

Zespół przewlekłego spływanienia wydzieliny po tylnej ścianie gardła

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

Klinika Pneumonologii i
Alergologii Wieku Dziecięcego
UM w Warszawie
Kierownik: Prof. UM dr hab. n.
med. Marek Kulus

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

Postnasal drip syndrome .

S U M M A R Y

Postnasal drip syndrome (PNDS) is the most common cause of chronic cough. PNDS may be caused by rhinitis (allergic or non-allergic), sinusitis (acute or chronic), gastroesophageal reflux disease and irritants. Pathogenesis of cough from PNDS is due to mechanical stimulation of cough receptors located in the pharynx or larynx by mucus dropping down the back of the throat. The diagnosis of PNDS including symptoms, physical examinations findings, radiographic finding and response to specific therapy.

Najczęstszą przyczyną przewlekłego kaszlu jest zespół przewlekłego spływanienia wydzieliny po tylnej ścianie gardła (postnasal drip syndrome PNDS). Przyczyną PNDS może być zapalenie błony śluzowej nosa (alergiczne lub nie alergiczne), zapalenie zatok (ostre lub przewlekłe), choroba refleksowa przełyku, czynniki drażniące. Kaszel w przebiegu zespołu PNDS jest następstwem mechanicznej stymulacji receptorów zlokalizowanych w gardle i krtani przez wydzielinę spływającą po tylnej ścianie gardła. Rozpoznanie PNDS oparte jest na objawach klinicznych, badaniu przedmiotowym, badaniu radiologicznym i odpowiedzi na zastosowane leczenie.

Zawadzka-Krajewska A.: Zespół przewlekłego spływanienia wydzieliny po tylnej ścianie gardła. Alergia, 2011, 2: 39-41

Opis przypadku

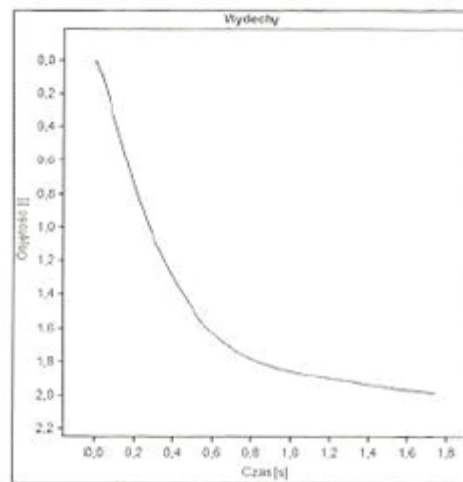
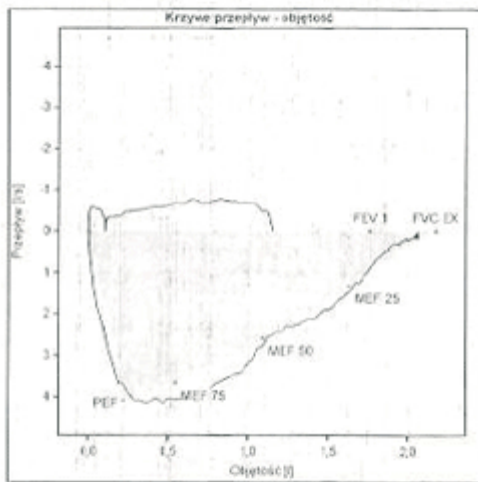
PS chłopiec 7,5 letni został przyjęty do kliniki z powodu przewlekłego kaszlu z towarzyszącym upośledzeniem drożności nosa w celu diagnostyki w kierunku astmy oskrzelowej i alergicznego nieżytu nosa. Dziecko nie było obciążone alergicznym wywiadem rodzinnym i osobniczym. Do 3. roku życia, do czasu pójścia do przedszkola, chłopiec nie chorował, rozwijał się prawidłowo. Od 3. roku życia chorował na nawracające zakażenia górnych dróg oddechowych, które były leczone antybiotykami i lekami objawowymi. Kilkakrotnie rozpoznano u niego zapalenie oskrzeli przebiegające z obturacją, z silnym napadowym kaszlem. Kaszel miał tendencję do utrzymywania się długo jeszcze po zakończeniu leczenia. Z powodu przerostu migdałka gardłowego i przewlekłego wysiękowego zapalenia uszu, w maju 2010 roku, chłopiec miał usunięty migdałek gardłowy i założony drenaż wentylacyjny jam bębnekowych.

1a
RYC.Pacjent PS.
Badanie spirometryczne

Pracownia Patofizjologii Oddychania
01-184 Warszawa ul. Działdowska 1 tel: 022 452-32-29

wisko (pleć): [redacted]
zenia (wiek): [redacted]
Vaga / BMI: 134 cm / 29,0 kg / 16,2
nta:
nia: 7 kwietnia 2011 r. 10:07

onywano badania spirometrii wolnej.
onano żadnego akceptowalnego manewru przepływ objętość.
powtarzalności w skali NLHEP. F



Lp.	Parametr	Jdn	Ref	Nal	Akt 4	A4/N%	SR 4	P 4
1	FEV 1	l	Z	1,76	1,85	105	+0,57	72
2	FEV 0,5	l			1,49			
3	FVC EX	l	Z	2,17	2,06	95	-0,77	22
4	FVC IN	l	Z	2,17	1,15	53	-9,38	< 1
5	VC MAX	l	Z	2,17	2,06	95	-0,77	22
6	VPEF	l			0,47			
7	FEV 1 % FVC EX	%	H	86,62	89,81	104	+0,54	71
8	FEV 1 % VC MAX	%	Z	84,47	89,81	106	+1,17	88
9	PEF	l/s	Z	4,08	4,17	102		
10	MEF 75	l/s	Z	3,68	4,05	110		
11	MEF 50	l/s	Z	2,60	3,04	117	+0,99	84
12	MEF 25	l/s	Z	1,33	1,73	130		
13	FEF 75/85	l/s			1,36			
14	FEF 25/75	l/s	H	1,75	2,78	159	+1,87	97
15	TPEF	s			0,11			
16	FET	s			1,75			
17	TTOT	s			4,80			

Z) - Zapletal, (C) - Cherniack, (Mc) - Macfie, (U) - Ulmer, (Kh) - Keller-Herzog, (M) - Morris, (F) - Forche, (B) - Billet, (C) - Cotes, (lg) - Inst. Gruźlicy i Alergii, (P) - Polgar, (Cr) - Crapo, (Hs) - HSE

NO 2,1
2,4

ENO 2,3

Pozostawał pod stałą opieką laryngologa i alergologa. leczony był przez ostatnie 2 lata lekiem przeciwleukotrieniowym i przeciwhistaminowym bez widocznego efektu terapeutycznego.

W dniu przyjęcia do oddziału dziecko było w stanie dobrym. Badaniem przedmiotowym stwierdzono obrzęk i przekrwienie błony śluzowej nosa, powiększone grudki chłonne na tylnej ścianie gardła, sptywanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, przekrwioną śluzówkę

gardła. Poza tym nie stwierdzono odchyień od stanu prawidłowego. W czasie badania chłopiec pochrząkiwał, w pozycji leżącej na plecach kilkakrotnie przełykał sphywającą po tylnej ścianie gardła wydzielinę.

1b
RYC.

Pacjent PS. Odwracalność po β 2-mimetyku



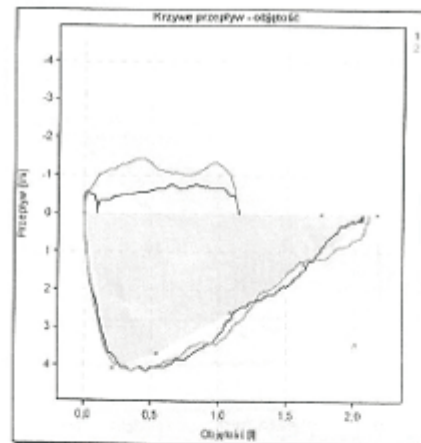
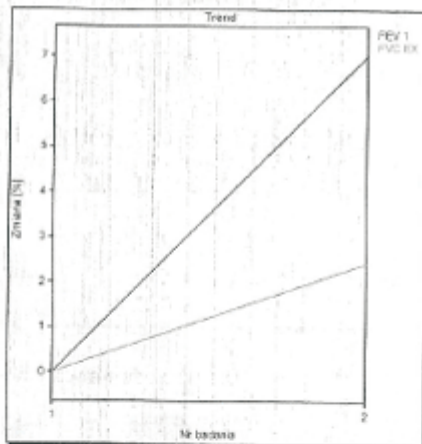
LUNGTEST Przepływ - O

Pracownia Patofizjologii Oddychania
01-184 Warszawa ul. Działdowska 1 tel: 022 452-32-29

Imię i nazwisko (płeć): XXXXXXXXXX
Data urodzenia (wiek): XXXXXXXXXX
Wzrost / Waga / BMI: 134 cm / 29,0 kg / 16,2
Kod Pacjenta:

Data badania: 1. 7 kwietnia 2011 r. 10:07
2. 7 kwietnia 2011 r. 10:34

Próba rozkurczowa słabo odwracalna.
delta FEV1 = 129ml, delta FEV1/Pred = 7%
delta FVCex = 49ml, delta FVCex/Pred = 2%



Lp.	Parametr	Jdn	Nal	Akt 1	Akt 2	\pm A2/1%
1	FEV 1	l	1,76	1,85	1,98	+7
2	FEV 0,5	l		1,49	1,48	-1
3	FVC EX	l	2,17	2,06	2,11	+2
4	FVC IN	l	2,17	1,15	1,14	-1
5	VC MAX	l	2,17	2,06	2,11	+2
6	VPEF	l		0,47	0,36	-23
7	FEV 1 % FVC EX	%	86,62	89,81	93,84	+4
8	FEV 1 % VC MAX	%	84,47	89,81	93,84	+4
9	PEF	l/s	4,08	4,17	4,16	
10	MEF 75	l/s	3,68	4,05	4,03	
11	MEF 50	l/s	2,60	3,04	3,19	+5
12	MEF 25	l/s	1,33	1,73	1,29	-25
13	FEF 75/85	l/s		1,36	1,21	-11
14	FEF 25/75	l/s	1,75	2,78	2,62	-6
15	TPEF	s		0,11	0,08	-27
16	FET	s		1,75	1,22	-30
17	TTOT	s		4,80	2,37	-51



Inhalacyjny System Prowokacji Alergologicznych

Pracownia Patofizjologii Oddychania

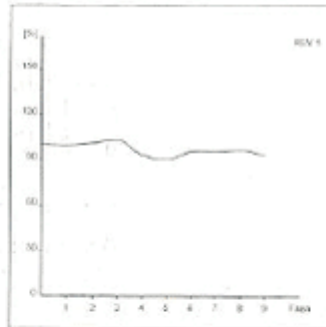
01-184 Warszawa ul. Działdowska 1 tel. 022 452-32-29

Imię i nazwisko pacjenta:

Data urodzenia:

Data badania:

8 kwietnia 2011 r. 7:11



Program sterowany oddechem												
Faza	Nazwa leku	Koncentracja	Dawka pochłonięta	FEV1	Zmiana FEV1	Czas inhalacji	Czas fazy	Przerwa	Liczba wdechów	Średni czas wdechu	Jednostka inhalacyjna	
		[mg/ml]	[mg]	[l]	[%]	[min:s]	[min:s]	[min:s]		[min:s]	[ml]	
0	< Bateria wstępna >	---	---	1,02	+1	---	---	---	---	---	---	
1	PPS	---	---	1,59	-2	0:12,0	4:25,5	---	57	0:00:15	---	
2	Metacholina	0,162 l	0,004 650 000 l	1,94	+2	0:12,0	1:24,0	0:30:20	55	0:00:34	0,005 40	
3	Metacholina	0,325 l	0,009 300 000 l	1,95	+3	0:12,0	1:25,0	0:32:17	37	0:00:35	0,005 40	
4	Metacholina	0,350 l	0,016 200 000 l	1,79	-4	0:12,0	1:25,0	0:30:30	37	0:00:34	0,005 40	
5	Metacholina	0,500 l	0,032 400 000 l	1,73	-5	0:12,0	1:17,5	0:30:30	28	0:00:42	0,005 40	
6	Metacholina	1,000 l	0,064 800 000 l	1,62	-4	0:12,0	1:11,2	0:30:50	10	0:00:46	0,005 40	
7	Metacholina	2,000 l	0,129 600 000 l	1,63	-4	0:12,0	1:05,5	0:01:50	24	0:00:42	0,005 40	
8	Metacholina	4,000 l	0,259 200 000 l	1,64	-3	0:12,0	1:22,8	0:00:20	29	0:00:41	0,005 40	
9	Metacholina	8,000 l	0,518 400 000 l	1,75	-5	0:12,0	1:05,5	0:01:50	29	0:00:41	0,005 40	

FEV1 – objętość powietrza FEV1 + PPS w czasie wdechu wolumetrycznego
 FEV1 – objętość powietrza FEV1 + PPS w czasie wdechu wolumetrycznego
 FEV1 – objętość powietrza FEV1 + PPS w czasie wdechu wolumetrycznego

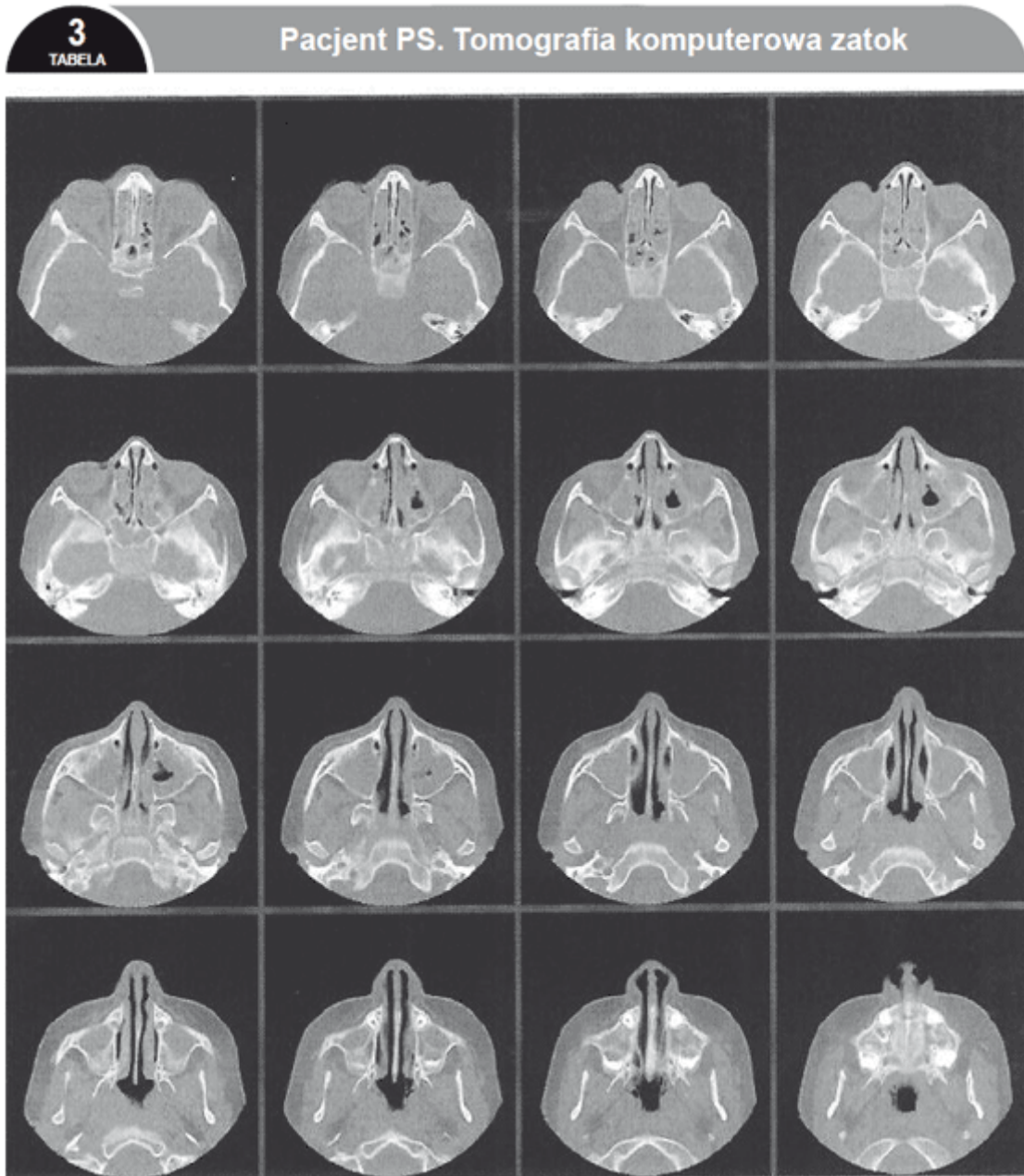
Strona 1 / 1

Badania diagnostyczne

W celu wyjaśnienia przyczyny przewlekłego kaszlu wykonano u chłopca następujące badania:

- badanie spirometryczne i odwracalność po β_2 -mimetyku – wartości spirometrii prawidłowe, odwracalność 7% /ryc 1a, ryc 1b /
- test nieswoistej prowokacji oskrzeli metacholiną – wynik badania ujemny /ryc. 2/
- ocena stężenia wydychanego tlenu azotu – ENO 2,3 PPB, wynik prawidłowy (wartości prawidłowe wg naszej pracowni wynoszą do 25 PPB).
- punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi-testy ujemne, kontrola dodatnia z histaminą 4x4mm
- stężenia całkowitego IgE-10,2 kU/l /norma do 63 kU/l /
- stężenie w surowicy krwi IgA, IgM, IgG – w normie
-
- 24-godzinna pH-metriaprzełyku – badanie nie wykazało obecności kwaśnego refleksu żołądkowo-przełykowego
- badanie EKG – zapis prawidłowy
- badanie radiologiczne klatki piersiowej – miąższ płucny bez zagęszczeń. Jamy opłucnowe wolne. Sylwetka serca i rysunek naczyniowy płuc w normie
- 24-godzinna pH-metria przełyku – badanie nie wykazało obecności kwaśnego refleksu żołądkowo-przełykowego
- badanie EKG – zapis prawidłowy
- badanie radiologiczne klatki piersiowej – miąższ płucny bez zagęszczeń. Jamy opłucnowe wolne. Sylwetka serca i rysunek naczyniowy płuc w normie

- tomografia komputerowa zatok-zatoki oboczne nosa



Dyskusja.

Zespół przewlekłego spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła (postnasal drip syndrome PNDS) jest jednym z najczęstszych powodów przewlekłego kaszlu. Spływająca wydzielina z nosa i z zatok stymuluje włókna afferentne na tylnej ścianie gardła czego następstwem jest pobudzenie ośrodków kaszlu w rdzeniu przedłużonym (1). Od dawna trwa dyskusja na temat terminologii zespołu PNDS.

Prawie całkowicie bezpowietrzne. Kompleksy ujęciowoprzewodowe obustronnie niedrożne. Nieco powiększony migdałek gardłowy. Jamy bębnekowe częściowo bezpowietrzne, wysięk (ryc.3).

Rozpoznanie

Dwudniowy pobyt w oddziale miał charakter diagnostyczny, w tym czasie chłopiec nie otrzymywał żadnych leków. Został wypisany do domu z rozpoznaniem:

Zespół przewlekłego sływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła w przebiegu przewlekłego zapalenia zatok i przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa.

Chłopiec wymaga dalszej opieki laryngologicznej.

W Wielkiej Brytanii zespół przewlekłego sływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła określany jest jako rhinosinusitis (2). W 2006 roku Amerykańskie Towarzystwo Pneumonologiczne (American College of Chest Physicians) zmieniło nazwę zespołu PNDS na zespół kaszlu z górnych dróg oddechowych (Upper airway cough syndrome UACS) (3).

Do objawów zespołu przewlekłego sływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła należą(2,3):

- świszczący oddech-zespół PNDS jest częstszą przyczyną świszczącego oddechu niż astma oskrzelowa
- kaszel stały lub napadowy
- pochrząkiwanie
- ciągłe łykanie wydzieliny sływającej po tylnej ścianie gardła
- uczucie łaskotania w gardle
- uczucie pieczenia w gardle
- przewlekły nieżyt gardła
- chrypka
- obrzęk błony śluzowej nosa i trudności w oddychaniu przez nos
- złogi krystaliczne w migdałkach podniebiennych
- cuchnący oddech
- nudności związane z zaleganiem śluzu w żołądku, okresowe wymioty śluzową wydzieliną.

Zwykle stan zdrowia pacjenta jest dobry.

Przyczyną zespołu PNDS są najczęściej nawracające zakażenia wirusowe i bakteryjne górnych dróg oddechowych. Następstwem zakażeń jest zwykle przerost migdałka gardłowego i migdałków podniebiennych, wysiękowe zapalenie uszu. Przerost migdałków utrudnia odpływ wydzieliny z nosa i zatok przynosowych nasilając tym samym zmiany w tych narządach.

Czynnikami usposabiającymi do zespołu PNDS są (3):

- alergiczny nieżyt nosa
- przewlekły nie alergiczny eozynofilowy nieżyt nosa (NARES)
- przewlekły naczynioruchowy nieżyt nosa
- nieprawidłowości w budowie nosa upośledzające jego drożność
- polipy nosa
- mukowiscydoza
- niedobory immunologiczne
- wziewanie czynników drażniących
- refluks żołądkowo-przełykowy.

PNDS nie jest jednostką chorobową a jedynie zespołem objawów będących następstwem nadmiernej sekrecji gruczołów wydzielniczych błony śluzowej nosa i zatok przynosowych w przebiegu różnych schorzeń górnych dróg oddechowych. Z tego powodu rozpoznanie zespołu PNDR ustalane jest na podstawie diagnostyki różnicowej obejmującej wywiad, objawy kliniczne, badanie przedmiotowe, badania dodatkowe zwykle z oceną obrazową górnych dróg oddechowych.

leczenie zespołu przewlekłego spływania po tylnej ścianie gardła zależy od jego przyczyny.

U prezentowanego pacjenta rozpoznanie zespołu PNDS zostało ustalone na podstawie wywiadu i takich klinicznych objawów jak: stałe chrząkanie, kaszel zwłaszcza po położeniu się spać, uczucie spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, konieczność jej przełykania, upośledzona drożność nosa i trudności w oddychaniu przez nos. Przyczyną zespołu PNDS było przewlekłe zapalenie zatok i błony śluzowej nosa.



Piśmiennictwo: 1. Irwin RS., Pratter MR., Holland PS i wsp. Postnasal drip causes cough and is associated with reversible upper airway obstruction. Chest 1984;85:346-352 2. Sanu A., Eccles R. Postnasal drip syndrome. Two hundred years of controversy between UK and USA. Rhinology 2008;46:86-91 3. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus disease (previously referred to as postnasal drip syndrome): ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2006;129:63S-71S.

Zamknij

Drukuj