

Praca oryginalna

ANDRZEJ PRYSTUPA¹, BOGUSŁAW MAKARUK¹, MICHAŁ MISZCZAK¹,
MARIUSZ JOJCZUK², EWA KURYS-DENIS³,
BARBARA JODŁOWSKA-JĘDRYCH⁴,
WITOLD KRUPSKI³, JERZY MOSIEWICZ¹

DIAGNOSTYKA POWIĘKSZONYCH WĘZŁÓW CHŁONNYCH
NA PODSTAWIE OPISU PRZYPADKU

DIAGNOSIS OF LYMPHADENOPATHY BASED ON A CASE REPORT

*ДИАГНОСТИКА УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФОТИЧЕСКИХ УЗЛОВ
НА ОСНОВАНИИ ОПИСАНИЯ СЛУЧАЯ*

*ДІАГНОСТИКА ЗБІЛЬШЕНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ НА ПІДСТАВІ
ОПISУ ВИПАДКУ*

¹Z Katedry i Kliniki Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Z Katedry i Kliniki Chirurgii Urazowej, Obrażeń Wielonarządowych
i Medycyny Ratunkowej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

³II Zakładu Radiologii Lekarskiej Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

⁴Katedry i Zakładu Histologii i Embriologii z Pracownią Cytologii Doświadczalnej
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

W pracy na podstawie przypadku pacjentki z chłoniakiem z komórek płaszczka omówiono diagnostykę powiększonych węzłów chłonnych.

SŁOWA KLUCZOWE: diagnostyka powiększonych węzłów chłonnych, chłoniak z komórek płaszczka.

KEY WORDS: *diagnostics of lymphadenopathy, Mantle cell lymphoma.*

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: *диагностика увеличенных лимфатических узлов, лимфома из клеток мантии.*

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *діагностика збільшених лімфатичних вузлів, лімфома з клітин мантиї.*

Powiększenie węzłów chłonnych należy do najważniejszych objawów chorób krwi i układu odpornościowego. Przyczyną limfadenopatii może być proliferacja komórek w odpowiedzi na bodziec antygenowy. Powiększenie węzłów chłonnych może być także wywołane obecnością nieprawidłowych komórek (np. transformacja nowotworowa komórek limfoidalnych w chłoniakach złośliwych, komórki białaczkowe, przerzuty nowotworowe). W różnicowaniu limfadenopatii bierzemy pod uwagę następujące czynniki:

- liczbę powiększonych węzłów chłonnych (pojedynczy węzeł, uogólnione powiększenie),
- umiejscowienie powiększonych węzłów chłonnych,

- spistość (twarde węzły stwierdza się w chorobach nowotworowych, wzmożona konsystencja występuje w przebiegu chłoniaków i przewlekłych białaczek, węzły miękkie są charakterystyczne dla ostrych białaczek, gruźlicy),
- wielkość,
- bolesność (bolesne węzły chłonne są typowe dla zapalenia),
- zmiany skóry i okolicznych tkanek,
- połączenie powiększonych węzłów chłonnych ze sobą lub z otoczeniem (przewlekły proces zapalny lub nowotworowy powoduje łączenie się węzłów w pakiety),
- czas powiększenia węzłów chłonnych i objawy towarzyszące powiększeniu węzłów [6].

Do chorób przebiegających z powiększeniem węzłów chłonnych należą choroby zakaźne, nowotworowe i układowe[5]. Poniżej opisany przypadek przedstawia diagnostykę powiększonych węzłów chłonnych.

OPIS PRZYPADKU

Chora lat 80 przyjęta została do tutejszej Kliniki z powodu ogólnego osłabienia, duszności spoczynkowej i niemiarowej akcji serca. Dodatkowo chora zgłaszała dolegliwości bólowe węzłów chłonnych okolicy podżuchwowej i szyjnej. Pacjentka od 40 lat leczona była z powodu nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu 2 od czterech miesięcy, osteoporozy od dwudziestu lat i niedoczynności tarczycy od 2 tygodni przed obecnym przyjęciem do szpitala. W leczeniu chora przyjmowała: gliklazyd 1x 80 mg/dobę, lewotyroksynę 25 µg/dobę, kwas alendronowy 70mg/tygodniowo, indapamid 1x1,5 mg/dobę, cilazapril 1 mg/dobę i preparat chlorku potasu. W wywiadzie chora podała przewlekłe palenie papierosów 20/dobę przez 40 lat. Rodziła dwa razy siłami natury. W ambulatoryjnie wykonanym badaniu rtg klatki piersiowej stwierdzono poszerzenie cienia śródpiersia górnego, po stronie prawej powiększone węzły chłonne. Serce było powiększone w całości.

W chwili przyjęcia do Kliniki stan ogólny pacjentki był dość ciężki. Chora zgłaszała nasilenie duszności. Ciśnienie tętnicze krwi w chwili przyjęcia wynosiło 150/90 mmHg. Akcja serca była niemiarowa i szybka, około 150/min. W zapisie ekg widoczne było migotanie przedsionków z pojedynczymi pobudzeniami komorowymi. Powrót rytmu zatokowego uzyskano podając dożylny wlew glukozy z chlorkiem potasu. Nad polami płucnymi odgłos opukowy był jawny, słyszalne były liczne świsty i furczenia. Powłoki jamy brzusznej były miękkie, bez patologicznych oporów. W badaniu palpacyjnym węzły chłonne obwodowe były powiększone i twarde, w okolicy szyi i nadobojczykowej ułożone w pakiety po 3-4. Śledziona i wątroba badaniem palpacyjnym nie były powiększone.

W badaniach dodatkowych u chorej stwierdzono obecność hipokaliemii 3,36 mmol/l (norma 3,5-5,1 mmol/l). Morfologia krwi obwodowej wykazała

obecność limfocytozy 51,9% (norma 17,4-44,3%) z neutropenią 39% (norma 48,7-70,1%), bez cech niedokrwistości i leukocytozy. Poziom CRP wynosił 4,9 mg/l, natomiast dimeru D 541 ng/ml (norma poniżej 500 ng/ml) i dehydrogenazy mleczanowej (LDH) 343 IU/l (norma poniżej 480 IU/l). Opad krwinek czerwonych był przyśpieszony i wynosił 26 mm/godzinę.

Objawy kliniczne tj. obrzęki kończyn dolnych, powiększona sylwetka serca i wysoki poziom NT-pro BNP wskazywały na niewydolność serca. Funkcja tarczycy była prawidłowa. Rozdział elektroforetyczny białek surowicy wykazał podwyższony poziom gamma globuliny- 2,09 g/dl (norma 0,64-1,30 g/dl). Poziom β_2 -mikroglobuliny wynosił 3,33 mg/l (norma 0,7-3 mg/l). Wskaźniki wydolności wątroby, nerek i profil glikemii były prawidłowe. Analiza moczu wykazała obecność bakterii. Badanie ultrasonograficzne tarczycy wykazało zaburzenie jej echostruktury przez liczne hiperechogeniczne obszary o średnicy do ok. 8 mm. W okolicy nadobojczykowej, szczególnie po stronie lewej oraz poniżej lewego kąta żuchwy widoczne były liczne powiększone węzły chłonne o wielkości około 26 mm.

W czasie hospitalizacji u chorej wykonano badanie komputerowe klatki piersiowej i brzucha, które uwidocznilo powiększone węzły chłonne wielkości 30x20 mm. W śródpiersiu górnym po stronie prawej widoczna była masa węzłowa wielkości ok. 48x43 mm z obecnością zwapnień. W okienku aortalno - płucnym, okołotchawiczo widoczne były konglomeraty węzłów chłonnych wielkości do 48x29 mm. Dodatkowo u chorej stwierdzono obecność niedodmy płata środkowego płuca prawego. W okolicy okołoaortalnej, poniżej prawej odnogi przepony, widoczna była zmiana tkankowa o wymiarach 16x10 mm, sugerująca obecność powiększonego węzła chłonnego. Śledziona i wątroba były jednorodne i niepowiększone. Gruczoł tarczowy był niejednorodny.

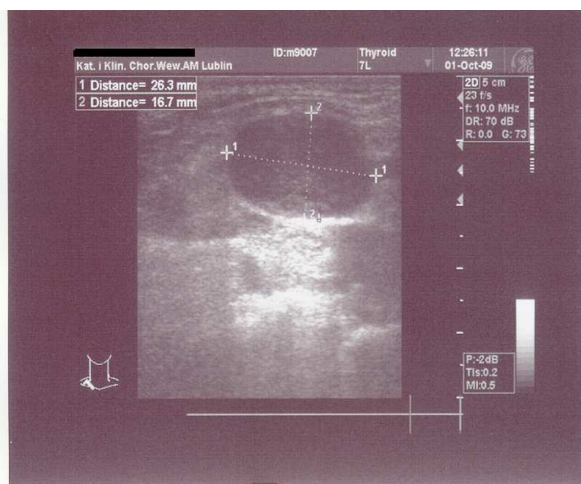




Foto 1. Obraz ultrasonograficzny nadobojczykowych, powiększonych węzłów chłonnych

Photo 1. Ultrasonographic image of enlarged supraclavicular lymph nodes

Фото 1. Ультразвуковое изображение надключичных, увеличенных лимфатических узлов

Фото 1. Ультразвукове зображення надключичних, збільшених лімфатичних вузлів



Foto 2. Masa węzłowa w śródpiersiu w tomografii komputerowej

Photo 2. Nodal mass in the thoracic area in computed tomography

Фото 2. Масса узлов средостения в компьютерной томографии

Фото 2. Маса вузлів середостіння в комп'ютерній томографії

W celu diagnostyki powiększonych węzłów chłonnych chorej resekowano 3 węzły chłonne okolicy nadobojczykowej, które zostały poddane badaniu histopatologicznemu.



Foto 3. Resekowane węzły chłonne

Photo 3. Resected lymph nodes

Фото 3. Резецированные лимфатические узлы

Фото 3. Резектовані лімфатичні вузли

Na podstawie badania patologicznego u chorej stwierdzono obecność chłoniaka z komórek płaszczka (MCL- Mantle cell lymphoma). Chora skierowana została do dalszego leczenia z zastosowaniem chemioterapii.

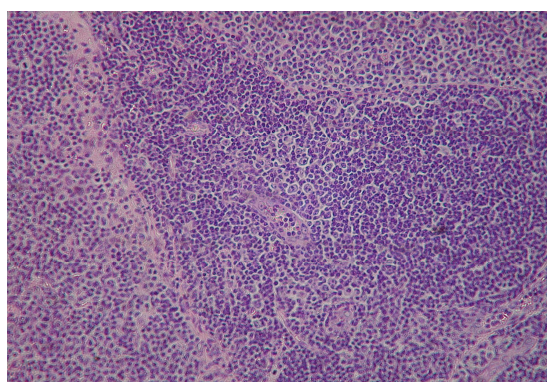


Foto 4. Obraz histopatologiczny chłoniaka z komórek płaszczka (powiększenie 200 krotne)

Photo 4. Histopathologic image of Mantle cell lymphoma (zoom 200x)

Фото 4. Гистопатологическое характеристика лимфома из клеток мантши (увеличение в 200 раз)

Фото 4. Гістопатологічна характеристика лімфоми з клітин мантії (збільшення в 200 разів)

OMÓWIENIE

Badanie palpacyjne obwodowych węzłów chłonnych stanowi bardzo ważny element badania lekarskiego. Niestety, często lekarze podstawowej opieki zdrowotnej i specjaliści zapominają o badaniu węzłów chłonnych lub przeprowadzają to badanie niedokładnie. Wykrycie powiększonych węzłów chłonnych podczas badania fizykalnego, przyspiesza proces diagnostyczno-leczniczy. Przykładem jest opisana chora, która wielokrotnie była badana przez lekarza medycyny rodzinnej i specjalistów, niestety nikt nie zwrócił uwagi

na powiększone węzły chłonne. Każdy pacjent w trakcie wizyty lekarskiej powinien mieć dokładnie badane obwodowe węzły chłonne. Po stwierdzeniu i fizycznej charakterystyce powiększenia węzłów chłonnych, istotne znaczenie diagnostyczne ma ustalenie: czy powiększenie ma charakter ostry czy przewlekły i czy jest miejscowe czy też uogólnione [1]. Tabela I przedstawia podział limfadenomegalii na miejscową lub uogólnioną. Następnie należy zwrócić uwagę czy powiększone węzły mają charakter nowotworowy czy reaktywny. Tabela II przedstawia podział węzłów chłonnych na reaktywne i nowotworowe. Natomiast w Tabeli III zestawiono najczęstsze przyczyny powiększonych węzłów chłonnych.

W celu znalezienia przyczyny powiększonych węzłów chłonnych konieczne jest przeprowadzenie dokładnego badania podmiotowego i przedmiotowego, uzupełnionego badaniami dodatkowymi (obraz morfologiczny krwi obwodowej, OB., proteinogram, badanie radiologiczne, ultrasonograficzne, komputerowe klatki piersiowej i brzucha). Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych powinno sugerować schorzenie układowe.

Tabela I. Podział limfadenomegalii na miejscową i uogólnioną
Table I. Division into local and generalised lymphadenomegaly
Таблица I. Распределение лимфаденомегалии на локальные и генерализованные
Таблиця I. Розподіл лимфаденомегалії на локальні та генералізовані

| Miejscowa limfadenomegalia | Uogólniona limfadenomegalia (którą stwierdza się, jeśli powiększone 3 grupy węzłów chłonnych). |
|--|--|
| Bakteryjne odogniskowe zapalenie Swoiste gruźlicze zapalenie Przerzuty nowotworowe Początkowe stadium rozrostu nowotworowego np. ziarnica złośliwa | Białaczka limfatyczna ostra i przewlekła Choroba Hodgkina i chłoniaki nieziarnicze Choroby infekcyjne: mononukleoz, różyczka, brucelloza, choroba kociego pazura Sarkoidoza Kolagenozy: toczeń rumieniowaty układowy, reumatologiczne zapalenie stawów, zapalenie skórno-mięśniowe Zaburzenia hormonalne: niedoczynność kory nadnerczy, niedoczynność przysadki, nadczynność tarczycy |

Po badaniu palpacyjnym węzłów chłonnych, bardzo ważną rolę w diagnostyce limfadenomegalii pełnią badania obrazowe. Wśród nich pierwsze miejsce zajmuje ultrasonografia. Węzły chłonne w ultrasonografii można oceniać pod względem ich położenia, kształtu, echostruktury i wielkości. Zmienione patologicznie węzły chłonne widoczne są jako owalne, dobrze ograniczone twory niskoechogeniczne. Charakterystyczna niska echogeniczność nacieczonych węzłów chłonnych spowodowana jest dużą liczbą komórek i obrzękiem.

Tabela II. Podział węzłów chłonnych na reaktywne i nowotworowe

Table II. Division of lymph nodes into reactive and cancerous
Таблица II. Распределение лимфатических узлов на реактивные и новообразования
Таблиця II. Розподіл лімфатичних вузлів на реактивні та новоутворення

| | Nowotworowe | Reaktywne |
|--------------------------|---|----------------------------------|
| Charakterystyka pacjenta | palący, w podeszłym wieku | Wiek <40 lat |
| Konsystencja | Twarde, niebolesne, mała ruchliwość wobec tkanek otaczających | Sprężyste, przesuwalne, bolesne |
| Lokalizacja | nadobojczykowe, okołopępkowe | pachwinowe do 2 cm są prawidłowe |

Tabela III. Choroby przebiegające z powiększeniem węzłów chłonnych
Table III. Diseases taking course with the enlargement of lymph nodes
Таблица III. Болезни, протекающие с увеличением лимфатических узлов
Таблиця III. Хвороби, що протікають із збільшенням лімфатичних вузлів

| Choroba | Cechy charakterystyczne węzłów w badaniu fizykalnym i objawy towarzyszące. |
|---|--|
| Ziarnica złośliwa | Węzły niezrośnięte, niebolesne, spistość zwiększona |
| Przerzuty nowotworowe | Powiększone węzły w dorzeczu spływu chłonki, bardzo twarde |
| Chłoniaki złośliwe | Powiększenie w różnych okolicach, spistość zwiększona, niebolesne, może być zajęcie szpiku i objawy uogólnione |
| Przewlekła białaczka limfatyczna | Powiększone węzły chłonne, dodatkowo zawsze zajęcie szpiku i zwiększona limfocytoza |
| Ostra białaczka limfoblastyczna | Szybko postępujące powiększenie węzłów chłonnych, czasem bolesne, obraz białaczkowy we krwi obwodowej, powiększenie śledziony |
| Ostra białaczka szpikowa | Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, węzły miękkie, charakterystyczny naciek w szpiku i obraz białaczkowy we krwi obwodowej |
| Gruźlica | Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych |
| Toksoplazmoza | Uogólnione powiększenie- węzły twarde, niewielkie |
| Mononukleozą | Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych, bolesne, miękkie, hepatosplenomegalia |
| Zakażenie wirusem cytomegalii, choroby odzwierzęce (choroba kociego pazura) | Powiększenie jednego lub wielu węzłów |
| AIDS | Uogólnione powiększenie |
| Toczeń trzewny układowy | Uogólnione powiększenie, miękkie, okresowo bolesne, zmiany skórne |
| Reumatoidalne zapalenie stawów | Powiększone głównie węzły pachowe |
| Sarkoidoza | Głównie węzły śródpiersia |

Przerzuty w węzłach chłonnych znajdują się w miejscach odpływu odpowiadających guzowi pierwotnemu. Są one w porównaniu do powiększonych węzłów chłonnych w przebiegu chłoniaków gorzej odgraniczone, bardziej echogeniczne, niejednorodne, raczej krągłe niż owalne i często o nieregularnych

obrysach [4]. Potwierdzeniem powiększenia węzłów chłonnych jest badanie tomograficzne klatki piersiowej i brzucha.

Pewne rozpoznanie choroby można uzyskać tylko po zbadaniu patomorfologicznym węzła chłonnego usuniętego w całości. W opisywanym przypadku po badaniu histopatologicznym resekowanego węzła chłonnego uzyskano wynik chłoniaka z komórek płaszczka. Chłoniak z komórek płaszczka jest chłoniakiem agresywnym ze względu na niekorzystne rokowanie związane z szybko pojawiającą się opornością na leczenie. Według danych pochodzących z ośrodków referencyjnych chłoniak z komórek płaszczka stanowi 7-11% chłoniaków nie-*Hodgkina*, a według krajowego rejestru odsetek ten wynosi 5-6% [2]. Większość pacjentów to osoby starsze, po 60 roku życia, znacznie częściej chorują mężczyźni. Przy rozpoznaniu proces jest zazwyczaj w zaawansowanym stadium klinicznym z zajęciem szpiku, wysoką leukocytozą, masywną splenomegalią i uogólnioną limfadenopatią. Wyniki leczenia chorych, u których stosowano klasyczną chemioterapię, są niezadowolające [3].

A. Prystupa, B. Makaruk, M. Miszczak, M. Jojczuk, E. Kurys-Denis,
B. Jodłowska-Jędrych, W. Krupski, J. Mosiewicz

DIAGNOSIS OF LYMPHADENOPATHY BASED ON A CASE REPORT

Summary

A woman aged 80 was admitted to the Department of Internal Medicine in order to perform the diagnostics of enlarged lymph nodes. Diagnostic examinations covered chest X-ray, cervical and abdominal ultrasonography, spiral computed tomography of the abdomen and chest, which showed generalized lymphadenopathy. After histologic examination of the resected supraclavicular lymph nodes a diagnosis of Mantle cell lymphoma was made. Based on this case, possible diagnostic measures in lymphadenopathy are discussed.

A. Приступа, Б. Макарук, М. Мишчак, М. Йойчук, Е. Курис-Денис,
В. Йодловска-Ендрых, В. Крупски, Я. Мосевич

ДИАГНОСТИКА УВЕЛИЧЕННЫХ ЛИМФОТИЧЕСКИХ УЗЛОВ НА ОСНОВАНИИ ОПИСАНИЯ СЛУЧАЯ

Аннотация

Восьмидесятилетняя пациентка была принята на кафедру внутренних болезней для осуществления диагностики увеличенных лимфатических узлов. Пациентке был сделан рентген грудной клетки, шеи и живота, ультразвуковую и компьютерную томографию брюшной и грудной клетки. Исследования выявили лимфаденопатию. После гистопатологического исследования надключичных лимфатических узлов у больной была выявлена лимфома из клеток мантии. Базируясь на описанном случае, была представлена дискуссия на тему диагностики увеличенных лимфатических узлов.

A. Приступа, Б. Макарук, М. Мішчак, М. Йойчук, Е. Курис-Деніс,
В. Йодловска-Єндріх, В. Крупські, Я. Мосевіч

ДІАГНОСТИКА ЗБІЛЬШЕНИХ ЛІМФАТИЧНИХ ВУЗЛІВ НА ПІДСТАВІ ОПИСУ
ВИПАДКУ

Анотація

Вісімдесятирічна пацієнтка була прийнята на кафедрі внутрішніх хвороб для здійснення діагностики збільшених лімфатичних вузлів. Пацієнтці було зроблено рентген грудної клітини, шиї та живота, ультразвукову та комп'ютерну томографію черевної та грудної клітини. Дослідження виявили лімфаденопатію. Після гістопатологічного дослідження надключичних лімфатичних вузлів у хворої була виявлена лімфома з клітин мантиї. Базуючись на описаному випадку, була представлена дискусія на тему діагностики збільшених лімфатичних вузлів.

PIŚMIENNICTWO

1. Janicki K.: Hematologia. Wydawnictwo Lekarskie, PZWL 2001.
2. Jurczak W., Rudzki Z., Gałązka K. i wsp.: High prevalence of non-Hodgkin's lymphomas in Polish population- 1106 new cases diagnosed according to WHO classification in only one district. Pol J Pathol 2006, 57, 45-52.
3. Jurczak W., Walewski J.: Chłoniak z komórek płaszczka-optymalne podejście do leczenia w świetle wyników badań klinicznych. Onkologia w Praktyce Klinicznej, 2007, 5, 254-258.
4. Kremer H., Dobrinski W.: Diagnostyka ultrasonograficzna. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 1996.
5. Kuratowska Z., Dwilewicz-Trojaczek J.: Podstawy hematologii klinicznej. Wydawnictwo Medyczne, Warszawa 1994.
6. Szczeklik A.: Choroby Wewnętrzne. Medycyna Praktyczna, Kraków 2006.

Data otrzymania: 06.11.2009.

Adres Autorów: 20-081, Lublin, ul. Staszica 16, Katedra i Klinika Chorób Wewnętrznych UM w Lublinie, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1.