

# IZOLOWANE CHOROBY ALERGICZNE ZATOK

(*separatae allergiae  
sinuum paranasales*)

# 8

Nawracającym lub przewlekłym zapaleniom zatok przynosowych (PZZ) u ok. 25–60% pacjentów towarzyszy alerggia, najczęściej na alergeny całoroczne, takie jak: roztocze kurzu domowego, karaluchy, sierść i naskórek zwierząt; rzadziej sezonowe, np. pyłki traw i zbóż. PZZ może być chorobą atopową spowodowaną uczuleniem na aeroalergeny. Zgodnie więc z wytycznymi JTFPP (*Joint Task Force on Practice Parameters*), CPG:AS (*Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis*) i EPOS (*European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps*) należy dokładnie zebrać wywiad w tym kierunku, a następnie rozważyć przeprowadzenie prick-testów. Należy podkreślić, że alergiczne zapalenie zatok (postać całoroczna) współistnieje z astmą oskrzelową u 31–87% chorych.

Alergiczne zapalenie zatok jest chorobą przewlekłą (powyżej 12 tygodni). Z klinicznego punktu widzenia zapalenie zatok rzadko przebiega bez zapalenia przylegającej błony śluzowej nosa, zwłaszcza że małżowina nosowa środkowa wchodzi bezpośrednio do zatok sitowych.

Alergeny działają na błonę śluzową zatok (i nosa), wywołując natychmiastową reakcję. Choroba charakteryzuje się wodnistą, przezroczystą (postać sezonowa) lub śluzowo-surowiczą (postać całoroczna) wydzieliną z jam nosa, atakami kichania (postać sezonowa), łzawieniem i świądem oczu, nosa oraz gardła, a czasami – uszu (postać sezonowa). Kilka godzin później pojawiają się zaburzenia drożności nosa – uczucie zatykania (postać całoroczna). Niekiedy występują trudności w rozróżnianiu zapachu i smaków, a także bóle w rzucie zatok. W zapaleniu zatok dochodzi do naciekania błony śluzowej zatok



przez aktywowane komórki kwasochłonne, bez związku z atopią, a także do przechodzenia komórek tłuszczowych bezpośrednio pod powierzchnię nabłonka.

### 8.1.

## LECZENIE

#### 1. Unikanie alergenów:

- roztoczy (likwidacja zasłon, firanek, dywanów, foteli tapicerowanych, wymiana poduszek, pierzyn, kołder i koców wykonanych z naturalnych materiałów na rzecz syntetycznych, stosowanie nieprzepuszczalnych dla alergenów materaców i bielizny pościelowej, korzystanie z odkurzaczy ze zbiornikiem wody, odkurzanie powierzchni wilgotną ściereczką, unikanie kontaktu ze zwierzętami),
- pyłków (śledzenie komunikatów dotyczących stężenia pyłków, unikanie wychodzenia na zewnątrz, zamykanie okien i drzwi przy wysokim stężeniu pyłków).

#### 2. Leki przeciwhistaminowe (patrz rozdz. 7).

#### 3. Kortykosteroidy miejscowo i ogólnie (patrz rozdz. 7).

#### 4. Leki alfa-adrenergiczne (patrz rozdz. 7).

#### 5. Płukanie nosa i zatok (patrz rozdz. 7).

W przypadku występujących sezonowo dolegliwości o lekkim charakterze zalecane są doraźnie podawane doustnie lub miejscowo leki przeciwhistaminowe lub kromoglikan disodowy do jam nosa; przy umiarkowanym natężeniu dolegliwości glikokortykosteroidy donosowe wraz z miejscowymi lekami przeciwhistaminowymi lub kromoglikanem disodowym.

Przy dolegliwościach całorocznych w terapii wykorzystuje się glikokortykosteroidy donosowe, okresowo zaś doustne leki przeciwhistaminowe, a doraźnie leki obkurczające naczynia.

### 8.2.

## POSTAĆ ALERGICZNA GRZYBICZEGO ZAPALENIA ZATOK

Czynnikiem etiologicznym tej postaci są grzyby z rodzajów *Botrytis*, *Epicoccum*, *Fusarium*, *Alternaria*, *Bipolaris*, *Curvularia*, *Paecilomyces*, *Scedosporium*, *Exserohilum*, *Drechslera*, *Helminthosporium* i *Aspergillus*.

W odpowiedzi na obecność grzybów u pacjentów immunokompetentnych z atopią w zatokach (najczęściej kilka po jednej stronie, przede wszystkim zatoki sitowe i szczękowe, zły drenaż) produkowany jest śluz (alergiczny)





i tworzą się przerosty polipowate błony śluzowej, stwierdzone podczas endoskopii. Postać ta dotyczy 5–10% pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok, głównie młodzieży i młodych osób, ale opisano jej przypadki pomiędzy 5. a 75. r.ż. (średnia wieku 21,9 roku), nieco częściej u mężczyzn niż kobiet (1,2:1). Istotną rolę w rozwoju postaci alergicznej odgrywają czynniki środowiskowe i genetyczne (antygeny układu HLA predysponujące: HLAQB1\*0301 i HLAQB1\*0302).

Choroba na ogół ma łagodny przebieg, a objawami podmiotowymi są: upośledzenie oddychania przez nos, wydzielina z nosa, kaszel, stopniowe pogarszanie się węchu, bóle głowy i twarzy. Pacjenci podają dolegliwości związane z wieloletnim zapaleniem zatok przynosowych, a ok. 1/2–2/3 z nich choruje na astmę oskrzelową.

Podczas rynoskopii widoczne jest przekrwienie błony śluzowej z ciemnozieloną lub brązową, kleistą wydzieliną (konsystencja masła orzechowego zmieszanego z piaskiem i klejem) zasychającą w strupy (tworzy odlewy jam nosa), a także polipy, które wraz z podobną wydzieliną w zatokach, poprzez ucisk, mogą utrudniać ich drenaż i uszkadzać (niszczenie, przebudowa, ścieńczenie) kości tworzące ściany zatok, wywołując deformacje twarzy. Pojawiające się w tej postaci ziarniniaki mają tendencję do niszczenia kości oczodołu i podstawy czaszki. W badaniu przedmiotowym, zwłaszcza u dzieci, a także w przypadkach nierozpoznanych lub zaniedbanych, można stwierdzić hiperteloryzm (telekantus), podwójne widzenie i wytrzeszcz gałki ocznej.

Do rozpoznania tej postaci grzybicy wg Bent i Kuhn konieczne są nadwrażliwość IgE-zależna, polipy, charakterystyczne zmiany w TK, śluz kwasochłonny i dodatni posiew lub obraz w preparacie barwionym. Kupferberg i Bent wyróżniają następujące stadia choroby: 0 – brak obrzęku lub śluzu alergicznego, I – obrzęk błony śluzowej, II – obrzęk polipowaty, III – polipy.

Testy skórne i RAST (*radio-allergosorbent test* – test radioalergosorpcji) w kierunku alergii na grzyby wypadają dodatnio; są one bardziej czułe niż poziomy specyficznych przeciwciał klasy E, stwierdzone u powyżej 80% chorych. We krwi występuje podwyższona liczba granulocytów kwasochłonnych i podwyższone stężenia IgE (zazwyczaj 100–500, często powyżej 1000, rzadko powyżej 4000 IU/ml). W wymazie z nosa stwierdza się komórki kwasochłonne.

Większość zatok w TK wykazuje prawie całkowity brak powietrzności. W TK bez kontrastu zatoki są zwykle wypełnione przez hiperdensyjną, heterogenną masę z obwodowym rąbkiem hipodensyjnej błony śluzowej. W ok. 40% przypadków można stwierdzić poszerzenie zajętej zatoki, modelowanie i ścieńczenie kostnych ścian zatok lub ubytki w ścianach zatok, oczodołu i podstawy czaszki.

W RM najczęściej stwierdza się w sekwencjach T<sub>1</sub>-zależnych sygnał hipointensywny (pogrubienie zapalnie zmienionej błony śluzowej), w sekwencjach





zaś  $T_2$ -zależnych zazwyczaj hiperintensywne obwodowe pogrubienie zapalnie zmienionej błony śluzowej, a także niską wartość sygnału  $T_2$  lub jego brak, wynikający z wysokiego stężenia różnych metali (żelazo, magnez i mangan, gromadzone przez grzyby), a także wysokiej zawartości białka i niskiej zawartości wolnej wody w śluzie alergicznym.

W  $T_1$  C+ (Gd) ( $T_1$  z kontrastem gadolinowym) widoczna jest zapalnie zmieniona błona śluzowa wykazująca wzmocnienie kontrastowe, z brakiem wzmocnienia w części centralnej lub większej części zmiany wypełniającej zatokę (do różnicowania ze zmianami nowotworowymi; podobne zmiany radiologiczne mogą być spowodowane przez macierz kostno-chrzęstną produkowaną przez mięsaki i oponiaki).

W badaniu histopatologicznym (konieczne pobranie zawartości zatoki, a nie tylko błony śluzowej) widoczny jest kwasochłonny śluz z komórkami nacieku zapalnego, kryształki kwasochłonne i Charcota-Leydena, a także – rzadko – strzępki grzybów, przy braku inwazji tkanek. Stwierdzenie strzępek grzybów w badaniu histopatologicznym i/lub posiewie jest konieczne dla różnicowania z eozynofilowym zapaleniem zatok.

Terapia polega na endoskopowym usunięciu zmian oraz miejscowym i/lub ogólnym stosowaniu kortykosteroidów, immunoterapii, a także preparatów przeciwhistaminowych. Leczenie przeciwgrzybicze nie jest konieczne (w ciężkich przypadkach stosuje się itraconazol po usunięciu zmian z zatoki), aczkolwiek przez niektórych polecane nawet przez 3–6 miesięcy (redukcja antygenów grzybów).

Ta postać grzybicy wymaga różnicowania z polipami nosa i zatok o innej niż grzybicza etiologii, chłoniakiem nieziarnicznym nosa i zatok przynosowych oraz torbielą śluzową (mucocele).

Rokowanie w tej postaci jest dobre.

### Komentarz 5

J. Bozydar Latkowski

Trzeba się jeszcze zatrzymać chwilę na treści dotyczącej alergii. Tutaj nie można już bezwzględnie omijać „przewodu nosowo-zatokowego”, ponieważ byłoby to mijaniem się z prawdą, a tego chcemy zdecydowanie unikać. Otóż w pewnym miejscu, mówiąc o czynnikach alergicznych, należy przyznać, że „zabłąkał się tutaj” udział jam nosa podczas omawiania zapaleń komórek sitowych, bo przecież małżowina środkowa obu przewodów nosowych „sama wciska się” do zatok sitowych. Należało w komentarzu zwrócić na to uwagę.

Konieczna jest identyfikacja zapaleń zatok o różnej etiologii z innymi chorobami przewlekłymi, np. z astmą, aby można było zastosować skuteczne leczenie, podając w pierwszym rzucie, jeśli jest to uzasadnione, amoksycylinę.

