Zduření na krku u dospělých – kdy myslet na malignitu?

MUDr. Martin Formánek, Ph.D.^{1,2}, MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.^{1,2}, prof. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MBA^{1,2}

¹Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN Ostrava

²Katedra kraniofaciálních oborů, Lékařská fakulta, Ostravská Univerzita

Zduření na krku u dospělých má velmi pestrou etiologii. Závažnost kolísá od „banálních“ stavů, jako je například reaktivní lymfadenitida nebo lipom, po závažné nádorové onemocnění, jako je metastáza zhoubného nádoru ze sliznic hlavy a krku či lymfom. Největší chybou je, pokud se na možný nádor nemyslí a diagnóza závažného onemocnění se zbytečně prodlužuje, což může vést k zhoršení výsledku léčby. Při diferenciální diagnostice a rozhodování o dalším postupu je třeba orientovat se dle věku, délky trvání a velikosti rezistence, rychlosti vzniku, vývoje velikosti, bolestivosti, lokalizace, symetrie/asymetrie a dalších příznaků. Stranová asymetrie musí vždy vyvolat podezření na možný nádor a diagnostika musí být proto velmi rychlá a cílená. Na možné nádorové onemocnění musíme myslet také u zduření trvajících několik týdnů (6–7 týdnů). V takových případech je jednoznačně indikováno vyšetření u specialisty (zpravidla ORL). Nezřídka je také potřebná konzultace infekcionista či hematologa. Velmi nápomocná je sonografie s cytologií, popřípadě CT či NMR. Exstirpace přesto může být v určitých případech jediným řešením vedoucím k získání definitivní diagnózy.

Klíčová slova: rezistence na krku, postup, diferenciální diagnostika, dospělí.

Evaluation of a neck mass in adults: suspicion of malignity

The neck mass in adults has a varied etiology. Severity varies from "banal" conditions, such as reactive lymphadenitis or lipoma, to severe malignancies such as metastasis of carcinoma originating from the mucosa of the head and neck or lymphoma. The biggest mistake is if a possible malignancy is not considered and the diagnosis is unnecessarily prolonged, which may lead to a worsening of the outcome of the treatment. Differential diagnosis and decision-making should be based on age, duration and magnitude of resistance, rate of onset, size, pain, localization, symmetry/asymmetry and other symptoms. The asymmetry must always cause suspicion of a possible tumor, and diagnosis must therefore be very rapid and targeted. We also need to think about possible malignancy in case of mass lasting for several weeks (6–7 weeks). In such cases, a specialist examination (usually ENT) is clearly indicated. Often, consultations of an infectious or hematological specialist are also needed. Sonography including fine-needle aspiration, or CT or NMR, is very helpful. However, extirpation can be in some cases the only solution leading to a definitive diagnosis.

Key words: neck mass, management, differential diagnosis, adults.

Úvod

Zduření na krku u dospělých má velmi pestrou etiologii. Závažnost kolísá od „banálních“ stavů, jako je například reaktivní lymfadenitida nebo lipom, po závažné nádorové onemocnění, jako je metastáza zhoubného nádoru ze sliznic hlavy a krku či lymfom. Pro pacienta je jednou z nejvíce ohrožujících diagnóz právě maligní nádor. Čím dříve je onemocnění odhaleno, tím větší je šance

na vyléčení. Proto by při prvním kontaktu mělo být vždy nejprve pomýšleno na tuto variantu a první snahy by měly vždy směřovat k vyloučení malignity. V článku jsou uvedeny základní obecné tipy, které mohou v často nelehkém rozhodování praktickému lékaři pomoci. V ojedinělých případech se mohou malignity samozřejmě projevovat atypicky, není ale v možnostech (ani cílem) sdělení postihnout všechny možné varianty.

Anamnéza

Obecná

Obecně platí, že četnost výskytu zhoubných nádorů roste s věkem. U dětí a mladších dospělých se můžeme naopak setkat častěji s vrozenými patologiemi.

Na metastázu (nejčastěji dlaždicobuněčného) karcinomu hlavy a krku musíme typicky myslet ve

Obr. 1. Krční metastáza dlaždícobuněčného karcinomu hlavy a krku v obl. II a III vpravo

Obr. 2. Rozdělení krčních oblastí, převzato se souhlasem nakladatele z knihy Krční metastázy (5)

věkové skupině nad 40 let, u kuřáků a pacientů s abúzem alkoholu, častěji u mužů. Nejedná se ale o dogma, v poslední době totiž také narůstá počet mladších nekuřáků s touto diagnózou z důvodu karcinomů hltnu spojených s infekcí lidskými papilomaviry (1). Na malignitu mohou také upozornit další symptomy jako chrapot, porucha polykání či jednostranná bolest při polykání (obrázek 1). Dané symptomy jsou varovné, i pokud nejsou spojeny s krční lymfadenopatií. Například každý pacient s chrapotem trvajícím déle než 2–3 týdny by měl být vyšetřen ORL lékařem.

Typickým „B symptomům“ (horečky, noční pocení, nevysvětlitelná ztráta hmotnosti), které bývají spojené s hematologickými

malignitami, je třeba samozřejmě také věnovat pozornost. Zde však nebudeme problematiku podrobněji rozvádět. Důležitá je i cílená otázka na kontakt s tuberkulózou, možností infekce virem HIV nebo na kontakt s domácími zvířaty.

Rezistence

V rozhodování nám může pomoci **délka trvání** rezistence. Je možné se řídit nepsaným jednoduchým „pravidlem sedmi“ (2). Pokud je rezistence přítomna 7 dní, jedná se nejspíše o zánět. Pokud 7 týdnů, jedná se nejspíše o zhoubný nádor. Pokud více než 7 let, pak se jedná nejspíše o vrozenou vadu nebo benigní nádor. Z toho vyplývá, že nejvíce na pozorování musíme být u rezistencí, které trvají v řá-

dech několik týdnů až 2–3 měsíců. Pacienti by měli být vždy odesláni k vyšetření k odbornému lékaři.

Také **rychlost vzniku** může být nápomocná. Zde si ale musíme být vědomi faktu, že informace často bývá nepřesná. Pacienti nezdědka udávají mnohem kratší dobu trvání rezistence. I velmi pomalu rostoucí metastázy si mohou „náhle všimnout“, u mužů se tomu typicky děje například při holení. Obecně je postupné zvětšování typické spíše pro nádor, zmenšování nebo kolísání velikosti ukazuje spíše na zánět.

Bolestivost rezistence ukazuje na zánětlivě změněnou lymfatickou uzlinu (LU) či zanícenou krční cystu. Metastáza bývá většinou nebolestivá.

Základní klinické vyšetření

V rozhodování může být nápomocné rozdělení krku na jednotlivé lokality. V určitých lokalitách lze očekávat určité patologie. Přesná lokalizace patologie také umožňuje lepší srovnání při jednotlivých vyšetřeních a snazší domluvu mezi jednotlivými specializacemi, včetně popisu zobrazovacích metod. Současné rozdělení krčních oblastí bylo navrženo Robinsem (3). Rozděluje krk na 5 oblastí (I–V) na každé straně a jednu centrální oblast (VI) pod jazykou (obrázek 2). Základními strukturami, podle kterých jsou oblasti rozděleny, jsou mandibula, m. digastricus, jazyka a prstencová chrupavka. Oblasti I (dle průběhu m. digastricus), II (n. accessorius) a V (rovina prstencové chrupavky) mohou být dále děleny na podoblasti A a B. Někdy bývá přidávána také oblast VII označující horní mediastinum.

Metastázy nádorů hlavy a krku se typicky nacházejí v oblastech II a III. V oblasti V se mohou objevovat metastázy z plic nebo gastrointestinálního traktu. Pakety LU při hematologických onemocněních se mohou nacházet ve všech oblastech, méně často však v oblasti I a VI. V oblasti VI se naopak setkáváme nejčastěji s hmatnou patologií štítnice, v oblasti I pak s patologií submandibulární slinné žlázy.

Rezistence větší než 1,5 cm (zvláště stranově asymetrická) musí být považována za možné nádorové poškození. Mezi silně podezřelé znaky patří kulovitý tvar, fixace k okolí, kamenná tuhost nebo fluktuace – v takovém případě by měl být pacient odeslán k ORL ošetření ihned. Zarudnutí kožního krytu nad rezistencí značí akutní zánětlivý proces, méně často již počínající fistulaci krční metastázy nebo zánět způsobený mykobakteriemi. Nekriticky používaná antibiotická léčba

Obr. 3. Dlaždicobuněčný karcinom hrany jazyka vpravo

a vyčkávání na reakci rezistence na léčbu je častou chybou a vede jen k oddálení správné diagnózy.

Při klinickém vyšetření nesmí praktický lékař zapomenout vyšetřit dutinu ústní a hltan. Jedná se o velmi jednoduché a rychlé vyšetření, které nám může s diagnostikou výrazně pomoci, např. v případě postižení dentice, akutní tonzilitidy, infekční mononukleózy nebo nádoru na dobře viditelném místě (obrázek 3).

Laboratorní vyšetření a zobrazovací metody

Laboratorní vyšetření

Bohužel v současnosti neexistuje laboratorní vyšetření, které by pomohlo diagnostikovat metastázu karcinomu hlavy a krku. Rovněž v případě lymfomů nejsou změny v základní laboratoři typické. Může nám ale pomoci nepřímo, pokud se nám „podaří“ prokázat jinou možnou příčinu lymfadenopatie. V tomto případě, ale bohužel nemůžeme stoprocentně vyloučit souběh několika nemocí. Například sérologicky prokázaná

cytomegalovirová infekce, která ale ve skutečnosti proběhla asymptomaticky a je za ní „maskován“ nádorový proces. Tato situace nebývá tak vzácná.

Mezi základní laboratorní vyšetření při došetřování krční rezistence patří krevní obraz včetně diferenciálního rozpočtu, sedimentace, biochemie (ionty, celkový bilirubin, ALT, AST, GMT, ALP, LD, urea, kreatinin, glukóza, celková bílkovina, albumin, CRP, ASLO), serologické vyšetření na nejčastější infekční onemocnění (toxoplazmóza, EBV, CMV, bartonelóza, tularémie, syfilis a další vyšetření dle indikace infektologa), tuberkulinový test (ev. další vyšetření na TBC) při podezření na tuberkulózu (4, 5).

Zobrazovací metody

Sonografie je základním pomocným vyšetřením krčních rezistencí (nízké náklady, dostupnost, vysoká výpovědní hodnota) (4). Ultrazvuk nám poskytne zpřesnění informace o lokalizaci, rozsahu, původu a charakteru patologie. Zkušený sonografista by neměl mít problém s určením, zda se jedná o cystu, benigní nádor (např. lipom), patologii štítnice/slinné žlázy nebo lymfadenitidu.

V indikovaných případech také sonografie umožní cílený odběr materiálu punkcí tenkou jehlou.

Nejsložitějším úkolem je pomocí echostruktury LU určit, zda se jedná o benigní (reaktivní) lymfadenitidu, abscedující lymfadenitidu nebo o maligní postižení. Zvláště obtížné je pro velmi podobné znaky odlišit malignitu od granulomatózní lymfadenitidy. Mezi základní hodnotené parametry patří velikost, tvar, echogenita, struktura, ohraničení a vaskularizace (6).

Lymfatická uzlina může být suspektní z malignity, pokud je poměr její délky k šířce menší než 2 (6). Hypoechogenní mohou být nádorové i reaktivní LU (7). Patologické LU bývají nehomogenní, mají cystické/hektické okrsky, kalcifikace, neostré ohraničení, smíšený nebo periferní typ vaskularizace. Mezi další známky nádorové infiltrace patří dislokované nebo akcesorní cévy, fokální absence perfuze a subkapsulární cévy (6, 8, 9). Všechny parametry musí být hodnoceny jako celek.

Pacient se zduřením na krku by měl být odeslán k vyšetření ORL lékařem nebo endokrinologem (v případě štítnice) ihned, pokud sonografista při vyšetření popíše cokoliv jiného než benigní (reaktivní) lymfadenitidu.

Jiným zobrazovacím vyšetřením (CT, NMR) by mělo (i vzhledem k čekací době) již předcházet specializované vyšetření.

Závěr

Zduření na krku je velmi častou patologií. V nelehkém rozhodování, zda může být způsobeno malignitou, jako nejvíce závažnou etiologií, nám v úvodu mohou pomoci typická anamnestická data, klinické znaky a sonografické vyšetření včetně aspirace tenkou jehlou. Získaná data musí být hodnocena jako komplex. Finální diagnóza je nicméně mnohdy získána až exstirpací. Nejdůležitější je na možnou malignitu myslet a první snahy by měly vždy směřovat k jejímu vyloučení. V případě zduření na krku je obecně nutné být spíše aktivnější.

LITERATURA

1. Klotz J, Záborský M, Kodet R, a kol. Humánní papillomaviry v etiologii karcinomu ústní dutiny a orofaryngu. Otorinolaryng. a Foniat. 2007; 56(2): 73–81.
2. Komínek P, Chrobok V, Astl J, a kol. Záněty hltanu. Havlíčkův Brod: Tobiáš 2005: 322 s.
3. Robbins KT, Clayman G, Levine PA, et al. Neck Dissection Classification Update Revisions Proposed by the American Head and Neck Society and the American Academy of Otolaryngology–Head and Neck Surgery. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 2002; 128(7): 751–758.
4. Chovanec M, Komínek P, Zeleník K. Příručka pro praxi: diferenciální diagnostika krčního uzlinového syndromu. Praha: Merck s.r.o. 2014: 7s.
5. Čelakovský P, a kol. Krční metastázy. Havlíčkův Brod: Tobiáš 2012: 328 s.
6. Giovagnorio F, Galluzzo M, Adreoli Ch, et al. Color Doppler Sonography in the Evaluation of Superficial Lymphomatous Lymph Nodes. J Ultrasound Med 2002; 21: 403–408.
7. Vassallo P, Wernecke K, Roos N, et al. Differentiation of benign from malignant superficial lymphadenopathy: the role of high-resolution US. Radiology 1992; 183: 215–220.
8. Tschammler A, Ott G, Schang T, et al. Lymphadenopathy-differentiation of benign from malignant disease-color Doppler US assessment of intranodal Angioarchitecture. Radiology 1998; 208: 117–123.
9. Bialek EJ, Jakubowski W, Szczepanik AB, et al. Vascular patterns in superficial lymphomatous lymph nodes: A detailed sonographic analysis. Journal of Ultrasound 2007; 10: 128–134.