

Standardy diagnostyczne i terapeutyczne alergicznego nieżytu nosa

STRESZCZENIE

Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest najczęstszą chorobą alergiczną dotyczącą 10–25% populacji. Większość chorych pozostaje nieprawidłowo zdiagnozowanych, a co za tym idzie, błędnie leczonych. W rozpoznaniu najważniejszą rolę spełnia przede wszystkim dobrze zebrany wywiad oraz badanie przedmiotowe. Leczenie uzależnione jest od postaci ANN (okresowy czy przewlekły) oraz od stopnia nasilenia objawów (łagodne, umiarkowane czy ciężkie). Odpowiednie postępowanie pozwala uniknąć powikłań, w tym ze strony dolnych dróg oddechowych.

Forum Medycyny Rodzinnej 2009, tom 3, nr 3, 173–180

słowa kluczowe: **alergia, alergiczny nieżyt nosa, astma oskrzelowa**

WSTĘP

W ciągu ostatnich 30 lat obserwuje się gwałtowne narastanie częstości występowania chorób alergicznym osiągające rozmiary epidemii. Stanowią one jeden z kluczowych problemów współczesnej medycyny i są powszechnie uważane za chorobę cywilizacyjną. Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jako odrębna jednostka chorobowa w literaturze medycznej pojawił się w 1828 roku, gdy Bostock po raz pierwszy użył pojęcia „gorączka sienna” (*hay fever*) w stosunku do objawów chorobowych atakujących górne drogi oddechowe [1]. Obecnie jest to najczęstsza na świecie choroba alergiczna dotycząca 10–25% populacji ludzkiej [2–5]. Polska na tle

Europy i świata jest jednym z krajów o najwyższym stopniu występowania ANN [6]. Uważa się, że ANN stanowi jedną z dziesięciu najczęstszych przyczyn wizyt u lekarzy pierwszego kontaktu. Pozostaje chorobą zbyt rzadko rozpoznawaną i niedoleczoną. Jak większość chorób alergicznym, może wystąpić w każdym wieku, jednak częstość występowania jest zdecydowanie najmniejsza u dzieci poniżej 5. roku życia, potem gwałtownie wzrasta w okresie dojrzewania i jest bardzo częstym schorzeniem u osób pomiędzy 20. a 40. rokiem życia. U 80% chorych objawy pojawiają się przed 20. rokiem życia. Ocenia się, że u dzieci choroba częściej dotyczy chłopców, natomiast u doro-

Wojciech Brzoźnowski

Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego



Polska na tle Europy i świata jest jednym z krajów o najwyższym stopniu występowania ANN

Adres do korespondencji:

dr n. med. Wojciech Brzoźnowski
Katedra i Klinika Chorób Uszu, Nosa, Gardła i Krtani
Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
ul. Dębinki 7, bud. 16, 80–211 Gdańsk
tel.: (58) 349–23–80
e-mail: drwojtek@yahoo.com

Copyright © 2009 Via Medica
ISSN 1897–3590

”
**U 80% chorych objawy
pojawią się przed 20. rż.**

”
**Alergiczny nieżyt nosa
wiąże się z miejscową
i ogólnoustrojową
nadprodukcją swoistych
przeciwciał IgE
w odpowiedzi na kontakt
z alergenem**

śluch występuje jednakowo u obu płci [7]. Dotyczy głównie mieszkańców miast. Alergiczny nieżyt nosa nie ma zazwyczaj ciężkiego przebiegu, ale w sposób istotny wpływa na życie społeczne chorych, ich zdolność do nauki oraz wydajność w pracy, a ponadto stanowi znaczne obciążenie ekonomiczne. U 75% osób z tą chorobą występują problemy ze snem; ANN może też być przyczyną zaostrzeń innych chorób dróg oddechowych, na przykład astmy lub zapalenia zatok przynosowych [8].

DEFINICJA

Alergiczny nieżyt nosa to zespół objawów klinicznych, wywołanych przez IgE-zależną reakcję zapalną błony śluzowej nosa na alergen, charakteryzujących się wyciekami wodnistej wydzieliny, kichaniem, świądem i blokadą nosa. Często współistnieją objawy alergicznego nieżytu spojówek (łzawienie, przekrwienie i świąd oczu).

CZYNNIKI WYWOŁUJĄCE I WYZWALAJĄCE ANN

Alergiczny nieżyt nosa wiąże się z miejscową i ogólnoustrojową nadprodukcją swoistych przeciwciał IgE w odpowiedzi na kontakt z alergenem. Najczęściej są to alergeny wziewne: sezonowe (pyłki roślin wiatropylnych — traw i drzew) lub całoroczne (roztocze kurzu domowego, naskórek i sierść zwierząt, pleśnie) [2]. Na terenie Polski odsetek chorych uczulonych na roztocze kurzu domowego przewyższa alergię pyłkową [9]. O wiele rzadziej ANN wywołują alergeny pokarmowe lub zawodowe (np. lateks). Do czynników mogących promować reakcję alergiczną błony śluzowej nosa należą ponadto zanieczyszczenia powietrza atmosferycznego (dym tytoniowy, ozon, dwutlenek siarki, dwutlenek azotu, spaliny silników diesla) i leki (niesteroidowe leki przeciwzapalne). Należy wspomnieć również o udziale w ANN czynników genetycznych (obecność alergii u obojga

rodziców to około 40-procentowe ryzyko przekazania jej potomstwu) [10].

MEDIATORY I OBJAWY

Objawy wczesnej fazy reakcji alergicznej są wynikiem działania mediatorów reakcji zapalnej uwolnionych z komórek tucznych podczas ich kontaktu z IgE. Do zasadniczych mediatorów należą: histamina, leukotrieny, prostaglandyny, bradykinina. W ciągu 1–3 minut pojawiają się tak zwane objawy histaminozależne, czyli świąd, kichanie, wyciek surowiczej wydzieliny, a po 10–15 minutach — obrzęk błony śluzowej nosa zależny od działania leukotrienów i prostaglandyn. Czas trwania tej fazy zwykle wynosi 30 minut. Późna faza reakcji alergicznej uzależniona jest w głównej mierze od eozynofilowego zapalenia błony śluzowej nosa, przy czym dominującym objawem jest jego niedrożność (obrzęk) i nadwrażliwość.

ROLA LEKARZA PIERWSZEGO KONTAKTU

Alergiczny nieżyt nosa to rosnące wyzwanie dla lekarzy pierwszego kontaktu, gdyż często to właśnie oni jako pierwsi stawiają rozpoznanie, zaczynają leczenie, informują pacjenta o istocie choroby oraz monitorują jej przebieg. Wśród osób zgłaszających się do lekarzy rodzinnych z powodu nieżytu nosa 30–60% przypadków to osoby z ANN.

ROZPOZNIANIE ANN

Można postawić na podstawie zgodności typowych objawów stwierdzonych w wywiadzie i badaniu przedmiotowym z wynikami badań dodatkowych potwierdzających rozpoznanie alergii [5].

■ Wywiad

Ma kluczowe znaczenie we właściwym rozpoznaniu. W celu określenia prawdopodobieństwa istnienia ANN u pacjenta z „objawami nosowymi” proponuje się kwestionariusz składający się z kilku prostych pytań [5]:

1. Czy masz któryś z następujących objawów:

— objawy tylko po jednej stronie nosa

TAK NIE

— gęsta, zielona lub żółta wydzielina z nosa

TAK NIE

— spływanie wydzieliny do gardła z gęstym śluzem i/lub z katarciem

TAK NIE

— ból twarzy

TAK NIE

— nawracające krwawienia z nosa

TAK NIE

— utrata węchu

TAK NIE

2. Czy masz któryś z następujących objawów przez co najmniej 1 godzinę przez większość dni w roku (lub przez większość dni pory roku — jeśli objawy są sezonowe):

— wodnisty wyciek z nosa (obustronny)

TAK NIE

— kichanie, szczególnie gwałtowne i napaadowe

TAK NIE

— niedrożność nosa

TAK NIE

— świąd nosa

TAK NIE

— zapalenie spojówek (czerwone, swędzące oczy)

TAK NIE

Objawy opisane w pytaniu nr 1 zwykle nie są spotykane w ANN. Obecność choćby jednego z nich powinna sugerować inne rozpoznanie. Natomiast współistnienie wodnistej wycieku z nosa z co najmniej jednym objawem opisanym w pytaniu nr 2 sugeruje ANN i potrzebę dalszej diagnostyki.

■ Badanie przedmiotowe

1. Obserwacja: „salut alergika” (charakterystyczne pocieranie nosa dłońmi), poprzeczna bruzda grzbietu nosa, „cienie alergiczne” i „worki pod oczami”, linie Denniego-Morgana poniżej powieki dolnej, „czerwone, swędzące oczy”.

2. Rynoscopia przednia i endoscopia jamy nosa — część badania laryngologicznego pozwalająca uwidocznić typową dla alergii obrzękniętą, bladą błonę śluzową, wodnistą wydzielinę lub polipy nosa.

■ Próbna terapia

Ustąpienie objawów po doustnym podaniu leku antyhistaminowego lub kortykosteroidu donosowo może stanowić dodatkową sugestię właściwego rozpoznania [5].

Kolejne kroki diagnostyczne wykonywane są, gdy objawy ANN wpływają na jakość życia chorego i mają na celu potwierdzenie istnienia alergii i identyfikację specyficznych alergenów.

■ Alergenowe testy skórne

To podstawowe badanie przesiewowe w diagnostyce chorób alergicznych („złoty standard”). Opiera się na ocenie skórnej reakcji alergicznej z udziałem przeciwciał IgE. Pozwala na rozpoznanie specyficznej alergii i ustalenie predyspozycji do chorób na tle alergicznym. W diagnostyce chorób nosa i zatok przynosowych najczęściej wykonuje się test punktowy (*prick test*).

■ Pomiar stężenia specyficznego IgE w surowicy

Przydatny w sytuacji, gdy nie ma możliwości wykonania testów skórnych, szczególnie u pacjentów z rozległymi zmianami skórnymi lub u niemowląt i małych dzieci; IgE znakowane są najczęściej izotopem promieniotwórczym (RAST) lub enzymem (ELISA). Badanie stosunkowo drogie, stąd też nie jest badaniem przesiewowym nawet w krajach wysoko rozwiniętych.

■ Próba prowokacyjna donosowa

Polega na donosowym podaniu znanej dawki alergenu i subiektywnej ocenie pojawiających się objawów przez pacjenta i lekarza lub ocenie obiektywnej za pomocą rymomanometrii. Badanie szczególnie przydatne w diagnostyce sezonowego i całorocznego ANN. Wykonuje się je z alergenem sezonowym poza sezonem pylenia, a z alergenami całorocznymi u osób bez nasilonych objawów chorobowych.



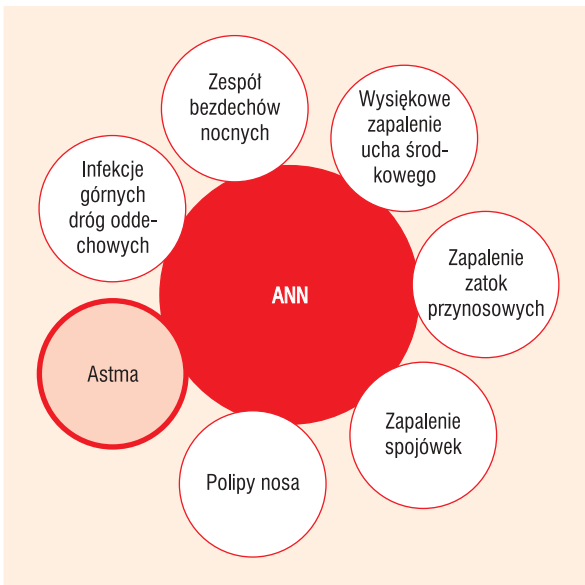
Późna faza reakcji alergicznej uzależniona jest w głównej mierze od eozynofilowego zapalenia błony śluzowej nosa



Wśród osób zgłaszających się do lekarzy rodzinnych z powodu nieżyty nosa 30–60% przypadków to osoby z ANN



Ustąpienie objawów po doustnym podaniu leku antyhistaminowego lub kortykosteroidu donosowo może stanowić dodatkową sugestię właściwego rozpoznania



Rycina 1. Choroby współistniejące z alergicznym nieżytem nosa

Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że około 80% chorych na astmę oskrzelową cierpi równocześnie na ANN

Leczenie alergicznego nieżytku, obok opanowania bardzo uciążliwych dla chorego objawów, ma także na celu powstrzymanie rozwoju astmy oskrzelowej

CHOROBY WSPÓLISTNIEJĄCE

Jest wiele stanów chorobowych mogących współistnieć z ANN (ryc. 1). Właściwe leczenie tej choroby może zmniejszyć ryzyko wystąpienia astmy oskrzelowej lub jej zaostrzeń. Wyniki badań epidemiologicznych dowodzą, że około 80% chorych na astmę oskrzelową cierpi równocześnie na ANN. Wykazano, że aż jeden na trzech pacjentów z nieżytem nosa zachoruje na astmę oskrzelową w ciągu 10 lat, tak więc leczenie ANN jest istotnym czynnikiem promowania zdrowia publicznego. Nieleczony nieżyt nosa zwiększa liczbę ataków duszności, o połowę zwiększa liczbę hospitalizacji z powodu astmy i utrudnia leczenie, a także zwiększa koszty leczenia tej choroby [11, 12].

NOWA KLASYFIKACJA

Dotychczas obowiązujący podział ANN na sezonowy i całoroczny zastąpiono podziałem na okresowy i przewlekły, biorąc pod uwagę kryterium częstości występowania objawów [4]. „Okresowy” oznacza, że objawy występują przez mniej niż 4 dni w tygodniu lub krócej niż 4 tygodnie, natomiast „przewlekły” — gdy objawy występują przez więcej niż 4 dni w tygodniu i ponad

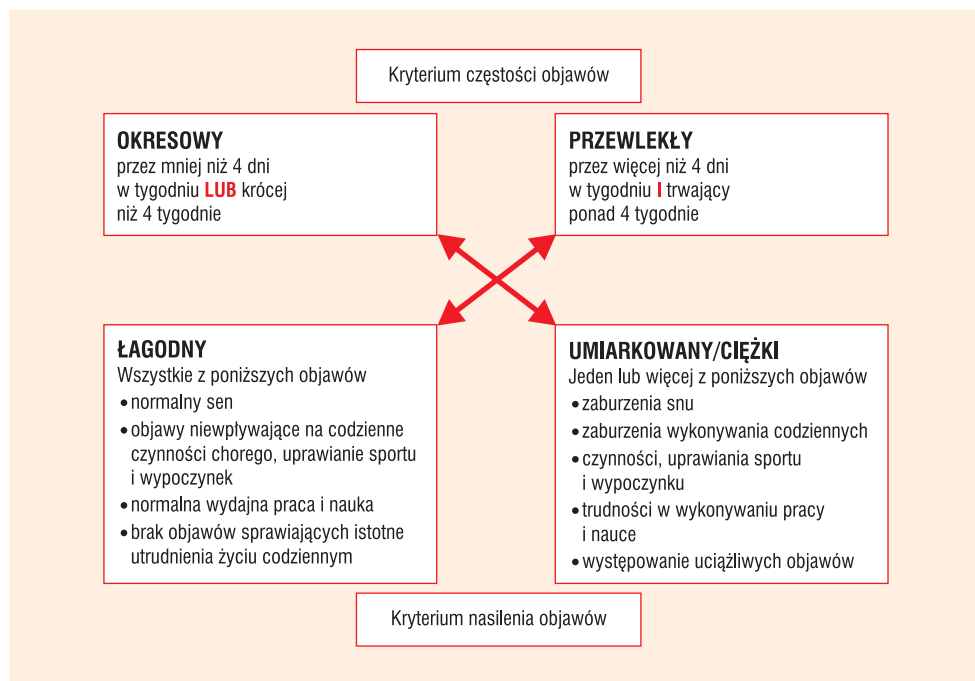
4 tygodnie. Dodatkowo wprowadzono dla obu rodzajów ANN trzy stopnie nasilenia objawów: łagodny, umiarkowany i ciężki. „Łagodny” — to taki, w którym nie jest spełnione żadne z następujących kryteriów: zaburzenia snu, utrudnienie wykonywania czynności codziennych, rekreacyjnych i/lub uprawiania sportu, trudności w nauce lub pracy, uciążliwe objawy. „Umiarkowany” lub „ciężki” oznacza, że spełnione jest przynajmniej jedno z kryteriów: zaburzenia snu, utrudnienie wykonywania czynności codziennych, rekreacyjnych i/lub uprawiania sportu, trudności w nauce lub pracy, uciążliwe objawy (ryc. 2).

LECZENIE

Postępowanie terapeutyczne u chorych na ANN obejmuje unikanie ekspozycji na alergen, leczenie farmakologiczne, immunoterapię swoistą oraz jako leczenie wspomagające — zabieg chirurgiczny. W celu zapewnienia skuteczności i bezpieczeństwa zaleca się wdrożenie strategii postępowania obejmującej leczenie zarówno górnych, jak i dolnych dróg oddechowych. Leczenie alergicznego nieżytku, obok opanowania bardzo uciążliwych dla chorego objawów, ma także na celu powstrzymanie rozwoju astmy oskrzelowej [13].

Unikanie ekspozycji na alergen

To podstawowe zalecenie mające zapobiegać wystąpieniu objawów chorobowych. Chorzy z ANN o objawach okresowych powinni być zaznajomieni z kalendarzem pylenia roślin, aby (gdy to możliwe) zmienić miejsce pobytu w okresie nasilonego pylenia roślin w miejscu stałego zamieszkania [2]. Poradnictwo dotyczące unikania alergenów obok analizy rodzinnych predyspozycji u osób uczulonych stanowią kluczowe elementy profilaktyki wtórnej. Profilaktyka pierwotna obejmuje naturalny sposób życia unikający nadmiernej chemizacji w otocze-



Rycina 2. Nowa klasyfikacja alergicznego nieżyty nosa (zmodyfikowane wg [4])

niu i dziecie, pozwalający na kontakt ze zwierzętami [14].

■ Leczenie farmakologiczne

Obowiązuje zasada stopniowego włączania leków zależnie od nasilenia objawów [15].

Leki przeciwhistaminowe

W chorobach alergicznych stosowane są blokery receptora H1, które redukują wydzielinę z nosa, świąd nosa i kichanie. Zgodnie z obecnie obowiązującymi zaleceniami doustne leki przeciwhistaminowe II i III generacji można uznać za leki pierwszego rzutu w ANN. Charakteryzują się one wysoką selektywnością, długim okresem półtrwania, dobrą penetracją do tkanek oraz brakiem działania sedatywnego — typowego dla I generacji tej grupy leków. Poza tym mają działanie przeciwzapalne i immunomodulujące. Niektóre z leków antyhistaminowych II generacji (terfenadyna, astemizol, ebastyna) wywierają działanie proarytmiczne na serce. Działania tego pozbawione są leki antyhistaminowe III generacji (lewocetyry-

zyna, desloratadyna, feksofenadyna). Aze-lastyna i lewokabastyna stosowane są miejscowo donosowo i dospojówkowo.

Glikokortykosteroidy

Są najsilniejszymi lekami o działaniu przeciwzapalnym, powodującymi supresję większości zjawisk immunologicznych [2]. Zasadnicze miejsce w terapii zawdzięczają przede wszystkim działaniu hamującemu eozynofile. Wygaszają wszystkie objawy ANN, w tym objawy blokady nosa. Zalecane są w postaci donosowej we wszystkich umiarkowanych i ciężkich postaciach tej choroby, zarówno okresowych, jak i przewlekłych. Ich działanie ujawnia się dopiero po kilku–kilkunastu godzinach, a maksymalny efekt występuje po kilku dniach regularnego stosowania. Nie obserwuje się wpływu tych leków na oś przysadkowo-nadnerczową [4, 16]. Bezpieczne jest nawet ich długotrwałe stosowanie w dawkach zalecanych przez producenta. Glikokortykosteroidy podane doustnie lub parenteralnie stosuje się tylko wtedy, gdy objawy ANN są bardzo nasilone i zawodzą leki pierwszego



Obowiązuje zasada stopniowego włączania leków zależnie od nasilenia objawów



Glikokortykosteroidy wygaszają wszystkie objawy ANN, w tym objawy blokady nosa

Tabela 1

Wpływ leków na objawy alergicznego nieżytu nosa (zmodyfikowane wg [16])

Leki	Objawy	Świąd i kichanie	Wyciek z nosa	Zatkanie nosa	Objawy oczne
Leki antyhistaminowe					
Doustne		++	++	+	++
Donosowe		+++	++	+	+++
Dospojówkowe		0	0	0	+++
Glikokortykosteroidy					
Donosowe		+++	+++	++	+
Doustne		++	++	+++	++
Kromony					
Donosowe		+	+	+	0
Dospojówkowe		0	0	0	++
Sympatykomimetyki					
Donosowe		0	0	++++	0
Doustne		0	0	++	0
Bromek ipratropium					
		0	++	0	0
Leki antyleukotrienowe					
		+	+	++	++

rzutu. Dopuszczalne są jedynie krótkotrwałe (7–21 dni) kuracje, przy uwzględnieniu typowych przeciwwskazań [8, 16].

Bromek ipratropium

Lek cholinolityczny, nioselektywny bloker receptorów muskarynowych. Znajduje zastosowanie w terapii ANN jedynie w sytuacjach nasilonego wycieku, który nie ustępuje po lekach pierwszego rzutu. Nie wpływa na pozostałe objawy alergii nosa.

Kromony

Leki stabilizujące komórki tuczne. Ich skuteczność terapeutyczna przy podaniu donosowym jest niższa od leków przeciwhistaminowych [15]. Są bardzo bezpieczne, stąd też mogą być stosowane w ciąży i u dzieci.

Sympatykomimetyki

To agoniści receptorów α_1 i α_2 -adrenergicznych oraz leki uwalniające noradrenalinę. Powodują obkurczenie naczyń krwionośnych, a dzięki temu likwidują niedrożność nosa. Dozwolona jest jedynie krótkotrwała kuracja donosowa — do 5 dni, stąd też zna-

lazły zastosowanie w leczeniu okresowego ANN. Doustne sympatykomimetyki (pseudofedryna) są bardzo skuteczne w połączeniu z lekiem przeciwhistaminowym [16]. Nie należy ich stosować dłużej niż 10–14 dni.

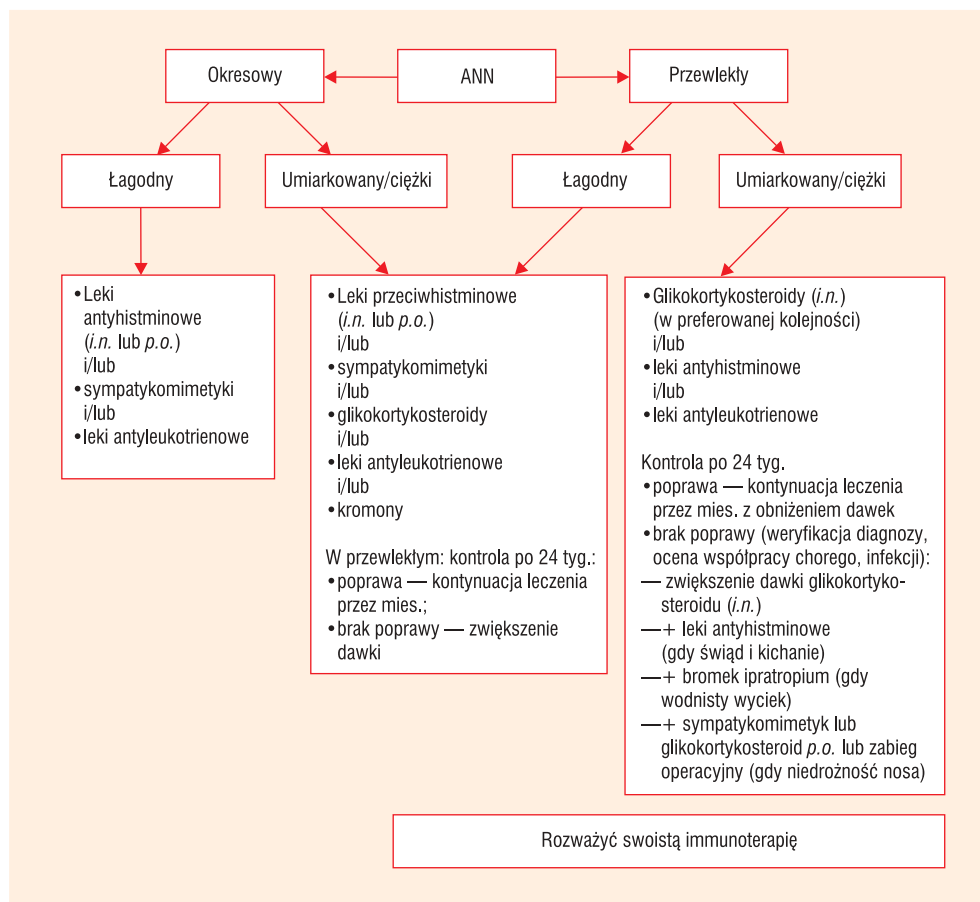
Leki przeciwleukotrienowe

To leki o działaniu przeciwzapalnym, blokujące receptory leukotrienowe na powierzchni komórki lub blokujące syntezę leukotrienów. W nosie wpływają głównie na poprawę jego drożności. Montelukast jest stosowany w ANN współistniejącym z astmą oskrzelową [17].

Wpływ leków na objawy ANN przedstawiono w tabeli 1.

Immunoterapia swoista

Polega na podawaniu stopniowo wzrastających dawek alergenu, co prowadzi do jego tolerancji i złagodzenia objawów chorobowych, poprzez modulację funkcji limfocytów T [2, 15]. Szczególnie skuteczna w okresowym ANN. Leczenie należy rozpoczynać jak najwcześniej, jednak nie szybciej niż w 4.–5. roku życia, pod warunkiem udowodnienia obecności swoistych IgE.



Rycina 3. Schemat postępowania w alergicznym nieżycie nosa (zmodyfikowano wg [5])

■ Leczenie chirurgiczne

Ma charakter terapii wspomagającej i polega na usunięciu zmian wtórnych powstałych w nosie i zatokach przynosowych w przebiegu przewlekłego ANN (polipektomia, mukotomia).

Schemat strategii postępowania w ANN przedstawiono na rycinie 3.

PODSUMOWANIE

ANN stanowi jedną z częstszych przyczyn wizyt w gabinecie lekarza pierwszego kontaktu. Niezbędna jest więc znajomość jego podstawowych objawów oraz metod postępowania. Pozwoli to na poprawę jakości życia chorych oraz na ograniczenie liczby powikłań, z których najistotniejsze to rozwój lub zaostrzenie astmy oskrzelowej.

PIŚMIENNICTWO

1. Finn R., Bostock J., Hay fever, and the mechanism of allergy. *Lancet* 1992; 340: 1453–1455.
2. Bocheńska-Marciniak M. Alergiczny nieżyt nosa — wiodąca choroba alergiczna XXI wieku. *Terapia* 2002; 1 (119): 7–20.
3. Rapijko P., Jurkiewicz D. Leczenie alergicznych nieżytów nosa. *Terapia* 2004; 4 (150): 24–30.
4. Bousquet J., Cauwenberge P., Khaltaev N. i wsp. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; 108 (supl).
5. Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. i wsp. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. *Allergy* 2008; 63 (supl. 86): 8–160.

6. Samoliński B., Raciborski F., Tomaszewska A. Częstość występowania alergii w Polsce — program ECAP. *Alergoprofil* 2007; 3 (4): 26–28.7. Skoner D.P. Allergic rhinitis: Definition, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; 108: 2–8.
8. Marple B. F., Fornadley J.A., Patel A.A. i wsp. Keys to successful management of patients with allergic rhinitis: Focus on patient confidence, compliance, and satisfaction. *Otolaryngol. Head Neck Surg.* 2007; 136: 107–124.
9. Samoliński B. Flutykazonu furoinian — nowy glikokortykosteroid w terapii alergicznego nieżyty nosa. *Alergia* 2008; 3: 39–42.
10. Nish A. Genetic Risk for Allergies and Asthma. *Asthma Magazine* 2004; November/December: 12–14.
11. Settipane, R.J., Hagy G.W., Settipane G.A. Long-term risk factors for developing asthma and allergic rhinitis: a 23-year follow-up study of college students. *Allergy Proc.* 1994; 15: 21–25.
12. Guerra, S., Sherrill D.L, Martinez F.D. i wsp. Rhinitis as an independent risk factor for adult-onset asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2002; 109: 419–425.
13. Kuna P., Kupczyk M. Mometazon w terapii alergicznego nieżyty błony śluzowej nosa. *Terapia* 2008; 4 (208): 80–94.
14. Samoliński B., Komorowski J. Terapia nieżyty nosa. *Przew. Lek.* 2006; 8: 42–49.
15. Bocheńska-Marciniak M. Alergiczny nieżyt nosa — postępy w leczeniu. *Terapia* 2003; 2 (135): 13–20.
16. Dykewicz M.S., Fineman S. Skoner D.P. i wsp. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. *Ann. Allergy Asthma Immunol.* 1998; 81: 478–518.
17. Van Adelsberg J., Philip G., Pedinoff A. J. i wsp. Montelukast improves symptoms of seasonal allergic rhinitis over a 4-week treatment period. *Allergy* 2003; 58: 1268–1276.