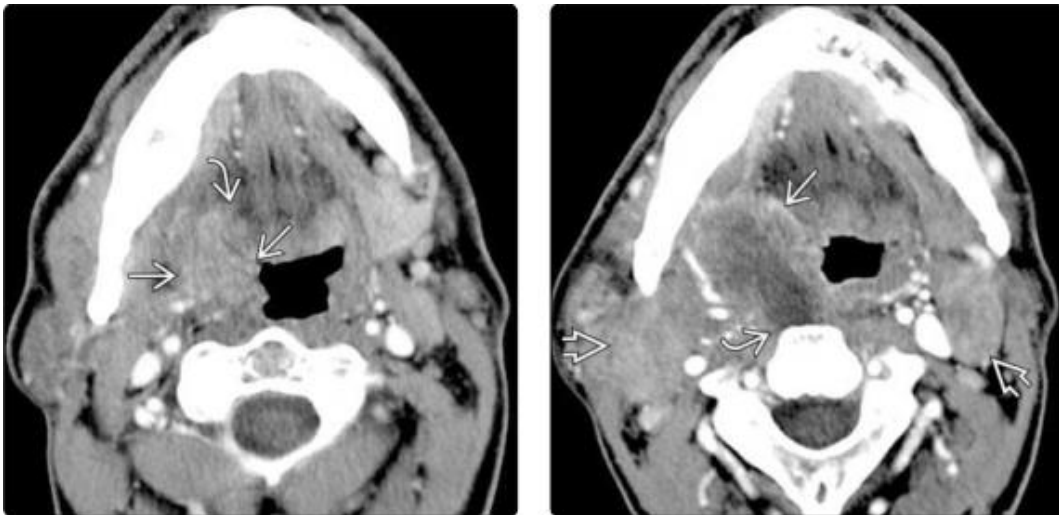
• تشخیص افتراقی:

- هیپرپلازی لنفوئید تونسیلار: تونسیل بزرگ، بدون تهاجم عمقی و اغلب قرینه. همراه با بزرگی سایر بافت‌های لنفاوی.
- آبنسه تونسیلار یا پره‌تونسیلار: تجمع مایع با انهناسمنت جداری همراه با نوده‌های واکنشی، با یا بدون ادم رتروفارنکس
- میکس تومور خوش خیم تونسیل کامی: توده تونسیل با حدود مشخص و T2 هیپراینتنس
- NHL تونسیل کامی: توده زیرمخاطی با یا بدون تهاجم عمقی، اغلب همراه با نوده‌های گردنی بزرگ و غیرنکروتیک

• شایع‌ترین تظاهرات:

- اتالژی همان طرف
- دیسفاژی
- توده گردنی

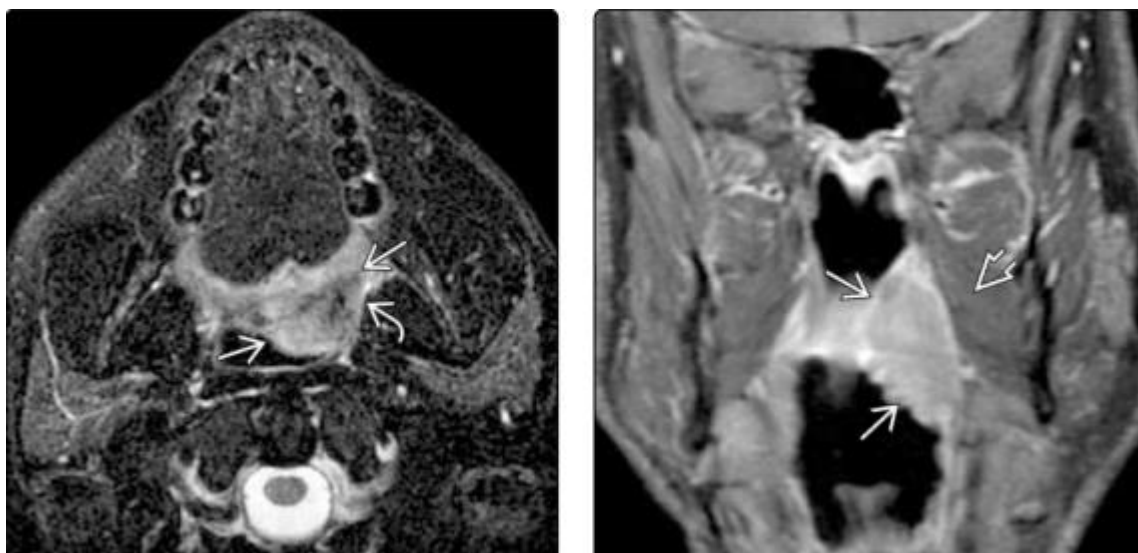
• شکل سوم:





- شکل چپ: CECT آگزپال در بیمار با توده گردن، توده تونسیل کامی راست → با گسترش به خلف حفره دهان → را نشان می‌دهد.
- شکل راست: CECT آگزپال در همان بیمار، بعد از یک سال پیشرفت بیماری را نشان می‌دهد. تومور بزرگتر شده، گسترش به حفره دهان → و بافت پره‌وتیرال → دیده می‌شود. آدنوپاتی متاستاتیک دوطرفه → هم وجود دارد.

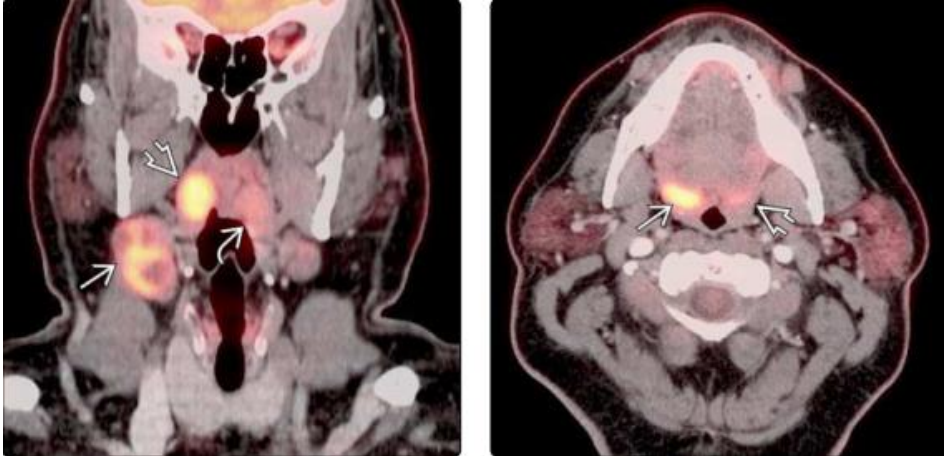
• شکل چهارم:



- شکل چپ: T2-FS آگزپال در بیمار با توده تونسیل کامی، تومور اگزوفیتیک هتروژن در تونسیل چپ → را نشان می‌دهد. مارژین لترال مشخص → است و تهاجم عمقی وجود ندارد.
- شکل راست: T1-FS کرونال با کنتراست در همان بیمار، SCC اگزوفیتیک تونسیل چپ → را نشان می‌دهد. گسترش عمقی به عضله مدیال پتریگوئید دیده نمی‌شود →



• شکل پنجم:



- شکل چپ: PET-CT کرونال در بیمار با توده گردنی سمت راست، خوشه نودهای بزرگ لول ۲ با جذب بالا ➔ و جذب غیرقرینه بالا در SCC تونسیل راست ➔ را نشان می‌دهد. تونسیل چپ نرمال ➔ هم دیده می‌شود.
- شکل راست: PET-CT آگزیال در همان بیمار، افزایش غیرقرینه جذب در تونسیل کامی راست ➔ در مقایسه با چپ ➔ را نشان می‌دهد.

### SCC دیواره خلفی اوروفارنکس

• شکل اول:

