

Astma(?), 75 letni chory - przypadek kliniczny

Prof. dr hab. n. med.
Babara Rogala

Katedra i Klinika Chorób
Wewnętrznych,
Alergologii i Immunologii
Klinicznej,
ŚUM

O P I S P R Z Y P A D K U K L I N I C Z N E G O

Asthma (?), a 75-year old men – the clinical cas

S U M M A R Y

The present article describes a case of left ventricular dysfunction in a 75-year old men. The clinical symptoms in the early stage of the disorder may resemble bronchial asthma leading to the incorrect diagnosis and management.

Przedstawiono przypadek 75-letniego chorego z upośledzeniem funkcji lewej komory serca błędnie rozpoznanej jako astma oskrzelowa. Artykuł podkreśla znaczenie diagnostyki różnicowej w ustalaniu przyczyn duszności.

Rogala B.: Astma, 75 letni chory - przypadek kliniczny. Alergia, 2008, 3: 25-26

Opis przypadku.

Objawy

76-letni mężczyzna zgłosił się do Poradni Alergologicznej/Pulmonologicznej z powodu trwającej od kilku miesięcy duszności. Duszność ta występuje po wysiłku, przy wejściu na pierwsze piętro, jest również powodem przebudzeń nocnych, często w godzinach wczesnoporannych. Duszności często towarzyszy suchy, nieproduktywny kaszel. Dolegliwości te występują szczególnie często i o zwiększonym nasileniu w okresie niżu barometrycznego.

Wywiad osobniczy:

W wieku młodzieńczym chory cierpiał na alergiczny okresowy nieżyt nosa w przebiegu uczulenia na alergen traw i żyta. Leczony był przez pięć lat swoistą immunoterapią. W ciągu kolejnych lat, w okresie niektórych sezonów, w miarę upływu lat coraz rzadziej, otrzymywał jako leczenie objawowe doraźnie lek przeciwhistaminowy. Aktualnie stosuje przewlekle steroidy wziewne, pochodne metyloksantyn, kwas acetylosalicylowy i omeprazol.

Wywiad rodzinny:

Ojciec zmarł z powodu zawału serca w wieku 65 lat. Matka chorowała na cukrzycę typu 2 regulowaną dietą. Wnuk cierpi na atopowe zapalenie skóry, jest uczulony na roztocze kurzu domowego.

Badanie fizykalne:

Z odchyień od stanu prawidłowego stwierdzano nad polami płucnymi szmer pęcherzykowy prawidłowy i patologiczne szmery oddechowe pod postacią furczeń, wartości ciśnienia tętniczego 130/70, 125/80

Wyniki badań dodatkowych:

Spirometria: test odwracalności skurczu oskrzeli FEV1/FVC 70%, PEF 72% (15 min. po inhalacji 200 µg Salbutamolu)

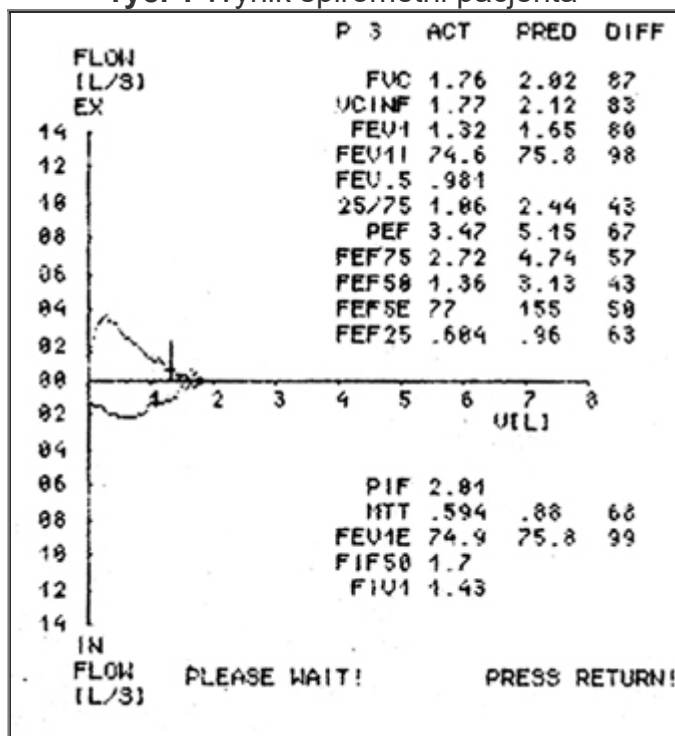
Rtg klatki piersiowej: cechy rozedmy, wnęki poszerzone naczyniowe.

EKG: Rytm miarowy zatokowy, oś serca > 300, wysokie RV4- RV6, ujemno-dodatni odcinek S-T w V4-V6.

Gastrofiberoskopia: Ścienczenie błony śluzowej żołądka.

pH-metria: w normie.

ryc. 1 Wynik spirometrii pacjenta



Rozpoznanie diagnostyczno-różnicowe

Choremu zalecono stosowanie steroidów wziewnych błędnie rozpoznając astmę oskrzelową. Rozpoznanie takie postawiono na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych takich jak duszność, nieproduktywny kaszel, przebudzenia nocne z powodu duszności oraz związek tych objawów z wysiłkiem i niżem barometrycznym. Objawy takie wprawdzie charakteryzują astmę oskrzelową, ale nie są swoiste dla tej choroby. Wynik badania spirometrycznego koresponduje z obrazem radiologicznym płuc wskazującym na cechy rozedmy, która może być cechą fizjologiczną jako wyraz upośledzenia elastyczności płuc, do której dochodzi z wiekiem. Tak więc biorąc pod uwagę fakt, że omawiany chory ma 75 lat cechy rozedmy należy uwidocznione w obrazie radiologicznym wiązać z wiekiem chorego. Jest to o tyle ważne, że astma oskrzelowa per se prowadzi do rozwoju rozedmy, również u większości chorych na astmę można wykazać odwracalność skurczu oskrzeli.

Jakkolwiek takie patologiczne zjawiska osłuchowe nad polami płucnymi jak furczenia charakteryzują astmę oskrzelową, to mogą być również wyrazem obrzęku błony śluzowej oskrzeli u chorych z niewydolnością lewokomorową.

Za takim rozpoznaniem przemawia obraz pobudzeń elektrofizjologicznych serca, który wskazuje na przerost i przeciążenie lewej komory. Jest to tym ważniejsze, że wartość predykcyjna prawidłowego EKG w wykluczeniu dysfunkcji lewej komory jest bardzo wysoka.

Badania gastroskopowe i pH-metria pozwalają na wykluczenie obecności refluku żołądkowo- przełykowego, co pozwala łączyć występowanie tego objawu z przyczyną kardialną, ponieważ zastój w krążeniu płucnym objawia się m.in. kaszlem po wysiłku i nad ranem.

Napadowa duszność, w czasie której występują furczenia, rzadziej świsty może być objawem lewokomorowej niewydolności krążenia jako skutek obrzęku błony śluzowej.

Natomiast kaszel jest wyrazem zwiększenia ciśnienia żylnego w krążeniu płucnym.

Należy również zauważyć, że jakkolwiek alergія atopowa jest istotnym czynnikiem rozwoju astmy oskrzelowej, to jednak nie zdarza się to u wszystkich chorych, a ponadto omawiany chory był poddany immunoterapii swoistej, która może oddziaływać prewencyjnie na progresję alergii atopowej i rozwój astmy.

W codziennej praktyce lekarskiej należy pamiętać, że kaszel i duszność są objawami ze strony układu oddechowego, ale nie zawsze są wyrazem patologii tego układu.

□

Piśmiennictwo:

1. „Difficult asthma” [ed] Holgate ST., Boushey HA., Fabbri LM., Martin Dunitz 1999, UK 2. Schnatz PF., Castell JA., Castell DP.: Pulmonary symptoms associated with gastroesophageal reflux: use of ambulatory pH monitoring to diagnose and to direct therapy. *Am J Gastroenterol* 1996; 9(9): 1715-18 3. Teichtahl H., Yeomans ND., Kronborg IJ. et al.: Adult asthma and gastroesophageal reflux: the effects of omeprazole therapy on asthma. *Aust NZ J Med* 1996; 26: 671-6 4. Mansfield LE., Stein MR.: Gastroesophageal reflux and asthma: a possible reflex mechanism. *Ann Allergy* 1978; 41: 224-6 5. Światowa strategia rozpoznania, leczenia i prewencji astmy. *Med Prakt. Wyd Specj.* 1/2007 6. Guevara JP., Wolf FM., Grum CM., Clark NM.: Effects of educational interventions for self management of asthma in children and adolescents: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 326: 1308-1309 7. Powell H., Gibson PG.: Options for self-management education for adults with asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2003; 1: CD004107 8. Ong LM., de Haes JC., Hoos AM., Lammes FB.: Doctor-patients communication: a review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-918 9. Ayres JG., Jyothish D., Ninan T.: Brittle asthma. *Paediatr Respir Rev* 2004; 5: 40-44 10. Celli BR., MacNee W., ATS/ERS Task Force: Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. *Eur Respir J* 2004; 23: 932-946 11. Niżankowska-Mogilnicka E., Bochenek G.: Astma [w] *Choroby wewnętrzne* [red] A. Szczeklik. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005; 530-541.

Zamknij

Drukuj