

دليل التطبيق السريري لتقييم كتل العنق عند البالغين

Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults

Executive Summary

2017

نشرت الجمعية الأميركية لأمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الرأس والعنق ملحقاً لهذا الملف عن أمراض الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الرأس والعنق من خلال عرض (دليل التطبيق السريري): تقييم كتل العنق عند البالغين لتساعد في تطبيق توصيات الدليل.

تلخص هذه المقالة الأسباب والأهداف والتوصيات.

هذه التوصيات الاثني عشر قللت تأخير تشخيص السرطانة شائكة الخلايا في الرأس والعنق، تتضمن هذه التوصيات الاختبارات الملائمة منها الصور والتطور السريري والمعالجات الطبية وإنقاص الاختبارات غير الملائمة وترويج الفحوصات السريرية الملائمة عندما يكون السرطان مشكوكاً به.

كلمات مفتاحية: كتلة عنق، السرطانة شائكة الخلايا، سرطان عنق، دليل التطبيق السريري.

كتل العنق شائعة عند البالغين ولكن غالباً تكون أسباب الأمراض غير معروف، بينما كتل العنق عند الأطفال هي غالباً انتانية، معظم كتل العنق عند البالغين هي ورمية، تجاوزت الأورام الخبيثة أي سبب لكتل العنق عند البالغين.

تعرف كتلة العنق في هذا المرشد بأنها كثافة غير طبيعية مرئية ومجسوسة مرئية بالصور الشعاعية.

كتل العنق غير المصحوبة بأعراض ربما تكون ابتدائية أو تظاهر سريري واضح لسرطان رأس وعنق مثل: سرطانة شائكة الخلايا، لمفوما سرطانة الغدد اللعابية أو الدرق.

يقترح المرشد أن كتل العنق عند البالغين يجب أن تعتبر خبيثة حتى يثبت العكس.

يعد التشخيص في الوقت المناسب لكتل العنق الناجمة عن نقائل ال SCC أمر بالغ الأهمية لأن التشخيص المتأخر يؤثر بشكل مباشر على مرحلة الورم ويسبب للإنذار.

لسوء الحظ على الرغم من التقدم الكبير في وسائل التشخيص على مدى العقود القليلة الماضية فان تأخير التشخيص شائع.

قبل ٤٠ عاما كان المرضى الذين لديهم كتل في العنق يعانون من تأخر التشخيص لمدة خمسة الى ستة أشهر من العرض الأولي حتى تشخيص الورم الخبيث.

الوبائيات والتحضير السريري لمرضى السرطانة شائكة الخلايا المخاطية تغيرت في الآونة الأخيرة الى جانب معدلات المرضى والوفيات الكبيرة لهذا المرض فان السرطانة شائكة الخلايا المخاطية النقيلية هي محور هذا المرشد ومع ذلك يمكن ان تنتج الكتلة الخبيثة في العنق عن أمراض أخرى بما في ذلك اللمفوما، سرطان الجلد، سرطان الغدة الدرقية وسرطان الغدد اللعابية.

يمكن تطبيق المبادئ الواردة في المرش\ على أي سرطان يعطي نقائل للعنق دون وجود ورم بدئي سابق.

قد تنشأ (HNSCC) المخاطية في تجويف الفم او البلعوم الأنفي أو البلعوم الحنجري.

يؤدي الانتشار الخفي للنقائل من السرطان الأولي الى العقد اللمفاوية الموضعية واستمرار نمو الورم ضمن هذه العقد الى ظهور كتلة في العنق

في عام ٢٠١٦ تم تشخيص ما يقدر بنحو ٦٢ ألف شخص ب HNSCC

ان حدوث HNSCC في البلعوم الأنفي في الخاصة أخذ في الارتفاع بسبب العدوى بفيروس HPV ولهذه الأسباب فان التشخيص السريع هو فرصة لتحسين الجودة الرئيسية لهذا المرشد

تضاعف معدل حدوث ال HNSCC الإيجابية للفايروس HPV في البلعوم الأنفي بأكثر من الضعف وانخفض معدل الإصابة بالسرطان السلبي للفايروس HPV بمقدار النصف

يرتفع معدل ال HNSCC الإيجابي HPV في البلعوم الفموي (لوزتين وقاعدة اللسان) بسرعة كبيرة حيث أنها بحلول عام ٢٠٢٠ من المتوقع أن يتجاوز معدل الإصابة بسرطان عنق الرحم الإيجابي لفايروس HPV.

غالبا ما يكون المرضى المصابون بفيروس HPV الفموية البلعومية مع ورم خبيث في العنق بدون ورم خبيث أولي واضح.

قد تساهم ميزتان ل HNSCC الإيجابي لفايروس HPV في تأخر التشخيص:

١- بالمقارنة مع المرضى المصابون ب HNSCC السلي HPV فان المرضى الذين يعانون من أورام إيجابية ل HPV أصغر سنا وغالبا لا يتعاطون التبغ والكحول وهما من أكثر عوامل الخطر الكلاسيكية شيوعا

٢- نظرا لأن نقائل العنق من ال HNSCC الإيجابية ل HPV قد تكون كيسية غالبا ما يتم الخلط بينها وبين الكيسات الغلصمية مما يساهم بشكل كبير في تأخير التشخيص

حاليا يوجد دليل واحد للممارسة السريرية قائم على الأدلة لمساعدة الأطباء في تقييم شخص بالغ ولديه كتلة في العنق.

بالإضافة لذلك فان الكثير من المعلومات المتاحة مجزأة أو غير منظمة أو تركز على مسببات محددة

بالإضافة لأنه على الرغم من وجود أدبيات تتعلق بالدقة التشخيصية في الاختبارات الفردية الا أن هناك القليل من الارشادات حول التسلسل المنطقي للاختبارات في سياق الرعاية السريرية.

يسعى هذا المرشد لتقديم منظور متماسك وقائم على الأدلة متعددة الاختصاصات في تقييم كتل العنق بهدف تسهيل التشخيص الفوري وتعزيز نتائج المرضى.

الغرض من المرشد:

الغرض الأساسي هو تعزيز العمل التشخيصي الفعال والدقيق لكتل العنق لضمان تلقي البالغين المصابين بمرض خبيث محتمل التشخيص والتدخل الفوري لتحسين النتائج.

تشمل الأهداف المحددة تقليل التأخير في تشخيص ال HNSCC وتعزيز الاختبارات المناسبة بما في ذلك التصوير والتقييم المرضي والعلاجات الطبية التجريبية وتقليل الاختبارات غير الملائمة وتعزيز الفحص البدني المناسب عند الاشتباه بالسرطان.

المريض المستهدف في هذا المرشد هو أي شخص لديه كتلة في العنق ويبلغ عمره ١٨ سنة أو أكثر.

الطبيب المستهدف في هذا المرشد هو أي طبيب يصادف المريض الذي يعاني من كتلة في العنق.

ويشمل ذلك الأطباء في الرعاية الأولية وطب الأسنان وطب الطوارئ وكذلك أخصائي علم الأمراض وأخصائي الأشعة الذين لديهم دور في تشخيص كتل العنق، وهذا المرشد لا ينطبق على الأطفال.

يتناول هذا المرشد التشخيص التفريقي الأولي الواسع لكتل العنق عند البالغين ومع ذلك فإن الغرض هو فقط مساعدة الطبيب على فهم أساسي لمجموعة واسعة من الأمراض الممكنة وليس القصد من ذلك توجيه التشخيص لكتل العنق نحو أمراض الغدة الدرقية أو الغدد اللعابية أو الفك السفلي أو أمراض الأسنان حيث توجد هناك توصيات لهذه المسببات.

سعت المجموعة المطورة للدليل GDG الى صياغة مجموعة من العبارات القابلة للتنفيذ ذات الصلة بقرارات التشخيص التي يتخذها الطبيب أثناء فحص مريض بالغ ولديه كتلة عنق، علاوة على ذلك قامت ال GDG بدمج الأدلة لتعزيز الرعاية عالية الجودة والفعالية من حيث التكلفة.

الطرائق:

طرائق عامة: تم تطوير هذا المرشد مع بروتوكول مسبق واضح وشفاف لإنشاء بيانات قابلة للتنفيذ استنادا على الأدلة الداعمة والتوازن المرتبط بالفائدة والضرر كما هو موضح في الإصدار الثالث للأكاديمية الأميركية لأطباء الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الرأس والعنق (AAO-HNSF)

يتألف GDG من ٢١ عضو خبراء في التمريض الممارس المتقدم وعلم الأمراض السريري وطب الطوارئ والطب العام والجراحة العامة وجراحة الرأس والعنق والأورام وطب الأذن والأنف والحنجرة وجراحة الفم والوجه والفكين ومساعدى الأطباء والأشعة.

البحث الأدبي:

تستند التوصيات الواردة في دليل الممارسة السريرية هذه المراجعات المنهجية حددها أخصائي معلومات محترف باستخدام استراتيجية بحث واضحة تتضمن أدلة الخلفية الاضافية والتجارب المعشاة ذات الشواهد والدراسات القائمة على الملاحظة حسب الحاجة لتكملة المراجعات المنهجية أو لسد الثغرات عندما لا تكون المراجعة متاحة

أجرى أخصائي المعلومات عمليتي بحث منهجي في الأدبيات من كانون الثاني ٢٠١٥ حتى شباط ٢٠١٦ باستخدام استراتيجية تصفية معتمدة لتحديد إرشادات الممارسة السريرية والمراجعات المنهجية والتجارب المعشاة ذات الشواهد والدراسات المقارنة تم استخدام مصطلحات للبحث.

في حالات معينة تم اجراء عمليات بحث مستهدفة عن أدلة منخفضة المستوى لمعالجة الثغرات من عمليات البحث المنهجية المحددة في كتابة المرشد من نيسان ٢٠١٦ حتى تشرين الثاني ٢٠١٦

١- حدد البحث الأولي عن إرشادات الممارسة السريرية ١١ مرشد بعد إزالة التكرارات والمراجع غير ذات الصلة كان المجموع ٦ مرشادات وكانت معايير الجودة لتضمن المبادئ التوجيهية:

- نطاقا واضحا وهدفا.
 - مشاركة أصحاب المصلحة متعددة التخصصات.
 - مراجعة منهجية للأدبيات
 - نظام واضح لتصنيف الأدلة.
 - نظام واضح لربط الأدلة بالتوصيات.
- احتفظت مجموعة البيانات النهائية بثلاثة إرشادات استوفت معايير الاشتمال.

٢- حدد البحث الأولي للمراجعات المنهجية ١٠٣ مراجعة منهجية بعد إزالة التكرارات والمراجع غير ذات الصلة كان المجموع ٢٧ مقالة، كانت معايير الجودة لتضمن المبادئ التوجيهية:

- ذات صلة بموضوع الدليل الإرشادي
 - هدف ومنهجية واضحة
 - استراتيجية بحث صريحة
 - طرق استخراج بيانات صحيحة
- كانت مجموعة البيانات النهائية التي تم الاحتفاظ بها ١٠ مراجعات منهجية حققت معايير الاستكمال

٣- حدد البحث الأولي RCTs (20 RCTs) بعد إزالة التكرارات والمراجعات غير ذات الصلة كان المجموع (١٤ مقالة) وكانت معايير الجودة تتضمن تجارب معشاة ذات شواهد

- ذات صلة بموضوع الدليل الإرشادي.
- النشر في مجلة راجعها الزملاء.
- منهجية واضحة مع تخصيص عشوائي لمجموعات العلاج.

احتفظت مجموعة البيانات النهائية الاجمالية ب ٦ تجارب معشاة ذات شواهد
استوفت معايير الاستكمال.

الالتزام بتطبيق المرشد العلاجي	التعريف	قوة التوصيات
<p>الاطباء الممارسون يجب ان يتبعو توصيات قوية الا في حال وجود اجراء آخر بديل يكون منطقي و واضح.</p>	<p>ان قوة التوصيات تكمن في منفعة مقارنة التوصية للوصول الى مرحلة تتخطى بها الضرر و الاذى على المريض (او في التوصية السلبية القوية : منفعة التوصية اقل من فائدها على المريض) و شرط وجود ادلة داعمة ذات جودة عالية لتقوية التوصية و دعمها (درجة أ او ب). في بعض الحالات المحددة الواضحة يمكن لهذه التوصيات ان تكون موضوعة على اساسات لدلائل اقل عددا و قيمة , في وقت لا يمكن الوصول لتوصيات ذات جودة عالية و توقع المنفعة للمريض بشكل اكبر و اقوى من الضرر عليه.</p>	<p>توصيات قوية :</p>
<p>الاطباء الممارسون يجب بشكل عام ان يتبعو توصيات معينة و لكن عليهم الانتباه و متابعة وجود معلومات و توصيات جديدة و حساسة حسب حالة المريض.</p>	<p>بالتعريف التوصيات تعني انه يجب ان تكون المنافع المرجوه على المريض اكبر و تتجاوز الضرر عليه (او في حال التوصية السلبية القوية : ان تكون المنفعة على المريض اقل من الضرر عليه) و لكن هنا جودة الدلائل ليست قوية بشكل كاف (درجة ب او ج) في بعض الحالات المحدودة الواضحة هذه التوصيات يمكن ان تكون موضوعة على اساسات لدلائل اقل عددا و قيمة في وقت لا يمكن الوصول لتوصيات ذات جودة عالية و توقع المنفعة للمريض بشكل اكبر من الضرر عليه.</p>	<p>توصيات عامة :</p>
<p>الاطباء الممارسون يجب ان يكونون مرنين في قراراتهم فيما يتعلق بالإجراء الامثل.</p>	<p>الخيار هنا يعني اما ان تكون جودة الدليل الموضوع قابل للشك (درجة د) او دراسات جيدة (درجة أ او ب او ج)</p>	<p>الخيارات المتاحة :</p>

تعطي ميزات جيدة و افضل لمقاربة معينة مقارنة
بمقاربات اخرى.

كذلك يمكن لهم ان يضعوا بعض الاجراءات
التي يرونها مناسبة حسب حالة المريض و
يجب على هذه الاجراءات البديلة ان تكون
ذات قيمة

التصنيف المستند الى الأدلة والبيانات:

هذا المرشد يهدف الى تقليل الاختلافات غير الملائمة في الممارسة السريرية, للوصول الى النتائج الصحية الأمثل للمرضى , وتقليل الضرر.

الأدلة المعتمدة على هذا المرشد تتطلب أن تدعم سياسة يتم تحديدها وتلخيصها وربطها مع البيانات المحددة.

البيانات المستندة الى الأدلة تعكس كل من جودة الدليل والتوازن بين الفوائد والأضرار.

هذا المرشد لا يهدف ان يحل محل الخبرات الشخصية، بل يمكن اعتباره بمثابة القيد على الطبيب في ظروف سريرية معينة.

ينبغي على الأطباء العمل دائما وتحديد الطريقة التي سوف يقدمون من خلالها أفضل خدمة للمريض بغض النظر عن المبدأ التوجيهي والتوصيات.

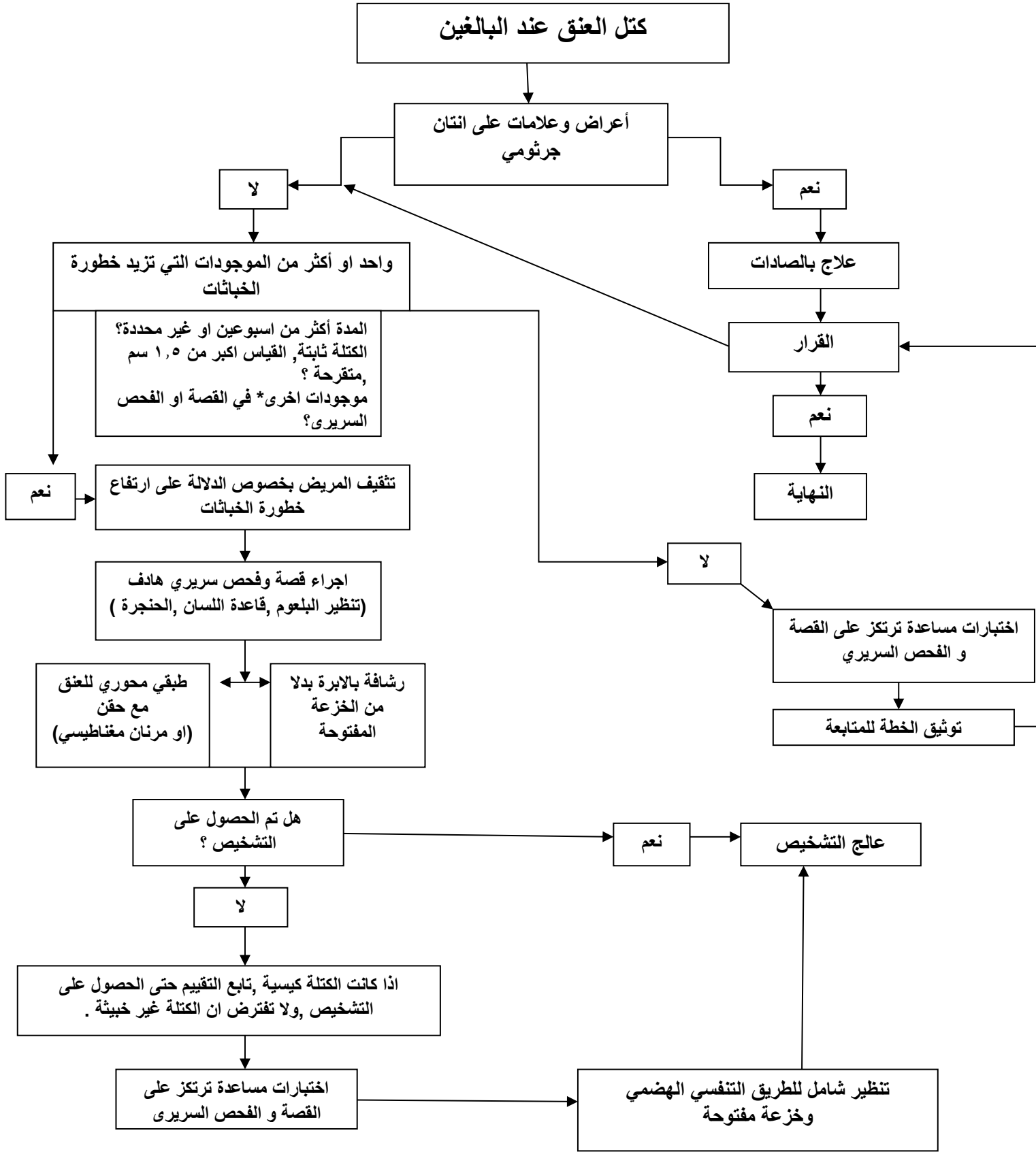
ملخص التوصيات للمرشد العلاجي

موصى بها	يجب على الطبيب ألا يصف الصادات بشكل دوري لمرضى كتل العنق, مالم يوجد اعراض على انتان جرثومي	تجنب العلاج بالصادات الحيوية
موصى بها	يجب على الطبيب ان يحدد مرضى كتل العنق الذين لديهم خطورة مرتفعة للخباثة كالمريض الذي ليس لديه قصة إنتانية أو الكتلة موجودة منذ أسبوعين أو أكثر دون تردد أو الكتلة موجودة منذ مدة غير محددة	التدقيق بالقصة المشبوهة

<p>موصى بها</p>	<p>يجب على الطبيب ان يحدد مرضى كتل العنق الذين لديهم خطورة مرتفعة للخباثة مرتكزاً على واحد او اكثر من مقومات الفحص السريري التالية:</p> <p>1 - التثبت على النسج المجاورة</p> <p>2 - قوام قاسي</p> <p>3 - الحجم اكبر من ١,٥ سم</p> <p>4 - تقرح على الجلد المغطي للكتلة</p>	<p>التدقيق في الفحص السريري المشبوه</p>
<p>موصى بها</p>	<p>يجب على الطبيب ان يأخذ قصة اولية ويجري فحص سريري للمرضى البالغين مع كتل في العنق لتحديد المرضى مع موجودات أخرى قد تمثل خطورة مرتفعة للخباثة</p>	<p>اعراض وعلامات مشبوهة اخرى</p>
<p>موصى بها</p>	<p>يجب على الطبيب أن يوجه مرضى كتل العنق الذين ليسوا ذوي خطورة مرتفعة للخباثة وفق المعايير التي تخدم احتياجاتهم لتقييم اضافي. يجب على الطبيب ان يوثق خطة المتابعة لتقييم القرار او التشخيص النهائي</p>	<p>متابعة مرضى ليسوا ذوي خطورة مرتفعة</p>
<p>موصى بها</p>	<p>مرضى كتل العنق ذوي الخطورة المرتفعة للخباثة, يجب على الطبيب ان يشرح للمريض انه ذو خطورة</p>	<p>تثقيف المريض</p>

	مرتفعة وان يشرح اي اختبارات مشخصة	
موصى بها	يجب على الطبيب ان يجري الفحص او يحول المريض لطبيب قادر على اجراء الفحص. الفحوصات السريرية الهادفة (تصوير مخاطية الحنجرة ,قاعدة اللسان والبلعوم) لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة	فحص سريري هادف
موصى بها بشدة	يجب على الطبيب ان يطلب طبقي محوري للعنق (او تصوير رنين مغناطيسي) مع الحقن لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة	التصوير الشعاعي
موصى بها بشدة	يجب على الطبيب ان يجري سحب بالإبرة عوضاً عن الخزعة المفتوحة او يحول المريض الى شخص قادر على اجرائها, لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة	الرشافة بالإبرة
موصى بها	يجب على الطبيب ان يتابع تقييم مرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة	الكتل الكيسية

	<p>للخباثة مع كتل عنق كيسية, كما هو محدد عبر الرشافة بالإبرة او التصوير الشعاعي, الى ان يوضع التشخيص, ولا نفترض ان الكتلة سليمة</p>	
موصى بها	<p>يجب على الطبيب ان يطلب فحوصات مساعدة تركز على القصة السريرية والفحص السريري لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة و/او لديهم تشخيص بعد الرشافة بالإبرة والتصوير الشعاعي</p>	فحوصات مساعدة
موصى بها	<p>يجب على الطبيب ان يوصي بإجراء فحص للطريق الهضمي التنفسي العلوي تحت التخدير العام, قبل الخزعة المفتوحة لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة ودون تشخيص او موقع بدئي محدد, مع رشافة بالإبرة, تصوير شعاعي, و/او فحوص مساعدة</p>	الفحص تحت التخدير العام للطريق الهضمي التنفسي العلوي قبل الخزعة المفتوحة



الموجودات الأخرى المشبوهة: العمر اكبر من ٤٠ سنة - التدخين والكحول - التهاب بلعوم او عسر بلع - ألم اذني احادي الجانب نفس جهة الكتلة - قرحات فم او بلعوم - تغير بالتصويت حديث - نقص وزن غير مفسر - نقص سمع احادي الجانب حديث - رعاف او انسداد انفي - سوابق خبائثات رأس وعنق - كتلة عنق غير لينة - عدم تناظر اللوزتين - آفات جلد (وجه، عنق، فرورة).

☒ التوصية ١: تجنب العلاج بالصادات الحيوية

يجب على الطبيب ألا يصف الصادات بشكل دوري لمرضى كتل العنق ما لم يوجد اعراض على انتان جرثومي

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تجنب المعالجة الروتينية بالصادات التي تؤثر على علاج كتل العنق وتأخر تشخيص الخباثات والأمراض الخطيرة.

*جودة الأدلة: درجة C تستند على دراسات مراقبة.

*مستوى الثقة في الأدلة: متوسطة.

*الفوائد: تجنب التأخير في تشخيص الخباثات.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: وجود انتانات جرثومية غير معالجة.

*الأحكام القيمة: تفهم GDG أن استخدام الصادات بشكل شائع لكتل العنق غير الانتانية يؤخر

التشخيص بالإضافة الى ذلك فان الفحص السريري هو الذي يحدد بشكل أولي السبب الانتاني

لكتل العنق، وبشكل ثانوي السوابق المرضية.

*الغموض المهم: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد.

*مستوى الدليل: موصى به.

☒ التوصية ٢: التدقيق بالقصة المشبوهة

يجب على الطبيب ان يحدد مرضى كتل العنق الذين لديهم خطورة مرتفعة للخبثاء كالمريض الذي ليس لديه قصة إنتانية أو الكتلة موجودة منذ أسبوعين أو أكثر دون تردد أو الكتلة موجودة منذ مدة غير محددة

هذه التوصية مستندة الى مراقبة الدراسات السابقة مع الاخذ بعين الاعتبار الفوائد والمضار.
ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: لاستخدام أسئلة بسيطة لتعريف المرضى ذوي الخطورة المرتفعة للتحول الى الخبثاء بالاعتماد على سوابق مرضية محددة (الجدول ٤).

*جودة الأدلة المجمععة: درجة C بالاعتماد على دراسات مراقبة.

*مستوى موثوقية الدليل: متوسطة.

*الفوائد: تحسين النتائج من خلال التشخيص المبكر، معرفة المرضى في المراحل المبكرة من المرض، أولوية الفحص للمرضى مرتفعي الخطورة من المحتمل تقليل الانتقالات الورمية بالتشخيص المبكر للورم، تقديم فائدة نفسية خلال الوقت المناسب، تقديم المزيد من الرعاية.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: التشخيص السريري الإيجابي الكاذب الذي ينتج عن الاختبارات اللاحقة والقلق عند المرضى المصابين بمرض غير خبيث.

*الاحكام القيمة: ان خطورة فقدان او تأخير التشخيص عند مرضى الخبثات ممن لديهم خطورة عالية هو أكثر أهمية من التشخيص السريري الإيجابي الكاذب عند مرضى ذوي الامراض غير الخبيثة. افتراضا من قبل GDG ان تحديد المرضى ذوي الخطورة العالية بأسئلة محددة يمن تحسين النتائج، على الرغم من ذلك ان وجود أي دليل سريري مباشر يثبت هذا الافتراض.

*الغموض المتعمد: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد

*مستوى الدليل: موصى به.

*اختلاف الخيارات: لا يوجد

☒ التوصية 2B: التدقيق في الفحص السريري المشبوه

يجب على الطبيب ان يحدد مرضى كتل العنق الذين لديهم خطورة مرتفعة للخباثة مرتكزاً على واحد او اكثر من مقومات الفحص السريري التالية:

- 5 - التثبت على النسج المجاورة
- 6 - قوام قاسي
- 7 - الحجم أكبر من ١,٥ سم
- 8 - تقرح على الجلد المغطي للكتلة

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: لمعرفة المرضى ذوي خطورة الخباثة المرتفعة بالاعتماد على الفحص السريري (جدول ٤).

*جودة الأدلة المجمع: درجة C بالاعتماد على دراسات مراقبة.

*مستوى موثوقية الدليل: متوسطة.

*الفوائد: تحسين النتائج من خلال التشخيص المبكر، معرفة المرضى في المراحل المبكرة من المرض، أولوية الفحص للمرضى مرتفعي الخطورة من المحتمل تقليل الانتقالات الورمية بالتشخيص المبكر للورم، تقديم فائدة نفسية خلال الوقت المناسب، تقديم المزيد من الرعاية.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: التشخيص السريري الإيجابي الكاذب الذي ينتج عن الاختبارات اللاحقة والقلق عند المرضى المصابين بمرض غير خبيث.

*الاحكام القيمة: ان خطورة فقدان او تأخير التشخيص عند مرضى الخباثات ممن لديهم خطورة عالية هو أكثر أهمية من التشخيص السريري الإيجابي الكاذب عند مرضى ذوي الامراض

غير الخبيثة. على الرغم ان أي دليل سريري مباشر في المرضى ذوي الخطورة العالية للخباثة والذين تم افتراضهم مسبقا من قبل GDG يمكن ان يحسن النتائج.

*الغموض المتعمد: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد

*مستوى الدليل: موصى به.

☒ التوصية 2c: اعراض وعلامات مشبوهة أخرى

يجب على الطبيب ان يأخذ قصة اولية ويجري فحص سريري للمرضى البالغين مع كتل في العنق لتحديد المرضى مع موجودات أخرى قد تمثل خطورة مرتفعة للخباثة
ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: هذا الدليل يستند على الملاحظات السابقة المعتمدة على الموجودات المشبوهة (غياب السبب الانتاني، مدة أسبوعين أو أكثر من ظهور الكتلة، الثباتية، الخزعة المؤكدة، الحجم أكثر من ١,٥ سم، تقرح) وذلك عبر القصة السريرية والفحص لتحديد المرضى الذين لديهم علامات وأعراض توجه لخطورة عالية للخباثة.

*جودة الأدلة المجمععة: درجة C اعتمادا على دراسات سريرية.

*مستوى موثوقية الدليل: متوسطة.

*الفوائد: تحسين النتائج من خلال التشخيص المبكر، معرفة المرضى في المراحل المبكرة من المرض، أولوية الفحص للمرضى مرتفعي الخطورة من المحتمل تقليل الانتقالات الورمية بالتشخيص المبكر للورم، تقديم فائدة نفسية خلال الوقت المناسب، تقديم المزيد من الرعاية.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: التشخيص السريري الإيجابي الكاذب الذي ينتج عن

الاختبارات اللاحقة والقلق عند المرضى المصابين بمرض غير خبيث.

*الاحكام القيمة: ان خطورة فقدان او تأخير التشخيص عند مرضى الخباثات ممن لديهم خطورة عالية هو أكثر أهمية من التشخيص السريري الإيجابي الكاذب عند مرضى ذوي الامراض غير الخبيثة. على الرغم ان أي دليل سريري مباشر في المرضى ذوي الخطورة العالية للخباثة

والذين تم افتراضهم مسبقا من قبل GDG يمكن ان يحسن النتائج. على الرغم أن أي دليل سريري يحدد الاعراض والعلامات التي تنبئ بخطورة الخباثة وذلك اعتمادا على غياب العلامات الانتانية، مدة ظهور الكتلة أسبوعين أو أكثر، الثباتية، الخزعة المؤكدة، الحجم أكثر من ١,٥ سم، تقرح.

*الغموض المتعمد: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد

*مستوى الدليل: موصى به

الجدول ٤ علامات الخبيثة في كتل العنق:

علامات قائمة بحد ذاتها تدل على خبيثة :	العلامات :
غياب العلامات الالتهابية تبعد السبب الالتهابي لكتلة العنق	١ غياب العلامات الالتهابية
كتلة مستمر لفترة اكثر من اسبوعين على الارجح ان تكون خبيثة حتى يثبت العكس	٢ كتلة عنق \leq أسبوعين او مدة غير معروفة
الانتقالات الورمية الخبيثة يمكن ان تصيب محفظة العقد اللمفاوية و يمكن ان تصيب بشكل مباشر الاعضاء المجاورة	٣ انخفاض حركية الكتلة
ان العقدة اللمفاوية الخبيثة تكون قاسية بسبب غياب وذمة الانسجة بها اما كتلة العنق بشكل عام يمكن ان تكون طرية القوام بسبب المحتويات السائلة او بسبب المحتويات الكيسية الحميدة للكتلة الكتل الكيسية سائلة المحتوى يمكن ان تكون خبيثة	٤ كتلة ثابتة قاسية
العقد اللمفاوية الملتهبة يمكن ان تكون طرية القوام بسبب وذمة الانسجة	٥ كتلة عنق $\leq 1,5$ سم
انتقالات العقد اللمفاوية تسبب ضخامة عقدية	٦ تقرح في الجلد فوق الكتلة
الورم المنتقل الى العقدة اللمفاوية يمكن ان يخترق المحفظة و يصيب و ينخر الجلد	

<p>فوقها / و بالمقابل يمكن للتقرح الموجود على كتلة عنق ان يكون ورم جلدي المنشأ و ينتقل بشكل مباشر نحو العمق</p>	
---	--

علامات اضافية للقصة المرضية و الفحص السريري للشك بخباثة كتلة عنق :

١ العمر < ٤٠ عام :	الاعمار الكبيرة ترتبط بشكل اكبر مع الخطر بالاصابة بورم شائك الخلايا في كتل الراس و العنق و بشكل خاص دون الاصابة بفيروس الورم الحليمي البشري
٢ المدخنين و الكحوليين :	لديهم عوامل خطورة للاصابة بورم شائك الخلايا لكتل الراس و العنق
٣ مرضى التهاب البلعوم :	لديهم عوامل خطورة للاصابة بورم شائك الخلايا لكتل الراس و العنق
٤ عسرة البلع :	صعوبة البلع يمكن ان تدل على تقرح , كتلة , او اختلال وظيفي في الجهاز الهضمي
٥ ألم أذني في نفس جهة كتلة العنق :	الالم الاذني مع فحص اذن طبيعي يمكن ان يدل على الم اذن انعكاسي من البلعوم / التهاب الاذن الوسطى وحيد الجانب يمكن ان ينجم عن انسداد في قناة نفير اوستاش بسبب وجود كتلة بلعوم انفي
٦ قرحة في الفم او البلعوم الفموي :	تقرح واضح في الكتلة , الم بالجس او انخفاض في حركية اللسان يمكن ان توجه نحو الخباثة
٧ تبدل لحن الصوت :	يمكن ان يدل على خباثة في البلعوم او الحنجرة
٨ نقص سمع جديد في نفس جهة الكتلة	يمكن ان يدل على خباثة في البلعوم الانفي مترافقة مع انصباب اذن وسطى بنفس الجهة.

٩ انسداد انفي مع رعاف وحيد الجانب في نفس جهة الكتلة	يمكن ان تدل على خباثة تقرحية في الانف او البلعوم الانفي
١٠ نقص وزن غير مفسر:	الذنف عرض شائع في الاورام , اورام الراس و العنق بشكل خاص يمكن ان يحدث عندهم صعوبة في البلع و هذا يسبب نقص في التغذية.
١١ سوابق علاج خباثة في الراس و العنق متضمنة الجلد , الغدد اللعابية , او اماكن في الطريق الهوائي الهضمي	ان وجود سوابق لكتلة خبيثة في الراس و العنق تشكل عامل خطورة لورم موضعي او انتعالات لمفاوية او ورم ثانوي جديد.
١٢ كتلة عنق غير لينية (قاسية):	كتلة عنق التهابية او انتانية المنشأ يمكن ان تكون مؤلمة او لينية , اما كتلة العنق غير اللينة او القاسية غالبا ان تكون خبيثة و اقل احتمالية لكونها التهابية او انتانية
١٣ عدم تناظر في اللوزات الحنكية	يمكن ان تدل على خباثة في اللوزة المتضخمة
١٤ الافات الجلدية (وجه, عنق, فروة):	الخبائث الجلدية يمكن ان تنتقل الى العقد اللمفاوية الرقبية.

☒ التوصية ٣: متابعة مرضى ليسوا ذوي خطورة مرتفعة

يجب على الطبيب أن يوجه مرضى كتل العنق الذين ليسوا ذوي خطورة مرتفعة للخبائثة وفق المعايير التي تخدم احتياجاتهم لتقييم اضافي. يجب على الطبيب ان يوثق خطة المتابعة لتقييم القرار او التشخيص النهائي.

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تحسين المراقبة واعداد المرضى في هذه الرعاية للحصول على نتائج أفضل

*جودة الأدلة المجمعّة: درجة C.

*مستوى موثوقية الدليل: متوسطة.

*الفوائد: تجنب التشخيص السلبي الكاذب اعتمادا على التقييم الدقيق واعتماد المراقبة لتأكيد الافات الحميدة وتحري الكتل الخبيثة باعطاء وقت أكثر للتشخيص تسمح للكتلة بالتماثل للشفاء، تثقيف المرضى وتفويضهم للوصول الى قرار مشترك. (الجدول ٥)

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: الأمور الإدارية للأطباء، تكاليف الرعاية الطبية للتقييم والمراقبة.

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*أحكام القيمة: على الرغم من ادراك GDG أهميتها، مرضى كتل العنق يتلقون مراقبات متناقضة.

*الغموض المتعمد: لم تحدد مدة وطريقة المراقبة.

*قواعد تفضيلات المريض: متوسطة اعتمادا على طريقة المراقبة

*الاستثناءات: لا يوجد

*مستوى الدليل: موصى به.

جدول ٥ :

متابعة مرضى كتل العنق عند البالغين :

*ماذا علي ان أعرف عن كتلة العنق الموجودة عندي؟

كتلة العنق هي نتوء غير طبيعي موجود في العنق , يمكن أن تحدث بسبب التهابي , ورم حميد أو ورم خبيث.

كتلة العنق الالتهابية ستزول بمجرد زوال المسبب بشكل تام , اذا لم تزل الكتلة فان طبيبك سيوفر لك المساعدة في تحديد سبب الكتلة.

*ماذا علي أن أفعل؟

اذا أعطيت علاج بالصادات فعليك استخدامها حسب الوصفة الطبية الموضوعة من قبل طبيبك.

عليك تفقد حجم الكتلة برؤوس أصابعك مرة واحدة كل أسبوع.

متابعة نقص حجم الكتلة مع مرور الوقت مع طبيبك.

تأكد من القيام بأي اجراء يطلبه منك طبيبك.

*كيف يمكن أن أتأكد من حجم الكتلة لدي؟

يجب أن تتفقد حجم الكتلة برؤوس أصابعك مرة كل أسبوع , كم عرض الكتلة؟ عرض اصبع واحد؟ عرض اصبعين؟ و هل يمكنك المقارنة بين حجمها الان مع حجمها في آخر مرة تأكدت منها؟ هل يجب أن ينقص حجم الكتلة مع مرور الوقت؟

ان الكتلة الالتهابية يجب ان تزول عند زوال سبب الالتهاب او ان يخف حجمها خلال ٢ - ٣ أسابيع.

تواصل مع طبيبك في حال : كبر حجم الكتلة , عدم زوال الكتلة بشكل نهائي , عودة الكتلة بعد زوالها بشكل نهائي.

*عن ماذا يجب ان ابحث أيضا بالنسبة للكتلة؟

أخبر طبيبك في حال : صعوبة أو ألم في البلع , ألم في العنق أو ألم في الحلق , ألم في الفم أو ألم أسنان , ألم في الأذنين أو نقص سمع في نفس جهة الكتلة , تبدل لحن الصوت , نقص وزن غير F. مفسر , أو حرارة > ١٠.١

*كيف علي أن أتابع حالة الكتلة مع طبيبي؟

يمكنك التواصل مع طبيبك عبر الهاتف , عبر الرسائل الالكترونية , عبر البريد الالكتروني أو بشكل مباشر عبر لقاء طبيبك و يمكنك أن تعود لمراجعة طبيبك حسب موعد مراجعة مسبق.

☒ التوصية ٤: تثقيف المريض

مرضى كتل العنق ذوي الخطورة المرتفعة للخباثة, يجب على الطبيب ان يشرح للمريض انه ذو خطورة مرتفعة وان يشرح اي اختبارات مشخصة.

ملف بيانات العمل:

* جودة الأدلة المجمععة: درجة C.

* مستوى موثوقية الدليل: متوسطة

* الفوائد: تحسين الفهم لخطورة الخباثة في كتل العنق وتحسين الفهم للحاجة لاستقصاءات محددة من اختبارات وصور. (الجدول ٦).

* عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: لا يوجد.

* تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

* أحكام القيمة: لا يوجد.

* قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

* الاستثناءات: لا يوجد

* مستوى الدليل: موصى به.

جدول ٦ :

أسئلة تسأل بشكل متكرر عند مرضى كتل العنق

*ماذا يعني أن لدي كتلة عنق ذات خطورة عالية للخباثة؟

الكتلة في العنق يمكن أن تدل على حالة مرضية جدية.

لكن هذا لا يعني أن لديك روم خبيث , بل تدل على أنك بحاجة إلى متابعة و استقصاءات أخرى للتأكد من التشخيص.

الأعراض العامة و الشائعة لمرضى خطورة عالية للخباثة هي :

_ استمرار الكتلة لمدة تزيد عن ٢ - ٣ أسابيع.

_تبدل لحن الصوت.

_صعوبة أو ألم عند البلع.

_نقص سمع أو ألم في الأذن في نفس جهة الكتلة.

_ألم في الحلق.

_نقص وزن غير مفسر.

F_حرارة > ١.١°

*ما هي الخطوة التالية التي يجب أ، أفعليها؟

طبيبك سيسألك عن القصة المرضية و سيقوم بفحص الرأس و العنق لديك.

طبيبك يمكن أن يطلب لك اختبارات أخرى أو أن يحولك الى طبيب اختصاصي.

*متى يجب أن أقيم بشكل سريع و مستعجل؟

طبيبك سيقوم بتقييمك و اجراء اختبارات لك و إعادة تقييم في فترة زمنية قصيرة , و من الضرورة أن تناقش هذه الفترة مع طبيبك و التأكد من وضع خطة للمتابعة بعد الاختبارات.

و من الضروري ان تتابع الكتلة حتى زوالها أو حتى التأكد من التشخيص.

*ما الأسئلة التي يمكن أن يسألها لي طبيبي؟

كيف اكتشفت أول مرة وجود الكتلة؟ كيف ازدادت بالحجم و نمت؟

هل عانيت من مشكلة بالاكل او الطعام او البلع او السمع؟

هل عانيت من أي مرض في الفترة السابقة؟

هل هناك أي ألم في الفم أو الحنجرة؟

هل هناك أي مناطق مشبوهة جديدة في الفم أو الفروة أو العنق أو الوجه؟

هل فقدت وزنك بالفترة السابقة؟

هل الطعام الحامض أو الطماطم مؤلمة عند الأكل؟

هل هناك ألم في الأذن أو ألم عند البلع مستمر ولم يتراجع؟

هل تبدل لحن صوتك؟

هل هناك أي لخراج أو نفث للدم مترافق مع السعال؟

هل هناك قصة تدخين مؤخراً أو هل أنت مدخن؟ كم الكمية و المدة؟

هل تشرب الكحول؟ أو هل لديك قصة سابقة لتناول الكحول؟ كم الكمية و المدة؟

هل لديك سوابق لكتلة عنق؟

هل لديك قصة تعرض لأشعاع للراس و العنق؟

هل لديك سوابق عائلية لورم راس أو عنق؟

*كيف سيقوم الطبيب بفحص الفم و البلعوم لدي؟

سيقوم الطبيب بفحص فمك و بلعومك عن طريق فتح الفم و استخدام ضوء للرؤية.

إذا لديك أسنان صناعية يجب عليك إزالتها.

طبيبك يمكن أن يستخدم قطعة من الشاش للامسك بلسانك و تلمس سطح اللسان و الفم و

اللوزات و ظهر اللسان.

طبيبك يمكن أن يستخدم مرآة صغيرة لأمكانية رؤية صندوق الصوت (الحبال الصوتية).

في حال احتاج طبيبك لاستخدام منظار سيقوم بتخدير أنفك و بلعومك بشكل موضعي , بعدها

سيقوم بوضع أنبوب صغير في أنفك و رؤية بلعومك عن طريق كاميرا , و يمكن أن تشعر بحس

انزعاج متوسط الشدة عند ادخال الأنبوب.

*ماذا يعني التصوير الطبقي المحوري؟

هو سلسلة من اشعة اكس التي تعطي تفاصيل أوضح من الاشعة البسيطة.

الطبقي المحوري يبين لديك الانسجة الرخوة و العظام.

و هي كآلة تبدو و كأنها قطعة حلوى دونت كبيرة يدخل خلالها الراس او العنق او الصدر.

المرضى الذين ليس لديهم حساسية للمادة الظليلة يمكن ان يحتاجو لوضع قثطرة وريدية لادخال المادة الظليلة لتعزيز وضوح المنطقة المطلوب تصويرها.

الخطورة تتضمن : الحساسية للمادة الظليلة , عدم الراحة و الانزعاج لوضع قثطرة وريدية , مرضى رهاب الاحتجاز يحدث لديهم قلق خفيف عند اجراء التصوير الطبقي المحوري (٣-٥ دقائق) , الطبقي المحوري يستخدم اشعاع بما يعادل ١٥٠ صورة صدر بسيطة.

* ما هو تصوير الرنين المغناطيسي؟

التصوير الرنين المغناطيسي يقوم باجراء صور للانسجة الرخوة و ليس للعظام.

لا يستخدم الاشعاعات , بل يقوم باستخدام موجات مغناطيسية قوية.

الجهاز يشبه الانبوب الدقيق الذي يدخل بداخله الراس او العنق او الصدر.

و يمكن ان يحتاج المريض لوضع قثطرة وريدية لادخال المادة الظليلة لتعزيز الصورة.

و في حال كان لديك معادن او زرعات معدنية في جسدك فربما لن تستطيع اجراء الرنين المغناطيسي الا في حال مناقشة الموضوع مع طبيبك.

الخطورة تتضمن : الحساسية للمادة الظليلة , عدم الراحة و الانزعاج من القثطرة الوريدية , مرضى رهاب الاحتجاز يحدث لديهم قلق شديد لان مدة التصوير ٤٥ - ٦٠ دقيقة (يمكن ان يعطيك طبيبك حبة مهدئة للقلق).

* ما هي الرشافة بآبرة دقيقة؟

هي استخدام آبرة دقيقة تصل حتى الكتلة و اخذ عينة نسيجية منها.

الخطورة تتضمن : عدم الراحة من ادخال الآبرة بحد ذاتها , الالتهاب , الرض , النزف , كمية غير كافية من العينة و الاضطراب لاعادة الاجراء مرة أخرى.

☒ التوصية ٥: فحص سريري هادف

يجب على الطبيب ان يجري الفحص او يحول المريض لطبيب قادر على اجراء الفحص.
الفحوصات السريرية الهادفة (تصوير مخاطية الحنجرة, قاعدة اللسان والبلعوم) لمريض
كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة.
ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تشجيع اجراء الفحص السريري الكامل للعنق ومخاطية السبيل
التنفسي والهضبي (الجدول ٧).

*جودة الأدلة المجمععة: درجة C اعتمادا على دراسات مراقبة.

*مستوى موثوقية الدليل: مرتفع.

*الفوائد: التعرف على المصادر البدئية لكتل العنق أو الخباثات والتركيز على أولوية الاختبارات
التشخيصية اللاحقة، والتأكد من أن المريض قد تلقى فحص كامل للمخاطيات من قبل شخص
يملك المهارات والمعدات الضرورية واللائمة.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: تكلفة الزيارة، تكلفة ومخاطر الاختبارات التشخيصية،
إيجابية التشخيص الكاذبة، عدم الراحة (مثل استخدام منظار الحنجري (laryngoscopy)

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*أحكام القيمة: توافق الآراء كما نتخيلها في هذا المرشد ليست بديل عن المعلومات الإضافية
التي نحصل عليها من الفحص والذي يتضمن الفحص الشامل للمخاطيات.

*قواعد تفضيلات المريض: قليلة الى معدومة.

*الاستثناءات: لا يوجد.

*مستوى الدليل: موصى به.

الجدول ٧

المحتويات الهامة والضرورية للفحص السريري الموجة للمرضى ذوي الخطورة العالية

للخباثة :

الناحية التشريحية :	تفاصيل الفحص السريري :
١ الجلد و الفروة :	يمكن أن يتبين وجود خباثة جلدية.
٢ تنظير الأذن :	انصباب اذن وسطى شديد وحيد الجانب يمكن ان يدل على خباثة في البلعوم الانفي.
٣ الأعصاب القحفية :	التقييم المفصل للحركية العينية , الحس في الوجه و التعابير الحركية الوجهية , السمع , تقييم الحنك و التدوق , وجود منعكس التهموع , حركة الطيات الصوتية , حركة اللسان , و رفع الكتف.
٤ جوف الفم :	الفحص العياني للاسطح البطنية و الوحشية للفم و اللسان و أرضية الفم.
٥ البلعوم الفموي :	الفحص العياني للحنك الرخو و مساكن اللوزات و الجدار الخلفي و جس قاعدة اللسان و مساكن اللوزات.
٧ البلعوم الانفي :	الفحص العياني للوتيرة (الحاجز الانفي) , أرضية الانف و القرينات.
٨ البلعوم السلفي :	الفحص العياني لفتحتي نفير اوستاش و الجدار الخلفي و العلوي.
٩ الحنجرة :	الفحص العياني للجيوب الكثرية و الجدار الخلفي للبلعوم.
١٠ العنق :	الفحص العياني للهاة و لسان المزمار , الطيات الصوتية , و تحت المزمار.
١١ الغدة اللعابية :	تقييم قوام كتلة العنق , حجمها , ثباتها , موقعها , و وجود أي ضخامة عقدية لمفاوية مرافقة و اجراء جس ثنائي الجانب متناظر لكامل العنق و أرضية الفم.
١٢ الغدة الدرقية :	اجراء جس للغدة النكفية و تحت الفك لتقييم وجود ضخامة او كتلة.
	اجراء جس لتقييم وجود ضخامة.

☒ التوصية ٦: التصوير الشعاعي

يجب على الطبيب ان يطلب طبقي محوري للعنق (او تصوير رنين مغناطيسي) مع الحقن
لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخبثاة
ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تعزيز التقييم الشعاعي الفعال في الوقت المناسب لكتل العنق في
المرضى ذوي الخطورة للتحويل الى الخبثاة.

*جودة الأدلة المجمعة: درجة B، RCTS، و اعتمادا على دراسات مراقبة.

*مستوى موثوقية الدليل: مرتفع.

*الفوائد: التأكد من أن طلب التصوير الشعاعي قد طلب، التمييز بين الكتل الحميدة والخبثاة،
التخطيط من أجل اجراء الخزعة أو FNA، التعرف بحجم المرض لتسهيل الانطلاق، اكتشاف
المرض الغامض، اتخاذ قرار العلاج.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: التعرض للأشعة، القلق، الخوف من الأماكن الضيقة،
التكلفة، النتائج العرضية، الإيجابية الكاذبة، السلبية الكاذبة.

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*أحكام القيمة: لا يوجد.

*الغموض المتعمد: الأطباء قد يختارون أي من ال CT أو MRI اعتمادا على حالات سريرية
خاصة.

*قواعد تفضيلات المريض: المرضى الذين يخافون من الأماكن الضيقة قد يفضلون اجراء ال
CT بينما البعض الآخر قد يفضل MRI آخذين بعين الاعتبار التعرض للأشعة.

*الاستثناءات: توصية التصوير يمكن تغييرها أثناء الحمل ، هذا البروتوكول يمكن ان يتغير في حال التحسس المتباين او الفشل الكلوي.

*مستوى الدليل: توصية قوية.

*اختلافات الآراء: لا يوجد.

☒ التوصية ٧: الرشافة بالإبرة

يجب على الطبيب ان يجري سحب بالإبرة عوضاً عن الخزعة المفتوحة او يحول المريض الى شخص قادر على اجرائها، لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة. ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تجنب الخزعات المفتوحة غير الضرورية مع اختلاطاتها المرافقة و روج في الوقت المناسب ل FNA بأنها الفحص الأولي الباثولوجي لمرضى كتل العنق ذوي الخطورة المرتفعة للخباثة (جدول ٨).

*جودة الأدلة المجمعّة: درجة A دراسات منهجية.

*مستوى الدليل: توصية قوية.

*الفوائد: السرعة، فعالية تقدير التكاليف مع حساسية عالية ونوعية عالية للتشخيص، أقل خطر في نشر الورم، لا تؤثر على النتائج الشعاعية.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: عدم الراحة، التكلفة المباشرة، خطر عدم التشخيص أو عدم تحديد نتيجة الاختبار.

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*أحكام القيمة: أدرك GDG أن بعض المرضى مروا بحالات غير ملائمة في الخزعات المفتوحة قبل اجراء ال FNA.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد.

*مستوى الدليل: توصية قوية.

الجدول ٨: خزعات الرأس و العنق , ماذا يجب أن يتوقع المريض البالغ منها

ما هي الخزعة؟: الخزعة تتضمن اخذ عينة نسيجية من الكتلة , هذه الخزعة ستفحص تحت المجهر لاجراء تشخيص للحالة.

الخزعة اجراء معتاد للتحقق من وجود ورم خبيث , و هناك عدة أنواع للخزعات التي يمكن القيام بها , و نوع الخزعة المجراة يتحدد بالقصة السريرية و مكان تواجد الكتلة.

١ الرشافة عن طريق الابرة الدقيقة: هي الاختبار البدئي الأفضل لتشخيص كتلة عنق.

ابرة صغيرة يتم إدخالها حتى مستوى الكتلة و اخذ جزء صغير (عينة صغيرة من الكتلة).

يمكن اجراؤها في عيادة الطبيب تحت التخدير الموضعي, و هي كاجراء يمكن تحمله عند اغلب المرضى عادة.

الاختلاطات تتضمن: عدم الراحة للاجراء , التكدم , الالتهاب , عدم اخذ عينة كافية للتشخيص.

٢ الخزعة الأساسية: هي طريقة أخرى لتشخيص كتلة عنق , يمكن القيام بها كبديل عن

الرشافة بالابرة او بعدها , تستخدم هنا ابرة قياسها اكبر و يتم اخذ عينة اكبر بالحجم , يمكن تحملها من المرضى بشكل عام و لديها خطورة منخفضة للاختلاطات.

الاختلاطات تتضمن: النزف , التكدم , عدم الراحة , الالتهاب , عدم اخذ كمية كافية من النسيج للتشخيص.

٣ الخزعة المفتوحة: هي طريقة أخرى لتشخيص كتلة عنق , هي طريقة اكثر تداخلا على المريض

, يتم اجراؤها عن طريق جراح في غرفة العمليات و تحتاج لتخدير, يمكن هنا اخذ جزء من الكتلة او استئصالها بشكل تام , و لديها خطورة مرتفعه للاختلاطات اكثر من باقي الأنواع.

الاختلاطات تتضمن: اختلاطات التخدير , الالتهاب , النزف , عدم الراحة , التندب , إصابة الاعصاب (شلل , تنميل).

*ماذا يجب علي ان افعل لاحضر نفسي لاجراء خزعة؟: اذا كنت بحاجة خزعة مفتوحة ,

طبيبك سيخبرك كيف تحضر نفسك , لاجراء أي نوع من الخزعات اخبر طبيبك في حال كنت تتناول أي ادوية مميعة للدم او في حال لديك مشاكل نزفية.

*متى يجب ان احصل على النتيجة؟ : طبيبك يجب ان يتصل بك او ان يحدد موعد مسبق بعد أسبوع من تاريخ اخذ الخزعة.

☒ التوصية ٨: الكتل الكيسية

يجب على الطبيب ان يتابع تقييم مرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة مع كتل عنق كيسية, كما هو محدد عبر الرشافة بالإبرة او التصوير الشعاعي, الى ان يوضع التشخيص، ولا نفترض ان الكتلة سليمة.

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: تجنب خطأ التشخيص للأفات الخبيثة مع تقليل البقيا فعليا.

*جودة الأدلة المجمععة: درجة C.

*مستوى الدليل: توصية قوية.

*الفوائد: تجنب خطأ تشخيص الأفات الخبيثة، تجنب الرعاية غير المناسبة (الشق، الخزعات المفتوحة، تجنب التأخير في التشخيص، تقليل الإحساس الكاذب بالأمان.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: تكلفة الاختبارات التشخيصية الإضافية.

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*الغموض المتعمد: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد.

*مستوى الدليل: موصى بها.

☒ التوصية ٩: فحوصات مساعدة

يجب على الطبيب ان يطلب فحوصات مساعدة تركز على القصة السريرية والفحص السريري لمرضى كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة و/اولديهم تشخيص بعد الرشافة بالإبرة والتصوير الشعاعي

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: لتمييز المخبريات أو الفحوص الأخرى التي تساعد في تشخيص كتل العنق.

*جودة الأدلة المجمععة: درجة C.

*مستوى الدليل: متوسطة.

*الفوائد: تشخيص كتل العنق وتجنب الإجراءات الغازية والتخدير.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: إيجابية كاذبة للاختبارات، التكلفة المباشرة للاختبارات المساعدة، النتائج العرضية، خطورة الفشل في تشخيص الخباثة المعتمدة على نتائج هذه الاختبارات.

*تقييم الفوائد والاضرار: الفوائد أكثر من الأضرار.

*الغموض المتعمد: لا يوجد.

*قواعد تفضيلات المريض: لا يوجد.

*الاستثناءات: لا يوجد.

*مستوى الدليل: موصى بها.

☒ التوصية ١٠: الفحص تحت التخدير العام للطريق الهضي التنفسي العلوي

قبل الخزعة المفتوحة

يجب على الطبيب ان يوصي بإجراء فحص للطريق الهضي التنفسي العلوي تحت التخدير العام, قبل الخزعة المفتوحة لمريض كتل العنق الذين يعتبرون ذوي خطورة مرتفعة للخباثة ودون تشخيص او موقع بدئي محدد, مع رشافة بالإبرة, تصوير شعاعي, و/او فحوص مساعدة

ملف بيانات العمل:

*فرصة تحسين الجودة: لتحسين فهم ان كتلة العنق قد تكون منتشرة مع آفة بالجهاز الهضي وان تحديد هذه الآفات يحسن المعالجة (الجدول ٨-٩).

*جودة الأدلة المجمعّة: درجة C دراسات مراقبة

*مستوى الدليل: عالي.

*الفوائد: من المحتمل تحديد موقع أولي للسرطان أو استبعاد الأورام الخبيثة والحصول على خزعات نسيجية للتشخيص.

*عوامل الخطر، الأضرار، التكلفة: التكاليف المباشرة للإجراءات، الآثار الجانبية للتخدير، إصابة الأسنان، إصابة الأعصاب القحفية، النزف، العدوى، الانثقاب، انسداد مجرى الهواء.

*أحكام القيمة: بعض الأطباء يقومون بإجراء خزعة مفتوحة من العنق قبل أو بدون التنظير الداخلي وهذا التنظير يجب أن يتم قبل إجراء الخزعة.

*الغموض المتعمد: يكون قرار إجراء الخزعة المفتوحة وفقا لتقدير الطبيب بعد إجراء FNA وليس بعد التشخيص ولكن يتم إجراءه عادة بعد التنظير اذا لم يكشف عن موقع أولي للآفة ولا يوجد هناك شك كبير بوجود ورم خبيث.

*قواعد تفضيلات المريض: قليلة ، برفض التداخل.

*الاستثناءات: المرضى الذين لديهم خطورة مرتفعة للجراحة.

*مستوى الدليل: موصى بها.

الجدول ٩: الفحص تحت التخدير , وماذا يجب على المريض البالغ ان يتوقع منها ؟

ما هو الفحص التنظيري تحت التخدير ؟ :

الفحص تحت التخدير هو إجراء يتم من خلاله الجراح من فحص و تقييم الجدار الخلفي للبلعوم و صندوق الصوت و الجدار الخلفي للأنف و الجزء العلوي من الرغامى و الجزء العلوي من المري.

لماذا احتاج فحص تحت التخدير ؟ :

هذه الطريقة تسمح بتقييم شامل و كامل للجدار الخلفي للأنف و صندوق الصوت و الجزء العلوي من الرغامى و المري , في حال ارتأى الطبيب بحاجتك لها و في حال شكه بوجود منطقة مشبوهة.

و تسمح له هذه الطريقة من اخذ خزعات اثناء الاجراء.

كيف يتم اجراء هذه الطريقة ؟ :

يتم اجراؤها في غرفة العمليات تحت التخدير العام , منظار مع كاميرا مبروطة به ستدخل عن طريق الفم حتى نصل الى البلعوم , صندوق الصوت , الطريق الهوائي و المري.

كيف سيكون احساسي بعد الاجراء ؟ :

بعد التخدير العام ستشعر بالنعاس لمدة يوم , سيكون بمقدورك ان تأكل و تشرب كما قبل العملية , و ستحصل على ادوية لتخفيف الألم , و يمكن ان تحدث لديك هذه الاعراض : الم في الحلق يمكن ان يدوم لمدة يوم او يومين , تبدل في لحن الصوت ,سعال او نفث دموي لمدة لا تتجاوز ٣ أيام.

ما هي خطورة اجراء الفحص تحت التخدير العام ؟ :

الخطورة تتضمن : التحسس للمواد المخدرة , النزف من مكان اخذ الخزعة , ضرر او تأذي للأسنان , وذمة في مكان اخذ الخزعة التي يمكن ان تؤثر على التنفس لديك , ضرر في الجدار الخلفي للبلعوم او المري.

متى يمكنني الحصول على نتائج الخزعة او الفحص ؟ :

بعد الاجراء يمكن لطبيبك ان يخبرك ماذا رأى و هل تم اخذ خزعات , نتيجة الخزعة على الأقل قد تأخذ بضعة أيام و في بعض الأحيان وقت اكثر , طبيبك سيتصل بك او سيحدد موعد مسبق لمراجعة نتيجة الخزعة.

*اتصل بطبيبك في حال معاناتك من : نزف شديد او أي نزف لأكثر من ٣ أيام / حرارة > ١٠.١ /

عدم القدرة على البلع / اقياءات / صعوبة في التنفس.

Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults Executive Summary

Otolaryngology—
 Head and Neck Surgery
 2017, Vol. 157(3) 355–371
 © American Academy of
 Otolaryngology—Head and Neck
 Surgery Foundation 2017
 Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
 DOI: 10.1177/0194599817723609
<http://otojournal.org>



Melissa A. Pynnonen, MD, MSc¹, M. Boyd Gillespie, MD, MSc², Benjamin Roman, MD, MSHP³, Richard M. Rosenfeld, MD, MPH⁴, David E. Tunkel, MD⁵, Laura Bontempo, MD, MEd⁶, Itzhak Brook, MD, MSc⁷, Davoren Ann Chick, MD¹, Maria Colandrea, DNP^{8,9}, Sandra A. Finestone, PsyD¹⁰, Jason C. Fowler, PA-C¹¹, Christopher C. Griffith, MD, PhD¹², Zeb Henson, MD¹³, Corinna Levine, MD, MPH¹⁴, Vikas Mehta, MD, MPH¹⁵, Andrew Salama, DDS, MD¹⁶, Joseph Scharpf, MD¹⁷, Deborah R. Shatzkes, MD¹⁸, Wendy B. Stern, MD¹⁹, Jay S. Youngerman, MD²⁰, and Maureen D. Corrigan²¹

Sponsorships or competing interests that may be relevant to content are disclosed at the end of this article.

Abstract

The American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation has published a supplement to this issue of *Otolaryngology—Head and Neck Surgery* featuring the “Clinical Practice Guideline: Evaluation of the Neck Mass in Adults.” To assist in implementing the guideline recommendations, this article summarizes the rationale, purpose, and key action statements. The 12 recommendations developed emphasize reducing delays in diagnosis of head and neck squamous cell carcinoma; promoting appropriate testing, including imaging, pathologic evaluation, and empiric medical therapies; reducing inappropriate testing; and promoting appropriate physical examination when cancer is suspected.

Keywords

neck mass, squamous cell carcinoma, neck cancer, clinical practice guideline

Received June 26, 2017; revised July 5, 2017; accepted July 11, 2017.

Neck masses are common in adults, but often the underlying etiology is not easily identifiable. While infections cause most of the neck masses in children, most persistent neck masses in adults are neoplasms. Malignant neoplasms far exceed any other etiology of adult neck mass.¹⁻³

As used in this guideline, a neck mass is defined as an abnormal lesion (congenital or acquired) that is visible, palpable, or seen on an imaging study. The guideline development

group (GDG) further qualified neck masses as any mass below the mandible, above the clavicle, and deep to the skin, although it may involve the overlying skin secondarily. Neck masses may develop from infectious, inflammatory, congenital, traumatic, benign, or malignant neoplastic processes. Importantly, an asymptomatic neck mass may be the initial or only clinically apparent manifestation of head and neck cancer, such as

¹University of Michigan, Ann Arbor, Michigan, USA

²University of Tennessee Health Science Center, Memphis, Tennessee, USA

³Memorial Sloan Kettering Cancer Center, New York, New York, USA

⁴SUNY Downstate Medical Center, Long Island College Hospital, New York, New York, USA

⁵Johns Hopkins Medicine, Baltimore, Maryland, USA

⁶University of Maryland School of Medicine, Baltimore, Maryland, USA

⁷Georgetown University, Washington DC, USA

⁸Veterans Affairs Medical Center, Durham, North Carolina, USA

⁹Duke University School of Nursing, Durham, North Carolina, USA

¹⁰Consumers United for Evidence-Based Healthcare, Baltimore, Maryland, USA

¹¹Gannon University, Erie, Pennsylvania, USA

¹²Emory University, Atlanta, Georgia, USA

¹³University of Mississippi Medical Center, Jackson, Mississippi, USA

¹⁴University of Miami, Miami, Florida, USA

¹⁵Louisiana State University, Shreveport, Louisiana, USA

¹⁶Boston University, Boston, Massachusetts, USA

¹⁷Cleveland Clinic, Cleveland, Ohio, USA

¹⁸Hofstra Northwell School of Medicine, Lenox Hill Hospital, New York, New York, USA

¹⁹Southcoast Hospital, North Dartmouth, Massachusetts, USA

²⁰Long Island ENT Associates PC, New York, New York, USA

²¹American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation, Alexandria, Virginia, USA

Corresponding Author:

Melissa A. Pynnonen, MD, MSc, University of Michigan, 1904 Taubman Center, 1500 E Medical Center Drive, Ann Arbor, MI 48109-5312, USA.
 Email: pynnonen@umich.edu

squamous cell carcinoma (HNSCC), lymphoma, or thyroid or salivary gland cancer. Evidence suggests that a neck mass in the adult patient should be considered malignant until proven otherwise.¹⁻⁸

Timely diagnosis of a neck mass due to metastatic HNSCC is paramount because delayed diagnosis directly affects tumor stage and worsens prognosis.⁹⁻¹¹ Unfortunately, despite substantial advances in testing modalities over the last few decades, diagnostic delays are common. Forty years ago, patients with a neck mass experienced an average of a 5- to 6-month delay from the time of initial presentation to the diagnosis of malignancy.¹² Today, studies continue to report delays as long as 3 to 6 months.¹³⁻¹⁵

The epidemiology and clinical presentation of mucosal HNSCC have changed recently. Coupled with the substantial morbidity and mortality of this disease, metastatic mucosal HNSCC is the focus of this guideline. However, a malignant neck mass can result from other disease entities, including lymphoma and skin, thyroid, and salivary gland cancer. The workup outlined in the action statements of this guideline may be applied to any cancer that has metastasized to the neck without an obvious primary.

Mucosal HNSCC may originate in the oral cavity, oropharynx, hypopharynx, nasopharynx, or larynx. Occult metastatic spread from the primary cancer to the regional lymph nodes and continued tumor growth within the lymph nodes result in a neck mass. In 2016, an estimated 62,000 people will be diagnosed with HNSCC.¹⁶ The incidence of HNSCC of the oropharynx particularly is on the rise—in part as a consequence of infection with the human papilloma virus (HPV). For these reasons, expediting the diagnosis of HNSCC is the principal quality improvement opportunity of this guideline.

The incidence of HPV-positive HNSCC of the oropharynx has more than doubled, whereas the incidence of HPV-negative cancers has decreased by half.¹⁷ The rate of HPV-positive HNSCC of the oropharynx (tonsil and base of tongue) is rising so rapidly that by 2020 the incidence of HPV-positive oropharyngeal cancer is estimated to exceed that of HPV-positive uterine cervical cancer.^{18,19} Patients affected with HPV-positive oropharyngeal HNSCC often present with neck metastasis without an obvious primary malignancy. Two features of HPV-positive HNSCC may contribute to delayed diagnosis. First, as compared with patients with traditional HNSCC, which is HPV negative, patients with HPV-positive tumors are younger and often lack tobacco and alcohol exposure, the 2 most common classic risk factors. Second, because cervical metastases

from HPV-positive HNSCC may be cystic, they are often mistaken for branchial cleft cysts, further contributing to delay in diagnosis.^{20,21}

Currently, there is only 1 evidence-based clinical practice guideline to assist clinicians in evaluating an adult with a neck mass.⁸ Additionally, much of the available information is fragmented, disorganized, or focused on specific etiologies. In addition, although there is literature related to the diagnostic accuracy of individual tests, there is little guidance about rational sequencing of tests in the course of clinical care. This guideline strives to bring a coherent, evidence-based, multidisciplinary perspective to the evaluation of the neck mass with the intention to facilitate prompt diagnosis and enhance patient outcomes.

Guideline Purpose

The primary purpose of this guideline is to promote the efficient, effective, and accurate diagnostic workup of neck masses to ensure that adults with potentially malignant disease receive prompt diagnosis and intervention to optimize outcomes. Specific goals include reducing delays in diagnosis of HNSCC; promoting appropriate testing, including imaging, pathologic evaluation, and empiric medical therapies; reducing inappropriate testing; and promoting appropriate physical examination when cancer is suspected.

The target patient for this guideline is anyone ≥ 18 years with a neck mass. The target clinician for this guideline is anyone who may be the first clinician whom a patient with a neck mass encounters. This includes clinicians in primary care, dentistry, and emergency medicine, as well as pathologists and radiologists who have a role in diagnosing neck masses. This guideline does not apply to children.

This guideline addresses the initial broad differential diagnosis of a neck mass in an adult. However, the intention is only to assist the clinician with a basic understanding of the broad array of possible entities. The intention is not to direct management of a neck mass known to originate from thyroid, salivary gland, mandibular, or dental pathology as management recommendations for these etiologies already exist.^{22,23} This guideline also does not address the subsequent management of specific pathologic entities, as treatment recommendations for benign and malignant neck masses can be found elsewhere.^{23,24} Instead, this guideline is restricted to addressing the appropriate workup of an adult patient with a neck mass that may be malignant to expedite diagnosis and referral to a head and neck cancer specialist.

The GDG sought to craft a set of actionable statements relevant to diagnostic decisions made by a clinician in the

The clinical practice guideline is provided for information and educational purposes only. It is not intended as a sole source of guidance in evaluating neck masses. Rather, it is designed to assist clinicians by providing an evidence-based framework for decision-making strategies. The guideline is not intended to replace clinical judgment or establish a protocol for all individuals with this condition and may not provide the only appropriate approach to diagnosing and managing this program of care. As medical knowledge expands and technology advances, clinical indicators and guidelines are promoted as conditional and provisional proposals of what is recommended under specific conditions but are not absolute. Guidelines are not mandates; these do not and should not purport to be a legal standard of care. The responsible clinician, in light of all circumstances presented by the individual patient, must determine the appropriate treatment. Adherence to these guidelines will not ensure successful patient outcomes in every situation. The American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation emphasizes that these clinical guidelines should not be deemed to include all proper treatment decisions or methods of care or to exclude other treatment decisions or methods of care reasonably directed to obtaining the same results.

workup of an adult patient with a neck mass. Furthermore, where possible, the GDG incorporated evidence to promote high-quality and cost-effective care.

Methods

General Methods

This guideline was developed with an explicit and transparent a priori protocol for creating actionable statements based on supporting evidence and the associated balance of benefit and harm as outlined in the third edition of the American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation’s (AAO-HNSF’s) guideline development manual.²⁵ The GDG consisted of 21 panel members representing experts in advanced practice nursing, clinical pathology, consumer advocacy, emergency medicine, general practice medicine, general surgery, head and neck surgery and oncology, otolaryngology, oral and maxillofacial surgery, physician assistants, and radiology.

Literature Search

The recommendations in this clinical practice guideline are based on systematic reviews identified by a professional information specialist using an explicit search strategy. Additional background evidence included randomized controlled trials (RCTs) and observational studies, as needed, to supplement the systematic reviews or to fill gaps when a review was not available. An information specialist conducted 2 systematic literature searches from December 2015 through February 2016 using a validated filter strategy to identify clinical practice guidelines, systematic reviews, RCTs, and comparative studies. The following search terms were used:

(“Neck”[mh] AND “Cysts”[mh]) OR (“neck mass”[tiab] OR “neck masses”[tiab] OR “neck lesion”[tiab] OR “neck lesions”[tiab] OR “neck cyst”[tiab] OR “neck cysts”[tiab] OR “neck lump”[tiab] OR “neck lumps”[tiab] OR “neck swelling”[tiab] OR “cystic neck”[tiab] OR “lateral adenopathy”[tiab] OR “cervical lymphadenopathy”[tiab] OR “salivary gland lesion”[tiab] OR “salivary gland lesions”[tiab] OR “neck growth”[tiab] OR “neck growths”[tiab] OR “neck abscess”[tiab] OR “neck abscesses”[tiab]) AND (“Diagnostic Imaging”[mh] OR “Diagnosis, differential”[mh] OR “differential diagnosis”[tiab] OR “diagnosis”[Subheading] OR “Biopsy”[mh] OR “fine needle”[tiab] OR FNAB[tiab] OR imaging[tiab] OR measurement[tiab] OR examination[tiab] OR assessment[tiab] OR evaluation[tiab] OR diagnosis[tiab] OR “Delayed Diagnosis”[mh] OR “delayed diagnosis”[tiab] OR “diagnostic delay”[tiab] OR misdiagnosis[tiab] OR misdiagnosed[tiab] OR “missed diagnosis”[tiab] OR workup[tiab] OR “work-up”[tiab] OR “Referral and Consultation”[mh] OR referral[tiab] OR referrals[tiab] OR identification[tiab]) AND (“1980/01/01”[PDAT] : “2016/12/31”[PDAT]) NOT (“child”[mh] OR child[tiab] OR childhood[tiab] OR children[tiab] OR “pediatrics”[Mh] OR pediatric[tiab] OR paediatric[tiab] OR “infant”[Mh] OR infant[tiab] OR infants[tiab] OR infantile[tiab] OR prenatal[tiab] OR

perinatal[tiab] OR fetal[tiab]) AND (“Practice Guideline”[ptyp] AND systematic[sb] AND (Randomized Controlled Trial[ptyp] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab]); (“Head and Neck Neoplasms/epidemiology”[Mesh] OR “Head and Neck Neoplasms/etiology”[mh] OR “Head and Neck Neoplasms/diagnosis”[mh]) AND (“Papillomaviridae”[Mesh] OR “human papillomavirus” [tiab] OR hpv[tiab] OR “HPV-mediated”[tiab] OR “HPV-associated”[tiab] OR “HPV-related”[tiab]) AND (“1980/01/01”[PDAT] : “2016/12/31”[PDAT]) NOT (“child”[mh] OR child[tiab] OR childhood[tiab] OR children[tiab] OR “pediatrics”[Mh] OR pediatric[tiab] OR paediatric[tiab] OR “infant”[Mh] OR infant[tiab] OR infants[tiab] OR infantile[tiab] OR prenatal[tiab] OR perinatal[tiab] OR fetal[tiab]) AND “Practice Guideline”[ptyp] AND systematic[sb] (Randomized Controlled Trial[ptyp] OR randomized[tiab] OR randomised[tiab]) AND (Comparative Study[ptyp] OR comparative[tiab])

The English-language searches were performed in multiple databases, including PubMed (MEDLINE), EMBASE, CINAHL, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, NICE UK, and CMA Infobase (Canada). In certain instances, targeted searches for lower-level evidence were performed to address gaps from the systematic searches identified in writing the guideline from April 2016 through November 2016.

1. The initial search for clinical practice guidelines identified 11 guidelines. After removal of duplicates and irrelevant references, the total was 6 guidelines. Quality criteria for including guidelines were (a) an explicit scope and purpose, (b) multidisciplinary stakeholder involvement, (c) systematic literature review, (d) explicit system for ranking evidence, and (e) explicit system for linking evidence to recommendations. The final data set retained 3 guidelines that met inclusion criteria.
2. The initial search for systematic reviews identified 103 systematic reviews or meta-analyses. After removal of duplicates and irrelevant references, the total was 27 articles. Quality criteria for including reviews were (a) relevance to the guideline topic, (b) clear objective and methodology, (c) explicit search strategy, and (d) valid data extraction methods. The final data set retained 10 systematic reviews or meta-analyses that met inclusion criteria.
3. The initial search for RCTs identified 20 RCTs. After removal of duplicates and irrelevant references, the total was 14 articles. Quality criteria for including RCTs were (a) relevance to the guideline topic, (b) publication in a peer-reviewed journal, and (c) clear methodology with randomized allocation to treatment groups. The total final data set retained 6 RCTs that met inclusion criteria.
4. The initial search for comparative studies identified 143 studies. After removal of duplicates and

Table 1. Strength of Action Terms in Guideline Statements and Implied Levels of Obligation.

Strength	Definition	Implied Obligation
Strong recommendation	A strong recommendation means the benefits of the recommended approach clearly exceed the harms (or, in the case of a strong negative recommendation, that the harms clearly exceed the benefits) and that the quality of the supporting evidence is high (grade A or B). ^a In some clearly identified circumstances, strong recommendations may be made based on lesser evidence when high-quality evidence is impossible to obtain and the anticipated benefits strongly outweigh the harms.	Clinicians should follow a strong recommendation unless a clear and compelling rationale for an alternative approach is present.
Recommendation	A recommendation means that the benefits exceed the harms (or, in the case of a negative recommendation, that the harms exceed the benefits), but the quality of evidence is not as high (grade B or C). ^a In some clearly identified circumstances, recommendations may be made based on lesser evidence when high-quality evidence is impossible to obtain and the anticipated benefits outweigh the harms.	Clinicians should also generally follow a recommendation, but should remain alert to new information and sensitive to patient preferences.
Option	An option means that either the quality of evidence is suspect (grade D) ^a or that well-done studies (grade A, B, or C) ^a show little clear advantage to one approach versus another.	Clinicians should be flexible in their decision making regarding appropriate practice, although they may set bounds on alternatives; patient preference should have a substantial influencing role.

^aSee Table 2 for definitions of evidence grades.

irrelevant references, the total was 140 articles. The quality criterion for including comparative studies was relevance to the guideline topic. The total final data set retained 51 comparative studies that met inclusion criteria.

In a series of conference calls, the GDG defined the scope and objectives of the proposed guideline. During the 12 months devoted to guideline development ending in August 2016, the GDG met twice, with in-person meetings following the format previously described²⁵ and using electronic decision-support software (BRIDGE-Wiz; Yale Center for Medical Informatics, New Haven, Connecticut) to facilitate creating actionable recommendations and evidence profiles.²⁶ Internal electronic review and feedback on each guideline draft were used to ensure accuracy of content and consistency with standardized criteria for reporting clinical practice guidelines.²⁷

AAO-HNSF staff used the Guideline Implementability Appraisal and Extractor to appraise adherence of the draft guideline to methodological standards, to improve clarity of recommendations, and to predict potential obstacles to implementation.²⁸ Guideline panel members received summary appraisals in September 2016 and modified an advanced draft of the guideline.

The final guideline draft underwent extensive external peer review, including a period for open public comment. All comments received were compiled and reviewed by the panel's chair, and a modified version of the guideline was distributed and approved by the GDG. The recommendations contained in the guideline are based on the best

available data published through April 2016. Where data were lacking, a combination of clinical experience and expert consensus was used. A scheduled review process will occur at 5 years from publication or sooner if new compelling evidence warrants earlier consideration.

Classification of Evidence-Based Statements

Guidelines are intended to reduce inappropriate variations in clinical care, to produce optimal health outcomes for patients, and to minimize harm. The evidence-based approach to guideline development requires that the evidence supporting a policy be identified, appraised, and summarized and that an explicit link between evidence and statements be defined. Evidence-based statements reflect both the *quality of evidence* and the *balance of benefit and harm* that is anticipated when the statement is followed. The definitions for evidence-based statements are listed in **Tables 1** and **2**.

Guidelines are never intended to supersede professional judgment; rather, they may be viewed as a relative constraint on individual clinician discretion in a particular clinical circumstance. Less frequent practice variation is expected for a strong recommendation than might be expected with a recommendation. Options offer the most opportunity for practice variability.²⁹ Clinicians should always act and decide in a way that they believe will best serve their individual patients' interests and needs, regardless of guideline recommendations. Guidelines represent the best judgment of a team of experienced clinicians and methodologists addressing the scientific evidence for a particular topic.³⁰

Table 2. Aggregate Grades of Evidence by Question Type.^a

Grade	CEBM Level	Treatment	Harm	Diagnosis	Prognosis
A	1	Systematic review ^b of randomized trials	Systematic review ^b of randomized trials, nested case-control studies, or observational studies with dramatic effect ^b	Systematic review ^b of cross-sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Systematic review ^b of inception cohort studies ^c
B	2	Randomized trials, or observational studies with dramatic effects or highly consistent evidence	Randomized trials, or observational studies with dramatic effects or highly consistent evidence	Cross-sectional studies with consistently applied reference standard and blinding	Inception cohort studies ^c
C	3-4	Nonrandomized or historically controlled studies, including case-control and observational studies	Nonrandomized controlled cohort or follow-up study (postmarketing surveillance) with sufficient numbers to rule out a common harm; case series, case-control, or historically controlled studies	Nonconsecutive studies, case-control studies, or studies with poor, nonindependent, or inconsistently applied reference standards	Cohort study, control arm of a randomized trial, case series, or case-control studies; poor-quality prognostic cohort study
D	5	Case reports, mechanism-based reasoning, or reasoning from first principles			
X	N/A	Exceptional situations where validating studies cannot be performed and there is a clear preponderance of benefit over harm			

Abbreviations: CEBM, Oxford Centre for Evidence-Based Medicine; N/A, not applicable.

^aAdapted from Howick and coworkers.³³

^bA systematic review may be downgraded to level B because of study limitations, heterogeneity, or imprecision.

^cA group of individuals identified for subsequent study at an early, uniform point in the course of the specified health condition or before the condition develops.

Making recommendations about health practices involves value judgments on the desirability of various outcomes associated with management options. Values applied by the GDG sought to minimize harm and diminish unnecessary and inappropriate therapy. A major goal of the panel was to be transparent and explicit about how values were applied and to document the process.

Financial Disclosure and Conflicts of Interest

The cost of developing this guideline, including travel expenses of all panel members, was covered in full by the AAO-HNSF. Potential conflicts of interest for all panel members in the past 5 years were compiled and distributed before the first conference call and were updated at each subsequent call and in-person meeting. After review and discussion of these disclosures,³¹ the panel concluded that individuals with potential conflicts could remain on the panel if they (1) reminded the panel of potential conflicts before any related discussion, (2) recused themselves from a related discussion if asked by the panel, and (3) agreed not to discuss any aspect of the guideline with industry before publication. Last, panelists were reminded that conflicts of interest extend beyond financial relationships and may include personal experiences, how a participant earns a living, and the participant's previously established "stake" in an issue.³²

Guideline Key Action Statements

Each evidence-based statement is organized in a similar fashion: a key action statement in bold, followed by the strength of the recommendation in italics. Each key action statement is followed by an "action statement profile" that explicitly states the quality improvement opportunity, aggregate evidence quality, level of confidence in evidence (high, medium, low), benefit, harms, risks, costs, and a benefits-harm assessment. Additionally, there are statements of any value judgments, the role of patient preferences, clarification of any intentional vagueness by the panel, exceptions to the statement, any differences of opinion, and a repeat statement of the strength of the recommendation. Several paragraphs subsequently discuss the evidence base supporting the statement. An overview of each evidence-based statement in this guideline can be found in **Table 3**, and the relationship among the statements is depicted in **Figure 1**.

The role of patient preferences in making decisions deserves further clarification. The role for patient preference depends on the clinical evidence behind each statement. Statements with clinical evidence that clearly demonstrates a benefit have less of a role for patient preference as compared with statements with a less convincing evidence base. Although some statements may have little room for patient preference, clinicians should provide patients with clear and comprehensible information to explain the clinician's

Table 3. Summary of Guideline Key Action Statements.

Statement	Action	Strength
1. Avoidance of antibiotic therapy	Clinicians should <i>not</i> routinely prescribe antibiotic therapy for patients with a neck mass unless there are signs and symptoms of bacterial infection.	Recommendation
2a. Stand-alone suspicious history	Clinicians should identify patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy because the patient lacks a history of infectious etiology and the mass has been present for ≥ 2 weeks without significant fluctuation, or the mass is of uncertain duration.	Recommendation
2b. Stand-alone suspicious physical examination	Clinicians should identify patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy based on ≥ 1 of these physical examination characteristics: fixation to adjacent tissues, firm consistency, size > 1.5 cm, and/or ulceration of overlying skin.	Recommendation
2c. Additional suspicious signs and symptoms	Clinicians should conduct an initial history and physical examination for adults with a neck mass to identify those patients with other suspicious findings that represent an increased risk for malignancy.	Recommendation
3. Follow-up of the patient not at increased risk	For patients with a neck mass who are not at increased risk for malignancy, clinicians or their designees should advise patients of criteria that would trigger the need for additional evaluation. Clinicians or their designees should also document a plan for follow-up to assess resolution or final diagnosis.	Recommendation
4. Patient education	For patients with a neck mass who are deemed at increased risk for malignancy, clinicians or their designees should explain to the patient the significance of being at increased risk and explain any recommended diagnostic tests.	Recommendation
5. Targeted physical examination	Clinicians should perform, or refer the patient to a clinician who can perform, a targeted physical examination (including visualizing the mucosa of the larynx, base of tongue, and pharynx) for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy.	Recommendation
6. Imaging	Clinicians should order neck computed tomography (or magnetic resonance imaging) with contrast for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy.	Strong recommendation
7. Fine-needle aspiration (FNA)	Clinicians should perform FNA instead of open biopsy, or refer the patient to someone who can perform FNA, for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy when the diagnosis of the neck mass remains uncertain.	Strong recommendation
8. Cystic masses	For patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy, clinicians should continue evaluation of patients with a cystic neck mass, as determined by FNA or imaging studies, until a diagnosis is obtained and should not assume the mass is benign.	Recommendation
9. Ancillary tests	Clinician should obtain additional ancillary tests based on the patient's history and physical examination when a patient with a neck mass is at increased risk for malignancy and/or does not have a diagnosis after FNA and imaging.	Recommendation
10. Examination under anesthesia of the upper aerodigestive tract before open biopsy	Clinicians should recommend examination of the upper aerodigestive tract under anesthesia, before open biopsy, for patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy and without a diagnosis or primary site identified, with FNA, imaging, and/or ancillary tests.	Recommendation

KAS = Key Action Statement

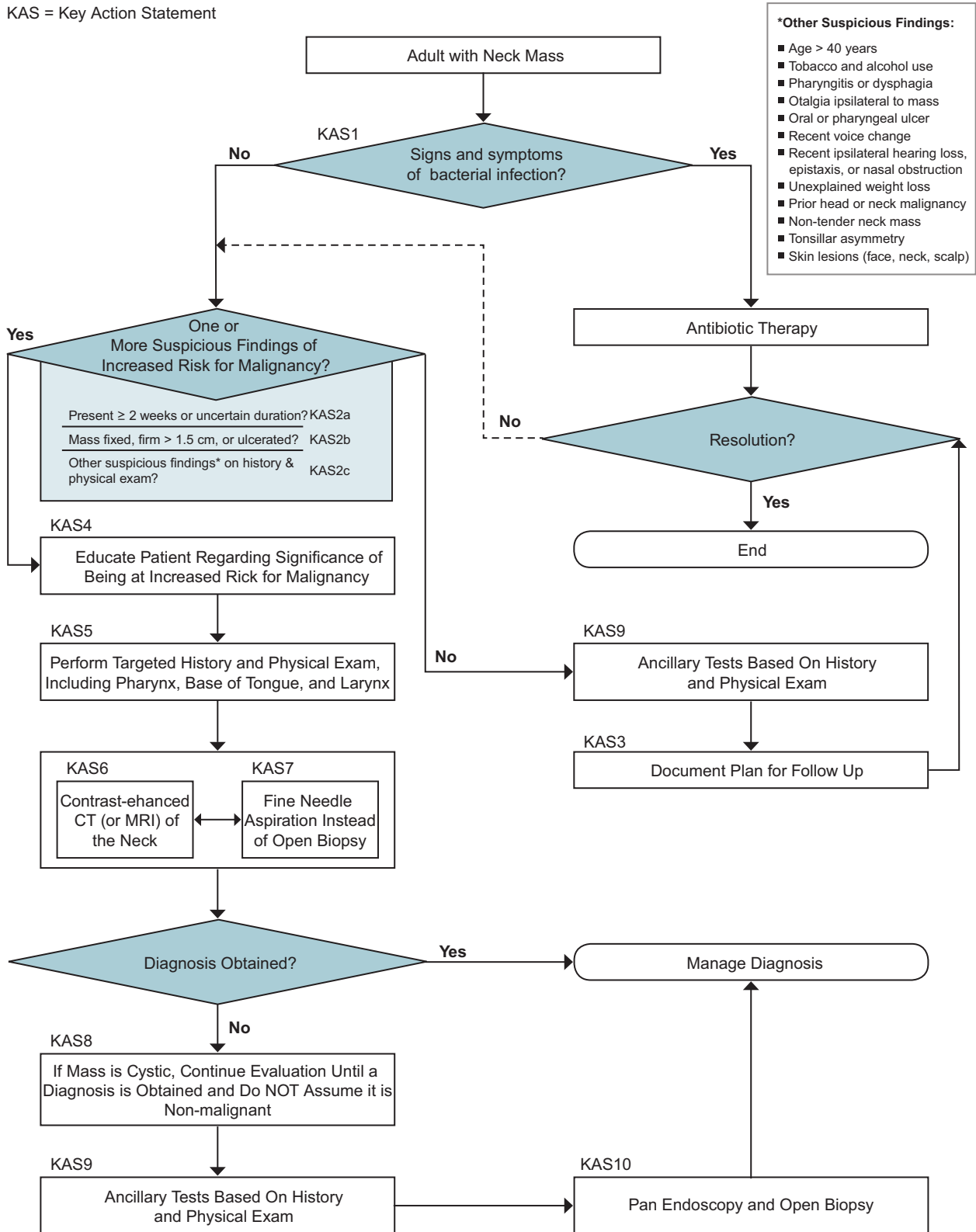


Figure 1. Algorithm depicting the relationship among the key action statements (KASs). CT, computed tomography; MRI, magnetic resonance imaging.

recommendation to facilitate patient understanding and informed decision making. In cases where evidence is weak or benefits unclear, shared decision making—where the management decision is made by a collaborative effort between

the clinician and an informed patient—is extremely useful. Factors related to patient preference include (but are not limited to) absolute benefits (number needed to treat), adverse effects (number needed to harm), quality of life, cost of

drugs or procedures, and frequency and duration of treatment. Certain, less tangible factors should be considered, such as religious and/or cultural beliefs and patients' social situations.

STATEMENT 1. AVOIDANCE OF ANTIBIOTIC THERAPY: Clinicians should *not* routinely prescribe antibiotic therapy for patients with a neck mass unless there are signs and symptoms of bacterial infection.

Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefits over harm.

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: Avoid routine treatment with antibiotics, which may be inappropriate or ineffective treatment for a neck mass, thus leading to delayed diagnosis of malignancy or other serious illness. (National Quality Strategy domains: safety, promoting effective treatment, affordable quality care)
- Aggregate evidence quality: Grade C, based on observational studies
- Level of confidence in evidence: Medium
- Benefits: Avoid delay in diagnosis of malignancy, promote judicious antibiotic therapy, limit bacterial resistance, reduce antibiotic adverse effects, reduced cost
- Risks, harms, costs: Under treatment of a missed bacterial infection
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: Perception by GDG that antibiotics are common for noninfectious neck masses, delaying diagnosis and/or referral. Further perception that physical examination is the primary determinant of an infectious cause of a neck mass, and history is a secondary determinant.
- Intentional vagueness: None
- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 2a. STAND-ALONE SUSPICIOUS HISTORY: Clinicians should identify patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy when the patient lacks a history of infectious etiology and the mass has been present for ≥ 2 weeks without significant fluctuation, or the mass is of uncertain duration.

Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefits over harm.

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: To use simple questions to identify patients at increased risk for malignancy based on specific historical features

(**Table 4**). (National Quality Strategy domains: safety, promoting effective prevention/treatment)

- Aggregate evidence quality: Grade C, based on observational studies.
- Level of confidence in evidence: Medium
- Benefits: Improve outcomes through earlier diagnosis, identify patients with an earlier stage of disease, prioritize testing for high-risk patients, potentially reduce risk of distant metastases through earlier cancer identification, provide psychological benefit through timely evaluation, facilitate further care
- Risks, harms, costs: False-positive clinical diagnosis resulting in subsequent tests and anxiety in patients with nonmalignant disease
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: The risk of missing or delaying diagnosis of a malignancy in a patient who is at increased risk is more important than false-positive clinical diagnosis in a patient with nonmalignant disease. Assumption by the GDG that early identification of patients at increased risk with focused questions can improve outcomes, despite any direct clinical evidence to substantiate this assumption.
- Intentional vagueness: None
- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 2b. STAND-ALONE SUSPICIOUS PHYSICAL EXAMINATION: Clinicians should identify patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy based on ≥ 1 of these physical examination characteristics: fixation to adjacent tissues, firm consistency, size > 1.5 cm, and/or ulceration of overlying skin.

Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefits over harm.

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: To identify patients at increased risk for malignancy because of specific features on physical examination (**Table 4**). (National Quality Strategy domains: safety, promoting effective prevention/treatment)
- Aggregate evidence quality: Grade C, based on observational studies
- Level of confidence in evidence: Medium
- Benefits: Improve outcomes through earlier diagnosis, identify patients with earlier stage of disease, prioritize testing for patients at increased risk, potentially reduce risk of distant metastases through earlier cancer identification, psychological benefit of timely evaluation, facilitate further care
- Risks, harms, costs: False-positive clinical diagnosis resulting in subsequent tests and anxiety in patients with nonmalignant disease

Table 4. Characteristics Suspicious for Malignancy in the Presence of a Neck Mass.

Characteristic	Rationale
Stand-alone characteristics suspicious for malignancy	
1. Absence of infectious etiology	Absence of recent infection makes infection an unlikely etiology for the neck mass.
2. Mass present ≥ 2 weeks or of uncertain duration	A persistent mass is more likely to be malignant
3. Reduced mobility of neck mass	Metastatic cancer may violate the lymph node capsule and directly invade adjacent structures.
4. Firm texture of mass	A malignant lymph node is often firm due to the absence of tissue edema. A neck mass may be soft due to its fluid content, and while this sometimes is due to a benign cystic mass, fluid-filled cystic masses may also be malignant. An infectious lymph node may be soft due to tissue edema.
5. Neck mass size > 1.5 cm	Lymph node metastases results in nodal enlargement.
6. Ulceration of skin overlying the neck mass	Metastatic cancer may break through the capsule of the lymph node and directly invade and necrose the skin. Alternatively, the ulceration overlying a neck mass may indicate a cutaneous malignancy with direct extension into the neck.
Additional characteristics of history and physical examination suspicious for malignancy	
1. Age > 40 years	Older age is associated with greater risk of HNSCC—particularly in patients with non-HPV related disease
2. Tobacco and alcohol use	Tobacco and alcohol are synergistic risk factors for HNSCC
3. Pharyngitis	“Sore throat” or throat pain may indicate mucosal ulceration or mass
4. Dysphagia	Difficult swallowing may indicate ulceration, mass, or dysfunction of the aerodigestive system
5. Otalgia ipsilateral to the neck mass	Otalgia, with normal ear examination, may represent referred pain from the pharynx. Unilateral serous otitis media may result from eustachian tube obstruction by a nasopharyngeal malignancy
6. Oral cavity or oropharyngeal ulcer	Visible ulceration of mass, tenderness to palpation, or decreased tongue mobility may indicate a malignancy
7. Recent voice change	May indicate a malignancy of the laryngeal or pharyngeal structures
8. Recent hearing loss ipsilateral to the neck mass	May indicate a nasopharyngeal malignancy with unilateral middle ear effusion
9. Nasal obstruction and epistaxis ipsilateral to the neck mass	May indicate an ulcerated malignancy in the nose or nasopharynx
10. Unexplained weight loss	Cachexia is common in cancer patients. Head and neck cancer in particular may cause difficulty swallowing and cause wasting simply from inadequate nutrition.
11. History of treatment for head and neck malignancy including skin, salivary gland, or aerodigestive sites	Prior head and neck malignancy places a patient at risk for local or regional (nodal) recurrence or a second malignancy. Patients with prior radiation treatment are at risk for a secondary neoplasm decades later.
12. Nontender neck mass	An infectious or inflammatory neck mass may be painful or tender. A nontender mass is less likely infection or inflammation and more likely neoplastic.
13. Tonsil asymmetry	May indicate a malignancy within the larger tonsil
14. Skin lesions (face, neck, scalp included)	Cutaneous malignancy can metastasize to the cervical lymph nodes

Abbreviations: HNSCC, head and neck squamous cell carcinoma; HPV, human papilloma virus.

- **Benefit-harm assessment:** Preponderance of benefit over harm
- **Value judgments:** The risk of missed or delayed diagnosis of malignancy is more important than the risk of a false-positive clinical diagnosis. Despite any direct clinical evidence, the GDG assumed that

early identification of patients at increased risk of malignancy may improve outcomes.

- **Intentional vagueness:** None
- **Role of patient preferences:** None
- **Exceptions:** None
- **Policy level:** Recommendation

- **Differences of opinion:** GDG debated whether firm consistency of the mass is a predictor of malignancy (majority opinion: 14 of 18 felt that firmness is predictive of malignancy); GDG also debated whether absolute size of the mass, regardless of neck location, is a predictor of malignancy.

STATEMENT 2c. ADDITIONAL SUSPICIOUS SIGNS AND SYMPTOMS: Clinicians should conduct an initial history and physical examination for all adults with a neck mass to identify those patients with an increased risk for malignancy. *Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefits over harm.*

Action Statement Profile

- **Quality improvement opportunity:** This statement moves beyond the previously noted stand-alone suspicious findings (lack of infectious etiology, ≥ 2 -week duration of the mass, reduced mobility, firm texture, size > 1.5 cm, ulceration) by using the initial history and examination to identify patients who have signs and symptoms that place them at increased risk of malignancy (**Table 4**). (National Quality Strategy domains: safety, promoting effective prevention/treatments)
- **Aggregate evidence quality:** Grade C, based on case series
- **Level of confidence in evidence:** Medium
- **Benefits:** Improve outcomes through earlier diagnosis, identify patients with earlier stage of disease, prioritize testing for increased-risk patients, potentially reduce risk of distant metastases through earlier cancer identification, psychological benefit of timely evaluation, facilitate further care
- **Risks, harms, costs:** False-positive clinical diagnosis resulting in subsequent tests and anxiety in patients with nonmalignant disease
- **Benefit-harm assessment:** Preponderance of benefit over harm
- **Value judgments:** The risk of missing or delaying diagnosis of malignancy in an increased risk patient is more important than potentially misclassifying patients with nonmalignant disease. Assumption by the GDG that early identification of at-risk status with the initial history and physical examination can improve outcomes. Assumption by the GDG that the listed signs and symptoms can predict risk of cancer above and beyond lack of infectious etiology, ≥ 2 -week duration of mass, reduced mobility, firm texture, size > 1.5 cm, ulceration.
- **Intentional vagueness:** None
- **Role of patient preferences:** None
- **Exceptions:** None
- **Policy level:** Recommendation
- **Differences of opinion:** None

STATEMENT 3. FOLLOW-UP OF PATIENT NOT AT INCREASED RISK: For patients with a neck mass who are not at increased risk for malignancy, clinicians or their designees should advise patients of criteria that would trigger the need for additional evaluation. Clinicians or their designees should also document a plan for follow-up to assess resolution or final diagnosis. *Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefits over harm.*

Action Statement Profile

- **Quality improvement opportunity:** Promote follow-up and engage patients in their care for better outcomes. (National Quality Strategy domains: engaging patients, effective prevention/treatment)
- **Aggregate evidence quality:** Grade C
- **Level of confidence in evidence:** Medium
- **Benefits:** Avoid false-negative diagnosis based on initial assessment, promote follow-up to ensure resolution of benign lesions and detect malignant masses, promote more timely diagnosis if the mass fails to resolve as expected, educate and empower patients, and promote shared decision making (**Table 5**).
- **Risks, harms, costs:** Administrative burden for the clinician, health care cost of follow-up assessments
- **Benefit-harm assessment:** Preponderance of benefit over harm
- **Value judgments:** Perception by the GDG that despite its importance, patients with neck masses receive inconsistent follow-up
- **Intentional vagueness:** The timing and method of follow-up is not specified
- **Role of patient preferences:** Moderate regarding the method of follow-up
- **Exceptions:** None
- **Policy level:** Recommendation
- **Differences of opinion:** None

STATEMENT 4. PATIENT EDUCATION: For patients with a neck mass who are deemed at increased risk for malignancy, clinicians or their designees should explain to the patient the significance of being at increased risk and explain any recommended diagnostic tests. *Recommendation based on observational studies with preponderance of benefits over harms.*

Action Statement Profile

- **Quality improvement opportunity:** (National Quality Strategy domains: safety, effective treatment)
- **Aggregate evidence quality:** Grade C, observational studies of the utility of diagnostic tests and imaging studies to assist with diagnosis of neck mass
- **Level of confidence in evidence:** Medium
- **Benefits:** Improve understanding of the risk of malignancy in a neck mass as well as understanding of the

Table 5. Patient Handout: Adult Neck Mass Follow-up.**What do I need to know about my neck mass?**

A neck mass is an abnormal lump in the neck. A neck mass may be caused by infection, benign tumor, or a cancerous tumor. A neck mass from infection should go away completely when the infection goes away. If it does not, your health care provider will help you to choose tests to determine the cause of your neck mass.

What should I do?

- If you were given antibiotics, take them as prescribed.
- Once each week, check the size of the neck mass using your fingertips.
- Follow up with your provider to be sure that the neck mass decreases in size over time.
- Be sure to follow through with any tests your provider ordered.

How do I check the size of my neck mass?

Once each week, use your fingertips to check the size of the mass. How wide is the mass? One fingertip wide? Two fingertips wide? How does that compare with the size last time you checked? The mass should get smaller over time. A mass due to infection should go away completely or return to a much smaller size, typically in 2 or 3 weeks.

Contact your provider if

- The mass gets larger.
- The mass does not go away completely.
- The mass goes away but then comes back.

What else should I look for?

Notify your provider if you have

- Difficulty or pain with swallowing
- Neck pain or throat pain
- Mouth sores or tooth pain
- Ear pain or hearing loss on the same side as the lump in your neck
- Change in voice
- Unexplained weight loss
- Fever $>101^{\circ}\text{F}$

How should I follow up with my provider?

You and your provider may stay in contact by phone, through electronic messages, by mail, or in person at the provider's office. You may need to go back to your provider's office for a repeat examination.

No matter how you follow up with your provider, be sure that the mass has gone away. If the mass does not go away, your provider will help you decide what to do next.

need for targeted examination and tests/imaging, engage patients, establish expectations (**Table 6**)

- Risks, harms, costs: None
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: None
- Intentional vagueness: None
- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 5. TARGETED PHYSICAL EXAMINATION: Clinicians should perform, or refer the patient to a clinician who can perform, a targeted physical examination (including visualizing the mucosa of the larynx, base of tongue, and pharynx) for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy. *Recommendation based on grade C aggregate evidence (observational studies) with a preponderance of benefit over harm.*

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: To encourage the use of a complete examination of the neck and the mucosal surfaces of the aerodigestive tract (**Table 7**). (National Quality Strategy domains: safety, effective treatment)
- Aggregate evidence quality: Grade C observational studies
- Level of confidence in evidence: High
- Benefits: Identification of a primary source of neck mass or malignancy, focus and prioritize subsequent diagnostic tests, ensure that the patient has a full examination of mucosal surfaces by someone with the necessary diagnostic skills and/or equipment
- Risks, harms, costs: Cost of visit, cost and risks of diagnostic tests, detection of incidental lesions, false-positive diagnosis, discomfort (eg, laryngoscopy)
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm

Table 6. Patient Handout: Frequently Asked Questions for Adults with a Neck Mass.**What does it mean that I have a neck mass at increased risk for malignancy?**

The mass in your neck may indicate a serious medical problem. It does not mean that you have cancer, but it does mean that you need more evaluation to make a diagnosis. Common symptoms in patients with a neck mass at increased risk for malignancy include

- The mass lasts longer than 2-3 weeks
- Voice change
- Trouble or pain with swallowing
- Trouble hearing or ear pain on the same side as the neck mass
- Sore throat
- Unexplained weight loss
- Fever >101°F

What do I do next?

Your provider will ask about medical history and examine your head and neck. Your provider may order tests or refer you to a specialist.

How urgently should I be evaluated?

Your provider will want to make sure you have a thorough evaluation, testing, and follow-up within a short period of time. It is important that you discuss this timeline with your provider and make sure that there is a plan for follow-up after testing. It is important for you to follow this neck mass until it goes away or until you have a diagnosis.

What questions may my doctor ask?

- When did you first notice the lump? Has it grown?
- Have you had a recent illness?
- Do you have any trouble with eating, talking, swallowing, or hearing?
- Any sore spots in your mouth or throat?
- Do you have any sore or growing spots on your scalp, neck, or face?
- Have you lost weight?
- Are citrus fruits or tomatoes painful to eat?
- Do you have ear pain or sore throats that do not go away?
- Has your voice been hoarse?
- Have you coughed up any blood?
- Do you currently smoke, or do you have a smoking history? How much? How long?
- Do you drink alcohol, or do you have a history of drinking alcohol? How much? How long?
- Do you have a history of head and neck cancer?
- Any radiation exposure to your head or neck?
- Do you have any family history of head and neck cancer?

How will the provider examine my mouth and throat?

The provider will look in your mouth and throat with a bright light. If you wear dentures, you will need to remove them. The provider may use gauze to hold your tongue and feel the surfaces of the mouth, tongue, tonsils, or the back of your tongue.

The provider may use a small mirror in your mouth to see the voice box. If a “scope” is needed, the provider may first numb the nose and throat. The provider will then place a small tube in your nose and use a camera to examine your throat. You may have mild discomfort.

What is a computerized tomography (CT) scan?

A CT scan is a series of x-rays that give more detail than regular x-rays. CT scan pictures show soft tissue and bones. The CT machine looks like a large donut that your head, neck, and chest will go through. Patients without an allergy to contrast will need an IV—that is, a needle inserted into a vein—for contrast to enhance the pictures.

Risks include

1. Contrast allergy
2. Discomfort with IV placement
3. Patients with claustrophobia have minimal anxiety during this brief scan (3-5 minutes).
4. A CT scan uses radiation—about as much as 150 chest x-rays.

What is a magnetic resonance imaging (MRI) scan?

An MRI scan creates pictures of the soft tissue but not the bones. An MRI does not use radiation; it uses very strong magnets. The MRI machine looks like a narrow tube that your head, neck, and chest will go inside. You will need an IV for contrast to enhance the pictures.

If you have any metal or implants in your body, you may not be able to have an MRI. You must discuss this with your provider.

Risks include

1. IV contrast allergy
2. Discomfort with IV placement
3. Patients with claustrophobia may be very anxious with this lengthy scan (45-60 minutes). Your provider may provide a sedative pill.

What is a fine-needle aspiration (FNA)?

An FNA uses a small needle stuck into the mass to get a tissue sample.

Risks include

1. Discomfort from needle stick
2. Infection
3. Bruising
4. Bleeding
5. Not enough tissue for a diagnosis—repeat procedure

Table 7. Essential Components of a Targeted Physical Examination in a Patient at Increased Risk for Head and Neck Malignancy.

Anatomic Site	Examination Details
Skin and scalp	May reveal a cutaneous malignancy
Otoscopy	Unilateral serous otitis media may suggest a nasopharyngeal malignancy
Cranial nerves	Itemized assessment of ocular motility, facial sensation and movement, hearing, palate elevation, presence of gag reflex, vocal fold movement, tongue mobility, and shoulder elevation
Oral cavity	Visual and digital examination of ventral and lateral surfaces of oral tongue and floor of mouth
Oropharynx	Visual examination of soft palate, tonsillar fossae, and posterior wall. Palpation of the tongue base and tonsillar fossae
Nasal cavity	Visual examination of the septum, floor, and turbinates
Nasopharynx	Visual examination of the eustachian tube orifices, superior and posterior walls
Hypopharynx	Visual examination of pyriform sinuses and posterior pharyngeal wall
Larynx	Visual examination of the epiglottis, vocal folds, and subglottis
Neck	Assessment of the neck mass firmness, size, fixation, location, and presence of additional lymphadenopathy. Bimanual palpation of the floor of mouth and entire neck
Salivary glands	Palpation of parotid and submandibular glands to assess for mass
Thyroid gland	Palpation to assess for mass

- **Value judgments:** Consensus by the GDG that imaging is not a substitute for the additional information obtained by an examination that includes complete examination of the mucosal surfaces
- **Intentional vagueness:** The method (mirror or endoscope) of examination is at the discretion of the clinician, as is the decision to refer the patient to another clinician if one is unable to visualize the pharynx, base of tongue, and larynx.
- **Role of patient preferences:** Small to none; patient may decline examination
- **Exceptions:** None
- **Policy level:** Recommendation
- **Differences of opinion:** None

STATEMENT 6. IMAGING: Clinicians should order neck computed tomography (CT; or magnetic resonance imaging [MRI]) with contrast for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy. *Strong recommendation based on RCTs.*

Action Statement Profile

- **Quality improvement opportunity:** To promote timely and effective imaging assessment of a neck mass in patients deemed at risk for malignancy
- **Aggregate evidence quality:** Grade B, RCTs, consistent evidence from observational studies
- **Level of confidence in evidence:** High
- **Benefits:** Ensure that when imaging is ordered, the right test is selected and that contrast is given, distinguish malignant from benign masses, plan for fine-needle aspiration (FNA) or biopsy, define extent of disease to facilitate staging, detect occult disease, guide treatment decisions, further testing and referral
- **Risks, harms, costs:** Radiation (CT), contrast adverse reactions, anxiety, claustrophobia, cost, incidental findings, false positives, false negatives

- **Benefit-harm assessment:** Preponderance of benefit over harm
- **Value judgments:** None
- **Intentional vagueness:** The clinician may choose whether to order CT or MRI based on the specific clinical situation.
- **Role of patient preferences:** Small role. Claustrophobic patients may prefer CT over MRI. MRI may be preferable if radiation exposure is a concern.
- **Exceptions:** Imaging recommendations may be altered in pregnancy. The protocol for contrast administration may be altered in the setting of contrast allergy or renal insufficiency.
- **Policy level:** Strong recommendation
- **Differences of opinion:** None

STATEMENT 7. FINE-NEEDLE ASPIRATION: Clinicians should perform FNA instead of open biopsy, or refer the patient to someone who can perform FNA, for patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy when the diagnosis of the neck mass remains uncertain. *Strong recommendation based on systematic reviews with a consistent reference standard.*

Action Statement Profile

- **Quality improvement opportunity:** Avoid unnecessary open biopsy with its associated complications and promote timely FNA as the initial pathologic test for a patient with a neck mass at increased risk of malignancy (**Table 8**). (National Quality Strategy domains: safety, effective treatment)
- **Aggregate evidence quality:** Grade A, systematic reviews with a consistent reference standard
- **Level of confidence in evidence:** High
- **Benefits:** Rapid, cost-effective test with high sensitivity and specificity for diagnosis, minimal

Table 8. Patient Handout: Neck Mass Biopsy—What Should the Adult Patient Expect?

What is a biopsy?	A biopsy involves taking a sample of tissue from the neck mass. This sample of tissue is looked at under the microscope by a pathologist (a specialized doctor) to make a diagnosis. A biopsy is a common test to check for cancer. There are different types of biopsies that can be done. The type of biopsy performed is according to your history and the location of your mass.
What are the different types of biopsies?	
1. Fine-needle aspiration (FNA)	An FNA is the best initial test to diagnose a neck mass. A small needle is put into the mass, and tissue is pulled out. An FNA is often done in your doctor's office. It is well tolerated by most patients. Risks include <ul style="list-style-type: none"> • Discomfort • Bruising • Infection • Not getting enough tissue for a diagnosis
2. Core biopsy	A core biopsy is another way to diagnose a neck mass. A core biopsy may be done instead of or after an FNA. A core biopsy uses a slightly larger needle and gets a larger piece of tissue. It is well tolerated and has a low risk of complications. Risks include <ul style="list-style-type: none"> • Bleeding • Bruising • Discomfort • Infection • Not getting enough tissue for diagnosis
3. Open biopsy	An open biopsy is another way to diagnose a neck mass. It is a more invasive procedure. Open biopsy is done by a surgeon in the operating room, and you will need anesthesia. An open biopsy may remove only a portion of the mass or the whole mass. Because open biopsies are more invasive, there is a higher risk for complications. Risks include <ul style="list-style-type: none"> • Complications of anesthesia • Infection • Bleeding • Discomfort • Scarring • Nerve injury (numbness, paralysis)
What should I do to prepare for a biopsy?	If you need an open biopsy, your provider will tell you how to prepare. For any biopsy, let your provider know if you take blood thinners or have bleeding problems.
When should I get my results?	Your medical provider should call you or set up a follow-up appointment within 1 week of your biopsy. If you do not get your results after 1 week, you should call your medical provider.

discomfort, low risk of seeding malignancy, does not affect imaging results, can prioritize further imaging or workup

- Risks, harms, costs: Discomfort, direct cost, risk of nondiagnostic or indeterminate test results
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: Perception by the GDG that some patients undergo inappropriate open biopsy prior to attempted FNA. The GDG also noted that some patients experience unwarranted delay prior to tissue biopsy
- Intentional vagueness: There are a variety of techniques, operators, and settings in which neck mass

FNA may be performed; these choices are left to the discretion of the clinician and patient.

- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Strong recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 8. CYSTIC MASSES: For patients with a neck mass deemed at increased risk for malignancy, clinicians should continue evaluation of patients with a cystic neck mass, as determined by FNA or imaging studies, until a diagnosis is obtained and should not assume that the mass is benign. *Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefit over harm.*

Table 9. Patient Handout: Examination Under Anesthesia—What Should the Adult Patient Expect?**What is examination (endoscopy) under anesthesia?**

Examination under anesthesia is performed by a surgeon to evaluate the back of your throat, voice box, the back of your nose, upper trachea (breathing tube), and upper esophagus (swallowing tube).

Why do I need an examination under anesthesia?

This test allows a complete evaluation of the back of your nose and throat, your voice box, the windpipe, and esophagus (swallowing tube). If your doctor sees an area of concern, he or she will take a small piece of tissue for evaluation (biopsy).

How is this examination performed?

Examination under anesthesia is performed in the operating room. You will be asleep with general anesthesia. A scope with attached camera is inserted through your mouth and into your throat, voice box, windpipe, and esophagus.

How will I feel after the procedure?

After general anesthesia, you may feel sleepy for a day. You will be able to eat and drink as you did before the procedure. You will receive medication for pain.

You may have the following symptoms:

- A sore throat lasting 1-2 days
- Hoarse voice
- Coughing or spitting up small amount of blood for 1-3 days

What are the risks of examination under anesthesia?

A risk is a problem that you might have.

Some risks include

- Reaction to anesthesia
- Bleeding that may recur where the tissue samples were taken
- Damage to teeth
- Swelling where tissue samples were taken may cause difficulty breathing
- Damage to the back of the throat or esophagus (swallowing tube)

When will I receive my results?

After the examination under anesthesia, your doctor will be able to tell you what he or she saw and if biopsies were taken. Biopsy results will take at least a few days, sometimes longer. Your doctor will call you or schedule a follow-up visit to review the biopsy results.

Call your doctor if you experience

- Severe bleeding or any bleeding >3 days
- Fever >101°F
- Inability to swallow
- Vomiting
- Difficulty breathing

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: Avoid misdiagnosis of malignant lesions with potentially decreased survival. (National Quality Strategy domains: safety, effective treatment)
- Aggregate evidence quality: Grade C
- Level of confidence in evidence: High
- Benefits: Avoid misdiagnosis of malignant lesions, avoid inappropriate care (eg, excision, open biopsy), avoid delays in diagnosis, reduce false sense of security
- Risks, harms, costs: Cost of additional diagnostic tests
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: Concern by the GDG that some patients receive false reassurance that a cystic mass is not of concern despite studies showing a high rate of malignancy and false-negative biopsies in such masses
- Intentional vagueness: None

- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 9. ANCILLARY TESTS: Clinicians should obtain additional ancillary tests based on the patient's history and physical examination when a patient with a neck mass is at increased risk for malignancy and/or does not have a diagnosis after FNA and imaging. *Recommendation* based on nonconsecutive studies, observational studies, case series, and panel consensus with preponderance of benefit over harm.

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: To identify laboratory or other test that can aid in neck mass diagnosis. (National Quality Strategy domains: promoting effective prevention/treatment)

- Aggregate evidence quality: Grade C, nonconsecutive studies, case-control studies, observational studies, case series
- Level of confidence in evidence: Medium
- Benefits: Diagnose neck mass and avoid invasive procedures/anesthesia
- Risks, harms, costs: Direct costs of ancillary tests, false-positive tests, incidental findings, risk of failure to diagnose concurrent malignancy based on these test results
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: None
- Intentional vagueness: The specific tests and timing are at the discretion of the clinician
- Role of patient preferences: None
- Exceptions: None
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: None

STATEMENT 10. EXAMINATION UNDER ANESTHESIA OF THE UPPER AERODIGESTIVE TRACT BEFORE OPEN BIOPSY: Clinicians should recommend examination of the upper aerodigestive tract under anesthesia, before open biopsy, for patients with a neck mass who are at increased risk for malignancy and without a diagnosis or primary site identified, with FNA, imaging, and/or ancillary tests. *Recommendation based on observational studies with a preponderance of benefit over harm.*

Action Statement Profile

- Quality improvement opportunity: To improve understanding that a neck mass may be a metastatic lesion from a primary aerodigestive site and that identification of these lesions improves treatment outcomes (**Tables 8 and 9**). (National Quality Strategy domains: safety, effective treatment)
- Aggregate evidence quality: Grade C, observational studies
- Level of confidence in evidence: High
- Benefits: Potentially identify a primary site of cancer or rule out malignancy, obtain tissue for diagnosis
- Risks, harms, costs: Direct costs of procedures, adverse effects of anesthesia, dental injury, cranial nerve injury, rare complications of endoscopy (bleeding, infection, perforation, airway obstruction)
- Benefit-harm assessment: Preponderance of benefit over harm
- Value judgments: Perception that some clinicians may be performing open biopsy of the neck before, or without, endoscopy during the same trip to the operating room and that endoscopy should preferably be performed prior to open biopsy
- Intentional vagueness: The decision to perform open biopsy is at the discretion of the clinician (after FNA has been performed and is not

diagnostic) but is usually performed after the endoscopy if it does not reveal a primary site and a high suspicion for malignancy remains

- Role of patient preferences: Small. May decline intervention.
- Exceptions: Patients who are at increased risk of procedure (anesthesia)
- Policy level: Recommendation
- Differences of opinion: Within the GDG there were differences of opinion about whether the surgeon should be prepared to do a neck dissection at the same time as an open biopsy and frozen section

Acknowledgments

We gratefully acknowledge the support of Jean C. Blackwell, MLS, for conducting the literature searches, as well as graphic designer Jackie Cole for her work in creating some of the images within the guideline.

Author Contributions

Melissa A. Pynnonen, writer, chair; **M. Boyd Gillespie**, writer, assistant chair; **Benjamin Roman**, writer, assistant chair; **Richard M. Rosenfeld**, writer, methodologist; **David E. Tunkel**, writer, methodologist-in-training; **Laura Bontempo**, writer, panel member; **Itzhak Brook**, writer, panel member; **Davoren Ann Chick**, writer, panel member; **Maria Colandrea**, writer, panel member; **Sandra A. Finestone**, writer, panel member; **Jason C. Fowler**, writer, panel member; **Christopher C. Griffith**, writer, panel member; **Zeb Henson**, writer, panel member; **Corinna Levine**, writer, panel member; **Vikas Mehta**, writer, panel member; **Andrew Salama**, writer, panel member; **Joseph Scharpf**, writer, panel member; **Deborah R. Shatzkes**, writer, panel member; **Wendy B. Stern**, writer, panel member; **Jay S. Youngerman**, writer, panel member; **Maureen D. Corrigan**, writer, AAO-HNSF staff liaison.

Disclosures

Competing interests: M. Boyd Gillespie, research funding from ImThera, Inspire, and Olympus; consultant and new device development for Medtronic and Omniguide; Maureen D. Corrigan, salaried employee of American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation.

Sponsorships: American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation.

Funding source: American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation.

References

1. Olsen KD. Evaluation of masses in the neck. *Prim Care*. 1990; 17:415-435.
2. Beenken SW, Maddox WA, Urist MM. Workup of a patient with a mass in the neck. *Adv Surg*. 1995;28:371-383.
3. Gray SW, Skandalakis JE, Androulakis JA. Non-thyroid tumors of the neck. *Contemp Surg*. 1985;26:13-24.
4. Lefebvre JL, Coche-Dequeant B, Van JT, et al. Cervical lymph nodes from an unknown primary tumor in 190 patients. *Am J Surg*. 1990;160:443-446.

5. Rosenberg TL, Brown JJ, Jefferson GD. Evaluating the adult patient with a neck mass. *Med Clin North Am.* 2010;94:1017-1029.
6. Bhattacharyya N. Predictive factors for neoplasia and malignancy in a neck mass. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1999;125:303-307.
7. McGuirt WF. The neck mass. *Med Clin North Am.* 1999;83:219-234.
8. Haynes J, Arnold KR, Aquirre-Osins D, Chandra S. Evaluation of neck masses in adults. *Am Fam Physician.* 2015;9:698-706.
9. Patel UA, Brennan TE. Disparities in head and neck cancer: assessing delay in treatment initiation. *Laryngoscope.* 2012;122:1756-1760.
10. Seoane J, Alvarez-Novoa P, Gomez I, et al. Early oral cancer diagnosis: the Aarhus statement perspective. A systematic review and meta-analysis. *Head Neck.* 2016;38(suppl 1):E2182-E2189.
11. Seoane J, Taccouche B, Varela-Centelles P, Tomas I, Seoane-Romero JM. Impact of the delay in diagnosis in survival of head and neck carcinomas: a systematic review with meta-analysis. *Clin Otolaryngol.* 2012;37:99-106.
12. Bruun JP. Time lapse by diagnosis of oral cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1976;42:139-149.
13. McGurk M, Chan C, Jones J, et al. Delay in diagnosis and its effect on outcome in head and neck cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2005;43:281-284.
14. Smith MM. Assessing delays in laryngeal cancer treatment. *Laryngoscope.* 2016;126:1612-1615.
15. Brouha XDR, Tromp DM, Koole R, et al. Professional delay in head and neck cancer patients: analysis of the diagnostic pathway. *Oral Oncol.* 2007;43:551-556.
16. American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2016.* Atlanta, GA: American Cancer Society; 2016.
17. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol.* 2011;29:4294-4301.
18. Chaturvedi AK, Anderson WF, Lortet-Tieulent J, et al. Worldwide trends in incidence rates for oral cavity and oropharyngeal cancers. *J Clin Oncol.* 2013;31:4550-4559.
19. Gillison ML, Broutian T, Pickard RKL, et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. *JAMA.* 2012;307:693-703.
20. Mallet Y, Lallemand B, Robin YM, et al. Cystic lymph node metastases of head and neck squamous cell carcinoma: pitfalls and controversies. *Oral Oncol.* 2005;41:429-434.
21. Goldenberg D, Begum S, Westra WH, et al. Cystic lymph node metastasis in patients with head and neck cancer: an HPV-associated phenomenon. *Head Neck.* 2008;30:898-903.
22. Haugen A, Alexander EK, Bible KC, et al. 2015 American Thyroid Association management guidelines for adult patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: the American Thyroid Association guidelines task force on thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. *Thyroid.* 2016;26:1-133.
23. National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guideline in Oncology: Head and Neck Cancers.* Version 1. Fort Washington, PA: National Comprehensive Cancer Network; 2015.
24. American Society of Clinical Oncology; Pfister DG, Laurie SA, Weinstein GS, et al. American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline for the use of larynx-preservation strategies in the treatment of laryngeal cancer. *J Clin Oncol.* 2006;24:3693-3704.
25. Rosenfeld RM, Shiffman RN, Robertson P, et al. Clinical practice guideline development manual, third edition: a quality-driven approach for translating evidence into action. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2013;148(1):S1-S55.
26. Shiffman RN, Michel G, Rosenfeld RM, Davidson C. Building better guidelines with BRIDGE-Wiz: development and evaluation of a software assistant to promote clarity, transparency, and implementability. *J Am Med Inform Assoc.* 2012;19:94-101.
27. Shiffman RN, Shekelle P, Overhage JM, et al. Standardized reporting of clinical practice guidelines: a proposal from the Conference on Guideline Standardization. *Ann Intern Med.* 2003;139:493-498.
28. Shiffman RN, Dixon J, Brandt C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation. *BMC Med Inform Decis.* 2005;5:23.
29. Eddy DM. Clinical decision making: from theory to practice. Cost-effectiveness analysis: will it be accepted? *JAMA.* 1992;268:132-136.
30. American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics.* 2004;114:874-877.
31. Choudhry NK, Stelfox HT, Detsky AS. Relationships between authors of clinical practice guidelines and the pharmaceutical industry. *JAMA.* 2002;287:612-617.
32. Detsky AS. Sources of bias for authors of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J.* 2006;175:1033, 1035.
33. Howick J, Chalmers I, Glasziou, and the OCEBM Levels of Evidence Working Group. The Oxford 2011 levels of evidence. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=5653>. Accessed July 23, 2012.



استمارة التدقيق السريري

الجمهورية العربية السورية
القيادة العامة للجيش والقوات المسلحة
إدارة الخدمات الطبية العسكرية
مستشفى تشرين العسكري
الرقم:
التاريخ: / /

استمارة خاصة بالتدقيق السريري المرشد العلاجي في تقييم كتل العنق عند البالغين

الهاتف:			الاسم:
			العمر:
			الجنس:
ملاحظات	لا	نعم	
			1. هل تم تحري أعراض أو علامات تدل على خمج جرثومي؟
			2. هل تم وصف صادات حيوية للمريض؟
			3. هل تم تحري مدة ظهور الكتلة؟
			4. هل تم تحري صفات الكتلة؟
			5. هل تم نصح المريض بإجراء تقييم إضافي في حال لم يكن هناك خطر وجود خبائث؟
			6. هل تم تحري الموجودات المشتبهة في القصة المرضية والفحص السريري لخطورة وجود خبائث؟
			7. هل تم إجراء فحص سريري للحنجرة - قاعدة اللسان - البلعوم؟
			8. هل تم طلب CT scan للعنق مع الحقن؟
			9. هل تم طلب MRI للعنق مع الحقن؟
			10. هل أجري للمريض FNA؟
			11. هل تم طلب فحوصات إضافية متممة؟
			12. هل أجري للمريض فحص للطريق الهضمي التنفسي العلوي تحت التخدير العام؟
			13. هل أجري للمريض خزعة مفتوحة من الكتلة؟

الطبيب الاخصائي:

الطبيب المقيم: