

Diferenciální diagnostika krčních lymfadenitid u dětí

doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc.

ORL specialista, Praha

Sdělení pojednává o diferenciální diagnostice krčních lymfadenitid u dětí. Tyto záněty můžeme dělit podle etiologie, lokalizace uzlin a časového průběhu. Jsou uvedeny jednotlivé typy nejčastěji se vyskytujících zánětů, jejich klinické projevy, diagnostika a léčba. Dále jsou zmíněny nádory zevního krku, které je nutno v diferenciální diagnostice vzít v úvahu. Postavení ambulantního pediatra je výjimečné tím, že většinou zná své pacienty od narození. Proto může dobře zhodnotit dynamiku procesu a eventuální spoluprací s kolegy jiných oborů (ORL lékař, hematolog, dětský onkolog) dospět k včasné diagnostice a léčbě.

Klíčová slova: krční lymfadenitis, diferenciální diagnostika, děti, nádor.

Differential diagnostics of cervical lymphadenitis in children

This article deals with differential diagnostics of cervical lymphadenitis in children. These inflammations can be divided into groups by etiology, localization of nodes and time course. There are individual types of inflammations that occur most frequently, their clinical symptoms, diagnostics and therapy. Furthermore the tumours of neck that should be taken into account while making differential diagnosis are referred to. The position of a paediatrician is unique as he usually knows his patients from their birth. Therefore he can assess well dynamics of the process and in cooperation with other specialists (an ENT specialist, a haematologist, a paediatric oncologist) can achieve a timely diagnostics and therapy.

Key words: cervical lymphadenitis, differential diagnostics, children, tumour.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(6): 361–363

Úvod

Na zevním krku je asi 300 z 800 mízních uzlin lidského těla, klinicky významné jsou 4 oblasti:

1. submandibulární – svědčí pro patologii v dutině ústní
2. na soutoku vena jugularis interna a vena facialis – spádová oblast mezofaryngu, hypofaryngu, laryngu a štítné žlázy
3. uzliny za horní částí m. sternocleidomastoideus – nosohltan
4. nadklíčkové – patologie hrudní a břišní dutiny, výjimečně končetin (1, 2)

U dětí někdy hovoříme o tzv. lymfatickém typu dítěte, takové dítě má zbytnělou tonsila pharyngica – adenoidní vegetace, hypertrofické patrové tonzily a zvětšené krční uzliny, které jsou v klidovém období ohraničené a nebolestivé.

Běžné vyšetření zevního krku zahrnuje aspiraci a šetrnou citlivou palpaci, pacient je svlečený do půl těla.

Rozdělení lymfadenitid

Záněty krčních uzlin, lymfadenitidy, můžeme dělit podle různých hledisek. Podle etiologického agens může jít o afekce virové, bakteriální nebo specifické. Průběh může být akutní, subakutní či chronický.

Podle lokalizace mohou být postiženy povrchové či hluboké krční uzliny (1, 3, 4).

Lymfadenitis colli acuta non specifica

Kožní afekce hlavy, virové i bakteriální, mohou být příčinou lymfadenitis povrchových uzlin. Afekce v nosohltanu vede ke zvětšení uzlin pod horní třetinou kývače. Hluboké parajugulární uzliny nad soutokem v. jugularis interna a v. facialis communis jsou zvětšené při patologickém procesu v oblasti hltanové branky a tonzil.

Jde-li o povrchové uzliny, jsou při palpaci elastické, citlivé až bolestivé. Po zhojení primárního infektu zduření ustoupí. Zánět uzlin nad soutokem v. jugularis interna a v. facialis communis se projeví palpační bolestivostí před kývačem, v diagnostice pomáhá ultrasonografie (1, 5). Pediatr či praktický lékař vyšetří hlavu, nos, krk, dle potřeby provede výtěr z krku na bakteriologické vyšetření. Kariézní chrup bývá častou příčinou lymfadenitis, jde o fokus, který je nutné sanovat, i když jde o primární dentici. Terapie se řídí základním onemocněním, někdy je namístě spolupráce s ORL lékařem, při závažnějším průběhu onemocnění hospitalizace (6). Z antibiotik při ambulantní léčbě můžeme uvést spiramycin, který proniká dobře do lymfatické tkáně.

Lymfadenitis acuta abscedens

U malých dětí jsou často postiženy submandibulární uzliny. V této krajině vidíme vyklenu-tí, zarudnutí, při palpaci je přítomna fluktuace

(obrázek 1). Diagnózu potvrdí sonografie, v případě abscesu je kromě parenterálně podaných antibiotik indikována punkce, incize a drenáž (4). Samozřejmostí je krátkodobá celková anestezie během chirurgického zákroku, onemocnění při správném postupu rychle odeznívá. U adolescentů a dospělých můžeme vzácně

Obrázek 1. Lymfadenitis acuta abscedens



pozorovat závažnou komplikaci angín – zvětšení uzlin v oblasti karotického trigona – nemocný má horečku, výraznou bolest, antalgické držení hlavy. Stav vyžaduje intenzivní komplexní léčbu při hospitalizaci.

Syndrom infekční mononukleózy

Vyvolavatelem je v 80 % Epstein-Barrové virus, v 10 % cytomegalovirus, ve zbývajících 10 % adenovirus a rubeola. Nemocný je schvácený, má horečku, na tonzylách jsou bělošedé povlaky, při postižení tonsila pharyngica vidíme výjimečně i bělavý povlášek za uvulou. Uzliny na krku jsou zvětšené, bolestivé, symetrické, často je současně spleno- a hepatomegalie.

Krevní obraz a nátěr na sklíčko prokazuje lymfocytózu s výskytem atypických lymfoidních monocytů a zvýšeným titrem heteroprotilátek v séru. K jejich průkazu slouží Paulova-Bunnelova reakce nebo Ericsonův OCH test. Ten je pozitivní po 2 týdnech onemocnění. Může být negativní u dítěte mladšího 5 let, avšak sérologický test EBV bývá pozitivní. Terapie je symptomatická, při výrazné splenomegalii, obstrukci dýchacích cest, myokarditidě nebo hemolýze se doporučuje prednison (6).

Subakutní či chronická lymfadenopatie může být EBV etiologie, dále bývá přítomna při některých vrozených metabolických vadách, například Niemannově-Pickově chorobě. Lymfadenopatie u únavového syndromu a autoimunitních chorob (například systémového lupus erythematoses) se týkají hlavně dospělých (1, 5).

Specifické lymfadenopatie zahrnují TBC, nemoc kočičího škrábnutí, tularémii, toxoplazmózu, syfilitickou a HIV lymfadenitis.

Tuberkulózní lymfadenopatie se projevuje jednostranným, nebolestivým zduřením uzlin pod úhlem mandibuly, většinou jde o náhodný nález (obrázek 2). Příčinou může být také atypické (netuberkulózní) mykobakterium – *Mycobacterium avium intracellulare*. Častěji jsou postiženy nekalmetizované děti. V diagnostice nám pomáhá RA, tuberkulinové testy, indikovaně histologické vyšetření exstirpované uzliny. Při potvrzení diagnózy je léčba v rukou pneumologa (6–8).

Nemoc kočičího škrábnutí je způsobena virem, v místě škrábnutí se vytvoří pustulózní ranka a ulcerace. Za 3–5 týdnů dojde ke zvětšení spádových uzlin, které jsou fixovány ke spodině, může dojít k jejich kolikvaci a vytvoření píštěle.

Histologické vyšetření exstirpované uzliny nám určí diagnózu, další léčba není nutná. **Tularémie** – způsobená *Francisella tularensis*, rezervoárem bývá hraboš polní, zajíc či králík,

přenašečem hmyz. K nákaze dochází buď přímo, nebo i nepřímo kontaminovanou vodou, požitím neomytého jablka. Zvýšený výskyt této infekce byl pozorován v České republice po povodních v roce 2002.

Při ulceroglandulární či oralglandulární formě se vytvoří píštěl, krční uzliny jsou hladké, nebolestivé, mohou zhnisat, je pozorován i sýrovitý obsah. V diagnostice klademe důraz na anamnézu, sérologie je pozitivní koncem 2. týdne (více než 1:80), důležitá je dynamika. Při včasné diagnostice a léčbě je průběh příznivý, z antibiotik se uplatňuje gentamycin s monitorováním hladiny, obvykle 6–10 dnů, alternativou je tetracyklin hydrochlorid. Při kolikvaci uzliny je indikována její exstirpace (4).

Toxoplasmósis. Vyvolává ji *Toxoplasma gondii* – zdrojem je kočka, pes nebo králík. Ke klinickým příznakům akutní infekce patří malátnost, únava, zvýšené teploty, bolesti hlavy. Postižené uzliny nejsou příliš velké, jsou tuhé a bolestivé, nekolikvují. Diagnostika se opírá o sérologické vyšetření, indikovaně histologické vyšetření exstirpované uzliny. Léčíme pouze akutní formy infekce – kombinací pyrimethamin + sulfonamid, gravidní ženy spiramycinem. Lymfadenitis bez celkových symptomů není nutné léčit. **Lymfadenitis syfilitická** se u dětí a mladistvých vyskytuje výjimečně. V případě I. stadia se za 4–5 dnů po vzniku primárního afektu vytvoří jednostranné tuhé, nebolestivé uzliny. V případě II. stadia jsou uzliny generalizované, gumovité, diskretní (9).

Lymfadenitis HIV etiologie se týká hlavně dospělých. Za 3–6 týdnů po primoinfekci nastává akutní fáze projevující se chřipkovými příznaky. Asymptomatická fáze trvá několik měsíců až let, vyvíjí se perzistující generalizovaná lymfadenopatie. V diagnostice se uplatňují citlivé PCR testy pro stanovení HIV DNA v buňkách a HIV RNA v plazmě.

Diskuze

Pediatr poměrně často zjistí u svých pacientů zvětšené krční uzliny. Důležité je rozeznat, zda jde o prostou hyperplazii, kterou pozorujeme u tzv. lymfatického typu dítěte, o lymfadenitis jako reakci na zánět v oblasti hlavy a krku či o nádorové postižení uzlin. Důležitá je RA, OA, epidemiologická anamnéza, palpační nález, bolestivost, eventuální fluktuace, vztah ke spodině, dynamika procesu. Z laboratorních a dalších vyšetření, která nám pomáhají ve stanovení diagnózy, zmiňuji FW, CRP, KO a diferencíál, ASLO, výtěr z krku, sérologická vyšetření, sonografii. Někdy je namístě spolupráce s ORL lékařem,

stomatologem, pneumologem, infekcionista, imunologem. Léčba závisí na diagnóze, v případě závažného průběhu jsou vhodné konzultace ohledně volby antibiotik, eventuálně chirurgický zákrok (1, 3, 5). **Diferenciálně diagnosticky** přicházejí v úvahu **nádory**, a to jak benigní, tak maligní. Z **benigních** můžeme uvést **angiofolikulární hyperplazii**. Onemocnění má asymptomatický průběh, ojediněle jsou teploty, zvýšená FW, změny v KO. Proces probíhá v nodální i extranodální tkáni, může být intrathorakálně, intraabdominálně, v axile, inguině. Histologicky rozlišujeme hyalinně vaskulární a plazmocelulární typ. Diagnózu stanovíme po exstirpaci uzliny či více uzlin, poté léčbu řídí onkolog (10, 11). Z **maligních** nádorů jsou to nejčastěji lymfomy. **Lymfom Hodgkinova typu** – zpočátku jedna elastická, ohraničená, nepohyblivá uzlina, postupně více uzlin splývá v paket, který je fixován ke spodině. Celkové příznaky – únavnost, ztráta na váze, Pel-Ebsteinův typ horečky jsou přítomny u poloviny dětí. Na základě histologického vyšetření exstirpované uzliny určíme diagnózu, komplexní léčbu řídí onkolog. **Nehodgkinské lymfomy** tvoří heterogenní skupinu s různým stupněm malignity. Uzliny jsou tuhé, nefixované, nebolestivé, později tvoří paket. Systémové projevy se objevují později. Rozlišujeme NHL nízkého, středního a vysokého stupně rizika, B a T typy. Po stanovení diagnózy, ke které přispívá i histopatologické a imunohistologické vyšetření uzlin a klinického stagingu, je zahájena komplexní onkologická léčba (3, 11). **Neuroblastom** se vyskytuje nejčastěji v 1. a 2. roce života, je častější u chlapců, v krční oblasti je lokalizován ve 2–6 %. Jde o ohraničený tumor, při palpaci měkký. **Metastázy** jsou u dětí méně časté než

Obrázek 2. Tuberkulózní lymfadenitis



u dospělých. Podezření z metastázy máme tehdy, je-li rezistence větší než 2–3 cm, tuhá, nebolestivá a fixovaná k okolí. U karcinomu nosohltanu jsou zvětšené uzliny při zadním horním okraji kývače. **Rabdomyosarkom** je příkladem maligního mezenchymálního nádoru, který může být lokalizován v oblasti zevního krku.

Závěr

Ambulantní pediatr většinou léčí své pacienty od narození po dospívání a praxí nabyté zkušenosti palpce zevního krku jsou velmi důležité. Syntézou RA, OA, EA, NO a dynamiky onemocnění pak lékař stanoví diagnózu a doporučí adekvátní léčbu. Akutní lymfadenopatie je zpravidla infekčního původu. Jako etiologické agens přichází v úvahu řada bakterií (stafylokoky, streptokoky, aerobní i anaerobní ústní flóra a další) a virů (EBV, CMV, viry dětských infekčních nemocí aj). U chronické lymfadenopatie přichází z infekčních agens navíc v úvahu i TBC, infekce atypickými mykobakteriemi, toxoplazmóza, může jít i o projev vrozené metabolické vady,

vzácně reakce na léky. Ostatní lymfadenopatie jsou většinou neoplastického původu. Maligní onemocnění mají do 16 let věku stoupající výskyt, 1:600 (incidence je obdobná jako u diabetes mellitus, cerebrálních křečí nebo bakteriální meningitidy) (6). I když se dětský lékař nesetkává s touto problematikou v denní praxi často, včasnou diagnózou ve spolupráci s ostatními kolegy (ORL, hematolog, dětský onkolog) přispívá k úspěšnosti onkologické léčby.

Literatura

1. Klozar J, et al. Nemoci zevního krku, Speciální otorinolaryngologie. Praha: Galén, Karolinum, 2005.
2. Hybášek I. Anatomie zevního krku. Ušní, nosní a krční lékařství. Praha: Galén, Karolinum 1999.
3. Fajstavr J, Vyhnánková L. Diferenciální diagnostika rezistencí na krku. In: Hrodek O, Vavřínek J, et al. Pediatrie. Praha: Galén, 2002.
4. Hybášek I. Nemoci zevního krku. Ušní, nosní a krční lékařství. Praha: Galén, Karolinum, 1999.
5. Mrzena L. Lymfadenopatie krční. Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003.
6. O'Callaghan Ch, Stephenson T. Krční lymfadenitida, tuberkulóza, virus Epstein-Barrové, onkologie. Pediatrie do kapsy. Praha: Grada, 2005.

7. Křepela K. Tuberkulóza a mykobakterií. In: Hrodek O, Vavřínek J, et al. Pediatrie. Praha: Galén, 2002.
8. Mazánek J. Tuberkulóza orofaciální oblasti. Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003.
9. Resl V. Lymfadenitida syfilitická. Lékařské repetitorium. Praha: Galén, 2003.
10. Kabelka Z, Fajstavr J, Vyhnánková L. Čtyři případy angiofolikulární hyperplazie krčních uzlin u dětí. Čes a Slov Otolaryngol 1986; 35(3): 175–178.
11. Kabelka Z. Nádory ORL oblasti u dětí. Multimediální podpora výuky klinických a zdravotnických oborů. <http://mefanet-motol.cuni.cz/clanky.php?aid=16> (poslední aktualizace 23. 9. 2009).

doc. MUDr. Ludmila Vyhnánková, CSc.

ORL specialista

Mendelova 540/21, Praha 4-Háje
vyhnankova.ludmila@seznam.cz

