

Izolowana gruźlica węzłów chłonnych szyi

Isolated tuberculosis of cervical lymph nodes

ROBERT BILEWICZ^{1/}, TADEUSZ PIETRYKOWSKI^{1/}, ANDRZEJ MARSZAŁEK^{2/}, PAWEŁ BURDUK^{1/}

^{1/} Katedra i Klinika Otolaryngologii Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika

^{2/} Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika

Wprowadzenie. Długoterminowa obserwacja zapadalności na wszystkie postaci gruźlicy w Polsce wykazuje systematyczny spadek zachorowań od 1957 roku. W ciągu ostatnich lat obserwuje się jednakże wzrost liczby zachorowań na pozapłucne postaci choroby. Wśród nich często diagnozowana jest gruźlica węzłów chłonnych szyi.

Opis przypadku. Prezentacja przypadków pozapłucnej gruźlicy z uwagi na rzadkie występowanie izolowanej postaci tej choroby w obrębie węzłów chłonnych szyi. Praca przedstawia 3 przypadki izolowanej gruźlicy węzłów chłonnych szyi u kobiet w wieku 32-84 lata. Ostateczne rozpoznanie gruźlicy we wszystkich przypadkach postawiono w oparciu o badanie mikroskopowe pobranych węzłów chłonnych. Na tej podstawie wdrażano leczenie przeciwgruźlicze. We wszystkich przypadkach leczenie swoiste przyniosło poprawę. Obserwacja chorych po zakończeniu leczenia nie wykazała nawrotu choroby.

Wnioski. W diagnostyce różnicowej guza szyi w każdym przypadku należy rozważyć wystąpienie podłoża gruźliczego choroby. O rozpoznaniu decyduje badanie histopatologiczne uzupełnione badaniem mikrobiologicznym.

Słowa kluczowe: gruźlica pozapłucna, węzły chłonne szyi

Introduction. A long-term observation of incidence of all forms of tuberculosis in Poland shows systematic decrease of morbidity rates since 1957. During recent years, however, there has been an increase in the number of cases of extrapulmonary tuberculosis. Cervical lymph node tuberculosis has been most often diagnosed in those cases.

Case report. Report cases of extrapulmonary tuberculosis as an isolated, rare form of this disease in the cervical lymph nodes. The study reports three cases of isolated cervical lymph node tuberculosis in three female patients aged 32-84 yrs. Final diagnoses of tuberculosis were made in all cases after histological examination of removed lymph nodes. The specific treatment was effective in all cases. Follow-up did not show recurrence of the disease.

Conclusions. Tuberculosis ought to be considered as the primary disease in differential diagnosis of cervical tumors. Combined histopathologic and microbiologic examinations are always required to diagnose this disease.

Key words: extrapulmonary tuberculosis, cervical lymph nodes

© Otolaryngologia 2009, 8(3): 146-150

www.mediton.pl/orl

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Dr n. med. Robert Bilewicz
Katedra i Klinika Otolaryngologii CM w Bydgoszczy
ul. M. Skłodowskiej-Curie 9, 85-094 Bydgoszcz
tel. (052) 585 47 10, tel./fax (052) 585 40 35
e-mail: robbil@umk.pl

WSTĘP

W Polsce analizując dostępne źródła epidemiologiczne na przestrzeni ostatnich 50 lat, porównując stan zdrowia populacji od 1957 r. i danych z lat 1994-2005 obserwuje się systematyczny spadek zachorowalności na gruźlicę o ok. 4% rocznie [1]. W 2007 r. wskaźnik zapadalności wyniósł 22,7/100 tys. [2], tj. około dwukrotnie więcej niż średnia zapadalność dla krajów tzw. starej Unii Europejskiej. Pomimo poprawy wskaźników epidemiolo-

gicznych gruźlicy w Polsce choroba ta stanowi nadal poważny problem. Dominującą postacią jest nadal gruźlica płuc, która stanowi 90,2% zachorowań. Izolowana pozapłucna postać choroby występuje w 7,3% przypadków w Polsce [2,3].

Wśród najważniejszych czynników sprzyjających zachorowaniu na gruźlicę pozapłucną wymienia się: cukrzycę, alkoholizm, narkomanię, zakażenie HIV oraz w pełni rozwinięty AIDS, długotrwałe leczenie immunosupresyjne, nowotwory, niewydolność nerek

oraz niedożywienie wynikające ze złych warunków socjalno-bytowych. Mimo zauważalnego spadku zachorowań w obserwacjach długoterminowych w Polsce w ciągu ostatnich lat stwierdzono, iż istotnym czynnikiem wzrastającego odsetka zachorowań jest obecność ludzi bezdomnych, w tym imigrantów pochodzących z krajów o wyższej zapadalności na gruźlicę np. Rumunii, Rosji [4].

Gruźlica pozapłucna może wystąpić praktycznie w każdym narządzie, jednak najczęściej dotyczy opłucnej. Poza tym diagnozowani pacjenci mogą mieć zajęte obwodowe węzły chłonne, narządy moczowo-płciowe, kości, stawy, opony mózgowo-rdzeniowe i mózg. Prątki z ogniska pierwotnego zlokalizowanego w mięszu płuc – rzadziej w trzonach kręgow, korze nerek, mózgu lub wątrobie – drogą naczyń krwionośnych lub chłonnych mogą przedostać się do każdego narządu i przez długi czas, czasami po wielu latach dać początek czynnej gruźlicy w zajęтым narządzie.

W obrębie głowy i szyi gruźlica stanowi rzadki, ale istotny problem laryngologiczny. Dotychczas opisywano gruźlicę węzłów chłonnych oraz pojedyncze przypadki gruźlicy krtani, nosa i zatok przynosowych, ucha środkowego, części nosowej i ustnej gardła, języka oraz ślinianek [5-16]. Izolowana gruźlica węzłów chłonnych szyi dotyczy najczęściej pakietu węzłów chłonnych zlokalizowanych jednostronnie poniżej kąta żuchwy [17,18]. Węzły dobrze odgraniczone od podłoża są początkowo elastyczne i niebolesne, stopniowo twardnieją. W miarę postępowania choroby, serowacenia zmian mogą wytworzyć się przetoki.

Rozpoznanie postaci pozapłucnej nastęrcza trudności i bywa postawione po wykluczeniu innych chorób. W diagnostyce tej postaci choroby wykorzystuje się metody mikrobiologiczne, histologiczne oraz badania obrazowe (USG, KT). W przypadku gruźlicy węzłów chłonnych spośród metod diagnostycznych duże znaczenie stanowi badanie mikroskopowe materiału tkankowego uzyskane z biopsji węzła chłonnego z identyfikacją prątka kwasoodpornego w posiewie bezpośrednim. Umożliwia to diagnostykę różnicową względem innych chorób, w których rozpoznaje się obecność ziarniny gruźliczopodobnej takich, jak: mikobakteriozy, sarkoidozę, chłoniaki, brucelozę, chorobę kociego pazura, zakażenia grzybicze, ziarniniakowatość Wegenera czy odczyny na ciało obce [19,20]. Badanie mikrobiologiczne posiewu umożliwia w wielu przypadkach wyeliminowanie gruźlicy, jako choroby rozpoznawanej tylko na podstawie badania histopatologicznego pobranego materiału tkankowego. Do dyspozycji jest także diagnostyka

immunologiczna, która może mieć nadal dużą wagę ze względu na łatwe do wykonania testy. Aktualnie dostępne są testy nowej generacji: QuantiFERON-TB Gold i TSpot-TB. Największe jednak znaczenie, często rozstrzygające w diagnostyce gruźlicy węzłów chłonnych szyi odgrywa badanie histologiczne usuniętych węzłów.

Leczenie gruźlicy pozapłucnej, w tym izolowanej gruźlicy węzłów chłonnych szyi powinno przebiegać zgodnie z zasadami podawania leków takich, jakie stosuje się w przypadkach gruźlicy płuc z ujemnym wynikiem badania mikrobiologicznego płwociny [3].

OPIS PRZYPADKÓW

Przypadek 1

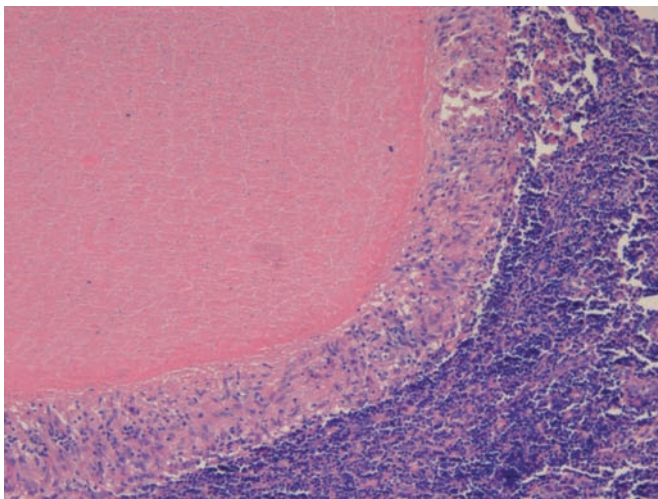
Chorą (KG) lat 69 przyjęto do Kliniki Otolaryngologii CM UMK (nr hist. choroby 1434/07) z powodu jednostronnego guza szyi. Zmiana została zauważona 2 miesiące przed obecną hospitalizacją i pojawiła się po przebyciu infekcji górnych dróg oddechowych, którą leczono antybiotykami. W szczegółowym wywiadzie chora negowała świadomy kontakt z chorym na gruźlicę. Guz od chwili pojawienia się stopniowo powiększał się, bez dolegliwości bólowych. Badaniem przedmiotowym stwierdzono obecność twardego guza na szyi po lewej stronie poniżej kąta żuchwy o średnicy około 4 cm, był słabo ruchomy względem otoczenia i pokryty niezmienną skórą. W badaniu laryngologicznym ponadto stwierdzono asymetrię wielkości migdałków podniebiennych z większym migdałkiem po stronie zmiany na szyi. Chora nie gorączkowała. Innych odchyień w badaniu przedmiotowym nie stwierdzono. Badania dodatkowe wykazały wzrost liczby białych krwinek we krwi obwodowej. W badaniach radiologicznych klatki piersiowej stwierdzono prawidłowy obraz płuc. W badaniu ultrasonograficznym szyi stwierdzono: lity guz na szyi z cechami rozpadu wewnątrz masy zmiany. Przeprowadzone badania nie potwierdziły podejrzenia choroby nowotworowej.

Ze względu na obraz kliniczny i wyniki badań laboratoryjnych przyjęto, jako przyczynę choroby, zapalne podłoże. Wdrożono antybiotykoterapię. Z powodu braku poprawy chorą zakwalifikowano do punkcji cienkoigłowej guza szyi.

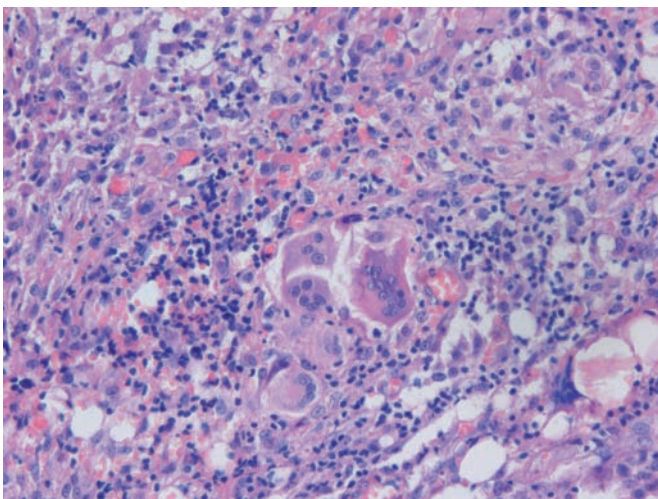
Badanie punktatu z guza (Katedra i Zakład Patomorfologii Klinicznej CM UMK, nr badania: 8543): masy martwicze, wysięk zapalny ropny i komórki odczynowego węzła chłonnego. Chorą zakwalifikowano do operacji. W trakcie zabiegu usunięto guz obejmujący rozpadowe węzły chłonne szyi

wraz z objętymi naciekami zapalnymi fragmentami mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego i skórą szyi. Gojenie rany pooperacyjnej przebiegało prawidłowo. Przeprowadzone badanie histopatologiczne usuniętych tkanek (nr badania: 10507) ziarnina gruźliczopodobna (ryc. 1 i 2).

Ze względu na rozpoznanie histopatologiczne chorobą skierowano do oddziału leczenia gruźlicy i chorób płuc w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii celem kontynuacji leczenia swoistego. W tamtejszym ośrodku potwierdzono obecność



Ryc. 1. Fragment utkania obejmujący w znacznej części martwicę oraz charakterystyczny odczyn zapalny. Wokół martwicy widoczny wyraźny pas zawierający liczne histiocyty, komórki nabłonkowe oraz komórki olbrzymie wielojądrowe Langhansa. W części obwodowej widoczny szeroki pas komórek limfoidalnych. Barwienie HE, pierwotne powiększenie obiektywu 10x



Ryc. 2. Utkanie tworzących się ziarniniaków z obecnością licznych komórek olbrzymich Langhansa (część środkowa fotografii). Na obrzeżach dominują różne postaci makrofagów (w tym komórki nabłonkowe) z widocznymi pomiędzy nimi limfocytami. Barwienie HE, pierwotne powiększenie obiektywu 20x

pozapłucnej postaci gruźlicy z ujemnym wynikiem badania bezpośredniego, mikrobiologicznego posiewu płwociny. Zastosowano leczenie wg kategorii III leczenia gruźlicy, tzn. przez okres 2 miesięcznej fazy wstępnej podawano hydrazyd kwasu izonikotynowego (INH) razem z ryfampicyną (RMP) i pirazynamidem (PZA). Leczenie kontynuowano przez 4 miesiące podając hydrazyd kwasu izonikotynowego (INH) i ryfampicynę (RMP). Po uzyskaniu poprawy chora pozostaje pod stałą kontrolą pulmonologiczną bez nawrotu choroby swoistej do dnia dzisiejszego.

Przypadek 2

Chora (MK) lat 84 zgłosiła się do rejonowej Poradni Chorób Płuc z powodu jednostronnego powiększenia węzłów chłonnych szyi z przetokami na skórze. Powiększeniu węzłów chłonnych towarzyszyło odkrztuszanie. Stwierdzono stopniową utratę masy ciała. Objawy były obserwowane w ciągu kilku tygodni. W badaniu przedmiotowym palpacyjnie stwierdzono jednostronne powiększenie węzłów chłonnych szyi z obecnością przekrwienia pokrywającej je skóry oraz przetoki. Nad polami płucnymi nie stwierdzono zmian osłuchowych. Badaniem radiologicznym klatki piersiowej stwierdzono pasmowate zaciemnienia w szczycie płuca prawego. Chorą z podejrzeniem gruźlicy węzłów chłonnych skierowano do Poradni Otolaryngologicznej celem pobrania węzłów chłonnych do badania histopatologicznego. Ambulatoryjnie pobrano węzły chłonne szyjne. Badanie histopatologiczne (nr badania 52817) wykazało: węzły chłonne z obecnością ziarniny typu gruźliczego z centralnym serowaczeniem, cechy martwicy tkanek okołowęzłowych, obraz mikroskopowy odpowiada gruźlicy węzłów chłonnych. Gojenie rany skóry szyi po pobraniu węzłów chłonnych przebiegało bez powikłań.

Na podstawie uzyskanego wyniku badania histopatologicznego chorą skierowano do Kujawsko-Pomorskiego Centrum Pulmonologii celem leczenia swoistego. Podczas hospitalizacji potwierdzono obecność pozapłucnej postaci gruźlicy z ujemnym wynikiem badania bezpośredniego, mikrobiologicznego posiewu płwociny i włączono leczenie swoiste. Jednocześnie pobrano materiał z przetoki na skórze szyi, z którego wyhodowano prątki kwasooporne. Z powodu złej tolerancji leczenia swoistego zastosowano jedynie leczenie rifampicyną i ethambutolem łącznie przez okres 6 miesięcy. Podczas leczenia uzyskano całkowite wygojenie przetok skóry szyi z pozostawieniem wciągających blizn. Pacjentka pozostaje pod obserwacją Poradni Chorób Płuc bez objawów chorobowych.

Przypadek 3

Chora (AM) lat 32 zgłosiła się do oddziału otolaryngologicznego Regionalnego Szpitala Specjalistycznego z powodu występującego od kilku miesięcy niebolesnego guza szyi. W badaniu laryngologicznym potwierdzono obecność guza o średnicy około 2 cm zlokalizowanego pod niezmienną skórą szyi powyżej chrząstki tarczowatej nieznacznie po stronie prawej od linii pośrodkowej. Wykonane badanie ultrasonograficzne potwierdziło obecność pojedynczego litego guza szyi. Wykonane badanie radiologiczne klatki piersiowej wykazało stan prawidłowy. Według zebranego wywiadu ustalono przebycie 10 lat wcześniej sarkoidozy węzłów chłonnych szyi. Nie podejmowano wówczas leczenia ze względu na izolowany charakter choroby bez zmian w obrębie klatki piersiowej.

Chorą zakwalifikowano do chirurgicznego usunięcia guza szyi. Do badania histopatologicznego jako usunięty guz przekazano węzeł chłonny szyi. W preparatach materiału tkankowego stwierdzono badaniem histopatologicznym obecność drobnych ziarniniaków gruźliczopodobnych, a w badaniu mikrobiologicznym preparatu bezpośredniego – prątką kwasoodpornego. Przebieg operacji i okres pooperacyjny były niepowikłane. Dalszą diagnostykę i leczenie prowadzono w Poradni Chorób Płuc. Potwierdzono brak zmian radiologicznych w obrębie klatki piersiowej. U chorej zastosowano, zgodnie z III kategorią leczenia gruźlicy, 2-miesięczną fazę wstępną leczenia. Leczenie to kontynuowano zgodnie z zaleconym schematem z dobrym efektem.

OMÓWIENIE

Na podstawie obserwacji i opracowań z lat ubiegłych zwłaszcza z minionego stulecia uznaje się, że gruźlica to choroba związana przede wszystkim ze złą sytuacją materialną społeczeństwa. Chorują na nią: bezdomni, bezrobotni, źle odżywiani, alkoholicy, narkomani, chorzy na inne choroby ze spadkiem odporności immunologicznej i zakażeniem wirusem HIV. W Polsce prawdopodobnie na skutek pojawienia się większego odsetka populacji takiej grupy ludzi doszło do zmniejszenia tempa spadku zapadalności na łącznie wszystkie postaci gruźlicy i wzrostu zapadalności na gruźlicę pozapłucną. Wpływ na te wskaźniki ma również migracja ludności. Dotyczy to głównie osób przybywających z krajów, gdzie gruźlicę notuje się częściej niż w innych krajach europejskich to jest Ukraina czy Rumunia.

Aktualnie w Polsce gruźlica jest nadal jedną z najczęściej obserwowanych chorób zakaźnych. Od lat 50. XX wieku notuje się coroczny spadek wskaźników zapadalności na wszystkie postaci gruźlicy.

Jednakże ten spadek w ciągu ostatnich lat jest coraz mniejszy. Nieco inaczej przedstawia się zapadalność na pozapłucne postaci gruźlicy. W ciągu 10 ostatnich lat stwierdzono wzrost zapadalności tej postaci. Wg danych Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w 1998 r. – wskaźnik zapadalności na nowe zachorowania wyniósł 1,2 na 100 000 ludności, a w 2007 r. – 1,6 na 100 000 ludności.

Mimo rzadko występującej w ostatnich latach w Polsce, choć diagnozowanej gruźlicy pozapłucnej warto zwrócić uwagę na ten problem w praktyce laryngologicznej. Gruźlica pozapłucna najczęściej dotyczy zapalenia opłucnej. W obrębie głowy i szyi tą postacią najczęściej zajęte są węzły chłonne szyi, głównie wtórnie względem płuc lub innych narządów. Bardzo rzadko obserwuje się chorobę jako izolowaną infekcję. Dla rozwoju choroby bez względu na drogi zakażenia nie bez znaczenia pozostaje fakt, że największa koncentracja węzłów chłonnych w organizmie człowieka występuje w obrębie głowy i szyi. Według Al-Sehrani w 82,7% gruźlicy w tej lokalizacji to izolowana gruźlica węzłów chłonnych szyi [18]. Inne lokalizacje jak migdałki, krtań, nos i zatoki przynosowe, ucho należą do rzadkości [5-11,14,21] i najczęściej stanowią wtórny problem względem zajęcia płuc. Potwierdzają to także inne zestawienia w piśmiennictwie. Bruzgielewicz i wsp. [5] w materiale z lat 1983-1992 na 35 przypadków gruźlicy głowy i szyi odnotowali 12 przypadków o lokalizacji w węzłach chłonnych. Prasad i wsp. [22] w opracowaniu pacjentów z lat 1995-2004 na 165 przypadków obserwowali 121 (73,3%) przypadków gruźlicy węzłów szyjnych. Największy odsetek opisali Nalini i wsp. [21], którzy obserwowali w materiale gruźlicy głowy i szyi z lat 1999-2003 95% przypadków zajęcia węzłów chłonnych szyi.

W codziennej praktyce laryngologicznej mamy często do czynienia z pacjentem z guzem zapalnym na szyi z lub bez obecności przetok oraz z obecnymi w badaniach laboratoryjnych wykładnikami zapalenia. Wynik badania radiologicznego klatki piersiowej, niezbędny w tych przypadkach, najczęściej odzwierciedla stan prawidłowy. Pozwala wyeliminować z kręgu podejrzeń postać płucną gruźlicy i sarkoidozy. Stosowana wówczas empiryczna antybiotykoterapia przynosi jedynie częściową remisję objawów, jak miało to miejsce w pierwszym przypadku opisanym w tym opracowaniu. Wykonywane w tych sytuacjach badania obrazowe przede wszystkim ultrasonografia, w sposób niespecyficzny sugeruje lity guz, często z przestrzeniami płynowymi wewnątrz. Rozstrzygające jest wówczas badanie histopatologiczne. Dla różnicowania zmian, głównie ze zmianami rozwojowymi łuków skrzelowych lub zmienionymi przerzutami nowotworowymi, lub

pierwotnymi nowotworami węzłów chłonnych proponuje się wykonanie biopsji cienkoigłowej guza szyi [21]. Jednakże pobrany w ten sposób materiał czasami okazuje się niewystarczający do postawienia ostatecznej diagnozy, co miało miejsce w opisanym przez nas pierwszym przypadku. Diagnostycznie korzystniejsza jest sytuacja, jeśli istnieje możliwość badania materiału pochodzącego z rozpadu węzła chłonnego pobranego z istniejącego ujścia przetoki na skórze lub z rany po drenażu przestrzeni płynowej. Przeprowadzane w takich przypadkach rutynowe badanie mikrobiologiczne lub histopatologiczne materiału z przetoki umożliwia wykrycie w hodowli bezpośredniej prątka kwasoopornego lub w preparatach histologicznych ziarniaków gruźliczych. Jednak skuteczność metod mikrobiologicznych jest w części przypadków znacznie ograniczona. Według wielu autorów i danych z piśmiennictwa rozstrzygającym badaniem weryfikującym jest badanie histopatologiczne pobranych w całości węzłów chłonnych [5-7,14,23,24].

Piśmiennictwo

1. Szczuka I. Gruźlica w Polsce w 2004 roku. Przegląd Epidemiologiczny 2006; 60: 529-536.
2. Szczuka I. Biuletyn: Gruźlica i choroby układu oddechowego w Polsce w 2007 roku. Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Warszawa, 2008.
3. Kołaczowska M. Czy w Polsce istnieje problem gruźlicy pozapłucnej? Przewodnik lekarza 2007; 4: 101-106.
4. Batura-Gabryel H. Czy gruźlica jest nadal problemem społecznym? Przewodnik lekarza 2006; 4: 58-63.
5. Bruzgielewicz A, Wysoki A, Osuch-Wójcikiewicz E. Gruźlica głowy i szyi – problem wciąż aktualny. Otolaryngol Pol 1995; 48(6): 566-572.
6. Maciaszyk K, Węgrowska-Danilewicz M, Pajor A. Wtórna gruźlica migdałków podniebiennych – opis przypadku i przegląd piśmiennictwa. Otolaryngol Pol 2007; 61(6): 1000-1003.
7. Namysłowski G, Ścierański W, Polok A, Czecior E, Lange D. Rzadki przypadek pierwotnej gruźlicy nosa i zatok przynosowych. Otolaryngol Pol 2006; 60(2): 199-202.
8. Czecior E, Namysłowski G, Bilińska-Pietraszek E, Sznicer-Trybalska G. Gruźlica krtani u chorych leczonych w II Klinice Laryngologii ŚIAM w Zabrze. Otolaryngol Pol 1993; 47(5): 483-485.
9. Fałek A, Laskowski A, Konieczna A, Orszańska A. Pierwotna gruźlica części nosowej gardła. Otolaryngol Pol 1996; 50(2): 194-199.
10. Gierek T, Klimczok-Gołąb L, Jura-Szołtys E. Gruźlicze zapalenie ucha środkowego przy nieuszkodzonej błonie bębenkowej – opis przypadku. Otolaryngol Pol 2002; 5: 629-631.
11. Kasztelan A, Lots J, Polberg K, Śmiałek M. Rzadki przypadek gruźlicy krtani. Otolaryngol Pol 2002; 56(6): 733-735.
12. Bottini DJ, Garelli A, Felici M, Galante V, Cervelli V. Primary tuberculosis of submandibular gland. J Craniofac Surg 2007; 18(1): 218-219.
13. Ebenezer J, Samuel R, Mathew GC, Koshy S, Chacko RK, Jesudason MV. Primary oral tuberculosis: report of two cases. 1. Indian J Dent Res 2006; 17(1): 41-44.
14. Polok A, Namysłowski G, Scierański W, Czecior E, Mrówka-Kata K, Gac B. Tuberculosis within the laryngologic organs. Pol Merk Lek 2005; 19(111): 473-474.
15. Stolaronek J, Kowalski H. Przypadek gruźlicy ucha środkowego u 4-letniego dziecka. Otolaryngol Pol 1990; 46(2): 135-138.
16. Jordan J, Szamańska M. Gruźlica popierwotna części nosowej gardła i jamy nosowej. Otorynolaryngologia 2003; 2(4): 192-194.
17. Kokosali K, Lloyd RE. Tuberculous cervical lymphadenitis: an unusual case. Dent Update 2006; 33(5): 306-8, 311.
18. Al-Serhani AM. Mycobacteria infection of the head and neck: presentation and diagnosis. The Laryngoscope 2001; 111: 2012-2016.
19. Kuś J. Gruźlica pozapłucna. Wprowadzenie. Postępy Nauk Medycznych 2007; 20(12): 545-547.
20. Michałowska-Mitczuk D. Gruźlica węzłów chłonnych. Postępy Nauk Medycznych 2007; 20(12): 554-557.
21. Nalini B, Vinayak S. Tuberculosis in ear, nose, and throat practice: its presentation and diagnosis. Am J Otolaryngol 2006; 27(1): 39-45.
22. Prasad KC, Sreedharan S, Chakravarthy Y, Prasad SC. Tuberculosis in the head and neck: experience in India. J Laryngol Otol 2007; 121(10): 979-985.
23. Kamath MP, Bhojwani KM, Prabhu S, Naik R, Ninan GP, Chakravarthy Y. Multifocal tuberculosis of the nose and lymph nodes without pulmonary involvement: a case report. Ear Nose Throat J 2007; 86(5): 284-286.
24. Mirsaeidi SM, Tabarsi P, Edrissian MO, Amiri M, Farnia P, Mansouri SD, Masjedi MR, Velayati AA. Primary multi-drug resistant tuberculosis presented as lymphadenitis in a patient without HIV infection. Monaldi Arch Chest Dis 2004; 61(4): 244-247.

WNIOSKI

1. W diagnostyce różnicowej guza szyi w każdym przypadku należy rozważyć wystąpienie podłoża gruźliczego choroby.
2. O rozpoznaniu decyduje badanie histopatologiczne uzupełnione badaniem mikrobiologicznym.