

ΑΛΛΕΡΓΙΚΗ ΡΙΝΪΤΙΔΑ



Η αλλεργική ρινίτιδα θεωρείται σήμερα χρόνια αναπνευστική νόσος. Η επίπτωσή της παγκοσμίως κυμαίνεται από 7% έως 16% και αυξάνεται συνεχώς στη διάρκεια των τελευταίων 30 ετών. Παρότι θεωρείται νόσος που δεν απειλεί άμεσα τη ζωή του ασθενούς, οι επιπτώσεις της ωστόσο στην ποιότητα ζωής του, στη φυσική και ψυχολογική του ευεξία, στην προσωπική, κοινωνική και επαγγελματική ζωή του είναι τεράστιες και ορισμένες φορές συγκρίσιμες με αυτές του βρογχικού άσθματος. Σε ευρωπαϊκό επίπεδο πιστεύεται ότι πάσχει το 23% του πληθυσμού, ωστόσο μόνο 1 στους 2 ασθενείς διαγιγνώσκεται και μόνο 1 στους 4 ασθενείς λαμβάνει σωστή θεραπεία.²

Αιτιοπαθογένεια

Η αλλεργική ρινίτιδα πρωτοεκδηλώνεται περί το τέλος της παιδικής ηλικίας, πολλές όμως περιπτώσεις εμφανίζονται κατά τη διάρκεια της εφηβείας, ή και μεταγενέστερα. Στο 60% των περιπτώσεων υπάρχει οικογενειακό ιστορικό αλλεργίας. Η ατοπία θα πρέπει να θεωρείται γενετικό νόσημα, με τον περιορισμό ότι η απαντητικότητα της IgE διαφέρει της κλινικής εκδηλώσεως της ατοπίας. Πολλοί παράγοντες, γενετικοί και περιβαλλοντικοί, επιδρούν και τροποποιούν την έκφραση του γονιδίου της ατοπίας, προάγοντας τις διεργασίες που καταλήγουν στη νόσο. Έτσι, πέρα από τη

Δρ. Κυριακίδης Γεράσιμος | Ωτορινολαρυγγολόγος | www.ent-cyprus.com

γενετική προδιάθεση, απαιτείται και η ευαισθητοποίηση του ατόμου σε ένα ή περισσότερα αλλεργιογόνα, μια διαδικασία που μπορεί να διαρκέσει μήνες έως και χρόνια.

Η νόσος εκδηλώνεται όταν κάποιο αλλεργιογόνο συνδεθεί με την ειδική IgE ανοσοσφαιρίνη στη μεμβράνη του ευαισθητοποιημένου μαστοκυττάρου με αποτέλεσμα την αποκοκκίωση του και την απελευθέρωση μεσολαβητών, τόσο προσχηματισμένων (ισταμίνη, ηπαρίνη, πρωτεολυτικά ένζυμα, χημειοτακτικοί παράγοντες), όσο και νεοσχηματισμένων (προσταγλαδίνες, θρομβοξάνες, λευκοτριένες, PAF). Οι μεσολαβητές αυτοί είναι υπεύθυνοι για την πρόκληση τόσο των άμεσων, όσο και των επιβραδυνόμενων αντιδράσεων υπερευαισθησίας.

Κλινική εικόνα

Οι εκδηλώσεις της αλλεργικής ρινίτιδας και επιπεφυκίτιδας είναι χαρακτηριστικές και περιλαμβάνουν υδαρή ρινόρροια, ρινικό κνησμό, παροξυσμικούς πταρμούς, ρινική συμφόρηση ή απόφραξη, τον αναφερόμενο ως «αλλεργικό χαιρετισμό» και την εγκάρσια δερματική πτυχή στη ράχη της ρινός, κνησμό της υπερώας και του φάρυγγα, δακρύρροια, ερυθρότητα, κνησμό και καύσο στα μάτια. Η οπισθορινική έκκριση προκαλεί συχνά επίμονο ξηρό βήχα, βράγχος φωνής και ερεθισμό του κατώτερου αναπνευστικού. Η επίμονη ρινική συμφόρηση έχει ως συνέπεια τη χρόνια στοματική αναπνοή, ξηρότητα των βλεννογόνων του στόματος και του φάρυγγα, διαταραχές ύπνου, ροχαλητό και υπνική άπνοια, ανοσμία, κεφαλαλγία, προσωπαλγία, δυσλειτουργία ευσταχιανής σάλπιγγας και παραρρινοκολπίτιδα. Από την κλινική εξέταση διαπιστώνονται οιδηματώδεις υγρές, ωχρές ή ωχροϊώδεις ρινικές κόγχες, καλυπτόμενες από στίλβον, διαυγές, ορώδες έκκριμα.

Προκειμένου να καθοριστεί κατά το δυνατόν ακριβέστερα και αντικειμενικότερα η βαρύτητα κάθε περίπτωσης εφαρμόζεται ένα σύστημα βαθμολόγησης των ρινικών και οφθαλμικών συμπτωμάτων με τιμές από 0 έως 3 (0:απουσία, 1:ήπια, 2:μέτρια, 3:σοβαρή) λαμβάνοντας υπόψη την υποκειμενική ένταση, τις επιπτώσεις τους στις καθημερινές σχολικές και εργασιακές δραστηριότητες και στον ύπνο και τη διάρκεια των συμπτωμάτων (0:απουσία, 1:<30 λεπτά, 2:30 λεπτά ως 2 ώρες, 3:>2 ώρες).¹

Ταξινόμηση

Η παραδοσιακή ταξινόμηση της αλλεργικής ρινίτιδας ως “εποχιακής” ή “ολοετούς” υποδηλώνει διαφορετική αιτιολογία και διάρκεια συμπτωμάτων για κάθε τύπο ρινίτιδας.

Η ολοετής αλλεργική ρινίτιδα προκαλείται συχνότερα από εσωτερικά αλλεργιογόνα όπως ακάρεα της σκόνης, μύκητες, έντομα (κατσαρίδες), επιθήλια ζώων και αποτελεί μία μακροχρόνια ή ακόμη και μόνιμη νόσο, με επιδείνωση συνήθως κατά τους χειμερινούς μήνες, λόγω κακού αερισμού των εσωτερικών χώρων.

Η εποχιακή αλλεργική ρινίτιδα (πυρετός εκ χόρτου) σχετίζεται με μεγάλη ποικιλία αλλεργιογόνων εξωτερικού χώρου, όπως η γύρη και οι μύκητες. Εμφανίζεται σε καλά καθορισμένα χρονικά διαστήματα κάθε έτους. Έτσι οι γύρεις των δένδρων εμφανίζονται την άνοιξη (περίοδος ανθοφορίας) από το Φεβρουάριο ως το Μάιο, τα αγρωστώδη από το Μάιο ως τον Ιούλιο, τα ζιζάνια από τον Ιούλιο ως το Σεπτέμβριο και οι μύκητες από τον Ιούλιο ως τον Νοέμβριο.³

Η νέα ταξινόμηση από την ARIA2

Λαμβάνοντας υπόψη τις αδυναμίες της κρατούσας ταξινόμησης μία ομάδα 36 ειδικών η ARIA «Allergic Rhinitis and its impact on Asthma» σε συνεργασία με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας επιχείρησε επαναπροσδιορισμό των κλασσικών όρων “εποχιακή” και “ολοετής” αλλεργική ρινίτιδα και αντικατάστασή τους με τους ρεαλιστικότερους όρους “διαλείπουσα” και “εμμένουσα”. Επίσης πρότεινε η εκτίμηση της βαρύτητας της νόσου να γίνεται όχι πια με βάση την αντικειμενική αξιολόγηση και βαθμολόγηση των συμπτωμάτων, αλλά με βάση την αίσθηση ανικανότητας και την επίδραση στην ποιότητα ζωής του ασθενούς. Έτσι “ήπια” χαρακτηρίζεται η ρινίτιδα με λίγα συμπτώματα, χωρίς επίδραση στις καθημερινές δραστηριότητες και στον ύπνο του ασθενούς, “μέτρια” η ρινίτιδα με σημαντικά συμπτώματα που ενοχλούν τον ασθενή στις δραστηριότητες και τον ύπνο του και τον κάνουν να επιζητά την θεραπεία και “σοβαρή” η ρινίτιδα με τόσο έντονα συμπτώματα, ώστε ο ασθενής να μη μπορεί να λειτουργήσει κανονικά ή και να κοιμηθεί, χωρίς θεραπεία. Με βάση τα παραπάνω, τόσο από παθοφυσιολογική άποψη, όσο και από άποψη θεραπευτικής στρατηγικής, καθορίζονται τρεις κλινικές οντότητες αυξανόμενης βαρύτητας: α) Ήπια διαλείπουσα ρινίτιδα β) Μέτρια προς σοβαρή διαλείπουσα ρινίτιδα και ήπια εμμένουσα ρινίτιδα γ) Μέτρια προς σοβαρή εμμένουσα ρινίτιδα (Πίνακας1).

Διάγνωση

Η διάγνωση της αλλεργικής ρινίτιδας θα βασισθεί κυρίως στην προσεκτική λήψη του ιστορικού, στα ευρήματα της κλινικής εξέτασης και στη συσχέτισή τους με τα αποτελέσματα των in vivo και in vitro δοκιμασιών για την ανεύρεση των υπεύθυνων για τα συμπτώματα αλλεργιογόνων.

Κυτταρολογική εξέταση ρινικού εκκρίματος

Ηωσινοφιλία >20% στο ρινικό έκκριμα είναι ενδεικτική αλλεργίας σε εισπνεόμενα αλλεργιογόνα, μη αλλεργικής ηωσινοφιλικής ρινίτιδας και συνδρόμου υπερευαισθησίας στην ασπιρίνη. Βασεοφιλία και μαστοκυττάρωση παρατηρείται στις τροφικές αλλεργίες και στη ρινική μαστοκυττάρωση, ενώ ουδετεροφιλία στις βακτηριακές λοιμώξεις.³

Δερματικές δοκιμασίες

Αποτελούν πολύ χρήσιμες in vivo δοκιμασίες για την ανίχνευση αλλεργίας σε συγκεκριμένα αλλεργιογόνα. Διακρίνονται στις επιδερμικές δοκιμασίες (prick tests) και στις ενδοδερμικές δοκιμασίες (intradermal tests). Οι ευρέως χρησιμοποιούμενες επιδερμικές δοκιμασίες αποτελούν ταχείες και ασφαλείς δοκιμασίες ανίχνευσης αλλεργίας σε πολλαπλά αντιγόνα.

Δοκιμασίες RAST

Η ραδιοαλλεργοπροσοφητική δοκιμασία RAST αποτελεί μία εναλλακτική in vitro τεχνική ανίχνευσης των κυκλοφορούντων ειδικών IgE ανοσοσφαιρινών έναντι διαφόρων αλλεργιογόνων. Πλεονεκτήματά της συγκριτικά με τις δερματικές δοκιμασίες είναι ότι δεν εμφανίζει ποικιλομορφία απαντήσεων, δεν επηρεάζεται από την λήψη φαρμάκων, όπως τα αντιισταμινικά και τα τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά, είναι περισσότερο ειδική, αποτελεί ποσοτική δοκιμασία ανίχνευσης του βαθμού της αλλεργίας και

γίνεται με ασφάλεια σε ασθενείς που λαμβάνουν β-αναστολείς.

Θεραπεία

Οι κύριες θεραπευτικές στρατηγικές που εφαρμόζονται στην αλλεργική ρινίτιδα είναι η αποφυγή των αλλεργιογόνων, η φαρμακοθεραπεία και η ανοσοθεραπεία.

Αποφυγή αλλεργιογόνων

Περιλαμβάνει διάφορα μέτρα τροποποίησης του περιβάλλοντος του ασθενούς με σκοπό την ελάττωση του αλλεργικού φορτίου. Τέτοια μέτρα είναι η απομάκρυνση των υπεύθυνων φυτών από το άμεσο περιβάλλον, η αποφυγή κυκλοφορίας έξω από το σπίτι τις ώρες της ανθοφορίας, η χρήση ειδικών φίλτρων απομάκρυνσης των σωματιδίων του αέρα, η χρήση ακαρεοκτόνων, η χρήση συνθετικών χαλιών, ο τακτικός καθαρισμός και αερισμός των σπιτιών, η τακτική αλλαγή των φίλτρων στα κλιματιστικά, η αποφυγή υγρασίας στους εσωτερικούς χώρους, η απομάκρυνση τυχόν υπεύθυνων κατοικίδιων ζώων. Αν και πολλά από τα παραπάνω μέτρα είναι αποτελεσματικά, ωστόσο οι σύγχρονες συνθήκες κατοικίας και διαβίωσης, σε συνδυασμό με το αερομεταφερόμενο των γύρεων σε μεγάλες αποστάσεις καθιστούν την αποφυγή των υπεύθυνων αλλεργιογόνων μία ιδιαίτερα πολύπλοκη και δυσχερή υπόθεση.

Φαρμακοθεραπεία^{1,3}

Σκοπός της φαρμακοθεραπείας στην αλλεργική ρινίτιδα είναι η ανακούφιση των συμπτωμάτων και όχι η θεραπεία της νόσου. Έτσι ενδείκνυται κυρίως σε ρινίτιδες ήπιας προς μέτριας βαρύτητας και διάρκειας όχι μεγαλύτερης των 3-4 μηνών το χρόνο. Οι κυριότερες κατηγορίες φαρμάκων είναι:

Αντιισταμινικά

Πρόκειται για ανταγωνιστές των H1 υποδοχέων της ισταμίνης στα κύτταρα στόχους. Επιδρούν κυρίως στα συμπτώματα της άμεσης αλλεργικής αντίδρασης (κνησμός, πταρμοί, ρινόρροια, δακρύρροια), ενώ είναι λιγότερο αποτελεσματικά στα συμπτώματα της καθυστερημένης φάσης της αλλεργικής αντίδρασης, όπως η ρινική συμφόρηση. Τα σύγχρονα, δεύτερης γενεάς αντιισταμινικά έχουν ελάχιστη ή και καθόλου κατασταλτική και αντιχολινεργική δράση, ενώ επιπλέον περιορίζουν τόσο την απελευθέρωση φλεγμονωδών μεσολαβητών, όσο και τη μετανάστευση των ηωσινοφίλων.

Ρινικά κορτικοστεροειδή

Τα ρινικά στεροειδή αποτελούν φάρμακα πρώτης επιλογής στην αντιμετώπιση της μέτριας προς σοβαρή αλλεργικής ρινίτιδας. Η δράση τους συνίσταται στην αναστολή της παραγωγής και απελευθέρωσης των μεσολαβητών και στην ελάττωση της συγκέντρωσης των φλεγμονωδών κυττάρων. Αποτελούν τα πλέον αποτελεσματικά αντιφλεγμονώδη φάρμακα, με σαφή επίδραση μεταξύ άλλων και στη ρινική συμφόρηση, υπό την προϋπόθεση όμως της τακτικής και παρατεταμένης χρήσης τους. Πρόκειται για ασφαλή σκευάσματα, χωρίς κίνδυνο καταστολής του άξονα, ακόμα και σε παρατεταμένη χορήγηση. Συχνότερη παρενέργειά τους είναι η ήπια επίσταξη σε ποσοστό 10%

Δρ. Κυριακίδης Γεράσιμος | Ωτορινολαρυγγολόγος | www.ent-cyprus.com

περίπου, ενώ η αύξηση της ενδοφθάλμιας πίεσης και ο καταρράκτης αποτελούν εξαιρετικά σπάνιες παρενέργειες.

Λόγω επίδρασής τους σε διαφορετικούς παθογενετικούς μηχανισμούς, ο συνδυασμός ρινικών στεροειδών με αντιισταμινικά χρησιμοποιείται συχνά για την αντιμετώπιση ασθενών με μέτρια προς σοβαρά συμπτώματα, που δεν ανταποκρίνονται σε μεμονωμένες θεραπείες.

Συστηματικά κορτικοστεροειδή

Σπανιότερα, σε σοβαρές και ανθεκτικές στη θεραπεία περιπτώσεις, μπορούν να χρησιμοποιηθούν συστηματικά κορτικοστεροειδή, είτε σαν χάπια από το στόμα, είτε ενδομυϊκά υπό μορφή βραδείας αποδέσμευσης. Η δεύτερη αυτή μορφή σύμφωνα με ορισμένες μελέτες φαίνεται να είναι πιο αποτελεσματική από την πρώτη.

Αποσυμφορητικά

Πρόκειται για α-αδρενεργικούς αγωνιστές που προκαλούν αγγειοσυσπασση και αποσυμφόρηση του ρινικού βλεννογόνου και των κογχών. Μπορούν να χορηγηθούν είτε τοπικά, είτε συστηματικά. Τα τοπικά αποσυμφορητικά (ναφαζολίνη, ξυλομεταζολίνη, φαινυλεφρίνη) δεν πρέπει να χορηγούνται για διάστημα μεγαλύτερο των 3-5 ημερών, λόγω του γνωστού κινδύνου πρόκλησης φαρμακευτικής ρινίτιδας. Αντίθετα τα συστηματικά από του στόματος αποσυμφορητικά (φαινυλοπροπανολαμίνη, ψευδοεφεδρίνη) δεν εμφανίζουν τέτοιο κίνδυνο, ωστόσο θα πρέπει να χορηγούνται με προσοχή σε ασθενείς με στεφανιαία νόσο, υπέρταση, διαβήτη και υπερθυρεοειδισμό, λόγω των ισχυρών συμπαθομιμητικών τους επιδράσεων.

Σταθεροποιητές μαστοκυττάρων

Τα φάρμακα αυτά, όπως το χρωμογλυκικό νάτριο και η νατριούχος νεντοκρομίλη, χρησιμοποιούνται με τη μορφή ρινικών σπρέι ως προφυλακτικά φάρμακα της αλλεργικής ρινίτιδας πριν από την έκθεση στα αλλεργιογόνα και η δράση τους είναι ήπια.

Ανταγωνιστές λευκοτριενών

Η μοντελουκάστη, ως ανταγωνιστής των υποδοχέων των λευκοτριενών, χρησιμοποιείται ως συμπληρωματική θεραπεία στο βρογχικό άσθμα. Η δράση της ως μονοθεραπεία στην αλλεργική ρινίτιδα είναι ανεπαρκής, ωστόσο μελετάται η χρήση της συμπληρωματικά με τα κορτικοστεροειδή και τα αντιισταμινικά στις σοβαρότερες μορφές αλλεργικής ρινίτιδας.

Άλλοι ενδορινικοί παράγοντες

Τα ρινικά αντιισταμινικά, όπως η λεβοκαβαστίνη θεωρείται ότι έχουν ανάλογη αποτελεσματικότητα με αυτή των από του στόματος αντιισταμινικών στην αντιμετώπιση των ρινικών συμπτωμάτων και ιδιαίτερα της ρινόρροιας. Εκλεκτική δράση στη ρινόρροια έχουν και αντιχολινεργικοί παράγοντες

χορηγούμενοι τοπικά όπως το ιπρατρόπιο.

Ανοσοθεραπεία

Η ανοσοθεραπεία ενδείκνυται σε ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή εμμένουσα αλλεργική ρινίτιδα, που δεν ανταποκρίνεται στην φαρμακοθεραπεία και την αποφυγή των αλλεργιογόνων ή μπορεί να επιπλέκεται με βρογχικό άσθμα και υποτροπιάζουσες λοιμώξεις του αναπνευστικού, επηρεάζοντας σημαντικά την ποιότητα ζωής του ασθενούς. Συνίσταται στην υποδόρια χορήγηση διαλυμάτων των υπεύθυνων αλλεργιογόνων σε αυξανόμενες εβδομαδιαίες δόσεις, μέχρι μιας μέγιστης δόσης συντήρησης, η οποία χορηγείται για παρατεταμένα χρονικά διαστήματα (συνήθως 3-5 χρόνια ή και περισσότερο). Σκοπός της ανοσοθεραπείας είναι ο μακροπρόθεσμος έλεγχος των αλλεργικών συμπτωμάτων κατόπιν παρέμβασης στους παθογενετικούς μηχανισμούς της άμεσης και καθυστερημένης αλλεργικής αντίδρασης, με τελικό αποτέλεσμα τη μεταβολή της φυσικής ιστορίας της νόσου.

Η ανταπόκριση στην ανοσοθεραπεία και η διάρκεια της ύφεσης των συμπτωμάτων μετά το τέλος της ποικίλλουν. Αναφέρεται ένα ποσοστό υπολειμματικής απευαισθητοποίησης περίπου 60%³. Μελέτες σε παιδιά ηλικίας 6 έως και 14 ετών με αλλεργική ρινίτιδα έδειξαν ότι αυτά που υποβλήθηκαν σε ανοσοθεραπεία είχαν σημαντικά χαμηλότερα ποσοστά ανάπτυξης άσθματος από αυτά που δεν υποβλήθηκαν¹.

Μειονεκτήματα της ανοσοθεραπείας είναι ο κίνδυνος τοπικών, αλλά κυρίως συστηματικών αντιδράσεων, οι οποίες ανέρχονται σε ποσοστό 5-10% (1-3% σοβαρές), η ενόχληση από τις συχνές ενέσεις και τη μακρά διάρκεια της θεραπείας και η αβεβαιότητα σχετικά με την ισχύ και τη σταθερότητα των εκχυλισμάτων των αλλεργιογόνων, η οποία όμως τείνει να βελτιωθεί τα τελευταία χρόνια. Μία εναλλακτική οδός είναι η υπογλώσσια χορήγηση ανοσοθεραπείας, που χρησιμοποιείται ευρέως τα τελευταία χρόνια στην Ευρώπη. Αν και η ασφάλειά της είναι πολύ μεγαλύτερη, η αποτελεσματικότητά της είναι σαφώς μικρότερη από αυτή της υποδόριας χορήγησης¹.

Βιβλιογραφία

1. Plaut M.,Valentine M. Allergic rhinitis. N Engl J Med 2005; 353:1934-1944.
2. Bousquet J., et al. Allergic rhinitis and its impact on asthma, ARIA workshop report. J Allergy Clin Immunol 2001; 108: 147-334.
3. Lee K.J., Essential Otolaryngology, 7th ed, McGraw-Hill, New York, 1999; 269-310.
4. Bachert C. et al. Comorbidity of Allergic rhinitis, the UCB Institute of Allergy (Eds), 2001.