

## Не связанная с ангиоотёком макроглоссия: клинический случай

Т.М. Соболенко<sup>1</sup>, О.В. Ищенко<sup>1</sup>, О.В. Захарова<sup>2</sup>, В.Б. Лапоревиц<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Витебск, Беларусь

<sup>2</sup> Витебская областная клиническая больница, Витебск, Беларусь

### Non-angioedema-related macroglossia: case report

T.M. Sobolenko<sup>1</sup>, O.V. Ishchenko<sup>1</sup>, O.V. Zakharova<sup>2</sup>, V.B. Laporevich<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Vitebsk State Order of Peoples' Friendship Medical University, Vitebsk, Belarus

<sup>2</sup> Vitebsk Regional Clinical Hospital, Vitebsk, Belarus

#### Аннотация

Острая макроглоссия, не связанная с ангиоотёком, является редким состоянием. Мы сообщаем о случае острой односторонней макроглоссии неясной этиологии у 46-летнего мужчины. Увеличение языка сопровождалось затруднением речи, но не привело к обструкции верхних дыхательных путей. Ангиоотёк языка был исключён. Разрешение симптомов произошло в течение месяца. В качестве вероятных причин макроглоссии рассматривается шейная радикулопатия и инфекция COVID-19.

#### Ключевые слова

Макроглоссия, ангиоотёк, язык, шейная радикулопатия, COVID-19.

#### **Введение**

Макроглоссия определяется как увеличенный язык. Среди состояний, которые проявляются временным увеличением языка, наиболее частым является ангиоотёк (АО). В то же время существует множество причин приобретённой макроглоссии, не связанной с АО: эндокринные или метаболические заболевания (гипотиреоз, акромегалия, амилоидоз); воспалительные/инфекционные заболевания; травмы; злокачественные новообразования (например, лимфомы) [1]. Выраженное увеличение языка может вызывать нарушение проходимости верхних дыхательных путей и приводить к асфиксии. Увеличение языка как правило устанавливается клинически. Для уточнения этиологии макроглоссии необходимы тщательный сбор анамнеза и физикальное

#### Summary

Acute macroglossia not associated with angioedema is a rare condition. We present a case of acute unilateral macroglossia of unclear etiology in a 46-year-old man. Tongue enlargement was accompanied by difficulty in talking, but did not result in upper airway obstruction. Angioedema of the tongue was excluded. The symptoms disappeared within one month. Cervical radiculopathy and COVID-19 infection are considered as probable causes of macroglossia.

#### Keywords

Macroglossia, angioedema, tongue, cervical radiculopathy, COVID-19.

обследование. В сложных случаях применяются дополнительные лабораторные и визуализационные исследования.

Мы представляем анализ случая госпитализации пациента с односторонней острой макроглоссии неясной этиологии, не связанной с АО.

#### **Описание случая**

Мужчина 46 лет, доставлен в Витебскую областную клиническую больницу 6.01.2022 г. бригадой скорой медицинской помощи с диагнозом: «Аллергическая реакция по типу отёка Квинке? Воспалительное заболевание полости рта? Отёк языка». При поступлении жалобы на отёчность языка, затруднение речи, боли в области правой половины задней поверхности шеи и затылочной области, усиливающиеся при движении.

**Анамнез заболевания.** Увеличение правой половины языка появилось 05.01.22 г. без видимой причины. Накануне в течение 5 дней боли в затылочной области. Применял каптоприл, местно на область задней поверхности шеи мазь капсикам, гель диклофенак.

**Анамнез жизни.** Из перенесенных заболеваний отмечает острую респираторную инфекцию 2 недели назад, инфекцию COVID-19 в декабре 2020 г., в течение 1 года вертеброгенная цервикалгия.

**Данные объективного осмотра.** При поступлении состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледно-розовые, высыпаний нет. Менингеальных симптомов нет. Зрачки D=S, реакция зрачков на свет сохранена. Лицо симметрично, язык по средней линии, затруднение при разговоре за счёт увеличения языка. Сухожильные периферические рефлексы D=S. Активные движения, сила в конечностях сохранены. Движения в шейном отделе позвоночника в полном объёме, при пальпации шея безболезненна справа и слева. Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая. Язык увеличен в размере за счёт правой половины, покрыт небольшим количеством белого налёта, эластичный безболезненный при пальпации, уплотнений, изъязвлений нет. На боковой стороне тела языка справа – след от травмы (надкуса) зубами глубиной не более 2 мм. При непрямой ларингоскопии голосовая щель широкая, дыхание свободное. Периферические лимфатические узлы, щитовидная железа не увеличены. Частота дыханий 16 в минуту. Дыхание в лёгких везикулярное. Частота сердечных сокращений 75 в минуту, артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Сатурация крови кислородом (SpO<sub>2</sub>) 97%. Живот безболезненный, мягкий; печень, селезёнка не пальпируются. Стул, мочеиспускание в норме.

**Лабораторно-инструментальное обследование.** Общий анализ крови, общий анализ мочи – без патологии. В биохимическом анализе крови – повышение аланиновой трансаминазы до 60 Е/л. Уровень С4 фракции комплемента в норме. На рентгенограмме органов грудной клетки патологических изменений не выявлено. Мазок из носо- и ротоглотки на инфекцию COVID-19 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) отрицательный.

Пациент госпитализирован в аллергологическое отделение с диагнозом: Ангиоотёк языка на фоне приема ингибитора ангиотензинпревращающего фермента (каптоприл)? Вертеброгенная

цервикокраниалгия справа, умеренный болевой и мышечно-тонический синдром.

**Лечение:** дексаметазон 8 мг 2 раза в сутки внутривенно, фуросемид 20 мг в сутки внутривенно, хлоропирамин 20 мг 2 раза в сутки внутримышечно. Ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) отменены. Проводимое в течение 4 суток лечение оказалось неэффективным. Сохранялось увеличение правой половины языка, боли в шейном отделе позвоночника.

Для уточнения причины макроглоссии проводилось дообследование: посев со слизистой ротовой полости на микрофлору; обследование на ВИЧ-инфекцию и вирусные гепатиты В, С; определение уровня гормонов щитовидной железы; ультразвуковое исследование шеи, органов брюшной полости и почек; фибро- и рентгеноэзофагогастродуоденоскопия; фибро- бронхоскопия; рентгенография шейного отдела позвоночника; компьютерная томография головного мозга, костей черепа, лицевого черепа, шеи. Выявлен остеохондроз шейного отдела позвоночника; кандидоз слизистой оболочки ротовой полости и пищевода, поверхностный гастрит, бульбит, скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Проводилось лечение кандидоза (флуконазол) и вертеброгенной цервикокраниалгии (мелоксикам, прегабалин). Учитывая сохраняющееся увеличение правой половины языка (рис. 1), жалобы на боли в затылочной области, слабость, плохой сон, на 14 день госпитализации выполнена магнитно-резонансная (МР) томография шеи и повторный ПЦР-тест на COVID-19. Выявлены МР-признаки остеохондроза, спондилоартроза, левосторонний сколиоз шейного отдела позвоночника; дорзальные протрузии С2-С3, С3-С4, С4-С5, С5-С6, С6-С7, С7-Th1 межпозвонковых дисков с компрессией спинальных корешков. Повторный ПЦР-тест положительный. При компьютерной томографии органов грудной клетки – признаки правосторонней верхнедолевой интерстициальной пневмонии. Установлен диагноз инфекции COVID-19 средней степени тяжести и дальнейшее лечение проводилось в инфекционном отделении. К проводимой терапии добавлен гепарин 20000 МЕ в сутки подкожно. Состояние пациента постепенно улучшилось. Разрешение макроглоссии наступило спустя 1 месяц от начала заболевания. Пациент осмотрен онкологом: данных за онкопатологию языка не получено. Выписан 14.02.2022 в удовлетворительном состоянии.



**Рис. 1. Пациент с правосторонней макроглоссией (12 день госпитализации)**

### Обсуждение

Макроглоссия – это состояние, требующее пристального внимания, так как она может привести к нарушению проходимости верхних дыхательных путей и асфиксии. Мы наблюдали случай остро развившегося одностороннего увеличения языка неясной этиологии. На первоначальном этапе диагностики в качестве причины макроглоссии рассматривался АО. Гистаминергический (вызванный медиаторами тучных клеток) АО характеризуется быстрым развитием после воздействия причинно-значимого фактора (аллергена) и часто является симптомом анафилаксии. Брадикининовые АО, к которым относятся иАПФ-индуцированные и наследственные АО, развиваются медленнее, не сопровождаются зудом, крапивницей, сохраняются в течение 48-72 ч (при наследственных АО до 4-5 дней). Локализация в области языка является характерной для иАПФ-индуцированных АО и также может встречаться при наследственных АО [2]. Анализ клинико-anamnestических данных позволил исключить гистаминергический / аллергический АО языка. Также пациент не имел семейной истории АО; уровень С4 компонента комплемента был в норме. Учитывая указание в анамнезе на приём каптоприла, при поступлении в качестве предварительного диагноза рассматривался АО языка на фоне применения иАПФ. Однако отмена иАПФ и проводимое лечение системными глюкокортикоидами и  $H_1$ -антигистаминными средствами оказались неэффективными. Увеличение языка сохранялась более 5 дней, что также указывает на отсутствие связи развившейся макроглоссии с АО.

В качестве возможной причины макроглоссии в анализируемом случае рассматривалась верте-

брогенная патология. Сторона поражения языка соответствовала локализации болей в шее. При МР томографии шеи выявлена компрессия спинальных корешков. Известно, что при поражении корешка С3 в клинической картине наблюдается боль в соответствующей половине шеи, а также симптомы со стороны языка, такие как ощущение припухлости языка на стороне поражения, затруднение владения языком (ухудшается речь и передвижение пищи во рту), парез и гипотрофия подъязычных мышц. Указанные нарушения обусловлены анастомозами корешка с подъязычным нервом [3]. Пациент наблюдался неврологом, однако связь макроглоссии с радикулопатией достоверно подтвердить не удалось.

Среди воспалительных заболеваний, которые могут являться причиной макроглоссии, показана роль инфекции COVID-19. Эпителиальные клетки языка имеют большое количество рецепторов к вирусу SARS-COV-2. Описаны случаи макроглоссии, не связанной с АО, как редкое проявление COVID-19 [4]. У пациента с тяжелой инфекцией COVID-19 и макроглоссией при гистологическом и иммуно-гистохимическом анализе выявлены атрофия мышц языка и жировые скопления, сходные с изменениями, наблюдаемыми при псевдогипертрофии языка при боковом амиотрофическом склерозе. Также отмечалось повышенное количество центральных ядер, которые атрофируются вместе с мышечными волокнами и являются патологическими маркерами повреждения нервов или нервно-мышечных соединений [5]. В анализируемом случае пациент имел в анамнезе недавние симптомы острой респираторной инфекции. На

14 день госпитализации получен положительный результат повторного ПЦР-теста и установлен сопутствующий диагноз инфекции COVID-19. Несмотря на то, что в данном случае инфицирование SARS-COV-2 произошло вероятно в период пребывания в стационаре, COVID-19 следует рассматривать как возможную редкую причину макроглоссии.

## Заключение

Описан редкий случай остро возникшей односторонней макроглоссии, не связанный с АО. Проведенное обследование не позволило достоверно установить этиологию временного увеличения языка. В качестве возможных причин макроглоссии обсуждается шейная радикулопатия и инфекция COVID-19.

## Литература

1. Topouzelis N, Piopoulos C, Kolokitha OE. Macroglossia. Int Dent J. 2011;61(2):63-9. doi: 10.1111/j.1875-595X.2011.00015.x.
2. Соболенко Т.М., Выхристенко Л.Р. Ангионевротический отек при лечении ингибиторами ангиотензинпревращающего фермента. Медицинские новости 2014; №6: 6–8.
3. Садоха К.А., Головкин А.М., Кротов В.В. Шейная компрессионная радикулопатия. Медицинские новости 2019; №3: 22–28.
4. Orilisi G, Mascitti M, Togni L, et al. Oral Manifestations of COVID-19 in hospitalized patients: A Systematic Review. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(23):12511. doi: 10.3390/ijerph182312511.
5. Colombo D, Del Nonno F, Nardacci R, Falasca L. May macroglossia in COVID-19 be related not only to angioedema? J Infect Public Health. 2022;15(1):112-115. doi: 10.1016/j.jiph.2021.10.026.

## Сведения об авторах

Соболенко Татьяна Михайловна – к.м.н., доцент кафедры общей и клинической фармакологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного медицинского университета. E-mail: t.sobolen@tut.by.

Ищенко Оксана Владимировна – д.м.н., зав. кафедрой клинической иммунологии и аллергологии с курсом ФПК и ПК Витебского государственного медицинского университета. 210602 Витебск, пр. Фрунзе, 27. E-mail: all-vgmu@mail.ru.

Захарова Ольга Вячеславовна – заведующий аллергологическим отделением Витебской областной клинической больницы. E-mail: zakharovkan@mail.ru.

Лапоревиц Вера Борисовна – врач-аллерголог-иммунолог аллергологического отделения Витебской областной клинической больницы.

Поступила 4.05.2022 г.