

# WYMIOTY Z DOMIESZKĄ KRWI U 5-TYGODNIOWEGO NIEMOWLĘCIA – WSPÓŁISTNIENIE REFLUKSU ŻOŁĄDKOWO- -PRZEŁYKOWEGO I ALERGII POKARMOWEJ – PREZENTACJA PRZYPADKU

## BLOOD CONTAINING VOMITING IN A 5-WEEK-OLD INFANT: COINCIDENCE OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX AND FOOD ALLERGY – CASE STUDY

**Barbara Dobrowolska-Wiciak, Małgorzata Firek- Pędras,  
Marek Jaworski<sup>1</sup>, Tomasz Lebda Wyborny**

Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Śl. AM w Katowicach,

<sup>1</sup>Wojewódzki Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką, Dzieckiem i Młodzieżą w Częstochowie

**Streszczenie:** Opisywany przypadek dotyczy 5-tygodniowego niemowlęcia karmionego naturalnie, z problemem wymiotów i ulewań z domieszką krwi od 3 tygodnia życia. U dziecka na podstawie kontrastowego badania radiologicznego oraz badania endoskopowego górnego odcinka przewodu pokarmowego rozpoznano patologiczny refluks żołądkowo-przełykowy i stan zapalny błony śluzowej żołądka i dwunastnicy. Za najbardziej prawdopodobną przyczynę współistnienia wyżej wymienionych objawów przyjęto alergię pokarmową. Zastosowano leczenie dwukierunkowe: przyczynowe – dietę hipoalergiczną u matki oraz objawowe - leczenie prokinetyczne i H<sub>2</sub> bloker, z dobrym efektem klinicznym.

**Słowa kluczowe:** refluks żołądkowo-przełykowy, alergja pokarmowa, zapalenie błony śluzowej żołądka i dwunastnicy

**Abstract:** We present a case of a 5 week old infant, breast-fed, with problems of blood containing vomiting and spill-outs since the 3rd week of life.

CT scan and gastroscopy revealed the presence of pathologic gastroesophageal reflux and gastroduodenitis. As the most probable cause of the above food allergy was assumed. The bidirectional treatment was conducted: hypoallergic diet for the mother and H<sub>2</sub> blocker + prokinetic treatment for the child with good clinical effect.

**Key words:** gastroesophageal reflux, food allergy, gastroduodenitis

Refluks żołądkowo-przełykowy (r.ż.p.) jest spowodowany mimowolnym cofaniem się kwaśnej treści pokarmowej z żołądka do przełyku. Może być zjawiskiem fizjologicznym, szczególnie często obserwowanym u noworodków i młodych niemowląt ze względu na niedojrzałość anatomiczną i czynnościową mechanizmów zabezpieczających przed zarzucaniem zawartości żołądka do przełyku (dolny zwieracz

przełyku osiąga prawidłową długość i siłę skurczów zazwyczaj po 3 m.ż., ale czasem dopiero ok. 18 m.ż.). Ten rodzaj refluksu ustępuje samoistnie i nie powoduje żadnych następstw chorobowych (1-3).

Istnieje jednak zjawisko refluksu patologicznego, w którym częstość ulewań i wymiotów znacznie się nasila, ponadto w dalszej kolejności pojawiają się dodatkowe objawy

kliniczne ze strony różnych narządów: zapalenie przełyku (GERD – gastroesophageal reflux disease), nawracające zapalenia oskrzeli - głównie spastyczne, zachłystowe zapalenia płuc, zapalenia krtań, astma oskrzelowa, napady bezdechów, niedobór masy ciała, niedokrwistość niedoborowa (4 - 8).

Patogeneza patologicznego refluksu żołądkowo-przełykowego nie została dotąd w pełni wyjaśniona. W zależności od przyczyny może być pierwotny - spowodowany niewydolnością dolnego zwieracza przełyku oraz wtórny - w następstwie schorzeń zarówno przewodu pokarmowego jak i ogólnoustrojowych (zaburzenia metaboliczne, choroby neurologiczne np. dziecięce porażenie mózgowie, alergia pokarmowa, długotrwałe przyjmowanie niektórych leków np. metyloksantyn, blokerów kanału wapniowego) (3, 4, 9). Istnieje wiele doniesień o współistnieniu alergii pokarmowej i r.ż.p., wg różnych źródeł w 30-40% przypadków przyczyną wtórnego r.ż.p. jest alergia pokarmowa (2, 5, 10).

Wśród badań diagnostycznych refluksu żołądkowo-przełykowego należy wymienić: 24-godzinny pH-metrię śródprzełykową, w której monitorujemy spadki pH poniżej 4, RTG górnego odcinka przewodu pokarmowego z kontrastem, endoskopię z pobraniem wycinków do badania histopatologicznego oraz manometrię dolnego zwieracza przełyku (1, 4).

Leczenie, zgodnie z wytycznymi ESPGHAN, powinno składać się z kilku faz, kolejno po sobie następujących w miarę rozwoju choroby. Faza I - obejmuje leczenie pozycyjne (ułożenie pionowe dziecka), zagęszczanie pokarmów, zwiększanie częstości posiłków z równoczesnym ograniczeniem porcji, ponadto preparaty alkalinizujące; faza II - leczenie prokinetyczne; faza IIIa - H<sub>2</sub> blokery, faza IIIb - inhibitory pompy protonowej; faza IV - zabieg chirurgiczny (1).

## Opis przypadku

5-tygodniowe niemowlę płci żeńskiej urodzone z CI, PI, w 40 hbd, drogą cięcia cesarskiego, waga urodzeniowa 2850 g, Apgar 10, bez obciążeń chorobowych w wywiadzie rodzinnym, zostało skierowane do leczenia szpitalnego z powodu utrzymujących się od 3 tygodnia życia wymiotów i ulewania podbarwionych krwią.

Dziecko karmione było piersią na żądanie od urodzenia, przybrało w ciągu czterech tygodni 940 g, oddawało prawidłowy stolec kilka razy dziennie. Od urodzenia utrzymywały się ulewania, występujące po karmieniu, traktowane jako fizjologiczny refluks żołądkowo-przełykowy. Pediatra polecił ułożenie antyrefluksowe oraz częstsze karmienia mniejszymi porcjami. Około 3 tygodnia matkę zaniepokoiły coraz częstsze wymioty z domieszką krwi. Początkowo myślnano o mikrourazach okolicy brodawek sutkowych matki i stąd wynikającym czerwonym zabarwieniu ulewanej treści pokarmowej. W wykonanym w warunkach ambulatoryjnych badaniu ogólnym moczu stwierdzono ropomocz, rozpoznano infekcję dróg moczowych i włączono domięśniowe leczenie cefuroksymem (Zinacef). Nie obserwowano jednak poprawy i dziewczynka została skierowana do dalszej diagnostyki szpitalnej. Na oddziale stosowano antybiotyki ze względu na stwierdzoną infekcję układu moczowego. Kontrolne badania ogólne moczu i posiew były prawidłowe. Dziecko nadal ulewało po posiłkach, nie miało to jednak wpływu na prawidłowy przyrost masy ciała i dobry stan ogólny dziecka. W kontrastowym badaniu radiologicznym górnego odcinka przewodu pokarmowego uwidoczono refluks żołądkowo-przełykowy z szerokim przełykiem. Włączono wówczas lek prokinetyczny - cisaprid (Coordinax). Jednakże ze względu na kolejny incydent krwawych wymiotów zdecydowano o bardzo rzadko wykonywanej w tym wieku panendoskopii. Uwidoczono zaczerwienioną, z wybroczynami błonę śluzową żołądka i fałdów odźwiernika oraz zaczerwienioną i obrzękniętą opuszkę dwunastnicy. Ze względu na kruchość błony śluzowej, wiek dziec-

ka oraz nieznaczne odchylenia w parametrach układu krzepnięcia wykonujący badanie gastroenterolog nie zdecydował się na pobranie wycinków do badania histopatologicznego ani na wykonanie testu ureazowego w kierunku obecności *Helicobacter pylori*. Powyższe badania dodatkowe w połączeniu z obrazem klinicznym dały podstawę do rozpoznania współistnienia dużego refluksu żołądkowo-przełykowego i zapalenia błony śluzowej żołądka i dwunastnicy. Wysunięto przypuszczenie, że u tak małego dziecka przyczyną wyżej wymienionych zmian może być alergia pokarmowa.

Dziecko od urodzenia było karmione pokarmem matki, która nie stosowała żadnej diety hipoalergicznej. Wywiad rodzinny w kierunku alergii jest ujemny. Skóra dziecka nie wykazywała żadnych zmian chorobowych, stolce były prawidłowe.

Wykonano oznaczenia immunoglobulin: IgE całkowitej oraz IgE specyficznej dla białka mleka krowiego, jednakże ujemne wyniki nie wykluczają alergii. Ze względu na brak możliwości nie wykonano badania pH-metrycznego.

Zastosowano leczenie objawowe: najpierw podano H<sub>2</sub> blocker (ranitydyna - Ranigast) dożylnie przez okres 10 dni w dawce 2 mg/kg m.c./dobę, równocześnie prowadzono leczenie prokinetyczne. U matki zdecydowano o wprowadzeniu diety eliminującej białka mleka krowiego i hipoalergicznej. Po dwóch tygodniach wykonano kontrolną panendoskopię, w której uwidoczono wycofywanie się zmian zapalnych błony śluzowej. Klinicznie obserwowano rzadsze ulewania, bez treści zabarwionej krwią. Obecnie dziecko w 4 miesiącu życia dobrze przybiera na wadze i rozwija się prawidłowo. Opisany wcześniej incydent nie powtórzył się. Matka nadal stosuje dietę, niemowlę otrzymuje prokinetyk. Wymaga dalszej obserwacji w Poradni Gastrologicznej oraz poszerzenia diagnostyki alergologicznej w okresie późniejszym.

## Omówienie

Krwawienie z przewodu pokarmowego u kilkutygodniowego dziecka jest niezmiernie rzadko spotykanym przypadkiem. Niejasna jest etiologia powstania zmian zapalnych błony śluzowej żołądka i dwunastnicy w tak młodym wieku. Z całą pewnością można powiedzieć, iż ujawniony refluks żołądkowo-przełykowy nie może być przyczyną zmian zapalnych o wyżej wymienionej lokalizacji. Prawdopodobnie nie jest również odpowiedzialny za krwawienia z górnego odcinka przewodu pokarmowego.

Mając na uwadze współistnienie dwóch objawów mogących rozwinąć się wtórnie w przebiegu alergii pokarmowej przyjęto ją za najbardziej prawdopodobną etiologię, chociaż wywiad rodzinny i poziomy immunoglobulin nie potwierdzają alergii IgE-zależnej.

Istnieje wiele doniesień w literaturze o częstym współwystępowaniu alergii pokarmowej i r.ż.p., co sugeruje, że alergia pokarmowa jest jedną z częstszych przyczyn wtórnego r.ż.p., wg różnych źródeł 30-40% przypadków.

Pomocnym w potwierdzeniu refluksu żołądkowo-przełykowego wtórnego do alergii na białka mleka krowiego byłoby wykonanie pH metrii śródprzełykowej, która wykazuje charakterystyczny fazowy zapis graficzny – postępujący spadek wartości pH po przyjęciu każdego posiłku mlecznego i gwałtowny wzrost po przyjęciu następnego posiłku. W pierwotnym r.ż.p. spadki pH poniżej 4 są nieregularne. (2, 5, 10, 11). Ze względu na brak dostępności - badania nie wykonano. Istotnym jest jednak zróżnicowanie charakteru refluksu ze względu na planowanie leczenia. W przypadku refluksu pierwotnego stosuje się leczenie antyrefluksowe (I-IV fazy wg ESPGHAN), natomiast w przypadku refluksu wtórnego należy rozpocząć od leczenia przyczynowego choroby zasadniczej, w alergii pokarmowej od zastosowania diety eliminacyjnej i ew. leczenia przeciwalergicznego (2, 5, 10).

U omawianego dziecka ze względu na niejasność przyczyny i zaawansowanie zmian w stosunku do wieku zastosowano wyżej wymienione leczenie dwukierunkowe z dobrym efek-

tem. Dalsza obserwacja dziecka - ustąpienie lub narastanie objawów w wieku późniejszym pozwoli wyciągnąć wnioski dotyczące obecnego postępowania i ewentualną jego weryfikację.

## PIŚMIENNICTWO:

1. Celińska-Cedro D. Wymioty W: Gastroenterologia praktyczna, red. J. Socha. Warszawa, PZWL 1999, 4, 43-52.
2. Moszwet K., Iwańczak B., Matusiewicz K., Błitek A., Refluks żołądkowo- przełykowy w alergii pokarmowej u dzieci. Nowa Ped. 2000, 4 (wyd. spec.), 22-23.
3. Karczewska K. Obraz kliniczny odptywów żołądkowo-przełykowych u niemowląt. Prz. Pediatr. 1996, 26, 271-279
4. Zeiter D. K., Hyyams J. S. Gastroesophageal reflux - pathogenesis, diagnosis and treatment. Allergy Asthma Proc. 1999, 20, 45-49.
5. Kamer B., Chilarski A., Lange A., Piaseczna-Piotrowska. Gastroesophageal reflux in infants with food allergy. Monitor 2000, 6 (2), 348-352.
6. Vandenplas Y. Gastroesophageal reflux in children. Scand. J. Gastroenterol. 1995, 30 (suppl. 213), 31-8.
7. Wałkowski J., Cichy W. Gastroesophageal reflux in children. Ped. Prakt. 1995, 3, 211-217.
8. Semeniuk J., Kaczmarski M. Non typical manifestation of gastroesophageal reflux in children. Teoretyczne i praktyczne aspekty pediatrii. 1997, 2, 76- 89.
9. Semeniuk J. Etiopatogenetyczna rola wstecznego odptywu żołądkowo-przełykowego w kształtowaniu objawów chorobowych u dzieci. Praca Doktorska A.M. Białystok 1990.
10. Semeniuk J., Kaczmarski M. Alergia pokarmowa przyczyną refluksu żołądkowo- przełykowego u dzieci najmłodszych. Ped. Pol. 2000, 75 (10), 793- 802.
11. Cavataio F, Iacono G, Mantalto G. Gastroesophageal reflux associated with cow's milk allergy in infants: Which diagnostic examinations are useful? Am. J. Gastroenterol. 1996, 91, 1215-1220.

Adres do korespondencji:

Dr n. med. Barbara Dobrowolska-Wiciak  
Klinika Pediatrii, Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej Śl. AM.  
Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka i Matki  
ul. Medyków 16  
40-752 Katowice  
Tel. 207 16 54  
Fax 207 16 53

