

Сложности дифференциальной диагностики при лимфаденопатии у детей, возможности визуализации

Азаров А. А., Плахотина Н. А., Диникина Ю. В.
Медицинский институт Березина Сергея, ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. Санкт-Петербург

Актуальность

Проблема лимфаденопатий (ЛАП) у детей является актуальной и сложной как для рентгенологов, так и для врачей клинических специальностей. Увеличение лимфатических узлов любой природы относится к числу наиболее частых симптомов при многих заболеваниях и требует проведения тщательного диагностического поиска ее причины.

Цели и задачи

Оценить определенные паттерны, характерные для лимфаденопатии, выявленные с помощью различных методов лучевой диагностики.

Выявить преимущество определенного метода лучевой диагностики в дифференциальной диагностике этиологии лимфаденопатии.

Материалы и методы

Была проведена ретроспективная оценка КТ, МР и ПЭТ/КТ исследований пациентов в возрасте от 12 месяцев до 17 лет обоих полов, в количестве (n=30) с выявленными увеличенными лимфатическими узлами независимо от основного заболевания. Оценка проводилась независимо, тремя врачами рентгенологами с различным стажем работы (1 год, 4 года, 10 лет). С помощью каждого метода визуализации лимфатические узлы оценивались по следующим критериям: размер, форма, структура и сигнальные характеристики по МРТ, контуры, количество, расположение.

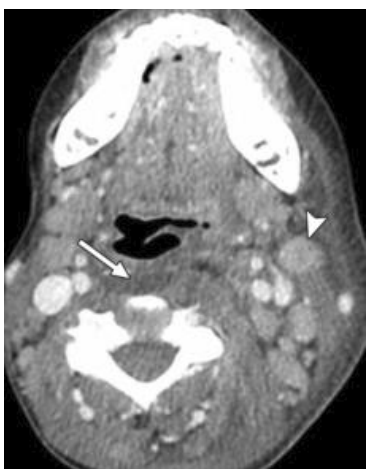
Неопухолевая ЛАП при инфекционных заболеваниях



Пациент 17 лет
ВИЧ-инфекция. Множественные умеренно увеличенные неспецифические узлы II А уровня(стрелка).

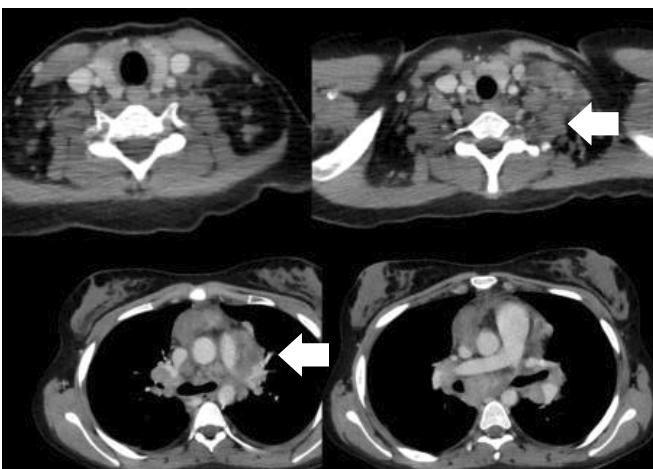


Пациент 16 лет
Инфекционный мононуклеоз увеличенные небные миндалины с двух сторон (стрелки) и увеличенный левый лимфатический узел уровня II А (стрелка).

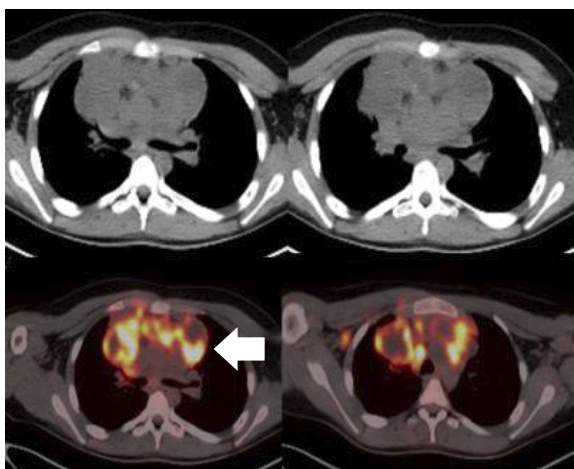


Пациент 6 лет
Реактивный заглоточный отек, округлый увеличенный узел II А уровня (короткая стрелка). Реактивный заглоточный отек (длинная стрелка).

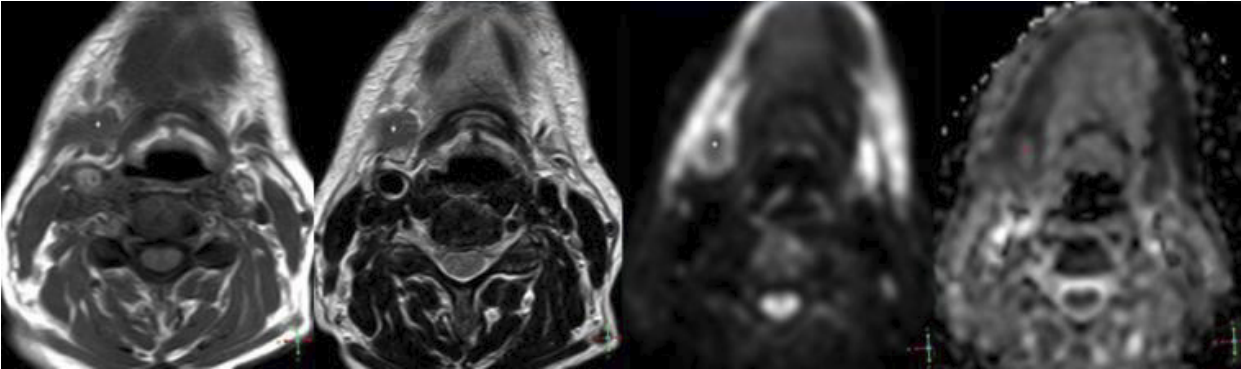
Опухолевая ЛАП



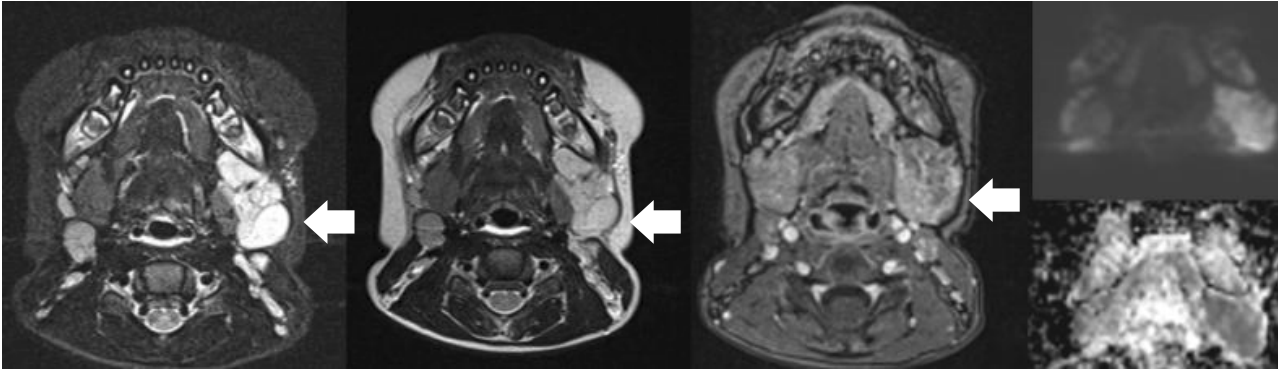
Пациент 16 лет
Лимфома Ходжкина. КТ-признаки лимфопролиферативного процесса с поражением л/у шеи, под-, надключичных, субпекторальных, аксиллярных лимфоузлов, л/у.



Пациент 15 лет
В-клеточная лимфома. ПЭТ-КТ с 18-ФДГ в режиме «все тело»: определяются множественные, сливные увеличенные метаболически активные лимфоузлы.



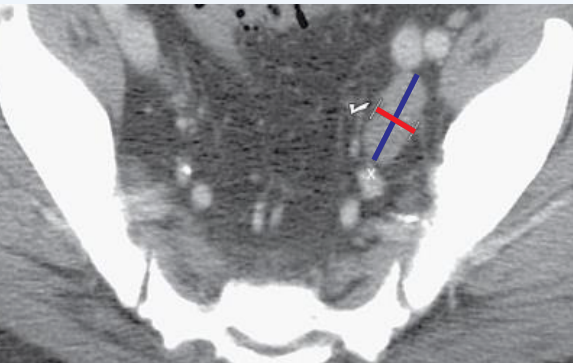
Пациент 15 лет
Лимфаденит бактериальной этиологии. Аксиальные сканы МР-томограмм, увеличенный лимфатический узел (белая точка).



Пациент 2 года
Mts рабдомиосаркомы. Состояние после удаления альвеолярной рабдомиосаркомы левой половины полости носа с распространением в мягкие ткани щечной области слева T2aM0N0, IRS II, ПХТ.

Основные критерии оценки лимфоузлов:

Размер	Контуры	Структура
Количество	Форма	Расположение



Увеличение лимфоузла до 1,5 см короткой оси может является проявлением доброкачественной гиперплазии.

Увеличение лимфоузла более 1,5 см говорит о патологических изменениях.

Результаты

Не было выявлено преимущество определенного метода лучевой диагностики в дифференциальной диагностике этиологии лимфаденопатии в виду их высокой чувствительности и низкой специфичности. У 6 пациентов (20%) с увеличенными лимфатическими узлами (более 1,0 см по короткой оси) и измененной структурой при биопсии был подтвержден опухолевый генез лимфаденопатии. У 5 пациентов (16%) с неувеличенными лимфатическими узлами (менее 1,0 см по короткой оси) и неизменной структурой при биопсии был подтвержден опухолевый генез лимфаденопатии. У 10 пациентов (33%) при выявлении лимфатических узлов, с неровными «лучистыми» контурами, при морфологической верификации не было выявлено данных за неопластический процесс. Также у 9 пациентов (30%) с увеличением количества лимфатических узлов определенной группы и их размеров (до 3,0 см по короткой оси) при биопсии данных за опухолевый процесс не определялось. Таким образом, определить определенный паттерн, позволяющий судить о метастатическом поражении лимфоузла, не представляется возможным.

Выводы

Проблема дифференциальной диагностики ЛАП у детей является актуальной и сложной как для рентгенологов, так и для врачей клинических специальностей (педиатров, отоларингологов, онкологов и др.). В большинстве случаев ЛАП у детей имеет доброкачественное течение и обусловлено развитием локальных или системных инфекционных процессов. Тем не менее, учитывая сходный характер клинических проявлений опухолевых и неопухолевых процессов, требуется обязательное проведение дифференциальной диагностики для своевременного выявления пациентов, имеющих высокий риск наличия опухоли, так как от этого зависит не только эффективность лечения, но и прогноз для жизни пациента.

ЛАП у детей встречается достаточно часто, особенно на уровне входных ворот инфекции.

Оценка выявленной ЛАП должна строиться на совокупности определенных паттернов, выявленных с помощью различных методов лучевой диагностики и сопоставляться с клинико-лабораторными данными и, при необходимости, с морфологическими данными.