

Cystické léze v dutině ústní novorozenců a kojenců

doc. MUDr. Vlasta Merglová, CSc.¹, doc. MUDr. Romana Koberová Ivančaková, CSc.²

¹Stomatologická klinika LF UK Praha, FN v Plzni

²Stomatologická klinika LF a FN, Hradec Králové

Často se vyskytující cystické léze měkkých tkání dutiny ústní novorozenců a kojenců mohou vyvolat diagnostické rozpaky i obavy a strach rodičů. Cystické léze měkkých tkání dutiny ústní jsou často chybně diagnostikovány nebo ponechány bez léčby, protože neonatologové, pediatři a zubní lékaři nemají dostatek zkušeností a znalostí, které se týkají patologických lézí v dutině ústní u novorozenců a kojenců. Většina cyst je asymptomatická a zpravidla vymizí spontánně. Pečlivé klinické vyšetření dutiny ústní a znalost klinických symptomů těchto lézí jsou však nezbytné pro včasné a správné stanovení diagnózy, naplánování postupu léčby a informování rodičů.

Klíčová slova: novorozenec, kojenec, cysta, dutina ústní, exstirpace, marsupializace.

Cystic lesions in oral cavity of neonates and sucklings

The soft tissue cystic lesions are often present in the oral cavity of neonates and sucklings and can create diagnostic hesitations and apprehension and anxiety among parents. The soft tissue cystic lesions are often misdiagnosed or left untreated due to lack of experience and knowledge of neonatologists, paediatricians and dentists that are focused to pathological lesions on oral cavity of neonates and sucklings. The majority of oral cystic lesions is asymptomatic and commonly resolve without any interventions. However, precise clinical examination of oral cavity and knowledge of clinical symptoms of these lesions are essential for early and exact diagnosis, management and parental counselling.

Key words: neonate, suckling, cyst, oral cavity, extirpation, marsupialisation.

Úvod

Vyšetření dutiny ústní novorozenců a kojenců je součástí celkového vyšetření prováděného neonatologem a dětským lékařem. Praktický zubní lékař se setkává ve své ordinaci s novorozenci zcela výjimečně. První návštěva dítěte v zubní ordinaci se obvykle realizuje až v době erupce dočasných řezáků, nejčastěji ve 12 měsících věku, v řadě případů i podstatně později. Z tohoto důvodu je pro lékaře pečující o novorozence a kojence důležitá znalost patologických stavů, které se mohou v dutině ústní vyskytovat. V dutině ústní těchto dětí se z patologických stavů lze setkat s cystami

měkkých tkání, s infekčními projevy na sliznici dutiny ústní, osteomyelitidou čelistních kostí, traumaty, onemocněním slinných žláz, jazyka, s rozštěpovými anomáliemi, tumory, natálními a neonatálními zuby a s komplikacemi prořezávání dočasných zubů. Etiologie některých patologických stavů není zcela jasná, není rovněž jednotná terminologie a různí se i názory na léčbu.

Cystické léze v dutině ústní novorozenců a kojenců patří mezi časté nálezy klinické i histopatologické (1). Znalost klinických symptomů těchto lézí, diferenciální diagnostiky a vhodných zobrazovacích me-

tod je nezbytná pro diagnostiku, stanovení léčebného plánu včetně následných kontrol, prognózu a v neposlední řadě i pro informování a uklidnění rodičů. Některé cystické léze jsou asymptomatické a je u nich indikována pouze observace, jelikož mizí spontánně během několika týdnů až měsíců po narození. V dutině ústní novorozenců a kojenců se však vyskytují i cystické léze, které vyžadují chirurgické řešení. V těchto případech je snaha chirurgickou léčbu odložit do vyššího věku dítěte. Cysty měkkých tkání v dutině ústní novorozenců a kojenců mohou být i značné velikosti a lze proto

očekávat komplikace při výživě dítěte v některých případech i při dýchání. Cystické léze se také mohou infikovat. Tyto komplikace jsou obvykle indikací pro okamžitou chirurgickou intervenci.

Cysty měkkých tkání dutiny ústní lze rozdělit na inkluzní cysty (Bohnovy uzlíky, Epsteinovy perly a cysty z lamina dentalis), cysty vyskytující se v souvislosti s erupcí zubu (erupční cysty), cysty retenční (mukokély, ranuly) a dermoidní a epidermoidní cysty.

Inkluzní cysty

Inkluzní cysty vznikají během intrauterinního života ze segmentů epitelu, který se zanořil do pojivové tkáně během růstu plodu. Vyskytují se u 77–85 % novorozenců (2). Obvykle se jedná o bělavé nebo šedé polokulovité léze, které se nezvětšují a spontánně mizí během několika týdnů až měsíců po narození. Dle původu a lokalizace se rozdělují na Bohnovy uzlíky, Epsteinovy perly a cysty z lamina dentalis. Histologicky se jedná o pravé cysty vyplněné keratinem.

Bohnovy uzlíky (mukoglandulární cysty)

Bohnovy uzlíky vznikají ze zbytků epitelu při vývoji slinných žláz. Nejčastěji se vyskytují na sliznici alveolárních výběžků horní i dolní čelisti. Nejsnáze zjištělné jsou na vestibulární ploše horního alveolárního výběžku (Obr. 1). Bohnovy uzlíky jsou mnohočetné, drobné, bělavé nad nivo sliznice vystupující léze tužší konzistence. Nezvětšují se a mizí spontánně. Dítěti nepůsobí žádné potíže, neovlivňují jeho výživu a nemají vliv na jeho prospívání (3). Diferenciálně diagnosticky je třeba tyto léze odlišit od prořezávajících se natálních nebo neonatálních zubů (4).

Obr. 1. Bohnovy uzlíky u novorozence



Epsteinovy perly

Tyto inkluzní cysty popsal poprvé v roce 1880 pražský pediatr Alois Epstein. Vyskytují se u 65–85 % novorozenců (2). Vznikají zanořením epitelu do pojivové tkáně při vývoji patra. Nacházejí se v seskupeních po pěti nebo šesti podél středního patrového švu (Obr. 2). Jsou to drobné (1–3 mm), bělavé nebo žlutavé, polokulovité útvary, které se nezvětšují a spontánně vymizí během kojeneckého věku. Epsteinovy perly nemají vliv na výživu dítěte a neovlivňují jeho prospívání.

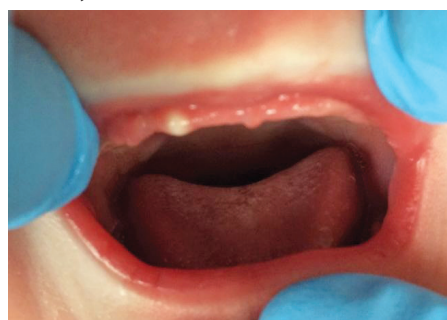
Obr. 2. Epsteinovy perly u předčasně narozeného dítěte



Cysty z lamina dentalis

Cysty z lamina dentalis jsou pravé cysty s tenkou epitelovou výstelkou vyplněnou keratinem. Původ mají v epitelových zbytcích zubní lišty (5). Vyskytují se na vrcholu alveolu častěji v horní čelisti. Tyto cysty se jeví jako izolovaná nebo mnohočetná vyklenutí velikosti 1–3 mm (Obr. 3). Diagnóza se stanoví na základě charakteristického vzhledu lézí. Diferenciálně diagnosticky se uvažuje o kongenitální epulis, erupčních cystách i natálních či neonatálních zubech. Cysty z lamina dentalis mizí bez léčení během 2 týdnů až 5 měsíců.

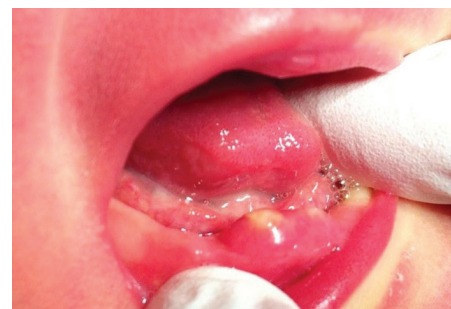
Obr. 3. Cysta z lamina dentalis na horním alveolárním výběžku



Erupční cysty

Erupční cysty se řadí mezi odontogenní cysty a vyskytují se vždy v souvislosti s erupcí zubu (5). Vznikají cystickou přeměnou zbytků redukovaného sklovinného epitelu nebo z epitelových zbytků zubní lišty (6, 7, 8). Vyskytují se na vrcholu alveolárního výběžku horní nebo dolní čelisti nejčastěji v oblasti řezáků, vzácněji molárů. Obvykle se jedná o solitární léze. Erupční cysty jsou malá polokulovitá vyklenutí měkké konzistence s hmatnou klinickou kórkou uvnitř cystického útvaru (Obr. 4a, 4b). Erupční cysty mohou být modravě zabarvené. Z diferenciálně diagnostického hlediska je nutné odlišit kongenitální epulis a cysty z lamina dentalis. Erupční cysty vymizí spontánně během erupce zubu, aniž by tuto erupci ovlivnily. Vzácně mohou erupční cysty působit potíže při kojení, mohou být bolestivé, mohou krváčet nebo se mohou infikovat. V těchto případech je indikován chirurgický zákrok.

Obr. 4a. Dvě erupční cysty přítomny při narození v místě dolních středních řezáků



Obr. 4b. Po prořezání zubů 71 a 81 erupční cysty vymizely



Mukokély

Mukokély jsou retenční cysty malých mucinózních slinných žlázek. Řadí se mezi nejčastěji diagnostikované léze v dutině ústní novorozenců a kojenců. Vznikají následkem vývojové obliterace vývodu malé slinné žlázy. V etiologii se také uvažuje o mikrotraumatu během porodu. V 75–80 % se vyskytují na sliznici dolního rtu (9). Z dalších lokalizací připadá v úvahu tvářová sliznice, jazyk a patro. Klinicky se projevují jako růžové nebo modravé zduření na sliznici, měkké konzistence

(Obr. 5). Při palpaci léze je patrná fluktuace. V případě rozsáhlé léze mohou vzniknout potíže při kojení. Diagnóza se stanoví na základě typického vzhledu cysty. Diferenciálně diagnosticky je třeba vyloučit hemangiom, pyogenní granulom, lipom a tumory malých slinných žláz. Terapie mukokély je chirurgická a spočívá v exstirpaci. V některých případech lze použít minimálně invazivní výkon tzv. mikromarsupializaci. Výkon spočívá ve vytvoření permanentní drenáže pomocí sutury (10). U asymptomatických lézí je možné z terapeutických metod volit observaci a chirurgické řešení odložit na dobu, kdy bude dítě při ošetření spolupracovat.

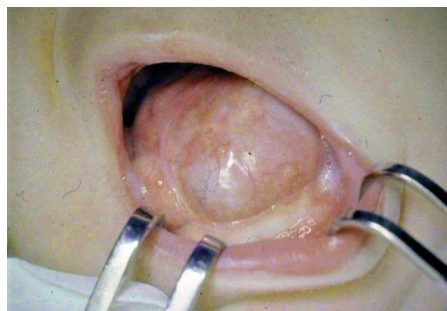
Obr. 5. Mukokéla na sliznici dolního rtu kojence



Ranuly

Ranula je retenční cysta nacházející se na ústní spodině. Vzniká retencí sliny při atrezii nebo zúžení vývodu sublinguální slinné žlázy, rozšířením acinů nebo proniknutím sliny do okolí při poranění vývodu nebo samotné žlázy. Ranula může být zjištěna již prenatálně pomocí ultrasonografie (11). Výskyt těchto kongenitálních ranul je velmi vzácný a příčinou je vždy neprůchodnost nebo zúžení vývodu podjazykové slinné žlázy (11). Ranuly se rozdělují na povrchové a hluboké (zanořené), které jsou lokalizovány pod musculus mylohyoideus (12). Klinicky se ranula jeví jako jednostranné vyklenutí v sublinguální krajině laterálně od podjazykové uzdičky (Obr. 6). Diagnóza se obvykle stanoví na základě

Obr. 6. Ranula u dítěte v kojeneckém věku

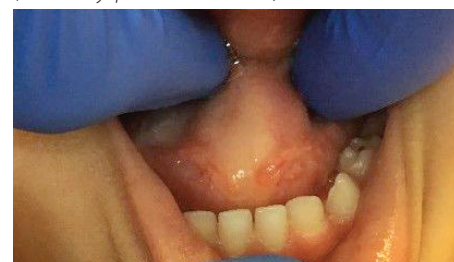


typického klinického nálezu. Zobrazovací vyšetření je indikováno v případě diagnostických rozpaků zejména u zanořených ranul a používá se ultrasonografie, magnetická rezonance nebo CT. Diferenciálně diagnosticky je nutné uvažovat o lymfangiomu, hemangiomu, cévních anomáliích a dermoidních či epidermoidních cystách. Ranula může působit potíže při výživě dítěte a u rozsáhlých lézí je i riziko obtížného dýchání. Terapie ranuly závisí na velikosti léze, na přítomnost komplikací a na věku dítěte. V případě asymptomatické ranuly je možné zvolit z terapeutických postupů pouze observaci po dobu 6 měsíců, a poté se indikuje chirurgický zákrok. Další možností léčby je punkce ranuly. Po tomto zákroku se ranula zmenší, ale lze očekávat recidivu (13). Z chirurgických výkonů se při léčbě ranuly s největším úspěchem používá marsupializace, případně i mikromarsupializace (10).

Dermoidní a epidermoidní cysty

Epidermoidní a dermoidní cysty patří mezi vzácné vrozené cysty s výskytem 3 : 10 000 dětí a jsou popisovány již u novorozenců (3). Etiologie u těchto cyst není známa. Vznikají během uzávěru branchiálních oblouků. Nejčastěji se lokalizují na spodině dutiny ústní a v submentální krajině. Jsou to pomalu rostoucí útvary pohyblivé vůči okolí. Projevují se vyklenutím v sublinguální nebo submentální krajině ve střední čáře (Obr. 7). U novorozenců

Obr. 7. Dermoidní cysta manifestující se na spodině dutiny ústní s prvními projevy v kojeneckém věku (snímek byl pořízen u batolety)



mohou způsobit dechové potíže a problémy při výživě. Obvykle jsou však tyto cysty asymptomatické a pomalu se zvětšující. Nejčastěji se diagnostikují ultrasonograficky nebo pomocí magnetické rezonance. Z hlediska diferenciální diagnostiky je nutné uvažovat o ranule, hemangiomu, lymfangiomu a teratomu. Léčení je chirurgické a spočívá v exstirpaci cysty. Po kompletním odstranění cysty se nemusíme obávat recidivy. Histologicky je epidermoidní cysta vystlána epidermis a vyplněná keratinem a dermoidní cysta obsahuje částečky kůže a kožních adnex.

Závěr

Cystické léze měkkých tkání v dutině ústní novorozenců a kojenců představují různorodou skupinu patologických stavů z hlediska etiologie, výskytu, lokalizace v dutině ústní, klinických symptomů, léčení a prognózy. Léčení těchto lézí zahrnuje řadu postupů od observace až po chirurgické zákroky, které provádí maxilofaciální chirurg v celkové anestezii. Při nálezu cystických útvarů v dutině ústní novorozenců a kojenců doporučujeme vyšetření dítěte zubním lékařem, který má zkušenosti s diagnostikou těchto patologických stavů, s indikací léčebného postupu a s jeho naplánováním.

Podpořeno

COOPERATIO Program (Charles University),
Research Area Dental Medicine.

LITERATURA

- Binti Shuairi NN, Bt Abdul Jalil A, Lau SH, Bt Mohd Ghazali S, Kee CC. A retrospective analysis of oral and maxillofacial biopsied specimens in Malaysian newborns and infants. *Int J Paediatr Dent.* 2021;31:496-503. Available from: <https://doi.org/10.1111/ipd.12719>.
- Fromm A. Epstein pearls, Bohn's nodules and inclusion cysts of the oral cavity. *J Dent Child.* 1967;34:275-287.
- Patil S, Rao RS, Majumdar B, Jafer M, Maralingannavar M, Dukumaran A. Oral Lesions in Neonates. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2016;9(2):131-138.
- Van Heerden WFP, Van Zyl AW. Diagnosis and management of oral lesions and conditions in the newborn. *SA Fam Pract.* 2010;52(6):489-491.
- Singh RK, Kumar R, Pandey RK, Singh K. Dental lamina cysts in a newborn infant. *BMJ Case Reports.* 2012. Available from: <https://doi.org/10.1136/bcr-2012-00761>.
- Bodner L, Goldstein J, Sarnat H. Eruption cysts: clinical report of 24 new cases. *J Clin Pediatr Dent.* 2004;28(2):183-186.
- Bartošová M, Mukletová M, Izakovičová Hollá L. Erupční cysta v dočasném chrupu. *LKS.* 2014;5(24):104-107.
- de Oliveira AJ, Silveira MLG, Duarte DA, Diniz MB. Eruption cyst in the neonate. *Int J Clin Pediatr Dent.* 2018;11(1):58-60.
- Wu ChW, Kao YH, Chen ChM, Hsu JH, Chen ChM, Huang JY. Mucocoeles of the oral cavity in pediatric patients. *Kaohsiung J Med Sci.* 2011;27:276-279.
- de Aruda JA, Jácome-Santos H, Kato Cd, et al. Micro-mar-

- supialization technique with suture thread modification for improving the management of oral mucocoeles and ranulas: A case series. *Oral Surg.* 2021;14:241-295. Available from: <https://doi.org/10.1111/ors.12603>.
- Borkar NB, Mohanty D, Hussain N, Dubey R, Sing S, Varshney A. A rare case of congenital ranula. *Afr J Paediatr Surg.* 2021;18:106-108.
 - Mihál V, Michl P, Michálek J, Michálová K. Ranula podjazykové žlázy – diagnostická výzva. *Pediatr. praxi.* 2019;20(3):175-179.
 - Patel MR, Deal AM, Shockley WW. Oral and Plunging Ranulas: What is the Most Effective Treatment? *Laryngoscope.* 2009;119(8):1501-1509. Available from: <https://doi.org/10.1002/lary.20291>.