

13. Marshall GD. Therapeutic options in allergic disease: antihistamines as systemic antiallergic agents. *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:303-309
14. Meltzer E, Orgel H, Jalowski A. Nasal cytology. În: Nacleiro R, Durham S, Mygind N. Rhinitis: mechanisms and management. Marcel Dekker, 1999. p 175-202
15. Mygind N et al. Mode of action of intranasal corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S16-25
16. Sarafoleanu C. *Rinologie*, Editura medicală, 2003, p 284-355
17. Silviu Albu “Rinosinuzitele”, Editura Medicală Națională, 2001, p. 75
18. Skoner D. Allergic rhinitis: Definitions, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S2-8

## **ASPECTE DE CONDUITĂ TERAPEUTICĂ ÎN TRATAMENTUL RINOSINUZITELOR ALERGICE**

**Eusebiu Sencu, Nadejda Sencu, Ruslan Eșanu, Carolina Vorotilă, Andrei Panfil**  
USMF “N. Testemițanu”, Clinica O.R.L., IMSP SCR

### **Summary**

#### *Aspects of behavior therapy in the treatment of allergic rhinosinusitis*

The clinical-statistical study refers to the management of allergic rhinosinusitis. The authors present the results of medical and surgical treatment. It correct and intense medications treatment, sometimes associated with the surgery provides good results in the quality of life and improves the characteristic symptoms.

### **Rezumat**

Acest studiu clinico-statistic se referă la management-ul rinosinuzitei alergice. Autorii prezintă rezultatele tratamentului medicamentos și chirurgical. Tratamentul medicamentos corect și intens, uneori asociat cu cel chirurgical, oferă rezultate bune în ceea ce privește calitatea vieții și ameliorarea simptomatologiei.

### **Actualitatea temei**

Rinosinuzita alergică este un proces inflamator a mucoasei nazale și a pituitarei sinusurilor paranazale, declanșată de Ig E-mediată, care se caracterizează prin obstrucție, rinoree, strănut, prurit nazal, susținută de inhalarea unui antigen specific (alergen). Este o afecțiune cu implicații clinice și sociale deosebite a secolului XXI din cauza prevalenței înalte inclusiv, și afectarea modului normal de viață, iar tratamentul este îndelungat și deseori se asociază cu alte patologii de tipul astmului bronșic. Poate evalua atât independent cât și asociat. Incidența acestei boli este în deplină creștere, plasându-se în ierarhia maladiilor organelor O.R.L printre primele locuri. Studiile epidemiologice au arătat, că rinosinuzita alergică reprezintă un factor de risc în ceea ce privește apariția și declanșarea ulterioară a astmului bronșic în 32-64% din cazuri și aproximativ 25-30% din cazurile cu polipoză rinosinuzală. Aproximativ 25-30 % din cazuri se asociază cu asmul bronșic, iar circa 12 % cu intoleranța la aspirină. Incidența bolii în Europa este de 10-15%, în SUA de 15-20%, iar în țările nordice afectează 25% din populație.

### **Scopul lucrării**

Lucrarea are ca scop reducerea efectului declanșator al rinosinuzitei alergice intermitente și persistente, prin eliminarea alergenului, pe cât este posibil, cu o conduită rațională în prescrierea remediilor medicale și la necesitate de a efectua o corecție chirurgicală pentru ameliorarea respirației nazale prin înlăturarea factorilor favorizanți și/sau tratament medicamentos asociat.

### Material și metode

În clinica ORL a USMF „N. Testemițanu” s-a efectuat un studiu clinico-statistic pe o durată de 3 ani pe un număr de 156 de pacienți (b – 62 (39,7%); f – 94 (60,3% ), figura 1, cu o vârstă cuprinsă între 18-68 ani cu rinosinuzită alergică intermitentă 47 (30,1%) și persistentă 109 (69,9%), figura 2, cu diferit debut al suferinței.

Pacienții incluși în studiu au urmat anterior un tratament cu decongestive topice nazale 156 pacienți, antihistaminice orale 81 (51,9%) pacienți, corticosteroidi topici 73 (46,8 %) pacienți, corticosteroizi sistemici 11 (7,1 %) pacienți și imunoterapie specifică 6 (3,8 %) pacienți. Figura 3

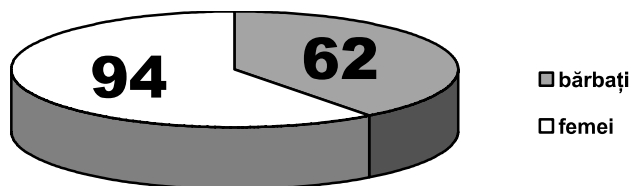


Fig. 1. Repartizarea pacienților după sex

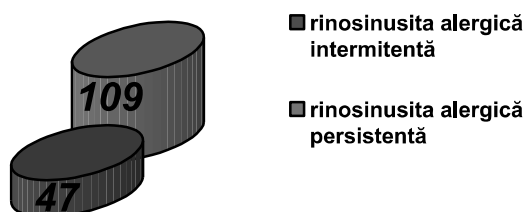


Fig. 2. Repartizarea pacienților după forma clinică a rinosinusitei alergice

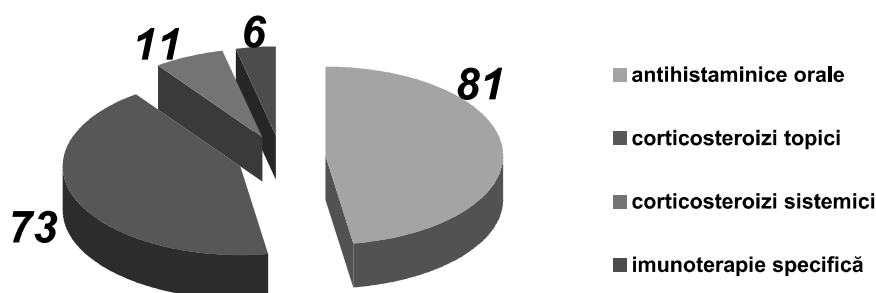


Fig. 3. Numărul de pacienți supuși anterior unui tratament medicamentos

La instalarea unei rinosinuzite alergice, medicul ORL se concentrează în combaterea acestei afecțiuni. Luind în considerație, că tratamentul medicamentos a bolnavilor cu rinosinuzită alergică intermitentă și rinosinuzită alergică persistentă diferă, este necesar de a stabili forma clinică de rinosinuzită alergică.

Diagnosticul diferențial dintre rinosinuzita alergică intermitentă și rinosinuzita alergică persistentă:

Rinita alergică intermitentă

1. Este caracteristică perioadei sezoniere, în special lunele de primăvară, cauza fiind polenul.
2. Semnele de bază sunt: strănutul, pruritul, rinoreea apoasă, fiind mai accentuate în timpul zilei.

3. Uneori secreția mucoasă și blocajul nazal sunt severe.
4. Se determină și simptome oculare cum ar fi: prurit ocular, lacrimare, hiperemia conjunctivei.
5. Uneori pot fi prezente cefalee, hiposmia, pierderea gustului.
6. Blocajul nazal este adesea mai accentuat la trezire și tinde să se amelioreze în decursul zilei.
7. Tabloul rinoscopic: mucoasa nazală congestionată, albicioasă, uneori violacee, care secretă intens hidroree, uneori lichid viscos.

#### Rinita alergică persistentă

1. Cauzele rinitei alergice persistente sunt: achariene, părul animalelor, sporii de mucegaiuri etc.
2. Simptomele oculare practic lipsesc.
3. Nu este caracteristică perioadei sezoniere, afecțiunea se poate declanșa în decursul anului.
4. Polipii nazali sunt de asemenea asociați frecvent cu rinita alergică persistentă.
5. Obstrucția nazală este de obicei mai pronunțată în rinita alergică intermitentă.
6. Pacienții sunt predispuși la alte afecțiuni nazale și otorinolaringiene (sinuzite, otita medie etc.).
7. Tabloul rinoscopic: mucoasa edematoasă, anemică, meaturile nazale îngustate cu rinoree seroasă, foarte rar apoasă.

Toți pacienții erau consultați de medicul alergolog cu efectuarea testelor alergologice. Tratamentul medicamentos a bolnavilor cu rinosinuzită alergică intermitentă includea: Euphorbium spray + Nazonex spray și Claritină sau Aerus p. o. după toaleta foselor nazale cu soluție Salini cu o durată de tratament de 4 săptămâni. Tratamentul indicat s-a repetat peste 6 luni. Pacienților cu rinosinuzită alergică persistentă s-a indicat Euphorbium spray + Nazonex și Claritină sau Aerus p. o. spray după toaleta foselor nazale cu soluție Salini cu o durată de tratament de 4 săptămâni cu efectuarea ulterioară a unor intervenții chirurgicale pentru înlăturarea factorilor favorizanți. Tratamentul indicat s-a repetat peste 6 luni.

În rezultatul examinării pacienților s-a depistat patologie endonazală asociată la 46 (31,4%) pacienți (tabel 1)

Tabel 1 Pacienții cu patologie endonazală asociată

Patologia endonazală asociată	Nr. de pacienți
Deviație de sept nazal	28 (60,9%)
Hipertrofia cornetelor nazale inferioare	9 (19,6%)
Hipertrofia cozilor de cornet nazal inferior	4 (8,7%)
Rinolitiază	2 (4,3%)
Concha buloza	3 (6,5%)

cu efectuarea ulterioară a unor intervenții chirurgicale pentru înlăturarea factorilor favorizanți menționați.

La 29(18,6%) pacienți s-a determinat patologie asociată rinosinusală (rinosinusite maxilare supurate), iar la 9 (5,8 %) pacienți s-a depistat rinosinuzită etmoidală polipoasă bilaterală de gradul I. În medicație s-a asociat utilizarea preparatelor antibacteriene în dependență de sensibilitatea lor către germenii patogeni cu un efect durabil de acțiune prin ameliorarea rapidă a simptomatologiei. În cazurile de rinosinuzită etmoidală polipoasă bilaterală tratamentul medicamentos includea cure scurte de 12 zile cu prednizolon p.o., Euphorbium spray + Nazonex spray după toaleta foselor nazale cu soluție Salini și Claritină per os cu o durată optimă de tratament de 8 săptămâni. Tratamentul indicat s-a repetat peste 6 luni.

#### Discuții

Rezultatele studiului confirmă eficacitatea bună și tolerabilitatea remediilor medicale (Euphorbium, Nazonex sau Flixonase, Claritină sau Aerus) în tratamentul rinosinuzitei alergice intermitente și persistente.

Mecanismul de acțiune permite asocieri cu alte clase de medicamente antihistaminice orale, antibiotice.

Depistarea factorilor de sensibilizare bacteriană, permite să utilizăm în combaterea lor preparate antibacteriene, în dependență de sensibilitatea lor.

Dacă tabloul clinic al rinosinuzitei alergice intermitente și persistente se manifestă printr-o evoluție ușoară, este suficient de folosit în tratamentul acestor afecțiuni produse farmaceutice: (Claritină sau Aerus) care sunt mult mai efective decât remediile antihistaminice din gen.I, chiar și cu utilizarea repetată la nevoie, lipsită de riscuri suplimentare; este important, că se utilizează o singură priză timp de 24 ore.

În cazurile când evoluția clinică a al rinosinuzitei alergice intermitente și persistente este medie/ severă, se folosește intranasal Eupphorbium spray+ Flixonase spray sau Nasonex spray și totodată p. o. (Claritină sau Aerus). Dacă este necesar, dozarea se variază în fiecare caz individual.

Totodată este necesar de menționat că foarte des la pacienți s-a depistat patologie endonazală asociată. Pentru restabilirea funcției de respirație nazală este necesar de efectuat corecția chirurgicală cu înlăturarea factorilor favorizanți.

### **Concluzii**

- Rezultatele obținute au evidențiat eficiența noilor clase de produse farmaceutice, care prezintă o importanță majoră în tratamentul rinosinuzitei alergice intermitente și persistente.
- Se impune o conduită rațională în prescrierea acestor remedii medicale.
- În caz de depistare a altor afecțiuni concomitente ale cavității nazale și a foselor paranazale e necesar pentru ameliorarea respirației nazale de a efectua o corecție chirurgicală prin înlăturarea factorilor favorizanți s-au tratament medicamentos asociat.

### **Bibliografie**

- 1 .Ayars G. Nonallergic rhinitis. Immunology and Allrgy Clinics of North America, 2000;20
2. Baroody FM, Nacleiro RM. Antiallergic effects of H1-receptor antagonists. Allergy 2000;55:17-27
3. Boner AL. Effects of intranasal corticosteroids on hypothalamic-pituitari-adrenal axis in children. J Allergy Clin Immunol 2001;108:S32-39
4. Bousquet J, Michel FB. Safety considerations in assesing the role of immunotherapy in allergic disorders. Drug Saf 1994;10:5-17
5. Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. J Allergy Clin immunol 2001;108;147-336
- 6 .Cauwenberge P et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. Allergy 2000; 55:116-134
- 7.Ciprandi G, Buscaglia S, Pesce G, Pronzato C, Ricca V,Parmini S, et al. Minimal persistent inflammation is present at mucosal level in patients with asymptomatic rhinitis and mite allergy. J Allergy Clin Immunol 1995;96:971-979
- 8.Corren J. Allergic rhinitis: Treting the adult. J Allergy Clin Immunol 2000;105:S610-615
- 9.Custovic A, Green R, Taggard SC, Pickering CA, Chapman MD, et al. Domestic allergens in public places II:dog and cockroach allergens in dust and mine, cat, dog and cockroach in the air in public buildings. Clin Exp Allergy 1996;26:1246-1252
10. Druce HM. Allergic and nonallergic rhinitis. In Middleton E, Reed CE, Ellis FE.Allergy:Principles and Practice, 5th ed. Mosbz, 1998. p 1005-1016
11. Fokkens WJ.Antigen-presenting cells in nasal allergy.Allergy 1999;54:1130-1141
12. Gillam SJ, Jarman B, White P, et al. Ethnic differences in consultation rates in urban general practice. Br Med J 1989;299:953-957
- 13.Li J. Immunotherapy for allergic rhinitis. Immunology and Allergy Clinics of North America 2000;20

14. Malling HJ. Immunotherapy as an effective tool in allergy treatment. *Allergy* 1998;59:461-472
15. Marshall GD. Therapeutic options in allergic disease: antihistamines as systemic antiallergic agents. *J Allergy Clin Immunol* 2000;106:303-309
16. Mygind H. Effects of corticosteroid therapy in non-allergic rhinosinusitis. *Acta Otolaryngol* 1996; 116, 164-166.
17. Mygind N et al. Mode of action of intranasal corticosteroids. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S16-25
18. Mygind N, Dahl R, Bisgaard H. Leukotrienes, leukotriene receptor antagonists, and rhinitis. *Allergy* 2000;20
19. Nacleiro R. Clinical manifestations of the release of histamines and other inflammatory mediators. *J Allergy Clin Immunol* 1999;103:S382-385
20. Perlea S, Perlea V. Alergia la animalele de companie. *Infomedica* 2001;4(86):17-19
21. Platts-Mills T. Hypersensitivity-Tzpe I. În Roitt I, Brostoff J, Male D. *Immunology* 6th ed. Mosby, 2001. p 324-344
22. Radu JR. Alergenii. În Radu JR. *Alergii reaginice*, ed. Amaltea, 1998. p 7-37
23. Ricketti AJ. Allergic rhinitis. In Grammer LC, Greenberger PA. *Patterson's Allergic Diseases*, 6th ed. Lippincott, Williams, & Wilkins, 2002
24. Sarafoleanu C. *Rinologie*, Editura medicală, 2003, p 284-355
25. Silviu Albu "Rinosinuzitele", Editura Medicală Națională, 2001, p. 75
26. Skoner D. Allergic rhinitis: Definitions, epidemiology, pathophysiology, detection, and diagnosis. *J Allergy Clin Immunol* 2001;108:S2-8

## **ROLUL REMEDIILOR MEDICALE ÎN TRATAMENTUL RINOSINUZITEI ALERGICE**

**Eusebiu Sencu, Ruslan Eșanu, Carolina Vorotilă, Andrei Panfil**

USMF "Nicolae Testemițanu", Clinica O.R.L., IMSP SCR

### **Summary**

#### *The role of medical remedy to treat allergic rhinosinusitis*

This theoretical study evaluating notions of etiopathogenesis, clinical diagnosis, clinical and paraclinical and therapeutic medical and surgical treatment presents the results in the management of allergic rhinosinusitis facing selective speciality literature. A correct and intense, medication treatment sometimes in combination with surgical treatment improves the quality of life and the specific symptoms.

### **Rezumat**

Acest studiu teoretic cu evaluarea noțiunilor de etiopatogeneză, diagnostic clinic, paraclinic și clinico-terapeutic prezintă rezultatele tratamentului medicamentos și chirurgical în managementul rinosinuzitei alergice confruntate cu literatura selectivă de specialitate. Tratamentul medicamentos corect și intens, uneori la necesitate asociat cu cel chirurgical, oferă rezultate bune în ceea ce privește calitatea vieții și ameliorarea simptomatologiei.

### **Actualitatea temei**

Rinosinuzita alergică (RSA) este un proces inflamator a mucoasei nazale și a pituitarei sinusurilor paranazale, declanșată de Ig E-mediată, care se caracterizează prin obstrucție, rinoree, strănut, prurit nazal, susținută de inhalarea unui antigen specific (alergen).

Este o afecțiune cu implicații clinice și sociale deosebite a secolului XXI din cauza prevalenței înalte inclusiv, și afectarea modului normal de viață, iar tratamentul este îndelungat și deseori se asociază cu alte patologii de tipul astmului bronșic. Poate evalua atât independent cât și asociat. Incidența acestei boli este în deplină creștere, plasându-se în ierarhia maladiilor