

617.53—006.37—007.253

VRODENÉ PÍŠŤALY A CYSTY NA KRKU

Plk. MUDr. Štefan MRÁZ

Ušné, nosné, krčné oddelenie vojenskej nemocnice v Košiciach
(náčelník plk. MUDr. Štefan Mráz)

Vrodené píšťaly a cysty na krku nie sú zriedkavým ochorením. Na otolaryngologickom oddelení Krajskej detskej nemocnice v Brne liečili od r. 1949 do r. 1964, teda za 15 rokov, 121 detí so strednou krčnou cystou alebo píšťalou a 51 detí s bočnou píšťalou alebo cystou. Na otolaryngologickej klinike v Bratislave liečili od r. 1948 za 16 rokov 38 stredných a 12 bočných cýst a píšťal. My sme operovali za 5 rokov, od r. 1962 do 1967, 8 stredných a 3 bočné cysty a píšťaly.

Literatúra o vrodených anomáliách na krku je rozsiahla. Od Přecechtělovej práce v r. 1926 bolo uverejnených do 22 domácich prác, zo slovenských autorov sa zaoberali touto otázkou Sivák, Červeňanský, Šuster, Štermenský a Lajda.

Mediálna krčná píšťala je vývojová anomália, ktorá vzniká z neobliterovaného ductus thyreoglossus. Mediálna krčná cysta vzniká vtedy, keď neobliterovaná časť píšťaly nemá spojenie s foramen coecum na koreni jazyka, alebo ho stratí a jej lumen sa rozšíri. Obsah cysty môže zhnišťať a perforovať navonok, alebo sa inciduje a vtedy vzniká vonkajšia píšťala. Kožný otvor je v strednej línii medzi jugulom a jazykou, ale môže byť aj paramediálne.

Mediálne cysty sú rôznej veľkosti, od orieška až do slivky, sú elastické, s kožou nezrastajú, kým nie sú zápalovo zmenené a javia súhyb s hltaním, nakoľko sú s jazykou zrastené. Perzistujúci ductus môže končiť pri jazyke, ale ju občasne obchádza zhora alebo zdola, alebo aj prechádza cez jej telo.

Podľa chemického vyšetrenia obsahu cýst a histologicky podľa epitelu rozdeľuje Rauch mediálne cysty na typ suprahyoídny a infrahyoídny.

1. Suprahyoídne, atyreotické cysty majú plochý epitel s mukóznymi a seróznymi žliazkami, s obsahom, ktorý má plazme podobnú skladbu elektrolytov, bielkovín a jódu.
2. Infrahyoídne, tyreotické cysty majú respiračný, cylindrický epitel a ich obsah má zvýšené hodnoty bielkovín a jódu i stopy thyroxínu. Typické folikuly štítnej žľazy sa nachádzajú v stene cysty zriedkavo.

Diferenciálne diagnosticky prichádza do úvahy:

- a) dermoídna cysta, zvlášť keď je zrastená s jazykou;
- b) ektopicky uložená štítna žľaza;
- c) zhnisalá tbc. uzlina;
- d) aktinomykóza;
- e) píšťala po poranení hltana, hrtana alebo priedušnice.

Terapia mediálnych krčných cýst je chirurgická. Je treba vykonať totálnu exstirpáciu väzivového pruhu až ku koreňu jazyka. To je možné len po preťatí jazyky. Keď sa to nevykoná, môže dôjsť k recidíve, lebo v ponechaných zvyškoch väzivového pruhu môžu byť zvyšky neobliterovanej píšťaly s ostrovkami epitelu. Sú píšťaly, ktoré končia na jazyke, tie možno vyličiť aj bez resekcie jazyky. K zabráneniu recidív je však istejšie resekovať telo jazyky a presvedčiť sa, že väzivový pruh skutočne nePomáhame si preparovaním na sonde, alebo cysty. Sledovať píšťalu je niekedy obťažné, lebo máva postranné choboty a miestami je tenká. Pomáhame si preparovaním na sonde alebo cystu naplníme methylenovou modrou. To však má aj nevýhody; pri plnení alebo pri preparovaní sa môže stena poraniť, farba sa roztečie do okolia, a tak sa preparácia stane ťažšou.

Laterálna krčná píšťala je podľa Rablovej branchiogennej teórie vývojová anomália žiabrových štrbín. Najčastejšie vzniká z II. žiabrovej štrbiny, ale môže vzniknúť aj z III. štrbiny perzistenciou tymofaryngeálneho ductu, ako to dokazuje Wenglowsky, i zo IV. štrbiny. Takúto cystu popísal Hybášek, faryngeálne ústie cysty sa nachádzalo v sinus piriformis.

Kožný otvor pri laterálnej píšťale je pozdĺž predného okraja kyvača hocihde od jugula až k jazyčke, vnútorné ústie býva vo fossa supratonsillaris, na zadnom oblúku, ale aj v lôžku tonzily. Píšťala môže byť aj neúplná a podľa toho, ktoré ústie ostáva otvorené, hovoríme o fistula colli lateralis incompleta externa alebo interna. Keď sú obe ústia uzavreté, vzniká branchiogenná cysta. Podľa toho, ktorý úsek píšťaly sa rozšíri, môže byť cysta vonkajšia alebo parafaryngeálna. Keď sa vonkajšie ústie píšťaly pri hltaní lievikovite vťahuje, môžeme sa oprávnenne domnievať, že ide o píšťalu, ktorá končí v sliznici hltana (Přecechtěl). Sondou, ani kontrastnou náplňou sa vždy nepodarí zistiť dĺžku píšťaly a či komunikuje s hltanom, pretože máva postranné výčlipky alebo papilárne výbežky do lumen a miestami býva v dôsledku pozápalových stenóz tak úzká, že ani kontrastná látka neprejde.

Diferenciálne diagnosticky prichádza do úvahy:

- lymphangioma colli cysticum congenitum;
- fistulujúca tbc. krčných uzlín;
- leukemické a pseudoleukemické lymfómy;
- krvné cysty, vznikajúce z kavernómu alebo varikóznym krčným v. Tieto však majú farbu do modra.
- cysty slinných žliaz;
- echinokokus.

Laterálne píšťaly nerobia zvlášť obtiaže, okrem kozmetického nedostatku a ekzému okolo kožného ústia. Branchiogenne cysty môžu vyvolávať príznaky z tlaku na okolie, hlavne na priedušnicu, pažerák a veľké cievy. Šuster opísal prípad 5-ročného dievčaťa, u ktorého branchiogenná cysta vyvolávala záchvaty dušnosti, spôsobené tlakom cysty na stenu trachey.

Exstirpácia laterálnej krčnej píšťaly je obťažnejšia ako mediálnej. Rez pozdĺž predného okraja kyvača dáva lepší prehľad, horizontálne rezy sú zas výhodnejšie z kozmetických dôvodov. Ústie fistuly sa oválne obreže; keď je možné zaviesť sondu, operuje sa na sonde. Keď sú zrasty z jazykou, je treba potrebnú časť jazyky resekovať. Pri horizontálnom reze, keď je ústie píšťaly nízko, treba urobiť druhý horizontálny rez vyššie, vypreparovaný ductus cez tento rez vytiahnuť a potom ďalej preparovať smerom k hltanu. Od rohu jazyky sa píšťala norí do hĺbky, prebieha medzi a. carotis externa a interna a končí v stene hltana. K odstráneniu faryngeálneho konca fistuly odporúča Hacker fixovať distálny koniec na sonde a pomocou nej ju vyvrátiť do hltana ako rukavicu a tam ju po

podviazaní amputovať. To však nie je vždy ľahké, pri prevliekaní sa píšťala ľahko roztrhne.

Mediálne cysty sa majú operovať hneď, ako sa objavia, i v najútlejšom veku, aby sa zabránilo infekcii a sekundárnej fistulizácii. Laterálne píšťaly sa ponechávajú na operáciu do predškolského veku, ak zvláštne dôvody nenúti operovať hneď.

Naši chorí boli všetci dospelí medzi 20.—55. rokom, až na jedného 7-ročného chlapca. Dvaja pacienti udali, že chorobu majú od detstva, jeden 6 rokov, jeden 27 rokov, u ostatných sa zdurení na krku objavilo v rozmedzí 2—7 mesiacov.

Z 8 mediálnych krčných cyst sme mali jednu recidívu. Pri preparácii cysty pod jazykou operátor poranil stenu, cysta sa vyprázdnila, steny kolabovali a tým sa preparácia stala obťažnou. Zvyšok neobliterovaného ductu, ktorý ostal pod jazykou, bol príčinou recidívy.

Jedna laterálna cysta veľkosti jablka siahala do úhla mandibuly až k processus transversus krčného stavca. Musel sa transverzálne disekovať celý m. sternocleidomastoideus. Stena cysty neadherovala k okoliu, takže vybavenie cysty, ktorá ležala aj na veľkých cievach, nerobilo zvlášť ťažkosti.

Kompletnú laterálnu krčnú fistulu sme odstránili z pozdĺžneho rezu. Fistulu sme vypreparovali až k stene hltana, potom sme zaviedli sondu, ktorou sem si ozrejmili, že faryngeálne ústie je v lôžku tonzily. Vykonali sme tonzilektómiu a tak sme mohli odstrániť fistulu aj s faryngeálnym ústím.

Súhrn

Autor podáva krátky prehľad o klinike a liečbe vrodených stredných i bočných píšťal a cyst na krku a o vlastných skúsenostiach pri exstirpácii 8 mediálnych cyst, 2 laterálnych cyst a jednej kompletnej laterálnej píšťaly.

Literatura

- Bass, M. M., Cepková, L. I.: Mediálne a laterálne krčné píšťaly a cysty u detí. Vest. otorinolaring., 6, 1962, 90—91.
- Čargejšvili, A. K.: Mediálne krčné píšťaly a cysty. Vest. otorinolaring., 6, 1962, 90.
- Dominik, J.: Střední krční cysty a píštěle. Voj. zdrav. listy, XXVII, 1958, 504—507.
- Gill, N. W.: Branchial fistula terminating in tubulodermoid cyst lying posterior to tonsil. J. Laryng. Otol., 64, 1950, 62—69.
- Hall, C.: Surgical removal of congenital neck fistulas. Laryngoscope, 60, 1950, 368—375.
- Hlaváček, V.: Píštěle krční střední čáry. Čas. léc. Čes., 66, 1927, 511.
- Honsig, K.: Branchiogenná cysta u osmiletého děvčátka. Ped. listy, VI, 5, 1951, 315—316.
- Kučera, M.: Střední a postranní krční cysty a píštěle. V tisku.
- Lajda, J., Žalkovič, Št.: Příspěvek k vzniku a léčbě vrodených píšťal a cyst na krku. V tisku.
- Přecechtěl, A.: Příspěvek ke klinice poruch vývoje žaberních štrbin děděných podle zákonů Mendelových a k operaci laterálních vrozených píšťal krčních. Čas. léc. Čes., 65, 1928, 1212.
- Přecechtěl, A.: Další příspěvek ke klinice poruch vývoje II. žaberní štrbiny. Otolaryng. Slav., vol. III., fasc. 4, 1931.
- Rauch, S.: Zur Klärung der histogenetischen Determinationsphase der Thyreoidea an Hand der Chemie von Thyreoglossuscysten. Pract. Oto-Rhino-Laryng., 17/4, 1955, 263—270.
- Rehak, P.: Beitrag zur Operation der lateralen branchiogenen Halszyste. Mschr. f. Ohrenh. u. Laryng. Rhinol., 84, 1950, 137 až 140.
- Soldat, J.: Střední a postranní krční píštěle a cysty. Lék. listy III, 19, 1948, 436—438.
- Štermenský, O.: Případ obojstranné kompletnej branchiogennej fistuly. Čs. otolaryng., I, 1952, 128—131.
- Šuster, M.: Branchiogenná cysta u 5-ročného dieťaťa, zapríčiňujúca recidivujúcu stenózu trachey. Bratisl. lek. listy, XXVIII, 1948, 59—65.