

Nowoczesna farmakoterapia polipów nosa

Modern pharmacotherapy in nasal polyps

Summary

The aim of the study was to evaluate effectiveness of new formula of fluticasone propionate (Flixonase Nasule) in nasal patency, polyps size, olfactory condition and quality of life in examined patients. The study involved 106 patients, both men and women, with bilateral nasal polyps, aged from 27 to 79. Fluticasone propionate was administered in nasal drops in the form of lavements –200 µg of Flixonase Nasule preparation in each nasal meatus b.i.d for 14 days. Before and after treatment, all patients underwent full laryngological examination with rhinoscopy and nasal endoscopy, as well as olfactometrical examination. In order to assess individual health condition SF-36 questionnaire was exploited. Fluticasone propionate in the form of nasal lavement of Flixonase Nasule preparation turned out to be very effective in nasal polyps treatment. After 14 days of treatment, 90 patients presented significant improvement of nasal patency, 97 patients smell enhancement, 83 patients decrease in polyps size of at least 1 grade in Lildholdt's scale. No adverse effects were observed within 14 days of treatment.

Celem pracy była ocena wpływu propionianu flutikazonu w postaci kropli donosowych (Flixonase Nasule) na drożność nosa, wielkość polipów, stan narządu węchu i jakość życia badanych chorych. Badaniem objęto 106 chorych obojga płci z obustronnymi polipami nosa w wieku od 27 do 79 lat. Propionian flutikazonu w formie kropli do nosa w postaci wlewek - preparat Flixonase Nasule 400 mikrogram zastosowano w dawce 2 dziennie po 200 mikrogram preparatu do każdego przewodu nosowego przez okres 14 dni. Przed i po leczeniu u wszystkich chorych przeprowadzono pełne badanie laryngologiczne z oceną rynoskopową nosa oraz badanie endoskopowe nosa. Przed i po leczeniu wykonywane było badanie olfaktometryczne. Do oceny stanu zdrowia chorych wykorzystano kwestionariusz SF-36 (short form, 36 questions). W trakcie 14 dniowego leczenia uzyskano znaczącą poprawę drożności nosa u 90 chorych, poprawę węchu u 97 chorych, zmniejszenie wielkości polipów o co najmniej 1 stopień w skali Lildholdt'a u 83 chorych. W trakcie 14 dniowego leczenia nie zaobserwowano istotnych działań niepożądanych.

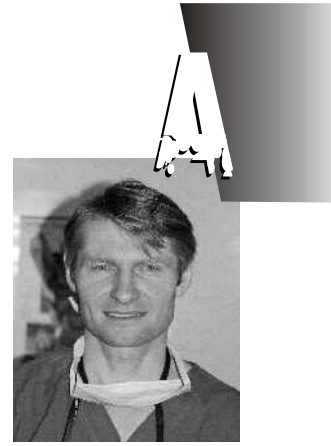
Polipy nosa są gładkimi tworami w kształcie gron, powstającymi z zapalnie zmienionej błony śluzowej zatok przynosowych. Wpuklają się do światła jamy nosa i mogą ograniczać jej drożność. Polipy nosa są reprezentacją kliniczną wielu różnych przyczyn patofizjologicznych i należy je traktować nie jako osobną jednostkę chorobową, lecz jako objaw ogólnoustrojowego lub lokalnego procesu zapalnego (1, 5, 6, 14). Podstawowe objawy zgłaszane przez chorych, sugerujące występowanie polipów nosa to upośledzenie węchu, uczucie spływania wydzieliny po tylnej ścianie gardła, śluzowa i ropna wydzielina z nosa, a w przypadkach dużych polipów także niedrożność nosa (5, 6, 9, 20). Podziału polipów nosa można dokonać na podstawie wielkości polipa i jego stosunku do okolicznych struktur anatomicznych - zaproponowany przez Lildholdt'a (12):

- 0 - Polipy niewidoczne
- 1 - Małe polipy ograniczone do przewodu nosowego środkowego, nie osiagające górnego brzegu małżowiny dolnej
- 2 - Polipy o średnim rozmiarze, których dolny brzeg zawarty jest między górnym a dolnym

brzegiem małżowiny nosowej dolnej

- 3 - Duże polipy sięgające poniżej dolnego brzegu małżowiny nosowej dolnej

W zależności od rodzaju komórek, które tworzą nacieki zapalne, polipy można podzielić na dwie odmienne grupy (7). Polipy nosa u chorych na mukowiscydozę zawierają liczne neutrofile. W wielu innych rodzajach polipów, na przykład występujących u chorych na astmę (zwłaszcza astmę aspirynową), w nacieku zapalnym dominują eozynofile (1, 5, 7, 11). Nacieki mogą być różnie nasilone (5, 7, 18, 19). Częstość występowania polipów nosa ocenia się na 1-5% populacji. Polipy nosa występują przede wszystkim u chorych powyżej 20 r.ż. i z reguły 2-4 razy częściej u mężczyzn (5, 12). Częściej występują u chorych z zaburzeniami ruchomości rzęsek; u 50% osób dorosłych z mukowiscydozą stwierdza się obecność polipów, u chorych z nietolerancją niesterydowych leków przeciwzapalnych (jako jeden z 3 objawów triady aspirynowej) polipy występują w około 36-72% przypadków, w alergicznym grzybiczym zapaleniu zatok u około 66-100%



Dr n. med.
Piotr Rapiejko

Klinika Otolaryngologii
WIM w Warszawie

Kierownik Kliniki:
Prof. dr hab. n. med.
Dariusz Jurkiewicz

Słowa kluczowe :
polipy nosa, terapia,
jakość życia

Key words :
nasal polyps,
treatment, Quality of
Life

TERAPIA

badanych (5, 12). Rozpoznanie polipów nosa musi opierać się na dokładnie przeprowadzonej rynoskopii. Małe polipy widoczne są wyłącznie w endoskopii lub rynoskopii z wykorzystaniem mikroskopu po wcześniejszym obkurczeniu błony śluzowej nosa (5, 6, 20). Z tego powodu każdy chory z podejrzeniem polipów nosa winien być skonsultowany przez doświadczonego laryngologa dysponującego odpowiednim sprzętem diagnostycznym. W diagnostyce różnicowej należy brać pod uwagę możliwość występowania przepukliny oponowo-mózgowej (u dzieci do 2 r.ż.), w przypadku polipów jednostronnych podejrzenie zmiany rozrostowej (5, 6). W diagnostyce pomocne jest badanie tomografii komputerowej zatok przynosowych i nosa (projekcja czołowa, okno kostne) (5, 6, 10). Pewne rozpoznanie uzyskujemy jednak jedynie po usunięciu polipów i wykonaniu badania histopatologicznego.

Diagnostyka alergologiczna ma niewielkie znaczenie. Częstość występowania polipów w grupie chorych z atopią nie jest większa niż w populacji osób bez cech atopii (1, 5, 6, 17).

Nie ma jednej metody leczenia polipów, która gwarantowałaby skuteczność u wszystkich chorych. Z przyczyn etycznych brak jest prospektywnych badań obejmujących duże grupy chorych w dłuższym okresie obserwacji. Leczenie prowadzone jest indywidualnie w zależności od umiejętności, możliwości (aparatura) i własnych doświadczeń laryngologów. Wciąż aktualne jest pytanie czy leczyć polipy zachowawczo, stosując

miejscowe lub ogólne leczenie farmakologiczne (glikokortykosteroidy) czy też usuwać polipy chirurgicznie. Dotychczasowe schematy leczenia były oparte na monografii Myginda i Lilthold'a z 1997 roku (22). W 2005 roku opublikowano stanowisko grupy ekspertów; rynologów (5) i alergologów (6) w którym uwzględniono glikokortykosteroidy (GKS) miejscowo działające aplikowane w kroplach. Na polskim rynku farmaceutyczny dostępny jest jeden preparat GKS w kroplach – Flixonase Nasule konfekcjonowany w jednorazowych opakowaniach zawierających 400 µg propinianu flutikazonu.

Cel.

Celem badań była ocena skuteczności preparatu propinianu flutikazonu w postaci kropli do nosa (preparat Flixonase Nasule - GlaxoSmithKline) w leczeniu polipów nosa.

Materiał i metoda

Badaniem objęto 106 chorych obojga płci z obustronnymi polipami nosa w wieku od 27 do 79 lat (średnia wieku 45, 1 lat) pacjentów poradni laryngologicznej Kliniki Otolaryngologii WIM w Warszawie. W badanej grupie było 17 kobiet i 89 mężczyzn. Czterdziestu siedmiu chorych miało w przeszłości wykonaną operację usunięcia polipów nosa. Propinian flutikazonu w formie kropli do nosa w postaci wlewek - preparat Flixonase Nasule 400 µg zastosowano w dawce 2 dziennie po 200 µg preparatu do każdego przewodu nosowego przez okres 14 dni w pozycji leżącej z głową odchyloną do tyłu, zwisającą poza łóżko (Ryc 3). Przed i po leczeniu u wszystkich chorych przeprowadzono pełne badanie laryngologiczne z oceną rynoskopową nosa oraz badanie endoskopowe nosa z optyką 0, 30 i 70 stopni. Wielkość polipów nosa oceniano posługując się skalą zaproponowaną przez Lilthold'a (12). W trakcie leczenia chory oceniali stan drożności nosa oraz stan narządu węchu. U 30 losowo wybranych chorych przed i po leczeniu wykonywane było badanie olfaktometryczne metodą podmuchowa Elsberga – Levy'ego (8, 9). Do oceny stanu zdrowia chorych wykorzystano kwestionariusz SF-36 (short form, 36 questions), obejmujący swym zakresem pytania dotyczące 8 sfer zdrowia pacjentów (4).

Wyniki

W trakcie 14 dniowego leczenia uzyskano znaczącą poprawę drożności nosa u 90 (94,9%) chorych, subiektywną poprawę węchu u 97 (91,5%) chorych, oraz obiektywną poprawę węchu potwierdzoną metodą olfaktometryczną podmuchową u 28 z 30 badanych (93,3%) chorych, zmniejszenie wielkości polipów o co najmniej 1 stopień w skali Lilthold'a u 83 (78,3%) chorych. Polipy nosa w dużym stopniu wpływają na jakość życia chorych, obniżając samoocenę wydolności pacjenta w każdej ze sfer życia od 11 do 46%, w stosunku do parametrów uzyskiwanych przy pełnym zdrowiu. 14 dniowe zastosowanie preparatu Flixonase Nasule znacząco poprawiło samoocenę stanu zdrowia przez chorych, szczególnie w zakresie ograniczenia czynności codziennych i stanu psychicznego.

1
TABELA

Średnia wartość funkcjonowania pacjentów w danej sferze zdrowia na podstawie formularza samooceny SF-36 (100% - pełnia zdrowia; 0% - ciężki stan zdrowia) przed i po 14 dniach leczenia preparatem Flixonase Nasule w dawce 2 x 200 mikrogramów do każdego nozdrza. W trakcie 14 dniowego leczenia nie zaobserwowano istotnych działań niepożądanych.

Sfera zdrowia	Średnia wartość funkcjonowania pacjentów w danej sferze zdrowia (100% - pełnia zdrowia; 0% - ciężki stan zdrowia)	
	Przed leczeniem	Po 14 dniach leczenia
Sprawność fizyczna	60,15%	69,53%
Ograniczenie czynności codziennych oraz wykonywanych w pracy z powodu zdrowia fizycznego	62,36%	74,59%
Ból	89,58%	91,45%
Ogólny stan zdrowia	53,88%	60,13%
Żywotność	55,04%	68,23%
Funkcjonowanie socjalne	67,93%	86,73%
Ograniczenie czynności codziennych oraz wykonywanych w pracy z powodu problemów emocjonalnych	56,27%	79,12%
Stan psychiczny	55,92%	87,29%



Wyniki badania stanu zdrowia przy zastosowaniu kwestionariusza SF-36 prezentuje tabela 1.

W trakcie 14 dniowego leczenia nie zaobserwowano istotnych działań niepożądanych.

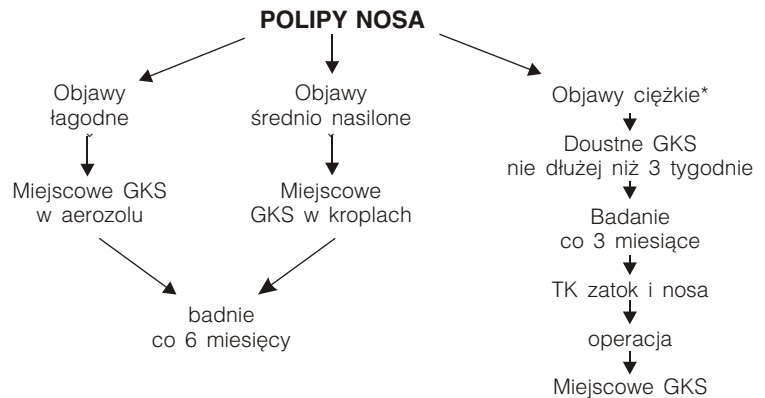
Omówienie wyników i dyskusja

Poprawa jakości życia przez większość chorych jest stawiana na pierwszym miejscu i przedkładana nawet nad wydłużeniem życia (4). Polipy nosa powodują dolegliwości obniżające samopoczucie pacjentów. Zdolność do normalnego funkcjonowania w społeczeństwie, dolegliwości psychiczne czy życie pozbawione ciągłego bólu są przykładami sytuacji, których nie da się opisać w postaci parametrów biochemicznych czy fizjologicznych, dlatego też jedyną możliwością pomiaru ich natężenia jest ocena jakości życia pacjenta (4). W diagnostyce chorych z polipami nosa zasadnicze znaczenie ma rinoskopia połączona z badaniem endoskopowym jamy nosa, a z pośród badań obrazowych tomografia komputerowa, jednak w ocenie leczenia poza w/w musimy uwzględnić objawy subiektywne zgłaszane przez chorego, a to najlepiej uczynić przy pomocy wystandaryzowanych formularzy. Większość autorów jest zgodna, że chirurgiczne leczenie w postaci klasycznej operacji wewnątrznosowego usunięcia polipów nosa może przynieść jedynie chwilową poprawę drożności nosa (2, 3, 5, 6, 22). Po chirurgicznym usunięciu polipów niezbędne jest stałe leczenie profilaktyczne z zastosowaniem GKS miejscowych stosowanych donosowo (2, 3, 5, 6). Od 1973 roku, kiedy wprowadzono beklometazon, z powodzeniem stosuje się kortykosteroidy miejscowo w leczeniu zmian zapalnych błony śluzowej nosa i polipów nosa. Od tamtego czasu opracowano i wprowadzono na rynek kilka nowych kortykosteroidów do stosowania miejscowego (donosowego), takich jak budesonid, flunizolid, propionian flutikazonu, mometazon (3, 5, 6, 12, 13, 15, 16). Pierwsza opublikowana praca nad zastosowaniem GKS miejscowych w leczeniu polipów nosa w Polsce pochodzi z 1986 roku, autorstwa B. Samolińskiego i E. Zawisy (17). Dziś leczenie i profilaktyka polipów nosa przy wykorzystaniu miejscowo działających GKS znajduje kluczowe miejsce we wszystkich standardach postępowania u chorych z polipami nosa (5, 6). Obecnie wszystkie kortykosteroidy miejscowo działające są dostępne w dozownikach mechanicznych, a propionian flutikazonu dodatkowo (prócz postaci w aerozolu) dostępny jest w formie jednorazowych pojemników z kroplami do nosa zawierającymi 400ug preparatu na dawkę. Ta postać leku (Flixonase Nazule) znajduje zastosowanie przede wszystkim w leczeniu zmian błony śluzowej nosa z towarzyszącymi polipami nosa (2, 3, 15, 16). Nowoczesna formuła leku oraz dawkowanie w kroplach pozwala na dotarcie preparatu do miejsc tworzenia się polipów nosa (komórki sitowia) nawet w przypadku obrzęku błony śluzowej w tej okolicy. Kortykosteroidy wykazują silne działanie przeciwzapalne dzięki zmniejszeniu uwalniania cytokin i chemokin i ograniczeniu napływu komórek prezentujących antygen, komórek T i eozynofiliów do błony śluzowej nosa (2, 6). Obecnie dostępne preparaty donosowe są dobrze tolerowane i można je stosować przewlekłe, gdyż nie powodują zaniku błony śluzowej (2, 3, 13).

Sporadycznie występującymi miejscowymi skutkami ubocznymi kortykosteroidów donosowych są: tworzenie się strupów, wysuszenie błony śluzowej, niewielkie krwawienie z nosa; zazwyczaj są one łagodne i wynikają przede wszystkim z nieprawidłowego stosowania preparatów (15, 16). Mechaniczne uszkodzenia błony śluzowej przegrody nosa, głównie w przedślonku nosa spowodowane są niewłaściwym wprowadzaniem dozownika aerozolu do jamy nosa. Należy pamiętać aby końcówka dozownika nie stykała się z cienką błoną śluzową przegrody nosa (15, 16). Ryzyko supresji osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej u osób stosujących jedynie kortykosteroidy donosowe w postaci aerozolu jest bardzo małe ze względu na małą ogólnoustrojową biodostępność leku i stosowanie małych dawek (2, 3) ale wymaga obserwacji w przypadku zwielokrotnienia dawek. Wpływ kortykosteroidów stosowanych miejscowo na zatkanie nosa oraz ich właściwości przeciwzapalne dają tym lekom przewagę nad preparatami o działaniu ogólnym, które są obciążone dużym ryzykiem objawów ubocznych (2, 3, 8). Gdy błona śluzowa nosa jest bardzo obrzęknięta, a polipy nosa wypełniają większą część przewodów nosowych, kortykosteroid podawany donosowo może nie docierać do tkanki polipa, i w takich przypadkach należy podać miejscowo lek obkurczający naczynia błony śluzowej oraz zastosować postać GKS w kroplach zamiast dotychczas stosowanej postaci aerozolu donosowego. U chorych z polipowością nosa kortykosteroidy donosowe stosujemy przewlekłe przez wiele lat robiąc jedynie 1-2 razy w roku kilkutygodniowe przerwy i w czasie leczenia nie obserwujemy częstych objawów ubocznych. Okresowo występująca u kilku procent chorych suchość błony śluzowej (głównie w okresie jesienno-zimowym), ustępuje po czasowym, 2-3 dniowym przerwaniu stosowania leku.

Schemat leczenia polipów nosa w zależności od subiektywnej oceny ciężkości choroby przez chorego przedstawiony w stanowisku grupy ekspertów Europejskiej Akademii Alergologii i Immunologii Klinicznej - EAACI (6) prezentuje Ryc 1. Ocena objawów winna odbywać się zdaniem ekspertów na podstawie analizy wizualnej skali analogowej (VAS) – 10 pkt. Objawy lekkie

1 RYCINA Schemat leczenia polipów nosa przez specjalistę otolaryngologa wg. EAACI Position Paper on Rhinosinuitis and Nasal Polyps Executive Summary



* Objawy ciężkie (astma, brak wężu, nasilona blokada nosa)

TERAPIA

(łagodne) wg tej skali mieszczą się w zakresie od 0-4 pkt (gdzie 0 oznacza brak objawów, a 10 objawy najsilniejsze). Gdy chory oceni swoje dolegliwości na 5-10 pkt objawy określamy jako średnio nasilone (umiarkowane) i ciężkie. W przypadku ciężkich (mocno dokuczliwych objawów) zalecane jest stosowanie GKS ogólnie w tabletkach w dawce 0,5 do 1 mg ekwiwalentu prednisolonu na kg masy ciała, nie dłużej 3 tygodnie, biorąc pod uwagę przeciwwskazania do stosowania GKS ogólnie i zwracając szczególną uwagę na ewentualne objawy uboczne.

Modyfikacja własna schematu leczenia polipów nosa

W standardach leczenia polipów nosa przyjętych w większości krajów europejskich po rozpoznaniu polipów nosa stosuje się leczenie zachowawcze GSK (ogólnie i/lub miejscowo), a leczenie chirurgiczne zarezerwowane jest dla chorych niepoddających się leczeniu farmakologicznemu (5, 6). W Polsce istnieje tendencja do wcześniejszej interwencji chirurgicznej. W niektórych ośrodkach leczenie chirurgiczne jest czasem jedynym postępowaniem stosowanym w polipowatości nosa. Moim zdaniem standardem postępowania winno być leczenie skojarzone, chirurgiczne z następową przewlekłą, wieloletnią sterydoterapią miejscową. Po pierwszorazowym stwierdzeniu polipów nosa, nawet w przypadkach obustronnego ich występowania jestem przekonany o konieczności ich usunięcia chirurgicznego. Takie postępowanie pozwala nam na

wykonanie badania histopatologicznego. Bez tego badania nie możemy mieć pewności odnośnie łagodnego charakteru stwierdzonych makroskopowo zmian. Każdy zabieg polipów nosa w obrębie sitowia powinien być poprzedzony wykonaniem badania tomografii komputerowej zatok przynosowych (projekcja czołowa, okno kostne). Jeśli ośrodek dysponuje odpowiednim sprzętem to w przypadkach reoperacji i stwierdzenia anomalii anatomicznych w obrębie zatok pomocne jest zastosowanie systemu nawigacji komputerowej (10, 22). System komputerowego wspomaganie chirurgii endoskopowej nosa i zatok umożliwia precyzyjne zlokalizowanie narzędzi chirurgicznych w trakcie zabiegu z dokładnością 0,2 mm i ich obrazowanie na tle obrazu TK zatok (w trzech projekcjach) (10).

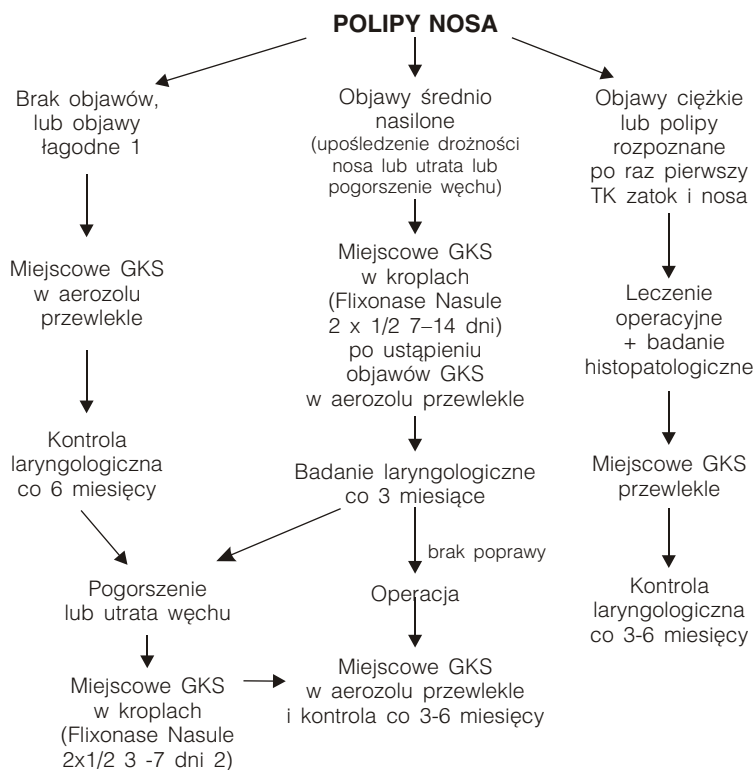
Chorzy powinni zostać uświadomieni, że schorzenie jest przewlekłe, a leczenie operacyjne nie usuwa przyczyny schorzenia, a jedynie objawy. Jestem zdania, że tak jak chory z cukrzycą samodzielnie modyfikuje dawkę insuliny w zależności od poziomu glukozy w surowicy, a chory z astmą oskrzelową modyfikuje leczenie na podstawie pomiarów PEF, tak chory z polipami nosa winien być przygotowany do samodzielnego podjęcia decyzji o zwiększeniu dawki leku lub zastosowania w formie „wstawki” silniejszego preparatu. Ważnym elementem świadczącym o postępowaniu procesu chorobowego w obrębie sitowia oraz górnego i środkowego przewodu nosowego i konieczności zwiększenia dawki GSK jest stan narządu węchu. Do upośledzenia węchu dochodzi zanim polip powiększy się w stopniu upośledzającym drożność nosa, zaburzenia węchu są więc pierwszym sygnałem nawrotu polipów nosa. Z moich doświadczeń wynika, że zastosowanie preparatu Flixonase Nasule przez okres 2-5 dni w pierwszym okresie upośledzenia węchu (po wykluczeniu infekcji) przyczynia się w ponad 90% do zmniejszenia polipów nosa i powrotu zmysłu węchu. Badanie olfaktometryczne uzupełnia rutynową diagnostykę rynologiczną, umożliwia rozpoznanie zaburzeń powonienia i monitorowanie procesu leczenia polipów nosa (8, 9).

Wysoka skuteczność preparatu Flixonase Nasule została wykazana poprzez subiektywną i obiektywną poprawę węchu przekraczającą 90% zarówno w grupie chorych z polipami I jak i II i III stopnia. W stosunku do preparatów GSK stosowanych w postaci aerozolu (13) preparat Flixonase Nasule okazał się blisko dwukrotnie skuteczniejszy. Stosowanie preparatu pirośluzanu metazonu przez okres 10 tygodni u chorych z polipami nosa przyniosło poprawę węchu jedynie u 57, 5% (13), gdy tymczasem już po 14 dniowym stosowaniu preparatu Flixonase Nasule przyniosło poprawę węchu u ponad 90% badanych. Wydaje się, że w przypadku zaburzeń węchu preparat GSK w kroplach do nosa jest leczeniem z wyboru.

Moja własna modyfikacja leczenia farmakologicznego polipów nosa (Ryc 2) zakłada oparcie się w terapii polipów nosa wyłącznie na miejscowo działających GSK w aerozolu i kroplach (Nasule). Wprowadzenie postaci kropli donosowych pozwoliło mi praktycznie zrezygnować ze stosowania GSK ogólnie działających. Możliwe do wystąpienia działania uboczne nawet po stosowaniu dużych dawek GSK miejscowych np.

2
RYCINA

Schemat leczenia polipów nosa w modyfikacji autora



- 1 - Objawy łagodne (stan po operacji polipów nosa lub polipy bez objawów klinicznych, stwierdzone w badaniu rinoskopowym lub endoskopowym)
- 2 - Chory samodzielnie rozpoczyna leczenie natychmiast po wystąpieniu anosmii \ lub silnej blokady nosa, a następnie kontaktuje się z lekarzem prowadzącym



800 mikrogramów propionianu flutikazonu na dobę niesie za sobą niewspółmiernie mniejsze ryzyko działań ubocznych niż nawet mała dawka GKS stosowanych ogólnie (tabletki).

3 RYCINA

Prawidłowe ułożenie głowy w czasie aplikacji leków do nosa w postaci kropli



Wnioski

Leczenie polipów nosa winno być dobrane indywidualnie dla każdego chorego.

- Podstawą leczenia polipów nosa (w przypadku bezspornego rozpoznania) są glikokortykosteroidy miejscowo działające stosowane w postaci kropli do nosa i aerozoli.
- Już 14 dniowe stosowanie preparatu Flixonase Nasule w dawce 2 x 200 µg do każdego nozdrza przyniosło poprawę drożności nosa u 94,9% chorych, poprawę węchu u 93,3% chorych, zmniejszenie wielkości polipów o co najmniej 1 stopień u 78,3% chorych.
- 14 dniowe stosowanie preparatu Flixonase Nasule w dawce dobowej 800µg jest dobrze tolerowane przez chorych i nie wiąże się z występowaniem miejscowych objawów ubocznych.
- W przypadku dużych polipów oraz występowania powikłań najlepsze efekty przynosi leczenie skojarzone (operacyjne z następową długoletnią kortykostroidoterapią miejscową)
- W każdym wątpliwym przypadku chory winien być konsultowany przez specjalistę laryngologa w ośrodku dysponującym endoskopem i możliwością wykonania badania tomografii nosa i zatok w celu wykluczenia zmian nowotworowych i ewentualnego rozważenia leczenia operacyjnego.
- Formularz SF-36 stanowi cenne badanie oceniające aspekty życia chorych z polipami nosa niemierzalne w badaniu przedmiotowym.

Jak prawidłowo przyjmować preparaty do nosa w postaci kropli

Preparaty donosowe (wszystkie) w postaci kropli do nosa powinny być stosowane wyłącznie w pozycji leżącej z głową odchyloną do tyłu, zwisającą poza łóżko. W takiej pozycji preparat dociera do okolicy małżowiny nosowej środkowej i górnej oraz kompleksu ujściowo przewodowego. Stosowanie kropli do nosa w pozycji stojącej lub siedzącej nawet po odgięciu głowy do tyłu skutkuje ściekaniem preparatu po dnie jamy nosowej do gardła.

Rekomendacje dotyczące techniki stosowania steroidów donosowych w formie aerozolu Głowę trzymaj w naturalnej, pionowej pozycji. Oczyszczyć nos z wszelkiej gęstej i nadmiernej wydzieliny śluzowej poprzez delikatne wydmuchanie nosa. Włóż końcówkę dozownika (urządzenia aplikującego) do

nosa. Skieruj aplikator bocznie, w stronę przeciwną w stosunku do przegrody nosa lub w kierunku zewnętrznej części oka /w kierunku ucha po tej samej stronie. Jeśli to możliwe użyj prawej ręki do aplikacji leku w lewym przewodzie nosowym, a lewej do podania leku w prawym przewodzie nosowym, tak aby pokierować lek z dala od przegrody nosa. Uruchoom dozownik leku tak jak jest to zalecane przez producenta i podaj liczbę dawek zaleconą przez lekarza. Delikatnie wciągnij powietrze lub pociągnij nosem w trakcie podawania leku. Wypuść powietrze nosem.

Wskazania do leczenia chirurgicznego polipów nosa

Jednostronne występowanie polipów (ryzyko zmiany rozrostowej)

Brak jednoznacznego rozpoznania (każdy przypadek guza nosa bez badania histopatologicznego) – najczęściej gdy pierwszy raz stwierdzamy twory polipowate w jamach nosa

Polip choanalny (duży polip w nozdrzach tylnych lub nosogardle)

Zmiana makroskopowego obrazu polipów nosa leczonych zachowawczo (każdy przypadek wątpliwy)

Duże polipy zamykające światło jamy nosa – uniemożliwiające podanie glikokortykosteroidów w kroplach lub aerozolu donosowo.

Występowanie powikłań (najczęściej w postaci przewlekłego zapalenia zatok przynosowych).

Wskazania do leczenia GKS miejscowymi w postaci aerozolu i kropli donosowych

1. Wszyscy chorzy z polipowatością nosa nie zakwalifikowani do leczenia operacyjnego
2. Wszyscy chorzy po operacji polipów nosa (jako leczenie profilaktyczne)

Piśmiennictwo

1. Arcimowicz M., Balcerzak J., Samoliński B: Polipy nosa - niejednorodna patologia. Pol. Merk. Lek. 2005;111: 276-279.
2. Aukema AA, Mulder PG, Fokkens WJ.: Treatment of nasal polyposis and chronic rhinosinusitis with fluticasone propionate nasal drops reduces need for sinus surgery. J Allergy Clin Immunol. 2005;115(5):1017-23.
3. Bachert C, Watelet JB, Gevaert P, Van Cauwenberge P.: Pharmacological management of nasal polyposis. Drugs. 2005;65(11):1537-52.
4. Dżaman K., Rapijko P., Jadcak M., Szczygielski K., Jurkiewicz D.: Samoocena stanu zdrowia pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok i polipami nosa przy użyciu kwestionariusza SF-36 (short form, 36 questions). Ann. Universit. Marie Curie-Skłodowskiej Sectio D Medicina. 2005. 60(Suppl.XVI,1) :425-429.
5. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. Rhinol Suppl. 2005;(18):1-87.
6. Fokkens W, Lund V, Bachert C, Clement P, Hellings P, Holmstrom M, Jones N, Kalogjera L, Kennedy D, Kowalski M, Malmberg H, Mullol J, Passali D, Stammberger H, Stierna P; EAACI.: EAACI position paper on rhinosinusitis and nasal polyps executive summary. Allergy. 2005;60(5):583-601.
7. Garavello W, Gaini RM.: Histopathology of routine nasal polypectomy specimens: a review of 2,147 cases. Laryngoscope. 2005;115(10):1866-8.

c. d. na str. 9



gicznych na Uniwersytecie w Innsbrucku, potem filozoficznych w Louvain (Belgia). Po ukończeniu studiów medycznych w Wiedniu, Koenigsbergu i Grazu w 1900 roku, początkowo zainteresował się bakteriologią i immunologią. Później jednak poświęcił się medycynie klinicznej specjalizując się w pediatrii pod kierunkiem Teodora Eschericha w dziecięcym szpitalu w Wiedniu.

Do jego największych osiągnięć należy zaliczyć badania nad chorobą posurowiczą, podsumowane w: *Die Serumkrankheit*, monografii wydanej w 1905 roku wspólnie z Belą Schickiem, koncepcję alergii przedstawioną w publikacji z 1906 roku, a bardziej całościowo w *Allergie*, monografii wydanej w 1908 roku oraz opracowanie w 1907 roku prostej techniki testu tuberkulinowego, którą nazwano reakcją Pirqueta.

Od 1908 roku poświęcił się pracy klinicznej. W wieku lat 35 został profesorem pediatrii w Johns Hopkins Medical School w Baltimore, odrzucając ofertę pracy w Instytucie Pasteura. Potem krótko pracował w klinice pediatrii we Wrocławiu (1910 rok), a od 1911 roku do końca życia w Wiedniu, przejmując kierowanie kliniką pediatrii po Teodorze Escherichu (ryc. 4). Jako klinicysta-pediatra zajmował się antropometrią, publikując tabele obrazujące rozwój narządów oraz zasadami diety dla dzieci (*Zasady Żywienia wg Pirqueta – System der Ernährung*, 4 części wydane 1917-1920). Pod koniec życia interesował się zmianami wrażliwość organizmu na choroby w zależności od wieku (*Die Allergie des Lebensalters. Die Böartigen Geschwülste*, Thieme, Leipzig 1930). Zmarł 28.02.1929 roku w Wiedniu

Alergia wg Pirqueta

Koncepcja „alergii” rodziła się w latach 1903-1906, kiedy to Pirquet wraz ze swym współpracownikiem Belą Schickiem (1877-1967) zaczęli analizować reakcje po powtórnych podaniu surowic lub kolejnych dawek szczepionek. Stwierdzili, że nawet jeśli jakościowo reakcje te są podobne, to często ich przebieg jest cięższy. Niekiedy reakcja była całkiem odmienna jakościowo.

W 1905 roku opisali objawy takiej reakcji i określili je mianem choroby posurowiczej. Pirquet uważał, że alergia jest pewnym rodzajem nadwrażliwości

o niejasnym patomechanizmie i początkowo tylko podejrzewał jej związki z odpornością określane jako – zmieniona odczynowość ustroju.

Nie precyzował związku z uodpornieniem, choć przypuszczał, że alergia wiąże się z uczuleniem, zatem niejasne było czy jest to zjawisko fizjologiczne czy patologiczne. W owym czasie uważano, że do reakcji odpornościowej zdolne są tylko „uczulone” komórki. Pirquet podkreślał, że w określonych warunkach u niektórych osób dochodzi do zmiany wrażliwości organizmu. Nie tylko nie był pewien, czy taką reakcję, zaliczyć do fizjologii czy patologii a może do obu tych obszarów, bowiem uważał, że jest ona stanem wynikającym z uczulenia komórek, narządów lub całego organizmu, istotnego również dla zjawiska odporności. Niektórzy ówczesni badacze prezentowali pogląd, że alergia może stanowić uniwersalną podstawę odporności organizmu. W konsekwencji, w następnych latach próbowano nadać temu pojęciu różne znaczenia, co spowodowało, że termin alergia szybko zdobył popularność.

Już w tym samym 1906 roku, Alfred Wolf-Eisner (1877-1948) wyraził przypuszczenie, że przykładem choroby alergicznej może być opisana w 1819 roku przez Bostocka – gorączka sienna, a w 1910 roku Samuel James Meltzer (1851-1920), wyraził podobny pogląd w odniesieniu do astmy, nieżytu nosa, niektórych chorób skóry oraz chorób zakaźnych.

Dziś wiemy, że były to bardzo trafne poglądy, choć sprawa nie była prosta jak się dziś wydaje.

Dwaj wielcy alergolodzy, twórcy pojęcia „atopia”, Robert Anderson Cooke (1880-1960) i Arthur Fernandez Coca (1875-1959) uważali w latach 20. XX wieku, że alergia może być fizjologiczna i prowadzić do uodpornienia organizmu, oraz patologiczna – hiperergia, prowadząca do wystąpienia choroby.

Było to popularne podejście w Stanach Zjednoczonych ale nie zyskało powszechnej aprobaty, choć Schick jeszcze w roku 1956 prezentował podobny pogląd. Miało upłynąć jeszcze sporo czasu, trzeba było wielu uzgodnień aby dojść do obecnej definicji alergii. Ale to już inna historia. ■

c. d. ze str. 39

8. Jadcak M., Dżaman K., Rapijko P., Jurkiewicz D.: Ocena wpływu operacyjnego leczenia polipów nosa na funkcjonowanie zmysłu powonienia. *Pol. Merkuriusz Lek.*, 2005, 19(111) : 356-358. 9. Jadcak M., Rapijko P., Jurkiewicz D.: Metody olfaktometryczne w diagnostyce laryngologicznej. *Ann. Universit. Marie Curie-Skłodowskiej Sectio D Medicina*, 2005, 60(Suppl.XVI,2) : 189-192. 10. Jurkiewicz D., Rapijko P.: Chirurgia kierowana komputerowo. *Pol. Merkuriusz Lek.*, 2005, 18(106) : 367-371. 11. Kowalski ML, Lewandowska-Polak A, Wozniak J, Ptasińska A, Jankowski A, Wagrowska-Danilewicz M, Danilewicz M, Pawliczak R.: Association of stem cell factor expression in nasal polyp epithelial cells with aspirin sensitivity and asthma. *Allergy*. 2005;60(5):631-7. 12. Lildholdt T, Rundcrantz H, Bende M, Larsen K.: Glucocorticoid treatment for nasal polyps. The use of topical budesonide powder, intramuscular betamethasone, and surgical treatment. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1997;123(6):595-600. 13. Modrzyński M., Zawisza E., Rapijko P.: Efektywność kliniczna donosowej postaci piroślazanu mometazonu w leczeniu polipów nosa. *Pol. Merkuriusz Lek.*, 2001, 10(59) : 357-360. 14. Pawliczak R, Lewandowska-Polak A, Kowalski ML.: Pathogenesis of nasal polyps: an update. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2005;5(6):463-71. 15. Rapijko P., Wojdas A., Ratajczak J., Szczygielski K., Jurkiewicz D.: Technika podawania leków donosowo. *Pol. Merk. Lek.*, 2005, 111: 400-402. 16. Rapijko P.: Leki stosowane na błonę śluzową nosa w chorobach górnych dróg oddechowych. *Magazyn Lekarza Rodzinnego* 2005, 14: 87-98. 17. Samoliński B., Zawisza E., Jękot R., Świerczyński Z.: Kliniczne aspekty miejscowej sterydoterapii polipów nosa przy użyciu preparatu Syntaris Nasal Spray. *Otolaryngol. Pol.* 1986;2:301-303. 18. Szczygielski K., Jurkiewicz D., Rapijko P.: Wykrywanie *Helicobacter pylori* w wycinkach z polipów nosa za pomocą testu urazowego GUT plus. *Pol. Merkuriusz Lek.*, 2005, 19(111) : 309-311. 19. Szczygielski K., Jurkiewicz D., Rapijko P.: Częstość występowania refluksu żołądkowo-przełykowego u chorych z polipami nosa. *Ann. Universit. Marie Curie-Skłodowskiej Sectio D Medicina*, 2005, 60(Suppl.XVI,535) : 373-376. 20. Składzien J.: Nasal polyps. Definitions and development of pathogenesis theory. *Otolaryngol Pol.* 1999;53(4):441-5. 21. Składzien J, Litwin JA, Nowogrodzka-Zagorska M, Wierchowski W.: Morphological and clinical characteristics of antrochoanal polyps: comparison with chronic inflammation-associated polyps of the maxillary sinus. *Auris Nasus Larynx*. 2001;28(2):137-41. 22. Stammberger H.: Examination and endoscopy of the nose and paranasal sinuses. In: Mygind N., Lildholdt T. (ed.): *Nasal polypositis, an inflammatory disease and its treatment*. Munksgaard, Copenhagen 1997.