

Zbrázděný jazyk – *lingua scrotalis*

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.^{1,2}, MUDr. Alena Havlíčková³

¹Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

²Ambulance dětské nefrologie, Nemocnice Boskovice s.r.o.

³Ordinace PLDD, Brno

Klíčová slova: *lingua scrotalis*, dutina ústní, Melkerssonův-Rosenthalův syndrom.

Key words: *lingua scrotalis*, oral cavity, Melkersson-Rosenthal syndrome.

Pediatr. praxi 2015; 16(5): 347

Obrázek 1.



Obrázek 2.



Jedná se o morfologickou odchylku jazyka, na jehož sliznici jsou různě hluboké a v rozličné četnosti přítomné rýhy. Maximum změn je na dorzální straně jazyka nebo na jeho dorzolaterální partii a tak poměrně snadno je lze vidět při obvyklé inspekci dutiny ústní. Histologickým podkladem *linguae scrotalis* (LS) je výrazné zvětšení hladkých nitkovitých papil (papillae filiformes; ve sliznici jazyka jsou nejpočetnější) s doprovodnou infiltrací intra- a subepiteliální (infiltráty tvoří polymorfonukleára a lymfocyty). Promiskue je nález označován také: *lingua* (L) *fissurata*, L. *plicata*, L. *gyrata*, L. *cerebriformis*.

Etiopatogeneze LS je nejasná a nález je všeobecně označován jako benigní varianta lingvální sliznice. Vzhledem k tomu, že v některých rodinách bývá LS u více příslušníků je zmiňována genetická dispozice. Dědičná vazba je však neřídka zpochybňována, neboť změny sliznice jazyka nebývají přítomny hned při narození, ale objevují se spíše až v dospělosti; obecně je nález LS extrémně vzácný u dětí ≤ 10 roků. Je uváděna asociace LS s perniciozní anémií, psoriázou, dále u jedinců žvýkajících betel nebo excesivně požívajících pikantní pokrmy, u hypovitaminózy A nebo u syndromu Sjögrenova, Downova

a Melkerssonova-Rosenthalova. Nechybí pozorování, kde rozvoji LS předcházela sliznice jazyka v podobě benigní *lingua geographica*.

LS většinou nepůsobí svému nositeli žádné potíže, pouze někteří jedinci si stěžují na pálení jazyka, orální dyskomfort a zápach z úst. Obvykle tyto problémy způsobuje kombinace nedostatečné hygieny dutiny ústní s nahromaděnými epitelii v rýhách jazyka, v nichž dochází k bakteriálnímu rozkladu. Diagnostika LS je založena na pečlivé anamnéze a klinickém nález. Pokud není prokázána spojitost s některými výše uvedenými chorobami/syndromy, není potřebná žádná léčba, nezbytná je odpovídající hygiena dutiny ústní a pacienta i jeho rodinu je třeba uklidnit.

Obrázek 1 – LS byla jedinou odchylkou při fyzikálním vyšetření 16leté dívky odeslané do odborné ambulance pro intermitentní polakisurii. Anamnestické údaje a výpisy ze zdravotnické dokumentace uváděly, že děvče mezi 13.–15. rokem života bylo 3x hospitalizováno pro periferní parézu lícního nervu, která byla ve dvou případech provázána otokem horního rtu. Edém byl hodnocen jako alergická reakce (angioneurotický?). I přes řadu provedených vyšetření nebyla přesvědčivá etiologie žádná z paretických epizod prokázána,

obrný se vždy upravily ad integrum. Uvedený stav odpovídá Melkerssonovu-Rosenthalovu syndromu (MRS). MRS je velmi vzácná neuromuskulární choroba, kterou charakterizuje triáda: opakované parézy lícního nervu, prosáknutí/otok obličeje a LS. Otok je často jen diskretní, snadno unikne pozornosti, převážně postihuje tváře nebo rty. V některých případech MRS nemusí být triáda kompletní, ale přítomny jsou jen dva z příznaků.

Obrázek 2 – 17letá dívka uváděla stupňující se subjektivní potíže, které popisovala „po jídle mám v jazyku plno zbytků“. Lokální nález zcela odpovídal LS. Rozšířené spektrum biochemických a hematologických analýz neprokázalo žádnou odchylku, kultivační vyšetření prokázalo v rýhách jazyka běžnou flóru dutiny ústní. S přihlédnutím k tomu, že také sestra dívky (dvojče B), její matka i babička mají podle anamnézy stejný vzhled jazyka, byl stav hodnocen jako prostá LS.

prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.
Pediatrická klinika LF MU a FN Brno
Černopolní 9, 625 00 Brno
zdoleze@fnbrno.cz

