

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok czy astma

Chronic rhinosinusitis or asthma

S U M M A R Y

One of the four cardinal symptoms in chronic rhinosinusitis in children is cough. This symptom also occurs in asthma. In chronic rhinosinusitis post nasal-drip syndrome is a common cause of chronic cough and wheezing. That is why in children with chronic rhinosinusitis asthma is often incorrectly diagnosed and anti-asthmatic therapy does not give the expected therapeutic effect.

Jednym z objawów przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok przynosowych u dzieci jest kaszel. Objaw ten występuje również w astmie. Spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła w przewlekłym zapaleniu błony śluzowej nosa i zatok przynosowych jest przyczyną przewlekłego kaszlu i zmian typu świstów nad polami płucnymi. Dlatego niejednokrotnie u dzieci z przewlekłym zapaleniem błony śluzowej nosa i zatok przynosowych diagnozowana jest nieprawidłowo astma, a włączone leczenie przeciwastmatyczne nie daje spodziewanego efektu terapeutycznego.

Zawadzka – Krajewska A: Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok czy astma. *Alergia*, 2018, 1; 19-21

Opis przypadku

Dziewczynka 5-letnia została przyjęta do Kliniki Pneumonologii i Alergologii Wieku Dziecięcego w styczniu 2018 roku w celu diagnostyki przewlekłego kaszlu. Od trzeciego roku życia pozostawała pod opieką alergologa z rozpoznaniem astmy wczesnodziecięcej. Była leczona steroidami wziewnymi podawanymi przez nebulizator w razie nasilenia kaszlu, na stałe przyjmowała lek przeciwleukotrienowy i przeciwhistaminowy z miernym efektem terapeutycznym. Dziecko nie było obciążone alergologicznym wywiadem rodzinnym. Rozwijało się prawidłowo, nigdy nie prezentowało objawów ze strony przewodu pokarmowego i skóry. Problem stanowiły nawracające infekcje górnych dróg oddechowych i przewlekły kaszel utrzymujący się z jednakowym nasileniem od września do marca. W grudniu 2017r. z powodu przerostu migdałka gardłowego wykonano u dziecka adenotomię.

W dniu przyjęcia do kliniki badaniem przedmiotowym stwierdzono:

- upośledzenie drożności nosa z zasinieniem małżowin i ich obrzękiem, zaleganiem wydzieliny śluzowo-ropnej na dnie obu jam nosa

- spływanie obfitej wydzieliny po tylnej ścianie gardła
- znaczny przerost grudek chłonnych na tylnej ścianie gardła
- osłuchowo zmiany typu rżężeń grubo i średnio bańkowych, furczeń i świstów zmieniających swoje nasilenie i lokalizację po kaszlu i odkrztuszeniu zalegającej w drzewie oskrzelowym wydzieliny. Podczas badania dziecko stałe pochrząkiwało i oddychało przez usta.

Z danych z wywiadu zebranego podczas przyjęcia do kliniki wynikało, że kaszel:

- występował u dziecka w ciągu dnia
- nasilał się w godzinach wieczornych i nocnych do 1-1,5 godziny po zaśnięciu i nad ranem
- był męczący, niejednokrotnie prowokował do wymiotów
- sporadycznie występował po wysiłku fizycznym . Nigdy nie obserwowano u dziewczynki napadów duszności ani świszczącego oddechu.

Wywiad i obraz kliniczny sugerowały rozpoznanie przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok przynosowych.



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

Klinika Pneumonologii
i Alergologii Wieku
Dziecięcego
WUM
w Warszawie

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

Słowa kluczowe:

ostre zapalenie błony śluzowej nosa i zatok, przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok, zespół spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, kaszel, astma

Key words:

acute rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, post-nasal drip syndrome, cough, asthma

OPIS PRZYPADKU

W celu ustalenia przyczyny przewlekłego kaszlu, nawracających zakażeń górnych dróg oddechowych i zmian ze strony nosa wykonano szereg badań umożliwiających ustalenie ostatecznego rozpoznania, a co za tym idzie, prawidłowego leczenia.

Badania diagnostyczne

- badanie radiologiczne klatki piersiowej- badanie prawidłowe
- stężenie IgA, IgM, IgG – w normie
- stężenie chlorków w pocie- w normie
- punktowe testy skórne z alergenami pokarmowymi i powietrzno-pochodnymi – testy ujemne
- całkowite stężenie IgE – w normie
- konsultacja laryngologiczna:

w obu jamach nosa wydzielina śluzowo-ropna, małżowiny nosa sine, śluzówka nosa obrzęknięta, błona bębenkowa obustronnie szara, wciągnięta, refleks skrócony. Laryngolog zaproponował wykonanie tomografii komputerowej zatok, w której uwidoczniono okrężne pogrubienie błony śluzowej w obu zatokach szczękowych i zatoce klinowej, upośledzoną drożność kompleksów ujściowo-przewodowych.

Rozpoznanie

Na podstawie obrazu klinicznego choroby, wywiadu, badań diagnostycznych ustalono rozpoznanie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych i błony śluzowej nosa.

Do leczenia włączono:

- steroid podawany na błonę śluzową nosa
- płukanie jam nosa izotonicznym roztworem chlorku sodu
- zaproponowano dalszą opiekę laryngologiczną.

Dyskusja

Zapalenie zatok przynosowych jest poprzedzone zapaleniem błony śluzowej nosa. Z tego powodu obie jednostki chorobowe rozpatrywane są wspólnie jako zapalenie nosa i zatok przynosowych – rhinosinusitis /1/.

Ze względu na czas trwania objawów wyróżnia się :

- zapalenie ostre /acute rhinosinusitis ARS/, w którym czas trwania objawów nie przekracza 12 tygodni
- zapalenie przewlekłe /chronic rhinosinusitis CRS/ trwające dłużej niż 12 tygodni

Przyczyną ostrego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok są w 98-99,9% zakażenia wirusowe. Niewielki odsetek, bo 0,5 – 2% stanowią pierwotne zakażenia bakteryjne /2, 3/. W ostrym zapaleniu występuje faza zapalenia wirusowego zwykle trwająca do 10 dni i faza zapalenia powirusowego trwająca od 10 dni, bywa że do 12 tygodni. W tym czasie obserwowany jest nieinfekcyjny proces zapalny, utrzymywanie się blokady nosa i nieżyt nosa z zieloną lub żółtą wydzieliną, która jest wynikiem zluszczenia nabłonka, śluzowej wydzieliny w nosie i nacieku złożonego z leukocytów zawierających ziarnistości azurochłonne /4/.

Ostre zapalenie błony śluzowej nosa i zatok

Rozpoznanie ostrego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok oparte jest na spełnieniu przynajmniej 2 kryteriów, z czego jedno powinno być kryterium głównym.

Do głównych kryteriów należą /1,4,5/ :

- niedrożność nosa
- wyciek w nosie /wyciek przedni lub tylny/

Kryteria dodatkowe stanowią:

- ból /uczucie rozpierania twarzy/
- kaszel

W rozpoznaniu ostrego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok nie zaleca się diagnostyki bakteriologicznej i obrazowej /4,5/.

Do rozpoznania ostrego bakteryjnego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok konieczne jest spełnienie trzech z poniższych kryteriów/4,6/:

- obecność ropnej wydzieliny w nosie
- silny miejscowy ból – zwykle jednostronny ból twarzy, ból zębów, szczęki, tkliwość w rzucie zatok
- podwyższona ciepłota ciała zwykle powyżej 39°C
- nawrót dolegliwości – pogorszenie po wstępnej lekkiej fazie choroby.

Zwykle za ostre bakteryjne zapalenie zatok i błony śluzowej nosa odpowiedzialne jest zakażenie bakterią *Streptococcus pneumoniae* lub *Haemophilus influenzae* /7/.

Przewlekłe zapalenie błony śluzowej nosa i zatok

W przewlekłym zapaleniu błony śluzowej nosa i zatok /chronic rhinosinusitis CRS/ zapalenie bez polipów błony śluzowej występuje u około 60-65% pacjentów, natomiast u 20-30% pacjentów rozpoznawane jest zapalenie z polipami błony śluzowej. U 8 do 12% rozpoznawane jest alergiczne grzybicze zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych/5,8/.

Częstość występowania przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok waha się w granicach 2-16% populacji /9/.

Rozpoznanie przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok oparte jest na stwierdzeniu co najmniej dwóch objawów chorobowych, z których przynajmniej jeden musi być objawem dużym. Do objawów dużych należą:

- niedrożność nosa
- wyciek ropnej wydzieliny z nosa /przedni lub tylny/
- ból w okolicy twarzy i rzutu twarzy, uczucia rozpierania
- u dorosłych zaburzenie węchu i smaku, u dzieci kaszel /1/.

Do czynników ryzyka przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok należą:

- alergiczny nieżyt nosa
- astma – 20% pacjentów z CRS choruje na astmę /10/



- nadwrażliwość na niesteroidowe leki przeciwzapalne.
- nikotynizm /11/
- zanieczyszczenie środowiska /12/
- upośledzony klirens śluzowo-rzęskowy w przebiegu zespołu dyskinetycznych rzęsek lub mukowiscydozy/13/
- nieprawidłowości anatomiczne- przede wszystkim skrzywienie przegrody nosa lub wady ujęść zatok
- choroby układowe, takie jak zespół Wegenera, zespół Churg-Strauss,
- sarkoidoza /14/.
- próchnica zębów/15/.

Diagnostyka przewlekłego zapalenia błony śluzowej nosa i zatok oparta jest na badaniu endoskopowym nosa i tomografii komputerowej zatok.

U dzieci tomografia komputerowa wskazana jest przy braku spodziewanego efektu leczniczego i gdy istnieje możliwość powikłań CRS /16,17/.

Leczenie zapalenia błony śluzowej nosa i zatok polega przede wszystkim na płukaniu jam nosa 0,9% roztworem chlorku sodu. W zależności od czasu trwania procesu zapalnego – ostre, przewlekłe zapalenie i ciężkości nasilenia objawów zalecane jest podawanie steroidów na błonę śluzową nosa, w CRS o umiarkowanym lub ciężkim przebiegu antybiotykoterapia zgodnie z antybiogramem. Przy braku skuteczności farmakologicznej wskazane jest leczenie chirurgiczne /1/.

Spywająca wydzielina stymuluje receptory na tylnej ścianie gardła, następstwem czego jest pobudzenie ośrodka kaszlu w rdzeniu przedłużonym .

Kaszel występuje u około 60% dzieci z zapaleniem błony śluzowej błony śluzowej nosa i zatok przynosowych /18/. Niejednokrotnie rozpoznawany jest jako astma, jest wynikiem przewlekłego spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła.

Do objawów zespołu przewlekłego spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła /post-nasal drip syndrome PNDS/ należą /19/:

- świszczący oddech-u dzieci PNDS jest częstszą przyczyną świszczącego niż astma
- kaszel stały lub napadowy
- pochrząkiwanie
- ciągle tykanie wydzieliny spływającej po tylnej ścianie gardła
- uczucie łaskotania i/lub pieczenie w gardle
- przewlekły nieżyt gardła
- złogi w migdałkach podniebiennych
- cuchnący oddech
- nudności związane z zaleganiem śluzu w żołądku , okresowe wymioty.

Niejednokrotnie, zwłaszcza u małych dzieci, przewlekły nieżyt nosa i zatok ze:

- spływaniem wydzieliny po tylnej ścianie gardła i z towarzyszącym temu kaszlem
- bywa ze słyszalnymi świstami nad polami płucnymi
- nieżytem gardła spowodowanym stałym oddychaniem przez otwarte usta z powodu upośledzenia drożności nosa rozpoznawany jest jako astma i alergiczny nieżyt nosa.

Dlatego tak ważne jest przeanalizowanie wywiadu, oceny objawów klinicznych i wykonanie właściwych badań diagnostycznych w celu ustalenia prawidłowego rozpoznania. ■

**Prace nadesłano
12.04.2018
Zaakceptowano do
druku 24.04.2018**

Konflikt interesów nie występuje. Treści przedstawione w artykule są zgodne z zasadami Deklaracji Helsińskiej, dyrektywami EU oraz ujednoliconymi wymaganiami dla czasopism biomedycznych.

Piśmiennictwo: 1. Fokkens WJ,Lund VJ,Mullol J,et al.EPOS 2012:European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012.A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology 2012;50,(suppl 23) 1-299 **2.** Fokkens WJ,Lund VJ,Mullol J; European position paper on rhinosinusitis and nasal polypus Group,EP30S 2007.European position paper on rhinosinusitis and nasal polypus 2007. A summary for otorhinolaryngologists. Rhinology 2007; 45:97-101. **3.** Harris AM,Hicks LA,Qaseem A; High Value Care Task Force of the American College of Physicians and for the Centers for Disease Control and Prevention. Appropriate antibiotic use for acute Respiratory Tract Infection in adults: advice for high-value care. Am Intern Med 2016;164:425-434. **4.** Chow AW,Benninger MS,Brook I et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults .Clin Infect Dis 2012;54: e 72-e 112 **5.** Rosenfeld RM,Piccirillo JF,Chandrasekhar SS et al. Clinical practice guideline /update/:adults sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg 2015;152:598-609 **6.** Wald ER,Applegate EK,Bordley C et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1-18 years. Pediatrics 2013;132:e 262-e280 **7.** Gordts F,Abu Nassar J,Clement PA et al. Bacteriology of the middle meatus in children. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 1999;48:163-167 **8.** Hamilos DL; Chronic rhinosinusitis patterns of illness. Clin Allergy Immunol 2007;20:1-13 **9.** Shashy RG,Moore EJ,Weaver A. Prevalence of the chronic sinusitis diagnosis in Olmsted Country, Minnesota. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 2004;130:320-323 **10.** Jani AL,Hamilos DL. Current thinking on the relationship between rhinosinusitis and asthma. J.Asthma 2005;42:1-7 **11.** Reh DD,Higgins TS,Smith TL; Impact of tobacco smoke on chronic rhinosinusitis: a review of the literature. Int Forum Allergy Rhinol 2012;2:362-369 **12.** Bhattacharyya N; Air quality influences the prevalence of hay fever and sinusitis. Laryngoscope 2009;119:429-433 **13.** Baroody FM. Mucociliary transport in chronic rhinosinusitis. Clin Allergy Immunol 2007;20:103-119 **14.** Alobid J,Guilemany JM,Mullol J. Nasal manifestation of systemic illness. Curr Allergy Asthma Rep 2004;4:208-216 **15.** Bomeli SR, Branstetter BF,Ferguson BJ. Frequency of dental source for acute maxillary sinusitis. Laryngoscope 2009;119:580-584 **16.** Rose AS,Thorp BD,Zanation AM et al. Chronic rhinosinusitis in children. Pediatr Clin North Am 2013;60:979-991 **17.** Setzen G,Ferguson BJ,Han JK et al. Clinical consensus statement: appropriate use of computed tomography for paranasal sinus disease. Otolaryngol Head Neck Surg 2012;147:808 **18.** De Muri GP,Wald ER.Clinical practice.Acute bacterial sinusitis in children.N Engl J Med 2012;367:1128-1134 **19.** Zawadzka-Krajewska A. Zespół przewlekłego spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła. Alergia 2011;2:39-41