

© Borgis N Ped 2015; 19 (1): 3-7

MAŁGORZATA DĘBSKA, ELŻBIETA NIEMCZYK, *LIDIA ZAWADZKA-GŁOS

Diagnostyka różnicowa guzów na tylnej ścianie gardła u dzieci

Retropharyngeal masses in children – differential diagnosis

Klinika Otolaryngologii Dziecięcej, Warszawski Uniwersytet Medyczny
Kierownik Kliniki: dr hab. n. med. Lidia Zawadzka-Głós

Summary

Introduction. Infections of the upper respiratory tract in children may result in adenitis of retropharyngeal space. Dysphagia and foreign body sensation are common symptoms.

Aim. Clinical analysis of patients with enlarged retropharyngeal lymph node.

Material and methods. Retrospective study of patients with enlarged retropharyngeal lymph node treated from 2004-2014 in Pediatric Otolaryngology Department of Warsaw Medical University. Following data were analyzed: signs and symptoms, blood tests, medical imaging, diagnosis and management of the patients.

Results. Eight patients aged between 4 years 2 months -11 years 6 months were diagnosed with an enlarged retropharyngeal lymph node. Half of them (n = 4) presented following signs and symptoms: dysphagia, sore throat, foreign body sensation, weight loss, headache. All patients (n = 8) suffered from recurrent upper respiratory tract infections. Otolaryngological examination revealed posterior pharyngeal wall mass in all patients. It was located mainly at the level of upper pole of tonsil or behind tonsil. Five patients were diagnosed with adenoidal or tonsillar hypertrophy or both. Ultrasonography revealed enlarged submandibular lymph nodes in all patients (n = 8). Computed tomography showed either prevertebral space widening or well bounded oval-shaped mass lesion with a homogenous attenuation located posteriorly to the posterior pharyngeal wall, with no enhancement and no infiltration of adjacent structures. All patients underwent surgical excision of the mass. The histopathological examination revealed reactive lymph node enlargement in all patients.

Conclusions. Dysphagia in children may result from presence of a retropharyngeal mass. Differential diagnosis includes reactive enlargement of retropharyngeal lymph nodes.

Key words

retropharyngeal space, adenitis, dysphagia, differential diagnosis

WSTĘP

Przestrzeń zagardłowa zawiera tkankę tłuszczową, włóknistą, naczynia oraz węzły chłonne, które zanikają wraz z wie-

kiem. O guzach na tylnej ścianie gardła u dzieci mówi się najczęściej w kontekście ropnia zagardłowego, powstającego na skutek nacieku, a następnie zropienia ww. węzłów chłonnych (1). Guzy w tej okolicy mogą być przyczyną dysfagii

ustno-gardłowej, która objawia się m.in. trudnościami w rozpoczęciu połykania, kaszlem, cofaniem się pokarmu do jamy nosowej, mową nosową, czkawką, osłabionym odruchem kaszlowym (2), a także dusznością, odgięciowym ustawieniem głowy, zmianą barwy głosu (1). W pracy przedstawiono objawy pacjentów związane z obecnością odczynowo powiększonego węzła chłonnego tylnej ściany gardła.

CEL PRACY

Analiza kliniczna pacjentów leczonych w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej z powodu zmiany na tylnej ścianie gardła.

MATERIAŁ I METODY

W latach 2004-2014 hospitalizowano 8 pacjentów z guzową zmianą tylnej ściany gardła, która w badaniu histopatologicznym okazała się odczynowo powiększonym węzłem chłonnym. Przeanalizowano dokumentację medyczną pacjentów; zwrócono uwagę na objawy, rozpoznanie i leczenie oraz różnicowanie.

WYNIKI

W latach 2004-2014 hospitalizowano 8 pacjentów z guzową zmianą tylnej ściany gardła, w tym 4 dziewczynki i 4 chłopców w wieku od 4 lat i 2 miesięcy do 11 lat i 6 miesięcy; średnia wieku 7 lat. Zmiana po stronie lewej wystąpiła u 5 pacjentów, a po stronie prawej u 3. Dzieci pochodziły z dużych (5 pacjentów) i małych miast (3 pacjentów). U 4 pacjentów objawy były niewielkie, zaś u 4 – mocno nasilone: uczucie ciała obcego w gardle, dysfagia, pieczenie w gardle, nawracające infekcje górnych dróg oddechowych, bóle głowy, chudnięcie. Żaden pacjent nie zgłaszał zaburzeń oddychania czy duszności. U wszystkich pacjentów w wywiadzie stwierdzono nawracające infekcje górnych dróg oddechowych (tab. 1).

W badaniu ORL stwierdzono uwypuklenie tylnej ściany gardła na wysokości górnego bieguna migdałka podniebiennego lub za migdałkiem podniebiennym. Błona śluzowa nad zmianą była niezmieniona. U 5 pacjentów stwierdzono też przerost migdałków podniebiennych i wyrosły adenoidalnych.

U wszystkich pacjentów wykonano badania krwi: morfologia, rozmaz, kreatynina, mocznik, LDH, GOT, GTP, CRP, LDH, badania w kierunku EBV i CMV, alfa-fetoproteiny oraz badania obrazowe: RTG klatki piersiowej, USG szyi i jamy brzusznej oraz CT gardła (u 2 pacjentów dodatkowo MRI).

Badania podstawowe były w granicach normy. U 1 pacjenta stwierdzono nieznaczne podwyższenie alfa-fetoproteiny, u 1 – dodatnie IgG anty EBV. Wszyscy pacjenci mieli Ig anty-CMV ujemne. W USG szyi stwierdzono u wszystkich pacjentów powiększone węzły chłonne podżuchwowe od 9 mm do 21 mm. U 3 pacjentów stwierdzono w USG jamy brzusznej powiększone węzły krezki od 7 do 17 mm. Zdjęcie przeglądowe klatki piersiowej było prawidłowe u 6 pacjentów, u 1 stwierdzono przetrwałą grasnicę potwierdzoną w USG śródpiersia.

W CT gardła u 6 i MRI u 2 pacjentów stwierdzono poszerzenie przestrzeni przedkręgowej lub dobrze odgraniczony owalny obszar pomiędzy kręgosłupem a tylną ścianą gardła, bez cech rozpadu, bez wzmocnienia kontrastowego, bez naciekania. (ryc. 1, 2) Wymiary zmian w CT wynosiły od 13 x 9 mm do 15 x 30 mm.

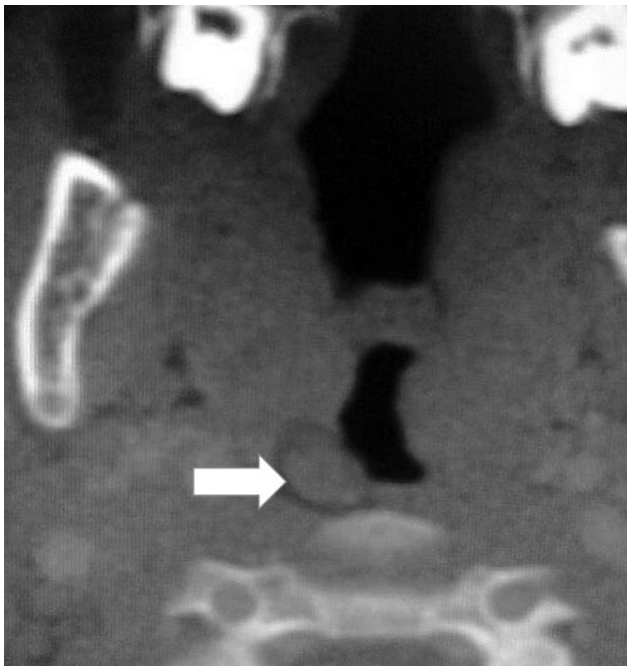
Tabela 1. Objawy prezentowane przez pacjentów.

Objawy podmiotowe	Liczba pacjentów
Nawracające infekcje górnych dróg oddechowych	n = 8
Dysfagia	n = 4
Pieczenie gardła	n = 4
Uczucie ciała obcego	n = 4
Bóle głowy	n = 4
Chudnięcie	n = 4
Zaburzenia oddychania	n = 0
Duszność	n = 0
Objawy przedmiotowe	
Uwypuklenie tylnej ściany gardła	n = 8
Przerost migdałka gardłowego i/lub migdałków podniebiennych	n = 5
Odchylenia w badaniach laboratoryjnych	
Podwyższony poziom α -fetoproteiny	n = 1
Podwyższony poziom IgG anty-EBV	n = 1
Odchylenia w badaniach obrazowych	
USG szyi: powiększone węzły chłonne podżuchwowe	n = 8
TK/MRI głowy: poszerzenie przestrzeni przedkręgowej lub dobrze odgraniczony owalny obszar pomiędzy kręgosłupem a tylną ścianą gardła, bez cech rozpadu, bez wzmocnienia kontrastowego, bez naciekania	n = 8
USG jamy brzusznej: powiększone węzły chłonne krezkowe	n = 3
RTG klatki piersiowej: przetrwałą grasica	n = 1
Rozpoznanie histopatologiczne	
Odczynowo powiększony węzeł chłonny ze zmianami reaktywnymi, bez cech swoistych	n = 8

Pacjentów zakwalifikowano do biopsji guza. W znieczuleniu ogólnym wykonano usunięcie zmiany z tylnej ściany gardła (u wszystkich pacjentów wykonano cięcie podłużne tylnej ściany gardła nad zmianą, wyłuszczone zmianę guzową o morfologii węzła chłonnego, założono szwy rozpuszczalne). U 3 pacjentów wykonano dodatkowo adenotonsillotomię, a 2 zakwalifikowano do adenotomii w terminie późniejszym. Gojenie przebiegało bez powikłań. W badaniu histopatologicznym u wszystkich pacjentów stwierdzono odczynowo zmieniony węzeł chłonny ze zmianami reaktywnymi, bez cech swoistych.

OMÓWIENIE

Przestrzeń zagardłowa (*spatium retropharyngeum*) jest przestrzenią pomiędzy powięzią tylnej ściany gardła a blaszką przedkręgową powięzi szyi pokrywającą kręgosłup szyjny



Ryc. 1. Tomografia komputerowa głowy z kontrastem. Dobrze odgraniczony owalny obszar (strzałka) pomiędzy kręgosłupem a tylną ścianą gardła, bez cech rozpadu, bez wzmocnienia kontrastowego, bez naciekania.



Ryc. 2. Pomiędzy kręgosłupem szyjnym na poziomie zęba obrotnika 2 kręgu szyjnego a tylną ścianą gardła widoczny jest dobrze odgraniczony, owalny obszar bez cech rozpadu o jednorodnym wzmocnieniu kontrastowym i wymiarach 13 x 9 mm, modelujący światło gardła – powiększony węzeł chłonny (strzałka).

i mięśnie przedkręgowce. Wypełnia ją luźna tkanka łączna, tkanka tłuszczowa, naczynia i węzły chłonne. Te ostatnie, nazywane węzłami Henlego lub węzłami Gillette'a, występu-

ją głównie u dzieci i zbierają chłonkę z jamy nosowej, zatok przynosowych, nosogardła, gardła i ucha środkowego (1, 3, 4). Węzły chłonne tylnej ściany gardła zanikają wraz z wiekiem. Ich średnica przekraczająca 1 cm u osoby dorosłej i 1,5 cm u osoby poniżej 18. roku życia uznawana jest za patologiczną (4). Podczas ostrych chorób infekcyjnych górnych dróg oddechowych stan zapalny może przechodzić na regionalne węzły chłonne, które ulegając zapaleniu ropnemu, tworzą nacieki, a następnie ropień zagardłowy. Jest to niebezpieczne powikłanie, grożące szerzeniem się stanu zapalnego do śródpiersia. U pacjentów dorosłych ropień tylnogardłowy występuje znacznie rzadziej niż u dzieci. Najczęściej jest on następstwem zranienia błony śluzowej tylnej ściany gardła ością ryby, kością lub na skutek działań medycznych (laryngoskopia, intubacja dotchawicza). Zdarza się, że zmiana na tylnej ścianie gardła jest ropniem zimnym (gruźliczym) (5). Guzy w tej okolicy mogą powodować dysfagię, duszność, odgięciowe ustawienie głowy, zmianę barwy głosu (1, 2). W różnicowaniu zmian guzowatych tylnej ściany gardła należy uwzględnić wady rozwojowe, zmiany rozrostowe oraz zmiany zapalne (w tym ropnie).

Wśród wad rozwojowych w obrębie nosowej i środkowej części gardła wymienia się potworniaki, struniaki, guzy wywodzące się z kieszonki Rathkego, przepukliny oponowe i oponowo-mózgowe, torbiele nosogardła, tarczycę językową. Potworniaki (*teratoma*) i zaburzenia rozwojowe (*hamartoma*), zlokalizowane są zazwyczaj na tylnej ścianie nosogardła, powierzchni gardłowej podniebienia, łukach podniebiennych. Potworniaki często są pokryte włosami i zbudowane z wielu dojrzałych tkanek. Histopatologicznie są z reguły guzami łagodnymi. Rozpoznawane są zwykle w okresie niemowlęcym. Cechą charakterystyczną tych guzów jest podwyższenie poziomu alfa-fetoproteiny (6-8). Struniaki (*chordoma*) są pozostałościami struny grzbietowej z okresu embrionalnego. Zlokalizowane są w stropie nosogardła, w okolicy przysadki i zęba kręgu obrotowego. Struniaki mogą być histopatologicznie miejscowo złośliwe lub złośliwe. (9, 10). Guz wywodzący się z kieszonki Rathkego (*cranyopharyngeoma*) zlokalizowany w stropie nosogardła, siodle tureckim lub powyżej siodła, będący pozostałością po kanale czaszkowo-gardłowym jest histopatologicznie łagodny. Kieszonka Rathkego jest wypustką pierwotnej jamy ustnej i tworzy zawiązek przedniego płata przysadki mózgu. U dzieci w nosogardle stwierdza się pozostałość tkanki gruczołowej po przysadce mózgu – tzw. przysadka gardłowa (*hypophispharyngea*) (11-13). Przepukliny mózgu i oponowo-mózgowe (*encephalocoele*, *encephalomeningocoele*) podstawy czaszki do nosogardła i jamy nosa wchodzi przez ubytki w kości klinowej, sitowiu, poprzez kanał czaszkowo-gardłowy. Często towarzyszy im rozszczep podniebienia. W nosogardle przepukliny oponowo-mózgowe występują jednak niezmiernie rzadko (13, 14). Są widoczne jako guzy szare, gładkie, elastyczne. Zawierają tkankę mózgową otoczoną oponami. Leczenie w I etapie należy do neurochirurga, w II etapie do laryngologa (14, 15). Torbiele nosogardła stropowe i boczne mogą pochodzić z tkanki adenoidalnej, bursa pharyngea, kieszonek skrzelowych i kieszonki Rathkego lub są torbielami retencyjnymi. Leczenie polega na usunięciu maksymalnej części ścian torbieli (13). Tarczycza językowa jest pozostałością przewodu tarczowo-językowego

z życia płodowego. Może być widoczna w gardle jako szary lub różowy twór, wychodzący z języka, z okolicy *foramen caecum* (16). W literaturze opisywane są pojedyncze przypadki występowania ektopicznej tkanki tarczycy i przytarczyc w przestrzeni zagardłowej (17).

Guzy łagodne są zwykle pokryte prawidłową błoną śluzową i widoczne są jako uwypuklenie tylnej ściany gardła. Należą do nich: brodawczaki, nerwiakowłókniaki, włókniaki, tłuszczaki, naczyniaki. Brodawczaki (*papilloma*) są brodawkowatymi, egzofitycznymi zmianami wyrastającymi z błony śluzowej migdałków podniebiennych, podniebienia miękkiego, podniebienia twardego, języczka i języka w wyniku zakażenia wirusem brodawczaka ludzkiego. Po wycięciu mają tendencję do nawrotów. Mogą ulegać zezłośliwieniu (18). Włókniaki (*fibroma*) są małymi (zwykle do 1 cm), łagodnymi, uszypułowanymi guzami złożonymi z tkanki włóknistej. Wyrastają z błony śluzowej i wpuklają się do światła gardła (19). Nerwiakowłókniaki (*neurofibroma*) są łagodnym rozrostem komórek Schwanna, fibroblastów i komórek podobnych do komórek nerwia, które w warunkach prawidłowych otaczają obwodowe włókna nerwowe. często współistnieją z neurofibromatozą typu I (chorobą von Recklinahausena). Nerwiaki (*schwannoma*) są nowotworami wywodzącymi się z komórek Schwanna. W obrębie głowy i szyi nerwiaki i nerwiakowłókniaki występują w 20-45%, głównie w miejscach bogatych w sploty nerwowe (20, 21). Tłuszczaki (*lipoma*) to guzy wywodzące się z komórek tłuszczowych. Charakteryzują się powolnym wzrostem i częstszym występowaniem u osób dorosłych (22). Naczyniaki krwionośne (*haemangioma*) są to wrodzone malformacje naczyniowe występujące głównie w wieku niemowlęcym. Charakteryzują się tendencją do samoistnej involucji. W obrębie nosogardła i gardła środkowego występują niezmiernie rzadko (23, 24).

U dzieci nosogardło i gardło środkowe może być ogniskiem pierwotnym nowotworów złośliwych, takich jak: chłoniaki, mięsaki, nerwiaki zarodkowe, raki. Chłoniaki niezziarnicze i ziarnicze mogą się manifestować jako guz w gardle środkowym i nosogardle. Choroba Hodgkina (ziarnica złośliwa, *Hodgkin's lymphoma*, HL) stanowi 8-10 % nowotworów dziecięcych. Występuje u dzieci starszych i nastolatków. Niemal we wszystkich przypadkach pierwotnie rozwija się w węzłach chłonnych. Podstawę rozpoznania choroby Hodgkina stanowi obecność komórek Reed-Sternberga w badaniu histopatologicznym (25, 26). Chłoniaki niezziarnicze (*non Hodgkin's lymphoma*, NHL) są heterogenną grupą nowotworów o bardzo szybkim przebiegu, a szczyt zachorowań przypada pomiędzy 5. a 15. rokiem życia. Proliferacji ulegają komórki limfoidalne zlokalizowane poza szpikiem. Szybko powiększającemu się guzowi może towarzyszyć efekt masy powodujący upośledzenie drożności dróg oddechowych oraz rozległa martwica prowadząca do zespołu lizy guza. W 5% pacjentów z NHL jest zajęty szpik kostny. Przy masywnym zajęciu szpiku NHL mogą przejść w białaczkę. Podejrzenie HL i NHL nosogardła i gardła środkowego wymaga pilnego skierowania do kompleksowego leczenia onkologicznego i laryngologicznego. Podstawą leczenia obu nowotworów jest chemioterapia, a w przypadku HL również radioterapia (25). Mięsak prążkowanokomórkowy (*rhabdomyosarcoma*, RMS) jest guzem złośliwym spotykanym najczęściej w nosogardle, jamie nosowej i zatokach przynosowych, oczodole, uchu środkowym. 75% pacjentów

jest w wieku poniżej 12. roku życia. Częściej współwystępuje z nerwiakowłókniakowatością oraz zespołem Li-Fraumeni. Wyróżnia się 4 typy histologiczne RMS: groniasty, pęcherzykowy, różnokształtnokomórkowy oraz embrionalny, który występuje najczęściej. Leczenie odbywa się w sposób skojarzony z zastosowaniem zabiegu operacyjnego, radioterapii i chemioterapii. Wybór leczenia zależy od umiejscowienia guza, stopnia jego zaawansowania oraz typu histologicznego (25). Nerwiak zarodkowy współczulny (*neuroblastoma*) wywodzi się z pierwotnych komórek grzebieni nerwowych, które różnicują się w warunkach prawidłowych do zwojów współczulnych okołordzeniowych oraz rdzenia nadnerczy. Jest najczęstszym guzem złośliwym okresu noworodkowego. W obrębie szyi występuje w 1% przypadków. Leczenie polega na chirurgicznym wycięciu oraz chemioterapii. Rokowanie jest niekorzystne (25, 27). Raki nosogardła stanowią mniej niż 1% nowotworów dziecięcych. U dzieci najczęściej występuje typ *lymphoepithelioma*. Są to nowotwory złośliwe, dające przerzuty do węzłów chłonnych, płuc, szpiku, kości i narządów mięszowych. Rozpoznawane są zwykle w zaawansowanym stadium w momencie pojawienia się powiększonych węzłów chłonnych szyjnych oraz przerzutów. Leczenie polega na chemioterapii połączonej z radioterapią (25, 28). Guzy złośliwe charakteryzują się szybkim wzrostem i wymagają pilnej diagnostyki zawsze zakończonej pobraniem zmiany do badania histopatologicznego (28).

Choroba Kawasaki (skórno-śluzówkowy zespół węzłów chłonnych) jest chorobą ogólnoustrojową o nieznanym etiologii powodującą zapalenie naczyń małego i średniego kalibru. W literaturze opisywane są przypadki uwypuklenia tylnej ściany gardła przez zajęte węzły chłonne przestrzeni zagardłowej. Ze względu na towarzyszącą wysoką gorączkę i limfadenopatię szyjną stan ten może być mylony z ropniem tylnogardłowym (29).

W literaturze guzy tylnej ściany gardła u dzieci najczęściej opisywane są w aspekcie ropni zagardłowych wychodzących z przestrzeni zagardłowej, jednak występują one z reguły w wieku do 5 lat (1, 3-5). U pacjentów z podejrzeniem zmian guzowatych w obrębie gardła wypracowano w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego następujący schemat postępowania: wykonuje się badania biochemiczne krwi, badania obrazowe (USG szyi, jamy brzusznej, RTG klatki piersiowej, CT lub MRI zmiany), a następnie biopsję lub wycięcie zmiany z badaniem histopatologicznym. U przedstawianych pacjentów węzły zagardłowe w wyniku nawracających infekcji górnych dróg oddechowych uległy powiększeniu. 50% badanych prezentowało objawy dysfagii, uczucia pieczenia i zawadzenia lub ciała obcego w gardle, bólów głowy i chudnięcia. W żadnym przypadku nie stwierdzono choroby nowotworowej. Pacjenci nie wymagali dalszego leczenia.

WNIOSKI

Uwypuklenie tylnej ściany gardła u dzieci najczęściej wynika z obecności ropnia zagardłowego. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę również odczynowo powiększone węzły chłonne przestrzeni zagardłowej, chorobę Kawasaki, wady rozwojowe oraz nowotwory łagodne i złośliwe. Guzy na tylnej ścianie gardła u dzieci mogą być przyczyną zaburzeń połykania i oddychania.

Adres do korespondencji

*Lidia Zawadzka-Głós
 Klinika Otolaryngologii Dziecięcej WUM
 ul. Marszałkowska 24, 00-576 Warszawa
 tel./fax: +48 (22) 628-05-84
 e-mail: laryngologia@litewska.edu.pl

Piśmiennictwo

Danielewicz J: Zapalenia. [W:] Kossowska E (red.): Otolaryngologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1986: 158-166. **2.** Malagelada JR, Bazzoli F, Elewaut A et al.: World Gastroenterology Organisation Practise Guidelines: dysphagia 2007: 1-3. **3.** Georget E, Gauthier A, Brugel L et al.: Acute cervical lymphadenitis and infections of the retropharyngeal and parapharyngeal spaces in children. BMC Ear Nose Throat Disord 2014; 5: 14-8. **4.** Shefelbine SE, Mancuso AA, Gajewski BJ et al.: Pediatric retropharyngeal lymphadenitis: differentiation from retropharyngeal abscess and treatment implications. Otolaryngol Head Neck Surg 2007; 136: 182-8. **5.** Harkani A, Hassani R, Ziad T et al.: Retropharyngeal Abscess in Adults: Five Case Reports and Review of the Literature. Scientific World Journal 2011; 11: 1623-1629. **6.** Mirshemirani A, Khaleghnejad A, Mohajerzadeh L et al.: Congenital Nasopharyngeal Teratoma in a Neonate. Iran J Pediatr 2011; 21: 249-252. **7.** Zarbo RJ, McClatchey KD: Nasopharyngeal hamartoma: report of a case and review of the literature. Laryngoscope 1983; 93: 494-497. **8.** Duarte VM, Liu YF, Shapiro NL: Uncommon Presentation of a Benign Nasopharyngeal Mass in an Adolescent: Comprehensive Review of Pediatric Nasopharyngeal Masses. Case Rep Pediatr 2013; 2013: 816409. **9.** Kataria SP, Batra A, Singh G et al.: Chordoma of skull base presenting as nasopharyngeal mass. J Neurosci Rural Pract 2013; 4: S95-S97. **10.** Jain BB, Datta S, Roy SG, Banerjee U: Skull base chordoma presenting as nasopharyngeal mass with lymph node metastasis. J Cytol 2013; 30: 145-147. **11.** Park SW, Jung HW, Lee YA et al.: Tumor origin and growth pattern at diagnosis and surgical hypothalamic damage predict obesity in pediatric craniopharyngioma. J Neurooncol 2013; 113: 417-424. **12.** Pugnale N, Waridel F, Bouzourène H et al.: Pharyngeal pituitary non-functioning adenoma with normal intra-sellar gland: massive tumor shrinkage on octreotide therapy. Eur J Endocrinol 2003; 148: 357-364. **13.** Góralówna M: Wady rozwojowe. [W:] Kossowska E (red.): Otolaryngologia wieku rozwojowego. PZWL, Warszawa 1986: 157-158. **14.** Kumar D, Maheshwari A, Rath B et al.: Transalar transphenoidal meningoencephalocele: A rare cause of respiratory distress in a neonate. J Pediatr Neurosci 2011; 6: 118-120. **15.** Jabre A, Tabaddor R, Samaraweera R: Transsphenoidal meningoencephalocele in adults. Surg Neurol 2000; 54: 183-187. **16.** Toso A, Colombani F, Averono G et al.: Lingual thyroid causing dysphagia and dyspnoea. Case report and review of the literature. Acta Otorhinolaryngol Ital 2009; 29: 213-217. **17.** Schramm JC, Perry DA, Sewell RK: Retropharyngeal thymus and parathyroid gland: a case report. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014; 78: 163-165. **18.** Devi RS, Rajsekhar B, Srinivas GV, Moon NJ: Unusual Length of Pedicle: Pedunculated Squamous Papilloma of Uvula Causing Unusual Dysphagia of Long Duration in a Child of 10 Years. Case Rep Dent 2014; 2014: 313-506. **19.** Nishimura G, Horiuchi C, Yoshida T et al.: Fibromatous polyp of the hypopharynx. Auris Nasus Larynx 2006; 33: 333-336. **20.** Joseph JA, Jaber MC, Sandison A, Grant WE: Benign schwannoma of the tonsil. BMJ Case Reports 2010; 2010: bcr 0220102707. **21.** Niemczyk E, Bruzgielewicz A, Zawadzka R, Osuch-Wójcikiewicz E: Nerwiakowłókniak krtani jako przyczyna duszności – opis przypadku i przegląd literatury. Pol Przegl Otorhinolaryngol 2013; 2: 99-103. **22.** Hockstein NG, Anderson TA, Moonis G et al.: Retropharyngeal lipoma causing obstructive sleep apnea: case report including five-year follow-up. Laryngoscope 2002; 112: 1603-1605. **23.** Ußmüller J, Hartwein J: Intramuskuläres Hämangiom der Rachenhinterwand. Diagnose und Differential diagnose. Laryngo Rhino Otol 1992; 71: 568-571. **24.** Strauss M, Widome MD, Roland PS: Nasopharyngeal hemangioma causing airway obstruction in infancy. Laryngoscope 1981; 91: 1365-1368. **25.** Perrek D: Nowotwory w obrębie głowy i szyi. [W:] Gryczyńska D (red.): Otolaryngologia dziecięca. α-medicapress 2007: 492-511. **26.** Hermann C, Koitschev C, Kaiserling E, Preyer S: Tumor der Rachenhinterwand HNO 2002; 50: 488-489. **27.** White JB, Meany HJ, Ahmed AA, Preciado D: Neuroblastoma: An unusual diagnosis for a pediatric retropharyngeal mass. Int J Pediatr Otorhinolaryngol Extra 2011; 6: 62-64. **28.** Cheuk DKL, Billups CA, Martin MG et al.: Prognostic Factors and Long-Term Outcomes of Childhood Nasopharyngeal Carcinoma. Cancer 2011; 117: 197-206. **29.** Puhakka L, Saat R, Klockars T et al.: Retropharyngeal involvement in Kawasaki disease. A report of four patients with retropharyngeal edema verified by magnetic resonance imaging. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2014; 78: 1774-1778.

nadesłano: 10.02.2015

zaakceptowano do druku: 02.03.2015