

v dětském věku opírá o následující kritéria: epidemiologická souvislost, rentgenologické vyšetření, tuberkulinová reakce a interferon gamma releasing assays testy (IGRA testy). K průkazu onemocnění můžeme též využít mikroskopické, kulturační nebo histologické vyšetření tkáně.

Ze zobrazovacích vyšetření je metodou první volby pro vyšetření zduření na krku využití ultrazvuku. Zdravá lymfatická uzlina má protáhlý tvar, jasně identifikovatelné hyperechogenní pouzdro a jemně granulární hypoechogenní texturu. Reaktivně změněná lymfatická uzlina bývá zpravidla větší než 10 mm v jednom z rozměrů, zachovává si ale oválný tvar a identifikovatelné hyperechogenní pouzdro. V případě abscedující lymfadenitidy nacházíme v uzlině anechogenní centrum, které odpovídá přítomnosti tekutiny v uzlině. Lymfatické uzliny podezřelé z maligního postižení mohou mít velice rozmanitý obraz. Zpravidla ale bývají větší než 10 mm a zaujímají kulovitý tvar. Uzliny jsou nehomogenní se smíšenou echogenitou. Pro maligní lymfom jsou typickým nálezem uzliny často větší než 20 mm, kulovité a anechogenní. Dalším typickým znakem pro možnost maligního postižení je atypická vaskularizace uzliny, zpravidla jsou cévy patologicky přítomny na periférii uzliny a ne v jejím parenchymu. Sonografie je spolehlivá a vhodná metoda i ke sledování průběhu onemocnění v čase pro svoji časovou nenáročnost, dostupnost a možnost opakování bez zátěže pro pacienta (9).

U zkolikovaných uzlin získáváme obsah abscesu k mikrobiologickému vyšetření punkcí tenkou jehlou. Jedná se o relativně bezpečnou a spolehlivou metodu, při které je získán obsah uzliny nebo její tkáň (22). Veškerý materiál se odesílá ke kulturačnímu vyšetření na aerobní i anaerobní bakterie, mykobakterie a mykózy (23). V případech, kdy lymfadenopatie přetrvává i přes adekvátní terapii nebo jsou přítomny známky maligního postižení a není možné diagnózu určit jiným způsobem, přistupujeme k otevřené biopsii s následným mikroskopickým i histologickým vyšetřením, část tkáně je odeslána i ke kultivaci. K biopsii zvolená uzlina by měla být dostatečně velká s diagnostickým potenciálem a zároveň v bezpečné lokalitě, aby nedošlo při odběru k poškození pacienta (19, 24).

Tab. 3. Diferenciální diagnostika lymfadenitid

Diferenciální diagnostika lymfadenitid				
Vrozené vývoj. vady	Benígní nádory	Malignity	Autoimunitní onemocnění	Ostatní
Laterální krční cysta	Lymfangiom	Lymfom	Kawasakioho choroba	Příušnice
Mediální krční cysta	Hemangiom	Leukemie	Systémová choroba pojivové tkáně	Sialoadenitida a sialolithiáza
Thymická cysta	Lipom	Rhabdomyosarkom		Aterom
Hemangiom kývače	Fibrom	Leiomyosarkom		Očkování
Cysta jugula	Neurofibrom	Neuroblastom		Léková
Kongenitální tortikolis	Adenom štítné žlázy			Sérová nemoc
Laryngokéla	Adenom příštítných tělísek			Sarkoidóza
				Kikuchiho choroba

Diferenciální diagnostika

Diferenciální diagnostika dětských lymfadenitid je velice široká a pestrá, proto je uvedena souhrnně v tabulce 3, diagnostický proces probíhá za pomoci výše uvedených vyšetřovacích metod.

Diagnostickým oříškem může být krční lymfadenopatie při Kawasakiho chorobě. Jde o akutní systémovou vaskulitidu a jednu z nejčastějších vaskulitid dětského věku. Mezi hlavní projevy patří horečky nejasné etiologie, nehnisavá konjunktivitida, výsev vyrážky podobné spále nebo spalničkám postižující nejčastěji trup a končetiny. U přibližně poloviny pacientů je doprovázena i krční lymfadenitidou, většinou jednostrannou (13). Mezi velmi závažné komplikace tohoto onemocnění patří postižení srdce. Může se vyskytnout perikarditida, myokarditida nebo zánět chlopní. Nicméně hlavním rysem je postižení věnčitých tepen s tvorbou aneurysmat. Proto při podezření na Kawasakiho chorobu doplňujeme vstupně elektrokardiogram ke zhodnocení srdečního rytmu a echokardiogram k posouzení tvaru a velikosti věnčitých tepen (7).

Léčba

Léčba závisí na příčině lymfadenitidy. Při akutní virové lymfadenitidě většinou potíže mizí za 7–10 dnů spontánně (3, 10). Pokud v uzlině není prokázána kolikvace, je akutní bakteriální lymfadenitida léčena primárně konzervativně, tj. antibiotiky. Nejčastěji užívány jsou širokospektré peniciliny, popřípadě cefalosporiny (25). Pokud známe primární zdroj infekce, měla by být léčba zaměřena cíleně dle výsledků kultivace a citlivosti (19).

Pacienti s periodontitidou nebo záněty kolem kariézních zubů projevující se mimo jiné i krční lymfadenitidou by měli být léčeni potencovanými peniciliny, metronidazolem nebo klindamycinem pro riziko vzniku hluboké krční infekce (26) a sanováním fokusu (27).

V případě přítomnosti rozpadové dutiny je k antibiotické terapii indikovaná i chirurgická intervence v podobě incize a drenáže (9). U dětí se v drtivé většině případů přistupuje k drenáži abscesu nebo zkolikované uzliny v celkové anestezii (CA). Při výkonu se provádí drenáž všech postižených uzlin (15).

U imunokompromitovaných pacientů nebo u těch, kteří nejsou schopni užívat antibiotika perorálně, volíme podávání antibiotik intravenózně (10). Intravenózní podání antibiotik je též indikované u pacientů neadekvátně reagujících na perorální terapii. Při léčbě tuberkulózy u dětí a mladistvých se využívá pět základních léků: izoniazid (INH), rifampicin (RMP), pyrazinamid (PZA), etambutol (EMB) a streptomycin (STM). Záložní řada antituberkulotik je v naší praxi využívána sporadicky, většinou u rozsáhlých krčních lymfadenitid způsobených *Mycobacterium avium* na základě citlivosti (28, 29). Lymfadenitida, která je způsobena atypickými mykobakteriemi, většinou nereaguje na běžnou farmakoterapii a je tedy doporučováno chirurgické odstranění všech postižených uzlin. Pokud není možné odstranit uzliny všechny, jsou podávána makrolidová antibiotika (10, 30).

Ve starší literatuře se uvádí, že pokud po 4–6 týdnech nedochází k regresi nálezu, je indikována diagnostická biopsie (18). V dnešní době novějších poznatků, dostupnosti laboratorních a zobrazovacích vyšetření můžeme