

Choroba refluksowa przełyku – objawy ze strony układu oddechowego

Dr n. med.
**Anna Zawadzka -
Krajewska**

Klinika Pneumonologii
i Alergologii
Wieków Dziecięcego AM
w Warszawie

Kierownik:
Prof. AM dr hab. n. med.
Marek Kulus

O P I S P R Z Y P A D K U

Gastroesophageal reflux disease - symptoms from respiratory system.

S U M M A R Y

Episodic wheezing and wheezy bronchitis is very common even in children who do not have asthma, particularly in children under age 3. The following symptoms are highly suggestive of a diagnosis of asthma : frequent episodes of wheeze, more than once a month, nocturnal cough in periods without viral infections, activity-induced cough or wheeze . Clinical improvement during the treatment with inhaled glucocorticosteroides and short-acting bronchodilators and deterioration when treatment is stopped supports a diagnosis of asthma. Recurrent wheezing must be considered and excluded. These include - gastroesophageal reflux, recurrent viral lower respiratory tract infections, bronchopulmonary dysplasia, immune deficiency, cystic fibrosis, primary ciliary dyskinesia syndrome. Manifestation of symptoms of gastroesophageal reflux disease such as wheezing or wheezy bronchitis are often wrongly diagnosed as bronchial asthma.

Często u dzieci poniżej 3 roku życia, bez objawów astmy oskrzelowej występuje świszczący oddech i tendencja do nawracających obturacyjnych zapaleń oskrzeli. Częste epizody świszczącego oddechu, więcej niż raz w miesiącu, nocny kaszel bez współistniejącego zakażenia układu oddechowego, wysiłek fizyczny indukujący kaszel lub świszczący oddech sugerują rozpoznanie astmy. Poprawa kliniczna w czasie leczenia wziewnymi glikokortykosteroidami oraz krótko działającymi β_2 mimetykami i zaostrzenie objawów choroby po zaprzestaniu leczenia umożliwiają rozpoznanie astmy. Przewlekanie się lub nawracanie obturacji oskrzeli wymaga diagnostyki różnicowej obejmującej między innymi: refluks żołądkowo-przełykowy, przewlekłe wirusowe zakażenie dolnych dróg oddechowych, dysplazję oskrzelowo-płucną, niedobory immunologiczne, mukowiscydozę, pierwotną dyskinezę rzęsek. Objawy choroby refluksowej przełyku mogą manifestować się nawracającymi obturacyjnymi zapaleniami oskrzeli, błędnie rozpoznanymi jako astma oskrzelowa.

Zawadzka-Krajewska A.: Choroba refluksowa przełyku – objawy ze strony układu oddechowego. *Alergia*, 2009, 4: 22-25

Opis przypadku.

Wywiad

L.Ł. Szesnasto miesięczny chłopiec został przyjęty do kliniki z powodu nawracających obturacyjnych zapaleń oskrzeli. Pierwsze obturacyjne zapalenie oskrzeli wystąpiło u dziecka w wieku czterech miesięcy, potem obserwowano wielokrotne obturacyjne zapalenie oskrzeli, kilkakrotne zapalenia uszu, przewlekający się nieżyt nosa, zapalenie płuc. Do drugiego miesiąca życia u dziecka występowało upośledzenie drożności nosa z okresowym wyciekami z nosa treści pokarmowej leczonym płukaniem nosa solą fizjologiczną. Dziecko nie było obciążone alergicznym wywiadem rodzinnym, nie prezentowało również objawów alergii ze strony skóry i przewodu pokarmowego. Do czasu przyjęcia do kliniki ze wstępnym rozpoznaniem astmy oskrzelowej i alergicznego zapalenia błony śluzowej nosa, chłopiec był leczony wziewnymi steroidami w stale zwiększanej dawce z powodu niewielkiego efektu lub braku efektu leczenia, wziewnymi β_2 mimetykami podawanymi niejednokrotnie do kilku razy dziennie, lekami przeciwhistaminowymi, steroidami podawanymi na błonę śluzową nosa i wielokrotnie antybiotykami.

Tabela 1 Objawy choroby refluksowej przełyku

<p>Objawy żołądkowo-przełykowe</p> <ul style="list-style-type: none"> • ulewanie • wymioty, nudności • ból w nadbrzuszu lub za mostkiem • odbijania • zgaga • bóle przy przełykaniu • zaburzenia połykania • fetor ex ore • niechęć do jedzenia. <p>Objawy ze strony układu oddechowego</p> <ul style="list-style-type: none"> • kaszel • duszność • obturacja oskrzeli • odkrztuszanie plwociny z krwią • chrypka • zapalenie krtani • przewlekły nieżyt nosa / zatkanie, swędzenie, kichanie, bolesność nosa/ 	<p>Objawy ze strony gardła i jamy ustnej.</p> <ul style="list-style-type: none"> • poranne bóle gardła • nadżerki na dziąsłach • afty • ubytki szkliwa nazębnego. <p>Objawy ze strony zatok.</p> <ul style="list-style-type: none"> • przewlekłe zapalenie zatok <p>Objawy ze strony uszu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • przewlekłe wysiękowe zapalenie uszu • Inne objawy / głównie niemowlęta /. • rozdrażnienie • niepokój • zaburzenia snu • niechęć do jedzenia • przewlekła niedokrwistość • niedobory białka • upośledzenie rozwoju somatycznego
---	--

Badania przedmiotowe

W dniu przyjęcia do oddziału z odchyień od stanu prawidłowego stwierdzono niewielkiego stopnia duszność wdechowo-wydechową, liczne zmiany osłuchowe typu obturacyjnego nad polami płucnymi. Dziecko było w stanie dobrym, prawidłowo rozwinięte. Z przeprowadzonego z rodzicami

dziecka wywiadu wynikało, że chłopiec do 4 miesiąca życia okresowo ulewał, był niespokojny po posiłkach, rozdrażniony.

Diagnostyka

W czasie 4 dniowej hospitalizacji wykonano następujące badania umożliwiające ustalenie przyczyny nawracających obturacyjnych zapaleń oskrzeli, nieżytu nosa i zapaleń uszu:

- stężenie w surowicy krwi IgA, IgM, IgG – w normie
- IgEc - 6,78 kU/L – w normie
- α 1 antytrypsyna – w normie
- chlorki w pocie – 18,7 mEq/L -w normie
- badanie radiologiczne klatki piersiowej - mięsz płucny bez zagęszczeń. Jamy opłucnowe wolne, serce prawidłowej wielkości, rysunek naczyniowy płuc w normie.
- EKG - zapis w granicach normy
- USG jamy brzusznej - podprzeponowy odcinek przełyku krótki.
- 24-godzinna pH-metria przełyku - rozpoznano patologiczny kwaśny refluks żołądkowo-przełykowy (ryc 1).
- tympanogram- wynik badania prawidłowy
- punktowe testy skórne natywne z alergenami pokarmowymi: mleko, jajko, mąka pszenna, marchew, pietruszka, seler, jabłko, ziemniak, drożdże, ryż, soja, kukurydza- ujemne przy kontroli dodatkowo z roztworem histaminy 4x4 mm
- testy patch z powyższymi natywnymi alergenami - ujemne
- punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi - D.pteronysinus, D. farinae, trawy, pyłki żyta, brzoza, olcha, leszczyna, kot, pies, Alternaria tenuis, Cladosporium herbarum – ujemne przy kontroli dodatkowo z roztworem histaminy 4x4 mm .

Na podstawie wywiadu, obrazu klinicznego i badań diagnostycznych ustalono ostateczne rozpoznanie – choroba refluksowa przełyku.

Do leczenia włączono inhibitor pompy protonowej - omeprazol w początkowej dawce 2mg/kg/dobę w dwóch dawkach przez 2 tygodnie, a następnie 1mg/kg/dobę w jednej porannej dawce przez 6 tygodni. Zlecono zagęszczanie posiłków i wyższe ułożenie dziecka. Zdecydowana poprawa stanu klinicznego w czasie leczenia dodatkowo potwierdziła rozpoznanie choroby refluksowej przełyku.

Dyskusja.

W dalszym ciągu rozpoznanie astmy u dzieci w wieku 5 lat i młodszych stanowi ogromny problem diagnostyczny. U małych dzieci świszczący oddech lub powtarzające się obturacyjne zapalenia oskrzeli często brane są za objaw astmy. Nieprawidłowo ustalone rozpoznanie pociąga za sobą konsekwencje leczenia w postaci włączenia do terapii wziewnych leków przeciwzapalnych stosowanych przewlekłe, bywa że w coraz większych dawkach bez spodziewanego efektu leczniczego.

Rozpoznanie astmy wczesnodziecięcej opiera się na (1,2) :

- **wywiadzie dotyczącym rodzinnego obciążenia dziecka atopią, częstości i okolicznościach występowania świszczącego oddechu**
- **badaniu klinicznym oceniającym współistnienie innych chorób alergicznych u dziecka - zmian skórnych, alergicznego nieżytu nosa, alergii pokarmowej**
- **ocenie skuteczności leczenia przeciwastmatycznego przez 8 do 12 tyg.**
- **wykluczeniu innych chorób o podobnej do astmy manifestacji klinicznej.**

Pomocne w rozpoznaniu jest wykonanie

- punktowych testów skórnych
- swoistych IgE
- badania radiologicznego klatki piersiowej w celu wykluczenia wad układu oddechowego i krążenia obrębie klatki piersiowej.

Przydatny w ocenie ryzyka rozwoju astmy u dzieci poniżej 4 roku życia jest Wskaźnik Ryzyka Astmy (API - Asthma Predictive Index) (3).

Prawdopodobieństwo astmy jest wysokie, gdy czterem lub więcej epizodom świszczącego oddechu w ciągu ostatniego roku, które trwały dłużej niż jeden dzień i powodowały zaburzenie snu, towarzyszy jedno z trzech dużych kryteriów lub dwa z trzech małych kryteriów.

Do kryteriów dużych należy:

- astma u rodziców potwierdzona przez lekarza
- atopowe zapalenie skóry u dziecka
- uczulenie dziecka na alergenów powietrzno pochodne.

Małe kryteria obejmują:

- eozynofilię obwodową równą bądź większą niż 4 %
- świszczący oddech bez współistniejącego zakażenia układu oddechowego
- alergię pokarmową .

W rozpoznaniu astmy wczesnodziecięcej konieczne jest przeprowadzenie diagnostyki różnicowej, szczególnie wówczas, gdy obraz kliniczny choroby i mierny efekt poprawnie zastosowanego leczenia przeciwastmatycznego nasuwają podejrzenie innej przyczyny nawracających obturacji oskrzeli.

Do zwężenia dróg oddechowych może dojść w wyniku obrzęku błony śluzowej, nadmiernej produkcji śluzu, kurczu mięśni gładkich i nacieków komórkowych w błonie śluzowej, wad rozwojowych, głównie niedorozwoju elementów ścian, ucisku z zewnątrz lub tworów guzowatych wewnątrz dróg oddechowych.

Dlatego w diagnostyce różnicowej należy uwzględnić (1,2) :

- przyczyny infekcyjne
 - nawracające zakażenia układu oddechowego
 - przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok
 - gruźlicę
- przyczyny wrodzone
 - wiotkość krtani
 - mukowiscydozę
 - dysplazję oskrzelowo-płucną
 - pierwotną dyskinezę rzęsek
 - niedobory immunologiczne
 - wrodzone wady serca
- przyczyny mechaniczne
 - ciało obce
 - refluks żołądkowo-przełykowy

Szczególnie często u dzieci najmłodszych choroba refluksowa przełyku rozpoznawana jest jako astma oskrzelowa.

Refluks żołądkowo-przelykowy może być zjawiskiem fizjologicznym u noworodków i młodych niemowląt. Wynika z niedojrzałości dolnego zwieracza przełyku, który osiąga prawidłową długość i siłę skurczu dopiero po trzecim miesiącu życia. Refluks ustępuje samoistnie i nie powoduje zmian chorobowych.

Choroba refluksowa przełyku / GERD - gastroesophageal reflux disease / jest zespołem objawów klinicznych i/lub zmian zapalnych błony śluzowej przełyku spowodowanych powtarzającym się cofaniem treści żołądkowej do przełyku. Do trzech głównych przyczyn patologicznego kwaśnego refluksu żołądkowo-przelykowego należą :

- **niesprawny mechanizm dolnego zwieracza przełyku,**
- **zaburzenia oczyszczania przełyku**
- **zaburzenia opróżniania żołądka (4,5).**

Objawy kliniczne choroby refluksowej przełyku manifestują się ze strony przewodu pokarmowego jak również ze strony innych narządów, przede wszystkim ze strony układu oddechowego i sercowo-naczyniowego. U dzieci objawy choroby refluksowej przełyku zależą od wieku. U dzieci starszych częstym objawem jest zgaga, bolesne przełykanie, trudności w przełykaniu, niejednokrotnie ból w klatce piersiowej nasilający się w trakcie spożywania posiłku. U dzieci młodszych występują : ulewania, wymioty, fetor ex ore. U niemowląt do nietypowych objawów choroby refluksowej przełyku należą : rozdrażnienie, niepokój, zaburzenia snu, upośledzenie rozwoju somatycznego, niedokrwistość, niechęć do jedzenia (5).

Objawy GERD ze strony układu oddechowego są następstwem bezpośredniego uszkodzenia błony śluzowej dróg oddechowych przez:

- kwaśną treść żołądkową zaaspirowaną do dróg oddechowych
- pobudzenia nerwowego drogą odruchu z nerwu błędnego, którego zakończenia czuciowe znajdują się w przełyku
- działania neuropeptydów uwolnionych przez układ NANC w następstwie podrażnienia błony śluzowej przełyku, konsekwencją czego jest neuropochodne zapalenie dróg oddechowych.

Choroba refluksowa przełyku u dzieci może przebiegać bez typowych objawów refluksu takich jak ulewanie czy wymioty. Jedynym objawem GERD ze strony układu oddechowego mogą być nawracające obturacyjne zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, nawracające zapalenia uszu, nawracające zapalenia gardła, krtani, chrypka, napady bezdechów, zespół nagłej śmierci niemowląt / SIDS/, zespół zagrażający życiu – ARTE (Apparent life threatening).

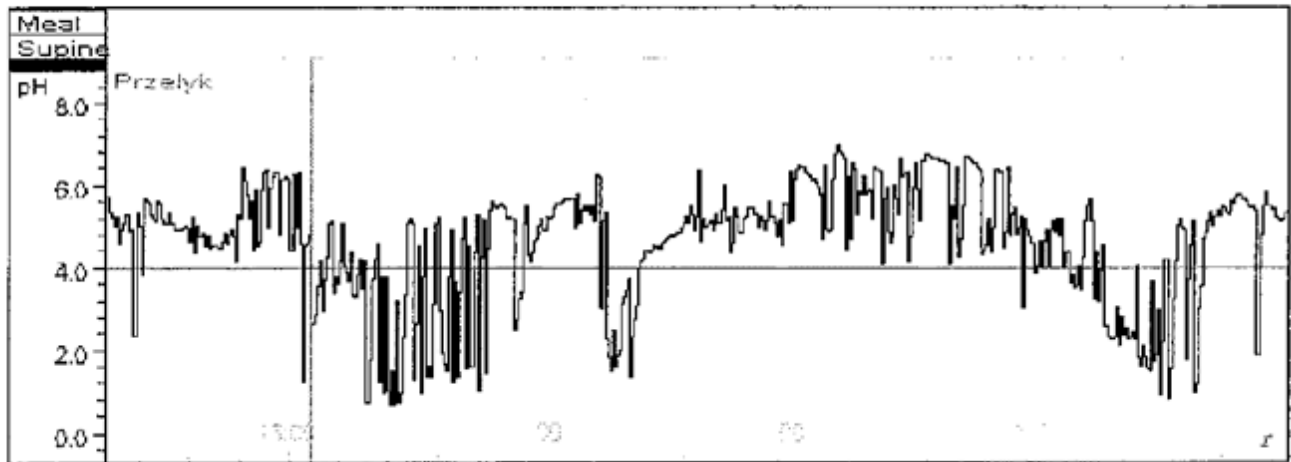
Objawy choroby refluksowej przełyku ze strony układu pokarmowego, układu oddechowego i sercowo-naczyniowego przedstawiono w tabeli 1. (na podstawie 5,6)

Reason for Study: duszność

Patient ID: 020-0-00000

Study Comments

Na podstawie 24-godzinnej pH-metrii rozpoznano patologiczny kwaśny refluks żołądkowo-przełykowy.



Reflux Table - Refluks kwaśny

	Total	Meal	Supine	Upright	PrePra	PostPr
Duration of Period (HH: MM)	23:59	00:52	14:28	09:31	15:46	07:21
Number of Refluxes	194	16	37	158	63	123
Number of Long Refluxes(>5 (min))	3	0	2	1	1	2
Duration of longest reflux (min)	14	2	14	6	6	14
Time pH <4 ((min))	149	16	37	112	42	90
Fraction Time pH <4 ((%))	10.4	30.8	4.3	19.7	4.5	20.4

DeMeester Score-Refluks kwaśny

Total score = 40.1 , DeMeester normals less than 14.72 (95th percentile)

Skryte objawy GERD mogą sugerować astmę oskrzelową, być przyczyną nawracających zakażeń układu oddechowego, zapaleń uszu, krtani, gardła, zatok. W takich przypadkach koniecznością staje się pogłębiona diagnostyka w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego .

Podstawą rozpoznania GERD jest wywiad, 24-godzinna pH-metria przełyku, badanie endoskopowe z oceną histopatologiczną pobranych wycinków błony śluzowej i impedancja przełyku. W przypadku małego dziecka prezentującego objawy obturacyjnych zapaleń oskrzeli, nawracających zapaleń ucha środkowego i przewlekłego nieżytu nosa, u którego objawy choroby nie ustępują mimo leczenia należałoby przeprowadzić dużo wcześniej, niż po roku bezskutecznej terapii, badania diagnostyczne umożliwiające ustalenie prawidłowego rozpoznania i tym samym wdrożenia właściwego leczenia. □

Piśmiennictwo: 1. GINA 2009 - Global strategy for asthma management and prevention in children 5 years and longer. www.ginasthma .org 2. Bacharier LB, Boner A, Carlsen KH i wsp. Diagnosis and treatment of asthma in childhood: a PRACTICALL consensus report. Allergy 2008;63:5-34 3. Expert Panel Report 3: Guidelines for the diagnosis and management of asthma. J.Allergy Clin.Immunol 2007;120:S94-S138. 4. Federek K. Choroba refluksowa u dzieci. Klinika Ped.1998;6:8-13 5. Piasecka A, Iwańczak B. Gastroesophageal reflux disease in children – symptoms from respiratory and circulatory system. Adv Clin Exp Med. 2006;15:941-948 6. Theodoropoulos DS, Lockey RF, Boyce HW. i wsp. Gastroesophageal reflux and asthma : a review of pathogenesis, diagnosis and therapy. Allergy 1999;54:651-661

Zamknij

Drukuj