

616.316.5-007.63

K EMFYZÉMU GLANDULAE PAROTIS

MUDr. Tibor NÉMETH

Stomatologické oddělení VN Terežín

Emfyzém průšší žlázy se nevyskytuje na stomatologických odděleních často. Diagnóza tohoto onemocnění je poměrně dost obtížná hlavně proto, že se na toto onemocnění při vyšetřování nemocného málokdy myslí.

Dovoluji si proto podat kazuistiku našeho pacienta, který byl k nám odeslán s dg.: Parotitis epidemica l.dx., a zároveň rozebrat v druhé části práce diferenciální diagnostiku zduření v oblasti čelistního úhlu.

Vlastní pozorování:

Nemocný, voják v zákl. službě Š. R., nar. 1944, č. chorobopisu 408/65, povoláním automechanik. R.A.: bezvýznamná, O.A.: časté angíny, úrazy ani operace neudává. Asi v šesti letech při nafukování míče mu jiné dítě do míče bouchlo, proud vzduchu se mu dostal do úst a po krátkém čase otekla pravá polovina obličeje nad úhlem dolní čelisti. Byl u lékaře,

který diagnostikoval parotitis epidemica, doporučil běžnou terapii. Za týden otok úplně ustoupil. Podobný stav se u nemocného opakoval ještě dvakrát. Udává, že vždy šlo o souvislost s foukáním vzduchu. Naposledy, asi ve čtrnácti letech, kdy nafukoval při školním praktiku výukový manometr. Také byla diagnostikována parotitis epidemica. Při těchto stavech nikdy neměl poruchu sluchu.

N. O. 21. 5. 1965 si večer při kýchnutí ucpal rukou ústa i nos. V zápětí ucítil lupnutí před pravým uchem. Navštívil útvárového lékaře a ten ho k nám odeslal s dg. Parotitis epidemica.

Byl přijat na interní oddělení. Po konziliárním vyšetření na stomatologickém odděl. byla diagnóza změněna.

Status praesens: Nemocný střední postavy, přiměřené výživy, kůže čistá. Interní nález odpovídá věku. TK 120/80 mmHg, P 76/min., T 36,3 st. C., FW 3/hod., Le 8 000, KO a diferenciál normální, moč chem. neg.

Extraorální nález: Nemocný má silně vyvinuté žvýkací svaly. Konfigurace obličeje je porušena otokem

nad úhlem dolní čelisti vpravo velikosti 10 × 7 cm. Otok má měkkou konzistenci a při palpaci nemocný udává mírnou bolestivost pod ušním lalůčkem, který neodstává. Fluktuace není hmatná, ale při pozorné palpaci cítíme jemné třaskání v místě anatomického uložení příušní žlázy. Kůže nad otokem má normální vzhled a teplotu. Podčelistní mízní uzliny nejsou hmatné, výstupy trojklanného nervu jsou nebolestivé, inervace nervu lícního je neporušena.

Intraorální nález: Otevírání úst bylo zcela volné a nebolestivé, chrup sanován, sliznice bez zánětu. Jazyk plazí ve střední čáře, je bez povlaku. Ve vývodu příušní žlázy jsme nehmatali žádný konkrément, jenom ústí vývodu bylo mírně zarudlé.

Z anamnézy a z lokálního nálezu jsme diagnostikovali emfyzém pravé příušní žlázy.

Po konzervativní léčbě (solux, výplachy heřmánkem) se stav upravil po šesti dnech ad integrum.

Po odeznění klinických příznaků emfyzému byla provedena sialografie. Na sialogramu hlavní vývod nebyl rozšířen. Tubulární vývody byly dobře prokresleny, místy s disperzními okrouhlými ektaziemi.

Rozprava: Při diferenciální diagnostice musíme myslet na mnohá onemocnění, která mají podobný klinický obraz, jako má emfyzém příušní žlázy. Diagnóza tohoto případu nebyla snadná, protože jediným diagnostickým znakem, který nás vedl, bylo třaskání, které jsme při palpaci cítili dost slabě, ale které se přenášelo do vnitřního ucha nemocného. Toto třaskání nemocný dost dobře a zřetelně slyšel. To nás pak vedlo k důkladnějšímu a detailnímu rozboru anamnézy. Třaskání jsme hmatali hlavně nad žvýkačím svalem a pod ušním lalůčkem. Okrsek zjištěné krepitace byl velikosti asi 3 × 4 cm, kdežto otok byl značně větší. Při intraorálním vyšetření jsme nenašli žádné příznaky traumatu, žádný zub nebyl trepanován. Sondování pravého Stenonského vývodu bylo velmi lehké. Vývod byl oproti straně levé lépe palpacně hmatný. Levý vývod byl graciálnější, sondování bylo značně obtížnější.

K mechanismu vzniku emfyzému mohlo dojít tak, že při akutním přetlaku v ústech se dostalo určité množství vzduchu do parenchymu žlázy vývodem, který byl už několikrát před tím poškozen vzdušným přetlakem. Vzduch se tedy dostal do parenchymu žlázy anatomickými cestami. Snad jde o určitou funkční predispozici, anebo o akutní atonii vývodu, který propustí do žlázy určité množství vzduchu. Soudíme tak proto, že už třikrát došlo u nemocného při náhlém přetlaku ke zduření v oblasti pravé příušní žlázy. Při rozboru rodinné anamnézy jsme podobné onemocnění nenašli. Mysleli jsme i na pneumatokele anebo duktokele gl. parotis. Ale při tomto onemocnění není hmatné třaskání. Spíše je charakteristický palpační nález na rozšířeném vývodu. Slina totiž silně vytéká při masáži slinovodu, protože se hromadí v cysticky rozšířených dutinách vývodu.

Při diferenciální diagnóze zduření v oblasti příušní žlázy musíme myslet na mnohá onemocnění. Tak například:

Parotitis epidemica: Toto onemocnění začíná zpravidla na jedné straně, kůže nad

žlázou je teplejší, ústí vývodu je zarudlé, edematózní. Otevírání úst a kousání je bolestivé. Za 3—4 dny se objeví onemocnění i na druhé straně. Bývají zvýšené teploty, je to onemocnění hlavně dětského věku. Ušní lalůček zpravidla zřetelně odstává.

Parotitis secundaria: Vzniká při celkových zánětlivých onemocněních, jako je tyfus, zápal plic, dětské infekce. Předpokládá se ascendentní cesta infekce.

Parotitis postoperativa: Vzniká především po břišních a gynekologických operacích. Kůže nad žlázou je napjatá, teplá, lesklá, přidružuje se čelistní kontraktura. Onemocnění je důsledkem dehydratace, změny ústní flóry s převahou patogenních mikroorganismů a malhygieny.

Sialodocholithiasis: Stav, kdy je konkrément ve vývodu slinné žlázy. Onemocnění se projevuje typickým obrazem slinné koliky, kdy mimo jiné příznaky nastává také zduření slinné žlázy. Toto zduření mizí za několik hodin. Ve vývodu hmatáme kámen.

Sialoadenolithiasis: sialolithiasis gl. molaris, striktury slinných vývodů, cizí tělesa (osiny, štětiny, otiskovací hmoty, fibrínové zátky) ve vývodu — to vše dělá obraz zduření příslušné slinné žlázy.

Aktionomykosis cervikofacialis: Lokalizovaná v oblasti čelistního úhlu. Typický pro aktinomykózu je prknovitý infiltrát se stále se tvořícími abscesy a chronickými píštělemi.

Sjögrenův sicca syndrom: Patří mezi sialózy, v popředí je suchost sliznice. Nacházíme zde xerostomii, epitelozerózu, keratoconjunctivitis et rhinitis sicca, revmatické bolesti, angulární stomatitidu, kazivost zubů z nedostatku slin, zduření příušních žláz, často je přítomna polyarteritis nodosa. Zduření příušních žláz se vysvětluje infekcí acinokanalikulárního systému.

Morbus Mikulicz (sarkoidní sialóza): Je to nebolestivé, pomalu se zvětšující zduření, které postihuje slzné, příušní a méně často i submandibulární žlázy. Nejvýraznější je zduření obou příušních žláz, které bývá symetrické.

Mikuliczův syndrom: Zduření slinných žláz v důsledku celkových chorob, jako např.: leukémie, lymfogramulom, lymfosarkom, tbc. lymfadenitida, benigní lymfogramulomatóza. Jsou to choroby postihující lymfatický aparát.

Terezínský příznak: Patří mezi karenční sialózy z nedostatku bílkovin. Projevuje se také zduřením slinných žláz.

Duktokele gl. parotis: Je to cystické rozšíření slinovodu. Bývá u foukačů skla a trubačů. Tento stav nastává při atonii stěn k vývodu a tlakem vzduchu při nafukování dochází k cystickému rozšíření vývodu.

Pneumatokele gl. parotis: Vzniká podobným mechanismem, jenže vznikají různé veliké dutiny v parenchymu žláz. Na sialogramu vidíme vzduchem roztažené aciny. Může vzniknout i emfyzém tváře a krku.

Charvátův příznak: Jde o zduření slinných žláz při diabetu.

Zduření slinných žláz pozorujeme i po sexuálním excesu a toto zduření je přisuzováno spojitosti příušní žlázy s inkretorickou činností gonád. U náruživých žvýkačů žvýkací gumy (v cizině i betelu) nastává zduření slinných žláz z předráždění. Tento stav je popisován jako příznak *Chevalierův*.

Při diferenciální diagnóze musíme odlišit i pretrageální lymfadenitidy, u kterých bývá příčinou mikrobiální infekce, která se dostává do uzlin krevní cestou (spála, spalničky, zarděnky), anebo lymfatickou cestou (úraz, zánět v okolí). Při poraněné ústní sliznici, při zánětech ústní sliznice a jazyka a při gangrenózní zubní dřeni, která je nejčastější příčinou lymfadenitid, jsou postiženy zpravidla uzliny podčelistní a podbradové.

V krajině příušní žlázy se často nachází specifická tuberkulózní lymfadenitida. Při progresi onemocnění vznikají píštěle. Spolupracujeme s ftizeologem.

U osteomyelitidy v úhlu dolní čelisti vidíme taktéž jednostranné zduření. Klinické příznaky nastupují rychle, v popředí stojí bolest, vznik hlíz, píštěle, zvýšené teploty, vysoká sedimentace, viklavost zubů, nechutenství malátnost apod.

Jiný klinický obraz vidíme u cyst v příušní žláze. Jsou retenční nebo vrozené. Žláza je zvětšená podle velikosti cysty, kůže je normální, nad cystou pohyblivá. Orální ústí Stenonského vývodu je beze změn. Velikost zduření se může přechodně měnit.

Zvětšení příušní žlázy může nastat i u cirhózy a chronického alkoholismu. Proto, když jsme na diagnostických pochybách, pátráme důsledně v anamnéze a provádíme laboratorní vyšetření (jaterní testy, funkční zkoušky jater apod.). Dále zduření příušní žlázy pozorujeme i u hormonálních poruch pohlavních žláz, u alergických onemocnění a u neurogenních poruch.

U některých lidí nad 50 let nebývá zvětšení příušní žlázy vzácností. Konfigurace obličeje mění i jednostranná hypertrofie žvýkacího svalu. Diagnostikujeme ji palpačně při skousnutí, můžeme udělat sialogram, na kterém vidíme odtlačení příušní žlázy dozadu, a ohbí vývodu je nápadně vzdálené od čelisti. Dále můžeme udělat histologické a elektromyografické vyšetření.

Zduření v oblasti čelistního úhlu zjišťujeme i po úrazech, zlomeninách, krevních výronech, hlízách a také při obtížném prořezávání třetích molárů.

Při výskytu zduření v oblasti čelistního úhlu děláme vždy pečlivou a důkladnou anamnézu, důkladné klinické vyšetření místní i celkové, rtg, laboratorní vyšetření, popříp. sialogram a histologické vyšetření.

Závěr

Byl popsán případ emfyzému příušní žlázy u 21letého nemocného a v rozpravě byla rozebrána možná etiologie a diferenciální diagnostika zduření v oblasti příušní žlázy.

Literatura u autora