Légpuskabalesetet követő Kimura-betegség

Kimura disease following air rifle shoot

Kránitz Noémi¹, Brauswetter Diána¹, Paukovics Ágnes²,
Tompos Tamás³, Csomor Judit^{1,@}

¹Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Patológiai Osztály, Győr

²Affidea Magyarország Kft., Győr

³Petz Aladár Egyetemi Oktató Kórház, Fül-Orr-Gége és Fej-Nyaksebészeti Osztály, Győr

⁴Semmelweis Egyetem, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, Budapest

(Beérkezett: 2021. május 21.; elfogadva: 2021. június 4.)

A 34 éves nőbeteg 6 éve fennálló myopia, astigmatismus és egy éve fokozódó, főként jobb oldalra lokalizálódó szemhéjfájdalom, kettőslátás és látásromlás miatt fordult orvoshoz. Anamnéziséből kezeletlen chronicus rhinosinusitis, asthma bronchiale mellett 21 éve légpuskabaleset emelen-

dő ki. A légpuskagolyó a jobb halántékon hatolt be. A baleset után az ólom idegentest eltávolítása csak részlegesen sikerült. A beteg elmondása szerint 2004 és 2010 között több alkalommal nyirokcsomókat távolítottak el a jelenleg is érintett régióból, jóindulatú szövettani diagnózissal.

1–2. **ábra.** A jobb infraorbitalis csatornát kiszélesítő, az orbitába és az infratemporalis fossába betörő hosszúkás lágyrészképlet. Az első ábrán a jobb oldali nyíl a műtétkor eltávolított tumort jelöli. A bal oldali nyíl a megnagyobbodott könnymirigyre mutat. Frontális és oldalirányú CT-felvétel.

3. **ábra.** Csontba ékelődő, fémmintenzitású képlet, a balesetből benmaradt légpuskalövedék maradványa. CT-felvétel

Frissen elvégzett laborvizsgálata extrém eosinophiliát mutatott (3,267 G/l, 34%). CT-vizsgálaton diffúz pansinusitis és a sutura frontotemporalis mentén az orbitakeret csontjába beékelődött, fragmentálódott légpuskalövedék ábrázolódott. A jobb infraorbitalis csatornát az arc lágyrészei alá terjedő, az orbitába és az infratemporalis fossába betörő hosszúkás lágyrészképlet szélesítette ki, melyet a látott kép alapján postganglionális trigeminus schwannomának gondoltak (1–3. *ábra*). A beteget Fej-Nyaksebészeti Osztályunkon műtötték. A lövedékfragmentumokat és a kifejezetten hosszú lágyrészképletet a könnyebb preparálás érdekében, az egyes anatómiai régióknak megfelelően (intramaxilláris, intraorbitális és

@ Levelezési cím: Dr. Csomor Judit, Semmelweis Egyetem, I. Sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, 1085 Budapest, Üllői út 26.;
E-mail: jmj.csomor@gmail.com

4. ábra. A nyirokcsomó állományában, minden régióban nagy szekunder folliculusok figyelhetők meg. Karikával eosinophil „tócsát” jelöltünk, nyíllal pedig idegszálat. H-E

infratemporalis lokalizációjú partíció), három részletben távolították el. Szövettani vizsgálatra három ($35 \times 15 \times 8$ mm, $25 \times 15 \times 6$ mm, $20 \times 10 \times 15$ mm) rugalmas, szürkés-fehér szövetrészlet érkezett, melyek a mikroszkóp alatt nyirokcsomónak, illetve idegszálak köré szerveződő nyirokszövetnek és kis könnymirigyrészletnek feleltek meg. Minden kimetszésben, a könnymirigyben is, folliculáris hyperplasiát, extrém eosinophilát, paracorticalis hypervascularisatiót és Castleman-betegséghez hasonló vascularisált folliculusokat figyeltünk meg, melyek együttesen a Kimura-betegség szövettani kritériumai (4–6. ábra).

5. ábra. Kifejezett paracorticalis eosinophila. H-E

6. ábra. A képen Castleman-betegségre emlékeztető, széles köpenyzónájú depletált folliculus, excentrikusan futó kisartériával és vascularisált paracortex látható sok eosinophil granulocytával. H-E

A betegség Európában nagyon ritka, az ázsiai népességben gyakrabban fordul elő. Ettől eltekintve esetünk kórlefolysa típusosnak mondható [1–3]. A beteg klinikuma – fiatal felnőtt életkor, lágyszisztumort utánzó növekedés, fej-nyak lokalizáció, krónikus lefolyás, recidív hajlam, a perifériás vér eosinophiliájával együtt – jellegzetes a betegségre.

A Kimura-betegség etiológiája ismeretlen, autoimmun, allergiás hátteret említenek. Betegünkben a puskaövedék etiológiai szerepe felmerülhet. Nem zárható ki, hogy a lövedékből kioldódó fémionok váltották ki a betegséget.

A Kimura-betegség terápiája sebészi, kiújuló vagy nem operálható esetekben alacsony dózisú besugárzás javasolt. A betegnél további műtétet, a könnymirigy környezetében mindkét oldalon jól tapintható, intraorbitális lokalizációjú, kb. 10-10 mm nagyságú további két csomó eltávolítását tervezték (1. ábra, nyíl), de a műtét után két héttel az eosinophilia 16%-ra esett, a duzzanatok felszívódtak. A regresszióhoz a kétoldali szekunder zöldhályog miatt elkezdett Medrol-kezelés is hozzájárulhatott.

Nyilatkozat: A cikk nem jelent meg más folyóiratban és nem áll publikáció alatt. A levelező szerzők a szerzői útmutatót elolvasták.

Érdekeltségek: A szerzőknek nincsenek érdekeltségeik.

Szerzői munkamegosztás: K.N., T.T. és Cs.J.: a kézirat írása, P.Á. és Cs.J.: ábrakészítés. B.D.: a kézirat javítása és véleményezése. A kéziratot valamennyi szerző elolvasta és jóváhagyta.

Irodalom

- [1] Chen H, Thompson LD, Aguilera NS, et al. Kimura disease: a clinicopathologic study of 21 cases. *Am J Surg Pathol.* 2004; 28: 505–513.
- [2] Osuch-Wojcikiewicz E, Bruzgielewicz A, Lachowska M, et al. Kimura's disease in a caucasian female: A very rare cause of lymphadenopathy. *Case Rep Otolaryngol.* 2014; 2014: 415865.
- [3] Zhang G, Li X, Sun G, et al. Clinical analysis of Kimura's disease in 24 cases from China. *BMC Surg.* 2020; 20: 1.