

krku a hlavy. Někdy se LKC může projevit jako infikovaná cysta (nebo absces), sinus či píštěl. Děti si na bolest či diskomfort většinou stěžují při infekci cysty. Naštěstí je 80–90% všech krčních útvarů u dětí benigního charakteru. Diferenciální diagnostika krčních zduření vychází především z anamnézy, klinického vyšetření (inspekce a palpací) a zobrazovacích metod, jako je ultrazvuk, CT či magnetická rezonance. LKC bývají většinou jednostranné, častěji se vyskytují na levé straně krku. Ze zobrazovacích metod jsou nejvhodnější sonografie nebo CT vyšetření. Při punkci lze aspirací získat čirý, zkalený, hlenovitý nebo žlutavě-šedý obsah různé hustoty. Pro vyloučení jiných příčin zduření je možné v některých případech analyzovat vzorek tekutiny z cysty. Léčba je chirurgická a spočívá v kompletní excizi cysty. V rámci diferenciální diagnostiky je třeba odlišit cysty ductus thyreoglossus, dermoidní cysty, cévní a lymfatické malformace, zvětšené lymfatické uzliny, lymfomy, laryngokély a další.

### Popis klinického případu

Šestnáctiletý chlapec z prvního těhotenství s normálním psychomotorickým vývojem, nízkou nemocností, očkovaný dle národního programu. V anamnéze operace levostranné tříselné kýly před dvěma lety. Rodinná anamnéza bez pozoruhodností.

Pacient přichází v doprovodu rodičů pro zduření na levé straně krku v oblasti submandibulárně, které přetrvává přibližně měsíc a podle rodičů se mírně zvětšuje. Bolest při polykání neudává, dýchání i polykání jsou bez omezení. Noční pocení ani úbytek hmotnosti nebyly pozorovány.

**Klinické vyšetření při přijetí:** Pacient je afebrilní. Sliznice dutiny ústní vlhké a bledé, hrdlo lehce prosáklé, patrové oblouky symetrické, uvula bez otoku. Vývody slinných žláz klidné, bez zarudnutí. Tonzily zvětšené, bez povlaku. Epiglotis symetrická, vchod do hrtanu volný, hlasivky bledé, pohyblivé a domykající. Subglotický prostor volný, arytenoidy bez otoku, piriformní recesy bez hromadění slin. Hrtan bez známek edému. Krční lymfatické uzliny drobné. **Palpační nález:** Na levé straně krku, laterálně od mediální čáry, byla hmatná měkká rezistence o velikosti cca 4 × 3 cm, volně pohyblivá, mírně citlivá na pohmat. Kůže nad rezistencí byla klidná. **Ultrasonografické**

**vyšetření:** Zachycena solidní až zahuštěná měkkotkáňová, ostře ohraničená léze velikosti 6 × 4 × 3 cm v submandibulární oblasti. Léze je dobře ohraničená, nevybíhá ze slinné žlázy, avšak nachází se v těsné blízkosti m. sternocleidomastoideus. Velké cévy bez patologie, bez přítomnosti reaktivních lymfatických uzlin (Obr. 1). **Punkce pod UZ kontrolou:** V lokální anestezii (mezokain) provedena tenkojehlová aspirační biopsie (FNAC). Odebrán bělavý hustý obsah pro cytologické vyšetření. Vzorek obsahoval: 3 nátěry na sklíčka, zkumavku s 2 ml bělavé tekutiny s bílými sraženinami (zpracováno jako sedimentační preparáty a cytoblok). **Cytologické vyšetření: Cytospin:** Přítomny buňky s objemnou cytoplazmou a excentricky uloženým jádrem (suspektní adipocyty či makrofágy), v pozadí minimum krve, lymfocytů a neutrofilů. Suspektní maligní buňky nezjištěny. **Cytoblok:** Bílkovinný precipitát s minimem zánětlivých elementů. CD68 negativní. Suspektní buňky nenalezeny. **Nátěry:** Hojně buněčný materiál s fragmenty buněk s objemnou cytoplazmou, excentrickým jádrem – opět suspektní makrofágy nebo adipocyty. Minimální množství krve, bez dalších patologických elementů. **CT vyšetření krku (nativně a po aplikaci kontrastní látky):** Zobrazena oválná hypodenzní formace vlevo od jazyky, s kraniální konturou v úrovni horní části jazyky a kaudálně nedosahující k větvení a. carotis communis. Laterálně v těsném kontaktu s dolní částí glandula parotis, dorzálně od velkých cév. Formace ostře

ohraničená, s jemnou stěnou, bez známek komunikace s okolními strukturami. Po podání kontrastu bez syčení. Velikost: 40 × 20 × 26 mm. Okolní struktury bez patologických změn. Oboustranně přítomny nezvětšené lymfatické uzliny podél cévního svazku (Obr. 2a–2c). **Závěr:** Velmi suspektní laterální krční cysta vlevo. **Plán:** Do tří týdnů plánována totální extirpace levostranné (branchiální) krční cysty na ORL klinice.

### Diskuze

Branchiální cysty (BC) vznikají jako pozůstatky čtyř primárních párů branchiálních váčků a štěrbin, které se během embryonálního vývoje buď nevyvinou normálně, nebo nedojde k jejich regresí. Pokud dojde k neúplné obliteraci štěrbin nebo váčku, může vzniknout komunikace buď se sliznicí horních dýchacích cest, nebo s kožním povrchem – v takovém případě hovoříme o sinu (4). Pokud neoblitenují jak štěrbinu, tak váček, může vzniknout kompletní komunikace mezi sliznicí a kůží – tzv. píštěl. V případech, kdy zbytek štěrbin vytvoří epiteliálně vystlaný prostor bez komunikace s okolním prostředím, vzniká cysta (5). Branchiální cysty bývají často nesprávně diagnostikovány a v rámci diferenciální diagnostiky mohou být přehlíženy. Na diagnózu BC bychom měli pomýšlet u každého pacienta s otokem v laterální části krku, bez ohledu na to, zda je útvar cystický či solidní, bolestivý nebo bezbolestný. Aspirační cytologie tenkou jehlou (FNA) je metodou, která spolehlivě prokazuje cystickou

**Obr. 1.** Ultrazvukové vyšetření krku: Submandibulárně v měkkých tkáních je patrný oválný, ostře ohraničený, avaskulární a anechogenní útvar s dorzálním zesílením akustického signálu. Charakteristika odpovídá cystické lézi

