

Renata Markowska, Agata Szkielkowska, Joanna Ratyńska

Klinika Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Warszawa

Dolegliwości laryngologiczne w chorobie refluksowej przełyku

Laryngeal symptoms in gastroesophageal reflux disease

Słowa kluczowe: choroba refluksowa, przewlekłe zapalenie gardła, krtani, trąbek słuchowych, dorośli.

Key words: gastroesophageal reflux disease, chronic laryngitis, chronic pharyngitis, chronic eustachitis, adults.

Streszczenie

Coraz częściej lekarze zwracają uwagę na współistnienie choroby refluksowej przełyku z przewlekłymi stanami zapalnymi toczącymi się w obrębie krtani, gardła, uszu. Celem pracy było ustalenie związku między dolegliwościami i zmianami w obrębie uszu, nosogardła, gardła i krtani a istniejącą chorobą refluksową przełyku. Autorzy przedstawiają 20 dorosłych pacjentów, którzy zgłosili się do laryngologa z powodu dolegliwości uszu, gardła i krtani (leczenie zachowawcze stosowane przez lekarzy nie przyniosło zadowalającej poprawy). Objawy subiektywne zgłaszane przez pacjentów odpowiadały cechom przewlekłego stanu zapalnego trąbek słuchowych (kłucie, pełność, okresowy ból uszu, pogorszenie słyszenia), przewlekłego zapalenia gardła i krtani. U badanych pacjentów na podstawie wywiadu, badania otolaryngologicznego, badania videofiberoskopowego, testów: 24-godzinnej pH-metrii i/lub gastroskopii i/lub zdjęć Rtg przełyku z kontrastem stwierdzono obecność choroby refluksowej.

U wszystkich pacjentów wykonano audiometrię impedancyjną (AI) i audiometrię tonalną (AT). Wśród 20 badanych pacjentów u 14 stwierdzono jednostronne zmiany zapalne w obrębie ujść gardłowych trąbek słuchowych, u pozostałych 6 zmiany te były obustronne. Badania audiometrii impedancyjnej u 65% badanych pacjentów wykazały cechy niewydolnych trąbek słuchowych. Zastosowanie leczenia farmakologicznego choroby refluksowej i odpowiedniej diety zmniejszyły objawy chorobowe u 40% badanych.

Summary

Currently much stress is given to the influence of gastro-esophageal reflux on chronic inflammation processes within larynx, pharynx and ears. The aim of this study is to investigate otolaryngologic

manifestations of GERD. The authors present the cases of 20 patients with chronic complaints related to larynx, pharynx and ears, in whom conservative treatment was unsuccessful. Patients' complaints were related to presumable chronic eustachitis (symptoms like shooting pain, discomfort and feeling fullness in the ears as well as worsening hearing), chronic laryngitis and pharyngitis. Based on patients' history, physical examination, video-fiberoptic examination, 24-hour pH-metry and/or gastroscopy, and/or contrast esophageal X-ray examination, GERD has been confirmed.

In all patients pure tone audiometry and impedance audiometry have been performed. In 14 patients unilateral eustachitis has been found, in 6 patients inflammation of Eustachian tubes was bilateral. Impedance audiometry showed insufficiency of Eustachian tubes in 65% of patients. Pharmacologic treatment and appropriate diet diminished symptoms in 40% of patients.

I. WPROWADZENIE

W chorobie refluksowej wyróżnia się dwie postacie kliniczne: refluks żołądkowo-przełykowy (GERD – *gastroesophageal reflux disease*) i refluks krtaniowo-gardłowy (LPR – *laryngopharyngeal reflux disease*). Cofanie się treści z żołądka do przełyku określa się jako refluks żołądkowo-przełykowy. Natomiast druga postać refluksu: cofanie się treści żołądkowej do krtani i gardła, występuje w refluksie krtaniowo-gardłowym [Koufman (i in.) 2002].

Charakterystyczne dla GERD jest cofanie się treści żołądka do przełyku, występujące głównie w nocy w pozycji leżącej, natomiast w LPR refluks pojawia się w ciągu dnia w pozycji stojącej lub siedzącej [Sataloff 1997]. W LPR może nie dochodzić do zmian zapalnych w przełyku ze względu na krótką ekspozycję kwaśnej treści żołądka w przełyku. W LPR dochodzi głównie do zaburzenia pracy zwieracza górnego przełyku [Koufman (i in.) 1991].

W GERD stwierdza się także zaburzenia ruchomości żołądka oraz dysfunkcję zwieracza dolnego przełyku. Coraz częściej zwraca się uwagę na etiologię współistnienia choroby refluksowej z chorobami krtani, gardła, uszu jako pierwotnej przyczyny stanów zapalnych w tych regionach [Avive (i in.) 2000; Belafsky (i in.) 2001; Koufman 1991; Koufman (i in.) 2002; Wierzbicka (i in.) 2003; Zalesska-Kręcicka (i in.) 2003]. Według różnych autorów częstość występowania choroby refluksowej z objawami laryngologicznymi szacuje się na ok. 10% [Koufman 1991; Zalesska-Kręcicka (i in.) 2003].

Stwierdzono, że struktury gardła i krtani są ok. 100 razy wrażliwsze na treść żołądka niż przełyk [Avive (i in.) 2000]. Błona śluzowa przełyku wyposażona jest w gruczoły produkujące śluz, wytwarza także prostaglandyny, czynniki wzrostu nabłonka, polipeptydy ochronne, jak również połykaną ślinę jako ochronę przed kwaśną treścią i pepsyną z żołądka. W przeciwieństwie do tego błona śluzowa dróg oddechowych nie jest wyposażona w takie elementy ochronne, jak błona śluzowa przełyku. Nietypowe objawy choroby refluksowej mogą sprowadzić pacjentów do

otolaryngologa. Pacjenci ci mogą zgłaszać się z dolegliwościami odczuwanymi np. w uszach, gardle, krtani czy płucach. Czasami zdarza się, że schorzenie ucha gardła czy krtani leczy się doraźnie zachowawczo środkami farmakologicznymi. Działania te nie zawsze prowadzą do pełnego wyleczenia. Uzyskuje się zazwyczaj krótkotrwałą poprawę, ale często bywa, że problem powraca. Ustalenie właściwej etiologii schorzenia zapewnia trwały efekt leczniczy. W GERD stwierdza się także zaburzenia ruchomości żołądka oraz dysfunkcję zwieracza dolnego przełyku. W LPR dochodzi głównie do zaburzenia pracy zwieracza górnego przełyku [Koufman 1991].

II. CEL PRACY

Celem pracy było ustalenie częstości występowania różnych objawów laryngologicznych u pacjentów z chorobą refluksową przełyku.

III. MATERIAŁ I METODA

Materiał w pracy stanowiło 20 pacjentów w wieku od 22 do 74 lat (średnia wieku: 53 lata). Wśród nich było 18 kobiet i 2 mężczyzn. Wszyscy pacjenci zgłosili się do otolaryngologa z powodu dolegliwości uszu, gardła i krtani. Objawy subiektywne zgłaszane przez pacjentów odpowiadały cechom przewlekłego stanu zapalnego trąbek słuchowych (kłucia, pełność, zatykanie, okresowy ból uszu, różnego typu fenomeny szumowe, pogorszenie słyszenia), przewlekłego zapalenia gardła i krtani.

U każdego pacjenta przeprowadzono następujące badania: wywiad, badanie laryngologiczne, badanie endoskopowe nosogardła (fiberoskopia) i krtani. Przy zbieraniu wywiadu autorzy posłużyli się odpowiednio sporządzoną ankietą, która pozwoliła usystematyzować informacje dotyczące dolegliwości uszu, gardła, krtani i układu pokarmowego. W przypadku pacjentów z dolegliwościami usznymi wykonano audiometrię tonalną i impedancyjną. Przeprowadzono również takie badania, jak: 24-godzinna pH-metrię i/lub zdjęcie Rtg przełyku z kontrastem i/lub gastrokopię i/lub orzeczenie gastrologa o chorobie refluksowej przełyku.

IV. WYNIKI

Dolegliwości ze strony uszu stwierdzono u 17 badanych. W tab. 1 przedstawiono najczęstsze dolegliwości w obrębie uszu. U 14 pacjentów dolegliwości ze

strony uszu były jednostronne. U 8 (40%) badanych udało się ustalić ścisły związek dolegliwości ze strony jednego ucha ze spaniem na tym samym boku.

Tab. 1. Najczęstsze dolegliwości zgłaszane w obrębie uszu u badanych pacjentów (w procentach)

Najczęstsze dolegliwości w obrębie uszu	Liczba pacjentów	%
Uczucie pełności w uszach (przytykanie, zatykanie uszu)	15	75
Różnego rodzaju fenomeny szumowe	11	55
Pogorszenie słuchu	10	50
Okresowy ból w uszach	9	45
Kłucia w uszach	8	40
Autofonia	2	10

W audiometrii tonalnej uzyskano u 6 pacjentów umiarkowany niedosłuch przewodzeniowy, u 4 umiarkowany niedosłuch mieszany. W audiometrii impedancyjnej dla 20 uszu otrzymano tympanogramy: typu C w 10 uszach, typu A w 7 uszach i typu B w 3 uszach.

U wszystkich osób stwierdzono dolegliwości ze strony gardła i krtani. Najczęstsze dolegliwości z tych okolic przedstawiono w tab. 2.

Tab. 2. Najczęstsze dolegliwości zgłaszane w obrębie gardła i krtani u badanych pacjentów (w procentach)

Najczęstsze dolegliwości w obrębie gardła i krtani	Liczba pacjentów	%
Przewlekłe zaburzenie głosu (chrypki, najczęściej poranne)	11	55
Chrząkania, czyli „czyszczenie gardła i krtani”	8	40
Uczucie przeszkody, ciała obcego w gardle	8	40
Suchości w jamie ustnej i gardle	7	35
Chroniczne stany zapalne gardła	6	30
Chroniczne, nawracające stany zapalne krtani	4	20
Przewlekły kaszel	3	15

W badaniu za pomocą videofiberoskopii stwierdzono u 13 badanych obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej wokół ujścia gardłowego trąbki słuchowej, zmniejszające średnicę światła ujścia gardłowego trąbki. W ocenie fazy otwarcia ujścia gardłowego trąbki słuchowej stwierdzono u 15 badanych zaburzenie funkcji mięśni biorących udział w otwarciu trąbki: dźwigacza podniebienia miękkiego (LVP) i napinacza podniebienia miękkiego (TVP). 11 badanych miało zmiany zapalne w obrębie tylnego odcinka krtani w postaci zaczerwienienia, obrzęku nalewek, przerostu spoidła tylnego oraz zaczerwienienia części międzyczręstnej fałdów głosowych. U 8 badanych stwierdzono nadmiar wydzieliny śluzowej w nosogardle, głównie umiejscowionej w obrębie ujść gardłowych trąbek słuchowych. W tab. 3 przedstawiono rodzaj i liczbę nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu przedmiotowym u badanych pacjentów.

Tab. 3. Rodzaj i liczba nieprawidłowości stwierdzonych w badaniu przedmiotowym u badanych pacjentów (w procentach)

Nieprawidłowości stwierdzone w badaniu ORL	Liczba nieprawidłowości	%
Zaburzenia czynności mięśni otwierających ujścia gardłowe trąbek słuchowych (LVP, TVP)	15	75
Obrzęk błony śluzowej wokół ujścia gardłowego trąbki słuchowej	13	65
Obfita wydzielina śluzowa w nosogardle	8	40
Przerost błony śluzowej nosogardła	6	30
Zaczerwienienie błony śluzowej gardła	10	50
Tylne zapalenie krtani (<i>Laryngitis posterior</i>)	11	55

Z wywiadu przeprowadzonego u badanych wynika, że u wszystkich osób występowały dwa, trzy lub więcej objawów ze strony gardła i krtani, charakterystycznych dla LPR.

V. DYSKUSJA

Grupa badanych pacjentów została wyselekcjonowana celowo dla potrzeb niniejszej pracy i charakteryzowała się tym, że pacjenci mieli dolegliwości ze strony uszu i wieloletnią chorobę refluksową przełyku. Dane z literatury wskazują na częstość występowania choroby refluksowej wynoszącą 10% [Koufman 1991; Zalesska-Kręcicka (i in.) 2003].

Z dotychczasowych doświadczeń klinicznych lekarzy Kliniki Foniatrii IFPS wynika, że odsetek pacjentów z powikłaniami laryngologicznymi powstałymi w wyniku GERD jest znacznie większy od dotychczas podawanego w literaturze. Oznacza to, że waga tego problemu jest dużo większa, niż dotychczas przypuszczano. Interesującym zagadnieniem z laryngologicznego i foniatrycznego punktu widzenia jest ocena częstości występowania dolegliwości laryngologicznych u pacjentów z chorobą refluksową przełyku. Ocena tego problemu była zasadniczym celem niniejszej pracy. W grupie osób objętych badaniami najczęściej było pacjentów ze zmianami w obrębie nosogardła (tab. 3). Były to zaburzenia w funkcji mięśni otwierających trąbki słuchowe oraz zmiany zapalne w obrębie ujść gardłowych trąbek. U ponad połowy pacjentów stwierdzono charakterystyczne zmiany LPR w tylnym odcinku głośni. Do zmian tych należy obrzęk i zaczerwienienie nalewek, przerost błony śluzowej spoidła tylnego oraz zaczerwienienie fałdów głosowych w części międzyczręstnej [Belafsky (in.) 2001; Wierzbicka (i in.) 2003; Zalesska-Kręcicka (i in.) 2003]. Spośród zgłaszanych dolegliwości ze strony krtani najczęściej pacjentów skarżyło się na zaburzenia głosu w postaci nawracającej chrypki, uczucia przeszkody w gardle i potrzeby chrząkania. Opisane

dolegliwości ze strony krtani i gardła przedstawiono w tab. 2, natomiast ze strony uszu w tab. 1. Do najczęstszych dolegliwości uszu należało uczucie zatkania i pełności odczuwane w uszach. Połowa pacjentów zgłaszała różnego rodzaju fenomeny szumowe i pogorszenie słuchu. Z wywiadu wynika, że dolegliwości ze strony uszu pojawiły się znacznie później niż objawy ze strony układu pokarmowego, gardła i krtani. Objawy uszne trwały w badanej grupie od roku do 6 lat (średnia: 3 lata). Połowa pacjentów potrafiła wskazać, że objawy uszne w postaci kłucia, bólu, zatykania, pogorszenia słuchu zaostrzały się, gdy pojawiały się objawy ze strony układu pokarmowego charakterystyczne dla GERD. W dolegliwościach usznych zwraca również fakt, że u 14 pacjentów (70%) objawy uszne były jednostronne. Z wywiadu wynika, że dolegliwości ze strony uszu pojawiły się znacznie później niż objawy ze strony układu pokarmowego.

Autorzy niniejszej pracy pragną podkreślić, że czasami podobne objawy subiektywne mogą mieć różną etiologię, zwłaszcza w tych przypadkach, gdy leczenie doraźne choroby nie przynosi oczekiwanego rezultatu. Pacjenci byli leczeni różnymi środkami farmakologicznymi (inhibitorami pompy protonowej, lekami zobojętniającymi kwaśną treść żołądka) średnio przez 2 miesiące. Wielu pacjentów stosowało odpowiednią dietę, która w znacznym stopniu zmniejszyła napady dolegliwości. Jak podają niektórzy autorzy, leczenie LPR wymaga zwiększonych dawek leków (zwykle Omeprazolu w dwóch dawkach dobowych przez 6 miesięcy [Amin (i in.) 2001], choć są i przeciwnicy takiego leczenia [Bough (i in.) 1995].

Wśród badanych pacjentów 40% osób stwierdziło, że stosowane leczenie farmakologiczne inhibitorami pompy protonowej, lekami zobojętniającymi kwaśną treść żołądka oraz odpowiednia dieta i zwyczajnie zmniejszyły dolegliwości ze strony układu pokarmowego, górnych dróg oddechowych i uszu. Jak podają Zalesska-Kręcicka i współautorzy, poprawa samopoczucia i zapisu pH-metrycznego po leczeniu nastąpiła u 88,6% pacjentów. Tak rozbieżne wyniki świadczą o braku jednolitego schematu leczenia. Warto więc kontynuować badania w kierunku zwiększenia skuteczności leczenia farmakologicznego u pacjentów z objawami laryngologicznymi w wyniku przebiegu choroby refluksowej przełyku. Niniejsza praca została wykonana wśród stosunkowo małej pod względem liczebności grupy osób i będzie kontynuowana, aby było możliwe przeprowadzenie szczegółowych analiz statystycznych, które potwierdzą poczynione w niniejszej pracy obserwacje.

W praktyce laryngologicznej postępowanie diagnostyczne u pacjentów z dolegliwościami laryngologicznymi i podejrzeniem występowania choroby refluksowej przełyku powinno się rozszerzyć o badania potwierdzające tę etiologię. Wykonując badanie fiberoskopowe nosogardła, warto powiększyć je o badanie gardła i krtani. Wówczas lekarz może otrzymać szerszą informację w przypadku podejrzenia etiologii choroby refluksowej przełyku.

Na podstawie uzyskanych wyników sformułowano następujące wnioski:

1. U każdej osoby z chorobą refluksowej przełyku leczoną niesystematycznie stwierdzono typowe zmiany w obrębie gardła i krtani.
2. U większości badanych pacjentów z wieloletnią chorobą refluksową może również dochodzić do zmian w obrębie ujść gardłowych trąbek.
3. Z uwagi na fakt, że w dużej liczbie przypadków (85%) występowała koincydencja objawów ze strony gardła i krtani oraz uszu, diagnostykę audiologiczną powinno się poszerzyć o badanie endoskopowe nosogardła, gardła i krtani.

Bibliografia

- Amin M. R., Postma G. N., Johnson P. [2001]. Proton pump inhibitors resistance in the treatment of laryngopharyngeal reflux. „Otolaryngology Head Neck Surgery” 125, 374-378.
- Avive J. E., Liu H., Parides M. [2000]. Laryngopharyngeal sensory deficits in patients with laryngopharyngeal reflux and dysphagia. „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology” 109, 1000-1006.
- Bough I. D., Sataloff R. T., Castell D. O. [1995]. Gastroesophageal reflux laryngitis resistant to omeprazole therapy. „J. Voice” 9, 205-211.
- Belafsky P. C., Postma D. N., Koufman J. A. [2001]. Laryngopharyngeal reflux symptoms improve before changes in physical findings. „Laryngoscope” 111, 978-981.
- Koufman J. A. [1991]. The otolaryngologic manifestation of gastro-esophageal reflux disease (GERD): A clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. „Laryngoscope” 101 (Suppl. 53), 1-78.
- Koufman J. A., Aviv J. E., Casiano R. R., Shaw G. Y. [2002]. Laryngopharyngeal reflux: Position statement of the committee on speech, voice, and swallowing disorders of American Academy of otolaryngology-Head and Neck Surgery. „Otolaryngology Head Neck Surgery” 127, 32-35.
- Postma G. N. [2000]. Ambulatory pH monitoring methodology. „Annals of Otolaryngology, Rhinology and Laryngology” (Suppl. 184), 10-14.
- Sataloff R. T. [1997]. Professional Voice. The Science and Art. Of Clinical Care. Singular Publishing Group, Inc., Ch. 22, 319-334.
- Smit C. F., Tan J., Devriese P. P. [1998]. Ambulatory pH measurements at upper esophageal sphincter. „Laryngoscope” 108, 299-302.
- Tasker A., Dettmar P. W., Panetti M. [2002]. Reflux of gastric juice and glue ear in children (letter). „Lancet” 359, 493.
- Wierzbicka M., Brzuzgo K., Pozdrowski J., Wierzbicki T., Krul-Zagajewska A., Szyfter W. [2003]. Choroba refluksowa przełyku (GSRD) objawiająca się maską laryngologiczną - epidemiologia, objawy i diagnostyka. Doniesienia wstępne. „Otolaryngologia Polska” 57, 2, 191-198.
- Zalesska-Kręcicka M., Waśko-Czopnik D., Kręcicki T., Paradowski L., Zatoński M., Horobiowska M. [2003]. „Otolaryngologia Polska” 57, 6, 819-827.

Adres do korespondencji:

Klinika Foniatrii, Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu
ul. Pstrowskiego 1
01-943 Warszawa
e-mail: r.markowska@ichs.pl