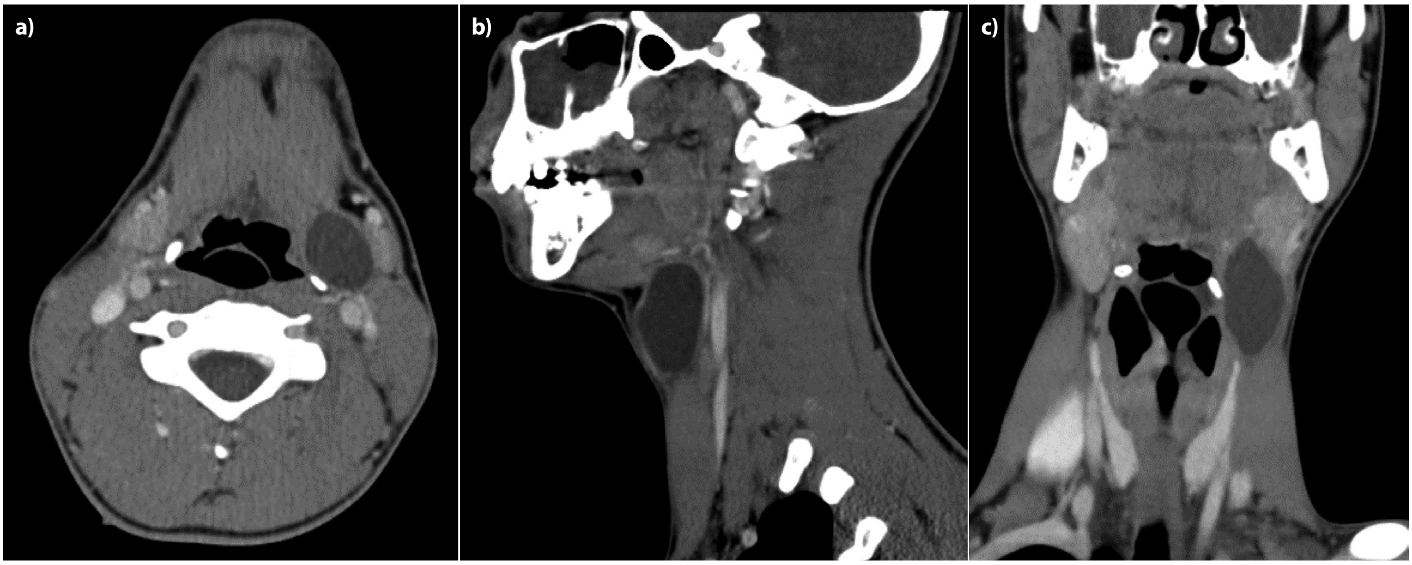
Obr. 2(a–c). *CT vyšetření krku po intravenózní aplikaci kontrastní látky:* ***(a)*** *Transverzální rovina,* ***(b)*** *Sagitální rovina,* ***(c)*** *Koronální rovina. CT zobrazuje oválnou cystu o velikosti přibližně 40 × 20 × 26 mm, uloženou v měkkých tkáních krku vlevo, v těsné blízkosti jazylky*



povahu léze. Přítomnost krystalů cholesterolu a/nebo epiteliálních buněk v aspirátu podporuje diagnózu branchiální cysty (6). FNA se dnes v diagnostice LKC široce využívá. Ačkoli první zmínky o této metodě pocházejí již z roku 1847, širšího uplatnění se dočkala až ve 30. letech 20. století. Její bezpečnost, přesnost i praktický přínos byly opakovaně potvrzeny. Indikací k provedení FNA je hmatný nebo zjevný útvar. Pokud je FNA prováděna za přítomnosti cytopatologa, lze ihned ověřit kvalitu vzorku a poskytnout předběžné výsledky ještě týž den, což může výrazně snížit úzkost pacienta a jeho rodiny. Vzorky získané FNA lze dále využít k celé řadě testů: kultivace, barvení, PCR, průtoková cytometrie, histopatologické vyšetření, imunohistochemie či cytogenetika. Uváděná senzitivita a specificita metody přesahuje 80 % a 90 % (7). U dětských pacientů je však využití FNA méně časté než u dospělých (7).

Diagnostika a zobrazovací metody. Ultrazvukové vyšetření obvykle prokazuje rovnoměrnou echogenitu branchiálních cyst na nízké až střední úrovni, která je dána přítomností krystalů cholesterolu a buněčného materiálu. Dopplerovské dobarvení může odhalit zvýšenou vnitřní nebo periferní vaskularizaci v souvislosti s lézí, a to jen v omezeném počtu případů (8). Ačkoli ultrasonografie není vždy tak přehledná jako CT nebo MRI, zůstává běžně používanou metodou pro hodnocení rozsahu a hloubky lézí na krku. Je zvláště vhodná v situacích, kdy je třeba se vyhnout radiační expozici nebo kde nejsou dostupné pokročilejší zobrazovací modality. **Počítačová tomografie** (CT) ve většině případů nejen potvrzuje cystickou povahu léze, ale umožňuje i přesné zhodnocení jejího rozsahu a vztahu k okolním strukturám. Při hodnocení branchiálních cyst se CT a MRI často preferují, přesto by vzhledem k rozvoji ultrazvukových technologií měl být ultrazvuk zvažován jako metoda první volby. Omezením CT i MRI však zůstává neschopnost spolehlivě odlišit branchiální cystu od lymfangiomu u dětí. CT je vhodnější pro hodnocení měkkých tkání v okolí větších lézí, které nejsou zcela přístupné ultrazvukem, a je rovněž výhodné při detekci kalcifikací a vaskulárních lézí po aplikaci kontrastní látky. **Magnetická rezonance** (MRI) díky multiplanárnímu zobrazování a výbornému kontrastnímu rozlišení poskytuje důležité informace pro přesné předoperační plánování. Je mimořádně přínosná při podezření na expanzi do mediastina nebo hlubokých struktur krku a při hodnocení lézí v anatomicky složitých oblastech, jako je např. dno ústní dutiny.

Laterální krční masy jsou v dětském věku poměrně časté. Znalost embryologie, anatomie a klinického obrazu umožňuje stanovit diagnózu již v předoperačním období. Teorii branchiálního původu krčních cyst poprvé navrhl Ascherson v roce 1832 (9), ačkoli bez přímých důkazů. Hunczovsky popsal laterální krční cysty již v roce 1785. V roce 1912 přišel Wenglowski s alternativní teorií, kdy tyto cysty považoval za důsledek neúplné obliterace thymofaryngeálního vývodu.

Přesná předoperační diagnostika má zásadní význam pro výběr optimální chirurgické techniky a prevenci peroperačních i pooperačních komplikací a recidiv (10). V literatuře se rovněž uvádí, že spontánní regrese laterálních krčních mas byla pozorována asi u 12 % dětských pacientů.

Nejčastějšími vrozenými krčními cystickými útvary v dětském věku jsou cysty tyreoglosálního vývodu, následované anomáliemi branchiálního rozštěpu a dermoidními cystami. Tyto útvary lze rozdělit na **mediální** a **laterální léze** (11). Mezi mediální léze patří cysty tyreoglosálního vývodu, bronchogenní a dermoidní cysty (12), zatímco laterálními lézemi jsou cysty branchiálního rozštěpu, lymfangiomy a tymické cysty. Většina těchto lézí se manifestuje již v kojeneckém nebo raném dětském věku, a proto věk pacienta spolu s lokalizací útvaru poskytuje důležité diagnostické vodítko. Ultrazvuk, jako nejčastěji využívaná zobrazovací metoda díky své dostupnosti a absenci ionizujícího záření, pomáhá určit velikost, rozsah, vztah ke zdravé tkáni a potvrzuje cystickou povahu léze. Pro stanovení definitivní diagnózy je klíčové znát histologické charakteristiky jednotlivých lézí a jejich anatomickou lokalizaci. **Tymická cysta** je obvykle unilokulární, vystlaná několika vrstvami skvamózních či kuboidních buněk a má tenkou stěnu. **Dermoidní cysta** bývá rovněž unilokulární, vystlaná keratinizovaným dlaždicovým epitelem se zrnitou vrstvou a vyplněná lamelárním keratinem. Branchiální cysty prvního oblouku se nacházejí v preaurikulární