

RINITA ALERGICĂ-ACTUALITĂȚI ÎN DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

Vasile Cabac, Marina Leicovici, Denis Pogorevici, Nina Capitan

Catedra Otorinolaringologie, USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Allergic rhinitis diagnostic and treatment actualities

Allergic rhinitis is a medical and social problem of the 21st century because of the frequency of this pathology, the affectation of the normal way life, the long treatment and the association with other allergic diseases, for example, the asthma.

The epidemiological researches proved that allergic rhinitis represents a pathology with is often met in adults as well as in children. The incidence of this disease in USA 10-20% and in Europe 10-15% . In Moldova the incidence is 15-20%-adults 10-20%-children and the incidence of adolescent school children and over the past 15 years has increased from 5% to 14.9%.

Rezumat

Rinita alergică este o problema medico-socială a secolului XXI din cauza prevalenței înalte precum și afectarea modului normal de viață, tratamentul îndelungat și asocierea cu alte patologii alergice, ca de exemplu: astmul bronșic. [6] Studiile epidemiologice au demonstrat că rinita alergică reprezintă o boală des întâlnită atât la maturi, cât și la copii. Incidența bolii în USA este de 10-20%. [3] În Europa de 15-20% din populația . În Moldova incidența este de 15-20%-adulti, 10-20%-copii și incidența școlari și adolescenți pe parcursul ultimilor 15 ani s-a majorat de la 5% până la 14,9%. [1]

Actualitatea

Rinita alergică (adesea supranumită "febra fanului ") este o inflamație a membranelor mucoase ale cavității nazale, caracterizate prin IgE-mediată inflamație a membranelor mucoase ale cavității nazale și prezența cel puțin două dintre următoarele simptome: obstrucție nazală, rinoree, strănut, mâncărimi de nas.

Rinita alergică este o reacție exagerată a sistemului imunitar la particulele inspirate din aer. Sistemul imunitar începe să lupte împotriva substanțelor, care în mod normal nu sunt nocive, cum ar fi polenul, praful de casă. Aceasta reacție provoacă inflamație a mucoasei ale cavității nazale, sinusurilor, conjunctivei și cavității bucale. [6]

Obiectivele

De a descrie principiile și de a stabili momentele cheie în diagnosticul și tratamentul al rinitei alergice.

Materiale și metode

Articolul dat se bazează pe publicații medicale, literatură internațională publicată în engleză și material on-line. Am atras atenție la diagnosticul (examenul clinic și de laborator) și la tratamentul respectiv al rinitei alergice.

Rezultate și discuții

Etiologie Trei tipuri de alergeni:

1. Alergeni sezonieri:

-caracteristici (alergenii polenici sunt de natura proteică)

-polen de arbori (primăvară):

a. arbori (arțar, ulm, stejar, salcâm, tei, plop)

b. copaci fructiferi (măr, piersic, cais, etc.)

-polen leguminoase, fegacee, moracee, compozee (vara)

-polen din grăminee: secară, porumb, grâu (vara)

-polen de ierburi (vara, toamna)

-spori de ciuperci (toamna)

2. Alergeni nesezonieri (pereni):

-praful de casă (acarieni tip *Dermatophogoides*, *Euroglyphus*, *Glyciphagus*)

-alergeni animale (scuame cutanate, salivă, urină, păr, cobai, câini, pene și puf de la păsări domestice, papagal, canari)

-alergeni găndacilor de bucătărie

-spori de mucegai, fungi

3. Alergeni sporadici:

-coloranți (jucării colorate, vopsele utilizate în pictură)

-gume vegetale (pudre adezive dentare)

-produse cosmetice (parfumuri, creme, loțiuni, săpunuri, fixatori, deodorante)

-chimicale agricole (insecticide, pesticide, fertilizatori)

-medicamente (extracte din plante, inhalatii cu antibiotice)

-alergeni alimentari (alergie la proteina de vacă, ingestia de alimente picante, rece, calde)

Patogenia

În **faza imunologică** pseudoalergenii prin cale inhalatorie, dar și alte căi pătrund în organismul cu atopie după care se începe sinteza anticorpilor sintetici de tip IgE, care se fixează cu Fc pe receptorii FcR al mastocitelor din mucoasa nazală, uneori și din alte tesuturi (mucoasa bronșică, faringiană, bucală, gastro-intestinală, conjunctivă). Inhalarea repetată al alergenului cauzal determină culparea lui cu reaginele specifice IgE de pe suprafața bazofilelor țesuturi din mucoasa nazală.

În **faza patochimică** mastocitele și bazofilele din epiteliul nazal sunt activate de către complexul antigen-anticorp IgE, prin care se produce destabilizarea membranei lor celulare. Acestor celule se granulează cu eliberarea histaminei, prostaglandinelor, leucotrienilor, interleuchinelor, neuropeptidelor, triptazei, chimazei, carbopeptidazei. Mediatorii vasoactivi cresc permeabilitatea mucoasei nazale, stimulează receptorii nervilor senzitivi, produc activarea eozinofilelor și mastocitelor, care migrează în zona mucoasei nazale. Nervii senzitivi stimulați de mediatorii vor elibera substanța P și neurokina acetilcolina, care prin reflex parasimpatic generează fenomene de vasodilatație și hipersecreție în mucoasa nazală.

În **faza patofiziologică** substratul morfologic reprezintă: edem, dilatație vasculară în submucoasa nazală, infiltrație celulară cu celule caliciforme producătoare de mucus, eozinofilie și suplimentar cu limfocite. Se dereglează în aceasta fază clearance-lui mucociliar nazal și se ridică activitatea cililor epiteliului mucoasei nazale. Apare inflamație eozinofilică în faza tardivă: eozinofilele generează factori chemoatractanți pentru prostaglandine, leucotriene, citochine, PAF, C5a, care generează sinteza mediatorilor proinflamatori și enzimelor cu proprietăți citotoxice. [1, 3, 4]

Diagnosticul clinic și paraclinic

Diagnosticul pozitiv al rinitelor alergice se bazează în primul rând pe simptomatologia subiectivă în care interogatoriul constituie în moment important putând să întrevădă și eventualul alergen responsabil. La stabilirea diagnosticului mai concură și simptomatologia obiectivă, locală și generală. [2]

-anamneza. Are o importanță capitală în recunoașterea alergiei ” ca o cauza a rinitei”; strănutul în salve, rinoreea și pruritul nazal și palatul sunt întâlnite frecvent; congestia nazală și obstrucția sunt obișnuit bilaterale, dar și alternând de la o nara la altă [3]. Totuși ne interesează simptomele sunt zilnice sau episodice și mai ales, dacă sunt sezoniere sau perene și ce durată au. Anamneza trebuie constituită obligatoriu, pentru a răspunde la întrebările: care sunt factorii precipitanți?, care sunt antecedentele familiale alergice, urmărite în generații?, și care sunt factorii de mediu, casa și atmosfera liberă, ce pot influența simptomele? În încheierea anamnezei, nu trebuie uitată antecedentele personale patologice și medicația pe care pacientul o folosește în mod curent sau intermitent, pentru alte afecțiuni.

-examenul obiectiv. Examinarea trebuie să includă nasul, urechile, cavitatea bucală, ochii, toracele și tegumentele[4]. **Rinoscopia anterioară** oferă informații numai în cazul în care căile aeriene sunt libere, dacă obstrucția este accentuată, examinarea se face după aplicarea locală a unui decongestiv, după care putem preciza: mucoasa este colorată albastru pal, iar secreția este seroasă, edem simetric al cornetului inferior și o creștere a vascularizației. Folosirea **endoscopului nazal** cu tija flexibilă permite investigarea întregului tact respirator superior: nasofaringe, deschiderea tubelor Eustachio, corzile vocale. Endoscopia nazală este utilă în special în investigarea obstrucției nazale și a drenajul posterior.

-teste de evidențiere a alergiei:

-testare in vivo:

Testele cutanate alergologice de identificare a reacțiilor imunologice mediate IgE domină net metodele diagnostice paraclinice. Principalele metode de testare cutanată alergologică sunt punșionarea tegumentului și/sau injectarea intradermică a alergenului. Testarea decurge în prezența unor martori pozitivi și negativi, pentru a elimina variabilitatea interindividuală. Prezența unei papule cu diametrul maxim cu 3mm mai mare decât martorul negativ, la 15-30 minute de la efectuarea testării, este considerată reacție pozitivă. Interpretarea rezultatelor testelor cutanate alergologice se face ținând cont de existența reacțiilor fals pozitive, a celor fals negative și de faptul că pozitivitatea unui test nu înseamnă obligatoriu boala alergică.

-testare in vitro.

IgE specifice fata de alergene, determinate in vitro, se corelează bine cu boala alergică, dar net inferior comparativ cu IgE determinate prin testare cutanată. Între 5-40% dintre pacienții cu rezultatele pozitive ale testării cutanate nu demonstrează IgE serice specifice prin metoda in vitro. Interpretarea rezultatelor determinării se face similar algoritmului de la testarea cutanată; prezenta IgE specifice nu denota obligatoriu alergie; asimptomaticii pot avea nivele crescute de anticorpi. În cazul existenței bolii alergice, titrul lor nu se corelează cu severitatea bolii.

-citologie secreție nazală este utilă în diferențierea rinitelor infecțioase de cele alergice, în monitorizarea evoluției rinitei, în monitorizarea răspunsului la tratament.

-tehnici imagistici.

La ora actuală, principala metoda radiologică de investigare pentru afecțiunile naso-sinuzale este CT [11], dar ea are valoare limitată în diagnosticul rinitelor alergice. IRM este rar indicată, în special în suspiciunea de sinuzita fungică. [12]

-teste de provocare nazală

Se fac standardizat, alergenele se aplică sub forma de pudră, soluție sau impregnate pe mici discuri sau folii de hârtie. Monitorizarea răspunsului se face prin scoruri de simptome, rinomanometrie, rinometrie acustică, debite nazale expirator și inspirator de vârf, rinostereometrie. Rezultatele acestor teste pot fi influențate de tratamentul anterior cu antihistaminice, cromone, imunoterapie specifică cu alergene și glucocorticosteroizi inhalatori. [3,4]

-testul de clearance muco-ciliar

Se folosește în cazul pacienților cu secreții abundente tenace, infecții frecvente de tact superior, rinoree cronică (la copil). În cazul unui clearance normal, amplasarea unei tablete de zaharină la nivelul cornetului nazal inferior este urmată de percepția gustului acesteia în mai puțin de 30 minute. Disfuncția muco-ciliară este întâlnită în dischinezia muco-ciliară care poate fi primitivă (sindrom Kartagener) și secundară altor bolii: rinite alergice, polipoza nazală, absența sau subdezvoltarea sinusurilor frontale.

Determinarea debitelor nazale inspiratorii și expiratorii, a rinomanometriei sau rinometriei acustice nu se utilizează de rutine în evaluarea rinitelor; se indică în cazuri selecte sau în scop de cercetare. [4]

Prognosticul nu este grav. El depinde în general de frecvența puseelor, de generarea pituitarei de infecțiile supraadăugate, de prezența altor manifestări alergice cum este astmul bronic, etc.. [2]

Tratamentul rinitei alergice

În principiu, tratamentul se bazează pe: îndepărtarea alergenilor, tratament cu agenți farmaceutici și tratamentul imunologic. [6]

I.A.Regim de eliminarea a alergenilor cauzali, reprezintă reducerea contactului cu polenuri (perioada matinală, aer uscat, timp vântos), evitarea zonelor și perioadelor de polenizare înaltă, afecțiunea alergenilor habitual (praf de casă, peri de animale, fum, mușcături, acarieni)

I.B.Regim alimentar hipoaergic, constă în excluderea alergenilor alimentari (proteina laptelui de vacă, de ouă, nucile, peștele, ciocolata, cafea, crabii, citrice, icre), în eliminarea alimentelor, care conțin eliberatori de histamină (coloranți, aromatizanti, emulgatori, conservanți) [1]

II.Tatament medicamentos

Cuprinde **antihistaminice antireceptor H1**, decongestive nazale, cromone, anticolinergice, antileucotriene. Primele trei grupe se pot administra sub forma orală sau topică, iar cromonele și anticolinergicele numai sub forma topică. Administrarea intranasală are certe beneficii: debut rapid de acțiune, concentrație înaltă realizată direct la nivelul organului țintă, efecte adverse minimizate. Antihistaminicele orale de generația a II-a (Cetirizina, Acrivastina, Oxatomid, Ebastina, Fexofenadina, Loratadina) sunt considerate prima linie de tratament în rinitele alergice. Antihistaminicele de generația I (Clemastina, Difenhidramina, Doxilamina, Ciproheptadina, Antazolina, Clorfeniramina) sunt antagoniști potenți ai receptorului H1, dar au efecte secundare semnificative de tip sedativ, anticolinergic (uscăciunea mucoaselor, constipație, exacerbarea glaucomului) și de stimulare a apetitului. Antihistaminicele topice au indicații în formele ușoare/moderate de rinită alergică, neînsoțite de alta patologie alergică. Sunt reprezentate de azelastina și levocabastina. În paginile congreselor de Alergologie și Imunologie clinică de la Stockholm 1994 și Madrid [9,10] sunt prezentate numeroase studii referitoare la efectul benefic al antihistaminicelor de sinteză, din generația a II-a la bolnavii.

Din punct de vedere clinic, **glucocorticosteroizii** (Mometazon furoat, Fluticazon, Budesonid, Triamcinolon acetonid) acționează asupra tuturor simptomelor din rinită, inclusiv a obstrucției nazale. [4] Pentru a obține rezultate optime, glucocorticosteroizii trebuie folosiți în mod regulat, iar în caz de rinită alergică sezonieră, tratamentul trebuie început cu 3-4 săptămâni anterior debutului sezonului de polen. Decongestive orale (efedrina, pseudoefedrina, fenilefrina) au un efect mai slab asupra obstrucției nazale decât cele topice (oximetazolina, xilometazolina), dar nu produc vasodilatație de *rebound*. [8]

III.Imunoterapia specifică constituie tratamentul cu cea mai mare durată pentru rinită, se administrează doze crescânde din alergenul desensibilizant, timp de 2-4 ani (sau chiar mai mult). Bousquet și colaboratorii prezintă un nou medicament Naaga (sare de magneziu a acidului N-acetil-aspartil glutamic), care a vădit proprietăți anti-alergice și anti-complimentare. Naaga este utilizat ca preparat topic, nazal și ocular și pentru început nu au fost observate efecte secundare importante. [3]

IV.Terapia chirurgicală

Nu există nici o operație care să prevină sau să vindece rinită alergică. Operația este necesară pentru anumite persoane ca să trateze complicații ale rinitei alergice sau să corecteze anumite probleme care pot împiedica eficiența tratamentului în aceste condiții. Operația poate fi folosită doar atunci când alte terapii nu au reușit să îmbunătățească simptomele. Înainte de a lua în calcul operația, este nevoie de radiografii sau alte metode imagistice de investigare a sinusurilor. Simptomele care sunt provocate de rinită alergică care nu se îmbunătățesc cu terapiile de rutină sunt câteodată cauzate de infecții și alte maladii ale sinusurilor. Aceste situații trebuie să fie eliminate înainte de a lua în considerare operația. [5]

În concluzie, pentru a avea rezultate bune în diagnosticul și tratamentul rinitelor alergice trebuie să existe o strânsă colaborare între pacient, medicul ORL și alergolog. [7]

Bibliografie

1. Ababii Ion, Sciuca S., Maniuc M. "Esentialul în otorinolaringologie copilului". Chisinau 2011 p. 118

2. Girbea S., Moga I. "Rinologie, patologia nasului și a sinusurilor paranazale". Editura Stiintifică și Enciclopedică, Bucuresti 1987 p. 368
3. Popescu I.G. "Alergologie, fiziopatologie, diagnostic și tratament". Romania. Copyright 1998 by B.I.C.ALL p. 259
4. Sarafoleanu C. "Rinologie". Editura medicala, Bucuresti 2003, p. 317
5. www.i-medic.ro
6. www.sfatulmedicului.ro
7. ORLONLINE.RO Revista de informare editata de Clinica Urechi Bucuresti
8. Andersson M., Greiff L., Svenson C., Wollmer P., Person CGA. Allergic and nonallergic rhinitis. In Busse WW, Holgate ST. Asthma and Rhinitis. Blackwell Scienci, 1995, p. 145-155
9. XXX- Allergy Suppl. 1995, vol.50, nr.26, Abstracts. XVI Congres Europ. Allerg. Clin. Immun., Spain, Madrid, 1995, iunie. *Basomba A., Sashe J., Hernandez F. de Rojos D.M., Munksgaard, Copenhagen.*
10. EAAC 1994-XV Intern. Congress Alerg. Clin. Immunol. Stokholm, Sweden. 1994, *Hogrefe&Huber Publishers, Seattle-Toronto-Bern-Gottingen, Abstracts*
11. Ricketti AJ. Allergic and nonallergic rhinitis. In Grammer LC, Grenberger PA. Patterson's Allergic Diseases, 6th ed. Lippincot, Williams&Wilkins, 2002
12. Bernstein DI. Nasal polyposis, sinusitis, and nonallergic rhinitis. In Grammer LC, Grenberger PA. Patterson's Allergic Diseases, 6th ed. Lippincot, Williams&Wilkins, 2002

RINOMANOMETRIA CA METODĂ DE EVALUARE A FUNCȚIEI RESPIRAȚIEI NAZALE LA BOLNAVII CU PATOLOGIA NASULUI

Alexei Gagauz, Olga Meleca, Ghenadie Sandul

Catedra Otorinolaringologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Rhinomanometry as a method of evaluation of the nasal breathing function in patients with nasal pathology

Methods used to objectively measure nasal patency and resistance include rhinomanometry and acoustic rhinometry. These two methods provide complementary and important objective information concerning the nasal airflow. In general, rhinomanometry provides information about nasal airway flow and resistance, while acoustic rhinometry shows the anatomic cross-sectional area, the geometry of the nasal cavity.

The theoretical base of rhinometry and data about its practical application by performing a clinical randomized study, which had the purpose to appreciate the efficiency of rhinomanometrical method in comparison to Vlalzell's method in patients suffering from surgical pathology of the nose and with obstructed nasal breathing syndrome are set out in this article.

Rezumat

Metodele obiective de bază folosite pentru măsurarea permeabilității și rezistenței nazale sunt rinomanometria și rinometria acustică. Aceste metode sunt complementare și redau în mod obiectiv datele despre fluxul aerian nazal. În general, rinomanometria permite a aprecia fluxul aerian nazal și rezistența, pe când rinometria acustică – diametrul transversal al cavității nazale și geometria ei.

În prezentul articol sunt expuse bazele teoretice ale rinomanometriei și prezentate datele aplicării ei în practică, prin efectuarea unui studiu clinic randomizat, ce urmărește scopul de a aprecia eficacitatea metodei rinomanometriei în comparație cu metoda Vlalzell la pacienții cu patologia chirurgicală a nasului și sindrom de obstrucție nazală.