

Kaszel w praktyce klinicznej – część II kaszel przewlekły

prof. dr hab. n. med.
Alicja Kasperska-Zajac

Katedra i Oddział Kliniczny
Chorób Wewnętrznych,
Dermatologii Śląskiego UM
Katowice

Kierownik Kliniki:
Prof. dr hab. n. med. Jerzy
Jarzab

D I A G N O S T Y K A

Cough in clinical practice - facts and controversies (part II - chronic cough).

S U M M A R Y

Chronic cough, especially one with no other concurrent symptoms, appearing as isolated cough ("alone cough"), has been recognized as an important clinical issue. The patients frequently show some symptoms of the emotional stress manifested as the experienced fear or depression. Prolonged diagnostic procedures and ineffective therapies bear fear of a grave disease, hiding behind the cough, which has never been properly or promptly diagnosed. There are numerous causes for chronic cough which may concur with each other. Diagnostics of isolated cough must not miss the role of angiotensin converting enzyme inhibitors, asthma, the gastroesophageal reflux disease, chronic rhinitis and sinusitis or nonasthmatic eosinophilic bronchitis. The diagnostic process should be well designed and tailored to the individual clinical image.

Przewlekły kaszel, szczególnie bez współistniejących innych objawów - izolowany kaszel ("alone cough") stanowi istotny problem kliniczny. Niejednokrotnie jest powodem wielu frustracji zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Nierzadko chorzy doświadczają objawów stresu emocjonalnego pod postacią lęku czy depresji. Często długotrwała diagnostyka i brak skutecznej terapii budzi obawy, że pod maską kaszlu kryje się podstępnie ciężka choroba, która nie została właściwie i szybko zdiagnozowana. Istnieje wiele przyczyn kaszlu przewlekłego, które mogą ze sobą współwystępować. W diagnostyce izolowanego kaszlu nie można pominąć znaczenia: inhibitorów konwertazy angiotensyny, astmy, choroby refluksowej przełyku, stanów zapalnych błony śluzowej nosa i zatok, eozynofilowego zapalenia oskrzeli. Proces diagnostyczny powinien być przemyślany i dostosowany do indywidualnego obrazu klinicznego.

Kasperska-Zajac A.: Kaszel w praktyce klinicznej – część II – kaszel przewlekły. *Alergia*, 2014, 4: 37-41

Kaszel przewlekły to objaw o różnych przyczynach i nasileniu, który może być związany z zagrażającymi życiu i postępującymi chorobami, dlatego ważna jest właściwa diagnostyka i leczenie. Szczególnie trudny problem kliniczny stanowi postać bez współistniejących innych dolegliwości - izolowany kaszel ("cough alone").

Po dokonaniu wstępnej oceny: 1. klinicznej (dokładne badanie podmiotowe i przedmiotowe), 2. obrazu radiologicznego klatki piersiowej (klp)!, 3. badań krwi (podstawowe), pierwszym pytaniem, na które trzeba odpowiedzieć jest to, czy kaszel współwystępuje z innymi objawami sugerującymi przyczynę. Na tym etapie ważne jest również uwzględnienie kaszlu polekowego i palenia tytoniu. Tak uzyskane dane powinny ukierunkować dalsze postępowanie z chorym.

1. W przypadku, gdy na podstawie wstępnej diagnostyki stwierdzamy, że kaszlowi towarzyszą inne objawy sugerujące jego przyczynę, konieczne jest sprecyzowanie rozpoznania.

2. Najczęstsza sytuacja kliniczna, to pacjent z suchym kaszlem, z prawidłowym obrazem radiologicznym klp i bez ewidentnych objawów towarzyszących sugerujących jego przyczynę.

W tych przypadkach, w pierwszej kolejności zwracamy uwagę na najczęściej występujące choroby, w których kaszel przewlekły może być objawem izolowanym.

Ad 1. Sprecyzowanie rozpoznania wymaga diagnostyki różnicowej z uwzględnieniem przyczyn płucnych i pozapłucnych. Kaszel przewlekły może być jednym z wielu objawów następujących chorób:

- infekcyjne: m.in. mykobakteriozy, krztusiec, niektóre pasożyty,
- choroby obturacyjne i śródmiąższowe płuc,
- układu sercowo-naczyniowego,
- nowotworowe,
- aspiracja ciała obcego,
- inne rzadsze przyczyny to: przerost migdałka gardłowego, choroby tarczycy oraz inne choroby, które zostały wymienione w części pierwszej artykułu pt. "Kaszel w praktyce klinicznej - fakty i kontrowersje" [1, 2, 3, 4, 5, 6].

W przypadku podejrzenia tych patologii lub jakkolwiek wątpliwości co do obrazu klinicznego we wstępnej ocenie, o dalszych etapach diagnostyki decydują lekarze specjaliści. Wymienione jednostki chorobowe nie będą przedmiotem szczegółowych analiz w niniejszym opracowaniu.

Ad 2. Na tym etapie diagnostyki kaszlu można posłużyć się opracowanymi algorytmami, które mają ułatwić ustalenie przyczyny. Według obecnych danych opartych na obserwacjach klinicznych i opinii ekspertów u osób z izolowanym kaszlem przewlekłym, którzy nie palą tytoniu, nie stosują inhibitorów konwertazy angiotensyny (angiotensin converting enzyme inhibitors – ACE-I) oraz mają prawidłowy obraz radiologiczny klp należy w pierwszej kolejności przeprowadzić diagnostykę w kierunku:

1. zespołu kaszlowego związanego z górnymi drogami oddechowymi (upper airway cough syndrome - UACS) - dawna nazwa zespół ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła (postnasal drip syndrome - PNDS),

2. wariantu kaszlowego astmy,

3. nieastmatycznego eozynofilowego zapalenia oskrzeli (nonasthmatic eosinophilic bronchitis - NAEB),

4. choroby refluksowej przełyku (gastroesophageal reflux disease - GERD).

U większości tych chorych uda się rozpoznać jedną lub kilka powyższych przyczyn, które mogą być skutecznie leczone. Jakkolwiek w literaturze tematu nie ma zgody, co do

udziału procentowego powyższych chorób, jako prawdopodobnej przyczyny przewlekłego kaszlu. Brakuje dobrze kontrolowanych badań klinicznych, które pozwoliłyby na wysunięcie wniosków zgodnych z zasadami medycyny opartej na dowodach naukowych EBM (evidence based medicine).

Obecnie obowiązujące rekomendacje i standardy wskazują, że zastosowanie powyższego algorytmu diagnostycznego pomaga w podejmowaniu decyzji dotyczących diagnostyki kaszlu przewlekłego. Jednocześnie ryzyko związane z wydłużeniem procesu diagnostycznego i ewentualnym opóźnieniem postawienia właściwego rozpoznania choroby zagrażającej życiu jest małe. Nadal jednak konieczne są dalsze badania kliniczne w celu opracowania optymalnych algorytmów diagnostycznych i terapeutycznych. Według niektórych danych nawet u 40% pacjentów z kaszlem przewlekłym jego przyczyna pozostaje nieustalona [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7].

Palenie tytoniu a kaszel przewlekły

Dym tytoniowy jest ważnym czynnikiem powodujący kaszel poprzez działanie drażniące na drogi oddechowe, wywoływanie stanu zapalnego oraz zwiększanie reaktywności odruchu kaszlowego na różne bodźce. Kaszel występuje około trzy razy częściej u palących tytoń w porównaniu z osobami niepalącymi. Jakkolwiek bardzo rzadko zgłaszają się do lekarza z tym objawem. Najczęściej szukają pomocy w określonych sytuacjach klinicznych: a) gdy dołączają się inne dolegliwości jak np. spadek tolerancji wysiłku czy duszność, co może świadczyć o przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc (POCHP), lub b) ich kaszel zmienia charakter np. w wyniku infekcji czy choroby nowotworowej.

Jeżeli jedynym czynnikiem sprawczym kaszlu jest palenie tytoniu to objawy ustępują w ciągu kilku tygodni po zaprzestaniu palenia [7, 8, 9, 10].

Kaszel w trakcie stosowania ACE-I

Pierwszy przypadek kaszlu po ACE-I (kaptoprilu) opisano w 1985 roku [11]. Jakkolwiek to działanie niepożądane dotyczy całej grupy i stanowi najczęstszą przyczynę zaprzestania terapii tymi lekami.

Częstość występowania: według różnych danych od 15 do 35% chorych leczonych ACE-I.

Cechy kliniczne: suchy i uporczywy kaszel, czasami z uczuciem drapania/łaskotania w gardle, który ustępuje po zaprzestaniu terapii. Zwykle łagodny, rzadko silny, napadowy z towarzyszącymi wymiotami; brak objawów patognomicznych [12, 13].

Czynniki ryzyka: kaszel po ACE-I występuje częściej: 1) u płci żeńskiej (około 2 x częściej niż u mężczyzn), 2) rasy czarnej i żółtej, 3) u chorych z zastoinową niewydolnością serca niż u chorych na nadciśnienie tętnicze (26% versus 14%) [12, 14]. Natomiast chorzy na choroby obturacyjne (astma, POCHP) nie są w grupie zwiększonego ryzyka rozwoju kaszlu po ACE-I

Patomechanizm: najczęściej opisywany to wzrost stężenia bradykininy oraz substancji P w wyniku hamowania aktywności konwertazy angiotensyny. Ponadto wskazuje się na znaczenie tromboksanu A2 i prostaglandyn oraz polimorfizmu genu konwertazy angiotensyny [12, 13, 14].

Faktem jest ACE-I mogą nasilać odruch kaszlowy, co można ocenić w warunkach doświadczalnych w teście stymulacji/drażnienia receptorów kaszlowych przy użyciu różnych czynników np. kapsaicyny, kwasu cytrynowego. Jakkolwiek kaszel wywołany

ACE-I pojawia się tylko u niektórych osób leczonych tymi lekami, co może świadczyć o dodatkowym wpływie czynników osobniczych [12, 13, 14].

ACE-I mogą być jedyną przyczyną kaszlu, nasilać kaszel o innej etiologii lub wpływać na ujawnienie się objawów choroby, która dotychczas przebiegała w sposób utajony (subkliniczny).

Początek objawów: po zastosowaniu ACE-I kaszel pojawia się zwykle po kilku tygodniach od początku terapii (zakres od 24 h do 1 roku; średnia 14 tygodni). Natomiast właściwa diagnoza stawiana jest ze znacznym opóźnieniem, w jednej z analiz średni czas wynosił 24 tygodnie [15].

U chorych z kaszlem przewlekłym, u których stosowane są ACE-I nawet jeżeli długo wcześniej wystąpiły objawy należy zastosować przerwę w leczeniu.

Wynika to z kilku powodów: 1) początkowo objawy kaszlu spowodowane były przez zupełnie inną przyczynę, która ustąpiła a dalsze utrzymywanie się kaszlu jest wynikiem stosowania ACE-I, 2) druga sytuacja to nasilenie kaszlu, który występował wcześniej, ale nie był szczególnie dokuczliwy.

Czas trwania objawów: u większości chorych objawy ustępują w ciągu 12 tygodni od przerwania leczenia; zwykle po 1-7 dniach. Jakkolwiek niekiedy utrzymują się dłużej, nawet do roku. W tym drugim przypadku prawdopodobnie znaczenie ma nakładanie się dodatkowych przyczyn kaszlu, gdzie ACE-I są tylko czynnikiem nasilającym lub wyzwalającym objawy. Jakkolwiek patomechanizm tego zjawiska jest niejasny [12, 13, 14, 15, 16, 17]. Podobna sytuacja jest opisywana u chorych z obrzękiem naczyń ruchomym, gdzie objawy mogą utrzymywać się dłużej po odstawieniu tych leków. Świadomość, że te działania niepożądane mogą wystąpić w różny czasie od początku terapii oraz czasami nie ustępują od razu po zaprzestaniu tego leczenia jest istotna w diagnostyce kaszlu przewlekłego. Leczenie zastępcze: u chorych, u których podejrzewany jest związek przyczynowo-skutkowy pomiędzy początkiem wystąpienia kaszlu czy jego nasileniem należy odstawić te leki i zastosować inne leczenie według wskazań. Antagoniści receptora AT1 dla angiotensyny II mogą być stosowane u tych chorych bez zwiększonego ryzyka wystąpienia kaszlu polekowego. Czasowe odstawienie ACE-I, a następnie ponowne włączenie po ustąpieniu objawów jest dobrym testem u chorych, którzy z przyczyn kardiologicznych wymagają takiej terapii.

Jeżeli objawy kaszlu były spowodowane/nasilane przez ACE-I ustępują zwykle w ciągu kilku tygodni. Jakkolwiek opisywano również dłuższe utrzymywanie się objawów (co przedstawiono powyżej).

Kaszel po ACE-I może występować po zastosowaniu każdego leku z tej grupy i jego nasilenie nie jest zależne od dawki [12, 13, 14, 15, 16, 17].

Leczenie

Leki przeciwkaszlowe są nieskuteczne. Podejmowano próby leczenia kaszlu po ACE-I z zastosowaniem różnych leków: kromony, niektóre niesteroidowe leki przeciwzapalne, blokery kanałów wapniowych i baklofen. Optymalnym postępowaniem jest przerwa w terapii ACE-I i zastosowanie leków alternatywnych (siła zalecenia A) [12, 14].

Zespołu kaszlowy związany z górnymi drogami oddechowymi (upper airway cough syndrome - UACS)

Jest to dawna nazwa zespół ściekania wydzieliny po tylnej ścianie gardła (postnasal drip syndrome - PNDS)

Faktem jest, że różne objawy ze strony górnych dróg oddechowych często współwystępują z kaszlem przewlekłym (do 57% chorych). Zespół ten podawany jest jako istotna przyczyna przewlekłego kaszlu, jakkolwiek jego znaczenie wzbudza wiele dyskusji. Większość danych dotyczących UACS oparta jest na obserwacjach niepopartych kontrolowanymi badaniami klinicznym wg standardów EBM. Na pewno jest to niejednorodna grupa chorych; u części chorych będzie to jedyny powód kaszlu, a u innych tylko jedna z wielu przyczyn. U pozostałych współwystępujące choroby zapalne górnych dróg oddechowych nie będą miały żadnego znaczenia w etiologii kaszlu przewlekłego [18, 19].

Objawy zgłaszane przez chorych są różnorodne i dotyczą m.in. nosa, gardła i zatok przynosowych. Zdarzają się też przypadki nieme klinicznie jak np. u części chorych z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej nosa, gdzie dominuje blokada nosa i gromadzenie się gęstej wydzieliny. Niestety, część chorych "przyzwyczajają się" do objawów i nie zgłasza tych dolegliwości, dlatego ważna jest konsultacja laryngologiczna [20].

Diagnostyka opiera się na objawach klinicznych zgłaszanych przez chorego i/lub obecnych w badaniu laryngologicznym. Jakkolwiek żaden z objawów nie jest patognomoniczny i ich stwierdzenie nie pozwala na postawienie rozpoznania UACS. Ostatecznie o rozpoznaniu decyduje pozytywna odpowiedź na leczenie tj. ustąpienie lub zmniejszenie nasilenia kaszlu (tzw. terapia próbna).

Leczenie

W praktyce zastosowanie mają glikokortykosteroidy donosowe oraz leki przeciwhistaminowe. Zwykle oczekujemy pozytywnej odpowiedzi w ciągu dwóch tygodni. Na tym etapie również ważna jest diagnostyka alergologiczna, celem ustalenia etiologii objawów ze strony górnych dróg oddechowych [18, 19].

Wariant kaszlowy astmy oskrzelowej

Kaszel jest jednym z objawów astmy, dlatego u każdego chorego powinna być przeprowadzona diagnostyka w tym kierunku.

Należy rozważyć dwie różne sytuacje kliniczne: a) klasyczna, gdzie współwystępuje triada objawów: kaszel, duszność/trudności w oddychaniu, świsty - manifestowane w różnym stopniu, b) wariant kaszlowy, gdzie jedynym lub dominującym objawem klinicznym jest kaszel (cough-variant asthma, zespół Corrao).

Ta druga postać sprawia największe problemy diagnostyczne, ponieważ badanie podmiotowe i czynnościowe układu oddechowego mogą być prawidłowe [21, 22]. Zespół ten może poprzedzać rozwój pełnoobjawowej astmy [23]. W badaniu przedmiotowym najczęściej nie stwierdza się zmian osłuchowych nad polami płucnymi (świsty, furczenia, wydłużony wydech). Ponadto, u tych chorych zwykle nie występują zaburzenia czynnościowe pod postacią ograniczenia przepływu przez drogi oddechowe (prawidłowa spirometria, szczytowy przepływ wydechowy - PEF). Natomiast istotną cechą jest stwierdzenie nadreaktywności oskrzeli w teście prowokacji różnymi bodźcami np. histaminą, czy metacholiną - metody czułe, ale mało swoiste. W przypadku ujemnego wyniku tego testu trzeba szukać innych przyczyn kaszlu. Stężenie tlenu azotu w powietrzu wydychanym może być podwyższone [21, 22, 24].

Leczenie

W leczeniu stosuje się glikokortykosteroidy wziewne, w razie braku poprawy można dodatkowo zastosować leki antyleukotrienowe. Kaszel zwykle ustępuje lub ulega złagodzeniu w ciągu 8 tygodni. W ciężkich przypadkach opornych na leczenie (brak poprawy albo częściowa) skuteczne mogą okazać się glikokortykosteroidy doustne podawane w różnych schematach (np. prednizon 40 mg przez tydzień lub 30 mg przez 14 dni) [21, 22, 25].

Nieastmatyczne eozynofilowe zapalenie oskrzeli (nonasthmatic eosinophilic bronchitis – NAEB)

W diagnostyce różnicowej należy uwzględnić eozynofilowe zapalenie oskrzeli (NAEB), jako częstą przyczynę kaszlu (10-30%). Jego etiopatogeneza jest słabo poznana, wskazuje się na znaczenie alergenów i czynników związanych ze środowiskiem pracy. NAEB charakteryzuje się kaszlem przewlekłym i prawidłową spirometrią. W przeciwieństwie do astmy nie stwierdza się nadreaktywności oskrzeli w próbach prowokacyjnych. Analiza wydzieliny oskrzelowej, płwociny i krwi obwodowej wykazuje obecność eozynofili podobnie jak u części chorych na astmę. Ponadto stężenie tlenu azotu w powietrzu wydychanym może być podwyższone.

Leczenie

Podstawowym lekiem są glikokortykosteroidy wziewne. Brak pełnej diagnostyki skutkuje tym, że chorym tym często stawia się rozpoznanie wariantu kaszlowego astmy [25, 26].

Choroba refluksowa przełyku (gastroesophageal reflux disease - GERD)

Związek pomiędzy kaszlem izolowanym a GERD jest przedmiotem wielu analiz. Wskazuje się, że może mieć znaczenie w wyzwalaniu/nasileniu tego objawu w 20-40% przypadków.

Szczególnie dużo dyskusji wzbudza znaczenie refluksu w rozwoju kaszlu u chorych bez typowych objawów tej choroby, czyli zgagi, pustego i kwaśnego odbijania oraz uczucia cofania się treści żołądkowej do przełyku lub innych mniej charakterystycznych objawów.

Według schematów diagnostycznych po wykluczeniu UACS, astmy/eozynofilowego zapalenia oskrzeli jako przyczyny kaszlu izolowanego, należy uwzględnić udział GERD.

Leczenie

W praktyce sprowadza się to do zastosowania tzw. leczenia próbnego lekami antysekrecyjnymi (inhibitory pompy protonowej) przez 2-3 miesiące oczekując ustąpienia/złagodzenia objawów. Jednak należy zaznaczyć, że pomimo takich sugestii, analizy Cochrane Database wskazują na brak jednoznacznych dowodów naukowych w tym zakresie. Jakość dostępnych danych naukowych nie pozwala na wysunięcie ostatecznych wniosków. Wskazuje się na konieczność przeprowadzenia dobrze kontrolowanych badań klinicznych z zastosowaniem jednolitego schematu/kwestionariusza oceny kaszlu. Całość zagadnienie komplikuje fakt, że oprócz refluksu kwaśnego, który może być skutecznie leczony inhibitorami pompy protonowej i blokerami receptora H₂, u części chorych występuje refluks niekwaśny, który nie poddaje się leczeniu lekami antysekrecyjnymi. Poza tym wyróżnia się również refluks kwaśny oporny na leczenie.

W chwili obecnej najlepszą metodą, która pozwala ocenić te zjawiska jest wielokanałowy pomiar impedancji prowadzony łącznie z 24-godzinną pH-metrią przełykową.

Zanim zostaną opracowane nowe zalecenia, obecnie należy uwzględnić leczenie w kierunku GERD lekami antysekrecyjnymi u chorych z kaszlem izolowanym po wykluczeniu innych przyczyn. W leczeniu zastosowanie mają również leki, które wpływają na motorykę i napięcie dolnego zwieracza przełyku np. metoklopramid, baclofen, jakkolwiek w tym zakresie konieczne są również dalsze badania [3, 24, 25, 26, 27].

Kaszel idiopatyczny/o niewyjaśnionej etiologii

Po wykluczeniu płucnych i pozapłucnych przyczyn kaszlu przewlekłego rozpoznawany jest kaszel przewlekły idiopatyczny/o nieustalonej etiologii. Do tej grupy kaszlu zaliczamy chorych, u których pomimo kompleksowej/szczegółowej diagnostyki nie udało się ustalić jego etiologii (0-2% do 30%). W części przypadków może to wynikać z faktu nie w pełni poznanych mechanizmów kaszlu i zjawisk mu towarzyszących. Wskazuje się na znaczenie czynników infekcyjnych, genetycznych oraz zjawisk z autoagresji. Obecnie szczególnie zainteresowanie wzbudza zagadnienie autoimmunologicznego zapalenia w oskrzelach, oskrzelikach lub/miąższu płucnym, której wykładnikiem może być zapalenie limfocytarne. Ponadto, w tej grupie pacjentów stwierdza się częstsze występowanie chorób z autoagresji np. choroby Hashimoto [26, 27, 28].

Schemat diagnostyczny u chorych z kaszlem przewlekłym

Diagnostyka różnicowa kaszlu przewlekłego stanowi trudny problem kliniczny. Ogólną zasadą procesu diagnostycznego jest szukanie przyczyny tam gdzie zlokalizowane są receptory kaszlu, a więc w pierwszej kolejności w układzie oddechowym. Należy pamiętać, że receptory kaszlowe znajdują się także w innych lokalizacjach, w tym w przełyku, osierdziu czy przewodzie słuchowym zewnętrznym, co należy również uwzględnić w kolejnych etapach procesu diagnostycznego.

Starannie zebrany wywiad i dokładne badanie przedmiotowe uzupełnione o podstawowe badania biochemiczne krwi - profil kontrolny, badanie radiologiczne kłp i badanie czynnościowe układu oddechowego (spirometria) ukierunkowuje proces diagnostyczny i przyspiesza rozpoznanie. Istnieją pewne cechy kaszlu i objawy/czynniki towarzyszące, które mogą ułatwić rozpoznanie, jakkolwiek żadne z nich nie są patognomoniczne dla określonej jednostki chorobowej.

Chory z kaszlem - o co pytamy?

- 1. Od kiedy? lokalizacja odruchu: 1) okolic gardła-krtani, 2) kłp?**
- 2. Początek kaszlu, w jakich okolicznościach pojawiły się pierwsze objawy: 1) infekcja - kaszel ostry i poinfekcyjny, 2) zakrztuszenie się np. pokarmem lub małym przedmiotem.**
- 3. Suchy czy z odkrztuszaniem plwociny? (np. plwocina śluzowa, ropna, podbarwiona krwią).**
- 4. Jak często występują objawy (codziennie lub z przerwami), o jakiej porze doby (np. w nocy - przewlekła niewydolność krążenia; nad ranem - astma; rano po przebudzeniu się - palenie tytoniu, początkowe stadia POCHP).**

- 5. Co nasila/wyzwała kaszel (np. spożywanie posiłków, określona pozycja ciała - choroba refluksowa przełyku; pora roku - ekspozycja na określone alergeny; wysiłek fizyczny; temperatura otoczenia; czynniki drażniące/toksyczne; stany emocjonalne).**
- 6. Stopień nasilenia kaszlu (np. słaby - pokasływanie, silny-napadowy - krztusiec).**
- 7. Objawy towarzyszące związane z układem oddechowym (np. trudności w oddychaniu/duszność, świsty, różne dolegliwości wynikające z zapalenia błony śluzowej nosa i zatok przynosowych).**
- 8. Objawy towarzyszące związane z przewodem pokarmowym (choroba refluksowa przełyku, przepuklina rozworu przełykowego).**
- 9. Inne objawy towarzyszące (np. krwioplucie, spadek masy ciała, stany gorączkowe).**
- 10. Znaczenie czynników zawodowych jako przyczyna lub zaostrzenie objawów.**
- 11. Choroby współistniejące.**
- 12. Osobniczy i rodziny wywiad w kierunku alergii i astmy.**
- 13. Stosowane leki, w szczególności ACE-I jako czynnik wyzwalający i nasilający kaszel.**
- 14. Ekspozycja na dym tytoniowy czynna i bierna, szczególnie istotna jako czynnik ryzyka POCHP, nowotworów i chorób śródmiąższowych płuc oraz czynnik nasilający kaszel o innej etiologii.**
- 15. Zanieczyszczenia środowiska w miejscu zamieszkania i środowisku pracy (ekspozycja na pyły nieorganiczne i organiczne pochodzenia roślinnego i zwierzęcego).**
- 16. Wywiad epidemiologiczny (np. gruźlica, krztusiec).**
- 17. Własna koncepcja chorego na temat przyczyny kaszlu.**

Powyższe pytania mogą być przydatne we wstępnej ocenie chorego, która będzie decydował o kierunku diagnostyki i kolejności wykonywania badań dodatkowych i konsultacji. W diagnostyce kaszlu przewlekłego i podostrego u każdego chorego bez względu na wstępnie podejrzewaną etiologię konieczne jest wykonanie badania radiologicznego kłp – badanie pierwszego rzutu, nawet jeżeli z dużym prawdopodobieństwem podejrzewamy kaszel polekowy, poinfekcyjny, astmę czy UACS nie zwalnia to lekarza z tego obowiązku.

Należy mieć na względzie, że etiologia kaszlu może być wieloczynnikowa, a badanie radiologiczne kłp pozwala wstępnie wykluczyć inne poważne choroby.

Badanie radiologiczne kłp może być przydatne we wstępnej diagnostyce (tzw. screening):

1. zapalenie płuc, w tym gruźlicze,
2. zastoinowa niewydolność serca,
3. nowotwór płuca,
4. choroby śródmiąższowe,
5. ciało obce,
6. inne nieprawidłowości, które można stwierdzić to poszerzony cień śródpiersia, płyn w jamie opłucnej, zwężenie czy przemieszczenie tchawicy. W dalszej kolejności badanie to powinno być rozszerzone o tomografię komputerową kłp, z uwzględnieniem tomografii komputerowej o wysokiej rozdzielczości (HRCT) w przypadkach podejrzewanych o zmiany śródmiąższowe, guzy płuca i śródpiersia, rozstrzenie oskrzeli. Ważnym badaniem jest również bronchoskopia.

O wskazaniach i kolejności tych badań decyduje obraz kliniczny i konsultacje specjalistyczne.

W zależności od możliwości diagnostycznych którymi dysponujemy, algorytm postępowania z chorym z przewlekłym kaszlem uwzględniana również możliwość zastosowania tzw. terapii próbnej m.in. w UACS, wariacie kaszlowym astmy, czy GERD. Jakkolwiek należy mieć na względzie, że stosowanie kolejnych tzw. terapii próbnych może bardzo wydłużyć proces diagnostyczny i opóźnić postawienie właściwego rozpoznania. Zatem nasze działania powinny być przemyślane i dostosowane do indywidualnego obrazu klinicznego [1, 2, 3, 5, 6, 29, 30].

W diagnostyce przewlekłego kaszlu nie można pominąć znaczenia alergenów w rozwoju częstych chorób, których jednym z objawów jest kaszel. Z punktu widzenia alergologa bardzo istotne jest wykonanie testów celem potwierdzenia lub wykluczenia znaczenia alergenów zarówno w rozwoju UACS i astmy, jak i kaszlu niezwiązanego z tymi chorobami. Identyfikacja alergenów istotnych klinicznie pozwala na lepsze ukierunkowanie leczenia objawowego - farmakoterapii. Ponadto, u części chorych pozwoli to na zastosowanie leczenia przyczynowego obejmującego unikanie/eliminację alergenów lub przynajmniej istotne ograniczenie ekspozycji oraz immunoterapię swoistą. Immunoterapia alergenowa nie tylko wytwarza/zwiększa stan tolerancji immunologicznej wobec alergenów i zmniejsza nasilenie objawów klinicznych, ale pozwala też na znaczne ograniczenie stosowania leków objawowych, a nawet w części przypadków powoduje brak konieczności takiego leczenia. W przeciwieństwie do farmakoterapii, odczulanie może wpłynąć na naturalny przebieg chorób atopowych zmniejszając ryzyko rozwoju nowych uczuleń i progresji choroby do zaawansowanych postaci [1, 2, 3, 5, 6, 29, 30].

Podsumowanie

Kaszel jest częstym objawem w codziennej praktyce lekarskiej. Jego postać ostra i podostra nie stanowi większego problemu, ze względu na swój samoograniczający się przebieg i możliwość zastosowania skutecznej farmakoterapii. Z kolei przewlekły kaszel stanowi istotny problem kliniczny ze względu na duże trudności zarówno diagnostyczne, jak i terapeutyczne, szczególnie gdy jest on izolowanym objawem ("alone cough"). Stanowi on powód wielu frustracji zarówno dla pacjenta, jak i lekarza. Często długotrwała diagnostyka i brak skutecznej terapii budzi obawy, że pod maską kaszlu kryje się podstępnie ciężka choroba, która nie została właściwie i szybko zdiagnozowana. Istnieje wiele przyczyn przewlekłego kaszlu, które mogą ze sobą współwystępować. W diagnostyce izolowanego kaszlu nie można pominąć znaczenia: inhibitorów konwertazy angiotensyny, astmy, choroby refluksowej przełyku, stanów zapalnych błony śluzowej nosa i zatok, eozynofilowego zapalenia oskrzeli. Proces diagnostyczny powinien być przemyślany i dostosowany do indywidualnego obrazu klinicznego.

□

Adres do korespondencji:

Prof. dr hab. med. Alicja Kasperska-Zajac Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii SUM ul. Marii Curie-Skłodowskiej 10 41-800 Zabrze tel: (+48) 323732323; email: kasperska@plusnet.pl

Pracę nadesłano 2014.10.25

Zaakceptowano do druku 2014.10.28

Konflikt interesów nie występuje.

Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)