

Czy to jest astma? - choroba refluksowa przełyku

prof.
Nazw
Szpital

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

Is it asthma?- gastroesophageal reflux disease.

S U M M A R Y

A difficulty with diagnosing asthma in children 5 years and younger is that the lung function measurements are not reliable in this age group. Marked clinical improvement during the treatment with inhaled glucocorticosteroids and short acting bronchodilators can help confirm an asthma diagnosis. Alternative causes of recurrent wheezing must be considered and excluded especially gastroesophageal reflux.

U dzieci poniżej 5 roku życia trudności w diagnozowaniu astmy oskrzelowej wynikają z braku możliwości wykonania u nich badań spirometrycznych. Znacząca poprawa przebiegu choroby po zastosowaniu wziewnych glikokortykosteroidów i krótko działających b2-mimetyków jest jednym z kryteriów umożliwiających rozpoznanie astmy. W diagnozowaniu astmy należy wykluczyć inne przyczyny nawracających obturacji oskrzeli, szczególną uwagę należy zwrócić na możliwość istnienia refluksu żołądkowo-przełykowego.

Zawadzka-Krajewska A.: Czy to jest astma?- choroba refluksowa przełyku. Alergia, 2011, 3: 54-56

Opis przypadku

B.S. 3-letni chłopiec z CII, PII urodzony w 40 Hbd, poród siłami natury, z masą ciała urodzeniową 3000g, oceniony po porodzie na 10 punktów w skali Agar, obciążony alergicznym wywiadem rodzinnym(ojciec choruje na alergiczny nieżyt nosa), został przyjęty do kliniki w celu diagnostyki zaburzeń oddychania utrzymujących się od 6 miesiąca życia. Zaburzenia oddychania występowały podczas snu pod postacią kaszlu, krztuszenia się, chrapania, mlaskania, okresowych bezdechów, oddechu paradoksalnego. Z tego powodu chłopiec wybudzał się do kilku razy w nocy, często z płaczem i krzykiem. W ciągu dnia był zmęczony. Rozwijał się pod względem psychoruchowym prawidłowo. Stałe utrzymujące się, obserwowane przez rodziców, nieprawidłowości podczas snu były powodem licznych specjalistycznych konsultacjach między innymi alergologicznej, neurologicznej, kardiologicznej, laryngologicznej, pulmonologicznej, psychologicznej i psychiatrycznej nie wnoszących istotnych danych umożliwiających ustalenie przyczyny obserwowanych zmian .

Chłopiec był kilkakrotnie hospitalizowany.

Pierwszy raz w marcu 2008 roku w wieku 15/12 z rozpoznaniem zapalenia płuc i ostrego zapalenia ucha środkowego prawego. Po przebytych zapaleniu płuc obserwowano przewlekającą się i nawracającą obturację oskrzeli i skłonność do nawracających zakażeń górnych dróg oddechowych.

Kolejna hospitalizacja w październiku 2008 roku z powodu zaburzeń oddychania w czasie snu i przewlekającej się obturacji oskrzeli . Stwierdzono wówczas podwyższone stężenie całkowitej IgE -153 IU/ml i obecność swoistych przeciwciał klasy IgE przeciwko alergenom pleśni /mieszanka/ i *Dermatophagoides farinae* w klasie 1.

Dziecko zostało wypisane do domu z rozpoznaniem: alergia IgE-zależna, obserwacja w kierunku astmy oskrzelowej.

Zlecono leczenie wziewnymi glikokortykosteroidami i lekami przeciwleukotrienowymi nie uzyskując poprawy przebiegu choroby. W dalszym ciągu utrzymywały się objawy obturacji oskrzeli i zaburzenia oddychania w czasie snu.

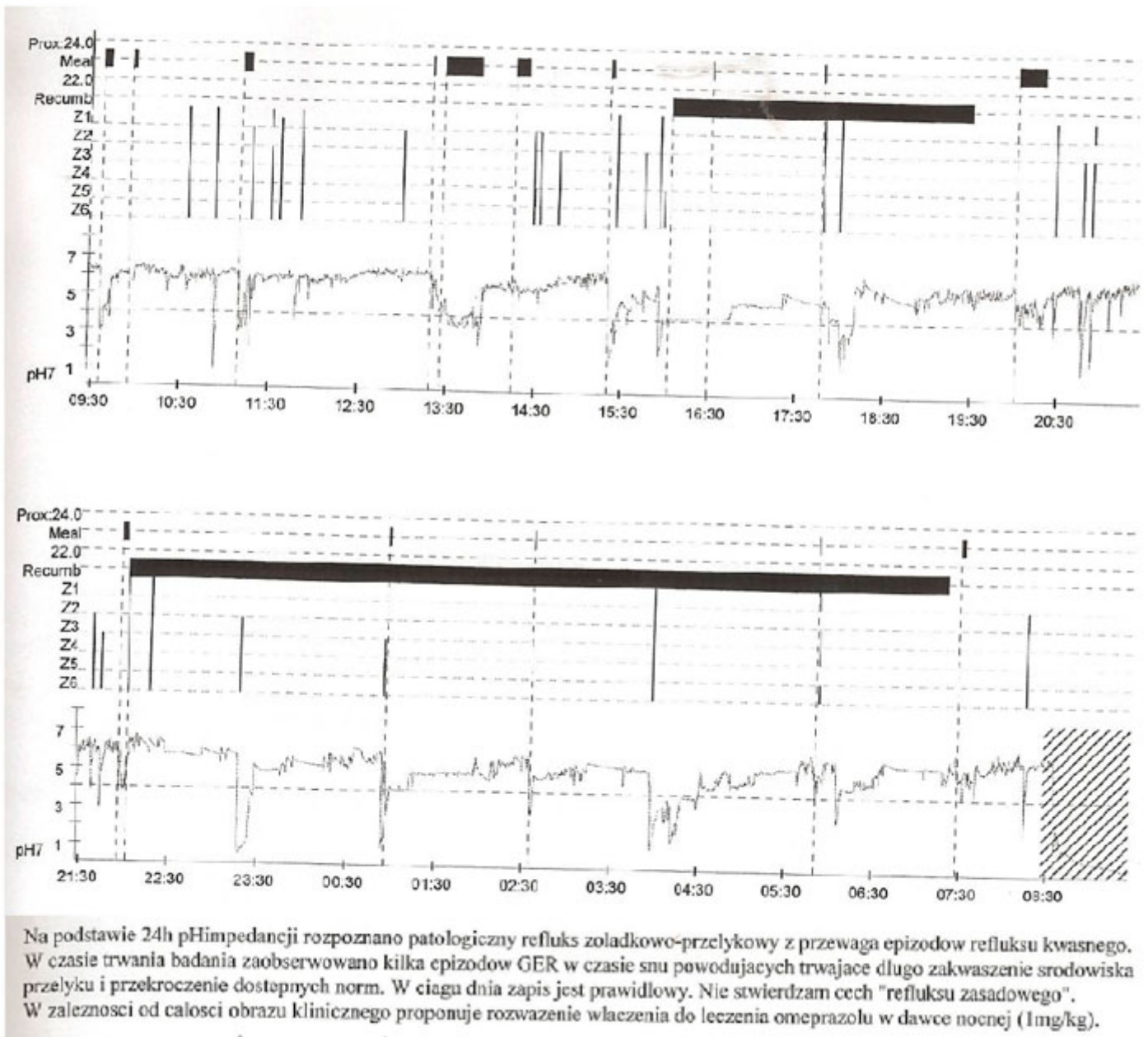
Podczas kolejnej hospitalizacji w listopadzie 2008 roku z powodu obserwowanych zaburzeń podczas snu, w wykonanym badaniu polisomnograficznym stwierdzono zespół zwiększonego oporu w górnych drogach oddechowych. W wielokrotnych badaniach laryngologicznych nie stwierdzono wiotkości podniebienia, krtani ani innych nieprawidłowości w obrębie górnych dróg oddechowych.

W grudniu 2008 roku wykonano adenotomię / migdałek gardłowy był jedynie nieco powiększony/. Po adenotomii nie obserwowano poprawy zaburzeń oddychania w czasie snu.

W czerwcu 2009 roku - wykonano bronchoskopię w celu wykluczenia nieprawidłowości w budowie dróg oddechowych, w tym również krtani - nie znaleziono żadnych zmian anatomicznych i czynnościowych.

1
RYC.

24 godzinna pH – impedancja



W lutym 2010 roku, podczas ostatniej hospitalizacji, poproszono rodziców o sfilmowanie snu dziecka, potwierdzając obserwowane przez nich zaburzenia oddychania: pokastywanie, krztuszenie się, okresowe bezdechy, niespokojny sen, płacz przez sen. Obraz kliniczny sugerował możliwość istnienia refluksu żołądkowo-przełykowego lub naddatków tkanki łącznej lub chłonnej w obrębie nozdrzy tylnych. W wykonanej wielorządowej tomografii komputerowej noso-gardła i krtani nie stwierdzono uchwytanych zmian. W 24-godzinnej pH- metrii przełyku nie stwierdzono cech patologicznego kwaśnego refluksu żołądkowo-przełykowego. Mimo to zdecydowano się na wykonanie 24 -godzinnej pH impedancji, na podstawie której rozpoznano patologiczny refluks żołądkowo-przełykowy z przewagą epizodów refluksu kwasnego. W czasie trwania badania zaobserwowano kilka epizodów GER w czasie snu powodujących trwające długo zakwaszenie środowiska przełyku i przekroczenie dostępnych norm. W ciągu dnia zapis był prawidłowy (Ryc.1). Do leczenia włączono inhibitor pompy protonowej w dawce 1mg/kg . Po 4-5 dniach zaobserwowano zdecydowane zmniejszenie występowania niepokojących objawów podczas snu. Po dwóch tygodniach leczenia powtórzono badanie polisomnograficzne, w którym nie zarejestrowano incydentów zaburzeń oddychania, monitorowane wysycenie hemoglobiny tlenem /SaO2/ wynosiło średnio 96,6%. Wynik badania był prawidłowy.

Ostatecznie rozpoznano u dziecka chorobę refluksową przełyku.

Dyskusja

Trudności w rozpoznawaniu astmy oskrzelowej u małych dzieci wynikają z niemożności wykonywania u nich badań czynnościowych układu oddechowego. Rozpoznanie opiera się na (1):

- objawach klinicznych
- wywiadzie w kierunku schorzeń atopowych u dziecka i występowaniu astmy w rodzinie, szczególnie u matki
- próbie terapeutycznej
- ocenie Wskaźnika Ryzyka Astmy
- eliminacji innych przyczyn obturacji oskrzeli.

Jedną z najczęstszych przyczyn nawracających i przewlekających się obturacji oskrzeli jest refluks żołądkowo – przełykowy. Może być on pierwotny fizjologiczny lub patologiczny, w następstwie niedomogi czynnościowej dolnego zwieracza przełyku lub/i zaburzenia motoryki przełyku i wtórny, patologiczny, będący wynikiem stanów chorobowych.

Choroba refluksowa przełyku jest zespołem objawów klinicznych lub/i zmian zapalnych błony śluzowej dystalnego odcinka przełyku wywołanych cofaniem się treści żołądkowej do przełyku.

Fizjologiczny refluks żołądkowo – przełykowy wynika z odbijania gazów z żołądka na skutek odruchowego rozkurczu dolnego zwieracza przełyku i odnóg przepony po podrażnieniu receptorów dna żołądka. Występuje po posiłku, jest krótkotrwały. U niemowląt występuje on z częstotliwością do 10 razy na dobę (2). W późniejszym okresie częstość epizodów zmniejsza się do 3-5 razy na dobę.

Refluks żołądkowo-przełykowy patologiczny jest głównie międzyposiłkowy i nasila się zazwyczaj w nocy. Nocny refluks może być bezpośrednim zagrożeniem dla życia dziecka powodować bezdechy, zespół nagłej śmierci łóżeczkowej.

U małych dzieci objawy refluksu żołądkowo-przełykowego manifestują się przede wszystkim ulewaniem, wymiotami, nieprzyjemnym zapachem z ust, bólami brzucha. Do mniej typowych objawów należą zaburzenia snu, rozdrażnienie, brak apetytu, niedokrwistość, ubytek szkliwa zębowego, brak prawidłowego przyrostu masy ciała (3).

U małych dzieci diagnostyka refluksu żołądkowo-przełykowego oparta jest przede wszystkim na 24-godzinnej pH-metrii przełyku i/lub teście diagnostycznym z zastosowaniem terapii przeciw refluksowej przez 4 do 6 tygodni bez wstępnego badania pH-metrycznego lub endoskopowego.

Badanie radiologiczne z kontrastem umożliwia wykrycie wad anatomicznych przewodu pokarmowego i następstw choroby refluksowej przełyku (zwężenie) (4).

Scyntygrafia umożliwia wykazanie ewentualnej aspiracji znacznika do dróg oddechowych i ocenę opróżniania żołądka (4).

Impedancja elektryczna umożliwia wykrycie każdego rodzaju refluksu: kwaśnego, zasadowego i obojętnego, ocenę objętości cofającej się treści, pomiar odbijanego powietrza (5).

Podwyższone stężenie całkowitej IgE, swoistych IgE w klasie 1 z alergenami mieszanki pieśni i *Dermatophagoides ferinae*, dodatni alergiczny wywiad rodzinny i nawracające obturacyjne zapalenia oskrzeli do 2 roku życia mogły sugerować wczesnodziecięcą astmę oskrzelową. Jednak brak efektu po zastosowaniu prawidłowego leczenia przeciwastmatycznego powinien skłaniać do poszerzenia diagnostyki w kierunku innych przyczyn obturacji oskrzeli, zwłaszcza że najbardziej niepokojącymi objawami były zaburzenia obserwowane podczas snu w postaci okresowych bezdechów, oddechu paradoksalnego, krztuszenia się, mlaskania, chrapania. Najbardziej prawdopodobną przyczyną obserwowanych zmian był patologiczny refluks żołądkowo-przełykowy. Na podstawie 24 godzinnej pH-metrii przełyku nie stwierdzono cech patologicznego kwaśnego refluksu żołądkowo-przełykowego. Mimo to wykonano 24 godzinną pH-impedancję, na podstawie której rozpoznano patologiczny refluks żołądkowo-przełykowy z przewagą epizodów refluksu

kwaśnego. Po włączeniu do leczenia inhibitora pompy protonowej uzyskano zdecydowaną poprawę stanu klinicznego do ustąpienia niepokojących objawów obserwowanych podczas snu.



Piśmiennictwo: 1. Pedersen SE, Hurd SS, Lemanske RF et al. Global Strategy for the diagnosis and management of asthma in children 5 years and younger. *Ped pulmonol* 2011;46 :1-17 2. Chmiel K, Niškiewicz I, Krela-Kaźmierczak I i wsp. Pozaprzelykowe objawy refluksu żołądkowo-przelykowego. *Nowiny Lekarskie* 2009;78;216-221. 3. Piasecka A, Iwańczak B. Choroba refluksowa przelyku u dzieci – objawy pochodzące ze strony układu oddechowego i krążenia. *Adv Clin Exp Med*. 2006;15:941-948. 4. Kowalska A. Diagnostyka radiologiczna zaburzeń polykania i refluksu żołądkowo-przelykowego u dzieci. *Opieka Paliatywna nad Dziećmi* 2008;16:165-167. 5. Mousa HM, Rosen R, Woodley FW et al. Esophageal impedance monitoring for gastroesophageal reflux. *Acta Gastroenterol Latinoam*.2011;41:146-161.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)