

ТУБЕРКУЛОЗА НА ЛИМФНИТЕ ВЪЗЛИ В ЛИЦЕВО-ЧЕЛЮСТНАТА ОБЛАСТ (2000-2005)

П. Станимиров, А. Бобева, М. Иванова и Х. Никифорова

Катедра по орална и лицево-челюстна хирургия, ФДМ,

МУ – София

Резюме. Туберкулозата е хронично инфекциозно заболяване, което може да засегне всеки орган или система при човека. През последните десетилетия се отчита увеличаване на случаите с туберкулоза в света, включително и в България. В изследването е извършен ретроспективен анализ на болни с туберкулоза в лицево-челюстната област за периода 2000-2005 г. с цел да се проучи какво е клиничното проявление на заболяването в лицево-челюстната област и оралната лигавица. Направен е ретроспективен анализ за петгодишен период на цялата хистопатологична документация и са установени 25 случая на туберкулозен лимфаденит, като не са установени случаи на туберкулоза на оралната лигавица, слюнчените жлези или челюстните кости.

Ключови думи: *туберкулоза, лимфни възли, лицево-челюстна област*

TUBERCULOSIS OF THE LYMPH NODES IN THE JAW AND FACIAL REGION (2000-2005)

P. Stanimirov, A. Bobeva, M. Ivanova and H. Nikiforova

Department of Oral and Maxillofacial Surgery, Faculty of Dentistry,

Medical University – Sofia

Summary. Tuberculosis is a chronic infectious disease that can affect any organ. Recent decades have shown an increase in tuberculosis cases. In this a retrospective analysis of patients with tuberculosis in the maxillofacial region for the period 2000-2005 is carried out in order to examine what is the clinical manifestation of the disease. Established were 25 cases of tuberculous lymphadenitis. We didn't find in the documents of the 5 year period data for tuberculosis of the oral mucosa, salivary glands or jaw bones.

Key words: *tuberculosis, lymph nodes, jaw and facial region*

Туберкулозата (ТВ) е хронично, инфекциозно, грануломатозно заболяване, което може да засегне всеки орган или система от човешкото тяло, включително устната кухина и органите на лицево-челюстната област и шията. След откриване на противотубер-

кулозното лечение и отчитане на намаляване на заболяването, от 1985 г. се съобщава за повсеместно увеличаване на честотата. Понастоящем туберкулозата е световен проблем и повишената честота се свързва с епидемията от HIV инфекция и микробната резистентност. Всяка година около 8 милиона души развиват заболяването, като 2 милиона имат латентна форма и 3 милиона умират от ТВ [7].

Туберкулозата се причинява от *Mycobacterium tuberculosis* и по рядко от *Mycobacterium bovis* [7]. Микобактериите могат да предизвикват акутно, латентно или хронично заболяване [1, 2, 5, 7]. Около 90% от хората, експонирани на *Mycobacterium tuberculosis*, остават клинично асимптомни, 5% развиват заболяване и 5% развиват заболяването по-късно в живота. Най-честата първична форма на заболяването е белодробната, като в някои тежки случаи то може да ангажира вторично други органи и системи по хематогенен или лимфогенен път [2].

Оралната лигавица е рядка локализация на ТВ инфекция, като туберкулозните лезии на лигавицата на устната кухина могат да бъдат първични или вторични [2]. 50% от случаите на ТВ в устната кухина засягат езика [1, 7]. Оралните изяви на заболяването могат да бъдат видени като повърхностни лезии, индурирани мекотъканни лезии или остеомиелит на челюстните кости [2, 9].

Туберкулозата на лимфните възли на шията е най-честа сред екстрапулмоналните форми на заболяването [5].

Туберкулозата на големите слюнчени жлези е описана за пръв път през 1894 г. от Von Stubenrauch. През 1987 г. O'Connell [5] описва серия от 200 случая с ТВ на големите слюнчени жлези. Авторът установява, че в повечето случаи се касае за туберкулоза на вътрежлезните лимфни възли, докато микобактериалната инфекция на жлезния паренхим е изключително рядка [3]. Туберкулозата на големите слюнчени жлези е рядка [1, 2, 3, 5, 9] и обикновено става въпрос за ангажиране на вътрежлезните или перигландуларните лимфни възли [2, 3]. Тези случаи могат да се наблюдават като първична форма на ТВ, без да са засегнати други органи [9]. След преодоляване на капсулата на лимфния възел инфекцията може да ангажира жлезния паренхим вторично. ТВ на слюнчените жлези най-често е вторична, чрез дисеми-

ниране на инфекцията по хематогенен или лимфогенен път от първичния белодробен фокус [3] и по-рядко по ретрограден път през слюнчените дуктуси [1, 2].

Клинично туберкулозата на слюнчените жлези се представя като ограничена подутина с различен размер, подвижна или сраснала, като може да се наблюдава флукуиращ студен абсцес със или без фистули [6]. Дифузната (истинска) туберкулоза на жлезния паренхим на слюнчените жлези е изключително рядка [6, 8].

В областта на главата и шията най-честата локализация на туберкулозата са субмандибуларните и шийните лимфни възли [6]. При ангажиране на лимфните възли на шията в началото те са свободни, изолирани или групирани, подвижни и неболезнени. По-късно коликират, омекват и конфлуират и се образува студен абсцес. Ако заболяването не се лекува, се образуват фистули с отделяне на оскъден ексудат [6]. Диференциалната диагноза на микобактериалната инфекция на големите слюнчени жлези и лимфните възли на шията включва неопластични заболявания, тумори на слюнчените жлези, лимфоми, туларемия, фелиноза, токсоплазмоза и саркоидоза, актиномикоза [4]. Диагнозата се изгражда въз основа на анамнеза, физикални и образни методи, параклинични и хистологични методи. Лечението на туберкулозата на лимфните възли на шията и слюнчените жлези е хирургично и медикаментозно. При активно белодробно заболяване медикаментозното лечение включва Isoniazid, Rifampicin, Ethambutol [2, 3, 7], като лечението продължава 6 до 9 месеца. При туберкулоза на слюнчените жлези, която показва резистирание на медикаментозното лечение, се извършва екстирпация на възлите и последваща медикаментозна терапия. При случаите с некапсулирани маси се извършва резекция с 1 cm резекционна граница [4].

Цел

Да се проучат случаите на туберкулоза на оралната и лицево-челюстната област, като се събере информация за клиничната изява на заболяването, половото разпределение, локализацията на засегнатите лимфни възли, клиничната находка и патохистологичната диагноза.

Материал и методи

Ретроспективно са проучени патохистологичните резултати за туберкулоза на лицево-челюстната област от архива на патоанатомичната лаборатория към Катедрата по орална и лицево-челюстна хирургия, ФДМ, МУ – София, и СБАЛ-ЛЧХ – София, за периода 2000-2005 година. Събирана беше информация за възраст, пол, локализация на лимфните възли, анамнеза за прекарана туберкулоза в миналото. Всички suspectни случаи на туберкулоза бяха консултирани от специализиран патохистолог.

Резултати

При ретроспективен преглед на патохистологичните резултати на биопсичен материал от устната кухина и лицево-челюстната област се установиха 25 случая на туберкулоза на лимфните възли за периода 2000-2005 г., от които 20 при жени и 5 при мъже. Най-младият пациент е момиче на 10 г., а най-възрастният – жена на 84 г. Заболяването се среща често между 50- и 80-годишна възраст, като за този период случаите са 18.

При трима пациенти се установи туберкулозен лимфаденит на вътрепаренхимните лимфни възли на паротидната жлеза, без засягане на жлезния паренхим. И трите случая клинично са били обсервирани като туморна лезия на паротидната жлеза. При един пациент с плоскоклетъчен карцином на кожата на лицето в биопсичния материал от шийна дисекция е налице коекзистенция на метастаза от плоскоклетъчен карцином и туберкулозен лимфаденит. При 21 случая се установи туберкулоза на единични лимфни възли на шията, като при 18 случая лимфните възли са описани топографски от II или III лимфно ниво и само при 3 случая са от I лимфно ниво. При 19 случая патохистологичният резултат е за продуктивна туберкулоза, докато казеинификация и грануломатозно възпаление се намери при 6 случая. Клиничното описание на лимфните възли при повечето от случаите е било за окръглени, с лека до умерена плътност с размер около 3 cm. Не се установиха случаи на туберкулоза на оралната лигавица, жлезния паренхим и челюстните кости.

Обсъждане

От екстрапулмоналните форми туберкулозата на лимфните възли на главата и шията е най-честата форма и заема важно място в диференциалната диагноза на туморните маси на шията [6]. В проучените от нас случаи, при 21 пациенти не се установи анамнеза или обективна находка за белодробна туберкулоза и в тези случаи заболяването може да се класифицира като първична туберкулоза на лимфните възли.

При 4-ма пациенти се установява анамнеза за преболедувана в миналото белодробна туберкулоза и в тези случаи се касае за рецидив на заболяването. Трима от тези пациенти бяха жени на 84 г., 76 г., 75 г. Анамнезата за заболяване от туберкулоза при тях е неясна за “воден плеврит в детството”. Един пациент е преболедувал белодробна форма на туберкулоза 4 години по-рано. От страна на общия статус всички са били без находка за белодробна туберкулоза и без свързани със заболяването симптоми.

Всички пациенти с шийна лимфаденопатия са оперирани с цел експлорационна биопсия на лимфен възел за изключване на лимфом или метастатичен тумор. При случаите с локализация на туберкулозата във вътрешните лимфни възли пациентите са оперирани с предварителна диагноза аденом на паротидната жлеза. В повечето от случаите находката за туберкулоза е била случайна, като заболяването не се е очаквало и обсервиращата оперативна диагноза е била за лимфом, метастаза или аденоми, докато в някои случаи при по-възрастните пациенти оперативната диагноза е била за туберкулоза. Всички пациенти след диагностициране на туберкулозен лимфаденит са били лекувани с противотуберкулозни антибиотици и химиотерапевтици.

Оперативното отстраняване на туберкулозния възел има не само диагностично, но и терапевтично значение и се препоръчва в случаите с доказана и резистираща на медикаментозно лечение екстрапулмонална форма на туберкулоза [4].

Заклучение

Туберкулозата на лимфните възли в областта на лицето и шията влиза в диференциалната диагноза при случаи с неясна лимфаденопатия. Изолираните форми с единично засягане на

лимфните възли на лицето и шията протичат често асимптомно и без съществени отклонения в общия статус.

Поради спорадичния характер на заболяването, ретроспективната оценка, нетипичната клинична картина много въпроси, като клиничната симптоматика и протичането на изолирания туберкулозен лимфаденит, остават недоизяснени.

Въз основа на собствения клиничен опит наблюдаваме, че туберкулозният лимфаденит има тенденция да се представя като изолиран, по-често единичен лимфен възел, с по-скоро меко-еластична до умерена плътност и с размер около 3 cm и най-често ангажира лимфните възли от IIА и III лимфно ниво.

Наблюдавали сме, че за разлика от лимфаденопатията при ходжкиновия и неходжкиновия лимфом, токсоплазмозата и фелинозата, туларемията, където лимфаденопатията показва тенденция към нарастване и в някои случаи за формиране на значителни туморни и тумороподобни маси с конфлуиране, туберкулозният лимфаденит протича често като единичен солитарен лимфен възел и няма тенденция за екстензивно нарастване с формиране на тумороподобни пакети, каквито сме наблюдавали при неходжкиновия лимфом, метастазите от лимфоепителния карцином и по-рядко при лимфома на Ходжкин. При токсоплазмозния лимфаденит, както и при фелинозата, сме наблюдавали случаи с бързо развитие и формиране на тумороподобна маса. Клинично туберкулозният лимфаденит в проучените случаи е описан най-често като единичен, с размер до 3 cm лимфен възел и с по-скоро меко-еластична консистенция.

Библиография

1. El-Hakim, I. E. et J. D. Langdon. Unusual presentation of tuberculosis of the head and neck region. Report of three cases. – *Int. J. Oral. Maxillofac. Surg.*, **18**, 1989, № 4, 194-196.
2. Holmes, S., M. J. Gleeson et R. A. Cawson. Mycobacterial disease of the parotid gland. – *Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. Oral Radiol. Endod.*, **90**, 2000, № 3, 292-298.
3. Kuruvilla, A. et al. Tuberculosis of the intraparotid lymph nodes. – *J. Laryngol. Otol.*, **95**, 1981, № 11, 1165-1167.
4. Nahlieli, O. et al. Rapidly growing mass in the parotid gland. – *J. Oral. Maxillofac. Surg.*, **58**, 2000, № 5, 552-556.

5. O'Connell, J. E. et al. Mycobacterial infection of the parotid gland: an unusual cause of parotid swelling. – J. Laryngol. Otol., **107**, 1993, № 6, 561-564.
6. Seifert, G. et al. Diseases of the Head and Neck. New York, George Thieme Verlag, 1986.
7. Sezer, B. et al. Oral mucosal ulceration. A manifestation of previously undiagnosed pulmonary tuberculosis. – J. Am. Dent. Assoc., **135**, 2004, № 3, 336-340.
8. Talmi, Y. P. et al. Tuberculosis of a periglandular lymph node presenting as a parotid tumor. – J. Otolaryngol., **19**, 1990, № 1, 73-75.
9. Zheng, J. W. et Q. H. Zhang. Tuberculosis of the parotid gland: a report of 12 cases. – J. Oral. Maxillofac. Surg., **53**, 1995, № 7, 849-851.

☰ Адрес за кореспонденция:

Д-р П. Станимиров
Клиника по лицево-челюстна хирургия
УМБАЛ „Св.Анна“ – София
0888 40 23 93

① e-mail: stanimirov.p@gmail.com

ОФЕРТИ ЗА РЕКЛАМНО УЧАСТИЕ В ИЗДАНИЯТА НА ЦМБ:

1. Отпечатване на многоцветна рекламна страница:
 - на корица – 720 лв.;
 - в книжното тяло – 600 лв.
2. Отпечатване на черно-бяла реклама и/или текст за 1 страница – 150 лв.
3. Разпространение на готова вложка със списание – 1.00 лв./брой.

При отпечатване на повече от една реклама се правят отстъпки по договаряне.

По желание на рекламодателя многоцветните реклами могат да бъдат придружени от безплатно отпечатване на 1 страница текст след съгласуване на съдържанието му с редколегията.

Всеки рекламодател получава книжки от списанието.