

BRONCHIEKTÁZIE JAKO MOŽNÁ PŘÍČINA RECIDIVUJÍCÍCH RESPIRAČNÍCH INFEKTŮ U DĚTÍ

MUDr. Eva Orálková¹, MUDr. Alexandr Orálek¹, MUDr. Vladimír Svozil¹,
MUDr. Kamila Michálková²

¹Sanatorium EDEL s.r.o., dětská léčebna respiračních nemocí Zlaté Hory v Jeseníkách

²Radiologická klinika FN a LF UP Olomouc

Kazuistika 1

Dívka z 2. gravidity narozená v 36. týdnu sekci pro alteraci ozev, porodní hmotnost 2650g/ porodní délka 47 cm, kříšená. Dále dva týdny v inkubátoru pro časný asfyktický syndrom. Ve 3 měsících věku hospitalizována pro RS virovou bronchopneumonii. Opakovaně byla léčena pro protrahované obstrukční bronchitidy s dušností. Poslechový nález chrůpků přetrvával dlouhodobě. Proto je od kojeneckého věku v péči alergogicko-imunologické ambulance. Vzhledem k respiračním obtížím postavena pracovní dg. asthma bronchiale a pacientka léčena od roku 1996 inhalačním steroidem. Při převzetí do péče celkové IgE negativní, v roce 1998 hraniční pozitivita kožních testů pro peří, roztoče, pyly, trávy.

Do naší léčebny přišla v květnu 2000 v 6,5 letech věku pro celoročně přetrvávající kašel s trvalým auskultačním nálezem chrůpků, bez teplot, bez dušností. Dlouhodobě byla léčena beclomethasonem v dávce 100 µg denně, který byl 2 měsíce vysazen pro stabilizaci stavu.

Objektivně asthenická, váhově i výškově na 3. percentilu (hmotnost 17 kg, výška 110 cm). Plochý hrudník s vyznačenou Harrisonovou rýhou, dýchání s expiračními pískoty a jemnými chrůpkami bazálně bilaterálně, zahleněná, expektorace sputa, které polyká.

Laboratorně: krevní obraz a diferenciální rozpočet leukocytů v normě, základní biochemie v normě, pouze zvýšené IgA 1,98 g/l a IgG 13,1 g/l. Chloridy v potu a nespecifické IgE v normě. Kultivačně ve výtěru z krku opakovaně pouze běžná flora či kvasinky. Spirometrie opakovaně zachycuje obstrukčně restriktivní nález s přihlédnutím k horší spolupráci vzhledem k věku. ORL vyšetření bylo negativní. Přehledný snímek hrudníku byl rentgenologem popsán jako plice bez určitého nálezu oboustranně, bránice volné, srdce normální velikosti, mediastinum i hily bez nápadností. Snímek paranazálních dutin bez patologického nálezu.

K objasnění potíží a klinického nálezu bylo indikováno vyšetření HRCT s nálezem cylindrických bronchiektazií v 3. segmentu horního laloku vpravo a v obou dolních lalocích, zmenšení a kondenzace středního laloku vpravo rovněž s bronchiektaziemi.

Kazuistika 2

Chlapec z 2. fyziologické gravidity, perinatálně bez komplikací, porodní hmotnost 4800g/ porodní délka 48 cm.

Od 1 roku věku recidivující bronchopneumonie s hospitalizací, opakované stavy hyperpyrexie. Dle dokumentace obvodního lékaře zjištěna dysimunoglobulinemie. Údaje o etiologii respiračních infekcí ani o nálezech na rentgenových snímcích nemáme k dispozici.

Do léčebny byl poprvé přijat v osmi letech věku v roce 1997 pro recidivující respirační infekty, zejména charakteru bronchopneumonií, špatnou odpověď na léčbu antibiotiky, zvýšenou únavnost (ve škole po 4. hodině usínal), zvýšenou potivost. Dušnosti nebývaly přítomny.

Objektivně při přijetí vysoký chlapec (hmotnost 36,3 kg – 50 perc., výška 143 cm – 97 percentil), hypertrofické tonusy, hrudník plochý, lehce asymetrický, s Harrisonovou rýhou, auskultačně výrazné oslabení vpravo.

Během pobytu byl léčen pro pleuropneumonii vpravo. Na kontrolním snímku bylo hodnoceno velmi uspokojivé hojení. Snímky byly přiloženy k propouštěcí zprávě. Spirometrie při přijetí na hranici lehké obstrukce, při propuštění byla upravena.

Pacient se vrátil do léčebny za rok (1998) k opakovanému pobytu. V anamnéze matka uvádí opakované respirační infekty léčené symptomaticky, 1x bral antibiotika, dále celoroční kašel, expektorace velkého množství sputa, časté subfebrilie někdy i po tělesné námaze, opět zvýšená únavnost a pocení.

Při přijetí zahleněný, auskultačně oslabené dýchání při pravé bázi, přítlučený poklep, silná hnisavá rýma. Indikován byl snímek hrudníku, paranazálních dutin a pro recidivu a charakter obtíží bylo vysloveno podezření na bronchiektazie. Na snímku hrudníku byla popsána oboustranná bronchopneumonie s hilovou reakcí. Na rtg vedlejších dutin byla popsána hyperplastická sinusitida. Při kontrole již na zadopředním a pravém bočním snímku byly popsány bronchiektazie, které upřesňuje HRCT (high resolution computer tomography) – bronchiektazie v rozsahu dolního laloku a i středního laloku vpravo, atelektáza středního laloku vpravo, výrazná zánětlivá infiltrace v dolním laloku vpravo, hilová lymfadenopatie vpravo.

Laboratorně KO+diff. v normě, základní biochemie v normě, CRP 37 mg/l, FW 22/50,

Zvýšené IgA (2,27 g/l) a IgG (16,5 g/l), nižší IgM (0,49 g/l), IgE v normě. Kultivačně ve sputu byl opakovaně polybakteriální nález. Spirometrie při přijetí prokázala kombinovanou ventilační poruchu, při kontrole před propuštěním v normě.

Souhrn

U 6,5 leté dívky s chronickým kašlem, neprospíváním, poslechovým nálezem chrůpků s pracovní diagnózou asthma bronchiale a u 9 letého chlapce s vlhkým kašlem, expektorací, subfebriliemi, únavností, potivostí s diagnózou recidivujících respiračních infekcí byly při léčebném pobytu v dětském sanatoriu diagnostikovány bronchiektazie.

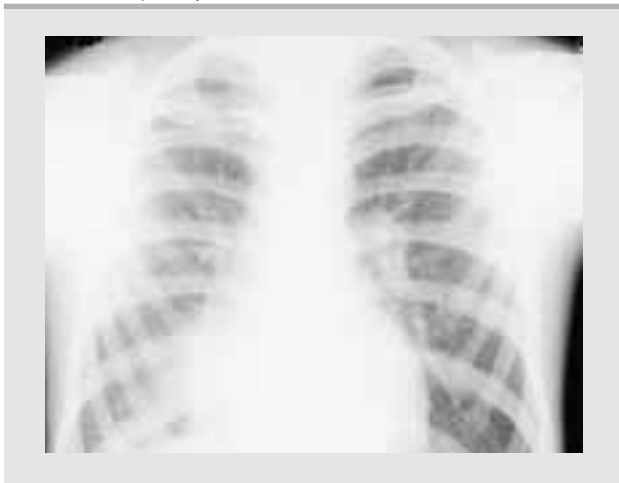
Obrázek 1. HRCT plic, kondenzace plicní tkáně ve středním laloku vpravo s výraznými bronchiektáziemi.



Obrázek 2. HRCT plic o několik vrstev kaudálněji, cylindrické bronchiektázie v dolních lalocích oboustranně.



Obrázek 3. předozadní snímek plic, zánětlivá infiltrace vpravo bazálně parakardiálně, hrubší proužky vlevo bazálně.



Obrázek 4. CT plic, kondenzace plicního parenchymu středního laloku při chron. zánětu a bronchiektázie ve středním a dolním laloku vpravo. Bronchiektázie v dolním laloku vlevo.



Stav obou pacientů je hodnocen jako závažný, s vážnou prognózou a vzhledem k rozsahu postižení inoperabilní. Byli předáni do péče dětských pneumologů v místě bydliště. Všechny infekty jsou залечовány antibiotiky, intenzivně rehabilitují (matky dostaly možnost k zaučení v dechové rehabilitaci včetně polohových drenáží), denně inhalují, omezena je fyzická zátěž. Pacienta z kazuistiky č. 2 máme možnost sledovat při opakovaných pobytech. Stav je relativně stabilizován, během posledních dvou let byl 2x hospitalizovaný, 1x pro těžkou pleuropneumonii pravého plicního laloku.

Do dětské léčebny jezdí děti vyšetřené v místě bydliště k dechové a pohybové rehabilitaci, klimatoterapii a speleoterapii. Anamnézu získáváme z krátkého návrhu na léčbu od obvodního lékaře a pohovorem přijímajícího lékaře s rodiči. Děti mají s sebou dlouhodobou léčbu nasazenou ošetřujícím alergologem, pneumologem nebo praktickým lékařem. Uvedením těchto kazuistik bychom rádi upozornili na méně častou příčinu recidivujících respiračních infekcí u dětí, které nelze vysvětlit výsledky dosavadních vyšetření. K diferenciální diagnóze patří také bronchiektázie.