

Objawy nieżyty nosa u 8-letniej dziewczynki. Omówienie przypadku

Symptoms of rhinitis in an eight years old girl. Case discussion

dr n. med. Piotr Rapiejko

Klinika Otolaryngologii, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie

Streszczenie: Nieżyt nosa jest istotnym problemem zdrowotnym we wszystkich grupach wiekowych. Częstość występowania nieżytów nosa w Polsce, szczególnie alergicznego, znacząco wzrosła w ostatnich dwu dekadach. Objawy nieżyty nosa: niedrożność nosa, wydzielina, kichanie i świąd nosa, mogą znacząco obniżyć jakość życia. Rozpoznanie alergicznego nieżyty nosa opiera się na charakterystycznym wywiadzie oraz dodatnich testach skórnych z alergenami i/lub na stwierdzeniu wysokiego stężenia swoistych przeciwciał IgE w surowicy. W 25% przypadków może występować lokalny alergiczny nieżyt nosa, w którym badaniem potwierdzającym rozpoznanie powinna być donosowa próba prowokacyjna z alergenem. Donosowe lub doustne leki przeciwhistaminowe są lekami z wyboru w łagodnej postaci okresowego alergicznego nieżyty nosa. Donosowe glikokortykosteroidy są lekami z wyboru w przypadkach umiarkowanego/ciężkiego okresowego i każdego przewlekłego alergicznego nieżyty nosa. W pracy omówiono przypadek 8-letniej dziewczynki z objawami lokalnego alergicznego nieżyty nosa.

Abstract: Rhinitis represents global health problems for all age groups. The prevalence of rhinitis in Poland, especially allergic rhinitis, has dramatically increased in the past two decades. Rhinitis symptoms; congestion, rhinorrhea, sneezing and nasal pruritis can significantly affect the quality of life. Allergic rhinitis diagnosis is based on medical history, positive skin prick tests with allergens and/or high level of serum specific anti-IgE antibodies. In 25% of cases local allergic rhinitis can be diagnosed, where nasal provocation test with allergen confirms the diagnosis. Intranasal or oral antihistaminics are the drugs of choice for mild intermittent allergic rhinitis. Intranasal corticosteroids are considered the most effective therapy for moderate and severe intermittent allergic rhinitis and for all stages of persistent rhinitis. In the paper the case of an eight years old girl with symptoms of local allergic rhinitis is presented.

Słowa kluczowe: alergiczny nieżyt nosa, lokalny alergiczny nieżyt nosa, alergeny pyłku brzozy

Key words: allergic rhinitis, local allergic rhinitis, birch pollen allergens

Opis przypadku

Do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej 25 kwietnia 2013 r. zgłosili się rodzice z 8-letnią Anią, która od 3 lat „często się przeziębia”. Rodzice zauważyli, że częste przeziębienia pojawiły się u córki wraz z rozpoczęciem nauki w szkole. Niepokój rodziców wzbudzał jednak fakt, że Ania „chodzi z katarą” nie tylko w okresie jesienno-zimowym, ale również wiosną, gdy u innych dzieci infekcje już się skończyły. Mimo że tydzień przed wizytą zrobiło się ciepło, nadeszła prawdziwa wiosna, to ich córka „cały czas chodzi zakatarzona, dodatkowo od kilku dni kicha i ma zatknięty nos, a wczoraj pojawił się ból ucha”.

Pogłębiony wywiad

Katar (początkowo zwykle wodnisty) i zatkanie nosa utrzymują się u Ani w zasadzie przez cały rok.

Katar nasila się w słoneczne dni kwietnia w trakcie pobytu poza domem, wtedy też występuje łzawienie, pieczenie i świąd oczu. Ania nie ma objawów jedynie w okresie wakacji. „Infekcje” przebiegają zwykle bez gorączki. Z uwagi na nietolerancję mleka krowiego we wczesnym dzieciństwie (zmiany skórne) i obciążenie rodzinne atopią (ojciec choruje na astmę, a starszy brat Ani na alergiczny nieżyt nosa) lekarz podejrzewał u dziewczynki alergiczny nieżyt nosa. Wykonano testy skórne z alergenami pokarmowymi i powietrznopochodnymi i otrzymano ujemny wynik. Rodzice samodzielnie zdecydowali o wykonaniu badania swoistych przeciwciał IgE – panel wziewny (badanie prywatne). Nie stwierdzono podwyższonego stężenia swoistych przeciwciał IgE z alergenami powietrznopochodnymi. W leczeniu poszczególnych incydentów choroby stosowano doraźnie antybiotykoterapię, okresowo leki

przeciwhistaminowe i okresowo donosowe glikokortykosteroidy. Efekt leczenia doraźnego – okresowa poprawa.

Badanie przedmiotowe

Gardło bez zmian. Nos w rynoskopii przedniej o znacznie upośledzonej drożności (lekarz POZ używał do badania otoskopu): obrzęk i zaczerwienienie błony śluzowej małżowin nosowych dolnych, wydzielina śluzowa, przegroda prawie prosta. Uszy otoskopowo: błony bębenkowe wciągnięte, zaczerwienione (cechy kataralnego zapalenia ucha środkowego).

Wstępne rozpoznanie

Najważniejszy jest wywiad. Umiejętnie przeprowadzone badanie podmiotowe, szczególnie w przypadku okresowego alergicznego nieżyty nosa, pozwala ustalić rozpoznanie i potencjalny alergen w blisko 90% przypadków. Wymaga to jednak od lekarza zarówno poświęcenia więcej czasu niż zwykle, jak i dostępu do danych o stężeniu pyłku roślin na danym terenie (dane retrospektywne publikuje kwartalnik „Alergoprofil”: www.alergoprofil.pl, a aktualne prognozy są dostępne na stronie: www.alergen.info.pl).

Ania w słoneczne wiosenne dni (w kwietniu) miała wodnistą wydzielinę z nosa, kichała, a jej nos był niedrożny. Objawom nosowym towarzyszą objawy spojówkowe (świąd, łzawienie i zaczerwienienie oczu).

Wyżej opisane objawy kliniczne mogą wskazywać na **lokalny alergiczny nieżyt nosa wywołany uczuleniem na alergeny pyłku brzozy**.

Ujemne testy skórne z alergenami powietrzno-pochodnymi oraz brak podwyższonego stężenia swoistych przeciwciał IgE w surowicy nie dają nam podstaw do potwierdzenia rozpoznania postawionego na podstawie charakterystycznego wywiadu, ale nie wykluczają alergicznego tła choroby. W celu potwierdzenia uczulenia na konkretny alergen (w tym przypadku alergeny pyłku brzozy) możemy wykonać donosową próbę prowokacyjną z alergenem.

Lokalny alergiczny nieżyt nosa (*local allergic rhinitis*) może dotyczyć nawet 25% pacjentów z nieżytem nosa [1]. Etiologia schorzenia to lokalna (w błonie śluzowej nosa) produkcja przeciwciał klasy IgE. Objawowo nie różni się ono od klasycznego alergicznego nieżyty nosa.

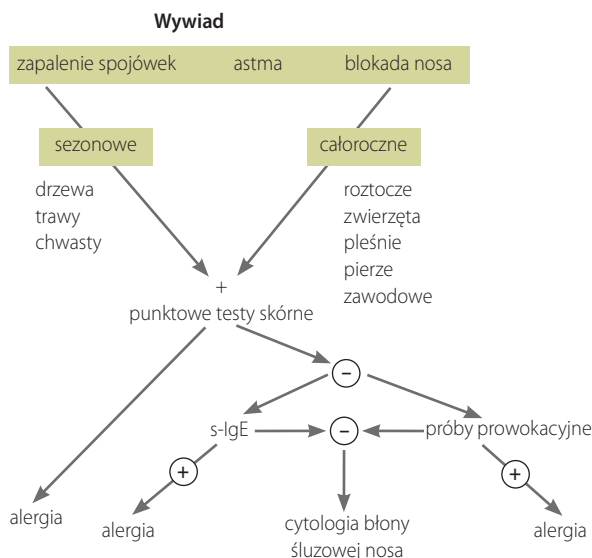
O rozpoznaniu lokalnego alergicznego nieżyty nosa przesądza dodatni wynik donosowej próby prowokacyjnej z alergenem u osób z dodatnim wywiadem. Donosową próbę prowokacyjną można wykonać w większości ośrodków akademickich oraz części poradni alergologicznych.

Jakie jest standardowe postępowanie diagnostyczne w przypadku podejrzenia alergicznego nieżyty nosa? Po dokładnym zebraniu wywiadu i wstępnym ustaleniu przypuszczalnego alergenu wywołującego objawy kliniczne należy wykonać testy skórne, które są wystandaryzowanym badaniem oceniającym reaktywność skóry na badany alergen (ryc. 1). Dodatni wynik testu stanowi dowód swoistej nadreaktywności w wyniku rozwoju uczulenia na testowany alergen [1–3]. W przypadku wątpliwości w interpretacji wyników testów skórnych wskazane jest wykonanie próby prowokacyjnej z alergenem lub badania stężenia swoistych przeciwciał IgE.

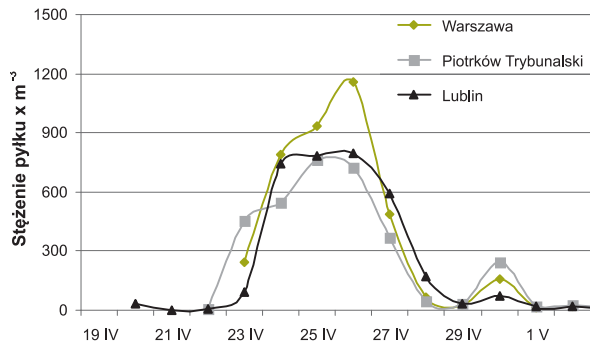
Nawet u 25% chorych z alergicznym nieżytem nosa wyniki testów skórnych z alergenem są ujemne, a stężenie swoistych przeciwciał IgE w surowicy nie jest podwyższone, mimo występowania u chorych klasycznych objawów alergicznego nieżyty nosa [2, 4]. Jest to związane z lokalnym występowaniem swoistych przeciwciał IgE w błonie śluzowej nosa przy braku podwyższonego stężenia przeciwciał w surowicy i skórze. Zjawisko to nazywamy lokalnym alergicznym nieżytem nosa [4]. W przypadku rozbieżności między wywiadem a punktowymi testami skórnymi czy s-IgE to wynik donosowej próby prowokacyjnej z alergenem rozstrzyga o kwalifikacji do immunoterapii [5].

Pylenie brzozy rozpoczęło się w Warszawie w 2013 r. z tygodniowym opóźnieniem w stosunku do średniej wieloletniej [6]. Rodzice Ani zauważyli zaostrezenie objawów chorobowych około tygodnia przed wizytą (która odbyła się 25 kwietnia). Na podstawie wykresu stężenia pyłku brzozy w atmosferze Warszawy (ryc. 2) i analizy daty początku nasilenia dolegliwości można było wstępnie rozpoznać uczulenie na alergeny pyłku brzozy.

Rycina 1. Schemat diagnostyki ANN.



Rycina 2. Stężenie pyłku brzozy w 2013 r. w Warszawie (za [6]).



Wdrożone postępowanie diagnostyczne

Na początku września 2013 r. wykonano u Ani donosową próbę prowokacyjną z alergenami pyłku brzozy. Próba była dodatnia.

W końcu września rodzice zaobserwowali u Ani kichanie i katar po kontakcie z kurzem domowym. Zaplanowano próbę prowokacyjną z alergenem roztoczy kurzu domowego *Der p1* po zakończeniu sezonu pylenia brzozy w 2014 r. i odstawieniu leków.

Rozpoznanie:

1. lokalny, okresowy, alergiczny nieżyt nosa wywołany uczuleniem na alergeny pyłku brzozy
2. podejrzenie lokalnego przewlekłego alergicznego nieżyty nosa wywołanego uczuleniem na alergeny roztoczy kurzu domowego.

Zastosowane leczenie:

1. profilaktyka przeciwroztoczowa w domu
2. donosowo propionian flutykazonu w dawce 1 × 1 przewlekle
3. w przypadku nasilenia objawów (np. wizyta u koleżanki [kurz domowy], spacer w kwietniu [brzoza]) doraźnie donosowo azelastyna lub w przypadku towarzyszących objawów ocznych doustnie desloratyna 5 mg
4. w czerwcu próba prowokacyjna z alergenem roztoczy kurzu domowego
5. do rozważenia immunoterapia swoista alergenowa.

Omówienie

W terapii alergicznego nieżyty nosa stosowane są następujące metody: unikanie alergenu, immunoterapia swoista alergenowa, leki przeciwhistaminowe (LP) II generacji (niesedatywne), donosowe leki przeciwhistaminowe (dnLP), leki przeciwhistaminowe podawane dospojówkowo, donosowe glikokortykosteroidy, 0,9% roztwory NaCl lub wody morskiej, donosowe kromoglikany. Każda z wyżej wymienionych grup leków lub metod jest skuteczna w leczeniu ANN, każda ma swoje wady i zalety (ryc. 3).

Najsukuteczniejsze są donosowe glikokortykosteroidy. Mimo że efekt terapeutyczny jest widoczny w komórkach błony śluzowej już po kilku godzinach (do maksymalnie 12 h) od aplikacji, to wadą dnGKS jest konieczność kilkudniowego oczekiwania na wyraźny efekt kliniczny (pamiętaj, aby poinformować o tym chorego).

Doustne leki przeciwhistaminowe charakteryzują się szybkim początkiem działania, ale znacznie słabiej wpływają na obrzęk błony śluzowej (niedrożność nosa) niż dnGKS. Zaletą doustnych leków przeciwhistaminowych jest działanie również na objawy spojówkowe i skórne.

Donosowe leki przeciwhistaminowe mają bardzo szybki początek działania (po 15 min od aplikacji), ale wymagają podawania 2 razy na dobę.

Podstawą leczenia powinien być donosowy GKS. Nowoczesne dnGKS są wg najnowszych wytycznych (m.in. PoSLeNN) lekami pierwszego rzutu w leczeniu objawów umiarkowanych i ciężkich okresowego ANN (np. w czasie pylenia brzozy) oraz każdej postaci przewlekłego ANN (np. uczulenie na alergeny roztoczy kurzu domowego) [1, 3, 8].

Według metaanalizy opublikowanej w czasopiśmie „Lancet” w 2012 r. **korzyści ze stosowania dnGKS kilkukrotnie przewyższają te, które uzyskamy dzięki użyciu doustnych leków przeciwhistaminowych**, i są porównywalne jedynie z tymi, jakie przynosi immunoterapia swoista i donosowe stosowanie azelastyny (ale 2 razy dziennie) (ryc. 4).

Powinniśmy u Ani zastosować przewlekle, przez cały okres kontaktu z alergenem roztoczy, małą (najmniejszą usuwającą objawy) dawkę glikokortykosteroidu. Może się jednak zdarzyć, że w czasie ekspozycji na wysokie stężenia alergenu, np. w trakcie większego sprzątnięcia lub wizyty u koleżanki, która ma

Rycina 3. Skuteczność poszczególnych grup leków stosowanych w leczeniu alergicznego nieżyty nosa (za [7]).

	dnGKS	doustne leki przeciwhist.	dn leki przeciwhist.
Katar	+++	++	++
Kichanie	+++	++	++
Świąd	+++	++	++
Zatkanie	+++	+	+
Zapalenie spojówek	++	++	+
Początek działania	12 h	1 h	15 min
Czas działania	12–48 h	12–24 h	6–12 h

dn – donosowe, GKS – glikokortykosteroidy

Rycina 4. Korzyści ze stosowania poszczególnych grup leków w ANN (za [9]).

	Korzyści	NNT
Leki przeciwhistaminowe		
Śr. wartość dla grupy leków	0,07	15,2
Donosowe glikokortykosteroidy (aerozol)		
Śr. wartość dla grupy leków	0,23	4,4
Donosowe leki przeciwhistaminowe (aerozol)		
Azelastyna (raz dziennie)	0,16	6,3
Azelastyna (dwa razy dziennie)	0,20	5,0
Inne		
Montelukast	0,07	14,3
Omalizumab	0,08	12,3
Immunoterapia	0,22	4,6

NNT – liczba pacjentów, których trzeba leczyć, aby jeden pacjent odczuł poprawę.

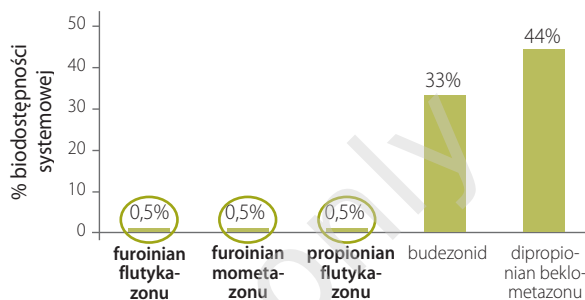
w domu więcej kurzu niż Ania, u naszej chorej wystąpią objawy mimo stosowania dnGSK. Aby zabezpieczyć Anię przed nieoczekiwanymi objawami alergii, a nas przed nieplanowaną wizytą niezadowolonej pacjentki, możemy zaproponować doraźne zastosowanie donosowego leku przeciwhistaminowego w dawce 1 aplikacja 2 razy dziennie (w Polsce dostępny jest jeden preparat – azelastyna) i/lub zastosowanie doustnego leku przeciwhistaminowego, np. pozbawionej efektu sedacji desloratadyny w dawce 5 mg raz na dobę.

Z uwagi na bezpieczeństwo, **powinniśmy wybierać wyłącznie nowoczesne donosowe glikokortykosteroidy, które poza wysoką skutecznością charakteryzują się niską biodostępnością. Biodostępność furoinianu i propionianu flutykazonu oraz furoinianu mometazonu jest mniejsza lub równa 0,5% zastosowanej dawki.** Starsze dnGSK charakteryzują się biodostępnością od 33% do nawet 100%. Tym samym w pełni zrozumiałe jest zastosowanie u Ani propionianu flutykazonu w dawce 1 aplikacja raz dziennie do każdego otworu nosowego. Te trzy wymienione wyżej nowoczesne i bezpieczne donosowe glikokortykosteroidy nie różnią się istotnie statystycznie pod względem

Rycina 5. Schemat leczenia ANN wg ARIA.



Rycina 6. Biodostępność systemowa poszczególnych dnGSK (za [10]).



skuteczności działania, dlatego przy wyborze konkretnego preparatu kierujemy się zwykle ceną leku, wygodą i łatwością aplikacji, ewentualnie indywidualnymi preferencjami chorego.

Plany terapeutyczne na przyszłość

Po dokładnej analizie objawów chorobowych w sezonie pylenia brzozy w 2014 r. rozważane będzie włączenie (oprócz leczenia farmakologicznego) również immunoterapii swoistej alergenowej.

Piśmiennictwo:

1. Samoliński B., Arcimowicz M. et al.: *Polskie Standardy Leczenia Nieżyty Nosa – PoSLeNN. Alergologia Polska 2013, nr specjalny S1.*
2. Kruszewski J., Silny W., Mazurek H. et al.: *Testy skórne. W: Standardy w alergologii. Część 1, wyd. 2. Kruszewski J., Kowalski M. (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2011: 21-38.*
3. Rapiejko P.: *Alergiczny nieżyt nosa. W: Alergologia kompendium. Pawliczak R. (red.). Termedia, Poznań 2013: 119-134.*
4. Rodon C., Campo P., Galindo L. et al.: *Prevalence and clinical relevance of local allergic rhinitis. Allergy 2012, 67: 1282-1288.*
5. Samoliński B., Rapiejko P., Krzych-Fałta E. et al.: *Standardy wykonywania donosowych prób prowokacyjnych. Post. Dermatol. Alergol. 2010, 27(3): 149-161.*
6. Puc M., Kruczek A., Lipiec A., P. et al.: *Pylek brzozy w powietrzu wybranych miast Polski w 2013 r. Alergoprofil 2013, 2: 44-48.*
7. Bousquet J. et al.: *J. Allergy Clin. Immunol. 2001, 108: S147-S334; Scadding G. J. Allergy Clin. Immunol. 2001, 108: S59.*
8. Samoliński B., Nowicka A., Wojas O. et al.: *Intranasal glucocorticosteroids – not only in allergic rhinitis in the 40th anniversary of intranasal glucocorticosteroids' introduction. Otolaryngol. Pol. 2014, 68(2): 51-64.*
9. Greiner A.N., Hellings P.W., Rotiroti G. et al.: *Allergic rhinitis. The Lancet 2012, 378(9809): 2112-2122.*
10. Roberts G., Xatzipsalti M., Borrego L.M. et al.: *Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2013, 68(9): 1102-16.*

Konflikt interesów/Conflict of interests: Nie występuje.
 Finansowanie/Financial support: Nie występuje.
 Etyka/Ethics: Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Adres do korespondencji:
dr n. med. Piotr Rapiejko
 Klinika Otolaryngologii, Wojskowy Instytut Medyczny
 04-141 Warszawa, ul. Szaserów 128
 e-mail: piotr@rapiejko.pl