

Izolowana sarkoidoza szyi – opis dwóch przypadków

Isolated sarcoidosis of the neck – a report of two cases

*Izabela Niedźwiecka⁴, Dariusz Kaczmarczyk^{3, 4}, Joanna Zimmer-Nowicka¹,
Dorota Jesionek-Kupnicka², Alina Morawiec-Bajda¹*

Klinika Chirurgii Nowotworów Głowy i Szyi,
II Katedra Otolaryngologii, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. med. A. Morawiec-Sztandera

¹Oddział Kliniczny Chirurgii Nowotworów Głowy i Szyi, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. med. A. Morawiec-Sztandera

²Zakład Patologii Katedry Onkologii, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. R. Kordek

³Zakład Cytofizjologii, Histologii i Embriologii, Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. med. A. Zieliński

⁴Oddział Laryngologii Onkologicznej,
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. M. Kopernika
Kierownik: prof. nadzw. dr hab. med. A. Morawiec-Sztandera

Summary

Although the first description of sarcoidosis comes from 1877, its etiology still has not been determined. Its frequency in Europe is estimated at 10–80 new cases per 100 thousand people. Sarcoidosis is a granulomatous disease, manifesting mostly in enlargement of lymph nodes of a pulmonary hilus, in changes in pulmonary parenchyma and skin, eyeball, spleen and liver. Changes in about 30% cases also occur in lymph nodes of other regions (neck or retroperitoneal lymph nodes). Changes in salivary glands and heart have also been reported. Isolated sarcoidosis of peripheral lymph nodes occurs rarely. The paper presents two cases of the isolated sarcoidosis of neck lymph nodes. One of them relates to a 70-year-old woman, in which a lymph node sarcoidosis preceded by several months the occurrence of a typical systemic sarcoidosis engaging pulmonary hiluses. The other case is a 30-year-old man, in which the isolated sarcoidosis of lymph nodes was originally diagnosed as a tumor of a submandibular salivary gland. The difficulties in diagnostics of the isolated neck sarcoidosis is discussed as well as its atypical course in both described cases.

Hasła indeksowe: guz szyi, choroba ziarniniakowa, limfadenopatia

Key words: neck tumor, granulomatous disease, lymphadenopathy

Otolaryngol Pol 2008; LXII (4): 492–495 © 2008 by Polskie Towarzystwo Otolaryngologów – Chirurgów Głowy i Szyi

WSTĘP

Pierwszy opis sarkoidozy pochodzi z 1877 roku. Sarkoidoza jest chorobą układową, którą charakteryzuje występowanie nieserowaciejących ziarniniaków olbrzymiokomórkowych. Choroba może przebiegać jako postać ostra lub przewlekła [1–3]. Odnotowuje się stały wzrost zachorowalności na sarkoidozę. Szacuje się, że zapadalność na tę chorobę w Europie Zachodniej wynosi 80/100 tys. mieszkańców [4], natomiast w Polsce 10/100 tys. mieszkańców [5]. Choroba pojawia się najczęściej

w 4 dekadzie życia, chociaż może dotyczyć również osób starszych, rzadko pojawia się u dzieci. Kobiety chorują częściej niż mężczyźni.

Skłonność do zachorowania wykazują przede wszystkim Anglosasi, Afroamerykanie, natomiast nie chorują Indianie i Aborygeni [6]. Etiologia sarkoidozy nadal nie jest jasna. Sugerowana jest predyspozycja genetyczna i związek z niektórymi antygenami HLA i genem BTNL2 [7]. Predyspozycje genetyczne nie są prawdopodobnie bezpośrednią przyczyną sarkoidozy, a jedynie czynnikiem, który może determinować jej postać. Brane są

Autorzy nie zgłaszają konfliktu interesów.

też pod uwagę zaburzenia immunologiczne, czynniki chemiczne oraz infekcje [6].

Sarkoidoza najczęściej umiejscawia się w płucach (90% chorych). Objawia się wtedy suchym kaszlem, dusznością, bólem w klatce piersiowej, rzadziej krwiotępliwym. W zależności od nasilenia zmian w płucach, wyróżnia się 5 stadiów sarkoidozy płucnej. Stadium 0 oznacza brak widocznych zmian w klatce piersiowej, stadium I to powiększenie węzłów chłonnych wnek płucnych, w stadium II dodatkowo pojawia się naciek w mięszu płucnym, w stadium III obserwuje się naciek mięszu płuc bez powiększenia węzłów chłonnych wnek. W stadium IV dochodzi do zwłóknienia płuc z obecnością torbieli i pęcherzy rozedmowych, obraz przedstawia się jako tzw. plaster miodu [4].

U około 30% chorych obserwuje się powiększenie obwodowych węzłów chłonnych, najczęściej szyjnych, pachowych i pachwinowych. Rzadziej dochodzi do powiększenia śledziony i wątroby, chociaż ziarniniaki obecne są w wątrobie u ponad połowy chorych. Izolowana sarkoidoza wątroby jest rzadka i zwykle przebiega bezobjawowo.

U około 25% chorych pojawiają się zmiany skórne pod postacią rumienia guzowatego (*Erythema nodosum*) i tocznia odmrozinowego (*Lupus pernio*) [3, 4, 6].

Zmiany w narządzie wzroku spotykane są u 11–83% chorych i mogą dotyczyć zarówno samej gałki ocznej, jak i tkanek oczodołu. Najczęściej dochodzi do ostrego lub przewlekłego zapalenia przedniego odcinka błony naczyniowej. Zrosty w przednim odcinku błony naczyniowej mogą prowadzić do jaskry i utraty wzroku. Rzadziej występują zmiany w spojówce, gruczole łzowym i siatkówce [3, 4].

Sarkoidoza układu nerwowego występuje u około 2–10% chorych i objawia się jako neuropatie nerwów czaszkowych [3, 4, 8], rzadziej dotyczy ośrodkowego układu nerwowego [9]. Znacznie rzadziej spotykane są zmiany w układzie kostno-stawowym i mięśniach prowadzące do nawracających bólów. Zmiany zwyrodnieniowe stawów spotykane są sporadycznie. U około 1% chorych występują zmiany w przewodzie pokarmowym, najczęściej w żołądku, rzadziej w przełyku i jelitach. Niekiedy zmiany obserwowane są w śliniankach [5]. U kilku procent chorych występuje podwyższony poziom wapnia w surowicy krwi, co w konsekwencji prowadzić może do kamicy nerkowej i niewydolności nerek. Sarkoidoza nerek występuje rzadko. U około 30% chorych ziarniniaki mogą lokalizować się w gonadach, a u kobiet także w gruczole piersiowym. U około 40% chorych na sarkoidozę może wystąpić leukopenia, niedokrwistość zdarza się rzadko [3].

Rozpoznanie choroby opiera się przede wszystkim na badaniu histopatologicznym wycinków lub całego guza.

Mniejszą wartość diagnostyczną ma biopsja aspiracyjna cienkoigłowa. W badaniu mikroskopowym widoczny jest charakterystyczny dla sarkoidozy ziarniniak z komórek nabłonkowych i olbrzymich otoczony przez limfocyty T CD4+ i CD8+. Ziarniniak może ulegać samoistnemu włóknieniu, niekiedy szkliwieniu, rzadziej spotykana jest martwica skrzepowa [3].

Badania obrazowe, takie jak USG oraz TK, mają duże znaczenie diagnostyczne.

W ponad 60% przypadków następuje samoistna remisja choroby. Jednak u około 30% chorych zaznacza się postępujący przewlekły przebieg prowadzący do niewydolności wielonarządowej, przede wszystkim oddechowej [3, 4].

Leczeniem z wyboru w sarkoidozie płucnej lub wielonarządowej jest sterydoterapia.

W izolowanej sarkoidozie węzłów chłonnych – leczenie chirurgiczne.

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

Chora H.W., lat 70, nr historii choroby 261873, przyjęta na oddział z powodu guza okolicy podżuchwowej po stronie lewej. Chora podawała, że guz pojawił się przed 5 miesiącami, rósł powoli, nie sprawiał dolegliwości bólowych. Chora od 12 lat leczona z powodu cukrzycy (przyjmuje doustne leki przeciwcukrzycowe). Poza tym w wywiadzie choroba zwyrodnieniowa stawów. W badaniu laryngologicznym stwierdzono na górnej powierzchni przedniej części języka guzek o średnicy około 5 mm (obecny od wielu lat). Poza tym nie stwierdzono zmian patologicznych w obrębie nosa, gardła, krtani i uszu. W okolicy podżuchwowej po stronie lewej stwierdzono owalny guz o wymiarach 3 × 2 cm, ruchomy, niebolesny. Skóra nad guzem niezmieniona, przesuwalna. W USG stwierdzono w rzucie lewej ślinianki podżuchwowej hypoechogeniczne ognisko o równych obrysach wielkości 33 × 14 mm. Pozostałe powierzchowne narządy szyi nie wykazywały zmian w badaniu USG.

RTG klatki piersiowej bez zmian. W morfologii stwierdzono podwyższony do 15,1% poziom monocytów, poza tym brak odchyień od normy. Stwierdzono także podwyższone stężenie fibrynogenu do 441 mg/dl.

W wykonanej biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej stwierdzono elementy odczynowego węzła chłonnego.

Chora została zakwalifikowana do zabiegu usunięcia guza szyi w znieczuleniu ogólnym dotchawiczym. Z cięcia w bruździe skórnej w okolicy podżuchwowej lewej wyłuszczone w całości otorebkowany guz przylegający do ślinianki podżuchwowej.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10167845>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10167845>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)