

Michał Jędrzejek, Dagmara Pokorna-Katwak, Agnieszka Mastalerz-Migas

Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej, Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu

Alergiczny i niealergiczny nieżyt nosa

Allergic and nonallergic rhinitis

Streszczenie

Nieżyt nosa jest częstą dolegliwością w praktyce lekarza rodzinnego zarówno u dorosłych, jak i u dzieci. Obejmuje on schorzenia z objawami blokady nosa, przekrwienia błony śluzowej, wycieku z nosa, kichania i świądu, które wynikają z zapalenia (zapalne nieżyty nosa) i/lub dysfunkcji błony śluzowej nosa (niezapalne nieżyty nosa). Nieżyt nosa można również ogólnie podzielić na alergiczny i niealergiczny. Wydaje się, że alergiczny nieżyt nosa ma jasną definicję i znaną patofizjologię, natomiast niealergiczne nieżyty nosa są nadal słabo poznane. Alergiczny nieżyt nosa definiowany jest jako reakcja nadwrażliwości IgE-zależna na wdychany alergen i jest tradycyjnie klasyfikowany jako sezonowy lub całoroczny. Z kolei niealergiczny nieżyt nosa jest heterogenną grupą różnych jednostek chorobowych i wymaga dalszych badań i analiz.

Słowa kluczowe

nieżyt nosa, zapalenie zatok, alergiczny nieżyt nosa, niezapalne nieżyty nosa

Abstract

Rhinitis is one of the most common medical conditions among both adults and children, including conditions with nasal congestion/obstruction, rhinorrhoea, sneezing, and pruritus resulting from inflammation and/or dysfunction of the nasal mucosa. Rhinitis can be categorised broadly into allergic rhinitis and nonallergic rhinitis. Although allergic rhinitis has a clear definition and pathophysiology, nonallergic rhinitis is still poorly defined and understood. Allergic rhinitis is an IgE-mediated hypersensitivity reaction to an inciting inhaled allergen, and traditionally allergic rhinitis has been classified as seasonal or perennial. Nonallergic rhinitis consists of a variety of heterogeneous conditions and requires further research and phenotyping.

Key words

rhinitis, sinusitis, allergic rhinitis, nonallergic rhinitis

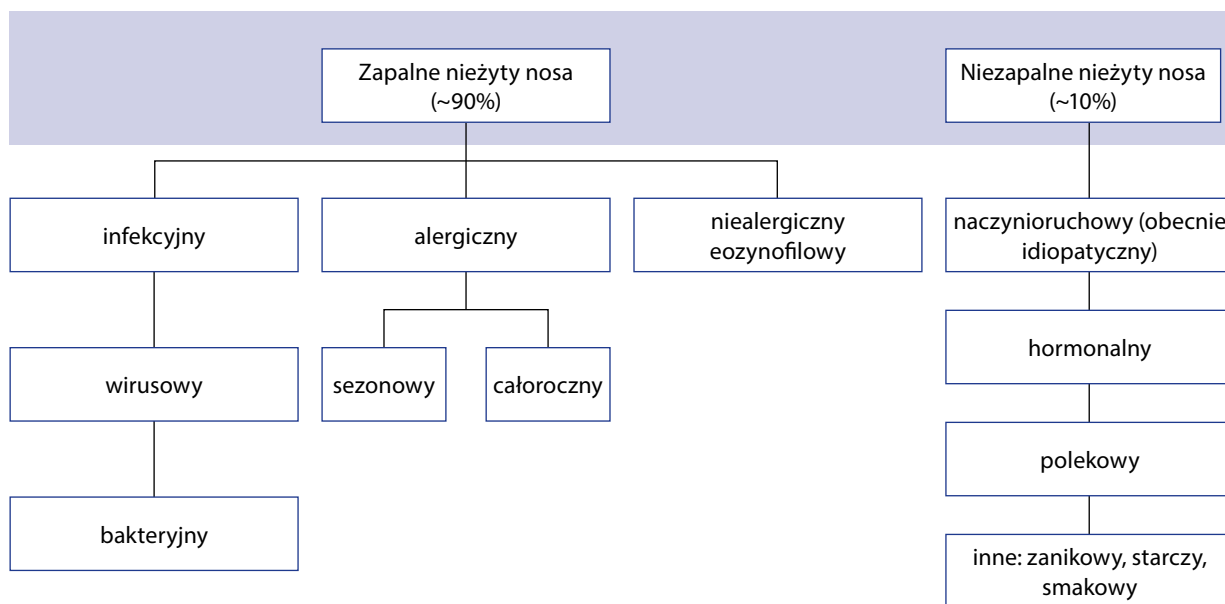
Wstęp

Funkcje nosa są złożone – przede wszystkim przewodzi, oczyszcza, ogrzewa i nawilża powietrze oddechowe, odpowiada za zmysł węchu oraz barwę i tonację głosu, a także jako początkowy odcinek układu oddechowego jest miejscem kontaktu z różnymi czynnikami środowiskowymi [1]. Do upośledzenia funkcji nosa dochodzi najczęściej w jego nieżyty, definiowanym jako stan zapalny błony śluzowej nosa (*rhinitis*), który może objawiać się uczuciem niedrożności nosa, katarciem, świądem lub kichaniem [2]. Warto zaznaczyć, że objawy związane z nieżytem nosa wpływają znacząco na codzienne funkcjonowanie chorych, obniżając ich jakość życia. Klasyfikacja według patomechanizmu powstawania nieżyty obejmuje: 1) zmiany zapalne (procesy immunologiczne) błony śluzowej nosa – nieżyty infekcyjne (wirusowe, bakteryjne), alergiczne (sezonowy i całoroczny lub okresowy i przewlekły), niealergiczne nieżyty eozynofilowe (łącznie ok. 90% przypadków) oraz 2) odczyny niezapalne (pozostałe 10% przypadków) – wynik upośledzenia jednej lub więcej funkcji fizjologicznych nosa, m.in. nieżyt naczynioruchowy (obecnie zwany idiopatycznym), hormonalny lub polekowy (proponowane jest również określenie rynopatia (*rhinopathia*) dla tej grupy nieżyty) [2] (ryc. 1). Niejednorodnym patomechanizmem charakteryzuje się nieżyt nosa zawodowy, który wynika z ekspozycji na alergeny lub czynniki drażniące w czasie wykonywania pracy zawodowej, odpowiednio jako reakcja alergiczna lub nadwrażliwości niealergicznej [3, 4]. Klasyfikacja nieżyty według fenotypu klinicznego obejmuje:

nieżyt nosa infekcyjny, alergiczny oraz pozostałe, tj. nieinfekcyjny i niealergiczny [4].

Infekcyjny nieżyt nosa

Infekcyjny nieżyt nosa to stan zapalny obejmujący jamy nosa oraz zatoki przynosowe (*rhinosinusitis*) o zdecydowanej etiologii wirusowej (> 98% przypadków, głównie rinowirusy i koronawirusy, wirus syncytialno-oddechowy, grypy i paragrypy oraz adenowirusy), nagłym początkiem i trwający nie dłużej niż 12 tygodni (ostre zapalenie błony śluzowej nosa i zatok – OZNZ) [5, 6]. Głównymi objawami OZNZ są: upośledzenie drożności nosa lub surowiczowo-śluzowy, śluzowo-ropny lub ropny wyciek z nosa oraz ból lub rozpieranie w okolicy twarzy i/lub upośledzenie węchu [6]. Europejskie wytyczne wyróżniają fazę przeziębienia lub wirusowego OZNZ, w którym objawy ustępują samoistnie i trwają nie dłużej niż 10 dni, oraz fazę ostrego powirusowego zapalenia nosa i zatok przynosowych, w którym objawy utrzymują się dłużej niż 10 dni lub nasilają się po 5 dniach trwania. Nadkażenie bakteryjne może wystąpić na każdym etapie OZNZ, ale dotyczy ok. 0,5–2% przypadków. Zgodnie z polskimi „Rekomendacjami postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego” rozpoznanie OZNZ ustala się na podstawie wywiadu i badania przedmiotowego, nie zaleca się rutynowego wykonywania badań mikrobiologicznych oraz badań obrazowych. Leczenie jest objawowe i polega na stosowaniu niesteroidowych leków przeciwzapalnych lub paracetamolu, a przeciwkaszlowo leków przeciwhistaminowych (szczególnie I generacji)



Rycina 1. Klasyfikacja nieżyty nosa [2, 3]

w kombinacji z pseudoefedryną w fazie wirusowego OZNZ, natomiast w fazie powirusowego OZNZ można stosować sekretolityczne leki ziołowe oraz zaleca się krótkotrwałą steroidoterapię donosową. W bakteryjnym OZNZ glikokortykosteroidy donosowe zaleca się jako uzupełnienie antybiotykoterapii ogólnej (w pierwszym rzucie amoksylicyna) [5].

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych trwa powyżej 12 tygodni i charakteryzuje się przebudową tkanek objętych stanem zapalnym (rekonstrukcja prawidłowa lub patologiczna z tworzeniem polipów), a główną rolę w patofizjologii odgrywa kompleks ujściowo-przewodowy [7]. Szacuje się, że przewlekłe zapalenie zatok dotyczy ok. 5–15% populacji ogólnej [3, 6]. Patofizjologia jest złożona, a postępowanie obejmuje przede wszystkim leczenie zachowawcze – steroidoterapię miejscową lub doustną, okresowo antybiotykoterapię (w razie zaostrzeń bakteryjnych), a w towarzyszącej alergii również leki przeciwhistaminowe [7]. W razie braku poprawy lub wskazań wdraża się postępowanie chirurgiczne (złotym standardem jest czynnościowa endoskopowa operacja zatok przynosowych – FESS) [6].

Alergiczny nieżyt nosa

Alergiczny nieżyt nosa (ANN, *rhinitis allergica*) jest zespołem objawów klinicznych zapalnego nieżytu nosa wywołanych przez reakcję IgE-zależną na obecność alergenu [2, 8]. Szacuje się, że ANN może dotyczyć nawet 20% populacji polskiej (wieloośrodkowe badanie ECAP [8]) [9]. Klasyczny podział, który w warunkach polskich sprawdza się bardzo dobrze i nadal jest używany w wielu publikacjach, obejmuje ANN sezonowy oraz całoroczny [2, 3]. Sezonowy ANN charakteryzuje się corocznie powtarzającymi się o tej samej porze, wyraźnie nasilonymi objawami nieżytu nosa (napady kichania, wodnista wydzielina, świąd, uczucie zatkania nosa), często ze współistniejącym zapaleniem spojówek [2]. Sezonowe występowanie dolegliwości wiąże się przede wszystkim z uczuleniem na pyłki kwitnących roślin letnich (trawy, drzewa) [2, 3]. Charakterystyczny dla pyłkowicy jest jej przemijający charakter, tj. gwałtowne pojawienie się objawów przy bezpośrednim kontakcie z pyłkami oraz szybkie ich ustępowanie na przykład po deszczu lub w wyniku dobrej izolacji od alergenu [2]. Całoroczny ANN objawia się podobnie, choć objawy są mniej nasilone (chorzy skarżą się głównie na uczucie blokady nosa, a zapalenie spojówek występuje sporadycznie) i nie ma charakteru sezonowego, ponieważ podtrzymują i zaostrzają go

alergeny obecne w najbliższym otoczeniu chorego, najczęściej roztoczy kurzu domowego, alergeny grzybów mikroskopowych (pleśni) lub alergeny pokarmowe (mleko, kakao, jaja, owoce) [2, 10]. Z kolei nadwrażliwość na naskórek zwierząt i pierze może być przyczyną incydentalnego występowania objawów lub schorzenia całorocznego [2]. Obok powyższego funkcjonuje inny, niezależny podział ANN, wynikający z odmienności obrazu klinicznego na różnych obszarach geograficznych – na przykład w rejonie śródziemnomorskim pyłki traw i drzew występują w powietrzu praktycznie przez cały rok, a objawy całorocznej alergii wykazują okresową zmienność nasilenia [8]. Dlatego też Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) w dokumencie ARIA z 2002 r. wyróżnia ANN okresowy, kiedy objawy utrzymują się krócej niż 4 dni w tygodniu lub trwają mniej niż 4 tygodnie, oraz przewlekły, kiedy objawy utrzymują się co najmniej 4 dni w tygodniu oraz trwają dłużej niż 4 tygodnie, a w zależności od braku lub występowania dodatkowych objawów (zaburzenia snu, utrudnienie wykonywania czynności codziennych, zajęć rekreacyjnych i uprawiania sportu, trudności w pracy lub nauce, objawy oceniane jako uciążliwe) wyróżnia odpowiednio ANN łagodny lub o umiarkowanym albo ciężkim przebiegu [8, 9].

Obraz kliniczny ANN zależy m.in. od rodzaju i stężenia alergenu oraz czasu ekspozycji. Może dominować kichanie i wyciek wodnistej wydzieliny z nosa (często współistnieją objawy zapalenia spojówek) lub upośledzenie drożności nosa z gęstą wydzieliną [3]. Fizykalnie podczas nasilenia alergicznego nieżytu nosa obserwuje się w rynoskopii obrzęk śluzówki nosa, jej zaczerwienienie (czasem bladeść lub zasinienie), dużą ilość wodnistej wydzieliny, często współtowarzyszące przekrwienie spojówek i czasem zmieniony szmer oddechowy, typowy dla astmy (ANN wiąże się z 3–8-krotnie większym ryzykiem rozwoju astmy [9]) [2]. Większe znaczenie niż badanie przedmiotowe mają badania dodatkowe: punktowe testy skórne, miano całkowite przeciwciał klasy IgE i swoistych przeciwciał klasy IgE, ewentualnie – rozmaz lub bioptat śluzówki nosa albo próby prowokacyjne, a w razie wskazań diagnostyka obrazowa zatok obocznych nosa [2, 9]. Powszechnie wykonywane punktowe testy skórne mogą być ujemne przy obecnym uczuleniu (np. hamowanie odczynu lekami przeciwhistaminowymi, wiek i indywidualne właściwości skóry – konieczna próba kontrolna) [2], podobnie niski poziom przeciwciał IgE w surowicy krwi nie wyklucza ANN (u ok. 10% chorych z ANN podwyższony poziom prze-

ciwiał IgE może występować jedynie w śluzówce nosa) [3].

Leczenie jest przede wszystkim objawowe. Składa się na nie postępowanie nefarmakologiczne – unikanie ekspozycji na alergen oraz toaleta nosa (płukanie roztworami soli fizjologicznej lub morskiej) oraz terapia farmakologiczna – preparaty stosowane miejscowo lub systemowo [8, 9]. Jedynym sposobem leczenia przyczynowego jest odczulanie (swoista immunoterapia), które powinien prowadzić specjalista alergolog [8]. Obecnie za podstawę terapii ANN uznaje się glikokortykosteroidy stosowane miejscowo (donosowo – beklometazon, budesonid, flutykazon, mometazon), a dalsze miejsce zajmują miejscowo lub systemowo podawane leki przeciwhistaminowe (przede wszystkim II generacji, donosowo – azelastyna), leki przeciwleukotrinowe (montelukast) oraz kromony [8, 9]. Okresowo wykorzystywane są również miejscowe leki obkurczające naczynia krwionośne błony śluzowej nosa [9]. Dobór leczenia farmakologicznego zależy od nasilenia i rodzaju objawów (ryc. 2).

Niealergiczny nieżyt zapalny

Niealergiczne eozynofilowe zapalenie błony śluzowej nosa (NARES) cechuje się obecnością eozynofili w błonie śluzowej nosa, objawami całorocznymi (najczęściej blokada nosa z okresami remisji, rzadziej kichanie i wodnisty wyciek), jednak bez uchwytnych cech alergii [2, 3, 9]. Wywiad w kierunku atopii jest negatywny, fizykalnie w rynoskopii stwierdza się obrzęk oraz bladą błonę śluzową, a w badaniach dodatkowych uzyskuje się ujemne testy skórne oraz prawidłowe miano przeciwciał klasy IgE (możliwe są zmiany radiologiczne zatok – zgrubienie błony śluzowej w badaniu RTG, przerost błony śluzowej i polipy w badaniu TK) [2]. Istotną jest ocena cytologiczna nabłonka błony śluzowej nosa, w której stwierdza się naciek granulocytów

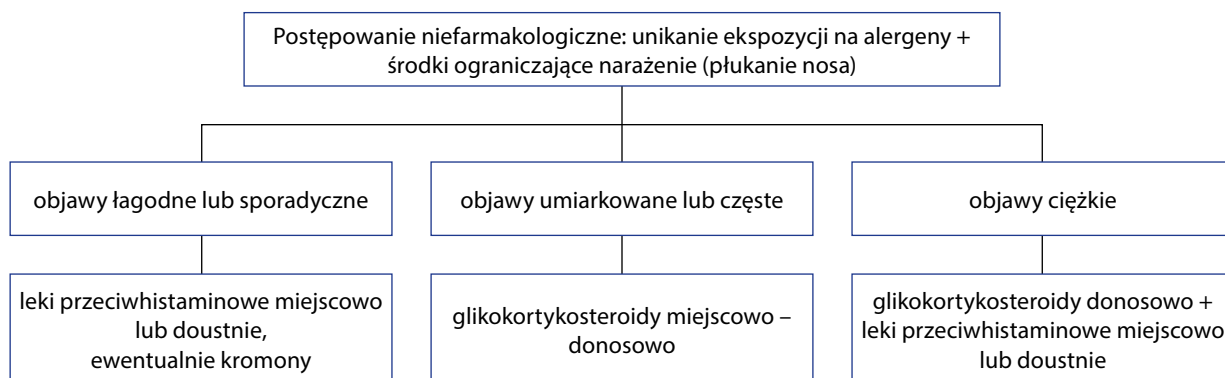
kwasochłonnych [2]. Ostatecznie diagnozę NARES stawia się po wykluczeniu etiologii atopowej (negatywny wywiad alergiczny, ujemne testy skórne, niskie miano IgE) [2]. Postępowanie obejmuje przede wszystkim steroidoterapię miejscową oraz okresowo leki obkurczające naczynia krwionośne błony śluzowej [3].

Niezapalne nieżyty nosa

Naczynioruchowy nieżyt nosa (obecnie zwany idiopatycznym [4, 9]) – związany jest z dysfunkcją układu autonomicznego i objawia się jako wyraźna nadreaktywność błony śluzowej na czynniki drażniące (np. dym, zmiany temperatury i wilgotności, zapachy) [3]. Rozpoznanie tego rodzaju nieżyty jest diagnozą z wykluczenia [4], a postępowanie obejmuje unikanie czynników wywołujących objawy [10], choć miejscowo stosowany bromek ipratropium przynosi korzyści [9].

Hormonalny nieżyt nosa – zmiany w błonie śluzowej nosa mogą powstawać w wyniku zmian hormonalnych, m.in. podczas cyklu miesięcznego (pierwszy okres cyklu), podczas ciąży (szczególnie w III trymestrze; jest fizjologiczny, odwracalny i nie wymaga leczenia farmakologicznego [4]), w okresie pokwitania oraz przy endokrynopatiach, takich jak niedoczynność tarczycy lub akromegalia [3, 4, 9].

Polekowy nieżyt nosa – może być wywołany przyjmowaniem kwasu acetylosalicylowego lub innych niesteroidowych leków przeciwzapalnych (typ zapalenia miejscowego), antagonistów α - i β -adrenergicznych (typ neurogeny zaleźny od efektów naczyniowych), inhibitorów konwertazy angiotensyny, blokerów kanału wapniowego, leków przeciwpsychotycznych (typ idiopatyczny o niejasnym mechanizmie) [4]. Może również wystąpić jako wtórne ograniczenie drożności nosa u chorych nadużywających donosowych leków obkurczających naczynia błony śluzowej (*rhinitis medicamentosa*) – w ta-



Rycina 2. Proponowany schemat postępowania w alergicznym nieżycie nosa – dobór preparatów [2, 9]

kiej sytuacji należy stopniowo zmniejszać stężenie i częstość stosowania powyższych preparatów oraz włączyć sterydy podawane miejscowo [3, 4].

Inne postaci niezapalnych nieżytów nosa to m.in. nieżyt zanikowy (charakteryzuje się zanikiem błony śluzowej, cuchnącym zapachem, obecnością strupów oraz uczuciem blokady nosa przy braku ograniczeń drożności w badaniu endoskopowym [3, 10]), starczy (patofizjologia nie jest jasna, podejrzewa się zmiany w tkance łącznej związane z wiekiem i/lub niewystarczające unaczynienie [4]) oraz smakowy (*gustatory rhinitis*, może pojawić się w każdym wieku, występuje po spożyciu niektórych pokarmów, często gorących i pikantnych [2]) [4, 9].

Piśmiennictwo

1. Traczyk W, Trzebski A. Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
2. Samoliński B. Nieżyty nosa – klasyfikacja i postępowanie. W: Otorinolaryngologia praktyczna. Janczewski G (red.). Via Medica, Gdańsk 2005; 274-288.
3. Jurkiewicz D, Rapijko P. Nieżyt błony śluzowej nosa i zatok przynosowych. W: Otorinolaryngologia kliniczna. Niemczyk K, Jurkiewicz D, Składzień J i wsp. (red.). Medipage, Warszawa 2015; 335-338.
4. Fornal R, Kurzawa R, Błażowski Ł, Sak I. Nieżyt nosa – najważniejsze fenotypy i endotypy oraz zasady leczenia. *Alerg Astma Immunol* 2015; 20: 242-252.
5. Hryniewicz W, Albrecht P, Radzikowski A. Rekomendacje postępowania w pozaszpitalnych zakażeniach układu oddechowego. Narodowy Instytut Leków, Warszawa 2016.
6. Świerczyńska-Krępa M, Świerczyński Z. Choroby układu oddechowego. Nieżyt nosa i zatok przynosowych. W: Interna Szczeklika 2017. Gajewski P (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2017; 668-671.
7. Czecior E. Przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych. W: Otorinolaryngologia kliniczna. Niemczyk K, Jurkiewicz D, Składzień J i wsp. (red.). Medipage, Warszawa 2015; 346-351.
8. Jurkiewicz D, Rapijko P. Alergiczny nieżyt nosa. W: Otorinolaryngologia kliniczna. Niemczyk K, Jurkiewicz D, Składzień J i wsp. (red.). Medipage, Warszawa 2015; 780-786.
9. Świerczyńska-Krępa M, Rogala B, Brożek J. Alergiczny nieżyt nosa. W: Interna Szczeklika 2017. Gajewski P (red.). Medycyna Praktyczna, Kraków 2017; 2155-2159.
10. Bożydar LJ, Kopczyński J. Choroby nosa i zatok przynosowych. W: Otorinolaryngologia. Bożydar LJ (red.). PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2017; 385-412.

Adres do korespondencji:

lek. Michał Jędrzejek
Katedra i Zakład Medycyny Rodzinnej
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu
ul. Syrokomli 1
51-141 Wrocław
e-mail: michaljedrzejek@gmail.com