

JAKÁ JE VAŠE DIAGNÓZA? – ODPOVĚDI

Rodinná anamnéza a potíže naší pacientky naznačují možnou účast atopie. Provedená vyšetření však nejsou v tomto směru přesvědčivá – KO bez eosinofilie, celkové IgE není zvýšeno, skriningové vyšetření specifických IgE (Phadiatop) je negativní a spirometrie neprokazuje obstrukční poruchu dýchacích cest. Infekční etiologie také není pravděpodobná – pacientka nemá klinické ani laboratorní známky chronické infekce a vyšetření protilátek proti nejčastějším infekčním původcům chronického kašle je negativní. Za daných okolností je nutno vyloučit jako možnou příčinu potíží gastroezofageální reflux (GER).

Byla tedy indikována 24hodinová jícnová pH-metrie, jejíž výsledek prokázal významný GER. Na záznamu ze senzoru v proximálním jícnu bylo zachyceno celkem 565 (!) kyselých refluxů, z toho 8 dlouhých epizod (viz obrázek 1), které korelovaly s epizodami kašle. Refluxní index (RI), který vyjadřuje poměr celkové doby refluxních epizod a celkové doby měření (24 hod), byl 42,1 (norma je RI < 4). Pacientce jsme doporučili provedení esofago-gastroskopie, kterou však rodiče odmítli. Po zavedení terapie prokinetiky (Degan), blokátory protonové pumpy (Helicid) a režimových opatření došlo u naší pacientky k prakticky úplnému vymizení potíží.

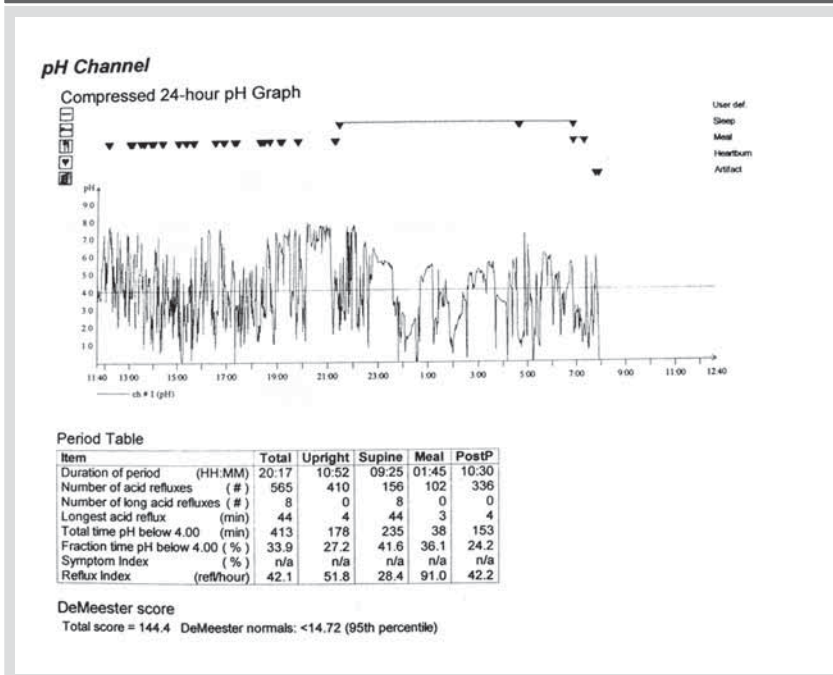
Kašel je nejčastějším nespecifickým příznakem onemocnění dýchacích cest. Jako chronický kašel je označován dráždivý neproduktivní kašel trvající déle než tři týdny. Diferenciální diagnostika chronického kašle je poměrně obsáhlá – mezi častější příčiny patří postnasal drip syndrom („zadní rýma“), astma bronchiale (AB) a GER. Pacienti s **postnasal drip syndromem** často udávají pocit „zatékání hlenu“ s nutností častého odkšlívání. Důvodem je většinou chronická sinusitida, obturující hypertrofická adenoidní vegetace nebo chronická rýma. V diagnostice využíváme RTG (event. CT) paranazálních dutin a flexibilní rhinoskopii. Bývá dobrá klinická odpověď na lokální dekonstence a antihistaminika. **Bronchiální astma** se může klinicky prezentovat pouze jako tzv. „cough variant asthma“, tzn. astmatický ekvivalent, kdy je v popředí suchý, dráždivý kašel, který se často zhoršuje při námaze. Zřetelné stavy dušnosti nebývají přítomny. Tento typ kašle dobře reaguje na bronchodilatační terapii. Zvýšenou úroveň bronchiální reaktivity potvrdí bronchoprovokační test s nespecifickým podnětem (histamin, metacholin, inhalace chladného vzduchu). Anamnéza a klinické příznaky naší pacientky svědčí spíše pro **GER**. Incidence

refluxní choroby jícnu (GERD) v dětském věku je kolem 8 % a na vzniku chronického kašle se podílí 25 %. GERD je rovněž přítomna až u 60–80 % dětí s AB. K diagnostice kyselých jícnových refluxů je využívána 24hodinová jícnová pH-metrie, která je indikována u pacientů s nejednoznačnými klinickými potížemi. Vyšetření spočívá v zavedení mikroelektrod transnazální cestou do distální a proximální části jícnu, které měří intraesofageální pH po dobu 24 hodin. Záznam je poté počítačově zpracován a vyhodnocen. Dále provádíme endoskopické vyšetření jícnu, které umožní vizualizaci a biopsii esofageální sliznice a tím potvrdí nebo vyloučí přítomnost esofagitidy, eventuálně jejich komplikací (striktury, cylindrickou metaplazii epitelu). V léčbě GERD se uplatňují jednak režimová opatření, jednak medikamentózní, eventuálně v indikovaných případech chirurgická terapie. Pacientům doporučujeme jíst častěji menší porce jídla, nekonzumovat čokoládu, silně kořeněné pokrmy a nepít nápoje obsahující kofein. Z léků potlačujících sekreci HCl v žaludku většinou

preferujeme blokátory protonové pumpy před H₂ blokátory pro jejich větší účinnost. Obvykle podáváme omeprazol – 0,5 mg/kg/den ve dvou rozdělených dávkách. Pokud je GERD provázena zvracením, kašlem nebo opakovanými atakami astmatického záchvatu, zvažujeme také léčbu prokinetikem (metoclopramid). Dříve používaný cisaprid již není doporučován pro jeho potenciální arytmogenní účinky. Antacida ani sukralát se v chronické léčbě GERD u dětí ve větší míře nepoužívají.

Z dalších méně častých příčin chronického kašle u dětí jmenujme alespoň cystickou fibrózu, tracheoezofageální píštěl, kardiální onemocnění. Rovněž neléčené chlamydiové infekce a pertusse mohou vést ke stejným potížím. U adolescentů bychom neměli zapomínat na možnou participaci kouření. Rovněž pasivní kuřáctví u všech věkových skupin je významným rizikovým faktorem pro vznik chronického kašle. U dětí vystavených nadměrnému psychickému stresu se může objevit tzv. psychogenní kašel, který nemá organický podklad.

Obrázek 1.



Literatura

1. Andze GO, Brandt ML, St Vil D, et al. Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in 500 children with respiratory symptoms: the value of pH monitoring. *J Pediatr Surg*, 1991; 26: 295–300.
2. Irwin RS, Madison JM. The diagnosis and treatment of chronic cough. *N Engl J Med* 2000; 343: 1715–1721.
3. Koleč V. Chronický kašel, příčiny, diagnostika, léčba, Vltavín Praha 2000.
4. Kopriva F, Zápalka M. Kašel v dětském věku. In: Mihál V a kol: Vybrané kapitoly z pediatrie III, UP Olomouc 2001.
5. North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition: Guidelines for evaluation and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, Vol. 32, Suppl. 2, 2001.
6. Tucci F, Resti M, Fontana R, et al. Gastroesophageal reflux and bronchial asthma: prevalence and effect of cisapride therapy. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*, 1993; 17: 265–270.