

616.428-002.5

K TUBERKULÓZNÍM ZÁNĚTŮM PODČELISTNÍCH UZLIN (kasuistické sdělení)

Mjr. MUDr. Pavel VOSKA

Oddělení čelistní a obličejové chirurgie ÚVN

(náčelník: plk. doc. MUDr. Tibor Németh, CSc.)

Příčinou tuberkulózy mýzních uzlin jsou jednak typická mykobakteria typu humánního a bovinního, jednak mykobakteria atypická (fotochromogenní, skotochromogenní, ptačí). Mýzní uzliny na krku a v obličeji se nejčastěji infikují primárně lymfogenně, kdy mykobakterium proniká do uzlin z místa poranění či zánětu sliznice ústní a tonsil, méně často sekundárně lymfogenně z tuberkulózní afekce v dutině ústní, nebo sekundárně hematogenně při generalizované formě tuberkulózy.

Klinicky se rozeznávají dvě formy zánětu, kaseózní a lymfomatózní. U formy kaseózní může být postižena jedna uzlina (nejčastěji to bývá uzlina submentální), častěji však několik uzlin najednou (uzliny submandibulární nebo krční), přičemž stupeň zánětu nemusí být v jednotlivých uzlinách týž. Zatímco některé uzliny tvoří solidní nádorky, jiné podléhají kaseóznímu rozpadu a kolikvaci, perforují a spojují se s kožním krytem píštělí. V tomto stadiu provází zánět v uzlinách i zánět okolních tkání, perilymfonoditis. Vzniká tumor, který má již více nebo méně vyznačenou zánětlivou reakci kožní, má nepravidelný, hrbolatý povrch a je nebolestivý. Forma lymfomatózní je vzácnější a je charakterizována nápadně zvětšenými uzlinami na jedné nebo na obou stranách. Uzliny se nerozpadávají vůbec nebo až velmi pozdě, jsou měkké, pohyblivé a není perilymfonoditis.

Vlastní pozorování

Pacientka M. K., vojákyne z povolání, narozena 1929, byla přijata na naše oddělení v červenci 1979 (č. ch. 286/79 a 300/79) s diagnózou: Infiltrace podčelistních uzlin vlevo.

Z anamnézy: Matka a sestra byly v minulosti léčeny na tuberkulózu plic. Pacientka asi ve 14 letech údajně po stomatologickém výkonu (intraorální incize dentogenního abscesu) pozorovala zvětšení několika uzlinek v podčelistní krajině vlevo. Zduření bylo tuhé, stacionární, pacientce nepůsobilo obtíže. Asi měsíc před přijetím pozorovala zvětšení uzlin, občasnou bolestivost a tlak v podčelistní krajině. Ošetřující lékařkou byla odeslána na naše oddělení.

Vyšetřením jsme zjistili tuhý infiltrát velikosti asi 5 × 5 cm, který vyplňoval prakticky celou podčelistní krajinu vlevo (obr. 1). Infiltrát na povrchu nepravidelně hrbolatý byl fixován ke spodině, kůže nad ním byla klidná, volně pohyblivá, bez známek zánětu. Palpačně pacientka udávala mírnou bolestivost, fluktuace nebyla hmatná. Intraorálně jsme zjistili sanovaný chrup, sliznici dutiny ústní bez patologických změn, tonsily klidné, jazyk nepovleklý, volně pohyblivý.

Po zhodnocení nativního snímku, na kterém byly patrné četné kalcifikace nepravidelné struktury v měkkých tkáních (obr. 2) jsme diagnózu upřesnili jako susp. tuberkulózní zánět podčelistních uzlin vlevo. Rtg vyšetření plic a tuberkulinová reakce Mantoux II byly negativní. Rovněž základní laboratorní vyšetření nevykazovala patologické hodnoty.

Po dohodě s oddělením tuberkulózy a respiračních nemocí ÚVN jsme zahájili antituberkulózní léčbu v dávkách 1 g STM a 300 mg INH denně. Po týdnu jsme přistoupili k extirpaci postižených uzlin v celkové anestézii. Při operaci jsme našli paket zvápenatělých, kaseifikovaných a kolikvujících uzlin pevně spojených vazivem, které jsme v celku extir-



Obr. 1.

povali. Z uzlin byl vyjmut konkrement velikosti 1×1 cm (obr. 3).

Materiál jsme odeslali na bakteriologické, mikroskopické a histologické vyšetření. Bakteriologické ani mikroskopické vyšetření nepotvrdilo přítomnost mykobaktérií ve vzorku. Až histologické vyšetření (č. 1996/79, pat. anat. odd. ÚVN) s nálezem kalcifikační nekrózy lemované epiteloidními buňkami a ojedinelými obrovskými buňkami Langhansova typu podpořilo naši předběžnou domněnku.

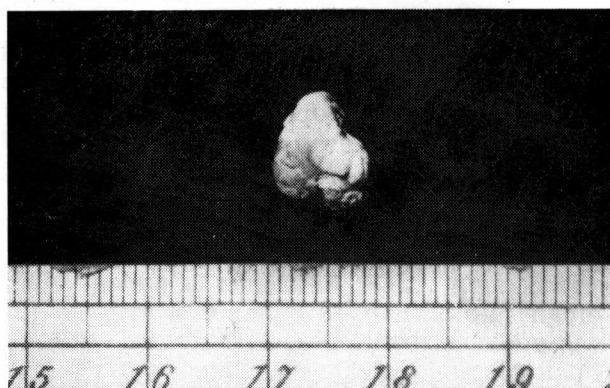
Pacientka byla po zhojení rány p. p. i. propuštěna do domácího léčení 7. den po operaci. STM byl aplikován do celkové dávky 18 g, INH v denní dávce 300 mg ještě několik týdnů po operaci. Dále se pacientka podrobila dlouhodobé klimatoterapii ve VÚCHP Nová Polianka. Při kontrolním vyšetření na našem oddělení byla bez obtíží.

Diskuse

Případ jsme uzavřeli jako kaseózní formu tuberkulózního zánětu podčelistních uzlin. Při stanovení původní diagnózy jsme se především opírali o dlouhodobou anamnézu, nevýrazný klinický průběh, klinické vyšetření a zejména o typický rtg nález s množstvím kalcifikací.



Obr. 2



Obr. 3

Naše podezření s konečnou platností potvrdil především peroperační a histologický nález.

Podle většiny autorů je tbc lymfonoditis částí primárního komplexu, který je patologicko-anatomicky charakterizován přítomností primárního afektu, ze kterého se mykobakteria dostávají do příslušné lymfatické uzliny. Zde se množí, dochází k exsudaci do uzliny doprovázené jejím zduřením. Později exsudát podléhá kaseifikační nekróze. Primární afekt často unikne pozornosti pacienta. Má se za to, že sám nepozorovaně mizí, nebo že splyne s jinými nespecifickými zánětlivými ústními příhodami. V našem případě byla velmi pravděpodobně vstupní branou infekce incize dentogenního abscesu, po které přetrvávalo dlouhá léta nebolestivé zvětšení podčelistních uzlin. I tento dlouhodobý nevýrazný klinický průběh podporuje diagnózu tuberkulózního procesu.

Diferenciálně diagnosticky je zde nutné odlišit především nespecifické záněty uzlin dentogenního i jiného původu, dále záněty měkkých tkání kolem čelistí, choroby slinných žláz, kongenitálně založené krční nebo epidermální cysty, mononukleózu, toxoplazmózu a celou skupinu lymfomů. Pro praxi je důležité si uvědomit, že specifická granulační tkáň může být sekundárně infikována pyogenní flórou, která vytvoří nad kalcifikátem nespecifický absces, který tbc proces maskuje a může být příčinou diagnostického omylu. Dobrým vodítkem je nález kalcifikací na rtg snímku. Podobný rtg obraz však vytváří i sialolitíáza, flebolity v hemangiomech, eventuálně cizí tělesa. Tuberkulinová zkouška ani mikroskopické a kulturační vyšetření není spolehlivým ukazatelem. Dignózu většinou potvrdí s konečnou platností histologické vyšetření.

Léčba je chirurgická a záleží v exstirpaci postižených uzlin. K exstirpaci jsou indikovány ty uzliny, které se infikují primárně, akutně zkaseifikují a zkolikvují, dále uzliny zkalifikované a zdánlivě vyhojené, poněvadž je u nich možná nová exacerbace s následnou kolikvací a tvorbou píštělí, a konečně uzliny, které po stabilizaci plicního procesu antituberkulotiky zůstaly zvětšené, jsou měkké a hrozí provalením navenek. Tuberkulózní uzliny exstirpujeme vždy po dohodě s ftizeologem, který řídí celkovou léčbu antituberkulotiky.

Závěr

V předložené kasuistice chceme upozornit na některé obtíže při diagnostice a léčbě tuberkulózních zánětů mizních uzlin v oblasti obličeje a krku. Na tuberkulózní lymfonoditidu musíme myslet všude tam, kde se jedná o dlouhotrvající zduření uzlin bez alterace celkového stavu, při nevýrazném klinickém průběhu. Vždy je nutná úzká spolupráce s ftizeologem, který by měl provést celkové vyšetření a určit léčbu antituberkulotiky. Exstirpaci postižených uzlin je nutno zajistit dostatečnou hladinou antituberkulotik, která se aplikují ještě dlouho po operativním výkonu.

Souhrn

V předloženém sdělení jsou demonstrovány některé obtíže při diagnostice a léčbě tuberkulózních zánětů mizních uzlin obličeje a krku. Je zdůrazněna úzká spolupráce s ftizeologem, zejména nutnost dlouhodobého podávání antituberkulotik před i po chirurgickém výkonu.

Literatura

1. Jirousek, Z.: Poznámky k tuberkulózním zánětům mizních uzlin orofaciální oblasti. Čs. stomatol., 67, 1967, č. 5, s. 366–369.
2. Toman, J.: Ústní a čelistní chirurgie. Praha, Avicenum 1972.
3. Toman, J.: Tuberkulóza úst a mizních uzlin obličeje a krku. Čs. stomatol., 61, 1961, č. 1, s. 13–28.

Klíčová slova: Podčelistní uzliny; Tbc.