

X 269005

Differenciáldiagnosztikai kalauz

Hatodik bővített és átdolgozott kiadás

Szerkesztette

**Szarvas Ferenc,
Lonovics János,
Vécsei László**

Medicina Könyvkiadó Zrt. • Budapest, 2018

SZTE Klebelsberg Könyvtár
Egyetemi Gyűjtemény

HELYBEN
OLVASHATÓ

SZTE Klebelsberg Könyvtár



J001253490

© Szarvas Ferenc, Lonovics János, Vécsei László 2018

© szerzők 2018

© Medicina Könyvkiadó Zrt. 1997, 1998, 2006, 2012, 2013, 2018

Az ábrákat rajzolta: © Olgyay Géza 2018

Lektorálta: Ábrahám György, Baradnay Gyula, Barna István, Benedek Szabolcs, Csanády Miklós, Csernay László, Dobozy Attila, Fráter Loránd, Gulyás Lajos, Leövey András, Lonovics János, Marosi György, Nagy Ferenc, Rudas László, Scultéty Sándor, Szalay László, Szalka András, Szarvas Ferenc, Szeghalmi Zoltán, Szűcs Attila, Varró Vince, Vásárhelyi Barna, Vécsei László, Virág István, Zöllei Éva

E könyv szövege, ábraanyaga és minden tartozéka szerzői jogi oltalom és kizárólagos kiadói felhasználási jog védelme alatt áll. Csak a szerzői jog tulajdonosának és a könyv kiadójának előzetes írásbeli engedélye alapján jogszerű a mű egészének vagy bármely részletének felhasználása, illetve többszörözése akár mechanikai, akár elektronikus úton, akár fotózás által. Ezen engedélyek hiányában mind a másolatkészítés, mind a sugárzás, mind a digitalizált formában történő tárolás, mind a számítógépes hálózaton való megjelenítés jogszerűtlen.



ISBN 978 963 226 663 3

MEDICINA

A kiadásért felel a Medicina Könyvkiadó Zrt. igazgatója

Felelős szerkesztő: Pobožsnyi Ágnes

A borítót tervezte: Bede Tamásné

Műszaki szerkesztő: Kökösi-Sigmond Gábor

Terjedelem: 66,53 (A/5 ív)

Azonossági szám: 3890

X 269005

Nyomta és kötötte: Dürer Nyomda Kft., Gyula

Felelős nyomdavezető: Fekete Viktor ügyvezető igazgató

Háziorvos, osztályos orvos, ügyeletes,
felvételes ambuláns
és konziliárius kollégáiknak ajánlják

a Szerkesztők

Tartalomjegyzék

Előszó az első kiadáshoz	17
Előszó az ötödik kiadáshoz	19
Előszó a hatodik kiadáshoz	20
Rövidítések jegyzéke	23

I. fejezet. Az általános anamnézis alapján felvetődő differenciáldiagnosztikai problémák

I.1.	Ismeretlen eredetű láz, hőemelkedés (<i>Szarvas Ferenc</i>)	29
I.2.	Izzadás (<i>Szarvas Ferenc</i>)	35
I.3.	Generalizált viszketés elsődleges bőrelváltozás nélkül (<i>Szarvas Ferenc</i>)	37
I.4.	Étvágytalanság, fogyás (<i>Lonovics János</i>)	38
I.5.	Mellkasi fájdalom	43
	Mellkasi fájdalom ischaemiás szívbetegségekben (<i>Csanády Miklós</i>)	43
	Mellkasi fájdalom légzőszervi betegségekben (<i>Somfay Attila</i>)	49
I.6.	Nehézlégzés (<i>Somfay Attila</i>)	50
I.7.	Köhögés, köpetürítés, haemoptoe (<i>Somfay Attila</i>)	53
I.8.	Nyelési zavar, gyomorégés, böfögés, globus, csuklás (<i>Rosztóczy András, Szarvas Ferenc</i>)	56
I.9.	Hányinger, hányás (<i>Lonovics János</i>)	69
I.10.	Haematemesis, melaena, haematochezia (<i>Lonovics János</i>)	74
I.11.	Hasi fájdalom (<i>Hajnal Ferenc</i>)	78
I.12.	Puffadás, meteorismus (<i>Lonovics János</i>)	82
I.13.	Hasmenés (<i>Izbéki Ferenc, Lonovics János</i>)	86
I.14.	Székrekedés (<i>Wittmann Tibor</i>)	91
I.15.	Haemorrhagiás diathesisek, coagulopathiák, thrombophilia (<i>Vezendi Klára</i>)	95
I.16.	Polyuria, polydipsia; oliguria, anuria (<i>Szarvas Ferenc</i>)	113
I.17.	Erectilis dysfunctio (<i>Szarvas Ferenc</i>)	116

II. fejezet. Az általános fizikális vizsgálat alapján felvetődő differenciáldiagnosztikai problémák

II.1.	A magasvérnyomás-betegség differenciáldiagnosztikája (<i>Légrédy Péter, Ábrahám György</i>)	119
II.2.	Hypotensio, syncope, collapsus, sokk (<i>Csanády Miklós</i>)	130
II.3.	Oedema (<i>Csanády Miklós</i>)	134
II.4.	Telt nyaki vénák; megnagyobbodott szívtempulat (<i>Csanády Miklós</i>)	135
II.5.	A szívhangok rendellenességei, szívzörejek (<i>Csanády Miklós</i>)	136
II.6.	EKG-rendellenességek, ritmuszavarok (<i>Csanády Miklós</i>)	138
II.7.	Fizikális eltérések a tüdők felett (<i>Somfay Attila</i>)	143
II.8.	Hasi rezisztencia (<i>Szarvas Ferenc</i>)	145
II.9.	Hepatomegalia (<i>Szalay Ferenc</i>)	147
II.10.	Ascites (<i>Szarvas Ferenc</i>)	151

II.11.	Sérv (<i>Balogh Ádám</i>)	153
II.12.	Akut has (<i>Balogh Ádám</i>)	157
II.13.	Sürgős műtétet nem igénylő akut hasi kórképek (<i>Pap Ákos</i>).	163
II.14.	A sárgaság elkülönítő diagnosztikája (<i>Szalay Ferenc</i>)	177
II.15.	Halvány bőr és nyálkahártyák, piros arc, cyanosis (<i>Varga Gyula</i>).	184
II.16.	Lymphadenomegalia, lépmeagnagyobbodás (<i>Borbényi Zita</i>)	197
II.17.	Gigantosomia, nanosomia (<i>Magony Sándor, Julesz János</i>)	202
II.18.	Elhízás (<i>Magony Sándor, Julesz János</i>)	205
II.19.	Hirsutismus, virilismus (<i>Magony Sándor, Julesz János</i>).	209
II.20.	Struma (<i>Magony Sándor, Julesz János</i>)	213
II.21.	Gynaecomastia (<i>Szarvas Ferenc</i>)	219
II.22.	A női és férfi emlő rendellenességei (<i>Lázár György</i>)	220

III. fejezet. Speciális szakterületek szerint felvetődő differenciáldiagnosztikai problémák

III.1.	Differenciáldiagnosztikai kérdések a neurológiában (<i>Tajti János, Szok Délia, Vécsei László</i>)	227
III.2.	A pszichiátriai betegségek differenciáldiagnosztikája (<i>Bitter István</i>)	247
III.3.	Mozgásszervi panaszok és tünetek az általános orvosi differenciáldiagnosztika szemszögéből (<i>Bálint Géza, Bálint Péter</i>)	260
III.4.	A bőrtünetek szerepe az általános orvosi diagnosztikában (<i>Török László</i>).	276
III.5.	Látászavar, szemészeti anomáliák (<i>Kolozsvári Lajos</i>).	295
III.6.	Hallászavarok, fül-orr-gégészeti anomáliák (<i>Czigner Jenő</i>)	311
III.7.	Sztomatológiai anomáliák szisztémás betegségekben (<i>Sonkodi István, Nagy Katalin</i>)	329
III.8.	Arctájéki és szájüregi fájdalmak és egyéb rendellenességek (<i>Fazekas András</i>).	346
III.9.	A vesebetegségek elkülönítő kórisméje (<i>Kakuk György</i>)	363
III.10.	Húgyúti rendellenességek (<i>Pajor László</i>)	385
III.11.	Az emésztőrendszeri daganatok elkülönítő kórisméje (<i>Balog Ádám</i>).	391
III.12.	Az artéria- és vénabetegségek felismerése és elkülönítése (<i>Forster Tamás</i>).	411
III.13.	Vérgáz, sav-bázis, vízháztartás és elektrolitzavarok (<i>Pénzes István</i>).	424
III.14.	Szepszis az általános orvosi ellátás szemszögéből (<i>Rudas László</i>).	439
III.15.	Endokrin krízishelyzetek felismerése és a sürgős terápia elkezdése (<i>Valkusz Zsuzsanna</i>)	446
III.16.	Hyper- és hypoglykaemiás állapotok elkülönítése (<i>Halmos Tamás</i>)	452
III.17.	Hyperlipidaemiák differenciáldiagnosztikája, komplex kardiovaszkuláris kockázatbecslés (<i>Paragh György</i>)	463
III.18.	Az osteoporosis felismerése és elkülönítése (<i>Lakatos Péter</i>)	479
III.19.	Differenciáldiagnosztikai szempontok gyakoribb mérgezésekben (<i>Zacher Gábor</i>)	491
III.20.	Differenciáldiagnosztikai szempontok idős betegek vizsgálata során (<i>Zöllei Magdolna</i>)	509
III.21.	Szülészeti és nőgyógyászati sürgősségi kórképek (<i>Pál Attila</i>)	519
III.22.	Gyermekgyógyászati betegségek diagnosztikai és differenciáldiagnosztikai aspektusai (<i>Katona Márta</i>)	528
III.23.	Leggyakoribb gyermekkori mérgezések (<i>Tálosi Gyula</i>)	551

III.24.	A nem neonatológus orvos teendői a rendkívüli körülmények között született újszülöttnel (<i>Pintér Sándor</i>)	559
III.25.	A beteget először észlelő általános orvos által végzendő sürgősségi állapotfelmérés, osztályozás és teendők (<i>Zentay Attila, Rotyis Mária</i>)	562
IV. fejezet.	Képkalkotó eljárások és az általuk nyújtott diagnosztikus lehetőségek (<i>Palkó András, Morvay Zita, Nagy Endre</i>)	577
V. fejezet.	Echokardiográfia (<i>Csanády Miklós</i>)	613
VI. fejezet.	Nukleáris medicinai eljárások és azok klinikai alkalmazása (<i>Pávics László</i>)	623
VII. fejezet.	Emésztőszervi endoszkópos és biopsziás eljárások (<i>Molnár Tamás</i>)	635
VIII. fejezet.	Klinikai genetika az általános orvosi ellátás szempontjából (<i>Igaz Péter</i>)	645
IX. fejezet.	Klinikai kémiai laboratóriumi diagnosztika (<i>Nagy Erzsébet, Dux László</i>)	653
X. fejezet.	Mikrobiológiai vizsgálatok (<i>Kocsis Jánosné Nagy Erzsébet</i>)	677
XI. fejezet.	A konzílium szerepe a differenciáldiagnózisban (<i>Szarvas Ferenc</i>)	699
XII. fejezet.	Szívmegeállás? Légzésleállítás? Újraélesztés a háziorvosi differenciáldiagnosztika szemszögéből (<i>Marosi György</i>)	705
Függelék	725
Forrásmunkák jegyzéke	739
Tárgymutató	746

Malignitás gyanúja: egyoldali előfordulás; véres váladék, előrehaladott esetben kifehélyesedés; bőrfixációs jel; kemény tapintatú állomány; egyenetlen felszín; axillaris nyirokcsomó-megnagyobbodás (lásd a következő fejezetben is).

Diagnosztikus lépések gynaecomastia esetén

Az anamnézis kiemelt szempontjai:

Gyógyszeresedés, realimentatio, familiaritás.

A fizikális vizsgálat kiemelt szempontjai:

Emlők, hónaljárkok (nyirokcsomók), testisek, máj (cirrhosis).

Képpalkotó eljárások:

Röntgenfelvétel: alpmódszer a mammoográfia; kiegészítő eljárás az UH-vizsgálat: emlő, here, mellékvese.

CT, MR, PET-CT (tumorgyanú, onkológiai követés).

Laboratóriumi vizsgálatok:

Rutin: májpróbák, vesefunkció.

Speciális: ösztradiol, tesztoszteron, SHBG (sex hormone binding globulin), dehidroepi-androszteron-szulfát, FSH, LH, béta-HCG, prolaktin, TSH, fT₄;

- kariogram, spermavizsgálat;
- esetleg herebiopszia;
- eseti mérlegeléssel: túbiopsziás anyagból citológiai vizsgálat;
- sebészi excindatumból szövettani vizsgálat, valamint androgén- és ösztrogénreceptor-meghatározás.

Konzíliumok: endokrinológia, sebészet, onkológia, urológia.

II.22. A női és férfi emlő rendellenességei

Lázár György

Bevezetés

A fizikális vizsgálat részei

Inspekció

Tapintás

Emlőváladékozás

Mastodynia (emlőfájdalom)

A leggyakoribb emlőelváltozások jellemzői

Az emlő fejlődési rendellenességei

Gynaecomastia

Az emlő gyulladásai

Emlőabszcessus

Fibroadenoma

Phylloid tumor

Emlőcysta

Mastopathia fibrosa cystica (fibrocystas megbetegedés)

Zsírnekrózis

Intraductalis papilloma (papillaris elváltozás)

Mondor-betegség

Az emlő malignus elváltozásai

Emlőrák

Az emlőbimbó Paget-betegsége

Axillaris nyirokcsomó-megnagyobbodás, emlőrák-metasztázis emlőtűnetek nélkül

Gyulladásos emlőrák (mastitis carcinomatosa)

Terhesség alatti emlőrák

Férfi emlőrák

Bevezetés

Az emlőrák a nők leggyakoribb rosszindulatú megbetegedései közé tartozik, ezért az emlő különböző jó- és rosszindulatú megbetegedé-

seinek klinikuma, beleértve az emlő fizikális vizsgálatát, rendkívül fontos része az általános orvosi vizsgálatnak. Napjainkban, az egyre érzékenyebb vizsgáló módszerek alkalmazása mellett, nagyon sokan lebecsülik ezek

jelentőségét. Jól ismert irodalmi adat, hogy az emlőrákok kb. 10–15%-a az elsődleges vizsgálmódszernek tartott mammográfia során rejtve marad; valamint, hogy az emlőbetegségek diagnózisának felállításában, a további diagnosztikai lépések megválasztásában a fizikális/klinikai jelek továbbra is meghatározók. A fizikális vizsgálat évenkénti elvégzése 30 éves koron túl mindenkinek ajánlott, bizonyítottan magasabb kockázati csoportokban (lásd II.22.1. táblázat) viszont sűrűbben. Hasonlóképpen fontos az emlők rendszeres önvizsgálata is. A fizikális vizsgálatot premenopauzában a menstruációt követően kb. egy héttel a legideálisabb elvégezni, mivel az emlő érzékenysége, duzzanata ilyenkor a legkisebb mértékben észlelhető. Az emlő klinikai vizsgálata az esetek 80–90%-ában benignus probléma miatt történik, ennek ellenére a vizsgálat célja alapvetően a rosszindulatú folyamatok felismerése, illetve kizárása.

A fizikális vizsgálat részei

Inspekción, tapintás: mindkét emlő, axillaris régiók, supra-, infraclavicularis régiók.

Inspekción

Az emlők megtekintése derékig levetközött betegen történik. A megtekintés során elsősorban a rosszindulatú daganatokra jellemző eltérések jelenlétét keressük: bőrszínéződés, bőrbehúzóds, duzzanat, kifekélyesedés, oedema (narancshéjtünet), deformitás, aszimmetria, emlőbimbó-befordulás, kóros vénás hálózat.

A megtekintést megismételjük oly módon is, hogy a beteget megkérjük, emelje fel mindkét karját a feje fölé, és ezt követően eressze le. A mozdulatsor alatt észlelhetünk bőrfixációt, behúzóds, emlőbimbó-torzulást, amelyek a bőrhöz, illetve a mellkasfalhoz közeli elváltozások jelenlétére hívhatják fel a figyelmet.

Pectoralis kontrakciós manőver: a beteget ülő helyzetben csipőre tett kezekkel figyeljük meg, majd megkérjük, hogy szorítsa össze derekát mindkét karjával. Ezáltal a pectoralis

izomzat összehúzódik, és szintén a bőrközeli, esetleg a pectoralis izomzattal összekapcsolódó elváltozások láthatóvá válnak bőrbehúzóds formájában.

Tapintás

Az axillaris, valamint a supra- és infraclavicularis régiót a beteg ülő helyzetében lehet a legjobban kivitelezni. A supra- és infraclavicularis régiót érdemes megvizsgálni úgy is, hogy a beteg mögé állunk. Az axillaris régiót a pectoralis izomzat teljes relaxációja mellett lehet legjobban átvizsgálni. Ennek egyik legjobb módja, hogy a beteg karját egyik kezünkkel (bal) megtartjuk, így ellazul a pectoralis izomzat, közben a másik kezünkkel (jobb) az axillát ujjaink hegyével finoman áttapintjuk.

Az emlők vizsgálata a beteg fekvő helyzetében mindkét kézzel, zárt ujjakkal történik. Először a beteg karjai a törzse mellett fekszenek, majd a beteg a kezeit a feje alá teszi, és ismételt átvizsgáljuk mindkét emlőt.

Amennyiben a tapintás során az emlőkben elváltozást észlelünk, a következő kérdésekre próbáljunk meg választ keresni, amelyek elengedhetetlenek a státusz rögzítéséhez, valamint a valószínűsített diagnózis felállításához.

Lokalizáció? Melyik kvadráns (külső/belső; felső/alsó; centrális)?

Egyszeri vagy multiplex elváltozás? A multiplex léziók elsősorban cystákra, illetve fibroadenosisra jellemzőek.

Milyen az elváltozás érzékenysége, konzisztenciája? A fájdalmas elváltozás inkább gyulladásra, illetve egyéb benignus elváltozásra (pl. cysta, fibroadenoma) jellemző. A kemény, fájdalomtalan, irreguláris elváltozás malignus folyamatot valószínűsít.

Az elváltozás rögzült-e a mellkasfalhoz? A fixált elváltozás előrehaladott malignus folyamatot támogat.

Az elváltozás felett lehet-e bőrbehúzóds észlelni? Ha igen, ez rosszindulatú daganatra jellemző. A bőrbehúzóds legegyszerűbben úgy lehet provokálni, hogy az elváltozást a mutató- és hüvelykujjunkkal összefogjuk.

Hasonló segítség a fent már ismertetett peccoralis manóver.

Emlőbimbó-retrakció: egyoldali, fokozatosan kialakuló rosszindulatú daganatra, valamint zsírnekrózisra lehet jellemző. A kétoldali, alkati emlőbimbó befordulás szintén jól ismert, csak kozmetikai jelentősége van.

Tapintunk-e megnagyobbodott nyirokcsomót? Az egyoldali, fájdalomtalan, porckemény tapintatú csomó carcinomára jellemző.

Emlőváladékozás

Viszonylag ritka tünet, azonban az esetek egy részében carcinomához társul, ezért ennek kizárása feltétlenül indokolt. Az emlőváladékozás esetén a következő kérdések tisztázása szükséges:

A váladék jellege (serosus, véres vagy egyéb)?

Egyidejű tapintható rezisztencia?

Egyoldali/kétoldali?

Kapcsolódik-e menstruációs ciklushoz?

Menopauza előtt vagy után észlelhető?

A beteg fogamzásgátló tablettát, vagy ösztrogén tartalmú gyógyszert szed-e?

Lehetséges válaszok, illetve következtetések:

Egyoldali serosus vagy serosanguinolens – intraductalis papilloma, ritkán intraductalis carcinoma jelenlétét támogatja.

Posztmenopauzában, krónikus, egyoldali, véres – rosszindulatú folyamatot valószínűsít.

Premenopauzában, spontán menstruáció előtt jelentkező, egy- vagy kétoldali, zöldes-barnás váladékozás – mastopathiára jellemző.

Tiszta serosus vagy tejszerű váladékozás – fogamzásgátló tablettá szedése (ma már ritka az alacsony hormontartalmú készítmények miatt), vagy egyéb hormonális zavar (pl. emelkedett prolaktinszint) okozhatja.

Gennyes váladékozás – subareolaris abscessus.

Mastodynia (emlőfájdalom)

Az egyik leggyakoribb emlőpanasz, aminek a háttere nem teljesen tisztázott. Jelentkezhet a menstruációs ciklussal összefüggésben

(menstruáció előtt, ami fokozatosan megszűnik), illetve a menstruációs ciklustól függetlenül. A premenstruációban jelentkező emlőfájdalom (váladékozással vagy nélküle) elsősorban mastopathiára jellemző. Hátterében hormonális változások állnak.

Differenciáldiagnózis: korábbi műtéti heg, trauma utáni haematoma, zsírnekrózis, gyulladás, emlőrák; nem emlő eredetű fájdalom okai: cardialis, pleuralis, intercostalis neuralgia, Tietze-szindróma.

A leggyakoribb emlőelváltozások jellemzői

Az emlő fejlődési rendellenességei

Amastia (a teljes emlő hiánya), aplasia (mirigyállomány hiánya), athelia (emlőbimbó hiánya).

Micromastia (fejletlen kicsi emlő), macromastia (az előző ellentéte).

Polymastia (a tejlec vonalában lévő multiplex emlőmirigy), polythelia (multiplex emlőbimbó).

Mamma aberrata (a tejlec vonalán kívüli emlő mirigy(ek)).

Hyperplasia (az emlő zsír- és kötőszövetes részeinek felszaporodása, ami a növekedés befejezéséig tart), hypertrophia (a terhesség, illetve a szoptatás alatti fiziológiás emlőnövekedés).

A felsorolt rendellenességek ritkák, elsősorban differenciáldiagnosztikai problémát okoznak. Kiemelendő a polymastia, a polythelia és a mamma aberrata, amelyek sokszor csak terhesség alatt válnak ismertté, vagy számfeletti emlőbimbó esetén naevus pigmentosus formájában kerülnek eltávolításra. A számfeletti emlőmirigyeken ugyanúgy megjelenhetnek az emlő szokásos megbetegedései, ezért eltávolításuk, a kozmetikai szemponton túlmenően is, indokolt.

Gynaecomastia

Fő jellemzők: a férfi emlőmirigy egy- vagy kétoldali hypertrophiája. Fájdalmas, 2–3 cm nagyságú, subareolaris csomó, ritkán kifejezett

emlő formájában vagy serosus váladékozással együtt jelentkezik. Általában kétoldali, az esetek többségében spontán megszűnik.

Diagnózis: emlő-UH, mammográfia, bizonytalan esetekben biopsziával kiegészítve (lásd a II.21. fejezetet is).

Differenciáldiagnózis: rosszindulatú daganat, valódi gyulladás, vagy elhízás miatt kialakult pseudogynaecomastia.

Az emlő gyulladásai

Mastitis puerperalis (szoptató anyákon)

A felhám sérüléseinek keresztül jön létre. *Staphylococcus aureus* a leggyakoribb kórokozó. Fajtái: sporadikus; epidémiás – a csecsemő szájfőrájában található a patogén kórokozó – az állandó újrafertőzés miatt rendkívül fulmináns lefolyású.

Tünetek: a gyulladás klasszikus jelei (pirosság, duzzanat, fájdalom) az egész emlőn, illetve valamely jól körülhatárolt területen.

Diagnózis: a klinikai jelek mellett emlő-UH, mammográfia, tumor kizárása céljából szövettani mintavétel (vékonytű: FNA, hengertű: core biopszia). Tumorra elsősorban nem gyógyuló esetekben kell gondolnunk.

Mastitis nonpuerperalis: nem szoptatási időszakban jelentkező gyulladás, rendkívül ritka.

Számos oka lehet, amelyek sokszor rejtve maradnak (trauma, retenciós cysta, erysipelas stb.).

Fontos a daganat kizárása, ezért javasolt komplex emlővizsgálat (UH, mammográfia sz. e. szövettani mintavétel).

Emlőabscessus

Szoptatás alatt gyakori. Az emlőben bárhol megjelenhet: (1) subareoralis (nem szoptató középkorú nőknél), (2) intraglandularis (sokszor retenciós tejút/cysta felülfertőződése következtében) (3) sub/retromammalis tályog.

Tünetek: az elváltozás fájdalmas, fluktuáló terime formájában jelentkezik (fluktuáció, a bőr gyulladáshoz vezető jelei nem mindig vannak

jelen), gyakran axillaris lymphadenomegáliával.

Diagnózis/kivizsgálás: fontos a daganat kizárása (nem szoptató, ismeretlen etiológiájú, terápiarezisztens abscessusok hátterében gyakori), ilyenkor emlő-UH, mammográfia, sz. e. szövettani mintavétel javasolt.

Fibroadenoma

Jóindulatú fibroepithelialis daganat. Fiala nőknél a leggyakoribb (a pubertást követő 20 éven belül). Általában szoliter, 10–15%-ban többszörös. Malignus átalakulás az esetek 1–1,5%-ában (különösen 40 év felett).

Tünetek: jól körülhatárolt, sima lobulált felszínű, tömött tapintatú mobilis elváltozás.

Emlő-UH, mammográfia, szövettani mintavétel FNA/core (finom tű biopszia sokszor félvezető lehet, ezért sokan a core biopsziát részesítik előnyben).

Phylloid tumor

Cellularis stromával rendelkező fibroepithelialis daganat. Nagyra és shubokban növekedhet.

Az esetek 1/3-a malignus, 1/3-a benignus, 1/3-a határeset.

Tünetek: dudoros, lobulált felszínű, általában mobilis elváltozás, gyakran az egész emlőt képes deformálni, a bőrközeli elváltozások kifekélyesedést is okozhatnak.

Diagnózis: emlő-UH/mammográfia, szövettani mintavétel: core biopszia az elsődleges, amely biztos diagnózist képes adni.

Emlőcysta

Az egyik leggyakoribb tüneteket okozó elváltozás, gyakran többszörös. Mérete a szubmikroszkópikustól a több cm nagyságig terjedhet.

Tünetek: rugalmas, jól körülhatárolt fájdalommentes csomó.

Diagnózis/további kivizsgálás: emlő-UH/mammográfia, pneumocisztográfia, cystatartalom citológiai vizsgálata. A pneumocisztográfia egyben diagnosztikus és terápiás is (a recidíva csak 5–6%).

Mastopathia fibrosa cystica (fibrocystás megbetegedés)

30–50 éves korban a leggyakoribb, amelynek hátterében hormonális egyensúlyzavar áll (az ösztrogén és a progeszteron arányának megváltozása).

Klinikai tünetek: mastodynia, gyakran többszörös, mindkét emlőben megjelenő, gyorsan és nagymértékben változó „csomók”. Zöldes-barnás váladékozás is jelen lehet. Pre-menopauzában a panaszok kifejezettebbek.

Diagnózis, további kivizsgálás: az emlőfájdalom és a diffúz megjelenés nem jellemző emlőrákra, azonban perzisztáló csomó esetén komplex kivizsgálás javasolt (mammográfia/emlő-UH, szövettani mintavétel FNA/core) a malignus folyamat kizárására. Ha a szövettani eredmény ún. proliferatív elváltozást igazolt atypiával, további rendszeres klinikai és radiológiai ellenőrzés javasolt.

Zsírnekrózis

Ritka, trauma következtében létrejövő elváltozás. Emlőrákra jellemző tünetekkel járhat: tapintható rezisztencia bőrbehúzóással, emlőbimbó-retrakcióval.

Diagnózis: mammográfia/emlő-UH; core biopszia (a tumor biztos kizárása).

Intraductalis papilloma (papillaris elváltozás)

Lehet szoliter vagy multiplex. A leggyakoribb a szoliter forma, elsősorban 35–55 év között.

A centrális elhelyezkedésűek egyoldali véres váladékozást okoznak. A perifériás elváltozások tapintható, szolid, fájdalomtalan csomóként észlelhetők. Az ún. multiplex papillomatózis általában tapintható csomó formájában jelentkezik, ami fibroadenosisra is jellegzetes.

Diagnózis, kivizsgálás: galaktográfia + mammográfia/emlő-UH, sz. e. szövettani mintavétel.

Mondor-betegség

Felületes emlővéna thrombophlebitise. Bőrbehúzóással járó, felületes tapintható húr, amely az axilla irányába vezet. UH-vizsgálat javasolt a thrombophlebitis megerősítésére, mammográfia javasolt a tumor kizárására.

Az emlő malignus elváltozásai

Emlőrák

Az emlőrák a nők leggyakoribb malignus daganata. A nők életében 6–10%-ban várható kialakulása. 30 év alatt ritka, 45 év felett fokozatosan emelkedik, 50 felett stagnál, majd 60–65 év között ismételtén magasabbá válik incidenciája.

Klinikai tünetek: a betegek jelentős része panaszokkal fordul orvoshoz, ezért lényeges a beteg által észlelt eltérések körülményeinek értékelése (lásd részletesen előbb), valamint az emlőrák rizikó faktorainak tisztázása (lásd II.22.1. táblázat).

II.22.1. táblázat. Az emlőrák kockázati tényezői

Familiáris tényező: első fokú rokon(ok) emlőrákja
Emlőműtét vagy -biopszia

Emlőrák vagy proliferatív (hámhyperplasia, sclerotizáló adenosis, atípusos ductalis/lobularis hyperplasia; LCIS: lobular carcinoma in situ; DCIS: ductal carcinoma in situ) megbetegedés miatt

Endokrin tényezők:

Ösztrogénpótlás > 5 éven át

Antikoncepciens szedése az első kihordott terhesség előtt > 4 éven át

Korai menarche (< 11 év)

Késői menopauza (> 55 év)

Kihordott terhesség hiánya 30 éves korig

Tapintható emlőelváltozás: fájdalmas/fájdalmatlan; menstruációs ciklussal való kapcsolata, korábban tapintott csomó hirtelen növekedése stb.

Nyirokrégióban (axilla) tapintható fájdalomatlan csomó.

Emlőváladékozás: egyoldali/kétoldali; menstruációs ciklussal való kapcsolat; váladék jellege, gyógyszeresedés, társbetegség stb.

Emlőbimbó-befordulás (egyoldali/kétoldali; váladékozás jelenléte; emlőbimbóseb).

Egyéb bőrtünetek (lásd inspekció).

Fizikális vizsgálat során, különösen premenopauzában, gyakran találunk nem jellegzetes, bizonytalan tömötséget vagy csomót az emlőkben. Amennyiben ez szimmetrikusan észlelhető (gyakran külső/felső negyedekben), érdemes a klinikai vizsgálatot kb. 6 hét múlva megismételni. Ha ekkor aszimmetriát,

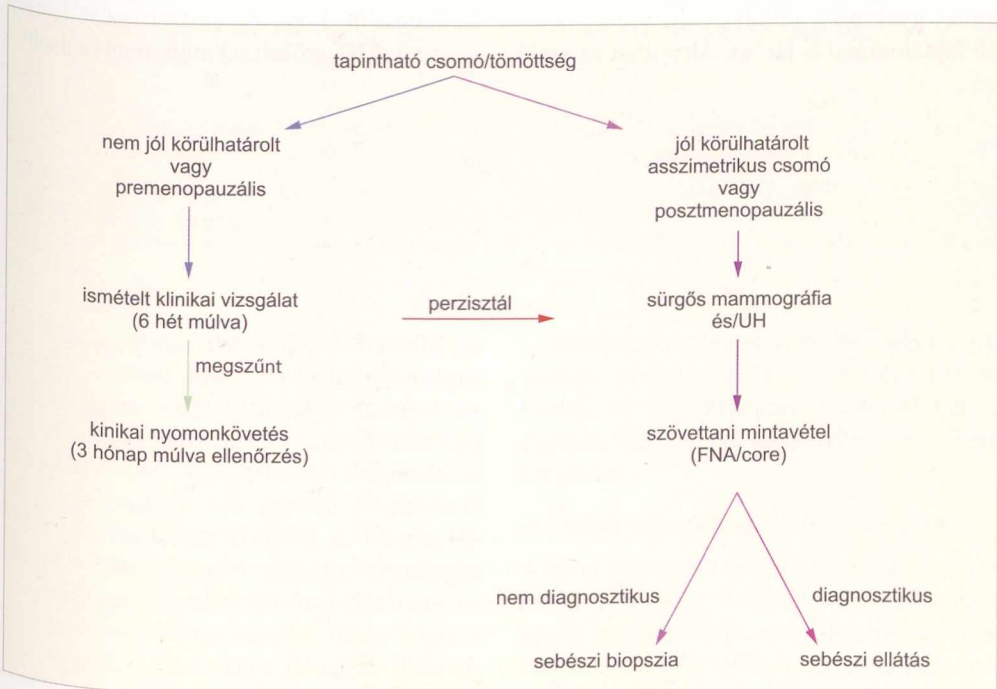
progressziót vagy más változást észlelünk, a kivizsgálás folytatása javasolt (mammográfia/UH, sz. e. mintavétel). Aszimmetrikus elváltozás esetén természetesen azonnali kivizsgálás indokolt.

A kivizsgálás algoritmusát a II.22.1. ábra foglalja össze.

Az emlőbimbó Paget-betegsége

Valójában az emlő ritka, az emlőbimbóra lokalizálódó in situ carcinomája, ami mögött invazív elváltozás is lehetséges. Klinikailag ekcémászerű bőrelváltozás, ami oedemával, erythemával, viszketéssel és ritkán emlőváladékozással járhat, a tünetek egyoldaliak. Az elváltozás sokszor jellegtelen megjelenése és/vagy elhúzódó externákkal való kezelése miatt a diagnózis gyakran késik.

Diagnózis: kiegészítő mammográfia/UH + excisionális biopszia (punch biopszia)



II.22.1. ábra. Tapintható csomó/tömöttség

Axillaris nyirokcsomó-megnagyobbodás, emlőrák-metasztázis emlőtünetek nélkül

Egyoldali, porckemény tapintatú, fájdalommentes csomó(k) az axilla alsó szintjében, ami ritkán az emlő oedemájával társulhat. Okkult emlődaganat első klinikai tünete lehet (az esetek 1%-a). Az emlők, régiók, a pajzsmirigy, a bőr (melanoma?) tüzetes fizikális vizsgálata javasolt. Kiegészítő mammográfia, emlő-UH, core/FNA a nyirokcsomóból. Amennyiben emlődaganat metasztázisa valószínűsíthető, és a komplex emlővizsgálat negatív: emlő-MR, esetleg PET/CT készítése javasolt. Egyéb primer daganat keresése (mellkasröntgen, gasztroenterológiai kivizsgálás, laboratóriumi vizsgálatok stb.).

Gyulladásos emlőrák (mastitis carcinomatosa)

Az emlőrák ritka, agresszív formája. Az emlő bőrének barnás-vörös elváltozása, amely gyakran a valódi gyulladásra jellemző fájdalommal is járhat. Általában az emlő

bőrének oedemájával társul (narancshéjtűnet). Komplex emlővizsgálat (mammográfia/UH/sz. e. MR + szövettani mintavétel: FNA/core).

Terhesség alatti emlőrák

Ritka formája a rosszindulatú daganatnak. Problémája a késői felismerés és az ebből adódó rossz prognózis. Emlőrákra jellemző tapintható csomó formájában, vagy akár a szoptatás alatt mastitis képében jelentkezhet. A konzervatív kezelésre nehezen gyógyuló mastitisek hátterében a daganat fennállásának lehetőségét mindig ki kell zárni.

Mammográfia/UH szövettani mintavétel (FNA/core).

Férfi emlőrák

Egyoldali, nem túl ritkán kétoldali, porckemény tapintatú, fájdalommentes irreguláris csomó, ami gyakran a bőrhöz és/vagy a mellkasfalhoz rögzült. Differenciáldiagnosztikai szempontból a gynaecomastiától való elkülönítése a legfontosabb. Komplex emlővizsgálat (mammográfia/UH, szövettani mintavétel javasolt).