

# Nie każda nawracająca obturacja oskrzeli współistniejąca z alergią pokarmową jest astmą

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

Lek med.  
**Julita Chądyńska**

Klinika Pneumonologii  
i Alergologii  
Wieków Dziecięcego AM  
w Warszawie

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

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

Recurring wheezy bronchitis which coexists with food allergy is not always asthma.

### S U M M A R Y

We present a case of a three year old girl with symptoms of food allergy, recurring wheezy bronchitis, chronic cough, chronic inflammation of nasal mucus, otitis media treated without clinical improvement for two and a half years with medications used in asthma and allergic rhinitis. The coexistence of skin symptoms caused by cow milk allergy, nasal, bronchial and auricular symptoms were probably the reason of incorrect diagnosis.

**Przedstawiono przypadek 3 letniej dziewczynki z objawami alergii pokarmowej, nawracającymi zapaleniami oskrzeli, przewlekłym kaszlem, przewlekłym zapaleniem błony śluzowej nosa i zapaleniem ucha środkowego leczonej, bez oczekiwanego efektu terapeutycznego, przez przeszło 2,5 roku lekami stosowanymi w astmie i alergicznym nieżycie nosa. Współistnienie zmian skórnych w przebiegu alergii pokarmowej na białka mleka krowiego i zmian ze strony nosa, oskrzeli i uszu było najprawdopodobniej powodem błędnego rozpoznania astmy i alergicznego nieżyty nosa , a w konsekwencji nieprawidłowego leczenia.**

Zawadzka-Krajewska A.: Nie każda nawracająca obturacja oskrzeli współistniejąca z alergią pokarmową jest astmą, 2007, 4: 36-38

## Wywiad

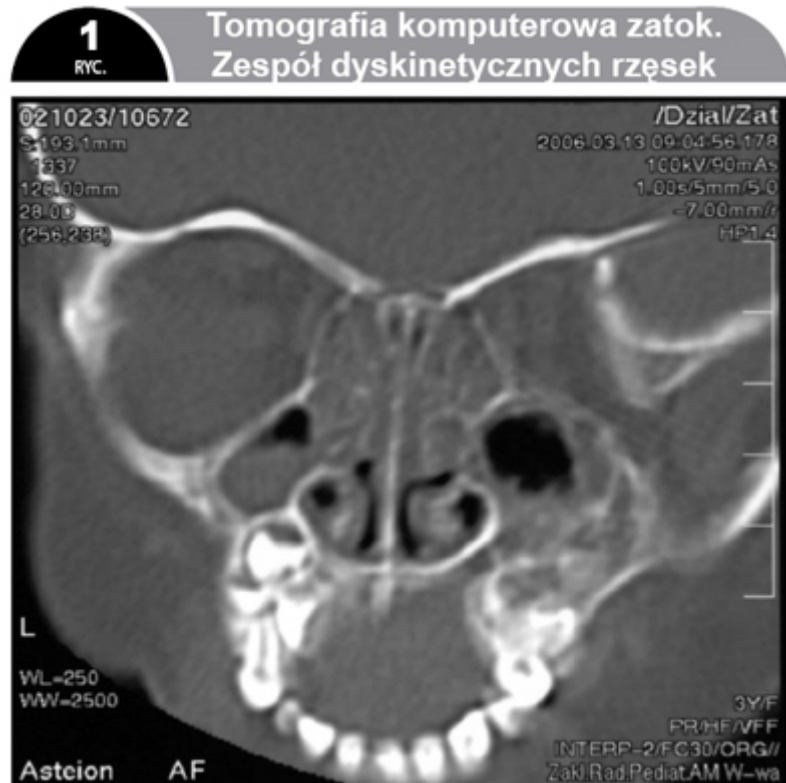
B.W. 3 letnia dziewczynka z C II , P I , pierwsza ciąża zakończona poronieniem samoistnym w 12 Hbd, urodzona o czasie porodem prawidłowym. Masa ciała urodzeniowa 3940 g , 56 cm długości , ocena w skali Apgar na 10 punktów. Dziecko nie obciążone alergicznym wywiadem rodzinnym. Karmione piersią do 11 miesiąca życia. W 3 miesiącu życia z powodu pojawienia się swędzących zmian typu grudki wysiękowych na skórze policzków, w zgięciach łokciowych i kolanowych, na grzbietowej powierzchni dłoni i stóp rozpoznano u dziewczynki wyprysk. Karmiącej piersią matce

zalecono dietę bezmleczną , prawidłową pielęgnację skóry dziecka i środowisko hipoałergiczne z ograniczeniem ekspozycji na sierść zwierząt, źródła kurzu domowego, pierze, pleśnie.

Po usunięciu z diety matki mleka i przetworów mlecznych obserwowano ustąpienie zmian skórnych u dziecka. Problemem pozostały jednak utrzymujące się od wczesnego wieku niemowlęcego nawracające zapalenia ucha środkowego, przewlekający się nieżyt nosa, nawracające obturacyjne zapalenie oskrzeli , napadowy kaszel. Kaszel był mało produktywny , występował niezależnie od pory dnia , nasilał się zwykle w godzinach nocnych i porannych. Na podstawie obserwowanych objawów klinicznych rozpoznano u dziecka astmę , alergiczny nieżyt nosa i wysiękowe zapalenie ucha środkowego i leczono z miernym efektem doustnymi lekami przeciwhistaminowymi, przeciwleukotrienowymi, steroidami podawanymi w formie wziewnej przez przystawkę objętościową i na błonę śluzową nosa.

Podejrzewając, że obserwowane zmiany mogą być spowodowane alergenem pokarmowym, eliminowano kolejne pokarmy z diety, uszczuplając ją do podawania jedynie kilku produktów, bez istotnej poprawy stany klinicznego . Dodatkowo z powodu nawracających zakażeń układu oddechowego dziecko było wielokrotnie leczone antybiotykami.

Z powodu niepowodzeń w dotychczasowym leczeniu , braku poprawy mimo prawidłowego leczenia astmy i alergicznego nieżytu nosa w celu pogłębienia diagnostyki, dziewczynka została przyjęta do kliniki ze wstępnym rozpoznaniem astmy , alergicznego nieżytu nosa, nawracających zapaleń ucha środkowego , alergii pokarmowej.



## Badanie

W dniu przyjęcia do oddziału dziecko było w stanie dobrym, prawidłowo rozwinięte pod względem fizycznym i psycho - ruchowym. Osluchowo nad polami płucnymi słyszalne były liczne firczenie i rżenia grubobańkowe.

W nosie zalegała bardzo obfita śluzowo-ropna wydzielina. Ropna wydzielina sphywała również po tylnej ścianie gardła. Badaniem otoskopowym stwierdzono obustronne ropne zapalenie uszu. Zwracał uwagę napadowy, mało produktywny męczący kaszel prowokujący do wymiotów.

## Leczenie wstępne

Do leczenia włączono antybiotyki , mukolityki , zlecono fizjoterapię /oklepywanie/. Odstawiono wszystkie dotychczas przyjmowane leki , wychodząc z założenia, że pogorszenie przebiegu choroby po zaprzestaniu podawania steroidów wziewnych i krótkodziałających  $\beta_2$  mimetyków dodatkowo mogłoby wskazywać na rozpoznanie astmy.

## Różnicowanie

Na podstawie dotychczasowego przebiegu choroby w badaniach diagnostycznych wzięto pod uwagę następujące schorzenia:

- mukowiscydozę
- wysoki refleks żołądkowo-przełykowy
- zespół dyskinetycznych rzęsek
- zaburzenia odporności
- alergię /astma i alergiczny nieżyt nosa/

## Diagnostyka

W wykonanych badaniach stwierdzono :

- w zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej obraz narządów prawidłowy;
- prawidłowe stężenie chlorków w pocie;
- prawidłowe stężenie Ig A, M, G;
- podwyższone stężenie IgE 63,1 KU/L /norma do 32 KU/L/;
- dodatkowo punktowe testy skórne z natywnymi alergenami pokarmowymi / mleko 5 x 5 mm , histamina 4 x 4 mm, pozostałe - marchew, białko jaja kurzego , żółtko jaja kurzego, seler, pietruszka, ryż, kukurydza, ziemniak, soja, drożdże, mąka pszenna, jabłko ujemne /;
- dodatkowo płatkowe testy skórne z natywnymi alergenami pokarmowymi / pietruszka ++ , mleko ++ , pozostałe ujemne /;
- nie potwierdzono obecności refluku żołądkowo-przełykowego w 24-godzinnej pH-metrii przełyku;
- w tomografii komputerowej zatok stwierdzono całkowicie bezpowietrzne sitowie, zatoki szczękowe z masywnym obrzękiem śluzówek, podobne zmiany w obrębie zatoki klinowej , kompleksy ujściowo-przewodowe niedrożne, zatoki czołowe niewykształcone./ Ryc.1/
- nieprawidłowe badanie tympanometryczne / badanie wykonano 8 miesięcy po hospitalizacji . / Ryc. 2 /

Podjeżdżając zespół dyskinetycznych rzęsek pobrano materiał do badania ultrastruktury rzęsek spod małżowiny środkowej nosa.

W mikroskopie elektronowym przeanalizowano 155 przekrojów poprzecznych przez rzęski. We wszystkich rzęskach stwierdzono brak obu ramion dyneinowych. Ponadto w 59 rzęskach / 38%/ obecne były dodatkowe tubule obwodowe. Osie symetrii przechodzące przez tubule centralne były na ogół ułożone w różnych kierunkach. Taki obraz ultrastruktury rzęsek potwierdził rozpoznanie zespołu dyskinetycznych rzęsek./ Ryc. 3 /

## Leczenie

W czasie 10-dniowego pobytu w oddziale po zastosowaniu antybiotykoterapii , a przede wszystkim po podaniu mukolityków i wdrożeniu intensywnej fizjoterapii , umożliwiającej wykrztuszenie zlegającej w drzewie oskrzelowym wydzieliny i udrożnieniu nosa obserwowano poprawę stanu klinicznego.

Ostatecznie u dziecka rozpoznano :

- zespół dyskinetycznych rzęsek , czego następstwem były nawracające zapalenia błony śluzowej nosa, uszu i oskrzeli , jak również przewlekający się kaszel z trudnością w odkrztuszaniu zalegającej wydzieliny;

- alergię pokarmową wymagającą eliminacji z diety jedynie mleka krowiego, po którym dziecko zgłaszało dolegliwości bólowe ze strony przewodu pokarmowego.

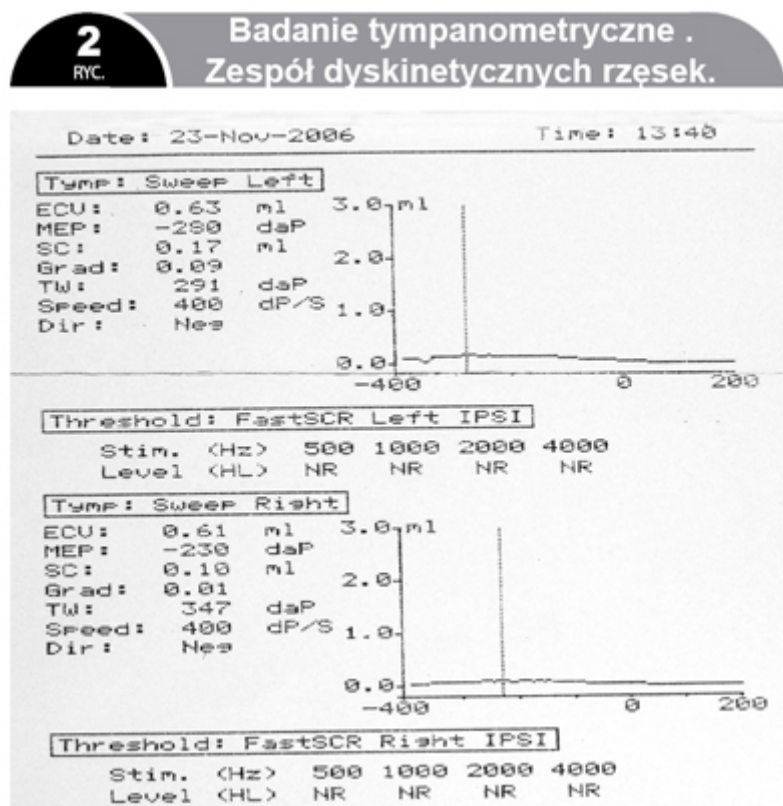
## Dyskusja.

Pierwotna dyskineza rzęsek jest rzadkim zespołem występującym z częstością od 1 : 15 000 do 1 : 30 000 żywych urodzeń (1). Do częstych objawów w okresie noworodkowym należą : zespół zaburzeń oddychania noworodków / RDS - respiratory distress syndrom/ , przewlekające się zapalenie błony śluzowej nosa, zapalenie płuc, odwrócone położenie trzewi.

**U niemowląt i starszych dzieci występują nawracające, obturacyjne zapalenia oskrzeli, przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok, przewlekłe wysiękowe zapalenie uszu (2).**

Astma jest najczęściej występującą przewlekłą chorobą układu oddechowego u dzieci. Być może dlatego u dzieci ze skłonnością do nawracających obturacyjnych zapaleń oskrzeli lub z przewlekającym się napadowym nieproduktywnym kaszlem i dodatkowo w okresie niemowlęcym z objawami alergii pokarmowej zwykle rozpoznawana jest astma, a nie zespół dyskinezy rzęsek (3,4). Popelniane błędy, w ustaleniu prawidłowego rozpoznania, wynikają również z trudności w rozpoznawaniu astmy szczególnie u dzieci najmłodszych. Brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych w rozpoznawaniu astmy wczesnodziecięcej, opieranie się na danych z wywiadu, ilości obturacyjnych oskrzeli, obrazie klinicznym, w którym często jedynym objawem jest napadowy, bezproduktywny, nasilający się w godzinach nocnych lub powysiłkowy kaszel sprzyja możliwości popełnienia błędów diagnostycznych.

W aspekcie zmian zapalnych astma i alergiczny nieżyt nosa są jedną chorobą dróg oddechowych o różnej lokalizacji, dlatego współistnienie przewlekającego się nieżytu nosa i nawracających obturacji oskrzeli dodatkowo może sugerować rozpoznanie astmy i alergicznego nieżytu nosa. Brak spodziewanej poprawy po zastosowaniu prawidłowego leczenia astmy skłania do rozważenia innej niż astma przyczyny nawracających, przedłużających się obturacji oskrzeli. Należy wówczas rozważyć diagnostykę w kierunku mukowiscydozy, zaburzeń odporności humoralnej lub/i komórkowej, refluksu żołądkowo-przełykowego, wady oskrzeli.



Stosunkowo rzadko w diagnostyce uwzględnia się zespół dyskinetycznych rzęsek. Wśród dzieci z przewlekłymi zakażeniami układu oddechowego aż 11 % cierpi na pierwotną

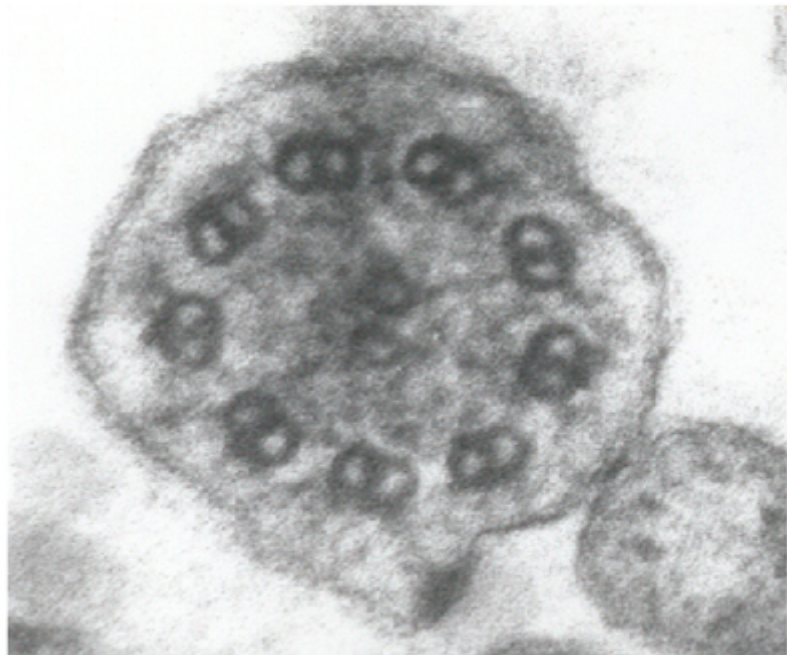
dyskinezję rzęsek (5), okazuje się więc, że nie jest to aż tak rzadka przyczyna przewlekłych zakażeń.

Badanie ultrastruktury rzęsek jest powszechnie mało dostępne, wymaga fachowej oceny w mikroskopie elektronowym, jest również kosztowne. Stanowi jednak podstawę rozpoznania zespołu dyskinetycznych rzęsek (3,6). Alternatywą jest ocena ruchomości rzęsek za pomocą testu sacharynowego. Badanie to jest niemożliwe do wykonania u małych dzieci, wymaga bowiem powstrzymania się od kichania i kaszlu, dodatkowo dziecko powinno mieć prosto ustawioną głowę i zachować wymuszoną pozycję w trakcie przeprowadzanego testu (3).

U dzieci ze skłonnością do przewlekania się zmian zapalnych w narządach, w których występują urzęsione komórki nabłonka, a więc u dzieci ze współistniejącymi zmianami ze strony m.in. ucha środkowego, nosa, zatok, oskrzeli należy zawsze myśleć o możliwości dyskinezji rzęsek (2). Choć zespół ten występuje stosunkowo rzadko, a objawy mogą niejednokrotnie sugerować astmę, szczególnie u dzieci najmłodszych brak poprawy klinicznej po leczeniu przeciwastmatycznym powinien skłaniać do szukania innej przyczyny obserwowanych zmian, bo prawdą jest, że nie wszystko co świszcze i przebiega z obturacją oskrzeli jest astmą.

**3**  
RYC.

Zespół dyskinetycznych rzęsek. Ultrastruktura rzęski (zdjęcie spod mikroskopu elektronowego).  
Brak ramion dyneinowych zewnętrznych i wewnętrznych.



Piśmiennictwo: 1. Bush A. The emerging genetics of primary ciliary dyskinesia. Am J Respir Crit Care Med.2006;174:109-110. 2. Stannard W. O'Callaghan CH. Ciliary function and the role of cilia in clearance. J Aerosol Med.2006;19:110-115. 3. Bush A. Cole P. Hariri M. i wsp. Primary ciliary dyskinesia: diagnosis and standards of care. Eur Resp J.1998;12:982-988. 4. Meeks M. Bush A. Primary ciliary dyskinesia / PCD /. Ped Pulmonol.2000; 29:307-311. 5. Buchdahl RN. Ciliary abnormalities in respiratory disease. Arch Dis Child. 1988;63:238-243. 6. Noone PG. Leigh MW. Sannuti A. i wsp. Primary ciliary dyskinesia: diagnostic and phenotypic features. Am J Respir Crit Care Med .2004;169:459-467.

Zamknij

Drukuj