

ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE - SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA

VOL. XIX, 34

SECTIO D

1964

Katedra i Zakład Radiologii. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie

Kierownik: doc. dr med. Kazimierz Skorzyński

Katedra i II Klinika Chorób Wewnętrznych. Wydział Lekarski. Akademia Medyczna w Lublinie

Kierownik: prof. dr med. Alfred R. Tuszkiewicz

Irena JUROWICZ-TROJNACKA i Janusz HANZLIK

**Przypadek uogólnionej gruźlicy węzłów chłonnych ze współistnieniem
raka oskrzela i ropniaka opłucnej**

**Случай общего туберкулеза лимфатических узлов
с одновременным наличием карциномы бронхов и абсцесса плевры**

**A Case of Generalised Tuberculosis of the Lymphatic Nodes
with Co-Existence of Bronchial Cancer and Pleural Empyema**

Uogólniona gruźlica węzłów chłonnych (u.g.w.chł.) jest rzadko spotykana u osób dorosłych. Esser (4) znalazł tylko dwa przypadki na 13 252 badań anatomopatologicznych. W dostępnym nam polskim piśmiennictwie podano opisy sześciu przypadków (6). Etiopatogeneza tego schorzenia nie jest jeszcze całkowicie wyjaśniona. Brzozowski (2) podkreśla, że układ chłonny wykazuje szczególną predyspozycję do zakażeń bydłym typem prątka gruźlicy. Rozwój procesu swoistego w zakresie węzłów chłonnych zależy w dużej mierze od odporności wspomnianego układu na zakażenie (3).

Zakażenie w u.g.w.chł. szerzy się na drodze hemato-i limfogennej. Która z tych dróg ma większe znaczenie — jest kwestią otwartą (Wilbers (10), Leszler (8), Brzozowski (2)). Chłonka z górnej i środkowej części płuca lewego zbiera się w węzłach śródpiersiowych przednich i przytchawicznych po stronie lewej, skąd przedostaje się do spływu szyjno-podobojczykowego lewego. Limfa z dolnej części płuca lewego i z całego płuca prawego zlewa się do węzłów przytchawicznych prawych, a następnie do spływu podobojczykowego prawego. Przeszkody mechaniczne w drogach chłonnych, takie jak masy serowate, komórki nowotworowe, lub ucisk z zewnątrz, mogą powodować zaburzenia fizjologiczne ruchu chłonki z wytworzeniem jej wstecznego odpływu.

Źródłem szerzenia się infekcji gruźliczej na węzły chłonne jamy brzusznej są wg Wilbersa (10) i Leszlera (8) ogniska swoiste w narządach klatki piersiowej lub w zakresie jelit. Josiffov (7) wskazuje na możliwość rozszerzenia się zakażenia na węzły chłonne jamy brzusznej z ognisk swoistych w dolnych partiach płuc. Wilbers (10) podaje nowsze poglądy na anatomię rentgenowską węzłów chłonnych jamy brzusznej, dzieląc je na: krezkowe, okolicy nadbrzusza

i miednicy. Węzły chłonne krezkowe znajdują się w okolicy anatomicznego przebiegu nasady krezki, a węzły leżące obwodowo są przesuwalne i dlatego też zmieniają swoje położenie na zdjęciach rentgenowskich. Węzły chłonne nadbrzusza stanowią oddzielną grupę, w której skład wchodzi: węzły trzustkowo-dwunastnicze, okolicy tętnicy głównej, żyły czezej dolnej oraz położone wzdłuż tętnicy trzewnej i tętnic krezkowych. W przeciwieństwie do wyżej opisanych są nieprzesuwalne. Węzły chłonne okolicy miednicy leżą zaotrzewnowo wzdłuż naczyń biodrowo-miedniczych.

U. g. w. chł. u dorosłych może przebiegać pod różnymi postaciami klinicznymi i może rozwinąć się w każdym okresie zakażenia gruźliczego, zasadniczo przed 30 rokiem życia (2). Przebieg kliniczny schorzenia zależy od odporności ustroju. Choroba przebiega zwykle przewlekłe z okresami zaostrzeń. Brzozowski (2), dzieli u.g.w.chł. dorosłych na 3 postacie: a) postać ostra, szybko kończąca się zejściem śmiertelnym, b) postać powoli postępująca — występująca u osobników narażonych na ciągłą styczność z gruźlicą oraz c) postać pośrednia. Metodami rozpoznawania u.g.w.chł. są zdjęcia warstwowe wnęk płucnych, tomografia boczna klatki piersiowej, diagnostyczna odma śródpiersiowa, angiografia i badania biopcyjne. Pomocna może być w pewnych przypadkach bronchoskopia.

Ostatnio spostrzegliśmy u.g.w.chł. u chorego z ropniakiem opłucnym i rakiem oskrzela. Opisujemy ten przypadek z uwagi na rzadkość tego schorzenia u dorosłych oraz wyjątkową ilość powiększonych i zwapniałych węzłów chłonnych śródpiersia przedniego widocznych na zdjęciu bocznym klatki piersiowej.

Opis przypadku

Chory J. B., 61-letni rolnik (nr hist. chor. 495/62), został przyjęty do II Klin. Chor. Wewn. w listopadzie 1961 r. z powodu wystąpienia przed 3 miesiącami bólów i kłucia w prawej połowie klatki piersiowej. W tym czasie odpluwał mierne ilości śluzowo-ropnej płwociny. Do wspomnianych objawów dołączyła się duszność spoczynkowa, co spowodowało zgłoszenie się chorego do jednego ze szpitali powiatowych, w którym przebywał przez okres 3 tygodni. Wobec braku poprawy został on skierowany do tu. Kliniki. W chwili przyjęcia chorego do Kliniki stwierdzono upośledzone odżywienie, duszność spoczynkową i sinicę błon śluzowych. Liczba oddechów około 25/min., temp. ciała 37,8°. Węzły chłonne podszczękowe drobne, o twardej konsystencji, w dole nadobojczykowym prawym twarde węzeł wielkości czereśni. Pojedyncze węzły chłonne średniej wielkości stwierdzało się w obu okolicach pachowych oraz w okolicach więzadeł pachwinowych.

Klatka piersiowa rozedmowa, ze stłumieniem wypuku po stronie prawej od kąta łopatki do podstawy płuca. Osłuchowo w obrębie stłumienia szmery oddechowe zniesione. Nad pozostałym mięszem płucnym stwierdza się wypuk jawny z osłabieniem szmerów oddechowych. Granice serca w normie, akcja miarowa 98/min., ciśnienie tętnicze

krwi 110/70. Wątroba wystaje na 3 palce spod łuku żeberowego. Nieznaczne obrzęki w okolicy krzyżowej.

Badania dodatkowe: Hb. 84%, 4500000, L. 2300, w tym pał. 24%, wieloj. 62%, limfoc. 3%, monoc. 11%, OB 97/110. Przez cały okres spostrzeżenia chorego utrzymywała się hiperleukocytoza. Analiza moczu nie odbiegała od norm. Białka całk. 7,43 % w tym album. 21,9 %, glob. α_1 9,0 %, α_2 12,9 %, β 23,7 %, γ 32,5%. Kilkakrotne badania płwociny w kierunku obecności prątków kwasoodpornych i komórek atypowych ujemne. W badaniu punktatu z jamy opłucnej stwierdzało się obecność bardzo licznych ciałek ropnych, bez obecności prątków kwasoodpornych. Posiew punktatu jałowy. Badaniem histopatologicznym wycinka węzła chłonnego pobranego z okolicy międzyobojczykowej prawej stwierdzono: *fibrosis, hyalinisatio et calcificatio propter tbc.* Odczyn Wassermanna we krwi ujemny.



Ryc. 1

Badaniem rentgenowskim klatki piersiowej (skopia i zdjęcie) stwierdzono: miąższ płucny górnego prawego płata i płuca lewego rozedmowo przejaśniony. Skąpe zagęszczenie pasmowate w prawym polu podobojczykowym. Niewielka ilość płynu w dolnym odcinku prawej jamy opłucnej oraz w przedniej części szczeliny międzypłatowej dużej przy słabo przesuwalnej prawej przeponie. W środkowej i dolnej, nie przesłoniętej płynem części płuca prawego stwierdza się słabo wysycony, łukowato uwypuklony cień wielkości sporej pięści. Cień ten przedstawia typowy obraz otorbionego płynu przyśródpiersowego. Zwapnienia wszystkich węzłów chłonnych wnękowych i śródpiersia przy wyjątkowo dużej i niespotykanej ilości zwapniałych węzłów śródpiersia przedniego widocznych na zdjęciu bocznym klatki piersiowej (ryc. 1 i ryc. 2). Zwapniałe węzły chłonne nadobojczykowe rzutują się na pole szczytowe prawe. Serce bez wyraźniejszego przemieszczenia, nie zmienione w konfiguracji i wymiarach. W czasie skopii obserwowano łukowate wygięcie przełyku ku tyłowi, co wynika z powiększenia węzłów chłonnych roz-

widlenia tchawicy. Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej wykazuje zwapnienia licznych, znacznie powiększonych węzłów chłonnych nadbrzusza (ryc. 3).



Ryc. 2



Ryc. 3

Obserwacja chorego. Po badaniu radiologicznym wykonano nakłucie jamy opłucnej z następowym drenażem sposobem Bühla, podając równocześnie antybiotyki ogólnie i poprzez dren. Mimo wydobywania się z drenu sporej ilości ropy nie obserwowano poprawy klinicznej. Ciężki stan chorego wykluczył badanie bronchoskopowe. Z powodu pogarszania się stanu ogólnego, po konsultacji chirurgicznej dokonano torakotomii. W kilka godzin po zabiegu chory zmarł wśród objawów niewydolności oddechowej i krążenia.

Na autopsji stwierdzono (lek. Sawa w Zakładzie Anat. Pat. A.M. w Lublinie): *Status post thoracotomiam recente factum. Carcinoma anaplasticum bronchogenes lobi medi et inter. pulm. dextri cum metastasibus ad nodos lymphat. peritracheales, peribronchiales et mesenteriales. Calcificatio propter tbc. nodorum lymph. pulmonum, hyli hepatis, hyli lienis et mesenterii.*

Przypadek nasz ilustruje rzadko ujawnioną radiologicznie ilość zwapniałych węzłów chłonnych. Opis jego może być przyczynkiem do zagadnienia współistnienia u.g.w.chł. i raka oskrzelopochodnego. Na istnienie związku patogenetycznego między tymi dwoma stanami wskazuje S c h w a r t z (12). W spostrzeżeniach zaś W a y l a (9) i W o l f f a (11) stosunek tych dwu stanów był bardzo różny. Obok przypadków

w których nie było między nimi żadnego związku stwierdzono rozwój raka na ścianie jamy gruźliczej.

PIŚMIENICTWO

1. Bek E., Bukalska Z.: Gruźlica, **24**, 1213, 1956.
2. Brzozowski R.: Pol. Tyg. Lek., **15**, 319, 1960.
3. Deloff L.: Post. Ftyz. i Pulm., **2**, 83, 1957.
4. Esser, wg 2.
5. Groniowski J.: Pierwotny rak oskrzeli, P.A.U. Kraków, 1951.
6. Grott J., Zalewski M., Sztajer R.: Gruźlica **6**, 227, 1931.
7. Jossifov, wg 10.
8. Leszler A.: Radiol. Clin., **29**, 6, 1960.
9. Wayl P.: Diss. Chest., **28**, 568, 1955.
10. Wilbers G.: Forsch. Geb. der Röntgen-Strahlen, **83**, 77, 1955.
11. Wolff, wg 1.
12. Schwartz Ph.: Folia Radiologica, **1**, 98, 1948.

РЕЗЮМЕ

Авторами описан случай общего туберкулеза лимфатических узлов с одновременно существующей бронхопроисходной карциномой. Патогеническая связь этих двух болезненных состояний пока не выяснена.

SUMMARY

The authors described a case of generalised tuberculosis of the lymphatic nodes with co-existence of bronchogenic cancer. The pathogenic connection between these two states has not been determined.

Pracę otrzymano 15 I 1964.

