

Analiza przyczyn powiększonych węzłów chłonnych u dzieci kierowanych do poradni hematologicznej

Analysis of causes of lymphadenopathy in children referred to Hematology Outpatient Clinic

JOANNA ZAWITKOWSKA^{1/}, EMILIA KĄTSKA^{2/}, JERZY KOWALCZYK^{1/}

^{1/}Klinika Hematologii i Onkologii Dziecięcej UM w Lublinie

^{2/}Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Foniatrii i Audiologii UM w Lublinie

Wprowadzenie. Powiększenie węzłów chłonnych u dzieci jest jedną z częstszych przyczyn zgłaszania się do lekarza.

Cel pracy. Analiza przyczyn powiększenia węzłów chłonnych u dzieci.

Materiał i metody. Badaniem objęto 60 małych pacjentów (37 chłopców i 23 dziewczynki, w wieku od 5 miesięcy do 17 lat) poradni hematologicznej, skierowanych na konsultację z powodu powiększonych węzłów chłonnych przez pediatrów, laryngologów i lekarzy rodzinnych. Analizowano przyczyny limfadenopatii, metody diagnostyczne oraz efekty terapeutyczne. W diagnostyce posługiwano się następującymi badaniami: morfologia krwi, OB, LDH, poziom przeciwciał IgM i IgG w kierunku mononukleozy zakaźnej, cytomegalii, toksoplazmozy, USG węzłów chłonnych, jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej.

Wyniki. U 10 z 60 pacjentów w trakcie wizyty w poradni nie potwierdzono powiększenia węzłów chłonnych. U pozostałych 50 pacjentów stwierdzono obustronne powiększenie węzłów chłonnych szyjnych, w tym karkowych – 3, szyjnych po stronie prawej – 2, podżuchwowych po stronie lewej – 1, zausznych po stronie prawej – 2, potylicznych po stronie lewej – 1, szyjnych, pachowych i pachwinowych – 1. U 40 pacjentów przyczyną powiększonych węzłów chłonnych była infekcja górnych dróg oddechowych, u pozostałych – zapalenie ślinianek, ropień okołozębowy, mononukleozą zakaźną, toksoplazmoza, boreliozą. U żadnego dziecka nie rozpoznano choroby nowotworowej, jako przyczyny limfadenopatii.

Wnioski. U większości analizowanych pacjentów przyczyną limfadenopatii była infekcja górnych dróg oddechowych czy miejscowy stan zapalny. Dzieci te nie wymagały leczenia w hematologicznej poradni specjalistycznej.

Słowa kluczowe: *limfadenopatia, dzieci, etiologia, diagnostyka, leczenie*

Introduction. Lymphadenopathy is a frequent problem in children who require medical advice.

Aim. Analyse causes of lymphadenopathy in children.

Material and methods. The study group included 60 patients (37 boys and 23 girls, aged between 5 months to 17 years) referred by pediatricians, laryngologists or family doctors for suspected lymphadenopathy to the Hematology Outpatient Clinic. The causes of lymphadenopathy, diagnostic methods and effectiveness of the applied treatment were analysed. The diagnostic procedures included determinations of blood cell count, BS, LDH, antibody IgM and IgG for mononucleosis, cytomegaly, toxoplasmosis, boreliosis, lymph node and abdomen USG, chest x-ray.

Results. In 10/60 patients, were not enlarged during consultation at the outpatient clinic. Bilateral cervical lymphadenopathy was diagnosed in the remaining 50 children, including nuchal – 3, right-side cervical – 2, left side mandibular – 1, right side retroauricular – 2, left side occipital – 1, cervical, axillary, inguinal – 1. In 40/60 children, upper respiratory tract infections were diagnosed, while in the remaining children lymphadenopathy was found to be due to sialadenitis, peridental abscess, mononucleosis, cytomegaly, toxoplasmosis, boreliosis. Malignancy was not diagnosed in any of the examined children.

Conclusions. The most common causes of lymphadenopathy in analysed children were upper respiratory tract infections and local inflammations. These children did not require to be treated at the hematology clinic.

Key words: *lymphadenopathy, children, etiology, diagnostics, treatment*

WSTĘP

Powiększenie węzłów chłonnych jest jedną z częstszych przyczyn zgłaszania się dzieci do lekarza. Objaw ten powoduje duży lęk u rodziców i zwykle kojarzy się z chorobą nowotworową. W związku z tym, zarówno lekarze pierwszego kontaktu i laryngolodzy powinni posiadać wiedzę na temat etiologii, objawów klinicznych, diagnostyki i terapii, co pozwoli na ustalenie prawidłowej diagnozy. Przyczyną limfadenopatii u dzieci są głównie infekcje bakteryjne i wirusowe górnych dróg oddechowych. Dochodzi wtedy do powiększenia węzłów chłonnych podżuchwowych oraz szyjnych, zwykle obustronnie. Wśród innych przyczyn należy wymienić: cytomegalię, mononukleozę zakaźną, toksoplazmozę, chorobę kociego pazura, choroby autoimmunologiczne, gruźlicę, odczyny poszczepienne [1,2]. Choroby rozrostowe stanowią jedynie 1% przypadków limfadenopatii u dzieci. Najczęściej rozpoznawanymi nowotworami są białaczki, chłoniaki ziarnicze i nieziarnicze, przerzuty w nerwiaku zarodkowym współczulnym oraz mięsaku prążkowanokomórkowym [1,3,4].

Diagnostyka powinna obejmować dokładny wywiad, badanie przedmiotowe, badania laboratoryjne i obrazowe. Przeprowadzając wywiad należy zwrócić uwagę na czas trwania limfadenopatii, towarzyszące objawy ogólne, kontakt ze zwierzętami, kontakt z chorymi na choroby zakaźne. Za pomocą badania palpacyjnego należy ocenić: liczbę powiększonych węzłów chłonnych, lokalizację, wielkość, spoistość, przesuwalność, bolesność. Ponadto trzeba określić: miejscowe objawy zapalne, powiększenie wątroby i śledziony, uszkodzenia skóry, zmiany stawowe. Należy wykonać także badanie laryngologiczne. Wśród badań dodatkowych należy wykonać morfologię krwi obwodowej, poziom białka C-reaktywnego, OB, poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH), badania serologiczne, próbę tuberkulinową. Wstępna diagnostyka obrazowana to przede wszystkim badanie ultrasonograficzne, które jest łatwo dostępne i nieinwazyjne, a pozwala na ocenę echogeniczności, kształtu i lokalizację węzłów chłonnych. Drugie badanie, które musi być wykonane to zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej. Przy podejrzeniu choroby nowotworowej niezbędne jest poszerzenie diagnostyki o tomografię komputerową czy rezonans magnetyczny. W takiej sytuacji niezbędna jest także biopsja węzła chłonnego. Nie zaleca się wykonywanie biopsji cienkoigłowej ze względu na duży odsetek wyników fałszywie ujemnych. Węzeł do badania histopatologicznego powinien być pobrany w całości wraz z torebką, a nie rozkawałkowany [5-7].

Leczenie powiększonych węzłów chłonnych u dzieci w przypadkach infekcji bakteryjnej obejmuje antybiotykoterapię, która powinna trwać 2-3 tygodnie. Leczenie objawowe dotyczy infekcji wirusowych. Interwencje chirurgiczne konieczne są w przypadkach ropni lub przy podejrzeniu zmian nowotworowych.

Celem pracy była analiza przyczyn powiększenia węzłów chłonnych u dzieci, które zgłosiły się do poradni hematologicznej.

MATERIAŁ I METODY

Badana grupa obejmowała 158 dzieci, które zgłosiły się do Poradni Hematologicznej jednego dnia w tygodniu w roku 2008. U 60 ze 158 (38%) pacjentów powodem kierowania do poradni były powiększone węzły chłonne. Wśród tych dzieci było 37 chłopców i 23 dziewczynki, w wieku od 5 miesięcy do 17 lat (średni wiek 5,5 lat). Wywiad dotyczący limfadenopatii wahał się od 2 do 6 tygodni, nim dziecko zostało skierowane do poradni.

W diagnostyce posługiwano się następującymi badaniami laboratoryjnymi: morfologia krwi obwodowej, OB, poziom dehydrogenazy mleczanowej, poziom przeciwciał IgM i IgG w kierunku mononukleozy zakaźnej, cytomegalii, toksoplazmozy oraz obrazowymi: badanie ultrasonograficzne powiększonych węzłów chłonnych, jamy brzusznej, radiologiczne klatki piersiowej. Badania laboratoryjne tj. morfologia krwi, OB, LDH są wykonywane rutynowo u dzieci, które trafiają do Poradni Hematologicznej z powiększonymi węzłami chłonnymi, pozostałe w zależności od odchyień w badaniu fizykalnym. W sytuacji, gdy dziecko wymaga poszerzenia diagnostyki kierowane jest do Kliniki Hematologii i Onkologii Dziecięcej. Zdiagnozowane przyczyny limfadenopatii u analizowanych dzieci przedstawia tabela I.

Tabela I. Przyczyny limfadenopatii

Przyczyny powiększonych węzłów chłonnych	Liczba dzieci	%
infekcja górnych dróg oddechowych	40	80
prawostronne zapalenie ślinianki przyusznej	1	2
ropień okołozębowy	1	2
ropne zmiany na dziąsłach	2	4
mononukleozą zakaźną	2	4
toksoplazmoza	3	6
borelioza	1	2

WYNIKI

U 10 z 60 pacjentów w trakcie wizyty nie stwierdzono odchyień w badaniu przedmiotowym. Lokalizację powiększonych węzłów chłonnych obrazuje tabela II. U żadnego dziecka nie rozpoznano choroby nowotworowej, jako przyczyny limfadenopatii. Dzieci z infekcją, zmianami ropnymi w jamie ustnej i zapaleniem ślinianek wymagały antybiotykoterapii, którą stosowano 14 dni z dobrym efektem. Pacjenci z mononukleozą, boreliozą i toksoplazmozą zostali przekazani pod opieką odpowiednich Poradni Chorób Zakaźnych i Poradni Chorób Odzwierzęcych.

Tabela II. Lokalizacja powiększonych węzłów chłonnych

Lokalizacja powiększonych węzłów chłonnych, które były powodem skierowania do poradni hematologicznej	Liczba dzieci	%
obustronne szyjne	40	80
prawostronne szyjne	2	4
karkowe	3	6
prawostronne zauszne	2	4
lewostronne podżuchwowe	1	2
lewostronne potyliczne	1	2
obustronne szyjne, pachowe, pachwinowe	1	2

DYSKUSJA

Znamiennym objawem odczynu czy choroby układu chłonnego jest powiększenie węzłów chłonnych, uogólnione lub zlokalizowane, które występuje na różnych etapach życia u każdego dziecka. Lekarz pierwszego kontaktu musi podjąć decyzję, co do postępowania z takim pacjentem. Dodatkowo rodzice, bardzo zaniepokojeni, wywierają presję, co może utrudniać właściwe postępowanie diagnostyczne.

Konsultacji specjalistycznej wymagają dzieci z: 1) węzłami chłonnymi o wymiarach powyżej 2,5 cm; 2) każdej wielkości węzłem nadobojczykowym; 3) gdy oprócz powiększonych węzłów stwierdzamy hepatosplenomegalię; 4) gdy węzły są niebolesne i nieprzesuwalne, tworzą konglomeraty; 5) gdy brak reakcji na 2-tygodniową antybiotykoterapię; 6) gdy powiększonym węzłom chłonnym towarzyszą objawy ogólne charakterystyczne dla chorób nowotworowych (ubytek masy ciała, nadmierne pocenie, świąd skóry).

Spośród analizowanych pacjentów, aż u 6% nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych w trakcie wizyty w poradni hematologicznej, co sugeruje bądź samoistnie zmniejszenie się węzłów chłonnych bądź złą interpretację badania przedmiotowego. Węzły chłonne szyjne i pachwinowe

są fizjologicznie wyczuwalne u dzieci. Dlatego też zadaniem lekarza pierwszego kontaktu jest stwierdzenie czy należy je uznać za nieprawidłowe pod względem wielkości czy konsystencji [1,2]. W badaniach przeprowadzonych przez Yarisa i wsp., u 28 na 126 (ok. 13%) analizowanych pacjentów, w czasie badania przedmiotowego nie stwierdzono powiększonych węzłów chłonnych.

U 80% dzieci przyczyną powiększonych węzłów chłonnych była infekcja górnych dróg oddechowych, która powinna być leczona w poradni rejonowej. W badaniach przeprowadzonych przez Niedzielską i wsp. u 57,5% (50/87) pacjentów stwierdzono odczynowe powiększenie węzłów chłonnych [7]. Podobne dane zostały przedstawione w pracy Yarisa i wsp. – u 60% dzieci była to reaktywna limfadenopatia [10].

Większej uwagi wymagają pacjenci z podejrzeniem mononukleozy zakaźnej, ze względu na podobieństwo objawów wstępnych do chorób rozrostowych układu krwiotwórczego. Podobnie, jak w białaczce występuje powiększenie węzłów chłonnych, wątroby, śledziony, w rozmazie krwinek białych dominują limfocyty, a wśród nich 20-40% to limfocyty atypowe [4,8]. Dzieci te wymagają ścisłej obserwacji i kontroli badań laboratoryjnych.

Na uwagę zasługuje pacjent, u którego zdiagnozowano boreliozę. Matka zgłosiła się z dzieckiem do poradni hematologicznej z powodu powiększonego podżuchwowego węzła chłonnego. Podczas zbierania wywiadu uzyskano informację o ugryzieniu dziecka przez kleszcza. Danych tych nie wychwycili lekarze wcześniej zajmujący się dzieckiem. W ww. przypadku stwierdzono na skórze okolicy prawego obojczyka ślad po gryzieniu z odczynem zapalnym oraz powiększony podżuchwowy węzeł chłonny średnicy 3,5 cm. Badania serologiczne potwierdziły boreliozę i chłopiec był leczony antybiotykiem przez 3 tygodnie. Dopiero po 2 tygodniach od zakończenia antybiotykoterapii zaobserwowano powolne zmniejszanie się węzła chłonnego. Jak ważne jest zbadanie całego pacjenta oraz rzetelne zebranie wywiadu widać na przykładzie ww. przypadku.

W analizowanej grupie pacjentów nie rozpoznano choroby nowotworowej. Z jednej strony jest to wynikiem rzadszego występowania nowotworów u dzieci niż u dorosłych. Większość pacjentów z podejrzeniem choroby rozrostowej (zwykle duże konglomeraty węzłów chłonnych) trafiało od razu do kliniki onkologicznej lub laryngologicznej z pominięciem poradni hematologicznej. W pracy Yarisa i wsp. u 32/126 dzieci zdiagnozowano nowotwór. Pacjenci ci oprócz limfadenopatii mieli powiększoną wątrobę i śledzionę oraz wysoki poziom dehydroge-

nazy kwasu mlekowego [10]. W badaniach Bazemora i wsp. na 628 pacjentów poniżej 30 roku życia, u 21% zdiagnozowano nowotwór [11].

Mimo licznych artykułów i doniesień w literaturze, powiększenie węzłów chłonnych u dzieci jest nadal trudnym problemem klinicznym dla wielu lekarzy pierwszego kontaktu.

Współpraca hematologów i laryngologów, dzięki uwrażliwieniu ich na problemy hematologiczne w naszym ośrodku jest zadawalająca. Natomiast pozostaje wiele do życzenia współpraca z lekarzami pierwszego kontaktu, którzy starają się od siebie

odsunąć problemy diagnostyczne, szczególnie przy powiększeniu węzłów chłonnych.

WNIOSKI

1. U 6% dzieci nie stwierdzono w chwili wizyty w poradni powiększonych węzłów chłonnych.
2. U większości analizowanych pacjentów przyczyną limfadenopatii była infekcja górnych dróg oddechowych czy miejscowy stan zapalny. Dzieci te nie wymagały leczenia w poradni specjalistycznej.

Piśmiennictwo

1. Skotnicka B. Powiększone węzły chłonne u dzieci. *Otorinolaryngologia* 2008; 7 (supl): 26–28.
2. Leung AKC, Robson WLM. Childhood cervical lymphadenopathy. *J Pediatr Health Care* 2004; 18: 3-7.
3. Soldes OS, Younger JG, Hirschl RB. Predictors of malignancy in childhood peripheral lymphadenopathy. *J Pediatr Surg* 2004; 34: 1447-1452.
4. Kowalczyk JR, Armata J, Bogusławska-Jaworska J. Powiększenie węzłów chłonnych w chorobach nowotworowych. (w) Stany przebiegające z powiększeniem węzłów chłonnych. Kowalczyk JR (red.). PZWL Warszawa 1996: 102–110.
5. Ammari FF, Bani Hani AH, Ghariebeh KL. Tuberculosis of the lymph glands of the neck: a limited role for surgery. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 128: 576-580.
6. Jordan N, Tyrrell J. Management of enlarged cervical lymph nodes. *Curr Paediatr* 2004; 14: 154-159.
7. Niedzielska G, Kotowski M, Niedzielski A, Dybiec E, Wieczorek P. Cervical lymphadenopathy in children – incidence and diagnostic management. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2007; 71: 51–56.
8. Ahuja A, Ying M. Sonography of neck lymph nodes. Part II: abnormal lymph nodes. *Clin radiol* 2003; 58: 359-366.
9. Stefaniak MJ. Uogólnione powiększenie węzłów chłonnych w chorobach zakaźnych. (w) Stany przebiegające z powiększeniem węzłów chłonnych. Kowalczyk JR (red.). PZWL Warszawa 1996: 102–110.
10. Yaris N, Cakir M, Sozen W, Cobanoglu U. Analysis of children with peripheral lymphadenopathy. *Clin Pediatr* 2006; 6(45): 544-549.
11. Bazemore AW, Smucker DR. Lymphadenopathy and Malignancy. *Am Fam Physician* 2002; 66: 2103-2110.