

Po zprůchodnění proximálního konce nasolakrimálního vývodu se nasolakrimální vak a vývod naplní plodovou vodou a roztáhne se. V případě časného nástupu produkce hlenu pohárkovými buňkami může mucinózní sekrece vést k roztažení slzného drenážního systému. Roztažení slzného kanálku a vaku způsobuje změny v anatomické orientaci proximálního konce slzného vaku, kde vzniká systém zpětného ventilu. Tenhle systém umožňuje tekutině pouze vstoupit do vaku, což vede k dalšímu roztažení slzného vaku a vzniku dakryocystokély. Hromadění tekutiny v uzavřeném systému slzných drenáží může vynutit perforaci membrány na distálním konci nasolakrimálního vývodu (Hasnerova chlopeč) čímž může dakryocystokéla regredovat (5). Přetrvávající dakryocystokéla se stagnací slz a mucinózního sekretu v slzném vaku predisponuje k rozvoji infekčních komplikací, jako je dakryocystitida (5), která je dle literatury popisována v 18 % (7) až 75 % (8) případů.

Klinický obraz a diagnostika

Dakryocystokéla se projevuje obvykle v prvních několika týdnech života novorozence namodralým cystickým otokem v oblasti mediálního koutku oka (Obr. 1, 2), který může být spojen s epiforou (zvýšeným slzením) nebo mukopurulentní sekrecí (8, 9). Protruze slzného vaku může zasahovat i kaudálně do nosní dutiny jako lakrimální intranazální cista a způsobit její obstrukci. Tato obstrukce může u novorozenců vést k rozvoji dyspnoe a respirační tísně, jelikož novorozenci dýchají převážně nosem (8, 10).

Ojedinelé se můžou vyskytnout i respirační potíže, hlavně při kojení. Promptní diagnóza je důležitá vzhledem k tomu, že novorozenci

jsou relativně imunokompromitováni a pokud se neléčí, hrozí jim riziko sepse nebo meningitidy. Dakryocystitida může progredovat do formace lakrimálního abscesu (9).

Diagnóza dakryocystokély je převážně klinická a nevyžaduje zobrazovací vyšetření. V případě rozvoje respirační tísně, v závažných a rychle progredujících případech a pokud je přítomná blefaroptóza nebo dislokace oční bulvy, může být zobrazovací vyšetření nápomocné v diferenciální diagnostice a v určení správné diagnózy. Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) jsou užitečné ve vytýčení slzného vaku, detekci distenze nasolakrimálního vývodu a identifikaci intranazálních cyst, encefalokély nebo vaskulární malformace. Vysokofrekvenční ultrasonografie představuje praktickou doplňkovou metodu při diferenciální diagnostice neonatální dakryocystokély/dakryocystitidy, která na rozdíl od MRI/CT nevyžaduje u novorozenců sedaci (9, 12). Sonografický nález subkutánní cystické léze bez cévního průtoku, případně s přítomností hyperechogenit je typický pro dakryokélu, zatímco nápadný vaskulární tok v lézi na barevném dopplerovi je typickým nálezem u infantilního hemangiomu. U dakryocystitidy lze detekovat periferní dopplerovský signál v důsledku zánětu na úrovni stěny abscesu (13). Dakryocystokéla může být viditelná i na prenatálním ultrazvukovém vyšetření ve III. trimestru (5, 14, 15) jako anechogenní kolekce tekutiny v mediálním koutě orbitální dutiny, která nekomunikuje s lebeční nebo oční tkání. Spontánně regreduje před porodem v 50 % až 75 % případech (5).

Možná diferenciální diagnostika dakryocystokély nebo dakryocystitidy zahrnuje

encefalokélu, infantilní hemangiom, orbitocelulitidu, dermoidní nebo epidermoidní cystu, Zimmermanův tumor, venolymfatické malformace (lymfangiom) a maligní tumory (neuroblastom, rhabdomyosarkom) (9, 11).

Management a léčba

Po stanovení diagnózy dakryocystokély nebo dakryocystitidy by měla následovat konzultace s rodiči o možné závažnosti tohoto stavu. Posouzení respirační tísně je prvořadé, protože přítomnost intranazálních cyst může obturovat nosní dutinu a dýchací cesty. Obecně je možné pacienty s jednostrannou dakryokélou bez známek infekce či respirační tísně léčit konzervativně, ambulantně. Avšak se stanovenou diagnózou dakryocystitidy by měli být přijati k léčbě za hospitalizace (9).

V odborné společnosti se názor na optimální léčbu dakryocystokély liší, někteří autoři jsou zástanci iniciální konzervativní léčby (16–19), jiní s cílem vyhnout se infekčním komplikacím preferují léčbu intervenční – chirurgickou (20–24).

Konzervativní léčba dakryocystokély spočívá v aplikaci manuální hydrostatické masáže slzných cest (Criglerova masáž). Tato masáž se provádí tlakem prstu na společný slzný kanálek a dále přes slzný vak dolů ve směru slzovodu (25). Vzhledem k tomu, že dakryocystokéla je vysoce náchylná k infekčním komplikacím, je indikována současně i antibakteriální profylaxe, tedy aplikace dezinfekčních preparátů ve formě očních kapek nebo lokálních antibiotických kapek do oční štěrbiny. Při použití antibiotických kapek je ideální zvolit cílenou terapii dle kulti-vačního vyšetření ze štetru spojivky. V případě progresu dakryocystokély do akutní dakryo-

Obr. 1. Dakryocystokéla u novorozence po porodu v podobě namodralé cystické léze v pravém mediálním koutku oka (FN Olomouc)



Obr. 2. Dakryocystokéla u novorozence po porodu v podobě namodralé cystické léze v pravém mediálním koutku oka (FN Olomouc)

