

616.428-007.61-079.4

## OBTÍŽNOST DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKY PERIFERNÍHO UZLINOVÉHO SYNDROMU

MUDr. Hana PETŘÍČKOVÁ, kapitán Jaroslav STRÁNSKÝ, prom. lék.  
II. vnitřní oddělení Ústřední vojenské nemocnice, Praha  
(náčelník generálmajor MUDr. Jiří SMRČKA)

Věnováno k narozeninám plukovníci MUDr. Emě ALTRICHTEROVĚ-HAVASOVĚ

Zvětšení periferních mízních uzlin je častý příznak řady nejrůznějších onemocnění. Je důležité včas rozhodnout, zda jde o onemocnění zánětlivé (netuberkulózní či tuberkulózní) nebo o tumor (benigní či maligní).

Uvádíme dva případy periferního uzlinového syndromu, u nichž nám rozpoznání patogenetického činitele působilo poměrně značné diferenciálně diagnostické obtíže.

Vojín zákl. sl. P. S., 20letý kuchař, byl léčen na II. vnitřním oddělení ÚVN Praha v r. 1962 (č. ch. 1440/125). V r. 1951 byla u něho provedena pro občasně angíny tonsilektomie. V r. 1962 asi 3 dny před přijetím měl bolesti v krku, pro něž byl léčen na ošetravně útvaru penicilínem. Pro přetrvávající zvýšené teploty byl odeslán k hospitalizaci. Objektivní nález při přijetí: slabá výživa, chrup silně karlézní, spojivky lehce nastříklé, nosohltan zarudlý, stav po tonsilektomií, na pravém oblouku patrovém dvě afty a jedna plošná exulcerace žlutavě povleklá. Podčelistní uzliny oboustranně zvětšené do velikosti bobu, v levé axile několik uzlinek velikosti fazole, v pravé axile ojedinělá uzlina velikosti lískového ořechu. Tříselné uzliny velikosti hrášku. Na plicích zostřené dýchání se záplavou pískotů a vrzotů. Břicho měkké, dobře prohmatné, játra mají celkovou přední plochu 14 cm, přesahují asi 2 prsty přes oblouk žeberní, okraj oblý, mírně citlivý, normální konsistence, hladkého povrchu, slezina dosahuje asi 2 prsty pod oblouk žeberní, měkká, citlivá. Laboratorní vyšetření: FW 15/42, v krevním obraze opakovaně leukocytóza kolem 12 700, lymfocytóza (39 %), transaminázy: GPT 100j KA, GOT 2j KA. Otorinolaryngologické vyšetření: sliznice nosní lehce prosáklá, na pravém oblouku patrovém a na zadní stěně hltanu shluk plošných ulcerací, laryngoskopicky na levé straně epiglotis drobné afty, ulcerace, sliznice zarudlá. Ve výtěru z krku běžná flóra. Ve sternální punkci erytroidní složka normální, v některých myeloblastech poněkud větší nukleoly. Paul-Bunne-lova reakce normální, Mantoux I. až III. negativní, Middle-

Brookova reakce negativní. Průběh onemocnění: zvýšené teploty se po vystředání penicilínu aureomykoinem normalizovaly, došlo k výraznému ústupu zánětlivých změn v dutině ústní, v hltanu a hrtanu, ustaly úporné dysfagické obtíže a zmenšila se slezina, takže stěžl narážela. Onemocnění bylo hodnoceno jako viróza dýchacích cest s výraznou reakcí retikulárního a lymfatického systému. Ale asi 7. den po přijetí si nemocný stěžoval na pálení v palci pravé ruky. Diagnostikováno paronychium. Po 3 týdnech hospitalizace se objevila znovu zvýšená teplota a postupně se zvětšovaly uzliny: v levé podčelistní krajinně zjištěna uzlina tužší konsistence velikosti meruňky, v pravé axile měkká, výrazně bolestivá uzlina se známkami fluktuace. Játra a slezina se opět zvětšily. Vystoupily hodnoty transamináz. Při pokusu o extirpaci kolikované uzliny v pravé axile zjištěn objemný absces a vypuštěno značné množství šedo-zeleného hnisu. Hnis obsahoval polynukleáry, kultivačně byl sterilní, BK negativní. Uzlina pod levým obloukem čelistním byla ozářena 4krát 400 r. Po této léčbě zkolikovala a byla incidována. Nález byl tentýž. Otorinolaryngolog došel k závěru při kontrolním vyšetření, že s největší pravděpodobností jde o tuberkulózní lymfadenitidu a doporučoval antituberkulotika. S touto diagnózou jsme však nemohli souhlasit, protože mnohé klinické příznaky tuberkulózní etiologii uváděly v pochybnost. Proti tuberkulóze svědčily: aftózní stomatitis a laryngitis, rychlý vznik a rychlé změny velikosti uzlin během hospitalizace, výrazný ústup hepatosplenomegalie při léčbě aureomykoinem a také zcela negativní reakce Mantoux. Vzhledem k nápadnému uzlinovému syndromu provázenému hepatosplenomegalií a vzhledem k novému vzplanutí příznaků po přerušení léčby aureomykoinem jsme vyslovili podezření na tularémii. Provedli jsme proto nový důkladný rozbor anamnézy včetně podrobné anamnézy epidemiologické a zjistili jsme, že nemocný asi 10 dní před začátkem onemocnění se řízl nožem do palce pravé ruky při zpracování zajíců ve vojenské kuchyni. Podle sdělení nemocného rána zpočátku klidná začala za několik dní hnísat, pak následovalo bolestivé zduření v axile. Na základě těchto údajů bylo více než pravděpodobné, že jde o tularémii a že paronychium pravého palce, zjištěné

v průběhu léčby interního onemocnění, bylo primárním ložiskem této infekce. Sérologické vyšetření na tularémii ukázalo opakovaně značně pozitivní titry (1 : 320). Léčen 24 g aureomykoinu. Po odstupu 27 měsíců od začátku onemocnění je nemocný zdrav, pracuje, přetrvává mírná splenomegalie a v pravé axile má v okolí jizvy uzliny do velikosti hrachu.

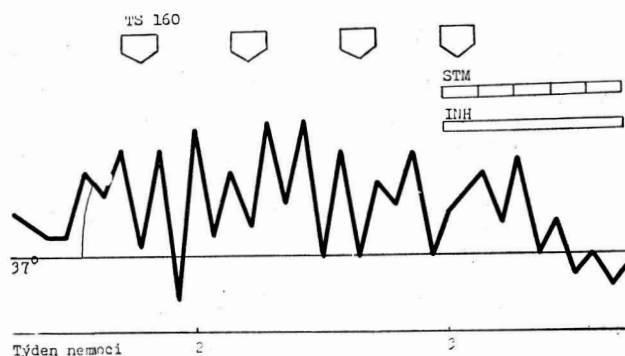
Zprávy z poslední doby ukazují, že tularémie není u nás vzácné onemocnění. Gebhart a Červený (5) v r. 1962 zjistili na Karlovarsku 19 případů tularémie, Prix a Kyntera (14) na Hradecku v r. 1962 8 případů.

Diagnostika se opírá především o anamnézu, v níž odhalíme zpravidla kontakt s nemocným zvířetem. V našem případě by se diagnóza vyjasnila již dříve, kdyby byl nemocný udal zraněný při stahování zajců a kdyby lékař na tuto možnost myslel. Tularemický bubon je pak podle Olsufjeva a Rudněva (12) regionální adenitidou, prvotní bubony vznikají mízní cestou v souvislosti s místem nákazy, zatímco druhotné vznikají hematogenně. U našeho nemocného jsme byli zpočátku též svedeni od správné diagnózy nálezem aftózní stomatitidy a laryngitidy, i když Prix a Kyntera (14) také u svých případů popisují enantémy a Červený a Gebhart (5) exantémy typu erythema exsudativum multiforme Hebrae. V učebnicích se ve shodě s naším případem popisují hepatosplenomegalie, ač výše uvedení autoři pozorovali u svých 19 případů jen dvakrát mírnou hepatomegalii.

Velmi cennou diagnostickou pomůckou bylo sérologické vyšetření krve. Pozitivní titr má průměrné hodnoty 1 : 160 až 1 : 320, během onemocnění je možno pozorovat vzestup titru až na 1 : 2560 a zvýšení dlouho přetrvává po prodělaném onemocnění. Další diagnostickou možností je kultivace Pasteurelly tularensis, jak ji popsali v poslední době Kyntera, Vortel, Kraus (9). Oporou diagnózy je histologické vyšetření uzliny, při němž se zjišťuje specifická granulační tkáň tuberkuloidního typu kolem nekrózy s četnými obrovskými buňkami Langhansova typu. V léčbě se nejlépe osvědčil streptomycin, méně chloramfenikol a tetracyklinová antibiotika. Prednison podle Gebharta (5) nemá určitý vliv na průběh onemocnění.

#### Druhý případ:

Vojín zákl. sl. O. D., 21letý, číšník, byl léčen na II. vnitřním oddělení ÚVN Praha v r. 1962 (č. ch. 4598/383). Míval asi dvakrát ročně angíny. Již ve školním věku mu lékař zjistil zvětšené krční uzliny pod pravým obloukem čelistním velikosti hrášku, které se nezvětšovaly. V r. 1959 byl hospitalizován v nemocnici pro dlouhotrvající teploty 39–40 st., které ustoupily až po infúzi ACTH. V témže roce na podzim byl léčen znovu na interním oddělení nemocnice v Mor. Ostravě pro teploty 38 st., které trvaly 14 dní při současném zvětšení mízních uzlin na krku. Podle lékařské zprávy šlo o sepsis tonsillogenes staphyloc., endocarditis chron. cum insufficiencia valv. mitralis et stenosis ostii ven. sin. Poté provedena tonsilektomie. Další 2 roky byl bez obtíží. V březnu 1962 v druhém roce vojenské služby se dostavilo nechutenství, až odpor k jídlu, v krátké době zhubl asi o 7 kg. Později pozoroval nebolešivé zvětšování uzlin pod pravým obloukem čelistním, v podpaží a v tříselech. Současně se objevily teploty 38 až 39 st. Objektívni nález při přitětí: astenik, bledý, javzk povleklý, stav po tonsilektomii, pod pravým úhlem če-



O. D., 20letý, dg: kazeózně produktivní tuberkulózní lymfadenitis periferních uzlin.

listním je paket uzlin velikosti asi 6 × 3 cm, tuhý, nepohyblivý vůči spodině, nebolestivý, kůže nad uzlinami volná, bez zánětlivých změn. V pravé axile je uzlina velikosti třešně, v tříselech drobné uzliny velikosti hrášku. Játra nezvětšena, přední plocha 12 cm, slezina zřetelně naráží. Laboratorní vyšetření: FW 106/115. Krevní obraz: anémie, anizocytóza, absolutní lymfopenie, posun doleva. Brdčíkova reakce 1,83. Ve sternální punkci mírné zmnožení plazmatického retikula. V elektroforéze bílkovin hypergama-globulinémie 28,8 rel. %. Rtg plic a srdce: vlevo za klíčkem se uloženo několik drobných středně sytých stínků s drobnými kalcifikacemi. Mantoux II. pozitivní. Punkce krční uzliny: známky nekrózy, buňky maligního charakteru nepotvrzeny. Klinicky ani rentgenologicky jsme nemohli potvrdit chlopenní vadu srdeční.

Zpočátku jsme soudili na systémové onemocnění maligní povahy, nejspíše na maligní lymfogramulom, a to z těchto důvodů: výrazně tuhé pakety uzlin krčních, axilárních a tříselných, 3 týdny trvající teploty septického charakteru (viz teplotní křivka), zvětšená slezina, postupná ztráta na váze, anémie, absolutní lymfopenie, posun doleva, vysoká sedimentace, pozitivní Brdčíkova reakce. K potvrzení klinické diagnózy bylo nutné provést ještě histologické vyšetření uzliny, které však nemocný odmítal. Proto jsme z diagnostických důvodů nasadili TS 160 a transfúze. Horečky však neklesly a nedošlo ani ke změně celkového stavu nemocného. Po opakovaném naléhání dal nemocný souhlas k extirpaci některé ze zvětšených uzlin. Provedena extirpace axilární uzliny vpravo. Histologický nález uzliny (dr. Voreith): kazeózně produktivní tuberkulózní lymfadenitis. Nemocný byl tedy přeložen na tuberkulózní oddělení Bulovky, kde byla zahájena léčba antituberkulotiky. Během této léčby za 3 dny teploty poklesly a nastalo celkové zlepšení stavu nemocného. Uzliny se zmenšily. Kultivací z uzliny zjištěny BK pozitivní, rovněž pokus na zvířeti byl pozitivní. Konečná diagnóza: kazeózně produktivní tuberkulózní lymfadenitis krčních, axilárních a tříselných uzlin, ložisková tbc plic (P4), ve fázi infiltrace (1), — /0, B (2), BK kn. Kazeózní tuberkulózní bronchitis s perforací na karině.

Nyní již 2 roky je bez obtíží, pracuje pod pravidelnou kontrolou, léčen dosud Isoniazidem a Cycloserinem. Uzliny se nezvětšují.

Podle Babáka a Tlacha (1, 15) se diagnóza tuberkulózní lymfadenitidy má opírat o tato kritéria: 1. klinický a bakteriologický nález, histologický nález z extirpované uzliny, ev. cytologii z biopsie či punktátu, 2. tuberkulínovou zkoušku s vytitrováním prahu alergie podle Mantouxové, 3. rtg. vyšetření postižené oblasti s důkazem kalcifikovaných ložisek, 4. zjištění přidružené tbc jiných orgánů. Je známo, že v posledních letech obraz tuberkulózy mízních uzlin se mění. Nepozorujeme stavy s rozsáhlými fistulemi a recidivy přicházejí v menším počtu než před érou antituberkulotik. Pozitivní tuberkulí-

nová zkouška může lékaře uvést na správnou cestu, podobně jako diagnostický test antituberkulotiky. U našeho nemocného jsme podání TS 160 při podezření na maligní lymfogramom hodnotili též jako diagnostický test a negativní odezva na toto cytostatikum nás dále nutila provést extirpaci uzliny. Pomoc histologa je rozhodující, jak též uvádí Hoppe (6) na základě rozsáhlých zkušeností. V jedné ze svých prací uvádí rozbor 111 operovaných případů periferního uzlinového syndromu, kde 35 % nemocných bylo léčeno antituberkulotiky, ač nešlo o tuberkulózu, jak bylo později histologicky prokázáno, a 20 % z nich mělo maligní tumor. Je ovšem pravděpodobné, že se ještě často budeme setkávat s tuberkulózou krčních uzlin, i když v modifikovaných klinických projevech. Ke kompletnímu vyšetření je vhodná bronchoskopie, kterou ověřujeme souvislost procesu v periferních uzlinách krčních s endotorakálními uzlinami, ev. adeno-bronchiálními píštělemi.

### Souhrn

Uvedeny kazuistiky dvou diagnosticky obtížných případů periferního uzlinového syndromu, kde etiologicky šlo v prvním případě o tularémii, v druhém případě o kazeózní tuberkulózní lymfadenitidu.

Rozebrány možnosti včasné diagnostiky a zdůrazněna nutnost provést co nejdříve extirpaci postižených uzlin a jejich histologické vyšetření.

### Резюме

Описано два трудных в диагностическом отношении случая увеличения периферических лимфатических узлов. В первом случае этиологическим моментом явилась туляремия, во втором случае — казеозный туберкулезный лимфаденит.

Рассмотрены возможности своевременной диагностики данного заболевания и подчеркнута необходимость как можно более ранней экстирпации пораженных узлов и их гистологического исследования.

### Summary

A case report of 2 enlargements of peripheral superficial lymph nodes, which were difficult to diagnose, is presented. In the first case tularemia was the cause, in the second case caseous tuberculous lymphadenitis.

The possibilities of an early diagnosis are analysed and the necessity is emphasized, to perform as soon as possible an extirpation of the affected lymph nodes for histological examination.

### Literatura

1. Babák M.: Diagnostika tbc periferních lymfatických uzlin u dospělých. Rozhl. tbc 1959/10, 792.
2. Babák M.: Klinický obraz tuberkulózy periferních lymfatických uzlin. Bratisl. lékař. listy 1961/7, 429—436.
3. Babák M.: Léčba tuberkul. periferních lymfatických uzlin, Bratisl. lékař. listy 1959/5, 315—320.
4. Bobek K.: Základy diferenciální diagnostiky vnitřních chorob, SZN, Praha 1963, 293.
5. Gebhart A., Červený R.: Zum klinischen Bild der Tularämie, Innere Medizin 1964/12, 538.
6. Hoppe V.: Operovat či neoperovat uzliny na krku? Praktický lékař 1962/7, 312.
7. Horanský a spol.: Chron. general. tuberkulózní lymfadenitis (Leitner) u 10letého děvčátka. Čs. pediatrie 1961/3, 245.
8. Jurkovič V.: Základy nemocničního a polního vnitřního lékařství, Naše vojsko, 1960, 323—325.
9. Kyntera F., Vortel V., Kraus Z.: Sdělení o primokultivaci Pasteurella tularensis z lymfatické uzliny člověka. VZL 1963/5, 198—199.
10. Lukáš B., Vlasák Z.: Primokultivace Pasteurella tularensis ze spojivkového vaku člověka na jednoduché tuhé a tekuté půdě. Čs. epid. mikrobiol. imunol. 1961/X-2, 121—123.
11. Malachovskij D. J.: Chirurgické léčení tbc perif. lymfatických uzlin a jeho výsledky. Problemy tbc 1959/2, 59—63.
12. Olsufjev N. G., Rudněv G. P.: Tularemija, Gos. izd. med. lit., Moskva 1960.
13. Pasternak N. D.: K cytologické diagnostice tbc. lymfadenitid. Problemy tbc 1960/5, 104—106.
14. Prix R., Kyntera F.: Tularemie v okrese Hradec Králové, Čas. lék. čs. 1964/39, 1065—69.
15. Rokšain D. K.: Tuberkulóza perif. lymfatických uzlin v Burjatské republice. Problemy tbc 1961/1, 62—69.
16. Tlach D.: Zkušenosti s léčbou tbc lymfadenitid. Rozhledy tbc 1958/9, 678.
17. Zeller F.: Häufigkeit und Lokalisation der peripheren Hautnahen Lymphknotentuberkulose. Tuberkulosearzt 1959/4, 254—260.