

Onemocnění slinných žláz v dětském věku

MUDr. Milan Urík¹, prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.¹, MUDr. Peter Mikolášek²

¹Klinika dětské otorhinolaryngologie, LF MU a FN Brno

²Klinika dětských infekčních nemocí, LF MU a FN Brno

Cílem autorů článku je podat ucelený přehled o skupině onemocnění slinných žláz v dětském věku, informovat o nejnovějších možnostech diagnostiky a terapie, o případných úskalích a diagnostických omylech.

Klíčová slova: slinné žlázy, dětský věk, nemoci.

Salivary glands diseases in childhood

The aim of the authors of this article is to present a comprehensive overview of a group of diseases of the salivary glands in childhood, to inform about the latest possibilities of diagnostics and therapy, the potential pitfalls and diagnostic mistakes.

Key words: salivary glands, childhood, diseases.

Pediatr. praxi 2012; 13(1): 26–28

Úvod

Nemoci slinných žláz u dětí a adolescentů patří mezi méně častá onemocnění dětského věku. Variabilita jednotlivých typů postižení slinných žláz je ale poměrně značná (1). O to těžší je správné určení diagnózy a následného terapeutického postupu. Existuje několik klinických studií, které se zabývaly problematikou nemocí slinných žláz u dětí z různých aspektů. Výsledky těchto studií prokazují, že nejčastější patologie v oblasti slinných žláz u dětí jsou akutní a chronické záněty a sekundární zánět ve spojitosti se sialolitiazou (2, 3, 4).

Anatomické poznámky

Při diagnostice onemocnění slinných žláz je nezbytná znalost základní anatomie velkých slinných žláz (obrázek 1). K velkým slinným žlázám patří žláza příušní (*gl. parotis*), žláza podčelistní (*gl. submandibularis*) a žláza podjazyková (*gl. sublingualis*). Jedná se o párové žlázy, proto vždy vyšetřujeme obě strany a symetricky srovnáváme. Příušní žláza je největší slinnou žlázou a je uložena mezi kývačem (*m. sternocleidomastoideus*) a *m. masseter*, před a pod ušním boltcem. Její vývod (d. Whartoni) vyústí do dutiny ústní v blízkosti druhého horního moláru a je dobře přístupný palpaci. Podjazyková žláza je uložena pod spodinou dutiny ústní vedle jazyka. Má několik menších vývodů, které ústí na rozhraní jazyka a spodiny dutiny ústní, a jeden velký vývod ústí v blízkosti střední čáry. Podčelistní žláza leží ještě níže a vzadu, dotýká se oblouku mandibuly a její vývod ústí u podjazykové uzdičky.

Záněty

Zánětlivé postižení představuje nejčastější příčinu onemocnění slinných žláz v dětském

věku. Proto na něj myslíme a vždy se ho snažíme vyloučit nebo potvrdit jako první. Jednotlivé typy zánětlivého postižení jsou probírány dle frekvence výskytu od nejčastějšího. Přesné incidence jednotlivých jednotek nejsou známy a údaje v literatuře se značně odlišují.

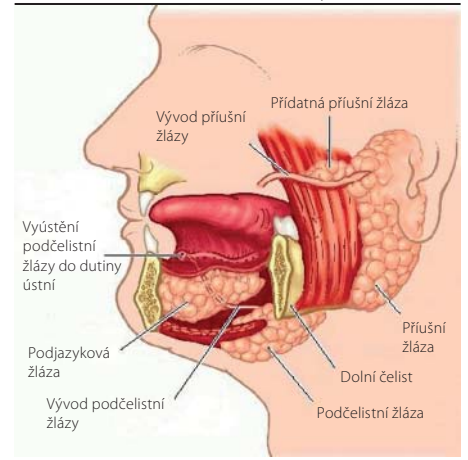
Recidivující supurativní sialoadenitida

Jedná se o opakující se bakteriální záněty slinných žláz. Je to nejčastější zánětlivé postižení slinných žláz u dětí (5–7). Typické je opakované postižení jedné žlázy. Nejčastěji je postižena příušní žláza. Frekvence recidiv je značně různorodá od několika týdnů až po několik roků. Přesná příčina není známá, ale u postižených dětí často nacházíme kariézni chrup, hypertrofii tonzil, adenoidní vegetaci nebo se jedná o děti ze sociálně slabší rodiny s nízkou úrovní hygieny. Léčba je převážně konzervativní a v atakách obdobná jako u akutního zánětu. Vhodné je odstranění potenciální příčiny (ošetření chrupu, adenotomie a další). Nepříjemným následkem opakovaných zánětů může být fibróza parenchymu žlázy. Obvykle dochází k náhlému vyléčení a snížení až vymizení recidiv po pubertě.

Supurativní sialoadenitida

Jedná se o bakteriální zánět, typicky u nedonošenců a dehydratovaných dětí. Hlavní původci infekce jsou *S. aureus*, *S. viridans* a *S. pneumoniae* (8). Mezi příznaky onemocnění patří horečka, obtížné polykání, bolestivé zduření v oblasti žlázy, kůže nad zduřením je teplá a zarudlá, po masáži vývodu je patrný výtok zkalené sliny nebo hnisu. Bývá výrazná lokální lymfadenopatie. Nejčastěji je postižena příušní žláza (2, 4), typicky jednostranně, oboustranné postižení je vzácné. Diagnózu nám potvrdí UZ vyšetření.

Obrázek 1. Přehled uložení slinných žláz



Tabulka 1. Typy postižení slinných žláz u dětí dle frekvence výskytu v praxi

Pořadí dle četnosti výskytu	Typ postižení slinné žlázy	Nejčastěji postižená žláza
1.	záněty	gl. parotis
2.	sialorea	všechny sl. žlázy i malé
3.	ranuly, cysty	gl. sublingualis
4.	sialolitiazá	gl. submandibularis
5.	sialózy	velké žlázy
6.	trauma	gl. parotis
7.	tumory	gl. parotis
8.	vrozené vady	velké žlázy

Terapie spočívá v nasazení ATB (PNC, makrolidy), důležitá je dostatečná hydratace, podpora slinění pomocí sialogog (citron, kyselé bonbóny nebo žvýkačky). Vhodné jsou alkoholové obklady na postižené místo a jemná masáž žlázy, která podpoří výtok hnisu.

Virové sialoadenitidy

Mezi hlavní původce patří coxsackie viry A, echoviry, influenza A, CMV a virus příušnic. Typické jsou subfebrilie, malátnost, únava, rýma a zduření v oblasti žlázy. Po masáži vývodu vytéká čirá slina. Není výjimkou, že do ordinace přijede dítě v celkové pohodě se zduřením v oblasti parotis. Terapie je symptomatická, lokální alkoholové obklady, sialogoga, klidový režim, hydratace, zvýšená hygiena dutiny ústní.

Příušnice – parotitis epidemica

Epidemiologie

Virus parotitidy se vyskytuje celosvětově se sezonním výskytem v mírném pásmu v období zimních a jarních měsíců. Přenos je zprostředkován vzdušnou cestou (kapénková infekce) nebo slinami kontaminovanými předměty. V České republice onemocnění příušnicemi podléhá hlášení a v roce 2010 bylo dle EPIDATU nahlášeno 1 067 infekcí, což je 3násobný vzestup proti roku 2009, kdy bylo hlášeno 357 onemocnění. Povinné očkování bylo u nás zavedeno v roce 1987, kdy výskyt onemocnění rapidně poklesl.

Klinický obraz

Prodromální příznaky jsou často jako u ostatních virových onemocnění nespecifické, trvají 1–3 dny a jsou vyjádřeny subfebriliemi až febriliemi, malátností, bolestí hlavy, nechutenstvím. Stadium typických příznaků se objevuje v podobě měkkého, těstovitého otoku jedné nebo obou příušních žláz. Ložisko může být teplé, ale nebývá zarudlé, v dětském věku typicky nebolelivé. Inaparentní průběh onemocnění může probíhat až u 30% pacientů. Imunita po prodělané infekci je celoživotní.

Komplikace

Klinicky manifestní neuroformy parotitidy se projevují přibližně u 10% pacientů. Tíže postižení slinných žláz nemá korelaci s postižením CNS. Další komplikace u adolescentů nebo u dospělých mužů jsou orchitida, epididymitida, vzácně prostatitida, které se vyskytují až v 30–50%. Další komplikací příušnic může být pankreatitida. Vyjádřena bývá klinicky bolestivostí v epigastriu,

nebo laboratorně elevací pankreatických amy-láz. Mezi vzácné komplikace patří ooforitida, myokarditida, nefritida, thyreoiditida, přechodná trombocytopenie či artritida.

Diagnostika

Typické klinické příznaky a epidemický výskyt má pro diagnostiku největší význam. K laboratornímu vyšetření patří stanovení amyláz v séru a v moči. Z mikrobiologických testů je používaná metoda komplement fixační reakce a stanovení protilátek metodou ELISA. Z přímých metod lze použít diagnostiku PCR ze slin, mozkomíšního moku nebo moči.

Terapie

U většiny onemocnění vystačíme se symptomatickou terapií. Antipyretika, analgetika, vitaminoterapie a režimová opatření. V případě postižení CNS je vhodná antiedematózní terapie a další terapie podobně jako u většiny virových aseptických meningitid. V případě orchitidy se přistupuje k terapii Prednisonem 1 mg/kg hmotnosti a den, nebo jiného kortikosteroidu v ekvipotentní dávce (7).

Sialorea

Sialorea představuje nadměrnou tvorbu slin v klidovém stavu. Rozlišujeme sialoreu chronickou a akutní. Chronická sialorea se vyskytuje u dětí s neurologickými nemocemi, kdy dochází k poruše koordinace a kontroly svalů hlavy a krku. Jedná se o dlouhodobý stav, který působí řadu dalších potíží, jako jsou ekzematózní směny kolem dutiny ústní, zápach z úst, vznik sekundární infekce a též sociální problémy. Léčba je komplikovaná, podávají se léky tlumící činnost parasymptiku, možný je i podvaz vý-

Tabulka 2. Přehled nejčastějších příznaků u epidemické parotitidy (EP), recidivující parotitidy (RP) a akutní parotitidy (AP)

Příznaky	EP	RP	AP
Hromadný výskyt	+	–	–
Kontakt s EP	+	–	–
Frekvence	1x	recidivy	1x
Lateralita	bilaterální	jednostranně	jednostranně
Infiltrát	těstovitý	tuhý, ohraničený	zarudlý, teplý
Slina	čirá	hlenohnis	čirá, ev. hnis
Reakce uzlin	0	+	+
FW	norma	–	vysoká
Leukocyty v KO	snížené	zvýšené	zvýšené
Amyláza	zvýšená	norma	norma
Sérologie	+	–	–
ATB terapie	–	+	+
Komplikace	+	–	+/-

Obrázek 2. Pacient s příušnicemi s jednostranným postižením



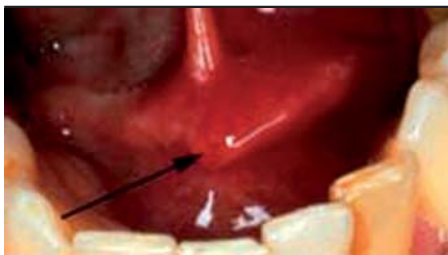
vodu slinné žlázy nebo chirurgická denervace. Další příčinou chronického slinění může být obstrukce dýchacích cest (adenoidní vegetace, hypertrofie krčních tonzil, vzácně nádor). Terapie je chirurgická – adenotomie, tonzilomie a další. Příčinou akutní sialorey může být růst denticie, působení některých léků (parasymptomimetika) nebo toxinů (muscarin). V případě akutního slinění a dalších příznaků myslíme vždy na závažné stavy v orl oblasti, jako je **epiglottitida** a **peritonilární absces**. V obou případech bývá slinění výrazným příznakem.

Ranula

Ranula je pseudocysta spodiny dutiny ústní. Vzniká především v oblasti vývodu podjazykové žlázy jako následek zánětlivého nebo traumatického postižení vývodu. Jeví se jako cystické vyklenutí na spodině dutiny ústní, typicky jednostranně (obrázek 3). Terapie spočívá v marsupializaci ranuly. V případě recidiv onemocnění je nutné odstranění celé žlázy.

Sialolitiáza

Je přítomnost konkrémentů ve slinné žláze (obrázek 4). Způsobují stenózu a obstrukci vý-

Obrázek 3. Ranula**Obrázek 4.** Pohled na vývod žlázy s konkrémentem

vodu, což vede k retenci slin a dilataci vývodů. Konkrement vzniká z důvodu změny složení slin. Nejčastěji je lokalizován ve vývodu gl. submandibularis. Klinicky se projevuje bolestivým zduřením a silnou bolestí při stimulaci žlázy (salivární kolika). Terapie spočívá v discízi ductu, odstranění sialolitu endoskopicky, popřípadě exstirpaci žlázy.

Sialózy

Jedná se o nezánettivé změny slinných žláz provázené jejich zduřením, poruchami sekrece a různými histologickými změnami. Typické je postižení slinných žláz u nemocí metabolických (diabetes mellitus), endokrinních (hypotyreóza) nebo autoimunitních (Sjogrenův syndrom). Častý výskyt postižení slinných žláz je též u dětí s cystickou fibrózou. V případě jasně diagnostikované systémové nemoci je terapie postižení slinných žláz pouze podpůrná.

Traumatické postižení

Poranění slinných žláz u dětí dělíme na poranění „čistá“ a „špinavá“ (např. pokousání psem). Závažným poraněním je pokousání psem, protože dochází k poškození parenchymu žlázy, ale i k pohmoždění a poškození okolních struktur,

jako jsou svaly a nervy. Nepříjemnou komplikací je přerušení hlavního vývodu příušní žlázy a následný vznik píštěle navenek. Tento stav si vyžaduje náročnou chirurgickou intervenci, vyhledání vývodu a end to end anastomózu, případně vytvoření nového vyústění. U špinavých poranění je vždy indikováno nasazení ATB terapie.

Tumory

Tumory slinných žláz u dětí jsou vzácné, představují jen 10% nádorů hlavy a krku v dětském věku (9). Na možnost nádoru slinné žlázy myslíme vždy v případě výskytu nezánettivého zduření příušní žlázy nebo u okolí dalších slinných žláz. Až 50% nádorů slinných žláz v dětském věku je maligních, na rozdíl od dospělého věku, kde riziko malignity nepřesahuje 25%. **Nejčastějším benigním nádorem je hemangiom** (10). Výskyt hemangiomu je častější u dívek, obvykle se pozná hned po narození, a to v oblasti příušní žlázy. Ve většině případů dochází do 2 let věku ke spontánní involuci. Vhodné je MRI vyšetření, které diagnózu potvrdí a určí rozsah a ohraničení hemangiomu. V případě rozsáhlejších útvarů jsou aplikovány lokální i systémové kortikoidy. Jen vzácně přistupujeme k chirurgickému řešení, kterému předchází angiografie. Méně častými benigními nádory jsou lymfangiom a pleomorfni adenom. **Lymfangiom** na rozdíl od hemangiomu jen vzácně involuje. Představuje riziko v podobě možného krvácení, sekundární infekce nebo jeho zvětšování v důsledku plnění lymfou a následnému útlaku okolních struktur. Opět je vhodné MRI vyšetření a případně chirurgické odstranění. **Nejčastějším maligním nádorem je mukoepidermální karcinom** příušní žlázy (11). Metodou volby je chirurgické odstranění žlázy s tumorem.

Vrozené vady

Vrozené vady slinných žláz jsou poměrně vzácné. Patří sem **aplázie** (úplné chybění žlázy), **atrézie ductů** a **vrozené cysty**. Většinou se jedná o jednostranné postižení, které může být dlouho asymptomatické a projeví se až v dospělém věku typicky suchostí dutiny ústní a kompenzační hypertrofií druhostranné žlázy, obtížným žvýkáním a polykáním nebo kariézním chrupem.

Terapie je symptomatická, spočívá především v dostatečném zvlhčování sliznice, dostatečné hydrataci, v případě větších cyst je možná jejich chirurgická exstirpace.

Závěr

Nejčastější patologií v oblasti slinných žláz u dětí jsou akutní a chronické záněty a sekundární zánět ve spojitosti se sialolitiázou. Onemocnění slinných žláz v dětském věku představuje různorodou skupinu patologií a v případě nejasností a nejisté diagnostické rozvahy je vždy nutné obrátit se na ORL specialistu.

Literatura

1. Ellies M, Laskawi R. Diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Head and Face Medicine*. 2010; 6: 30.
2. Krolls SO, Trodahl JN, Boyers RC. Salivary gland lesions in children: Survey of 430 cases. *Cancer* 1972; 30: 459–469.
3. Morgan DW, Pearman K, Raafat F, et al. Salivary disease in childhood. *Ear Nose Throat J*. 1989; 68(2): 155–159.
4. Orvidas LJ, Kasperbauer JL, Lewis JE, et al. Pediatric parotid masses. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000; 126: 177–184.
5. Galili D, Marmary Y. Juvenile recurrent parotitis: Clinicoradiological follow-up study and the beneficial effect of sialography. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1986; 61: 550–556.
6. Geterud A, Lindvall A, Nysten O. Follow-up study of recurrent parotitis in childhood. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1988; 97: 341–346.
7. Krbková L. Příušnice (epidemická parotitida). In: Beneš, et al. *Infekční lékařství*. Praha Galén 2009: 103–105.
8. Ussmuller J, Donath K. Zur Histopathogenese der chronischen sialektatischen Parotitis als Vorstufe der MESA (Sjogren-Syndrom) *Laryngol Rhinol Otol*. 1998; 77: 723–727.
9. Mantravadi J, Roth LM, Kafrawy AH. Vascular neoplasms of the parotid gland. Parotid vascular tumors. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol*. 1993; 75: 70. doi: 10.1016/0030-4220(93)90409-W.
10. Kessler A, Handler SD. Salivary gland neoplasms in children; a 10 year survey at The Children's Hospital of Philadelphia. *Int J Pediatr Oto Rhino Laryngol*. 1994; 29: 195.
11. Laskawi R, Schaffranietz F, Arglebe C, Ellies M. Inflammatory diseases of the salivary glands in infants and adolescents. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2006; 70: 129–136.

Článek doručen redakci: 6. 12. 2011

Článek přijat k publikaci: 31. 12. 2011

MUDr. Milan Urík

Klinika dětské otorinolaryngologie,
LF MU a FN Brno
Černopolní 9, 613 00 Brno
doctor.urik@gmail.com

