

**Dominika Sadowska**

Katedra i Oddział Kliniczny Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii w Zabrze

# Katar jesienny czy alergia?

## Jak nie przeoczyć pierwszych objawów

### Ostry nieżyt nosa

Ostry nieżyt nosa, potocznie nazywany katarą, jest jedną z najczęstszych dolegliwości towarzyszących pacjentom w okresie jesienno-zimowym. Zwykle uważamy go za niegroźną infekcję, która co prawda utrudnia codzienne funkcjonowanie, ale nie jest istotnym zagrożeniem zdrowotnym i na ogół ustępuje samoistnie lub po zastosowaniu leczenia objawowego. Katar rozwija się na skutek stanu zapalnego błony śluzowej nosa lub zatok przynosowych. W wyniku tego dochodzi do wzmożonej produkcji wydzieliny śluzowej, która wypływa na zewnątrz przez nozdrza przednie lub spływa po tylnej ścianie gardła, co może się przyczynić do wystąpienia np. kaszlu. W prawidłowych warunkach błona śluzowa nosa stale produkuje niewielką ilość wydzieliny, dzięki czemu jest nawilżona i zdolna do wyłapywania i usuwania różnego rodzaju zanieczyszczeń. Bierze również udział w nawilżaniu powietrza, które przedostaje się do niższych pięter układu oddechowego. Problem pojawia się, gdy dochodzi do nadmiernej produkcji wydzieliny, często z towarzyszącym obrzękiem, co skutkuje niedrożnością przewodów nosowych i trudnością z oddychaniem przez nos. Jeśli taki stan przedłuży się, może skutkować osłabieniem powonienia.

Do najważniejszych przyczyn nieżytu nosa zalicza się infekcje wirusowe, rzadziej bakteryjne. W dalszej kolejności wymienia się reakcje alergiczne, kontakt z substancjami drażniącymi (pyły, środki

chemiczne) i jeszcze rzadsze stany, jak np. eozynofilia czy niedoczynność tarczycy [1, 2].

W ostatnich latach obserwuje się wzrost częstości występowania chorób związanych ze skłonnością do atopii. Alergiczny nieżyt nosa (ANN) jest najczęstszą chorobą o etiologii alergicznej i może stanowić jedną z dziesięciu głównych przyczyn wizyt pacjentów w poradni rodzinnej. Mimo to w dalszym ciągu stwarza problemy diagnostyczne i nie zawsze jest skutecznie leczony. Należy pamiętać, że wśród pacjentów zgłaszających się do lekarza rodzinnego z objawami nieżytu nosa 30–60% przypadków mogą stanowić chorzy z ANN [7].

### Ostry czy przewlekły nieżyt nosa?

Nieżyt nosa rozumiany jako stan zapalny błony śluzowej nosa można podzielić na:

- 1) ostry nieżyt nosa – przyczyną są najczęściej zakażenia wirusowe. Drobnoustroje odpowiedzialne za infekcje to przede wszystkim rinowirusy, adenowirusy, wirusy grypy oraz wirusy paragrypy. Zazwyczaj trwa kilka dni, ustępuje samoistnie, wspomagająco można zastosować leki przeciwzapalne. Okresowo występują również zakażenia bakteryjne, rzadsze, zwykle stanowiące nadkażenie poprzedniej infekcji wirusowej [1, 2];
- 2) ANN – zapalenie błony śluzowej nosa w wyniku alergii, najczęściej IgE-zależnej. Szacuje się, że zachorowalność w Polsce może sięgać 21%. Objawy są związane z ekspozycją na alergen u osób,

które wytworzyły skierowane przeciwko niemu, określone przeciwciała IgE. Może mieć postać przewlekłą, wymaga zastosowania dodatkowej diagnostyki i określonego leczenia [2];

3) niealergiczny nieżyt nosa – inaczej nazywany naczynioruchowym, idiopatycznym nieżytem nosa. Etiologia tego schorzenia nie została dokładnie poznana, nie jest też związana z alergią. W patomechanizmie choroby zwrócono uwagę na nadreaktywność błony śluzowej nosa na takie czynniki otoczenia, jak np. dym tytoniowy, kurz, spaliny samochodowe, suche powietrze, silne zapachy. Niealergiczne nieżyty nosa mogą stanowić nawet do 60% wszystkich nieżytów nosa [3].

### Alergiczny nieżyt nosa

Jak wspomniano wcześniej, ANN jest związany z mechanizmem IgE-zależnym, czyli obecnością przeciwciał skierowanych przeciwko wybranym alergenom [1]. Głównymi czynnikami etiologicznymi są alergeny wziewne (pyłki roślin). W Polsce są to przede wszystkim pyłki traw, np. kupkówka pospolita, wiechlina łąkowa, tymotka łąkowa, żyto, niektóre chwasty (bylica pospolita, babka lancetowata) oraz pyłki takich drzew, jak brzoza, leszczyna, jesion, wierzba, dąb czy topola [2]. Na drugim miejscu znajdują się roztocza kurzu domowego *Dermatophagoides pteronyssinus* oraz *D. farinae*. Organizmy te żywią się złuszczonej naskórką, bytują w materacach, pościeli, meblach czy dywanach. U pacjentów uczulonych na roztocza przyczyniają się do wystąpienia astmy i przewlekłego ANN. Objawy występują przez cały rok, ale zaostrzenie pojawia się jesienią i wiosną, co jest związane ze szczytowym okresem występowania roztoczy [2]. Kolejnymi alergenami wpływającymi na występowanie ANN są niektóre rodzaje grzybów, np. pleśnie, grzyby drożdżopodobne, insekty (np. karaluchy), wybrane alergeny pokarmowe (istnieje możliwość występowania krzyżowych reakcji alergicznych między alergenami pokarmowymi i wziewnymi). Ponadto występowanie ANN może się wiązać z ekspozycją zawodową na takie alergeny, jak np. lateks (mogą towarzyszyć objawy skórne – pokrzywka, wyprysk kontaktowy, w wyjątkowych sytuacjach astma), formaldehyd, składniki niektórych leków, detergenty.

W patomechanizmie ANN IgE-zależnym podkreśla się rolę mastocytów i bazofilów, które odpowiadają za uwolnienie mediatorów stanu zapalnego, m.in. histaminy. W pierwszym etapie, tzw. wczesnej fazie reakcji alergicznej, czyli po upływie kilku minut, pojawiają się: wodnisty wyciek z nosa, świąd i kicha-

nie. Uwolnienie czynników chemotaktycznych oraz cytokin wpływa na gromadzenie się eozynofiliów, mastocytów i limfocytów w błonie śluzowej nosa, co prowadzi do wystąpienia tzw. późnej fazy reakcji alergicznej i w konsekwencji może powodować przewlekły stan zapalny oraz nadreaktywność błony śluzowej nosa [2–4].

Alergiczny nieżyt nosa możemy podzielić ze względu na czas trwania objawów na:

- okresowy – trwa < 4 dni w tygodniu lub < 4 tygodnie,
- przewlekły – trwa > 4 dni w tygodniu i > 4 tygodnie.

Możemy go również podzielić ze względu na nasilenie objawów na:

- łagodny,
- umiarkowany lub ciężki – gdy spełnione jest przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:
  - » zaburzenia snu,
  - » trudności w wykonywaniu codziennych czynności, uprawianiu sportu,
  - » trudności w pracy lub nauce,
  - » uciążliwe objawy [2].

Objawy kliniczne ANN to:

- wyciek wodnistej wydzieliny z nosa,
- kichanie,
- uczucie zatkania nosa i obecność gęstej wydzieliny,
- sptywanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła, co może wywoływać kaszel,
- świąd nosa, któremu może towarzyszyć również świąd okolicy spojówek, uszu, podniebienia i gardła, upośledzenie węchu,
- czasami mogą występować również objawy ogólnoustrojowe, takie jak: zaburzenia nastroju, spadek koncentracji, bóle głowy, wzrost temperatury [2].

Przedmiotowo można zauważyć: zaczerwienienie nosa i przeczasy na koniuszku, oddychanie przez usta, ciemniejsze zabarwienie skóry pod oczami (tzw. cienie alergiczne) [2].

W diagnostyce różnicowej ANN należy wziąć pod uwagę przede wszystkim nieżyt nosa o charakterze infekcyjnym (najczęściej wirusowym). W obu tych schorzeniach obserwujemy wodnisty wyciek z nosa z uczuciem zatkania nosa. W ANN objaw ten może mieć zmienne nasilenie. Towarzyszy mu również kichanie i kaszel. Podczas przeziębienia możemy obserwować ból nosa, niekiedy ból gardła, ogólne złe samopoczucie i okresowo wzrost temperatury ciała. W ANN natomiast częściej mamy do czynienia z występowaniem świądu okolicy nosa, oczu i pod-

niebienia. Różny jest także czas trwania objawów – w przypadku infekcji objawy ustępują w ciągu kilku dni, natomiast gdy mamy do czynienia z ANN mogą trwać tygodniami lub miesiącami [2].

W diagnostyce różnicowej należy wziąć pod uwagę także inne możliwe przyczyny nieżyty nosa, szczególnie jeśli objawy trwają dłużej niż 2 tygodnie:

- nieżyt nosa polekowy – po zastosowaniu leków o działaniu sympatykomimetycznym, rzadziej inhibitorów konwertazy angiotensyny, chloropromazyny, metyldopy,
- nieżyt nosa hormonalny – może pojawiać się w trakcie cyklu miesięczkowego, w czasie ciąży oraz podczas stosowania doustnej antykoncepcji bądź HTZ; może również pojawić się u pacjentów z niedoczynnością tarczycy,
- nieżyt nosa zanikowy – związany z zanikiem błony śluzowej nosa oraz poszerzeniem przewodów nosowych, które mogą być wypełnione strupami; w konsekwencji dochodzi do znacznego ograniczenia drożności jamy nosowej, upośledzenia lub utraty węchu; częściej występuje u osób starszych,
- nieżyt nosa idiopatyczny (naczynioruchowy) – spowodowany nadreaktywnością na niektóre czynniki chemiczne i fizyczne, głównie środki drażniące, takie jak dymy, pyły, ostre przyprawy, składniki kosmetyków i detergentów,
- nieżyt nosa eozynofilowy – nie obserwuje się cech atopii, wiąże się z obecnością eozynofili w błonie śluzowej nosa.

Poza tym wykluczyć szereg innych schorzeń, takich jak np. polipy nosa i zatok przynosowych, zapalenie zatok, skrzywienie przegrody nosa, nowotwory, przerost migdałków podniebiennych, ciała obce, niektóre choroby ziarniniakowe [2].

#### Badania diagnostyczne

Zwykle szczegółowe badanie podmiotowe i przedmiotowe jest wystarczające do rozpoznania ANN. Istnieje jednak szereg badań, które ułatwiają rozpoznanie alergii. Wykonuje się je w poradni alergologicznej. Są to np:

- dodatnie wyniki testów skórnych punktowych z alergenami wziewnymi – to badanie stanowi złoty standard diagnostyczny,
- wzrost stężenia swoistej immunoglobuliny IgE w surowicy,
- donosowa próba prowokacyjna z wybranym alergenem – w uzasadnionych przypadkach,
- rynoskopia przednia oraz endoskopia nosa – podczas tego badania można zaobserwować

obrzęk błony śluzowej nosa, zmianę jej zabarwienia, obecność wodnistej wydzieliny, czasem polipy błony śluzowej nosa,

- badanie cytologiczne wymazu z nosa – zwykle można uwidocznić zwiększony odsetek eozynofili, mastocytów, bazofili bądź komórek kubkowych,
- badania obrazowe – tomografia komputerowa nosa i zatok przynosowych – pomocne w diagnostyce współistniejącego zapalenia zatok przynosowych [2].

#### Leczenie

W przypadku ostrego prostego nieżyty nosa leczenie ma charakter objawowy i polega głównie na stosowaniu leków przeciwzapalnych. W sytuacji, gdy mamy do czynienia z ANN, zaleca się przede wszystkim unikanie ekspozycji na alergen [2]. Jest to stosunkowo trudne, szczególnie gdy są to pyłki roślin, grzybów, roztocza kurzu domowego – są to alergeny szeroko rozpowszechnione w przyrodzie i środowisku domowym. Jedną z metod jest stosowanie oczyszczaczy powietrza, np. z filtrem HEPA, częste odkurzanie, wymiana pościeli. Zaleca się również płukanie nosa solą fizjologiczną, co może wspomóc oczyszczanie jamy nosowej i łagodzić objawy [2].

#### Leczenie farmakologiczne

W ANN obowiązuje zasada, aby leki włączać stopniowo, zależnie od stopnia nasilenia objawów.

1. Glikokortykosteroidy, przede wszystkim stosowane donosowo, np. beklometazon, budezonid, flutykazon, są uważane za leki najbardziej skuteczne w ANN. Szczyt ich działania obserwuje się po ok. 2 tygodniach od zastosowania. W tej postaci nie powinny mieć wpływu na oś przysadkowo-nadnerczową i nawet długotrwałe stosowanie w standardowych dawkach jest uważane za bezpieczne [7–9].
2. Glikokortykosteroidy doustne stosowane przez kilka dni mogą być skuteczne u chorych z ciężkim ANN, u których GKS donosowe oraz leki przeciwhistaminowe okazały się niewystarczające. Istotne jest wykluczenie typowych przeciwwskazań do włączenia takiej terapii [7].
3. Leki przeciwhistaminowe – mogą być stosowane zarówno doustnie, jak i donosowo czy dośpijówkowo. Przy podaży doustnej zaleca się stosowanie leków przeciwhistaminowych II generacji z uwagi na lepszą tolerancję [2].
4. Leki przeciwleukotrienowe – mechanizm ich działania polega na blokadzie receptorów leu-

kotrienowych na powierzchni komórki, dzięki czemu zahamowaniu ulega synteza leukotrienów i osiągnięty zostaje efekt przeciwzapalny. Zwiększają drożność nosa. Najbardziej znany montelukast jest dość często stosowany u chorych z towarzyszącą astmą oskrzelową [7].

5. Leki obkurczające naczynia błony śluzowej nosa – agonści receptorów alfa1 i alfa2 oraz leki, które uwalniają noradrenalinę. Mogą być stosowane zarówno donosowo, jak i doustnie. Ich zaletą jest szybkie działanie i zmniejszenie objawów niedrożności nosa. Dobrze sprawdzają się w okresowym ANN [7]. Niestety istnieje ryzyko wystąpienia polekowego nieżytu nosa, dlatego powinny być stosowane tylko doraźnie i krótkotrwale [2].
6. Bromek ipratropium – zaliczany do leków cholinolitycznych, stosowany jako lek drugiego rzutu przy nasilonym wycieku z nosa.
7. Omalizumab – przeciwciało monoklonalne skierowane przeciwko immunoglobulinie IgE. Znacząco zmniejsza ilość IgE, tym samym zmniejszeniu ulega uwalnianie histaminy z bazoofilów po kontakcie z alergenem. Stosowany pomocniczo również w leczeniu pokrzywki i astmy.
8. Immunoterapia swoista – metoda, która polega na podaży stopniowo wzrastających dawek alergenu, co wpływa na modulację funkcji limfocytów. W rezultacie uzyskuje się tolerancję na określony alergen i poprawę kliniczną. Leczenie powinno się rozpoczynać jak najwcześniej, warunkiem jest jednak obecność swoistych IgE [5–7].

#### **Kiedy skierować pacjenta na konsultację laryngologiczną?**

Skierowanie pacjenta na konsultację należy rozważyć, gdy stosowane leczenie farmakologiczne nie przynosi oczekiwanych rezultatów. Ponadto w przypadku podejrzenia powikłań lub współistniejącego zapalenia zatok przynosowych, które nie odpowiada na leczenie empiryczne. Również w przypadku, gdy występują nawracające zapalenia ucha środkowego, krwawienia z nosa, polipy, objawy jednostronne lub zauważalne skrzywienie przegrody nosowej i inne wady anatomiczne [2].

Należy pamiętać, że z występowaniem ANN wiąże się ryzyko rozwoju astmy. W przypadku nieleczonego ANN może rozwinąć się również przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bądź polipy nosa. W wielu przypadkach właściwe leczenie może po-

prawić jakość życia pacjentów, a u części z nich objawy mogą całkowicie ustąpić [2].

### **Niealergiczny nieżyt nosa**

Istnieje grupa pacjentów z objawami przewlekłego nieżytu nosa, u których nie udaje się potwierdzić etiologii alergicznej. Po wykluczeniu innych chorób (np. nieprawidłowości anatomicznych, chorób infekcyjnych) zwykle rozpoznaje się niealergiczny nieżyt nosa. Objawy przypominają ANN, często występuje świąd, kichanie, obecność wodnistej wydzieliny, jednak przyczyną nie jest reakcja IgE-zależna. W etiologii znaczenie ma nadreaktywność błony śluzowej nosa, uszkodzenia nabłonka, nacieki komórek zapalnych. W grupie pacjentów z niealergicznym nieżytem nosa występuje reakcja na działanie różnego rodzaju substancji drażniących, fizycznych i chemicznych, które nasilają dolegliwości. Należy również pamiętać, że możliwe jest współistnienie komponentu alergicznego i niealergicznego.

#### **Piśmiennictwo**

1. Samoliński B, Komorowski J. Terapia nieżytów nosa. *Przew Lek* 2006; 8: 42-49.
2. Gajewski P, Szczeklik A. *Interna Szczeklika* 2019. Medycyna Praktyczna 2019; rozdz. 8, str. 1906-1910.
3. Hoyte F, Nelson HS. Recent advances in allergic rhinitis. *F1000Res* 2018; 7: F1000 Faculty Rev-1333.
4. Khan DA. Allergic rhinitis and asthma: epidemiology and common pathophysiology. *Allergy Asthma Proc* 2014; 35: 357-361.
5. Bernstein DI, Schwartz G, Bernstein JA. Allergic rhinitis: mechanisms and treatment. *Immunol Allergy Clin North Am* 2016; 36: 261-278.
6. Kakli HA, Riley TD. Allergic rhinitis. *Prim Care* 2016; 43: 465-475.
7. Brzoznowski W. Standardy diagnostyczne i terapeutyczne alergicznego nieżytu nosa. *Forum Medycyny Rodzinnej* 2009; 3: 173-180.
8. Bousquet J, Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organization. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108 (5 suppl): S147-334.
9. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP 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.

#### **Adres do korespondencji:**

Dominika Sadowska  
Oddział Chorób Wewnętrznych, Dermatologii i Alergologii  
Szpital Specjalistyczny w Zabrze  
ul. M. Curie Skłodowskiej 10  
41-800 Zabrze  
e-mail: dominikamangold@gmail.com