

Možnosti ORL vyšetření u respiračních onemocnění

MUDr. Karol Zeleník, Ph.D.

Klinika otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku, FN a LF Ostrava

Respirační onemocnění léčí řada lékařských odborností (praktičtí lékaři pro dospělé, pediatři, internisté, plicní lékaři, alergologové, ORL a další). Každá odbornost se v diferenciální diagnostice zaměřuje zejména na „své“ nemoci a na ty cíle i anamnestické dotazy a první vyšetřovací kroky. ORL obor nabízí oproti jiným oborům na prvním místě detailní vyšetření anatomických poměrů a stavu sliznic horních cest dýchacích. V dnešní době je standardem endoskopické vyšetření, velmi často i s pořízením videozáznamu. U respiračních onemocnění je ORL vyšetření zacíleno zejména na posouzení:

- dutiny nosní a paranazálních dutin,
- hrtanu,
- známek mimojícnového refluxu.

NOS A PARANAZÁLNÍ DUTINY (PND)

ORL lékař by měl u obstrukce nosního dýchání na prvním místě vyloučit „to nejhorší“, tj. nádorový proces. První otázka ORL lékaře proto směřuje na to, jestli jsou problémy jednostranné nebo oboustranné. Nádor dutiny nosní se typicky projevuje jednostrannou nosní obstrukcí, nelepšící se při standardní léčbě akutních či chronických zánětů (ATB, nosní kortikoidy, antihistaminika, proplachy a další). V pozdějších stadiích se přidává zápach z dutiny nosní a případně krvácení. Jednostranné nosní problémy kromě nádorů způsobuje taky cizí těleso v dutině nosní (nejčastěji u dětí) a odontogenní maxilární sinusitida. Další anamnéza je podobná s jinými specializacemi – délka obtíží (obstrukce, sekrece), závažnost, dosavadní léčba, operace atd.

Již uvedenou výhodou ORL vyšetření je možnost podrobného endoskopického vyšetření. V oblasti nosu a PND je cílem *риноendoskopického vyšetření* posoudit:

- anatomické variability (vybočení nosní přepážky, perforace nosního septa, bulózní střední skořepa a další...)
- akutní a chronické zánětlivé změny (polypy, hypertrofie skořep, charakter sekretu, ostiomeatální jednotky)
- vyloučit nádor nosu, nosohltanu a paranazálních dutin

Další možnosti vyšetření nosu a PND je zobrazovací vyšetření, nejčastěji počítačovou tomografií (CT). CT lépe zobrazí změny v PND, míru jejich obturace a rozsah polypozních změn. Taky upozorní na případnou destrukci kostního ohraničení (mukokély, nádory). Při podezření na komplikaci zánětů nosu a PND (absces očnice, intrakraniální komplikace) je indikována NMR.

Prostý RTG snímek nosu a PND se v dnešní době neprovádí. Dle doporučení EPOSu (*European position paper on rhinosinusitis and nasal polypos, 2007 a 2012*) nepřináší prostý RTG snímek u akutní

a chronické rinosinuitidy žádnou přídatnou informaci, která by ovlivnila způsob léčby. Taky od provádění punkcí čelistních dutin se upustilo a punkce čelistní dutiny je v dnešní době rezervována na velmi výjimečné situace, např. na akutní „odlehčení“ u komplikací zánětů nosu a PND než je pacient připraven na operační revizi.

K posouzení nosní ventilace lze využít *akustickou rinometrii* a *rinomanometrii*. Vyšetření lze provést i po dekongescenci a tím posoudit význam „funkční složky obstrukce“. Při interpretaci výsledků je nutné pamatovat na nosní cyklus pacienta a mnoho dalších faktorů, které výsledek vyšetření ovlivňují.

Léčebně ORL obor nabízí kromě konzervativní léčby možnost chirurgického zlepšení nosní průchodnosti se zlepšením ventilace, zlepšením mukociliárního transportu a tím i regenerace sliznic. V dnešní době se využívá konceptu *funkční endoskopické endonazální chirurgie (FESS)*. Odstraňují se polypy, otevírají se PND, rozšiřují se jejich vývody, zmenšují se skořepy či odstraňují deformované části nosní přepážky. Zlepšení ventilace nosu a paranazálních dutin je významným faktorem léčby zánětu respiračních cest.

HRTAN, HORNÍ ČÁST PRŮDUŠNICE

Hlavními příznaky onemocnění hrtanu je chrapot a porucha dýchání, zejména nádechu (inspirační dušnost a stridor).

Diagnostika příčiny chrapotu (dysfonie) je plně v rukou ORL lékaře, případně foniatra. U chrapotu je nutné podrobné vyšetření stavu hlasivek zvětšovací laryngoskopií, nejlépe laryngostroboskopií. Chrapot může způsobovat celá řada nemocí od akutních a chronických zánětlivých změn, přes benigní hrtanové léze (polypy, uzlíky, granulomy, cysty a další) až po zhoubná onemocnění. Proto by měl být *každý pacient s chrapotem trvajícím déle než 3 týdny vyšetřen ORL lékařem*.

Úlohou ORL lékaře je taky posoudit, jestli jsou v hrtanu přítomné změny, které bývají přítomné u mimojícnového refluxu (viz níže – 3. bod).

Dále se ORL lékař podílí na vyšetření dušných pacientů. Příznakem obstrukce v oblasti hrtanu je zejména inspirační stridor, který nastává při výrazné obstrukci v oblasti hrtanu nebo horní části průdušnice. Nejčastěji bývá příčinou nádor hrtanu, dále se setkáváme s oboustrannou parézou hlasivek, zadní glotickou stenózou, paradoxním pohybem hlasivek a subglotickými stenózami. Ne příliš častou diagnózou je chondrom/chondrosarkom (nejčastěji low grade) prstencové chrupavky. Tento nádor roste pomalu, postupně zhoršuje ventilaci a imituje tak různá chronická plicní onemocnění (zejména CHOPN). Subglotická lokalizace je příčinou jeho obtížné diagnostiky. Pokud se na něj nemyslí, lze jej lehce přehlédnout. Diagnózu potvrdí CT.

MIMOJÍCNOVÝ REFLUX

Mimójícnový reflux zhoršuje respirační nemoci. V jeho diagnostice se uplatňují základní (anamnéza, vyšetření stavu sliznic horních cest dýchacích, zejména hrtanu a diagnosticko-terapeutický test) a speciální diagnostické metody.

Anamnéza bývá typická (kašel či pokašlávání, zahlenění, globus faryngeus, chrapot...), k posouzení závažnosti (kvantifikaci) obtíží lze využít Reflux symptom index.

Výhodou ORL lékaře je možnost posoudit, jestli jsou v hrtanu přítomné změny, které bývají u mimójícnového refluxu přítomné. Jedná se o zarudnutí a otok zadní komisury a sliznice arytenoidních chrupavek, pseudosulcus vocalis, granulomy, otok hlasivek a další. I když tyto změny mohou být i nespecifické, je jejich posouzení jedním z faktorů, který může diagnózu mimójícnového refluxu podpořit či nepodpořit.

Diagnosticko-terapeutický test pomocí inhibitorů protonové pumpy je u mimójícnových příznaků prováděn v dávce 2x denně po dobu 3 měsíců. Dávka i doba trvání je delší než u diagnosticko-terapeutického testu používaného gastroenterology u refluxní nemoci jícnu. Je taky důležité znát jeho limity. Zejména u slabě kyselého refluxu, a tím právě mimójícnový reflux často je, může být falešně negativní. I proto je důležité pacienta v první řadě nasměřovat ke *diagnosticko-terapeutickému testu změnou dietních návyků a životního stylu*.

Ke zpřesnění diagnózy mimójícnového refluxu lze využít speciální vyšetřovací metody, zejména 24hodinové monitorování pH, vyšetření impedance jícnu a vyšetření pepsinu v tkáních a sekretech.