

# Keelepära healoomuline lümfoidne hüperplaasia. Haigusjuhu kirjeldus

## Maile Keskpaik<sup>1</sup>

Eesti Arst 2015;  
94(8):490–492

Saabunud toimetusse:  
02.06.2015  
Avaldamiseks vastu võetud:  
16.06.2015  
Avaldatud internetis:  
30.09.2015

<sup>1</sup> TÜ Kliinikumi kõrvakliinik

Kirjavahetajaautor:  
Maile Keskpaik  
maile.keskpaik@kliinikum.ee

Võtmesõnad:  
lümfoidne hüperplaasia,  
keelemandel, kirurgiline ravi

Healoomuline lümfoidne hüperplaasia on ebatavaline leid pea- ja kaelapiirkonnas, esinedes kõige sagedamini suuneelus keelepäräl. Täpne diagnoos on kliiniliselt oluline, kuna seda leidu võib segamini ajada lümfoomiga. Keelepära lümfoidkoe hüperplaasia etioloogia ei ole selge. Kaebused võivad olla erinevad, kurguvalu tükitunde kuni öiste hingamisraskusteni, mistõttu on selliste kaebustega patsiendil arstivisiidil vajalik suu- ning alaneelu kliiniline läbivaatus. Healoomulise keelepära lümfoidse hüperplaasia ravi on kirurgiline.

Suuneelus on kaks keelemandlit. Keelemandel on ovaalne lümfoikoe kogumik, mis asub keelepära tagumises osas. Mandli pind on ebaühtlane, seal paiknevad krüptid, mille vooderdava limaskestast alusi asetsevad lümfolliiklid. Nende ülesanne on abistada immuunsüsteemi antikehade tootmisel vastuseks viiruste ning bakterite sissetungile organismis. Normaalse keelemandli laius on umbes 2 cm, pikkus 1 cm ning kõrgus mõni millimeeter (1). Keelemandlid on osa Waldeyeri lümfaatilise neeluringist. Keelepära lümfoidne hüperplaasia on harva esinev healoomuline protsess, millele on iseloomulik lümfootsüütide arvu suurenemine koos.

Keelepära lümfoidse hüperplaasia tekke põhjus ei ole selge. Välja on toodud erinevaid põhjuseid, eelkõige püütakse leida seost näiteks kroonilise ärrituse (reflukshaigus, ravimata hambad), allergia ning korduvate infektsioonide vahel. Samuti on võimalikuks põhjuseks peetud Epstein-Barr viirusinfektsiooni ning teadmata antigene stimuleerimisest tekkinud reaktiivset lümfoidset proliferatsiooni (2). Välja on toodud ka kunagi varem tehtud tonsillektoomia, mis põhjustab reaktiivsete muutuste tõttu keelepära piirkonna lümfoidse hüperplaasia (3).

Keelemandli hüperplaasia sümptomiteks võivad olla neelamisraskus, tükitunne neelus, hingamisraskus ning ülemiste hingamisteede takistus obstruktiivse uneapnoega patsientidel (4, 5). Lisaks võivad patsiendid kaevata kurguvalu, palavikku, üldist väsimust, kõne muutust, kõrvavalu, valu kaelas submandibulaarses regioonis, samuti kroonilist köha või söömisel tekkivat köha-hoogu (6). Väga suur ja hüpertrofeerunud

keelemandel võib täita ka kogu *vallecula*'t (keelepära ning kõrpealise vaheline ruum), mis omakorda võib nihutada kõrpealise tagumist osa, mis võib muuta ka intubeerimise komplitseeritumaks (7).

## HAIGUSJUHT

Ambulatoorsele kõrva-nina-kurguarsti vastuvõtule pöördus 20aastane naisterahvas perearsti saatekirjaga neelumandlinn jääkrestide kahtluse tõttu. Patsiendi kaebusteks olid kurguvalu, segav tunne kurgus, nii et aeg-ajalt pidi kurgu puhtaks köhatama, ning aastate jooksul muutunud häälekõla. Viimast ei osanud patsient ise välja tuua, vaid sellele olid juhtinud tähelepanu vanemad ja teised lähedased. Söömisel-joomisel takistust ei esinenud, samuti ei esinenud hingamisraskust ega öiseid hingamishäireid. Patsient oli heas üldseisundis, kaasuvaid haigusi ei esinenud, varem oli umbes kümme aastat tagasi tehtud tonsillektoomia.

Patsiendi häälekõla oli madalam, n-õ kuuma kartuli moodi. Suuneelu vaatlusel olid mandliloožid puhtad ning neelumandli koe jääkreste ei esinenud. Küll aga hakkas silma tugevalt hüpertrofeerunud keelemandli kude (vt pilt 1). Edasi tehti fiibernasofarüngooskoopia, kust ilmnes, et keelemandli kude täitis olulise osa suuneelust, ulatudes neelu tagaseinani (vt pilt 2). Ka *vallecula* oli täidetud lümfaatilise koega. Muus osas olid kõri struktuurid tavalised, häälepaelad puhtad ning liikudes külgühtlased. Fiibernasofarüngooskoopilise uuringu käigus võeti keelemandlist biopsia, mille histoloogiliseks diagnoosiks oli lümfoidkoe reaktiivne hüperplaasia.

Kael oli palpatoorselt pehme, suurenenud lümfisõlmi ei esinenud. Võetud vereanalüüs (hemogramm 5osalise leukogrammiga ning biokeemilised analüüsid, eelkõige kilpnäärme hormoonid ning  $\beta$ -2 mikroglobuliin) olid kõik näitajad referentsväärtuste piires, normaalsed. Radioloogilisteks ega polüsomnograafilisteks uuringuteks ei olnud kaebuste puudumise tõttu näidustust.

Lümfaatiline kude ahendas neeluruumi arvestatavalt ning otsustati keelemandli kude operatiivselt eemaldada. Lõikus toimus üldanesteesias ning mõlemalt poolt eemaldati keelemandel dioodlaseri (Biolitec) abil. Perioperatiivne veritsus oli tavapärane, hemostaas toimus monopolaarse elektrokoagulatsiooni abil. Postoperatiivne kulg oli iseärasusteta, koduseks raviks määrati antibakteriaalne ning valuvaigistav ravi.

Parem keeletonsill mõõtmetega 2,8 x 1,3 x 1,5 cm saadeti histoloogilisele uuringule, kus leidis veel kord kinnitust healoomulise lümfaatilise koe hüperplastiline protsess.

Patsient ei pöördunud operatsioonijärgsesse kontrolli.

## ARUTELU

Follikulaarne lümfoidne hüperplaasia on harva esinev nähtus, mida iseloomustab lümfotsüütide suurenemine kudedes, mis asuvad väljaspool lümfisõlmi. Varem on seisundit nimetatud ka reaktiivseks lümfoidseks hüperplaasiaks või pseudo-lümfoomiks (8). Esimest korda kirjeldas lümfoidset hüperplaasiat suuneelu limaskestadel Adkins 1973. aastal. Enamik pea- ja kaelapiirkonnas esinevatest juhtudest on kirjeldatud suuõõnes ja -neelus (9).

Diagnoos on eelkõige kliiniline, parim võimalus selleks on direktne fibernasofarüngoskoopia või selle puudumise korral indirektne larüngoskoopia. Tavaliselt on vereanalüüs muutusteta ning vähe väljendunud leiu puhul jäävad radioloogilised muutused tagasihoidlikuks. Kui on obstruktiivse uneapnoe kahtlus, siis on enne operatsiooni vaja teha polüsomnograafiline uuring. Diagnoosi healoomulisuse kinnituseks on kindlasti vajalik koe histoloogiline uuring.

Oma olemuselt on nimetatud diagnoos kliiniliselt oluline, kuna seda võib segi ajada maliigse lümfoomiga. Teised diferentsiaaldiagnoosid võivad olla mesenhümaalsed tuumorid, süljenäärme kasvaja, ektoopiline kilpnääre, tsüstid, papilloomid, fibroomid, abstsessid ning angiroomid (10).



Pilt 1. Lümfoidne hüperplaasia keelepära piirkonnas.



Pilt 2. Fiibernasofarüngoskoopiaal on näha keelemandli hüperplaasia, mis ulatub neelu tagaseinani.

Keelepära lümfoidse hüperplaasia ravi on kirurgiline: kas osaline või täielik eemaldamine. Kirjanduses on enim kirjeldatud laseriga või raadiosagedusliku ablatiooni teel eemaldamist ja/või lümfoidse koe vähendamist. Mõlema meetodi puhul on perioperatiivne veritsus vähene. Raadiosagedusliku meetodi eeliseks on toodud väiksemat termilist kahjustust kudedes (2).

## KOKKUVÕTE

Keelepära healoomuline lümfoidne hüperplaasia on harva esinev nähtus, mis võib põhjustada suuneelu olulist ahenemist. Sümptomiteks võivad olla kurguvalu, neelamistakistus, tükitunne kurgus, norskamine, muutus hääles. Diagnoosimiseks parim võimalus on indirektne larüngoskoopia või fibernasofarüngoskoopia. Kindlasti on oluline keelepära lümfoidse koe suurenemise korral histoloogiline kinnitus, et välistada lümfoomi või mõne muu maliigse haiguse diagnoos.

<sup>1</sup> Ear Clinic, Tartu University Hospital, Tartu, Estonia

Correspondence to:  
Maile Keskpaik  
maile.keskpaik@kliinikum.ee

Keywords:  
lymphoid hyperplasia,  
tongue base, surgical  
treatment

## SUMMARY

### Case report on benign lymphoid hyperplasia of the tongue base

Maile Keskpaik<sup>1</sup>

A 20-year-old female suffered from globus sensation, sore throat and „hot potato voice“ dysphonia. On examination, she had a visible tongue mass, confirmed with flexible nasendoscopy, which obstructed the posterior oropharynx. Neck palpation findings were normal. During nasendoscopy, biopsies were taken which revealed benign lymphoid hyperplasia. Surgical procedure was performed, excision of the lymphoid tissue from the tongue base with a laser (Biolitec diode laser) using a power setting of 8 W. Further histologic investigations confirmed the diagnosis. Postoperative recovery was rapid, and required anti-bacterial and mild analgesic treatments. Unfortunately, the patient did not show up for post-operative check-up.

The diagnosis of tongue base lymphoid hyperplasia is of clinical importance because it may be confused with malignant lymphoma; therefore, it is crucial to perform clinical and histopathological examination.

## KIRJANDUS/REFERENCES

1. Puar RK, Puar HS. Lingual tonsillitis. *South Med J* 1986;79:1126–8.
2. Nicoli TK, Gupta S, Kotecha B. Radiofrequency thermotherapy in the treatment of tongue base lymphoid hyperplasia: case report. *J Laryngol Otol* 2015;129:398–402.
3. Jesperg N. Chronic, hypertrophic, lingual tonsillitis. *Arch Otolaryngol* 1956;64:3–13.
4. Bock JM, Trask DK. Coblation-assisted lingual tonsillectomy for dysphagia secondary to tongue base hypertrophy. *Ann Oto Rhino Laryngol* 2008;117:506–9.
5. Banhiran W, Wanichakorntrakul P, Metheetrairut C, Chiewit P, Planuphap W. Lateral cephalometric analysis and the risks of moderate to severe obstructive sleep-disordered breathing in Thai patients. *Sleep Breath* 2013;17:1249–55.
6. Golding-Wood DG, Whittet HB. The lingual tonsil. A neglected symptomatic structure. *J Laryngol Otol* 1989;103:922–5.
7. Ovassapian A, Gassenberg R, Randel GI, et al. The unexpected difficult airway and lingual tonsil hyperplasia. *Anesthesiology* 2002;97:124–32.
8. Adkins KF. Lymphoid hyperplasia in the oral mucosa. *Aust Dent J* 1973;18:38–40.
9. Jham BC, Binmadi NO, Scheper MA, et al. Follicular lymphoid hyperplasia of the hard palate: case report and literature review. *J Craniomaxillofac Surg* 2009;37:79–82.
10. Gromet M, Horner MJ, Carter BL. Lymphoid hyperplasia at the base of the tongue. Spectrum of a benign entity. *Radiology* 1982;144:825–8.

## Muusika kui vahend postoperatiivse valu ja ärevuse leevendamiseks

Muusika mängimine patsientidele on mitteinvasiivne, ohutu ja odav meetod operatsioonijärgses taastumises. 2015. aasta augustis ilmus ülevaade ja metaanalüüs muusika kasutamise efektiivsusest taastumisperioodis.

Analüüsi kaasati juhuslikustatud kontrolluuringud täiskasvanud patsientidel, kes olid läbi teinud kirurgilise protseduuri (välja jäeti kesknärvisüsteemi- ning peaja kaelaoperatsioonid) ning kus oli

muusika mängimist enne, operatsiooni ajal või pärast võrreldud standardravi või teiste mittetfarmakoloogiliste meetoditega.

Analüüsi kaasati 73 erineva uuritavate hulgaga (20 kuni 458) uuringut. Muusika valik, selle patisendile mängimise ajastus ning kestus varieerusid. Muusika vähendas operatsioonijärgset valu (standarditud keskmine erinevus  $-0,77$  (95% usaldusvahemik  $-0,99$  kuni  $-0,56$ )), ärevust (standarditud keskmine erinevus  $-0,68$  ( $-0,95$  kuni  $-0,41$ )), medikamentoosete valuvaigistite kasutamist ( $-0,37$  ( $-0,54$  kuni  $-0,2$ )) ning suurendas

patsientide rahulolu (1,09 (0,51 kuni 1,68)). Patsientide haiglas viibimise aeg oli muusikat kuulanute ja mittekuulanute rühmas sarnane ( $-0,11$  ( $-0,35$  kuni  $0,12$ )). Täiendav analüüs näitas, et muusika valik ja selle mängimise ajastus mõjutas tulemust väga vähe.

Seega võiks muusikat patsientidele pakkuda kui tõhusat vahendit operatsioonijärgse valu ja ärevuse leevendamiseks.

## ALLIKAS

Hole J, Hirsch M, Ball E, Meads C. Music as an aid for postoperative recovery in adults: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2015;pii: S0140-6736(15)60169-6.

## LÜHIDALT