

7. Streszczenie

Choroba refluksowa przełyku (GERD) oznacza takie wsteczne zarzucanie treści, które wywołuje kłopotliwe objawy i/lub prowadzi do powikłań. Treść refluksowa wydostająca się poza przełyk wywołuje niespecyficzne, zdawałoby się niemające związku z chorobą objawy zapalne błon śluzowych w wyższych odcinkach drogi pokarmowej i w drogach oddechowych. Większość kontrowersji dotyczących choroby refluksowej i jej roli w patogenezie schorzeń głowy i szyi wynika z braku konsensusu pomiędzy laryngologami odnośnie do kryteriów diagnostycznych oraz rodzaju objawów i częstości ich występowania.

Nie każdy incydent cofania się treści żołądkowej jest zjawiskiem patologicznym. Refluks fizjologiczny występuje po posiłku, jest krótkotrwały, nie powoduje dolegliwości, nie występuje podczas snu oraz nie przedostaje się powyżej górnego zwieracza przełyku (UES). W przypadku refluksu krtaniowo-gardłowego (LPR) pojedynczy incydent przemieszczenia treści refluksowej powyżej UES uważa się za wystarczający do wywołania dolegliwości. Dzieje się tak dlatego, że błona śluzowa krtani oraz gardła jest bardziej podatna na uszkodzenie pod wpływem kwaśnej treści niż śluzówka przełyku. Izolowany LPR powstaje wtedy, gdy treść refluksowa cofa się powyżej UES, ale w przełyku pozostaje na tyle krótko, że nie powoduje podrażnienia śluzówki i powstania dolegliwości.

Etiologia epizodów refluksu w przebiegu LPR jest w większości nieznana. Istnieją dwa mechanizmy powstawania pozaprzełykowych objawów choroby refluksowej. Mechanizm bezpośredni polega na aspiracji treści refluksowej do gardła oraz krtani a w mechanizmie pośrednim objawy są wywoływane na drodze odruchu za pośrednictwem nerwu błędnego.

Istnieje niewiele danych na temat częstości występowania pozaprzełykowych manifestacji choroby refluksowej. Szacuje się, że 4–10% pacjentów szukających porady

laryngologicznej zgłasza się z powodu objawów LPR. Choroba refluksowa może równocześnie występować nawet u 50% osób ze schorzeniami krtani i zaburzeniami głosu.

Subiektywne objawy zgłaszane przez pacjentów to: uczucie suchości w gardle, pieczenie w gardle i przełyku czyli zgaga, uczucie ciała obcego, ściskania w gardle (globus), nadmierne pragnienie, ślinienie i odksztuszanie, stałe chrząkanie, kaszel, krwioplucie, stridor, stała lub napadowa duszność, napadowe skurcze krtani, zachłystywanie się, dysfonia w postaci chrypki, zmęczenia głosowego i załamywania głosu. Pacjenci skarżą się również na ból i trudności w przełykaniu, konieczność ciągłego przełykania, odbijanie, wymioty, cuchnący oddech, otalgię, bóle szczęki, bóle w obrębie szyi, zamostkowe (maska kardiologiczna) oraz w nadbrzuszu. Uszkodzenie błony śluzowej krtani powoduje szereg zaburzeń takich jak owrzodzenie, ziarninowanie, zwężenie podgłośniowe czy nawet rak krtani. Najczęstsze zmiany stwierdzane podczas laryngoskopii są spowodowane przez przewlekły proces zapalny. Znaleziskiem, o którym najczęściej mówi się w kontekście LPR, czy wręcz uważa się za patognomiczne jest „pseudosulcus vocalis”, czyli obrzęk podgłośniowy. Kolejną niezwykle ważną zmianą jest obliteracja przedsionka krtani czyli obrzęk prawdziwego oraz rzekomego fałdu głosowego, który upośledza lub uniemożliwia ocenę kieszonki krtaniowej. Nieprawidłowością, którą często stwierdza się badaniem endoskopowym u pacjentów z LPR jest zaczerwienienie okolicy międzynaławkowej lub całej krtani. Szereg badań wskazuje jednak, że powyższe zaburzenia nie są charakterystyczne dla LPR. Hicks i wsp przebadali 105 zdrowych osób, bez objawów świadczących o GERD lub LPR, i u 86% spośród nich stwierdzili zmiany w gardle dolnym, charakterystyczne dla LPR.

Do chwili obecnej rozpoznanie LPR jest zadaniem bardzo trudnym. Brakuje złotego standardu diagnostycznego, a wiele badań wciąż budzi kontrowersje. Laryngolodzy rozpoznają tę jednostkę chorobową najczęściej na podstawie wywiadu oraz badania endoskopowego, podczas którego stwierdza się zmiany takie jak obrzęk

i rumień. Czułość oraz swoistość ambulatoryjnego monitorowania poziomu pH w przełyku również zostały zakwestionowane jako pewny sposób rozpoznania LPR u pacjentów z objawami refluksu pozaprzętkowego. W ostatnim czasie, dostępność wielokanałowej impedancji połączonej z pH-metrią (MII-pH), wpłynęła na poprawę diagnostyki objawów pozaprzętkowych GERD. Nowatorskim badaniem w diagnostyce LPR jest pH-metria gardła z użyciem systemu Dx-pH. Istota badania jest podobna do pH-metrii przełyku, która stosowana jest w diagnostyce GERD. Różnica polega na umiejscowieniu sondy pomiarowej w gardle, a nie w przełyku jak w klasycznej pH-metrii.

Leczenie pozaprzętkowej choroby refluksowej powinno odbywać się na kilku płaszczyznach. Pierwszym etapem leczenia jest edukacja pacjenta, mająca na celu zmianę niewłaściwych nawyków. Istotną rolę odgrywa leczenie ułożeniowe. Polega ono na podniesieniu łóżka od strony głowy o 15-20 cm. Badania wykazały, że ta zmiana pozycji może spowodować zmniejszenie incydentów refluksowych. Najczęściej stosowanymi lekami są inhibitory pompy protonowej. Badania kliniczne wskazują, że leczenie farmakologiczne powinno trwać minimum 3 miesiące, podczas których pacjent otrzymuje dwa razy na dobę 20mg omeprazolu - 30 do 60 minut przed posiłkiem. Podzielenie dawki dobowej jest istotne, ponieważ zapewnia najwyższe stężenie leku w okresie stymulacji pompy protonowej przez spożywane posiłki. Leczenie farmakologiczne LPR powinno trwać 6 miesięcy. Pierwsza ocena skuteczności leczenia oraz trafności diagnozy powinna mieć miejsce po 3 miesiącach leczenia. W przeciwieństwie do GERD, odpowiedź na leczenie pacjentów z LPR z zastosowaniem IPP nie jest w pełni zadowalająca.

Celem pracy była ocena skuteczności wykrywania LPR przy pomocy ankiety Reflux Symptom Index (RSI) oraz przy pomocy badania endoskopowego ocenianego przy pomocy

skali Reflux Finding Score (RFS) i porównanie skuteczności wykrywania LPR przy pomocy RSI i RFS z wynikami uzyskanymi za pomocą pH-metrii gardłowej.

Materiał stanowiło 154 chorych oraz 72 zdrowych ochotników poddanych analizie prospektywnej. U każdego badanego przeprowadzono ankietę RSI oraz badanie endoskopowe krtani z oceną według skali RFS. Następnie każdy był poddany 24-godzinnemu badaniu pH-metrycznemu gardła.

W badanym materiale w grupie badanej było 97 mężczyzn oraz 57 kobiet natomiast w grupie kontrolnej 36 mężczyzn oraz 36 kobiet. Średnia wieku w grupie badanej wynosiła 49,6 lat, natomiast w grupie kontrolnej 46,2 lat. Obie porównywane grupy były jednorodne pod względem wieku i struktury płci, różniły się natomiast istotnie pod względem wszystkich parametrów pH-metrycznych.

Dodatni wynik w skali RSI w grupie badanej stwierdzono u 103 osób (66,9%), natomiast w grupie kontrolnej był on zawsze ujemny. Różnica jest istotna statystycznie. Średni wynik RSI w grupie badanej był statystycznie istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej (**15,3 vs. 5,5; $p < 0,0001$**). W grupie badanej najczęściej występowało chrząkanie (61,0%), zgaga (55,8%) i uczucie ściśniętego gardła (53,9%). W grupie kontrolnej najczęściej zgłaszane było uczucie nadmiernego śluzu (15,3%). W grupie badanej największe problemy występowały z chrząkaniem (2,7 pkt.), zgagą (2,5 pkt.) i uczuciem ściśniętego gardła (2,4 pkt.), a w grupie kontrolnej z chrząkaniem i uczuciem nadmiernego śluzu (1,1 pkt.). Trudności z połykaniem pokarmów oraz duszności były ocenione w obu grupach na podobnym poziomie.

W grupie badanej u wszystkich chorych wynik badania endoskopowego krtani ocenianego według kryteriów RFS był dodatni, natomiast w grupie kontrolnej zawsze ujemny. Średni wynik RFS w grupie badanej był statystycznie istotnie wyższy niż w grupie kontrolnej (**12,7 vs. 4; $p < 0,0001$**). W grupie badanej najczęściej występowały

zaczerwienienie/przekrwienie (100,0%), obrzęk fałdów głosowych (99,4%) i przerost spoidła tylnego (99,4%), natomiast w grupie kontrolnej obrzęk fałdów głosowych (86,8%) i zaczerwienienie/przekrwienie śluzówki (62,5%). Ziarniak/ziarnina występowały w obu grupach równie często ($p > 0,05$).

Analiza regresji wykazała, że zgaga i chrząkanie są istotnymi predyktorami zmiennej zależnej: LPR. Szansa na refluks krtaniowo-gardłowy wśród pacjentów ze zgagą jest ponad 15 razy większa niż wśród pacjentów bez tego objawu. Przeprowadzono szczegółową analizę współzależności składników RFS i RSI. Najsilniejszą korelację zaobserwowano między zmienną rozlany obrzęk krtani a zgagą.

Niniejsze badanie wykazało, że ankieta RSI oraz skala RFS są skutecznymi i łatwymi do zastosowania narzędziami w rozpoznawaniu LPR. Porównanie tych skal wykazuje, że są one równie efektywne jak pH-metria gardłowa, ale są badaniami szybszymi, tańszymi oraz sprawiają mniej dyskomfortu pacjentowi.