

Astma czy przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych

Dr n. med.
**Anna Zawadzka-
Krajewska**

Klinika Pneumonologii i
Alergologii Wieków Dziecięcego
WUM w Warszawie

Kierownik kliniki:
Prof. dr hab. n. med. **Marek
Kulus**

O P I S P R Z Y P A D K U

Asthma or chronic rhinosinusitis

S U M M A R Y

Rhinosinusitis is a common problem in children. The risk increases with day-care attendance in young children. Assessment of rhinosinusitis in children is based on symptoms: a cold lasts longer than 10 days with nasal discharge, daytime cough worsening at night, a cold more severe than usual. Cough worsening at night may be similar to cough in bronchial asthma especially in children with atopy.

U dzieci coraz bardziej powszechnym problemem jest zapalenie nosa i zatok przynosowych. Ryzyko zwiększa się w przypadku kontaktu z większą liczbą rówieśników jak to ma miejsce w żłobkach i przedszkolach. Do objawów sugerujących zapalenie nosa i zatok przynosowych należą: przedłużające się ponad 10 dni przeziębienia z wyciekami z nosa, kaszlem w ciągu dnia, nasilającym się w nocy, przeziębienia o cięższym niż zwykle przebiegu. Nasilenie kaszlu w nocy może sugerować astmę oskrzelową szczególnie u dzieci z cechami atopii.

Zawadzka-Krajewska A.: Astma czy przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych. *Alergia*, 2012, 2: 60-62

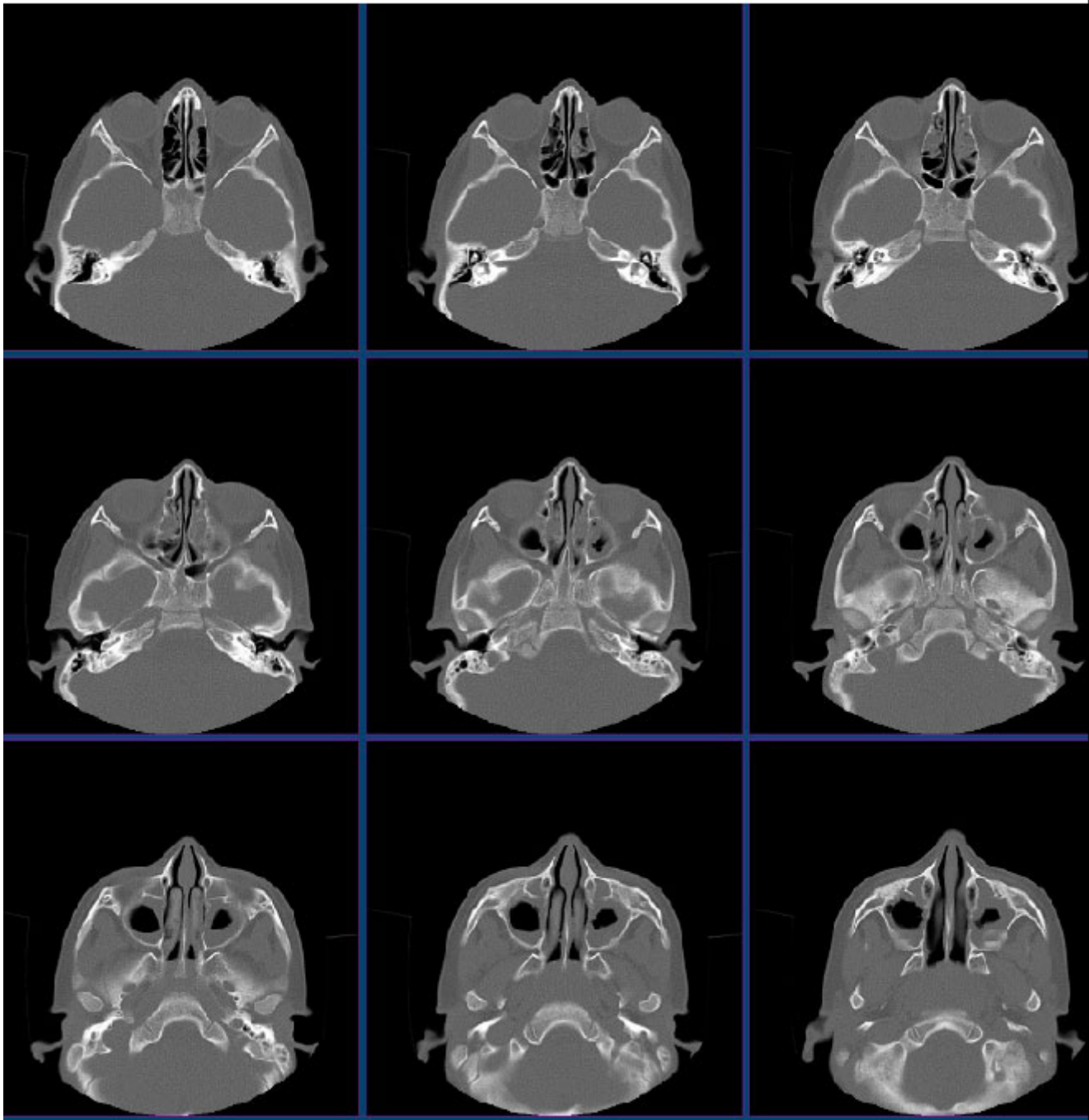
Przypadek I

KWchłopiec 5,5 letni został przyjęty do kliniki w kwietniu 2012 roku z powodu skłonności do nawracających, przewlekających się przeziębień, przewlekłego kaszlu utrzymującego się od 3 roku życia / od chwili pójścia do przedszkola/, z podejrzeniem niekontrolowanej astmy oskrzelowej. Dziecko nigdy nie prezentowało żadnych cech atopii, było jednak obciążone alergicznym wywiadem rodzinnym - starszy brat chorował na astmę oskrzelową. U chłopca kaszel występował w ciągu dnia, nasilał się w godzinach wieczornych i nocnych, był często męczący, czasami prowokował do wymiotów. Nigdy nie obserwowano napadów duszności, świszczącego oddechu i nasilenia kaszlu po wysiłku. Chłopiec często się przeziębiał. Zwykle przeziębienia miały

tendencje do przedłużania się, zwracano wówczas uwagę na ropną wydzielinę z nosa szczególnie w godzinach rannych. Z powodu rozpoznanej przez alergologów astmy oskrzelowej dziecko było przewlekłe ambulatoryjnie leczone wziewnymi glikokortykosteroidami, lekami przeciw leukotrienowymi i krótkodziałającymi b₂ mimetykami bez spodziewanego efektu leczniczego.

1

RYC.



W dniu przyjęcia do kliniki chłopiec był w stanie dobrym. Badaniem przedmiotowym z odchyień od stanu prawidłowego stwierdzono:

- upośledzoną drożność nosa z powodu skrzywienia przegrody nosa i znacznego obrzęku błony śluzowej nosa
- spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła
- zasinienie okolicy podoczodołowej
- liczne grudki chłonne na tylnej ścianie gardła.

W czasie badania chłopiec pochrząkiwał, oddychał przez usta. Wywiad i obraz kliniczny nasuwały podejrzenie przewlekłego zapalenia nosa i zatok przynosowych.

W celu ustalenia przyczyny przewlekłego kaszlu wykonano:

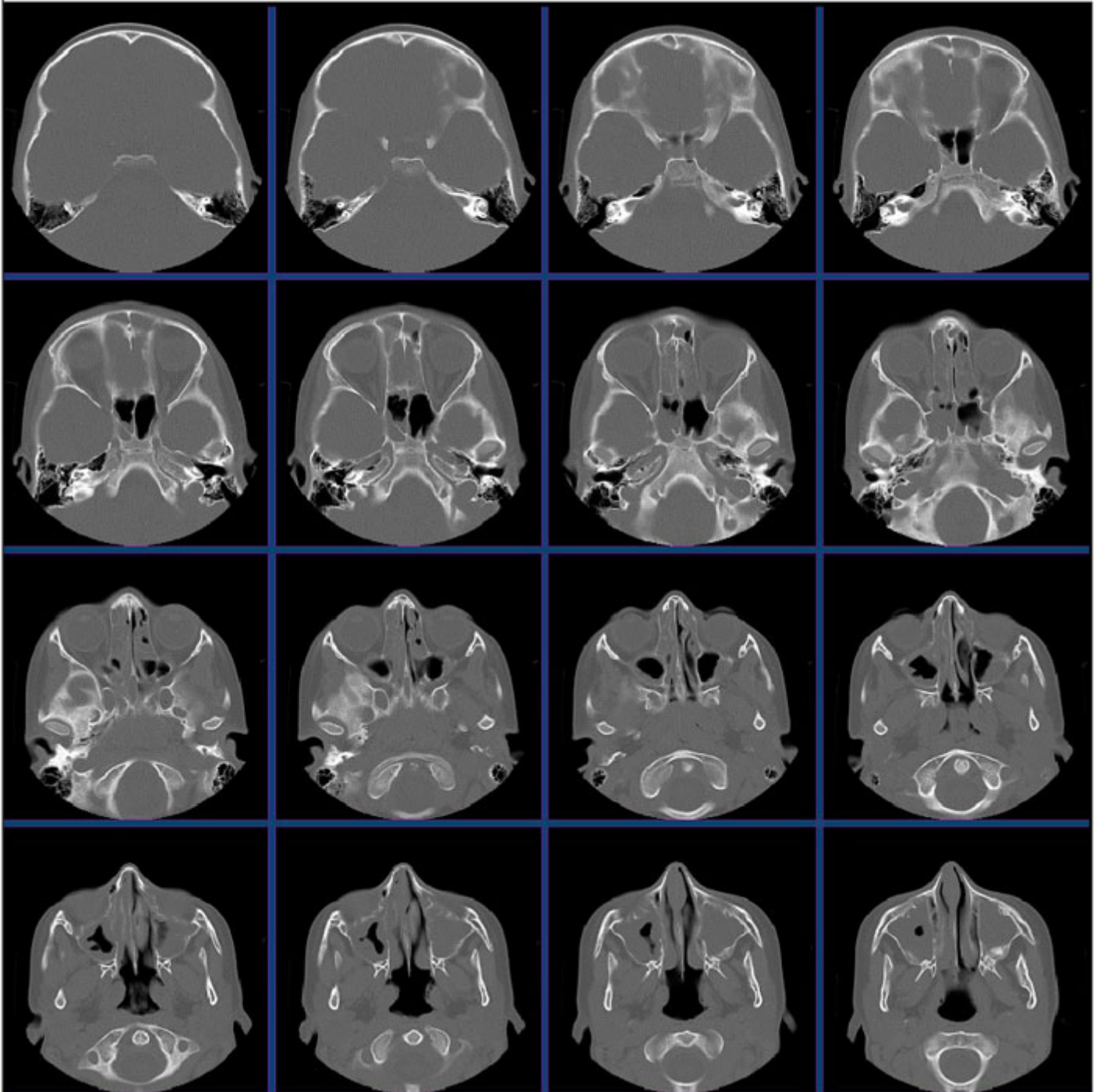
- badanie spirometryczne – wynik prawidłowy / FEV1 89%, FVC EX 82%, FEV1%FVC EX 87,07, MEF75 95%, MEF50 89%, MEF25 101%/, bez znamiennej odwracalności po podaniu krótko działającego b2 mimetyku
- stężenie chlorków w pocie 15,4mEq/L - w normie
- badanie elektrokardiograficzne- zapis w granicach normy
- badanie radiologiczne klatki piersiowej - miąższ płucny bez zagęszczeń. Jamy opłucnowe wolne. Sylwetka serca i rysunek naczyniowy płuc w normie.
- punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi - ujemne
- całkowite stężenie immunoglobuliny E 13.4 kU/l / norma do 56 kU/l/
- stężenie immunoglobuliny A, M, G w normie
- 24 godzinna pH metria przełyku w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego nie wykazała istnienia patologicznego kwaśnego refluksu
- tomografia komputerowa zatok przynosowych- zatoki czołowe nie rozwinięte. Masywne okrężne przyścienne zgrubienia śluzówki obu zatok szczękowych, mniej nasilone zgrubienia w komórkach sitowia i zatokach klinowych. Niewielki przerost migdałka gardłowego /RYC 1/
- konsultacja laryngologiczna: uszy – błony bębenkowe perłowe, refleksy obecne; nos- drożność upośledzona, skrzywienie przegrody nosa w prawo, śluzówki nosa bardzo obrzęknięte
- wykładniki procesu zapalnego / OB, CRP, leukocytoza/ w normie.

Na podstawie obrazu klinicznego i badań diagnostycznych potwierdzono wstępne rozpoznanie przewlekłego zapalenia nosa i zatok przynosowych.

Do leczenia włączono steroid na błonę śluzową nosa i płukanie jam nosa izotonicznym roztworem chlorku sodu. Po dwudniowej hospitalizacji dziecko wypisano do domu do dalszej opieki laryngologicznej.

Przypadek II

MWdziewczynka 7 letnia została przyjęta do kliniki w kwietniu 2012 roku w celu ustalenia przyczyny uporczywego kaszlu nasilającego się w godzinach wieczornych i nocnych, upośledzonej drożności nosa, tendencją do nawracających, przewlekających się zakażeń górnych dróg oddechowych. W wywiadzie w okresie niemowlęcym występowały objawy alergii pokarmowej na białka mleka krowiego ze strony przede wszystkim przewodopokarmowego. Dziecko było leczone mieszanką eliminacyjną o wysokim stopniu hydrolizy, z pozytywnym efektem.



Od 3 roku życia, od czasu pójścia do przedszkola, u dziewczynki obserwowano kaszel i przewlekły nieżyt nosa. Na podstawie dodatniego osobniczego wywiadu alergologicznego i wykonanych wówczas punktowych testów skórnych z alergenami powietrzno pochodnymi / testy były dodatnie z alergenami roztoczy kurzu domowego/ rozpoznano astmę i alergiczny nieżyt nosa i leczono wziewnymi glikokortykosteroidami, lekami przeciw leukotrienowymi i przeciw histaminowymi z miernym efektem. Steroidów na błonę śluzową nosa nie podawano. Dziecko mimo leczenia, szczególnie w okresach jesienno-zimowych, prezentowało nasilone objawy przede wszystkim ze strony nosa w postaci upośledzonej drożności i okresowo ropnej wydzieliny. Często chorowało. Podejrzewano, że za taki przebieg choroby odpowiedzialne jest przede wszystkim uczulenie na roztocze kurzu domowego, dlatego po skończeniu przez dziewczynkę 5 roku życia zdecydowano się na swoistą immunoterapię szczepionką roztoczą. Po 2 latach swoistej immunoterapii nie uzyskano jednak spodziewanego efektu leczniczego. Nadal, zwłaszcza w okresie jesieni i zimy, dziecko kaszłało, często się przeziębiała, skarżyło na ograniczoną drożność nosa.

W dniu przyjęcia do kliniki dziewczynka była w stanie dobrym. W badaniu przedmiotowym z odchyłen od stanu prawidłowego stwierdzono:

- znacznie upośledzoną drożność nosa
- duży obrzęk błony śluzowej nosa
- obecność w nosie śluzowe-ropnej wydzieliny
- zasinienie okolic podoczodołowych
- szaro-matowe błony bębenkowe.

W celu ustalenia przyczyny obserwowanych zmian wykonano

- badanie spirometryczne - prawidłowe / FEV1 97%, FVC EX 91%, FEV1%FVC EX 86,47, MEF75 78%, MEF50 83%, MEF25 103%/ Bez znamiennej odwracalności po podaniu krótko działającego wziewnego b2 mimetyku
- test nieswoistej prowokacji oskrzeli metacholiną – ujemny
- 24 godzinna pH metria przełyku w kierunku refluksu żołądkowo-przełykowego – nie wykazała istnienia patologicznego kwaśnego refluksu
- badanie elektrokardiograficzne – zapis prawidłowy
- punktowe testy skórne z alergenami powietrzno pochodnymi dodatnie D.pteronysinus 8x6mm, D.farinae 7x6 mm, kontrola dodatnia 4x4 mm, pozostałe testy ujemne
- tomografia komputerowa zatok przynosowych – masywny, polipowaty rozrost śluzówki w obu zatokach czołowych, szczękowych, prawej zatoce klinowej, komórkach sitowia; po stronie prawej z przechodzeniem mas miękotkankowych przez poszerzony rozwór szczękowy do jamy nosowej. Przyścienny rozrost śluzówki w lewej zatoce klinowej. Kompleksy ujściowo-przewodowe obustronnie niedrożne. Nie stwierdzono powiększenia migdałka gardłowego (RYC 2).
- badanie radiologiczne klatki piersiowej – miąższ płucny bez zagęszczeń. Jamy opłucnowe wolne. Sylwetka serca i rysunek naczyniowy płuc w normie
- stężenie immunoglobulin A, M, G w normie
- całkowite stężenie immunoglobuliny E 904 kU/l / norma do 63 kU/l
- wykładniki stanu zapalnego / OB., CRP, leukocytoza/ w normie.

U dziewczynki rozpoznano:

Alergiczny nieżyt nosa, przewlekłe zapalenie nosa i zatok przynosowych.

Zlecono steroid na błonę śluzową nosa, płukanie jam nosa izotonicznym roztworem chlorku sodu. Dziecko skierowano do leczenia w poliklinice laryngologicznej i do dalszej systematycznej opieki alergologicznej.

Dyskusja

U małych dzieci przyczyn przewlekłego kaszlu i upośledzonej drożności nosa jest wiele. Ostateczne rozpoznanie ustalane jest w oparciu o wywiad chorobowy rodzinny i osobniczy, poprawę po podaniu leków, objawy kliniczne, przebieg choroby, badania laboratoryjne.

Częstym, niejednokrotnie jedynym, objawem astmy oskrzelowej u małych dzieci jest kaszel. Brak jednak pozytywnej odpowiedzi na podjętą próbę terapeutyczną / wziewne glikokortykosteroidy przez 8-12 tygodni/, ujemny wywiad rodzinny i osobniczy w kierunku chorób alergicznych, brak cech atopii w badaniu przedmiotowym powinny skłaniać do poszukiwania innych przyczyn niepokojących objawów (1).

Zapalenie nosa i zatok przynosowych występuje u dzieci dość często zwłaszcza w okresie jesienno-zimowym. Kolektywizacja małych dzieci w żłobkach i przedszkolach sprzyja nawracającym zakażeniom górnych dróg oddechowych. Zwykle zapalenie zatok przynosowych

jest poprzedzone zapaleniem nosa. Wynika to z przechodzenia błony śluzowej nosa do jam nosa. Z tego powodu obie jednostki chorobowe uwzględnia się wspólnie jako zapalenie nosa i zatok przynosowych „rhinosinusitis”. Zgodnie z wytycznymi EPOS zapalenie nosa i zatok przynosowych oparte jest na co najmniej dwóch objawach chorobowych, z których przynajmniej jeden musi być objawem „dużym” (2). Do dużych objawów chorobowych należy niedrożność nosa lub wyciek wydzieliny z nosa / przedni lub tylny/. Do pozostałych objawów należą ból w okolicy twarzy i zaburzenie węchu. Spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła / katar tylny, zanosowy/ jest przyczyną pochrząkiwania jak również przewlekłego kaszlu niejednokrotnie rozpoznawanego jako kaszel w przebiegu astmy oskrzelowej. Kaszel występuje u około 60% dzieci z zapaleniem nosa i zatok przynosowych (3,4).

Do objawów, które powinny zwrócić uwagę na możliwość istnienia zapalenia nosa i zatok przynosowych należą (2):

- **przeziębienia trwające dłużej niż 10 dni z wyciekami z nosa i kaszlem nasilającym się w nocy**
- **przeziębienia o cięższym niż zwykle przebiegu z ropną wydzieliną z nosa, gorączką i bólem okolicy oczodołu / ostatni objaw jest rzadko zgłaszany przez małe dzieci/**
- **przewlekające się przeziębienia z tendencją do okresowego nasilania się.**

W obu przedstawionych przypadkach dzieci prezentowały typowe objawy przewlekłego zapalenia nosa i zatok przynosowych. Z powodu uporczywego kaszlu były, bez powodzenia, leczone jako astma oskrzelowa. Ustalenie rozpoznania na podstawie rinoskopii przedniej i tomografii komputerowej zatok / badanie nie jest zalecane jako rutynowe w przewlekłym zapaleniu nosa i zatok przynosowych u dzieci (2)/ umożliwiło dalsze prawidłowe leczenie.

□

Piśmiennictwo dostępne w redakcji.

[Zamknij](#)

[Drukuj](#)