

Λεμφαδενοπάθεια Virchow Παρουσίαση δύο περιστατικών

Κ. ΑΛΕΞΟΠΟΥΛΟΣ¹, Δ. ΠΑΛΑΣΚΑΣ¹, Μ. ΣΑΜΑΝΙΔΗ¹, Κ. ΣΠΥΡΙΔΟΥ²,
Γ. ΠΕΛΤΕΚΗΣ¹, Α. ΚΟΤΣΑΝΗ¹, Χ. ΦΙΛΙΤΑΤΖΗ³, Δ.Ε. ΚΥΡΜΙΖΑΚΗΣ¹

¹ΩΡΛ Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

²Γυναικολογική Κλινική, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

³Παθολογοανατομικό Τμήμα, Γενικό Νοσοκομείο Βέροιας

Σκοπός: Η παρουσίαση 2 περιπτώσεων διόγκωσης αριστερού υπερκλειδίου λεμφαδένα (λεμφαδένα του Virchow), η διερεύνηση και η διαφορική τους διάγνωση.

Υλικό-Μέθοδος: Δύο ασθενείς, ένας άνδρας 78 ετών και μία γυναίκα 76 ετών παρουσιάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου μας με διόγκωση αριστερού υπερκλειδίου λεμφαδένα. Η διερεύνηση περιελάμβανε κλινική εξέταση της κεφαλής και του τραχήλου, απεικονιστικές μεθόδους (αξονική τομογραφία θώρακος, τραχήλου, άνω και κάτω κοιλίας), οισοφαγογαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, αιματολογικό έλεγχο, βιοψία δια λεπτής βελόνης, ανοικτή βιοψία (μόνο στη γυναίκα), καθώς και γυναικολογική εξέταση (στη γυναίκα) και ουρολογική εξέταση (στον άνδρα).

Αποτελέσματα: Στην περίπτωση του άνδρα ασθενή η κυτταρολογική εξέταση κατέδειξε υψηλού βαθμού κακοήθειας βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα εκ σιελογόνων αδένων ενώ στην περίπτωση της γυναίκας ασθενούς η διαγνωστική προσέγγιση κατέδειξε Non Hodgkin Λέμφωμα από μεγάλα Β-κύτταρα.

Συμπέρασμα: Η παρουσία λεμφαδένα του Virchow είναι συχνά σημείο κακοήθους νόσου. Η λεπτομερής διερεύνηση και η συνεργασία διαφόρων ειδικοτήτων θεωρούνται απαραίτητες για τη σωστή διαγνωστική προσέγγιση και την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας.

Λέξεις Κλειδιά: λεμφαδενοπάθεια, τράχηλος, διάγνωση, καρκίνος κεφαλής και τραχήλου.

Εισαγωγή

Ο Rudolf Ludwig Karl Virchow (1821-1902) Γερμανός γιατρός, ανθρωπολόγος, βιολόγος αλλά και πολιτικός θεωρείται ως ένας από τους «πατέρες» της Παθολογοανατομίας. Ο Virchow, περίπου ταυτόχρονα με τον Charles Emile Troisier, έκανε τη σημαντική διαπίστωση ότι ένας διογκωμένος αριστερός υπερκλειδίου λεμφαδένας είναι ένα από τα πρώιμα συμπτώματα κακοήθειας του γαστρεντερικού συστήματος (συνήθως του στομάχου) και του πνεύμονα. Η διογκωση του αριστερού υπερκλειδίου λεμφαδένα έγινε γνωστή ως «Λεμφαδένας του Virchow» ή ως «Σημείο του Troisier»^{1,2,3}.

Οι κακοήθειες των εσωτερικών οργάνων μπορεί να φτάσουν σε προχωρη-

μένο στάδιο και να δώσουν μεταστάσεις ενώ παραμένουν ασυμπτωματικές. Ένα από τα πρώτα εμφανή σημεία μετάστασης αποτελεί η διογκωση του αριστερού υπερκλειδίου λεμφαδένα. Γι' αυτό το λόγο ονομάζεται και «λεμφαδένας φρουρός»⁴.

Παρουσιάζονται δύο περιπτώσεις ασθενών με διογκωμένο αριστερό υπερκλειδίο λεμφαδένα και αναλύονται διεξοδικά η διαγνωστική προσέγγιση των ασθενών, η διαφορική διάγνωση και η αντιμετώπισή τους.

Παρουσίαση περιστατικών

Ασθενής 1

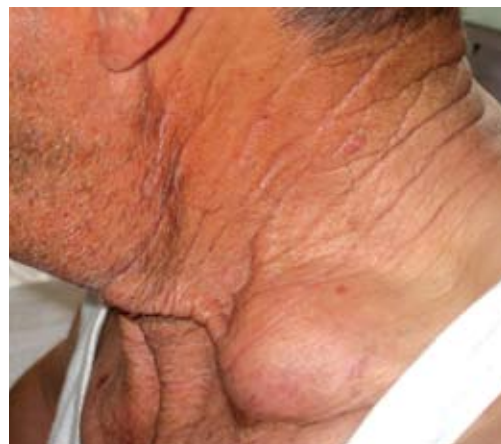
Άνδρας ηλικίας 78 ετών εμφάνισε από

4μήνου υπερκλειδία μάζα αριστερά με ταχεία αύξηση του μεγέθους το τελευταίο διάστημα με διάμετρο κατά την εισαγωγή στο Νοσοκομείο 4,5 εκατοστά, σκληρή και ανώδυνη (εικόνες 1, 2). Από το ιστορικό του ασθενούς αναφέρθηκε η ύπαρξη διογκωσης χωρίς σημαντική αύξηση του μεγέθους της από 20ετίας στην αριστερή παρωτιδική χώρα (εικόνα 2).

Ακολούθησε πλήρης ΩΡΛ εξέταση και ενδοσκόπηση με εύκαμπτο ρινοφαρυγγολαρυγγοσκόπιο χωρίς να βρεθούν παθολογικά ευρήματα. Για τον έλεγχο πιθανής φυματίωσης στον ασθενή διενεργήθηκε δερμοαντίδραση Mantoux, η οποία ήταν αρνητική. Από τον εργαστηριακό έλεγχο βρέθηκαν παθο-



Εικόνες 1, 2. Απεικονίζεται ο ασθενής 1 με τη διόγκωση στην αριστερή παρωτιδική χώρα και την αριστερή υπερκλειδία μάζα.



Εικόνα 3. Ασθενής 1. Απεικονίζεται η μάζα της αριστερής παρωτιδικής χώρας σε αξονική τομογραφία τραχήλου (εγκάρσιες τομές).



Εικόνα 4. Ασθενής 1. Απεικονίζεται η μάζα της αριστερής υπερκλειδίας χώρας σε αξονική τομογραφία.

λογικά ελαφρά αυξημένοι οι δείκτες CEA και PSA. Ο απεικονιστικός έλεγχος περιελάμβανε αξονική τομογραφία τραχήλου και θώρακος και υπερηχογράφημα άνω κοιλίας, ενώ η διερεύνηση ολοκληρώθηκε με οισοφαγογαστροσκόπηση, κολonosκόπηση, ουρολογική εξέταση και έλεγχο θυρεοειδικής λειτουργίας. Τα μόνα παθολογικά ευρήματα ήταν η ύπαρξη των δύο μαζών στην αξονική τομογραφία του τραχήλου (υπερκλειδίας χώρας και παρωτιδική χώρα αριστερά) (εικόνες 3, 4).

Με βάση τα προηγούμενα ευρήματα διενεργήθηκε βιοψία δια λεπτής βελόνης (FNAB) τόσο από την υπερκλειδία μάζα όσο και από τη μάζα της παρωτιδικής χώρας και ακολούθησε κυτταρολογικός έλεγχος κατά Giemsa και Pap.

Η κυτταρολογική εξέταση έδωσε ευρήματα θετικά για την ίδια κακοήθεια και για τις δύο μάζες. Η διάγνωση ήταν υψηλού βαθμού κακοήθειας βλεννοεπιδερμοειδές καρκίνωμα με πρωτοπαθή εστία την αριστερή παρωτίδα και μετάσταση στον αριστερό υπερκλειδίο χώρο. Ο ασθενής κατόπιν αυτών παραπέμφθηκε σε οργανωμένο ογκολογικό κέντρο για την καταλληλή θεραπευτική αντιμετώπιση. Ο ασθενής αρνήθηκε την προταθείσα χειρουργική θεραπεία και εναλλακτικά έλαβε συνδυασμό ακτινοθεραπείας (6600 cGr) και χημειοθεραπείας (έξι κύκλους cis-platinum

και 5-φλουουρακίλης).

Ασθενής 2

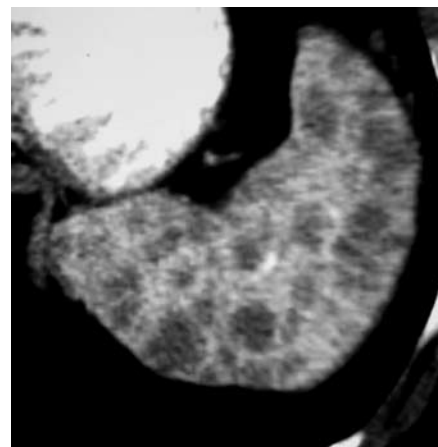
Γυναίκα ηλικίας 76 ετών εμφανίστηκε στα εξωτερικά ιατρεία με ανώδυνη υπερκλειδία μάζα αριστερά από 20 ημερών (εικόνα 5). Το ιστορικό της ασθενούς ήταν ελεύθερο από κακοήθη νοσήματα ή χρόνιες φλεγμονώδεις νόσους.

Η ΩΡΛ εξέταση και η ενδοσκόπηση με εύκαμπτο ενδοσκόπιο δεν έδειξε παθολογικά ευρήματα. Κατά την ψηλάφηση όμως των μασχάλιων χωρών ανευρέθησαν διογκωμένοι λεμφαδένες. Στον απεικονιστικό έλεγχο που ακολούθησε με αξονική τομογραφία θώρακος και κοιλίας επιβεβαιώθηκε το ανωτέρω κλινικό εύρημα ενώ επιπρόσθετα βρέθηκε μεγενθυμένος «σκληρόβρωτος» (worm-eaten) σπλήνας (εικόνα 6) καθώς και διογκωμένοι λεμφαδένες του οπισθοπεριτοναϊκού χώρου.

Λόγω αυτών των ευρημάτων και με την ισχυρή υποψία λεμφώματος, έγινε ανοικτή βιοψία της αριστερής υπερκλειδίας μάζας, της οποίας η μικροσκοπική εξέταση έδειξε την παρουσία υψηλού βαθμού κακοήθειας Non Hodgkin λεμφώματος από μεγάλα Β-κύτταρα με εν μέρει αναπλαστικό χαρακτήρα. Η ασθενής παραπέμφθηκε σε αιματολογική κλινική για περαιτέρω θεραπευτική αντιμετώπιση.



Εικόνα 5. Απεικονίζεται ο ασθενής 2 με την αριστερή υπερκλειδία μάζα.



Εικόνα 6. Ασθενής 2. Απεικονίζεται ο χαρακτηριστικός «σκωληκόβρωτος» (worm-eaten) σπλήνας, σε αξονική τομογραφία κοιλίας.

Συζήτηση-Συμπέρασμα

Ο λεμφαδένας του Virchow πρέπει πάντοτε να προκαλεί συγκεκριμένα διαγνωστικά ερωτήματα και να κατευθύνει τη σκέψη προς τον αποκλεισμό κακοήθους νόσου.

Η διαφορική διάγνωση του «Λεμφαδένα του Virchow» περιλαμβάνει: το λέμφωμα, διάφορες ενδοκοιλιακές κακοήθειες, τον καρκίνο του μαστού, τον καρκίνο του πνεύμονα, κοκκιωματώδεις νόσους (π.χ. σαρκοειδωση) καθώς και φλεγμονές (π.χ. του σύστοιχου άνω άκρου).

Οι κακοήθεις νόσοι παρουσιάζονται συχνότερα ως αιτία λεμφαδενοπάθειας σε ηλικιωμένους ασθενείς, ενώ σε νεώτερους ασθενείς η αιτία είναι συννηθέστερα οι φλεγμονές. Η ανεύρεση ενός διογκωμένου υπερκλειδίου λεμφαδένα, ιδίως αριστερού, είναι πολύ ύποπτο για κακοήθεια σημείο και πρέπει να ακολουθείται από προσεκτική και εξονυχιστική διαγνωστική προσέγγιση.

Στη διερεύνηση πολύ σημαντικό ρόλο παίζουν το λεπτομερές ιστορικό, η προσεκτική κλινική εξέταση, η βιοψία δια λεπτής βελόνης, οι απεικονιστικές μέθοδοι και σε ορισμένες περιπτώσεις η ανοικτή βιοψία.

Ο λεμφαδένας του Virchow μπορεί να είναι ένα από τα πρώιμα συμπτώματα μεταστατικής κακοήθειας του πνεύμονα, του ουροποιογεννητικού και του γαστρεντερικού συστήματος^{5,6}, όπως επίσης μπορεί σπανιότερα να είναι επακόλουθο αιματολογικής κακοήθειας ή μιας χρόνιας φλεγμονώδους νόσου⁶.

Παρόλα αυτά σε σπάνιες περιπτώσεις μπορεί να οφείλεται σε μετάσταση από όγκους της κεφαλής και του τραχήλου⁷ και αυτό θεωρούμε ότι θα πρέπει να το έχει υπόψη του ο Ωτορινολαρυγγολόγος ιατρός κατά την κλινική εξέταση και τη διερεύνηση της υπερκλειδίας λεμφαδενοπάθειας, για την καλύτερη προσέγγιση, την ακριβέστερη διάγνωση και την αποτελεσματικότερη θεραπευτική αντιμετώπιση του ασθενούς.

Summary

Virchow lymphadenopathy: Two case reports

K Alexopoulos¹, D Palaskas¹, M Samanidi¹, K Spiridou², G Peltekis¹, A Kotsani¹, H Filitzatzi³, DE Kyrmizakis¹

¹ENT Department, Veria General Hospital, Greece

²GYNECOLOGY Department, Veria General Hospital, Greece

³PATHOLOGY Department, Veria General Hospital, Greece

AIM: To describe two cases of Virchow's lymphadenopathy or left supraclavicular lymphadenopathy, presenting the clinical investigations needed and the differential diagnostic procedure.

MATERIAL & METHOD: Two patients, one male 78 years old and one female 76 years old were presented with left sided supraclavicular lymphadenopathy. The investigation included esophagogastrosocopy, colonoscopy, imaging studies (computed tomography of

thorax, neck, upper and lower abdomen), gynecological and urological examination, blood tests, complete head and neck examination, fine needle aspiration and open biopsy (on the female patient).

RESULTS: The male was diagnosed to suffer from metastatic Mucoepidermoid Carcinoma from the ipsilateral parotid gland and the female patients from Non Hodgkin Lymphoma from B-Cells.

CONCLUSIONS: Virchow's lymphadenopathy is often an indication of malignant disease. A thorough investigation and a multidisciplinary approach are essential for the correct diagnosis and proper treatment.

Key Words: lymphadenopathy, neck, diagnosis, head and neck cancer

Βιβλιογραφία - References

1. Baumgart DC, Fischer A. Virchow's node. Lancet 2007 Nov 3; 370(9598):1568.
2. Loh KY, Yushak AW. Images in clinical medicine. Virchow's node (Troisier's sign). N Engl J Med 2007 Jul 19; 357(3):282.
3. Maslovsky I, Gefel D. Virchow's node and Homer's syndrome. Am J Med. 2006 Feb; 119(2):180-1.
4. Forte A, Leonetti G, Bosco M, Manfredelli S, et al. The clinical significance of lymph node micrometastases and of concept of sentinel lymph node. G Chir. 2006 Jun-Jul; 27(6-7):277-80.
5. Nozawa H, Sekikawa T, Tsukui H, Kina S, et al. Gastric cancer with Virchow's and multiple lung metastases showing a remarkable response to preoperative chemotherapy: report of a case. Surg Today. 2001; 31(4):340-5.
6. Haraguchi M, Tsuboi S, Fukano M, Eguchi A, et al. A case of early gastric cancer with Virchow's node metastasis, effectively treated by high dose of UFT. Gan To Kagaku Ryoho. 1993 Dec; 20(15):2379-81.
7. Sabesan T, Ramchandari PL, Hussein K. Metastasising pleomorphic adenoma of the parotid gland. Br J Oral Maxillofac Surg. 2007 Jan; 45(1):65-7.