

Sialendoskopie – nová metoda v diagnostice a léčbě benigní obstrukční choroby slinných žláz

MUDr. Pavel Štrympl, doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D., MUDr. Tomáš Pniak

ORL klinika, FN Ostrava

Benigní obstrukční choroba vývodového systému velkých slinných žláz, vzniklá na podkladě zánětu a sialolitíazy, patří k nejčastějším onemocněním slinných žláz. Zúžením nebo obstrukcí vývodového systému trpí cca 3,7 % populace (z toho sialolitíazou cca 1,2 % dospělé populace). V současnosti se diagnostika benigních obstrukcí opírá o anamnézu, palpační vyšetření a sonografický nález. Tyto metody nicméně neumožňují podrobné zhodnocení vývodového systému a léčba recidivující sialoadenitidy spočívá stále často v exstirpaci celé slinné žlázy a tím i ztrátě její funkce. Místo a stupeň obstrukce lze podstatně přesněji určit pomocí endoskopického vyšetření vývodového systému (sialendoskopie). Kromě diagnostického přínosu lze endoskopicky provést i cílenou dilataci zánětlivé stenózy či provést extrakci nebo rozdrčení sialolitu a zachovat tak funkci žlázy. Tato progresivně se rozvíjející metoda s sebou nese výhodu léčby cestou přirozeného vývodu slinné žlázy, zefektivňuje léčbu a zkracuje délku rekonvalescence.

Klíčová slova: slinné žlázy, sialolitíaza, sialendoskopie.

Sialendoscopy – new approach in diagnostics and treatment of salivary gland swellings

Benign obstruction disease of salivary gland ducts due to the inflammation or sialolithiasis is the most common salivary gland disorder. Its exact incidence is not known. About 3.7 % of population suffer from salivary gland duct strictures or obstructions (sialolithiasis affects 1.2 % of adult population). The benign obstruction disease diagnostics is based on the patient history, clinical examination and ultrasound. However, these methods are not usefull for particular evaluation of salivary duct system. The treatment of reccurent salivary gland inflammation frequently is salivary gland ablation with lost of its function. The miniinvasive endoscopic method, named sialendoscopy, is more accurate in assessment of location and level of the obstruction. Sialendoscopy can be used not only for diagnosis but also for treatment of these diseases. Inflammatory stenoses can be dilatated and sialoliths removed. This progresively developing method brings advantage of the treatment via original salivary duct. It makes therapy more efficient and shortens reconvalescence period.

Key words: salivary glands, sialolithiasis, sialendoscopy.

1. Úvod

Benigní obstrukční choroba (BOCH) vývodového systému velkých slinných žláz je stav, který se projevuje recidivujícími bolestivými otoky žláz. BOCH je způsobena nejčastěji zánětlivou stenózou vývodů nebo konkrementem.

V současnosti se diagnostika BOCH opírá o anamnézu, palpační vyšetření a sonografický nález. Podstatně přesněji lze určit místo, příčinu a stupeň obstrukce pomocí sialendoskopie (SE). Endoskopicky lze provést cílenou dilataci zánětlivé stenózy či provést extrakci nebo rozdrčení sialolitu a zachovat tak funkci žlázy, aniž by bylo třeba postiženou slinnou žlázu exstirpovat. Oproti standardní léčbě nabízí tedy léčbu s výhodou zachování slinné žlázy a její funkce.

V posledních 10–15 letech se začala SE využívat na některých pracovištích v zahraničí. V České republice není nicméně problematika endoskopického vyšetření a kauzální léčby vývodového systému velkých slinných žláz dosud studována a není určeno její místo

v diagnosticko-léčebném algoritmu onemocnění slinných žláz.

2. Benigní obstrukční choroba vývodového systému

SE je využívána k diagnostice a léčbě pacientů s tzv. benigní obstrukční chorobou (BOCH) velkých slinných žláz (1, 2). BOCH není klinickou jednotkou, ale souborem příznaků skupiny různorodých onemocnění, jejichž příčina spočívá v onemocnění vývodového systému slinné žlázy.

BOCH se vyskytuje nejčastěji v produktivním věku mezi 25 a 50 lety věku (3). Incidence BOCH v dětském věku není známa, ačkoliv se může vyskytovat i u malých dětí (4). Nejčastěji se u dětí projevuje jako recidivující juvenilní tzv. Payenova parotitida (2, 5).

BOCH je nejčastěji způsobena chronickým zánětem nebo litiázou vývodového systému žlázy. K zřídka se vyskytujícím příčinám patří granulomatózní onemocnění, autoimunitní onemocnění, stav po radioterapii nádorů hlavy

a krku nebo stav po léčbě radiojódem (tabulka 1) (1). Obstrukce vývodového systému vede k omezení odtoku sliny. Tento stav je predispozicí pro vznik ascendetní duktální infekce a ukládání mukózních a fibrinózních usazenin na stěny vývodů. Následuje vznik fibroproduktivních zánětlivých slizničních změn vývodů, které mohou vést až ke vzniku stenóz vývodů (1).

Hlavním příznakem BOCH jsou recidivující bolestivé otoky v oblasti postižené slinné žlázy objevující se zvláště během nebo po jídle (1, 6).

Tabulka 1. Příčiny benigní obstrukční choroby

■ chronická sialoadenitida
■ sialolitíaza
■ granulomatózní onemocnění (např. Wegenerova granulomatóza)
■ autoimunitní onemocnění (např. sialoadenitida v rámci Sjögrenova syndromu)
■ stav po radioterapii nádorů hlavy a krku
■ stav po léčbě radiojódem
■ obstrukce cizím tělesem (např. zubní výplň, část stravy)

Endoskopie 2011; 20(1): 29–33

Postižená slinná žláza a měkké tkáně v okolí jsou oteklé, kůže může být zarudlá. Z vývodu slinné žlázy může vytékat zkalená slina nebo hnis. V případě obstrukce vývodu slina neodchází ani po masáži žlázy. Pacient udává silnou tlakovou bolest vystřelující v případě příušní žlázy do ucha. Ne vždy jsou však příznaky jasně vyjádřené a jediným projevem může být jen mírné zvětšení žlázy nebo tlak v ní.

BOCH velkých slinných žláz tvoří polovinu všech benigních onemocnění slinných žláz a vyskytuje se u 3,7 % populace (7). Sialolitíáza se vyskytuje u 1,2 % populace (8). U 13,6 % pacientů se sialolitíázou v anamnéze se vyvine stenóza postiženého vývodu (3).

3. Diagnostika a léčba benigní obstrukční choroby

V současnosti se základní diagnostika BOCH opírá o anamnézu, palpační vyšetření a sonografický nálezu.

Pro BOCH jsou anamnesticky typické recidivující bolestivé otoky v oblasti postižené slinné žlázy během jídla či po jídle.

Palpačně je postižená žláza bolestivá, zvětšená, tuhá, okolní měkké tkáně jsou oteklé. Žlázu srovnáváme obvykle se žlázou na straně zdravé. Při masáži žlázy z vývodu slina neteče nebo může vytékat slina zkalená či hnis. Spádové lymfatické uzliny mohou být hmatné, reaktivně zvětšené.

V ultrazvukovém (UZ) obraze jeví postižená slinná žláza známky akutního či chronického zánětu. Slinné žlázy postižené akutním zánětem jsou v UZ obraze zvětšené, hypoechogenní, nehomogenní. Mohou obsahovat malá oválná hypo- či anechogenní ložiska odpovídající cystickým změnám. Pomocí duplexního UZ lze sledovat zvýšené krevní toky v zásobujících cévách (9). Žláza postižená chronickým zánětem je normální velikosti nebo menší. Oproti okolním tkáním je hypoechogenní, nehomogenní. Krevní toky v zásobujících cévách jsou sníženy. Pomocí UZ je možno rovněž diagnostikovat sialolitíázu. Sialolit se v UZ obraze zobrazí jako hyperechogenní ložisko s dorzálním akustickým zastíněním. Vývodový systém může být dilatovaný (9). Diagnostické možnosti a určení příčiny BOCH pomocí UZ jsou však omezené.

Sialografie, při které se vývodový systém vyšetřuje pomocí kontrastní látky, je v mnoha ohledech metodou obsoletní. Stále je využívána v diagnostice duktogenních chronických zánětů slinných žláz (5). Postupně je vytlačována sialendoskopii.

Počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI) se v diagnostice BOCH neužívají.

V diagnostice BOCH lze v případě nejasného klinického a UZ nálezu využít MRI sialografii (10).

Standardní léčba pacientů s BOCH je chirurgická (11). V případě nálezu litiázy vývodového systému je provedena incize vývodu s odstraněním sialolitu. Pokud je sialolit uložen v hilu žlázy či v parenchymatózní části vývodového systému, je provedena exstirpace slinné žlázy. U pacientů s chronickou sialoadenitidou bez nálezu sialolitíázy připadá v úvahu kromě konzervativního řešení (sialogoga, masáže postižené žlázy, intraduktální aplikace kortikosteroidů) odstranění postižené slinné žlázy. Alternativou „klasické“ chirurgické léčby s výhodou zachování postižené slinné žlázy s její funkcí je odstranění stenózy (obstrukce) endoskopickou cestou.

4. Historie sialendoskopie

Počátky využití endoskopické diagnostiky a léčby onemocnění slinných žláz sahají do konce 80. a začátku 90. let minulého století.

V roce 1990 popsal Königsberger s kolegy na souboru 23 pacientů s litiázou velkých slinných žláz endoskopicky asistovanou intrakorporální laser-litotripsí (12).

Katz popsal v roce 1991 první zkušenosti s flexibilním endoskopem (8). Endoskopem o průměru 0,8 mm byl schopen vyšetřit vývod příušní žlázy až po lomení při průchodu m. masseter a vývod podčelistní žlázy po jeho ohbí kolem zadního okraje m. mylohyoideus (12).

V roce 1994 použil Nahlieli léčebně u obstrukcí vývodového systému slinných žláz rigidní artroskop o průměru 2,7 mm. Výhodu rigidního endoskopu oproti flexibilnímu spatřoval v jeho snadnějším zavedení do vývodového systému žlázy (8, 12). V roce 2002 užil Nahlieli v léčbě 12 pacientů se sialolitíázou příušní žlázy tzv. kombinovaného přístupu. Endoskop byl intraduktálně zaveden k sialolitu a jako transiluminátor byl využit k zevní lokalizaci sialolitíázy. Následně byl sialolit odstraněn transkutánní cestou (12).

Zenk popsal v roce 2004 užití semirigidního sialendoskopu o průměru 1,1 mm s pracovním kanálem 0,4 mm v diagnostice a léčbě 22 pacientů. Popsal excelentní kontrast, rozlišení obrazu a výbornou ovladatelnost semirigidního sialendoskopu (13).

V roce 2004 popsal McGurk s kolegy kombinovaný transorální endoskopicky asistovanou extrakci sialolitu z proximální části vývodu podčelistní žlázy (12).

V témže roce Nahlieli informuje o výhodách endoskopické léčby rekurentní parotitidy u dětí (2) a v roce 2008 informuje o úspěšné sialendo-

Tabulka 2. Indikace sialendoskopie

Indikace diagnostické sialendoskopie
■ benigní obstrukční choroba velké slinné žlázy (sialolit, zánětlivá stenóza, fibrozní stenóza, polyp)
■ trauma oblasti velké slinné žlázy
■ cizí těleso
■ odběr histologického vzorku (nádor, autoimunitní onemocnění)
Indikace terapeutické sialendoskopie
■ fragmentace a extrakce sialolitu
■ dilatace stenózy, odstranění hyperplastické sliznice (polypu)
■ plastika vývodového systému po úrazu
■ odstranění cizího tělesa

Obrazek 1. Elektromagnetický litotriptor Minilith SL 1 (Storz Medical, Švýcarsko)



skopické léčbě poranění příušní slinné žlázy u 14 pacientů (12).

V roce 2009 Iro s kolegy informuje o výsledcích léčby 4691 pacientů a popisuje SE jako excelentní metodu v léčbě salivární litiázy (7). Sialendoskopie se postupně rozvinula v důležitou metodu diagnostiky a léčby chorob slinných žláz.

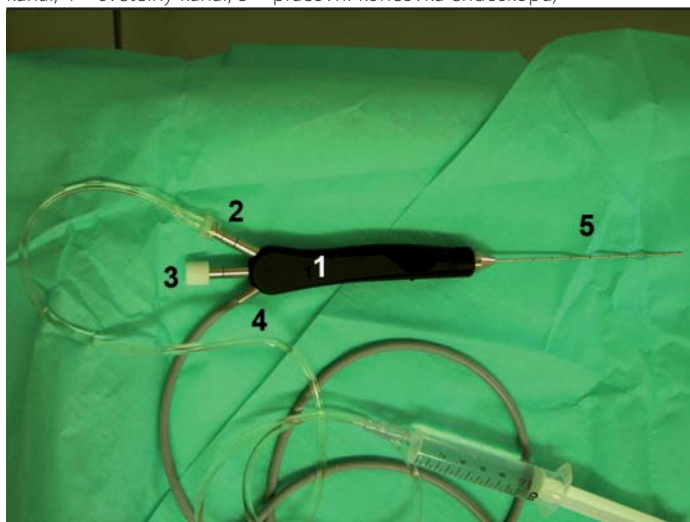
5. Sialendoskopie

SE je miniinvasivní endoskopická metoda umožňující přímou spolehlivou informaci o postižení vývodového systému slinných žláz (5). Ve většině případů se SE provádí v lokální intraduktální anestezii. V celkové anestezii se provádí u dětí a u některých dospělých (alergie na lokální anestetikum, špatně snášená předchozí SE, nesouhlas s výkonem v lokální anestezii). Endoskop je zaveden přirozeným ústím slinné žlázy v dutině ústní a dále vývodovým systémem postižené žlázy přímo k patologické lézi.

Obrázek 2. Diagnostická sialendoskopie příušní žlázy vlevo. Lékař provádí vyšetření vývodového systému postižené žlázy semirigidním endoskopem za soustavné kontroly obrazu na monitoru. Asistent aplikuje do vývodového systému žlázy fyziologický roztok za účelem dilatace systému a odstranění nečistot



Obrázek 4. Sialendoskop (1 – tělo endoskopu, 2 – irigační kanál, 3 – pracovní kanál, 4 – světelný kanál, 5 – pracovní koncovka endoskopu)



Sialendoskopy jsou děleny na **rigidní, flexibilní a semirigidní**. Dnes je nejčastěji používán semirigidní endoskop průměru 0,8, 1,1 či 1,6 mm, který spojuje výhody flexibilního i rigidního přístroje (výborné zobrazení, malý průměr, snadná ovladatelnost) (8, 13).

SE rozlišujeme na diagnostickou a terapeutickou.

■ **Diagnostická SE** je užívána k vyšetření vývodového systému velkých slinných žláz. Umožňuje vyšetření vývodového systému slinných žláz až po úroveň větví druhého a třetího řádu. Průměr diagnostických endoskopů je 0,8 mm (1, 2, 13) (obrázek 2).

Indikací k provedení diagnostické SE jsou otoky velké slinné žlázy nejasného původu (1, 2). Další indikací je trauma postihující oblast velkých slinných žláz (tabulka 2). Jedinou kontraindikací provedení SE je akutní sialadenitida (8).

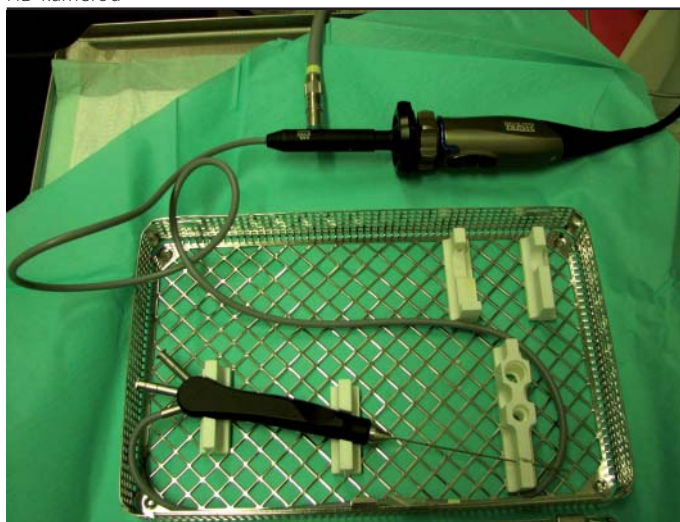
■ **Terapeutická (tzv. intervenční) SE** využívá miniendoskopického instrumentária ke kauzální léčbě příčiny obstrukce vývodového systému slinné žlázy. Indikace i kontraindikace se neliší od diagnostické SE.

Průměr multifunkčních endoskopů je 1,1 a 1,6 mm (13) (obrázek 3). Terapeutický endoskop je vybaven třemi kanály: světelným kanálem, kanálem pro irigaci izotonického roztoku (0,9 % NaCl) za účelem výplachu a dilatace vývodového systému a konečně kanálem pracovním, který má průměr 0,4 mm (13). Pracovní kanál slouží k zasouvání pracovních nástrojů (košíčky, chapáčky, ruční vrtáky, dilatační balonky) do oblasti patologické léze vývodového systému. Jednotlivé nástroje jsou průměru 380–390 µm (4) (obrázky 4, 5). Košíčky slouží k odstranění litiázy. Ke stejnému účelu lze užít i chapáčky, které jsou také využívány k exstirpaci zánětlivých polypů sliznice stěn vývodů.

Obrázek 3. Terapeutická sialendoskopie podčelistní žlázy vpravo. Jeden lékař ovládá endoskop a druhý pracuje nástrojem vsunutým pracovním kanálem endoskopu k patologické lézi ve vývodovém systému slinné žlázy. Obraz z endoskopu je přenášen na monitor



Obrázek 5. Semirigidní sialendoskop firmy Storz v kazetě s připojenou HD kamerou



Vrtáky jsou užívány buď k drcení větších sialolitů nebo ke zprůchodnění fibrózních stenóz vývodů. Dilatační balonky jsou využívány k rozšíření stenotických úseků vývodového systému nebo k vytažení sialolitů.

SE lze v léčbě sialolitiázy s úspěchem kombinovat s neinvazivní extrakorporální litotripsií (ESWL). Ve spojení se SE se jedná o metodu vysoce efektivní s nízkým procentem komplikací (14). Určitou nevýhodou bránící širšímu rozšíření do praxe je ale vysoká cena ESWL.

SE je bezpečná a pacienty dobře tolerovaná metoda. Koch udává 0,9 % komplikací (3). Mezi nejčastější komplikace řadíme perforaci vývodu s extraduktálním únikem irigačního roztoku, vznik pooperační stenózy, krvácení z vývodu a zánětlivé komplikace (8).

5.1. Sialendoskopická léčba litiázy

Sialendoskopicky lze v případech **podčelistní slinné žlázy** odstranit sialolit do 4 mm (10, 11).

Kaménky o průměru nad 4 mm je nejprve nutno rozdrtit pomocí ručního vrtáku, resp. litotripsí (10, 12). Úspěšnost SE pak dosahuje 60–70 % (12).

Kaménky proximální třetiny hlavního vývodu (část vývodu přiléhající ke žláze) či hilu podčelistní slinné žlázy nejsou odstraňovány endoskopicky. Pro jejich extrakci je užívána metoda tzv. **transorální extrakce sialolitu**. Po provedení diagnostické SE za účelem určení velikosti a lokalizace litiázy je sliznice spodiny dutiny ústní incidována až k sialolitu a tento je následně odstraněn. Jako prevence stenózy vývodu je poté sliznice vývodu sešita se sliznicí spodiny dutiny ústní a vytvořena tzv. sialodochoplastika. Úspěšnost metody je 90 % (12).

V případě litiázy **příušní slinné žlázy** lze endoskopicky odstranit sialolity menší než 3 mm (10, 11) z duktů prvního a druhého řádu (6). Větší sialolity je třeba nejprve rozdrtit (vrták, litotripse) (6, 10, 12). Úspěšnost SE je stejně jako u podčelistní žlázy v 60–70 % případů (Firsch). Sialolit z intraparenchymatózní části vývodového systému (20–25 % sialolitů) lze odstranit kombinovaným endoskopicko-transkutánním přístupem popsáným Nahlielim s kolegy. Při tomto postupu je endoskop zaveden vývodem až k sialolitu. Následně je ze zevního přístupu odstraněn (12) (grafy 1, 2).

5.2. Sialendoskopická léčba stenózy

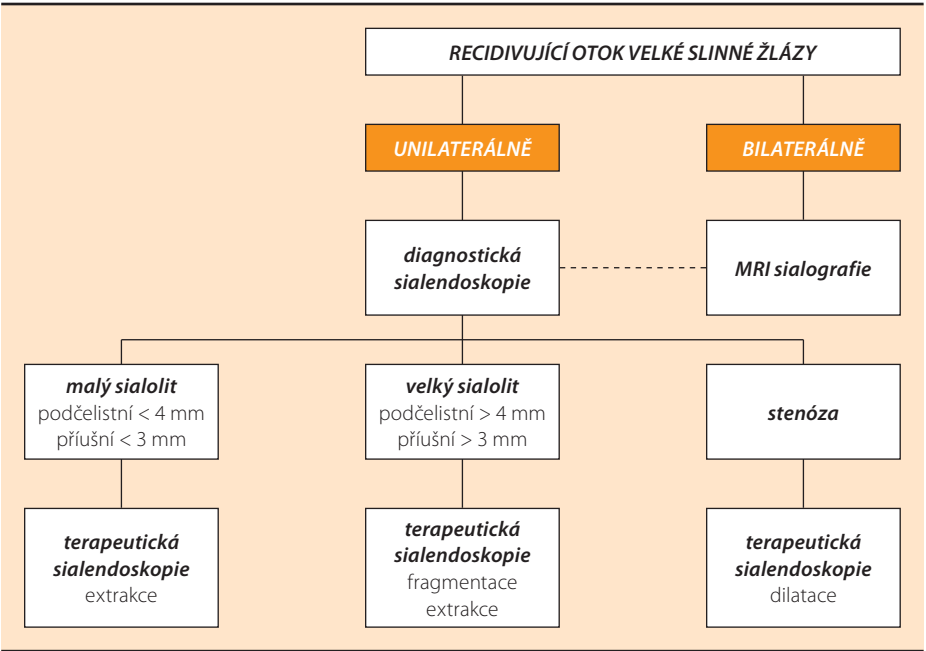
Intervenční SE je metodou první volby v léčbě stenóz vývodového systému slinných žláz s úspěšností 70–90 % (12). Stenóza může být rozrušena ručním vrtáčkem či rozšířena dilatčním balonkem. Za účelem prevence vzniku restenózy je do léčeného vývodu zaveden stent nebo je vytvořena sialodochoplastika vložením žilního štěpu náhradou za stenotický úsek vývodu (grafy 1, 2).

6. Diskuze

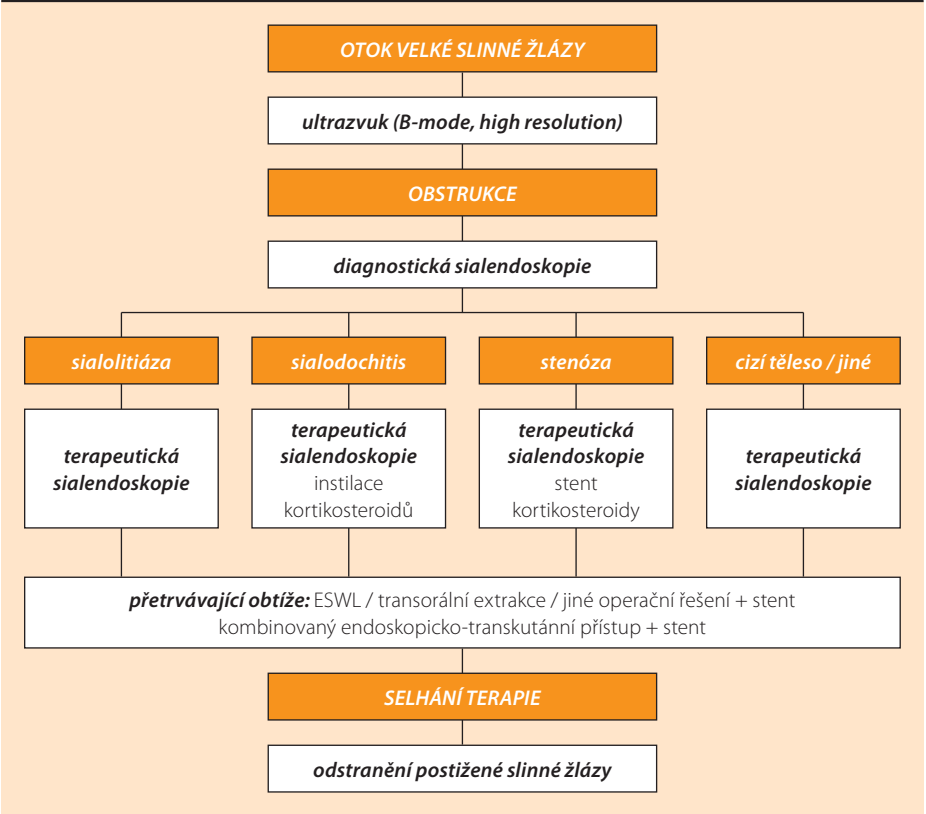
Diagnostika BOCH není ve všech případech jednoduchá a standardně využívané metody nejsou ke stanovení diagnózy dostačující. U 5,4 % pacientů s BOCH nelze stanovit diagnózu s použitím standardně využívaných vyšetřovacích metod, tedy pomocí sialografie a sonografie (3). Koch, a kol. uvádějí, že 15–30 % sialolitů podčelistní a 40–60 % příušní slinné žlázy není detekovatelných konvenčními radiologickými metodami (3).

Sialografie patřila v minulosti k základním vyšetřovacím metodám BOCH. Dnes patří sialografie v mnoha ohledech k obsoletním metodám. Je nicméně stále užívána v diagnostice

Graf 1. Algoritmus sialendoskopické léčby benigní obstrukční choroby velkých slinných žláz (upraveno dle 10)



Graf 2. Přehled léčby obstrukční choroby slinných žláz (upraveno dle 3)



duktogenních chronických zánětů slinných žláz (5). I v této indikaci ji ale diagnosticky převyšuje SE nezatěžující pacienta rtg zářením.

Pomocí UZ lze zobrazit pouze asi 30 % sialolitů. UZ nezobrazí kontrementy velikosti pod 1–2 mm (3) a též nízkce mineralizované „čerstvé“ sialolity se na ultrazvuku nezobrazí. Na sialolitíazu pak lze usuzovat jen z nepřímých UZ známek jako dilatace duktů, změna echogenity žlázy (6). UZ nelze využít k diagnostice zánětlivých

změn postihujících vývodový systém slinných žláz. Dle Kocha patří k nejdůležitějším vyšetřovacím metodám slinných žláz právě UZ a SE (11), které se v diagnostickém potenciálu vzájemně doplňují.

Senzitivita a specifita CT a MRI v diagnostice BOCH je oproti UZ malá (3).

Jak zmiňuje Nahlieli, výhodou diagnostické SE oproti výše uvedeným vyšetřením je možnost přímé vizualizace a tím i přesného určení

lokalizace a příčiny obtíží (8). Tato metoda proto v diagnostice BOCH plně nahrazuje a významem převyšuje všechna výše uvedená vyšetření. K nemalým výhodám SE patří, že lékař při průkazu patologie může ihned terapeuticky zasáhnout. K výhodám užití terapeutické SE oproti standardním operačním postupům patří menší invazivita se zachováním postižené slinné žlázy s její funkcí, zkrácení rekonvalescence a případně možnost ambulantního provedení výkonu.

7. Závěr

SE je moderní miniinvazivní metoda užívána v diagnostice a léčbě převážně zánětlivých onemocnění slinných žláz. Jedná se metodu bezpečnou, pacienty dobře tolerovanou. Vzhledem k možnosti přímé vizualizace vývodového systému slinných žláz vyplnila SE „prázdné okno“ ve vyšetřovacím algoritmu slinných žláz a postupně se stává rutinním vyšetřovacím nástrojem v konceptu žlázy šetřící léčby. Hlavní výhodou metody oproti standardně prováděným

chirurgickým výkonům je zachování postižené slinné žlázy s její funkcí.

Literatura

1. Koch M, Iro H, Zenk J. Role of sialoscopy in treatment of Stensens duct strictures. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 2008; 117: 271–8.
2. Nahlieli O, Shacham R, Shlesinger M, Eliav E. Juvenile Recurrent Parotitis: A New Method of Diagnosis and Treatment. *Pediatrics* 2004; 114: 9–12.
3. Koch M, Zenk J, Bozzato A, Bumm K, Iro H. Sialoscopy in cases of unclear swelling of the major salivary glands. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005; 133: 863–868.
4. Jabbour N, Tibesar R, Lander T, Sidman J. Sialendoscopy in children. *Int Pediatr Otorhinolaryngol*. 2010; v tisku.
5. Stárek I. Choroby slinných žláz. Praha: Grada Publishing, 2000.
6. Koch M, Iro H, Zenk J. Sialendoscopy – based diagnosis and classification of parotid duct stenoses. *Laryngoscope* 2009; 119: 1696–1703.
7. Iro H, Zenk J, Escudier MP, Nahlieli O. Outcome of minimally invasive management of salivary calculi in 4,691 patients. *Laryngoscope* 2009; 119: 263–268.
8. Nahlieli O, Nakar LH, Nazarian Y, Turner MD. Sialoendoscopy: A new approach to salivary gland obstructive pathology. *J Am Dent Assoc* 2006; 137: 1394–1400.

9. Bialek E, Jakubowski W, Zajkowski P. Ultrasonography of salivary glands: Anatomy and Spatial Relationships, Pathologic Conditions and Pitfalls. *RadioGraphics* 2006; 26: 745–463.

10. Marchal F, Dulguerov P. Sialolithiasis management. The state of the Art. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 2003; 129: 951–956.

11. Geisthoff UV, Lehnert BKW, Verse T. Ultrasound-guided mechanical intraductal stone fragmentation and removal for sialolithiasis. *Surg Endosc* 2006; 20: 690–694.

12. Fritsch MH. Sialendoscopy and Lithotripsy. *Otolaryngologic Clinic of North America* 2009; 6: 915–1229.

13. Zenk J, Koch M, Bozzato A, Iro H. Sialoscopy – initial experiences with a new endoscope. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery* 2004; 3: 1–6.

14. Andretta M, Treguaghi A, Prosenikiev V, Staffieri A. Current opinions in sialolithiasis diagnosis and treatment. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2005; 25: 145–149.

15. Koch M, Zenk J, Iro H. Diagnostic and interventional sialoscopy in obstructive diseases of the salivary glands. *HNO*, 2008; 56: 139–144.

MUDr. Pavel Štrympl

ORL klinika FN Ostrava
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava
pavel.strympl@fno.cz



Sialendoskopie – nová metoda v diagnostice a léčbě benigní obstrukční choroby slinných žláz

Komentář ke článku MUDr. Pavla Štrympla

MUDr. Michal Zábrodský

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN v Motole, Praha

Sialendoskopie je v současné době považována odbornou veřejností za již zavedenou diagnostickou a terapeutickou metodu s vysokým potenciálem dalšího rozvoje. Původně byla zaměřena pouze na diagnostickou část ošetření pacientů (z článku je zřejmé, že část pacientů vyšetřená konvenčními metodami má falešně negativní nálezy), nyní získává na dynamice rozvoj tzv. intervenční sialendoskopie, která směřuje k vyřešení patologických stavů tímto mininvazivním přístupem za zachování funkce ošetřené slinné žlázy. Je zajímavé sledovat nerovnoměrný rozvoj této metody v různých částech světa, některá centra v Evropě i ve Spojených státech amerických mají s její aplikací již mnohaleté zkušenosti. Podobně lze charakterizovat i situaci v ČR.

Speciálně v diagnostice a terapii benigní obstrukční choroby vývodového systému slin-

ných žláz má jasné místo. Pacientů s touto patologií je celá řada a lze očekávat, že by většina z nich upřednostnila možnost jednoduchého a málo zatěžujícího zákroku před dlouhodobou a někdy málo účinnou konzervativní terapií nebo před invazivním zákrokem ze zevního přístupu. Je také zřejmé, že se jedná o metodu, která je dosti speciální a jako taková by měla být soustředěna v centrech specializované péče o tyto pacienty. Jako každá nová metoda má i své jasné nevýhody, tou asi nejpodstatnější je zatím cena péče o nemocné. Pořizovací cena endoskopických setů není malá a také spotřební materiál (košíčky, balonky, vrtáčky aj.) je velmi nákladný. To je ale vynahrazeno dosti vysokou účinností metody a velmi zřídka výskytem pooperačních komplikací. Lze proto předpokládat, že v blízké budoucnosti bude velká část pacientů s benigní obstrukční

chorobou vývodového systému slinných žláz vyšetřena touto metodou.

Snaha autorů o poskytnutí informací odborné veřejnosti o sialendoskopii, jako o metodě, která přesně zapadá do současného trendu většiny rozvíjejících se endoskopických metod, tedy minimálně invazivnímu vyšetření a event. ošetření pacienta s cílem zachovat co nejvíce funkcí ošetřovaného orgánu, je velmi důležitá a cenná.

MUDr. Michal Zábrodský

Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK
Fakultní nemocnice Motol
V Úvalu 84, 150 06, Praha 5
mzabrodsky@tiscali.cz

Endoskopie 2011; 20(1): 33