

NODÓZNÍ STRUMA S UZLINOVÝM SYNDROMEM

prof. MUDr. Vladimír Mihál, CSc.¹, MUDr. Kamila Michálková², MUDr. Jitřenka Venháčová¹, MUDr. Jiřina Zapletalová, Ph.D.¹, MUDr. Zbyněk Novák¹, MUDr. Ladislava Kučerová³, MUDr. Milada Dušková³, MUDr. Dana Houserková², MUDr. Milan Dočkal⁴, MUDr. Renata Kučerová⁵, MUDr. Ingrid Vlčková⁶, MUDr. Hana Köcherová⁷, RNDr. Marie Budíková⁸, MUDr. Zdeněk Zlámal, CSc.⁹

¹Dětská klinika LF UP a FN Olomouc,

²Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc,

³Ústav patologie LF UP a FN Olomouc,

⁴Klinika nukleární medicíny FN Olomouc,

⁵Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc

⁶Otolaryngologická klinika LF UP a FN Olomouc,

⁷Dětské středisko Tršice,

⁸Imunoanalytická laboratoř KNM FN Olomouc,

⁹I. chirurgická klinika LF UP a FN Olomouc

Prezentována kazuistika 13,5letého chlapce s pravostranným krčním uzlinovým syndromem a uzlem v levém laloku štítné žlázy. Palpační a ultrasonografický náález spolu s přítomností rizikových faktorů (pohlaví, věk, zvětšení krčních mízních uzlin) vzbuzovaly podezření z malignity, která však histologickým vyšetřením potvrzena nebyla. Jsou uvedeny jednotlivé diagnostické kroky a diferenciálně-diagnostická rozvaha u krční lymfadenopatie a nálezu uzlu ve štítné žláze.

Anamnéza

Chlapec (13,5 let) s nevýznamnou rodinnou anamnézou, dva bratři zdraví, bratr matky měl ve 38 letech infarkt myokardu. Porod proběhl v termínu, PH/PD 3900 g/50 cm, kojen byl do 6 měsíců, očkován dle kalendáře, v batolecím období časté středoušní záněty, naposledy byl nemocen před půl rokem. Je v péči dětského kožního lékaře pro trudočinu, léčen ambulantně. Alergologická anamnéza negativní, žije v rodinném domku, kde chovají kočky.

Nynější onemocnění

Před 14 dní pozorovala praktická dětská lékařka zvětšení pravé nadklíčkové mízní uzliny, která nejevila známky fluktuace. Chlapec byl konziliárně vyšetřen na ORL klinice, kde kromě průkazu pravostranné nadklíčkové (23×9 mm) a krční (9 mm) **lymfadenopatie** pomocí ultrazvuku byla zjištěna **cysta** s intracystickou solidní vegetací v levém laloku **štítné žlázy**. Chlapec byl odeslán k vyšetření na Dětskou kliniku, kde byla doporučena hospitalizace za účelem kompletního vyšetření.

Hospitalizace

Při přijetí: pacient eutrofický, plně lucidní, výška 174 cm, váha 71 kg, krevní tlak 130/80 mm Hg, V. stadium puberty, spolupracující, nosohltan klidný, tonzily čisté. Na první pohled byl patrný zvětšený levý lalok štítné žlázy, který byl palpačně tužší, nebolestivý s rezistencí velikosti asi 2,5 cm, nápadně tvrdou a nehomogenní – velmi suspektní z malignity. V pravé nadklíčkové jamce byla znatelná zvětšená lymfatická uzlina asi 3 cm v průměru, měkká, pohyblivá, drobné uzlinky i za pravým kývačem. Chlapec měl rozsáhlá ložiska akné na zádech v oblasti m. trapezius. Klinicky nebyly přítomny známky dysfunkce štítné žlázy.

Poslechový náález na srdci a plicích byl fyziologický. Břicho měkké, játra nehmatná, slezina lehce narážela.

Pomocná vyšetření

Leukocyty $8 \times 10^9/l$, erytrocyty $5,8 \times 10^{12}/l$, Hb 168 g/l, trombocyty $234 \times 10^9/l$, dif. rozpočet: granulocyty 39 %, tyčky 18 %, eozinofily 3 %, monocyty 10 %, lymfocyty 30 %.

FW: 2/4, CRP 1 mg/l, moč + sediment: normální náález.

TSH 1,761 mU/l (norma: 0,35–5,5), volný T4 14,86 pmol/l (N: 11,5–22,7), volný T3 6,06 pmol/l (N: 3,54–6,47), anti-hTG <5 kU/l (N: 0–50), anti-TPO <5 kU/l (N: 0–20), thyreoglobulin 6,4 µg/l (N: 0–75), kalcitonin <1 pg/ml (N: 0–10), Ca 2,45 mmol/l, Mg 0,83 mmol/l, P 1,48 mmol/l.

CMV ELISA IgG pozitivní (anamnestické protilátky), IgM negativní.

Anti VCA IgG 79,000 AU/ml pozitivní, anti VCA IgM 2,000 AU/ml negativní, anti EBNA IgG 62,000 AU/ml pozitivní – séropozitivita bez známek aktivní infekce, anamnestické titry protilátek.

Anti-Toxocara canis IgG 0,123 negativní, (výsledek platí i pro Toxocara cati – zkřížená reaktivita s rodovým antigenem)

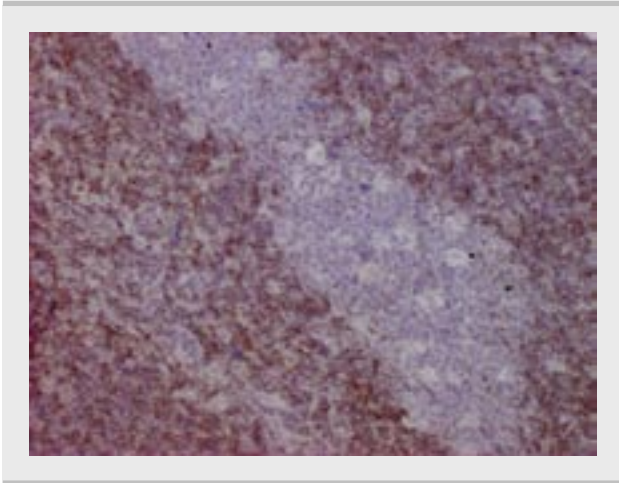
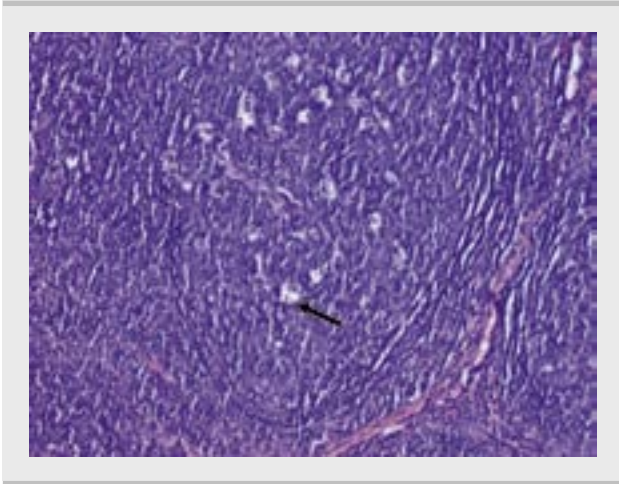
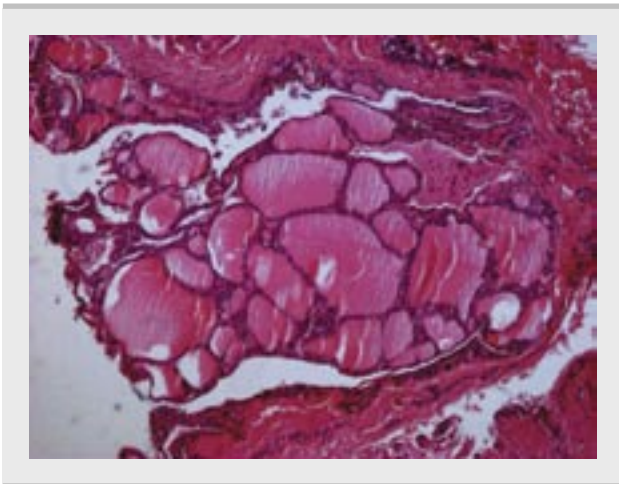
Borrelia ELISA IgG 0,316 negativní, IgM 0,194 negativní.

Dermatologické vyšetření: papulopustulózní forma akné, s tmavými hyperpigmentacemi po odhojených lézích.

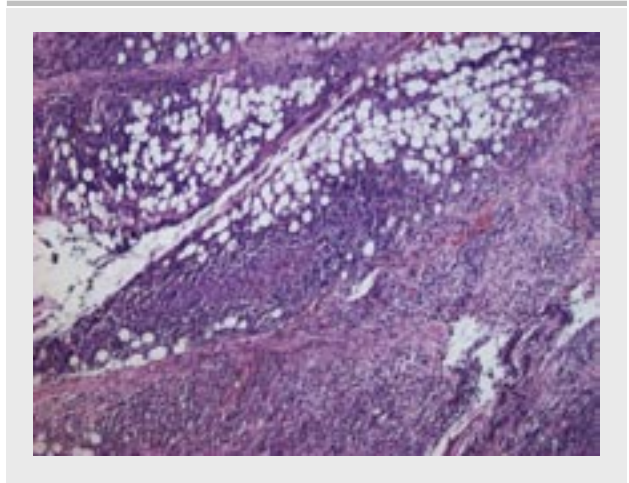
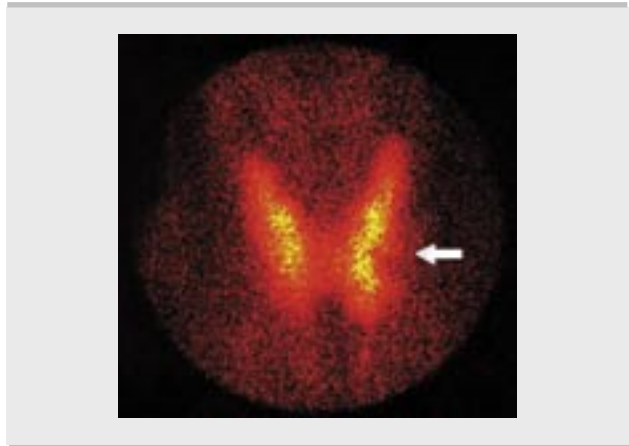
Zobrazovací vyšetření

Rtg plic a mediastina: normální náález, šíře mediastina přiměřená.

Ultrasonografie: Pravý lalok štítné žlázy je beze změny. V levém laloku je oválný anechogenní útvar (26×10 mm),

Obrázek 1. Reaktivní lymfadenitida – zárodečné centrum bcl-2 negativní, 100x**Obrázek 2.** Reaktivní lymfadenitida – zárodečné centrum s fagocytujícími makrofágy (šipka), HE 100x**Obrázek 3.** Štítná žláza – struma, HE 40x

na jeho zadní stěnu nasedá hyperechogenní intracystická vegetace (polypovitá) asi 10×3 mm velká (obrázek 6), která je při CFM výrazně prokrvená. Obsah cysty je nehomogenní. Další ložisko je v dorzální části levého laloku veli-

Obrázek 4. Lymfatická uzlina – perilymfadenitida, HE 40x**Obrázek 5.** Funkční scintigrafie štítné žlázy – solitární inaktivní léze v latero-kaudální partii levého laloku. Pravý lalok je scintigraficky intaktní.**Obrázek 6.** Na UZ obrázku zachycen levý lalok štítné žlázy příčně. V centrální části anechogenní formace s intracystickou hyperechogenní vegetací na zadní stěně.

kosti asi 6×4 mm. Vpravo supraklavikulárně v dolní části krku jsou zvětšené mizní uzliny asi 23×15 mm a 12×7 mm a 9 mm v průměru, jsou výrazně hypoechogenní, jemně zrnité struktury (obrázek 7), při CFM hodně prokrvené

Obrázek 7. UZ pravého nadklíčku – výrazně hypoechogenní oválná zvětšená mízní uzlina



Obrázek 8. Pod UZ kontrolou provedená punkce tenkou jehlou intracystické vegetace (na snímku je vidět hyperechogenní hrot jehly)



Obrázek 9. Karcinom štítné žlázy prezentující se krční lymfadenopatií (šipky)



a PI je vysoký – asi 1,7. Při kyvači vpravo další uzlinky, hyperechogenní s hypoechogenním lemem a maximální velikosti asi 8×4 mm. V dutině břišní ani v mediastinu lymfadenopatie nenalezena. Hraniční velikost sleziny.

Funkční scintigrafie štítné žlázy: solitární inaktivní léze s palpačním korelátem v laterokaudální partii levého laloku. Právý lalok je scintigraficky intaktní. Závěr: *struma nodosa I. sin* – inaktivní adenom – *s uzlinovým syndromem* (obrázek 5).

Punkce nadklíčkové uzliny tenkou jehlou: pestrá lymfoidní populace s převahou středních a menších zralých lymfocytů, příměsí centrocytárně-centroblastické a preimunoblastické složky, několika eozinofily a mastocyty. Atypie nezastřižena.

Lymfoidní elementy s velkým počtem buněk zárodečných center a s četnými fagocytujícími makrofágy, jejichž počet je dosti vysoký, ojediněle jsou přítomny až drobné uzlíky z karyorhektického a apoptotického debris. Nález svědčí pro *reaktivní lymfadenitidu*.

Cílená punkce (USG) uzlu štítné žlázy: v preparátech ze zkumavky koloid s četnými siderofágy, nádorové buňky nejsou přítomny (obrázek 8).

Průběh hospitalizace

Chlapec byl přijat k vyšetření pro krční uzlinový syndrom vpravo a levostrannou nodózní strumu. Na základě provedených vyšetření a konzultace s dětským chirurgem byl indikován operační výkon s tím, že jeho rozsah bude zvažován dle výsledku peroperační histologie levé nadklíčkové mizní uzliny a štítné žlázy. Vzhledem k tomu, že peroperační kryo-vyšetření mizní uzliny i části štítné žlázy neprokázalo malignitu, byla provedena pouze resekce cysty levého laloku thyroidey a extirpace nadklíčkové mizní uzliny. Histologické vyšetření extirpované mizní uzliny potvrdilo diagnózu reaktivní lymfadenopatie (obrázek 1, 2 a 4). Histologie štítné žlázy prokázala nodózní strumu bez přítomnosti neoplastické tkáně (obrázek 3).

Diskuze

Většina tyreoidálních uzlů u dospělých osob je benigních. U dětí je riziko malignity vyšší. Pokud není prokázán medulární karcinom nebo nediferencovaný anaplastický karcinom, pak při včasném zachytu a adekvátní léčbě je prognóza pacienta z hlediska dlouhodobého přežití příznivá. Faktory, jakými jsou věk pacienta (adolescenti a starší lidé nad 60 let jsou rizikové skupiny), solitární studený uzel (multinodulární léze jsou méně často maligní a vznikají spíše při jodovém deficitu), zvětšování uzlu, jeho konzistence „tvrdý jako kámen“, které jsme pozorovali i u našeho pacienta, zvyšují podezření na nádorovou etiologii.

Karcinomy štítné žlázy, zejména medulární, ale i papilární, rychle metastazují převážně do řetězce hlubokých krčních uzlin (3), kde tvoří obraz „laterální aberantní štítné žlázy“ (obrázek 9). Metastázy do nadklíčkových mizních uzlin jsou méně časté. V rámci diferenciální diagnostiky krčního uzlinového syndromu (1) je nutné pátrat po přítomnosti ložiska ve štítné žláze. Jednoznačné vysvětlení pro reaktivní lymfadenopatii, která kromě punkční cytologie byla potvrzena i histologickým a histochemickým vy-

šetřením extirpované uzliny, nemáme. Nadklíčkové uzliny drénují veškerou horní část těla, včetně břicha. Pravá nadklíčková uzlina drénuje oblast plic a mediastina a k jejímu zvětšení dochází zejména při nitrohručních zánětlivých procesech (2). Papulopustulózní forma trudoviny, pro kterou je náš pacient v péči dermatologů, by proto mohla být jednou z příčin aktivované uzliny.

Literatura

1. Kelly CS, Kelly RE. Lymphadenopathy in children. Ped Clinics North Am, 1998; 45 (4): 875–888.
2. Mihal V. Zvětšení lymfatických uzlin u dětí – I. část Pediatrie pro praxi, 2000; 1, (3): 111–114.

Aspirační biopsie tenkou jehlou při správném technickém provedení a cytologickém vyhodnocení zkušeným patologem slouží k rozlišení benigních a maligních uzlů. Přesně lze diagnózu stanovit pouze histologickým vyšetřením neoplastické tkáně!

3. Woolner LB, Beahrs OH, Black BM, et al. Classification and prognosis of thyroid carcinoma. Am J Surg, 1961; 102, 354–358.

XX. DNY KLINICKÉ A PRAKTICKÉ PEDIATRIE

kompletní přednášky naleznete na

www.solen.cz