

¹Zakład Chorób Układu Nerwowego Wydział Zdrowia Publicznego AM we Wrocławiu ,
Kierownik Zakładu prof. dr hab. Janusz Mierzwa
Department of Neuroscience, Department of Public Health Medical Academy of Wrocław,
Head: Prof. dr hab. J. Mierzwa

²Katedra i Klinika Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM we
Wrocławiu, Kierownik: Dr hab. med. K. Grabowski prof. nadzw. AM
Wrocław University of Medicine Department of gastrointestinal and General Surgery
Head: Krzysztof Grabowski M.D, Ph. D., prof

JOANNA ROSIŃCZUK-TONDERYS¹, KRZYSZTOF GRABOWSKI²

***History of patients with dysphagia prior to specialistic care – analysis
of cases***

**Analiza losów pacjentów z objawami dysfagii przed zgłoszeniem się
do leczenia specjalistycznego**

Dysfagia jest objawem występującym w łagodnych schorzeniach oraz w chorobach nowotworowych przełyku i wpustu. Pojawienie się dysfagii w raku przełyku i wpustu, zwłaszcza dla pokarmów płynnych, świadczy o zaawansowaniu procesu chorobowego [2,3,5]. W ostatnich latach obserwujemy zwiększenie liczby chorych zgłaszających się do leczenia specjalistycznego z zaawansowanym rakiem przełyku i wpustu [3,6]. Opóźnienie diagnozy w przypadku nowotworowej choroby przełyku i wpustu jest przyczyną złych efektów leczenia i dużej śmiertelności [1,6].

Celem pracy jest:

1. Analiza przyczyn późnej zgłaszalności się chorych do leczenia operacyjnego z dysfagią lub towarzyszącymi objawami patologicznymi związanymi z przyjmowaniem pokarmów.
2. Ocena przebiegu procesu diagnostycznego u chorych z objawami dysfagii lub towarzyszącymi objawami patologicznymi związanymi z przyjmowaniem pokarmów przed skierowaniem do leczenia specjalistycznego.
3. Określenie kiedy i przez jakiego lekarza zostało ustalone właściwe rozpoznanie przyczyn dysfagii.

MATERIAŁ I METODA BADAŃ

Badania zostały przeprowadzone u chorych z dysfagią lub towarzyszącymi objawami patologicznymi związanymi z przyjmowaniem pokarmów zgłaszających się do leczenia w Katedrze i Klinice Chirurgii Przewodu Pokarmowego i Chirurgii Ogólnej AM we Wrocławiu w okresie od 1.03. 2003 roku do 31.01.2005 roku. Do badań wykorzystano:

1. Dane z historii chorób.
2. Ankietę wg własnego opracowania

WYNIKI BADAŃ

Przebadano 220 chorych, w tym 163 mężczyzn (74,1 %) i 57 kobiet (25,9 %). Średnia wieku całej badanej grupy wynosi 59,6 lat ($\pm 13,7$ lat). Średnia wieku kobiet to 60,1 lat ($\pm 14,4$ lat), a mężczyzn 59,4 lat ($\pm 13,4$ lat). Schorzenia nowotworowe złośliwe były przyczyną dysfagii u 135 osób co stanowi 61,4% (u 115 mężczyzn tj. 70,5% i 20 kobiet tj. 35,1%). Schorzenia łagodne były przyczyną dysfagii u 85 osób tj. 38,6% (u 48 mężczyzn tj. 29,5% i 37 kobiet tj. 64,9%).

Wszystkich analizowanych chorych podzielono na 10 grup, a podstawą takiego podziału było końcowe rozpoznanie określające przyczynę dysfagii. Aby ułatwić opisy tabel i wykresów dokonano zakodowania przyczyn dysfagii cyframi arabskimi od 1 do 10. Dokładne zestawienie analizowanych grup i przyczyn dysfagii przedstawia tabela nr 1

Tabela 1. Przyczyny dysfagii w badanym materiale

Grupa	Przyczyny dysfagii	Kobiety		Mężczyźni		Razem
		Liczba	%	Liczba	%	
1	Rak wpustu	7	17,1	34	82,9	41
2	Rak przełyku	12	13,3	78	86,7	90
3	Kurcz wpustu	17	73,9	6	26,1	23
4	Uchyłki przełyku	5	62,5	3	37,5	8
5	Pooperzeniowe zwężenie przełyku	2	18,2	9	81,8	11
6	Zwężenie przełyku po rtg-terapii z powodu raka krtani	1	20,0	4	80,0	5
7	Refluks żołądkowo-przełykowy	1	12,5	7	87,5	8
8	Przepuklina rozworu przełykowego	10	35,7	18	64,3	28
9*	Inne	2	50,0	2	50,0	4
10	Guz Abrikossowa	0	0	2	100	2
	Razem	57	25,9	163	74,1	220

*Inne schorzenia będące przyczyną dysfagii to 2 przypadki nowotworu złośliwego. Jeden dotyczył raka oskrzela naciekającego na przełyk, drugi wznowy raka w miejscu zespolenia przełykowo-jelitowego po totalnej resekcji żołądka. W tej grupie umieszczono również 1 przypadek zaburzeń czynnościowych połykania i 1 przypadek dysfagii wywołanej zwężeniem szyjnego odcinka przełyku na tle zmian zapalnych.

W badanym materiale brano pod uwagę dominujące dolegliwości z powodu których chorzy przede wszystkim zgłosili się do lekarza – tabela nr 2. Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź.

Tabela 2. Dolegliwości z powodu których chorzy zgłosili się do lekarza

Dolegliwości	Liczba	Procent
Bóle za mostkiem	54	24,5
Trudności w połykaniu	163	74
Bóle żołądka	52	23,6
Pieczenie w przełyku	16	7,3
Nudności i wymioty	25	11,4
Utrata masy ciała	15	6,8
Złe samopoczucie	10	4,5
Zatkanie światła przełyku pokarmem	7	3,2
Ból gardła	5	2,3
Krwawienie z przewodu pokarmowego	3	1,4
Brak apetytu	3	1,4
Duszenie się (brak powietrza)	2	0,9
Badania okresowe (przypadkiem)	1	0,4
Kaszel	1	0,4
Stany podgorączkowe	1	0,4

Kolejnym punktem ankiety była ocena przyczyn opóźnienia zgłoszenia się do lekarza chorych z objawami dysfagii lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów – tabela nr 3. Możliwa była więcej niż jedna odpowiedź.

Tabela 3. Przyczyny opóźnienia zgłaszania się chorych do lekarza

Powód	Liczba	Procent
Myslał, że dolegliwości ustąpią	154	70
Bał się diagnozy	7	3,2
Bał się leczenia	1	0,4
Nie miał czasu zgłosić się do lekarza	7	3,2
Zlekceważył objawy	47	21,4
Myslał, że odczuwane dolegliwości są mało istotne	90	40,9
Nie było typowych objawów choroby (powoli narastały)	2	0,9
Wiązał dolegliwości z chorobami serca	2	0,9
Wiązał dolegliwości z chorobą krtani	1	0,4
Wiązał dolegliwości z chorobami gardła	1	0,4
Chodził do lekarza, leczony zachowawczo długotrwale	3	1,4
Pobyt w wojsku	1	0,4
Nie chciał martwić drugiej osoby (żony)	2	0,9
Zgłosił się do 7 dni	28	12,7

Następnym punktem ankiety była ocena ilości dni jakie upłynęły od wystąpienia pierwszych objawów dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów do momentu zgłoszenia się do lekarza – tabela nr 4.

Tabela 4. Czas od wystąpienia pierwszych objawów dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów do zgłoszenia się do lekarza w poszczególnych grupach rozpoznai (w dniach)

Grupa	Średnia w dniach	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Rak wpustu	48,78	70,53	1	365
Rak przełyku	39,14	45,63	1	180
Kurcz wpustu	91,26	107,79	7	365
Uchyłki przełyku	97,62	74,6	1	180
Pooperacyjne zwężenie przełyku	25,73	52,8	1	180
Zwężenie przełyku po rtg-terapii z powodu raka krtani	15,80	9,83	7	30
Refluks żołądkowo-przełykowy	88,12	84,91	1	180
Przepuklina rozworu przełykowego	89,0	132,7	1	365
Inne	923,75	1817,5	1	3650
Guz Abrikossowa	48,5	58,69	7	90

Następnie przeanalizowano czas, jaki upłynął od początku pojawienia się dolegliwości do momentu zgłoszenia się chorego do leczenia specjalistycznego w Klinice – tabela nr 5

Tabela 5. Czas trwania dolegliwości chorych leczonych z powodu dysfagii do momentu zgłoszenia się do leczenia szpitalnego w poszczególnych grupach rozpoznai (w miesiącach)

Grupa	Średnia	Odchylenie standardowe	Minimum	Maksimum
Rak wpustu	5,16	5,68	0,66	24
Rak przełyku	3,89	2,72	0,66	18
Kurcz wpustu	37,0	56,29	4	252
Uchyłki przełyku	13,25	11,29	2	36
Pooperacyjne zwężenie przełyku	103,24	193,81	0,66	558
Zwężenie przełyku po rtg-terapii z powodu raka krtani	11,0	20,69	1	48
Refluks żołądkowo-przełykowy	12,71	11,65	0,66	36
Przepuklina rozworu przełykowego	25,25	36,66	1	192
Inne	31,56	58,97	0,25	120
Guz Abrikossowa	2,25	1,06	1,5	3

Przeanalizowano również przez jakiego specjalistę została rozpoczęta diagnostyka i leczenie chorych z objawami dysfagii lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów oraz przez kogo chorzy byli kierowani do leczenia specjalistycznego - tabela nr 6 .

Tabela 6. Lekarz rozpoczynający diagnostykę i leczenie chorych z dysfagią lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów i kierujący pacjentów do diagnostyki i leczenia szpitalnego

Specjalista	Lekarz rozpoczynający diagnostykę i leczenie		Lekarz kierujący chorych do leczenia specjalistycznego	
	Liczba	Procent	Liczba	Procent
Lekarz pierwszego kontaktu	175	79,6	141	64,1
Gastrolog	5	2,3	15	6,8
Laryngolog	5	2,3	5	2,3
Pogotowie ratunkowe (izba przyjęć)	16	7,3	0	0
Chirurg	14	6,4	18	8,2
Onkolog	2	0,9	5	2,3
Pulmonolog	1	0,4	1	0,4
Nefrolog	1	0,4	1	0,4
Reumatolog	1	0,4	0	0
Szpital rejonowy	0	0	34	15,5

Szczegółowo przeanalizowano badania diagnostyczne wykonane ambulatoryjnie przez lekarza pierwszego kontaktu lub specjalistę przed leczeniem szpitalnym – tabela nr 7.

Tabela 7. Badania diagnostyczne wykonane u chorych z objawami dysfagii lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów przed zgłoszeniem się do leczenia szpitalnego

Badanie	Liczba	Procent
USG jamy brzusznej	138	62,7
Rtg przewodu pokarmowego z kontrastem	143	65,0
Rtg klatki piersiowej	115	52,3
TK klatki piersiowej	51	23,2
TK jamy brzusznej	28	12,7
Gastroskopia bez pobrania wycinków	40	18,1
Gastroskopia z pobraniem wycinków	138	62,7
pH-metria	10	4,5
Manometria	19	8,6
Inne	100	45,4

OMÓWIENIE

Wśród 220 badanych pacjentów licniejszą grupę osób z objawami dysfagii stanowili chorzy z rakiem przełyku 90 osób tj. 40,9% badanej grupy (78 mężczyzn i 12 kobiet). Z rakiem wpustu było 41 osób tj. 18,6% badanej grupy (34 mężczyźni i 7 kobiet). Nowotworową pozaprzętkową przyczynę dysfagii stanowiły 2 przypadki nowotworu złośliwego tj. raka oskrzela naciekającego na przełyk, oraz wznowy raka w miejscu zespolenia przełykowo-jelitowego po totalnej resekcji żołądka. U chorych po usunięciu raka krtani i rtg-terapii należy zawsze liczyć się ze wznową procesu nowotworowego. W badanym materiale u 1 chorego stwierdzono wznowę nowotworu w bliźnie po naświetlaniu. Wśród łagodnych przyczyn dysfagii najlicniejszą grupę stanowili chorzy z przepukliną rozworu przełykowego 28 osób tj. 12,7% badanej grupy (18 mężczyzn i 10 kobiet) i kurczem wpustu 23 osób tj. 10,4% badanej grupy (6 mężczyzn i 17 kobiet).

U 163 chorych co stanowi 74% badanych trudności w połykaniu były dolegliwościami z powodu których chorzy zgłosili się do lekarza. Oprócz trudności w połykaniu badani chorzy zgłaszali wiele innych towarzyszących dolegliwości, które są objawami wskazującymi na konieczność wczesnej diagnostyki i znaczeniu wywiadu chorobowego [2,4]. Bóle za mostkiem występujące u 54 osób (tj.

24,5%) i bóle żołądka występujące u 52 osób (tj. 23,6%) stanowiły dolegliwości z powodu których chorzy zgłosili się do lekarza. W dalszej kolejności nudności i wymioty - 25 osób (11,4%), pieczenie przełyku - 16 osób (7,3%), utrata masy ciała - 15 osób (6,8%).

Według ankietowanych najczęstszą przyczyną opóźnienia zgłoszenia się do lekarza było przekonanie, że odczuwane dolegliwości ustąpią - 154 osoby (70%) oraz, że są mało istotne - 90 osób (40,9%). Objawy zlekceważyło 47 osób (21,4%). Innymi powodami opóźnienia diagnostyki i leczenia były: strach przed diagnozą u 7 osób (tj. 3,2%), brak czasu na zgłoszenie się do lekarza - 7 osób (3,2%), brak typowych objawów choroby (powoli narastały) u 2 osób (0,9%). 28 osób (12,7%) zgłosiło się natychmiast do lekarza. Były to między innymi osoby z przebyłym poparzeniem przełyku i zatkanie światła przełyku pokarmem.

Najszybciej od momentu wystąpienia objawów dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów do lekarza zgłosili się badani z grupy 6 - zwężenie przełyku po rtg-terapii i było to 15,8 dnia (\pm 9,83 dnia). Natomiast 25,73 dnia (\pm 52,8 dni) to średni czas zgłoszenia się do lekarza chorych z grupy 5 - poparzeniowe zwężenie przełyku od momentu wystąpienia objawów dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów. W raku przełyku średni czas zgłoszenia się do lekarza od wystąpienia pierwszych objawów to 39,14 dni (\pm 45,63 dni).

Najdłuższy średni czas trwania dolegliwości chorych leczonych z powodu dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów przed zgłoszeniem się do leczenia szpitalnego wynoszący 103,24 miesiąca (\pm 193,81 m-ca) był w grupie 5 - poparzeniowe zwężenie przełyku. W grupie tej był chory C.P. lat 69, który doznał niewielkiego oparzenia przełyku w młodości środkiem chemicznym (ług sodowy). Odżywianie doustne odbywało się z niewielkimi problemami. Chory musiał dobrze gryźć pokarmy i popijać obficie płynami. Po 45 latach nasiliły się objawy dysfagii. Średni czas trwania dolegliwości chorych leczonych z powodu dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów przed zgłoszeniem się do leczenia szpitalnego w raku wpustu wynosił 5,16 miesiąca (\pm 5,68 m-ca) a w raku przełyku 3,89 miesiąca (\pm 2,72 m-ca). Skryty czas przebiegu choroby stopniowo nasilające się objawy dysfagii i inne towarzyszące jej dolegliwości oraz lekceważenie tych objawów przez chorych może tłumaczyć zbyt późne zgłaszanie się do lekarza. Niepokojący jest jednak nadmiernie długi okres diagnostyki, co znacznie zmniejsza szansę na skuteczne leczenie [3,6].

Pacjenci z objawami dysfagii lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów najczęściej, bo w 175 przypadkach (79,6%) zgłaszali się do lekarza pierwszego kontaktu. Kolejne 16 osób (tj. 7,3%) szukało pomocy na izbie przyjęć ostrego dyżuru lub lekarza pogotowia ratunkowego (byli to pacjenci z zatkanie światła przełyku pokarmem, po oparzeniu przełyku, z uczuciem duszności). Do chirurga zgłosiło się 14 osób (tj. 6,4%). w obecnym systemie organizacyjnym służby zdrowia w naszym kraju lekarze pierwszego kontaktu odgrywają istotną rolę w ustaleniu przyczyn dysfagii oraz w kierowaniu chorego do właściwego leczenia specjalistycznego [4].

Najczęstszym badaniem wykonywanym ambulatoryjnie u chorych z objawami dysfagii lub objawów patologicznych towarzyszących przyjmowaniu pokarmów przed zgłoszeniem się do leczenia szpitalnego było rtg przewodu pokarmowego z kontrastem u 143 badanych (tj. 65,0%). Gastroskopia z pobraniem wycinków i USG jamy brzusznej wykonywane było u 138 chorych (tj. po 62,7%). należy podkreślić, że w przypadku dysfagii pierwszym badaniem powinno być badanie endoskopowe z pobraniem wycinków.

Specjalistą kierującym najczęściej, bo 141 chorych (tj. 64,1%) z objawami dysfagii lub objawami patologicznymi towarzyszącymi przyjmowaniu pokarmów do diagnostyki i leczenia szpitalnego był lekarz pierwszego kontaktu.

WNIOSKI

1. Zbyt późne rozpoznanie przyczyn dysfagii jest wynikiem lekceważenia objawów przez chorego, braku świadomości o rozwijającym się schorzeniu a często również złym ukierunkowaniem badań diagnostycznych przez lekarza pierwszego kontaktu.
2. Pojawienie się dysfagii lub jakichkolwiek dolegliwości związanych z przyjmowaniem pokarmów wymaga pilnej diagnostyki, jaką jest badanie endoskopowe z pobraniem wycinków

3. Piśmiennictwo: 1. Dąbrowski A. i wsp.: Klasyfikacja Dukesa jako czynnik rokowniczy u chorych z płaskonabłonkowym rakiem piersiowego odcinka przełyku. *Polski przegląd Chirurgiczny*, 2004, ss 1259-1271.
4. Gadowska-Cicha A. i wsp.: Dysfagia – objaw alarmujący. *Chirurgia polska* 2004, ss 101-107.
5. Grabowski K., Rosińczuk-Tonderys J.: Dysfagia wywołana rakiem przełyku i wpustu. *Family Medicine and Primary Care Review*, 2005, 7, ss.129-131.
6. Jenny R. Fox, Scott K. Kuwada: Współczesne podejście do raka przełyku. *Medycyna po dyplomie*. 2001, ss. 43-48.
7. Rosołowski R. i wsp.: Rak przełyku ciągle aktualny problem diagnostyczno-terapeutyczny. *Gastroenterologia Polska*, 2004, ss. 51-55.
8. Strutyńska-Karpińska M. i wsp.: Ocena stopnia zaawansowania raka przełyku u chorych zgłaszających się do leczenia operacyjnego. *Gastroenterologia Polska*, 2002, ss. 183-187.

STRESZCZENIE

Przebadano 220 chorych leczonych z powodu dysfagii lub towarzyszących objawów patologicznych związanych z przyjmowaniem pokarmów. Nowotwory złośliwe były przyczyną dolegliwości u 135 badanych, a schorzenia łagodne u 85. Badania obejmowały analizę późnej zgłaszalności się chorych do leczenia specjalistycznego, oraz proces diagnostyczny przed przyjęciem do Kliniki. Stwierdzono, że zbyt późne rozpoznanie przyczyn dysfagii jest wynikiem braku świadomości o rozwijającym się schorzeniu, lekceważenia objawów przez chorego, a często również złym ukierunkowaniem badań diagnostycznych przez lekarza pierwszego kontaktu.

SUMMARY

We examined 220 patients treated for dysphagia or pathological symptoms accompanied food intake. Malignancies caused complaints in 135 patients while benign diseases in 85 cases. Studies included reasons of late visit to specialist and analysis of diagnostic procedures performed before admission to our clinic. We found out that dysphagia is diagnosed late due to lack of patients' consciousness of disease progression and their careless attitude to symptoms as well as bad diagnostic scheme applied by a family doctor. Endoscopy with biopsy is a basic procedure in case of dysphagia of the upper digestive tract.