

IWONA ŁAPIŃSKA, MAŁGORZATA DĘBSKA-RUTKOWSKA, MAGDALENA FRĄCKIEWICZ,  
JOLANTA JADCZYSZYN, \*LIDIA ZAWADZKA-GŁOS

# Torbiel języka u niemowlęcia jako przyczyna bezdechów

Cyst of the tongue at an infant as a cause of apnea

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

## Summary

Children, especially newborns and infants breathe differently than adults. Typical for young children is rapid and shallow breathing. For small children natural are also short, a few seconds apnea does not cause a reduction in saturation. Apnea is called a state of multiple episodes of respiratory arrest or restrict the flow of air through the respiratory system ( $\geq 15$  seconds), which results in a decrease in arterial oxygen saturation, namely to reduce saturation.

The aim of the study is to analyze the case of a child with sleep apnea hospitalized at the Clinic of Pediatric Otolaryngology SPDSK in Warsaw.

The study included an infant hospitalized twice in the Clinic of Pediatric Otolaryngology SPDSK in Warsaw.

Problems with feeding the child occurred from the beginning. Feeding time a child stood between 1-1.5 hours during a single feeding. After the surgery to remove the cyst of the tongue feeding time a child has considerably diminished and was about 8-10 minutes. Along with the problem of food intake, there was a problem of the proper development of the child, namely gain weight. Following surgery, the child began to breathe normally, i.e. there was no heavy breathing/wheezing child or snoring. At follow-up, where the child was not observed abnormalities in the child's development. The child is developing properly.

Quick diagnosis and do not underestimate even the smallest signs of OSA enables early treatment. Even earlier recognize OSA and begin to properly treat our patient the greater the chances for normal development of the child and the ability to prevent the development of complications of obstructive sleep apnea.

## Keywords

cyst of the tongue, snoring, obstructive sleep apnea

## WSTĘP

Dzieci, zwłaszcza noworodki i niemowlęta, oddychają inaczej niż dorośli. Typowy dla małych dzieci jest szybki i płytki oddech. Niemowlęta wykonują około 40 oddechów/minutę, podczas gdy człowiek dorosły wykonuje średnio 12 oddechów/minutę. Dla małych dzieci naturalne są także krótkie, kilkusekundowe bezdechy podczas snu niepowodujące obniżenia saturacji. Bezdechem nazywamy stan wielokrotnych epizodów zatrzymania oddechu lub ograniczenia przepływu powietrza przez drogi oddechowe ( $\geq 15$  sekund), czego konsekwencją jest obniżenie wysycenia krwi tętniczej tlenem, czyli obniżenie saturacji. Klincznym wykładnikiem bezdechu jest wskaźnik AHI (Apnea/Hypopnea Index). Opisuje on liczbę bezdechów występujących w trakcie jednej godziny. Bezdechy możemy podzielić na:

1. obwodowe (zmniejszenie przepływu powietrza przez zwężone drogi oddechowe), ich przyczynami są:
  - infekcje górnych i dolnych dróg oddechowych,
  - przerost migdałka gardłowego i/lub migdałków podniebiennych,
  - skrzywienie przegrody nosa, polipy nosa, przerost małżowin nosowych,
  - guzy nosa, zatok, gardła,
  - wady rozwojowe i anomalie w budowie twarzoczaszki (wady nosa, języka, przepukliny oponowo-mózgowe),
  - otyłość,
  - u niemowląt choroby krtani (wiotkość krtani, niedowład/porażenia strun głosowych, ringi naczyńniowe),
2. centralne (spowodowane brakiem bodźcowania mięśni oddechowych; dość częste u wcześniaków ze względu na

niedojrzałość układów nerwowego i oddechowego), wśród ich przyczyn należy wymienić:

- wcześniactwo,
- poważne urazy głowy (pień mózgu),
- zatrucia,
- mieszane.

Celem pracy jest przedstawienie, na podstawie analizy dokumentacji medycznej, bezdechów spowodowanych rzadką przyczyną – torbielą języka, u niemowlęcia dwukrotnie hospitalizowanego w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej SPDSK w Warszawie.

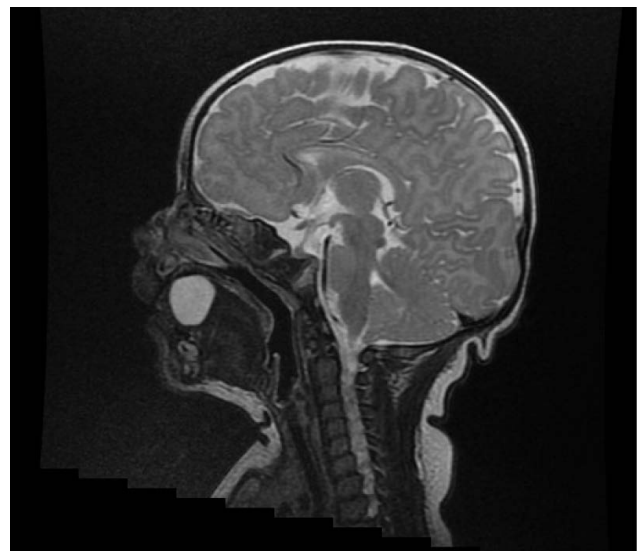
## OPIS PRZYPADKU

Do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej WUM trafiło dwumiesięczne niemowlę płci męskiej ze skierowaniem: wrodzona zmiana języka do diagnostyki, podejrzenie procesu rozrostowego. Głównymi objawami, które niepokoiły rodziców, były: powiększająca się zmiana guzowata języka, problemy z karmieniem dziecka, chrapanie, wysuwanie języka poza jamę ustną, słabe ssanie, zakłócony, przerywany sen nocny z powtarzającymi się epizodami płaczu, głośny oddech, pocenie nocne oraz gorszy wzrost

i nieprzybywanie na wadze. W badaniu laryngologicznym język był powiększony, w trzonie od strony grzbietowej była wyczuwalna torbielowata, miękka, niebolesna zmiana (ryc. 1). Poza tym jama ustna, gardło, nos, uszy bez odchyłań w podstawowym badaniu laryngologicznym. U niemowlęcia wykonano: USG, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny oraz punkcję zmiany. W badaniu USG stwierdzono torbiel wolnej części języka o wymiarach 21 x 23 x 17 mm. Widoczne fragmentarycznie na obwodzie zarysy cienkiej torebki. Torbiel wypełniona gęstym płynem. Innych nieprawidłowych odbić w badanej okolicy brak (ryc. 2). W rezonansie magnetycznym uwidoczniono w przedniej części języka przestrzeń płynową, cienkościenne, bez przegród, z drobnymi uwypukleniami w ścianie po stronie prawej, poza tym zmiana gładkościenna. Wielkość 24 x 17 x 18 mm. Po podaniu kontrastu bez patologicznego wzmocnienia. Mięśnie przedniej części języka rozsunięte przez opisywaną zmianę, wydają się zredukowane. Węzły chłonne tej okolicy są niepowiększone (ryc. 3, 4). Podczas punkcji torbieni uzyskano 3 ml płynu. Pobrany materiał przesłano do badania mikrobiologicznego i histopatologicznego. W badaniu histopatologicznym stwierdzono płyn



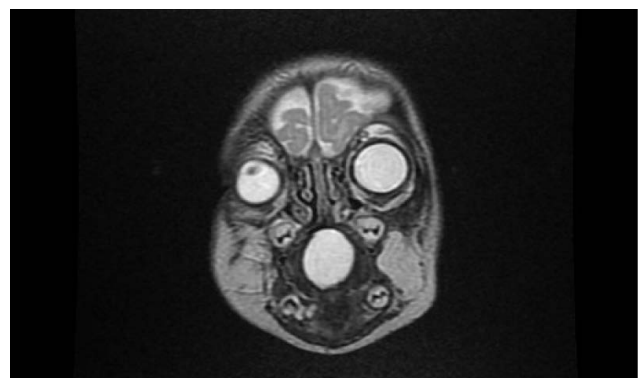
Ryc. 1. Torbiel języka



Ryc. 3. Torbiel języka w MRI, rzut strzałkowy



Ryc. 2. Torbiel języka w USG



Ryc. 4. Torbiel języka w MRI, rzut czołowy

białkowy z komórkami limfoidalnymi, granulocytami oraz komórkami nabłonkowymi. W badaniu mikrobiologicznym w posiewie stwierdzono *Serratia marcescens*, wrażliwy na Bactrim, który włączono do leczenia. Niemowlę wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami zgłoszenia się do leczenia operacyjnego.

Dziecko zostało ponownie przyjęte do Kliniki Otolaryngologii Dziecięcej celem leczenia operacyjnego w wieku 4 miesięcy. W znieczuleniu ogólnym usunięto cienkościenną torbiel języka wypełnioną śluzowo-ropną wydzieliną. Śródoperacyjnie stwierdzono ścieńczałe, a po stronie prawej w zaniku mięśnie języka. Usuniętą torbiel przesłano do badania histopatologicznego. Pobrano też wymaz z rany pooperacyjnej do badania mikrobiologicznego. Dziecko po zabiegu przebywało w oddziale OIOM celem monitorowania oddechu.

W badaniu histopatologicznym stwierdzono torbiel o wymiarach 2 x 2 x 1 cm. W obrazie mikroskopowym ściana torbieli wysłana w większości nabłonkiem płaskim, odcinkowo nabłonkiem urzęsionym i ogniskowo nabłonkiem gruczołowym o budowie wpustu żołądka. W tych ostatnich z nadżerkami i naciekiem zapalnym. W badaniu mikrobiologicznym z wymazu z rany pooperacyjnej uzyskano *Candida albicans* oraz fizjologiczną florę jamy ustnej. Dziecko wypisano do domu w stanie ogólnym i miejscowym dobrym z zaleceniami. Dziecko zgłasza się do okresowych kontroli w trybie ambulatoryjnym. Ssie prawidłowo, przybiera na wadze, nie ma zaburzeń oddechowych, rozwija się dobrze.

## WYNIKI

Zaburzenia karmienia występowały u dziecka od urodzenia. Dziecko nie potrafiło ssać, bardzo szybko odrzuciło pierś matki. Próbowano karmić dziecko różnymi kształtami smoczka. Niemowlę najlepiej tolerowało smoczek płaski. Czas jednego karmienia dziecka dochodził nawet do 1-1,5 godziny. Natomiast po wykonanej punkcji oraz opróżnieniu torbieli czas jednego karmienia skrócił się do około 30 minut. Po zabiegu usunięcia torbieli języka czas karmienia wynosił około 8-10 minut.

Zaburzenia karmienia dziecka zahamowały przybieranie na masie oraz spowolniły rozwój dziecka. Dziecko znajdowało się pomiędzy 3. a 10. centylem wagowym. Po usunięciu torbieli języka dziecko rozwija się prawidłowo. Aktualnie pacjent znajduje się w 50. centylu wagowym.

Po zabiegu usunięcia torbieli języka ustąpiły zaburzenia snu i oddechu u dziecka. Zaczęło ono spać spokojnie, nie wybudza się. Oddycha prawidłowo, nie obserwuje się już bezdechów, sapania czy chrapania. W kontrolnym badaniu laryngologicznym pół roku po zabiegu język jest ruchomy prawidłowo. Powoli rozwija się w nim tkanka mięśniowa, która, poprzez ucisk torbieli, była w zaniku. Dziecko rozwija się prawidłowo.

## DYSKUSJA

Najbardziej charakterystycznym objawem występującym podczas zaburzeń oddychania jest chrapanie – występuje ono powszechnie u dzieci z całego globu. Natomiast nie każde dziecko, które chrapie, ma obturacyjny bezdech senny (ang. *obstructive sleep apnea* – OSA). Ponadto, jak w swoich badaniach dowiedli Grygalewicz i wsp. (1), częściej chrapiają dzieci chrapających rodziców, co miało też potwierdzenie u naszego

pacjenta. Ojciec dziecka chrapie podczas snu oraz ma rozpoznany OSAS. Nie należy zatem bagatelizować zgłaszanych przez rodziców objawów zaburzeń snu u dzieci. Chrapanie bowiem jest jedną z głównych manifestacji klinicznych objawów obturacyjnego bezdechu sennego występujących u 1,5-34,5% (średnio 7,45%) dzieci (2). Im wcześniej prawidłowo zdiagnozuje się OSA, tym szybciej można zastosować optymalne leczenie. Brak prawidłowego leczenia OSA lub brak zdiagnozowanego OSA może prowadzić do poważnych powikłań ze strony układu sercowo-naczyniowego, zaburzeń metabolicznych oraz zaburzeń neurobehawioralnych. Do powikłań w układzie sercowo-naczyniowym należą: nadciśnienie tętnicze, nadciśnienie płucne, a także zaburzenia funkcji lewej komory serca (3). Na OSA nieco częściej chorują chłopcy, choć istnieją też prace, w których nie wykazano związku występowania OSA z płcią (4). Pacjent hospitalizowany w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej SPDSK również był płci męskiej.

Wzrost przypadków otyłości wśród dzieci stanowi istotny czynnik pojawienia się OSA. Obturacyjny bezdech senny występuje sześciokrotnie częściej u dzieci otyłych niż wśród dzieci szczupłych (5, 6). Szczyt występowania OSA wśród dzieci przypada na 2.-7. r.ż., co odpowiada okresowi fizjologicznego przerostu tkanki limfatycznej pierścienia Waldeyera, czyli migdałka gardłowego i/lub migdałków podniebiennych (7). Podwyższone ryzyko występowania OSA stwierdzono także u dzieci, które są narażone na wdychanie dymu tytoniowego, a także u dzieci ze zwężeniem górnych dróg oddechowych, np. skrzywieniem przegrody nosa, polipami nosa, zaburzeniami w budowie twarzoczaszki (8). Utrzymujący się wysiłek oddechowy wywołany zaburzeniami przepływu powietrza przez drogi oddechowe dziecka nasila istniejącą już obturację oraz wywołuje zaburzenia prawidłowego snu dziecka. Objawia się to niepełnymi wybudzeniami i niepełnymi przebudzeniami, co prowadzi do desaturacji, hipowentylacji oraz nadmiernej stymulacji układu współczulnego (9, 10). Konsekwencjami tych zmian są: zmiana zachowania dziecka, zaburzenia funkcji poznawczych, zaburzenia nastroju, nadpobudliwość psychoruchowa, a także powikłania ze strony układu sercowo-naczyniowego i wewnątrzwydzielniczego (11, 12). OSA u niemowląt jest rzadkością. Guilleminault i wsp. (9) dolegliwości zgłaszane przez rodziców dzieci, które chorują na obturacyjny bezdech senny, podzielili według wieku dzieci. Podział ten wyróżnia następujące grupy wiekowe: niemowlęta do 12. miesiąca życia, dzieci w wieku od 1.-3. roku życia, dzieci w wieku przedszkolnym oraz dzieci w wieku szkolnym. Grupa niemowląt (do 12. miesiąca życia) cechuje się następującymi objawami występującymi u dzieci z OSA:

- zakłócony, przerywany sen nocny z powtarzającymi się epizodami płaczu,
- głośny oddech i chrapania,
- pocenie nocne,
- słabe ssanie,
- odchylenia od prawidłowego modelu wzrostu lub zaburzenia rozwoju,
- zaburzenia rytmu dobowego dzień/noc,
- epizody nagłego bezdechu,

- zgłoszenia do stanów zagrażających życiu/dodatni wywiad dotyczący stanów zagrożenia życia,
- nawracające bóle ucha lub infekcje górnych dróg oddechowych.

Niemowlę hospitalizowane w Klinice Otolaryngologii Dziecięcej SPDSK w Warszawie prezentowało objawy zawarte w pięciu pierwszych punktach w grupie zgodnej z wiekiem dziecka.

Leczeniem z wyboru u hospitalizowanego niemowlęcia było chirurgiczne usunięcie torbieli języka.

Wśród dzieci powyżej 2. roku życia oraz dzieci otyłych ze zdiagnozowanym OSA najczęściej przeprowadzana jest adenotonsillektomia jako leczenie pierwszego rzutu (11, 13). Stosowane

leczenie – zachowawcze lub chirurgiczne – zawsze poprzedzone jest diagnostyką przyczyn OSA. Należy dostosować metody leczenia do przyczyn zaburzeń oddechowych u dziecka.

## WNIOSKI

Dziecko chrapiące, z zaburzeniami oddychania i karmienia, z opóźnionym rozwojem wymaga wnikliwej obserwacji oraz diagnostyki. Niebagatelizowanie nawet najmniejszych objawów OSA oraz szybka diagnostyka umożliwiają wczesne rozpoczęcie leczenia. Wczesne rozpoznanie OSA i wdrożenie prawidłowego leczenia dają większe szanse na prawidłowy rozwój dziecka i zapobiegają powstawaniu powikłań obturacyjnego bezdechu sennego.

## Konflikt interesów Conflict of interest

Brak konfliktu interesów  
None

## Adres do korespondencji

\*Lidia Zawadzka-Głós  
Klinika Otolaryngologii Dziecięcej WUM  
ul. Żwirki i Wigury 63A, 02-091 Warszawa  
tel. +48 (22) 317-97-21  
e-mail: laryngologia@litewska.edu.pl

nadesłano: 20.10.2016  
zaakceptowano do druku: 28.11.2016

## Piśmiennictwo

1. Grygalewicz J, Jackowska T, Mazurkiewicz H et al.: Zaburzenia oddychania u dzieci chrapiących w czasie snu, w świetle badań polisomnograficznych. *Post Nauk Med* 2011; 12: 1032-1037. 2. Lumeng JC, Chervin RD: Epidemiology of pediatric obstructive sleep apnea. *Proc Am Thorac Soc* 2008; 5: 242-252. 3. Grygalewicz J, Jackowska T: Najważniejsze przyczyny i patomechanizm obturacyjnego bezdechu sennego u dzieci. Wpływ zaburzeń oddychania w czasie snu na układ sercowo-naczyniowy. [W:] Litwin M, Januszewicz A, Prejbisz A (red.): *Nadciśnienie tętnicze u młodzieży i młodych dorosłych. Zapobieganie, diagnostyka, leczenie*. Wyd. I. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2011: 409-420. 4. Sogut A, Altin R, Uzun L et al.: Prevalence of obstructive sleep apnea syndrome and associated symptoms in 3-11-year-old Turkish children. *Pediatr Pulmonol* 2005; 39: 251-256. 5. Wasilewska J, Kaczmarski M: Obstructive sleep apnea-hypopnea syndrome in children. *Wiad Lek* 2010; 63: 201-212. 6. August GP, Caprio S, Fennoy I et al.: Prevention and treatment of pediatric obesity: an endocrine society clinical practice guideline based on expert opinion. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; 93: 4576-4599. 7. Tomaszewska M, Kowalska-Kouassi D, Jackowska T et al.: Chrapiące dziecko – aktualne wytyczne dotyczące zasad rozpoznawania i leczenia obturacyjnego bezdechu sennego u dzieci. *Post Nauk Med* 2014; XXVII(10B): 37-43. 8. Ng DK, Chow PY, Chan CH et al.: An update on childhood snoring. *Acta Paediatr* 2006; 95: 1029-1035. 9. Guilleminault C, Lee JH, Chan A: Pediatric obstructive sleep apnea syndrome. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 775-785. 10. Nisbet LC, Yiallourou SR, Nixon GM et al.: Nocturnal autonomic function in preschool children with sleep-disordered breathing. *Sleep Med* 2013; 14: 1310-1316. 11. Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA et al.: Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics* 2012; 130: e714-755. 12. Kukwa W, Migacz E: Selected cardiologic aspects of sleep apnea in children – new findings. *Exp Clin Cariol* 2014; 20: 2598-2605. 13. Friedman M, Wilson M, Lin HC, Chang HW: Updated systematic review of tonsillectomy and adenoidectomy for treatment of pediatric obstructive sleep apnea/hypopnea syndrome. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2009; 140: 800-808.