



UNIUNEA EUROPEANĂ



GUVERNUL ROMÂNIEI



Instrumente structurale
2007-2013

**Programul Operațional Sectorial „Creșterea Competitivității Economice”
co-finanțat prin Fondul European de Dezvoltare Regională
„Investiții pentru viitorul dumneavoastră”**

**TITLUL PROIECTULUI
SPIN-OFF INOVATIV PENTRU DIAGNOSTICARE EXACTĂ,
STADIALIZARE SI TRATAMENT IN RINOSINUZITA CRONICA / RINO**

Noiembrie 2014

GHID DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN RINOSINUZITA CRONICĂ

RESPONSABIL: Conf. Univ. Dr. Mitroi Mihaela Roxana

Grupul de lucru: Asist. Univ. Dr. Alina Căpitănescu, Dr. Claudia Georgescu, asist. Eugenia Gherghinaru

Lucrarea a fost elaborată în cadrul Centrului de Excelență în Rinologie SRL Craiova. Instrumentele și aparatura folosite în realizarea acestui ghid au fost achiziționate printr-un proiect desfășurat sub coordonarea ANCS, **POSCCE-A2-O2.3.1 „SPIN-OFF INOVATIV PENTRU DIAGNOSTICARE EXACTĂ, STADIALIZARE SI TRATAMENT IN RINOSINUZITA CRONICA”**.

1. INTRODUCERE

Rinosinuzita cronică este o problemă de sănătate publică cu impact major asupra populației, ce implică și costuri medicale semnificative. Rinosinuzita cronică reprezintă o reacție inflamatorie a mucoasei pituitare de la nivelul foselor nazale și sinusurile paranazale. Unul din motivele pentru care această afecțiune necesită o atenție deosebită îl reprezintă și impactul major pe care ea îl are asupra căilor aeriene inferioare și parenchimului pulmonar; rinosinuzita cronică poate determina sindrom sino-bronșic, pneumonii acute repetate, poate întreține astmului bronșic infecțios. Conform unui studiu prezentat de Academia Americana de Otolaringologie în cadrul întâlnirii anuale OTO & Expo din San Diego (sursa: <http://www.csid.ro/health/rinosinuzita-cronica-risc-de-astm-hipertensiune-si-artrita-4962692/>), incidenta rinosinuzitei cronice în rândul persoanelor cu alte afecțiuni respiratorii cronice, în special astm sau vegetații adenoide este foarte mare. Oamenii de știință au ajuns la această concluzie după ce au studiat dosarele medicale a 1.970.695 de pacienți din SUA și Canada suferind de rinosinuzită cronică și alte afecțiuni respiratorii cronice.

Rinosinuzita cronică se instalează, de obicei, în urma unei reacții alergice sau a unei infecții virale a sinusurilor.

„Există un deficit al studiilor epidemiologice ce explorează prevalența și incidența rinosinuzitelor cronice cu sau fără polipoză nazală în special în țările

europene” – este de părere lucrarea cea mai amplă referitoare la acest subiect, European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps publicată în 2012 [1].

Astfel, Anand, apreciază costurile anuale directe determinate de rinosinuzita cronică în Statele Unite la 5.8 miliarde dolari. Alte studii, mai vechi, precizau sume similare, în jur de 6 miliarde dolari. La aceste costuri directe se adaugă costurile indirecte, reprezentate de zilele de incapacitate de muncă sau diminuarea productivității muncii, concedii medicale, absențe de la școală.

Rinosinuzita cronică se consideră că este responsabilă de 18 milioane de vizite la medic în fiecare an, în Statele Unite. În Canada, raportul IMS Health publicat în 2006, apreciază numărul prescripțiilor medicale pentru rinosinuzite acute și cronice la 2.89 milioane, cu o distribuție de circa 2/3 pentru rinosinuzitele acute și 1/3 pentru cele cronice.

Relativ la prevalența rinosinuzitei cronice în populația adultă, datele sunt destul de variabile, o cauză a acestui fapt fiind reprezentată, după cum majoritatea autorilor o recunosc, de absența unor criterii clare de diagnosticare a rinosinuzitei cronice cu sau fără polipoză nazală. S-au constatat diferențe foarte mari din punct de vedere al incidenței acestei afecțiuni, în relație directă cu modul în care a fost realizată diagnosticarea acesteia - de către medici sau de către pacienți.

Astfel, atunci când diagnosticul este pus de pacient, pe baza considerațiilor personale, 1 din 7 adulți, în Statele Unite, consideră că suferă de rinosinuzită cronică. Statisticile oficiale referitoare la rinosinuzite cronică în Statele Unite au stabilit o prevalență de 15%–16% a acesteia. Pe de altă parte, atunci când s-a folosit codificarea ICD-9 (International Classification of Diseases, Nine-th Revision) prevalența rinosinuzitei cronice a fost de doar 2% din populația adultă.

Studiile numeroase efectuate asupra rinosinuzitei cronice în Canada, Korea, Scoția, Europa, Sao Paulo, au arătat că prevalența acestei afecțiuni variază între 1%–11%. În Canada, prevalența rinosinuzitei cronice era apreciată la 5% în 2003, prevalența fiind mai crescută la femei comparativ cu bărbații (5.7% față de 3.4% pentru subiecții cu vârsta peste 12 ani).

Referitor la prevalența rinosinuzitei cronice în Europa, în 2011, revista Rhinology publică un studiu semnat de Hastan și colab., studiu ce se bazează pe rețeaua GA2LEN (The Global Allergy and Asthma European Network) și care s-a desfășurat în 19 centre din 12 țări. Rețeaua de excelență GA2LEN, fondată și susținută de Uniunea Europeană, realizează, periodic, studii pentru a estima

prevalența rinosinuzitei cronice în Europa. Studiul sus-menționat demonstrează că există variații foarte mari în ceea ce privește prevalența rinosinuzitei cronice în diferitele țări europene implicate în culegerea acestor date. Cea mai mare prevalență a rinosinuzitei cronice a fost în Portugalia (Coimbra) – 27.1%; cea mai mică prevalență a fost întâlnită în Germania (Brandenburg) – 6.9%. Prevalența medie a fost de 10.9%; valoarea cea mai apropiată de prevalența medie a fost întâlnită în Anglia (Londra) – 10.0%. S-a constatat că rinosinuzita cronică a fost diagnosticată mai frecvent atunci când medicii au folosit criteriile proprii decât atunci când s-au folosit criteriile EP³OS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps). EP³OS-ul, recomandat pentru studiile epidemiologice și cercetările clinice în rinosinuzita cronică, pentru Europa, este rezultatul consensului realizat de cele mai importante două societăți europene implicate în studierea patologiei rinosinusale: European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI) și European Rhinology Society (ERS).

2. CRITERII DE DIAGNOSTIC ȘI STADIALIZARE A RINOSINUZITEI CRONICE. BILANT PRETERAPEUTIC

Pentru studiile epidemiologice se recomandă definiția rinosinuzitei cronice pe baza simptomatologiei, fără examinarea ORL sau radio-imagistică.

În scop de cercetare, rinosinuzita cronică este diferențiată conform EP³OS, pe baza examenului clinic (endoscopic), în rinosinuzită cronică cu polipoză nazală și rinosinuzită cronică fără polipoză nazală. Rinosinuzita cronică cu polipoză nazală: prezența polipilor nazali, bilateral, vizualizați endoscopic la nivelul meatului mijlociu. Se acceptă și modificări polipoide la nivelul sinusurilor sau meatelor mijlocii. Rinosinuzita cronică fără polipoză nazală: fără polipi vizibili la nivelul meatului mijlociu, chiar și după aplicarea de decongestionant.

2.1. Anamneza (simptomatologia) pacienților cu rinosinuzită cronică

Criteriile EP³OS de definire a rinosinuzitei la adult sunt următoarele:

- inflamația nasului și a sinusurilor paranazale caracterizată prin două sau mai multe simptome, dintre care unul trebuie să fie obstrucția nazală/congestia nazală sau rinoreea (anterioară sau posterioară)
- cu/fără cefalee/senzație de tensiune la nivel facial

- cu/fără hipo-/anosmie

la care se pot adăuga

- modificări endoscopice la nivelul foselor nazale
 - polipi nazali și/sau
 - rinoree mucopurulentă cu punct de plecare meatul mijlociu și/sau
 - edem/ obstrucția obstială la nivelul meatului mijlociu
- modificări CT
 - modificări ale mucoasei la nivel ostiomeatal și/sau sinusală

În cazul rinosinuzitei cronice la adult, criteriile conform EP³OS [1]:

- prezența a două sau mai multe simptome, dintre care unul trebuie să fie obstrucția nazală/congestia nazală sau rinoreea (anterioară sau posterioară)
- cu/fără cefalee/senzație de tensiune la nivel facial
- cu/fără hipo-/anosmie (pierderea parțială sau total a percepției mirosului) cu durată de cel puțin 12 săptămâni, cu validare la telefon sau interviu.

Afecțiunea poate fi clasificată în ușoară, medie sau severă pe baza unei scale vizuale analoge (VAS), scorul putând varia de la 0 la 10 cm:

- Ușoară: VAS 0-3
- Medie: VAS 3-7
- Severă: VAS 7-10

Pentru a evalua severitatea simptomelor, pacientului i se cere să indice pe o scală marcată de la 0 la 10cm, la ce nivel plasează răspunsul la întrebarea „Cât de mult vă deranjează diferitele simptome ale rinosinuzitei?”.

În momentul în care pacientul ne relatează astfel de simptome, se recomandă efectuarea testului SNOT-22. În plus față de acestea, SNOT-22 include și întrebări referitoare la modul în care pacientul se raportează la aceste simptome și la felul în care este influențată viața sa de această afecțiune.

Chestionar asupra problemelor rinosinusale (SNOT- 22)

Mai jos veți găsi o listă a simptomelor și a consecințelor sociale și emoționale a problemelor dvs. nazale. Am dori să aflăm mai multe despre aceste probleme și am aprecia foarte mult amabilitatea dvs de a răspunde chestionarului. Nu există

răspunsuri corecte sau greșite. Răspundeți chestionarului, analizând problemele, așa cum au fost ele în ultimele 2 săptămâni. Mulțumim pentru participare.

	Fără probleme	Problema foarte ușoară	Problema ușoară	Problema moderată	Problema gravă	Problema foarte gravă
1. Nevoia de a sufla nasul	0	1	2	3	4	5
2. Strănut	0	1	2	3	4	5
3. Secreții nazale	0	1	2	3	4	5
4. Tuse	0	1	2	3	4	5
5.Scurgeri în spatele nasului	0	1	2	3	4	5
6. Secreții nazale purulente	0	1	2	3	4	5
7.Ureche înfundată	0	1	2	3	4	5
8.Amețeli	0	1	2	3	4	5
9.Durere auriculară	0	1	2	3	4	5
10.Durere facială sau senzație de presiune	0	1	2	3	4	5
11.Dificultate la adormire (insomnie)	0	1	2	3	4	5
12.Te trezești peste noapte	0	1	2	3	4	5
13.Somn neodihnitor	0	1	2	3	4	5
14.Te trezești obosit	0	1	2	3	4	5
15.Oboseală în timpul zilei	0	1	2	3	4	5
16.Scăderea productivității muncii	0	1	2	3	4	5
17.Diminuarea concentrării	0	1	2	3	4	5
18.Nervos, iritat	0	1	2	3	4	5
19.Tristețe	0	1	2	3	4	5
20.Senzație de jenă	0	1	2	3	4	5
21.Simțul gustului/mirosului	0	1	2	3	4	5
22.Nas înfundat	0	1	2	3	4	5
TOTAL						
TOTAL FINAL						

Data..... Numele și prenumele pacientului..... Vârsta..... Sexul M / F Diagnostic.....

Tratament.....
.
.....
.

În studiul pe care l-am realizat pe un lot de 80 de pacienți, am stabilit că scorul obținut la testul SNOT-22, în cazul pacienților cu rinosinuzită cronică, nu este influențat de sex, mediul de proveniență sau vârsta pacienților, ceea ce demonstrează utilitatea sa în diagnosticarea acestei afecțiuni. Media scorului SNOT-22 obținut a fost de 69.

STANDARD

Se recomandă ca o valoare peste 80 obținută la testul SNOT-22 să fie considerată ca fiind suficientă pentru diagnosticul pozitiv de rinosinuzită cronică.

2.2. Examinarea clinică a pacienților

Examinarea clinică a pacienților cu rinosinuzită cronică va cuprinde rinoscopia anterioară și examinarea endoscopică a foselor nazale.

Rinoscopia anterioară explorează fosele nazale prin partea lor anterioară, cu ajutorul speculului nazal și a luminii reflectate (oglinzii frontale). Ea este considerată un pas inițial important în diagnosticarea rinosinuzitei de cele mai multe ghiduri. Aceste instrumente noi le-am achiziționat prin proiectul sus-menționat.

La pacienții cu rinosinuzită cronică, rinoscopia anterioară va permite vizualizarea de secreții mucoase, mucopurulente sau purulente la nivelul meatului mijlociu sau, în cazul polipozei nazale, prezența polipilor cu originea tot la nivelul meatului mijlociu, polipi ce ocupă parțial sau total fosa nazală.

Pentru aprecierea modificărilor patologice este necesară aspirarea secrețiilor, îndepărtarea crustelor și, în unele cazuri, ischemizarea mucoasei pituitare prin introducerea unor meșe cu efedrină în fosele nazale. Vasoconstricția obținută permite aprecierea gradului de retractibilitate a mucoasei (în rinite hipertrofice congestive sau vasomotorii) și explorarea mai detaliată a foselor nazale și în special a meatelor și a fantei olfactive.

Examinarea endoscopică a foselor nazale se va realiza sub anestezie locală (pulverizații cu Lidocaină 10%), cu ajutorul endoscopului. Noi am folosit endoscoape Storz (KARL STORZ GmbH & Co. KG, Tuttlingen, Germany) de 30⁰ cu

diametru de 2,7mm, 3mm și 4mm, de 45⁰ cu diametru de 3mm și 2,7mm, de 70⁰ cu diametru de 2,7mm și 3mm, toate telescoapele fiind achiziționate prin proiect, ele aflându-se acum în dotarea cabinetului ORL al Centrului de Excelență în Rinologie Craiova.

Se recomandă examinarea endoscopică axată în special pe zona meatului mijlociu și pe recesul sfeno-etmoidal unde se va urmări prezența edemului discret al mucoasei pituitare, prezența degenerescenței edematoase a mucoasei meatului mijlociu sau a formațiunilor polipoide deja constituite, secrețiilor purulente la acest nivel, crustelor.

O bună vizualizare a peretelui posterior al rinofaringelui, a pereților laterali ai rinofaringelui precum și a eventualelor secreții purulente de la acest nivel se va realiza cu ajutorul unui videorinolaringoscop. Acesta este util și în diagnosticarea rinosinuzitei cronice la copii, fiind flexibil și mai ușor de tolerat (risc redus de lezare a mucoasei pituitare). Noi am folosit videorinolaringoscop fabricat de Karl Storz Germany, fibroscoful fiind achiziționat tot în cadrul proiectului.

Examinarea endoscopică a foselor nazale permite și recoltarea corectă a secrețiilor purulente de la nivelul meatelor mijlocii (sub ghidaj), secreții ce vor fi ulterior analizate pentru identificarea germenilor prezenți la acest nivel și obținerea, eventual, a unei antibiograme.

Modificările endoscopice caracteristice rinosinuzitei cronice au fost stabilite de Lund și Kennedy (Lund Kennedy Endoscopic Grading System):

- polip – 0 – absent
 - la nivelul meatului mijlociu
 - 2 – depășește meatul mijlociu
- secreții – 0 – absente
 - 1 – clare
 - 2 – purulente
- edem – 0 – absent
 - 1 moderat
 - 2 – sever
- cruste – 0 – absente
 - 1 – moderat

- 2 - sever

Endoscopia se consideră a fi „negativă” (Endo-) dacă scorul Lund Kennedy este 0. Pacienții care obțin alt scor sunt considerați „pozitivi” (Endo+).

Pornind de la această stadializare endoscopică a rinosinuzitei cronice am propus un sistem mai simplu:

- stadiul 1 – edem al mucoasei meatale;
- stadiul 2 – prezența formațiunilor polipoase ce obstruează parțial sau complet fosele nazale (vizibile la rinoscopie anterioară).

Am constatat că ceea ce caracterizează rinosinuzita cronică este edemul mucoasei meatului mijlociu și prezența secrețiilor la nivelul foselor nazale, indiferent de aspectul acestora.

Pentru a afla cât de strânsă este relația dintre stadializare și scorul Lund Kennedy am calculat coeficientul de corelație r al lui Pearson. Acesta are valoarea 0,7888, ceea ce indică o corelație pozitivă foarte puternică. Aceasta este o dovadă în plus a faptului că stadiul 1 corespunde scorurilor Lund Kennedy mai mici, iar stadiul 2 corespunde scorurilor Lund Kennedy mai mari. Deci, stadializarea propusă de noi, mult mai simplă și mai ușor de realizat, se suprapune cu scorul Lund Kennedy, acceptată de ghidurile de diagnostic (dar care necesită resurse mai ample).

STANDARD

Rinosinuzita cronică se poate diagnostica cu certitudine pe baza testului SNOT-22 (la care să se obțină un punctaj peste 80) și rinoscopie anterioară, nemaifiind necesare explorările imagistice, costisitoare și greu accesibile pentru majoritatea populației din țara noastră.

Asocierea examenului endoscopic al foselor nazale, metodă neinvazivă, lipsită de efecte adverse și riscuri vitale, asigură certificarea diagnosticului de rinosinuzită cronică fără polipoză nazală.

2.4. Explorarea paraclinică a pacienților cu rinosinuzită cronică

Cuprinde:

- HLG completă; un număr crescut de eozinofilele sugerează implicarea factorului alergic în rinosinuzita cronică;

- VSH;
- PCR (proteina C reactivă);
- Examenul bacteriologic (și antibiograma) secrețiilor nazale.

Sunt examinări complementare, ce pot orienta diagnosticul spre o acutizare a unei rinosinuzite cronice.

2.5. Explorarea imagistică în rinosinuzita cronică

Deși EP³OS 2012 consideră că efectuarea examenului computer tomografic pentru diagnosticul rinosinuzitei cronice este opțional, toate celelalte ghiduri acordă o importanță deosebită acestei explorări imagistice. Astfel, Rhinosinusitis Initiative (RI) consideră că nu este esențială pentru diagnostic dar trebuie luată în considerare; Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis (CPGAS) consideră CT ca fiind importantă pentru documentația pacientului cu rinosinuzită cronică; Joint Task Force on Practice Parameters (JTFPP) consideră că este utilă la pacienții cu simptomatologie discretă și care nu răspund la tratamentul administrat.

STANDARD

Nu se recomandă ca explorare utilă în diagnosticul rinosinuzitei cronice.

2.6. Examenul histopatologic al mucoasei meatale sau formațiunilor polipoide la pacienții cu rinosinuzită cronică

Este recomandat mai ales pentru excluderea altor afecțiuni: vasculitele sistemice și afecțiunile granulomatoase (recomandare EPOS).

Prelevarea materialului biologic de la nivelul foselor nazale noi l-am realizat cu anestezie locală, folosind diferite pense achiziționate prin proiect: pensă ciupitoare dreaptă tip Blakesley de 0⁰ (mărime 1 sau 2), de 45⁰ (mărimea 0 sau 1), pensă ciupitoare tip Grunwald Henke mărimea 1, pensă ciupitoare tip MackayGrunwald mărimea 1. Aceste pense, de dimensiuni și forme diferite, ne-au permis să putem preleva mucoasă nazală, indiferent de variantele anatomice întâlnite.

Evaluarea histologică a mucoasei pituitare a urmărit prezența inflamației mucoasei incluzând aici markerii celulari, epiteliali și stromali. Evaluarea markerilor celulari include numărarea eozinofilelor, neutrofilelor, limfocitelor mastocitelor, plasmocitelor și macrofagelor. Evaluarea markerilor epiteliali include prezența

metaplaziei scuamoase, grosimea membranei bazale și prezența celulelor caliciforme. Edemul subepitelial și fibroza au fost, de asemenea, analizate.

În general, inflamația mucoasei nazale la un pacient cu rinosinuzită cronică se caracterizează prin prezența unui infiltrat cronic predominant limfocitar, majoritatea având și o eozinofilie semnificativă prezentă. În unele cazuri, infiltratul cronic poate include și macrofage, mastocite, plasmocite. În ciuda mării varietăți de markeri inflamatori prezenți, singură eozinofilia se corelează cu factorii clinici într-un mod semnificativ. Deci, s-ar putea concluziona că numai eozinofilia este utilă pentru definirea histologică a rinosinuzitei cronice. Mult timp s-a considerat că distrugerea mucoasei nazosinusale realizată de eozinofile reprezintă mecanismul fiziopatologic central al rinosinuzitei cronice și un marker al afecțiunii. Este semnificativ faptul că gradul eozinofiliei din mucoasa nazosinusală a pacienților cu rinosinuzită cronică este independentă de prezența alergiei, sugerând astfel un proces fiziopatologic distinct.

Am utilizat analiza histopatologică în scopul monitorizării tratamentului.

STANDARD

Examenul histopatologic se va folosi în scop de cercetare. Nu este util pentru diagnosticul pozitiv al rinosinuzitei cronice.

3. TRATAMENTUL RINOSINUZITEI CRONICE

Stadiul I

STANDARD

1. În stadiul I al rinosinuzitei cronice se va administra vaccin polimicrobian ce acoperă flora implicată în infecțiile din sfera ORL; acesta va avea ca rezultat o diminuare a frecvenței puseelor de acutizare cu posibilitatea normalizării structurii mucoasei pituitare.

2. În cursul puseelor de acutizare, dacă apare febra, se pot administra antibiotice conform antibiogramei (obținută din analiza bacteriologică a secrețiilor nazale). În lipsa febrei, tratamentul va fi reprezentat de antiinflamator nesteroidian + vasoconstrictor oral în cure de 5-7 zile până la ameliorarea/ dispariția simptomatologiei.

Opțiuni

Dacă obstrucția nazală este extrem de accentuată se vor administra vasoconstrictoare topice (oximetazolină, xilometazolină) ținând cont de contraindicațiile generale ale clasei – pacienți hipertensivi etc.

Stadiul II

STANDARD

1. În stadiul II al rinosinuzitei cronice, al polipozei nazale constituite, se administrează corticosteroid topic pe perioade lungi 3-6 luni.

2. Postoperator, evitarea recidivei se va realiza tot cu corticosteroid topic nazal minim 3 luni.

3. Înaintea sezonului rece se va face imunizarea pacientului cu vaccin polimicrobian.

Opțiuni

În cazul în care există o contraindicație de ordin general pentru intervenția chirurgicală, se pot realiza cure scurte de corticosteroid administrat parenteral – dexametazonă 1f/zi timp de 3-5 zile. Excepție: pacienții care au contraindicație de administrare de cortizon – diabet zaharat, ulcer gastro-duodenal etc.

4. **MONITORIZAREA** terapeutică a pacienților cu rinosinuzită cronică se face prin:

- testul SNOT-22 (de apreciere a îmbunătățirii calității vieții); se va urmări diminuarea scorului simptomelor, ceea ce demonstrează un răspuns favorabil la terapia aplicată.
- examenul endoscopic al foselor nazale – diminuarea scorului Lund Kennedy.

**Programul Operațional Sectorial „Creșterea Competitivității Economice” co-
finanțat prin Fondul European de Dezvoltare Regională
„Investiții pentru viitorul dumneavoastră”**

**PROIECT: SPIN-OFF INOVATIV PENTRU DIAGNOSTICARE EXACTĂ,
STADIALIZARE SI TRATAMENT IN RINOSINUZITA CRONICA / RINO**

BENEFICIAR: Centrul de Excelenta in Rinologie SRL, Craiova, Calea Severinului
nr 26, Parter, Bloc 405a, apt 3, Jud Dolj, cod postal 200287

Editor: CENTRUL DE EXCELENTA IN RINOLOGIE SRL
Data Publicarii: NOIEMBRIE 2014

**“Conținutul acestui material nu reprezintă în mod obligatoriu poziția oficială a
Uniunii Europene sau a Guvernului României”**