

Rinosinusitidy – konsenzy a doporučené postupy pro primární péči – EPOS 2012

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.

ORL klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK, Praha

Rinosinusitida je onemocnění, které svou četností výskytu a významným snížením kvality života představuje závažný medicínský problém. Nezanedbatelný není ani finanční dopad rinosinusitid na společnost. V poslední dekádě je patrna snaha různých expertních skupin vnést určitý systém a konsenzus do problematiky rinosinusitid na základě poznatků medicíny založené na důkazech. V příspěvku je stručně shrnuto pět recentních konsenzů zejména směrem k primární péči. Důraz je kladen především na novou verzi dokumentu vydaného Evropskou rinologickou společností EPOS 2012.

Klíčová slova: rinosinusitida, léčba, diagnóza, EPOS 2012.

Rhinosinusitis – consensus and guidelines for primary care – EPOS 2012

Due to its frequency and significant reduction of quality of life represents rhinosinusitis a serious medical problem. Also economic burden of rhinosinusitis on the society is not negligible. In the last decade the attempt of expert groups to bring a system and consensus based on evidence based medicine can be seen. The paper briefly summarizes recent five consensus especially with regard to primary care. Emphasis is placed on the new version of European Rhinologic Society document EPOS 2012.

Key words: rhinosinusitis, diagnosis, treatment, EPOS 2012.

Med. praxi 2012; 9(11): 441–444

Úvod

Rinosinusitida je onemocnění, které svou četností výskytu a významným snížením kvality života představuje závažný medicínský problém. Nezanedbatelný není ani finanční dopad rinosinusitid na společnost (zameškané pracovní dny, náklady na diagnostiku a léčbu). Nedávná data ukazují, že rinosinusitida postihuje přibližně jednoho ze sedmi dospělých obyvatel USA (1). Kvalita života nemocných s chronickou rinosinusitidou je v některých ohledech dokonce horší než kvalita života nemocných s chronickým srdečním selháváním, chronickou obstrukční plicní nemocí či bolestmi zad (2).

V poslední dekádě je patrna snaha různých expertních skupin vnést určitý systém a konsenzus do problematiky rinosinusitid. Na základě medicíny založené na důkazech (Evidence Based Medicine – EBM) jsou hodnoceny diagnostika a jednotlivé léčebné modalita, ze kterých rezultují doporučené postupy. Současně probíhá proces o sjednocení a jasnou definici jednotlivých podtypů rinosinusitid, tak aby další studie probíhaly na lépe definovaných skupinách pacientů.

V současné době evidujeme 5 konsenzů týkajících se rinosinusitid: European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS) (3), Rhinosinusitis Initiative (RI) (4), Joint Task Force on Practice Parameters (JTFPP) (5), Clinical Practice Guideline: Adult Sinusitis (CPG: AS) (6) a doporučení British Society for Allergy and Clinical

Immunology (BSACI) (7), které koresponduje s EPOS.

V příspěvku budou stručně jednotlivé dokumenty analyzovány zejména s ohledem na primární péči, pozornost bude zaměřena především na novou verzi dokumentu vydaného Evropskou rinologickou společností **EPOS 2012**, jako zdroje zcela recentních dat.

Nomenklatura rinosinusitid

Kromě JTFPP všechny zmíněné dokumenty užívají termín rinosinusitida (místo sinusitida). Tento název jednoznačně vystihuje anatomicko-fyziologický (a patofyziologický) aspekt toho, že sliznice dutiny nosní plynule přechází do oblasti paranazálních dutin.

Klasifikace dle trvání symptomů již tak jednotná není. *Akutní rinosinusitida* (ARS) je třemi konsenzy (RI, JTFPP a CPG: AS) ohraničena maximální délkou trvání 4 týdny. EPOS 2012 a BSACI uvádí trvání ARS do 12 týdnů. CPG: AS a JTFPP odlišují ještě *subakutní rinosinusitidu* 4–12 týdnů, respektive 4–8 týdnů.

Chronická rinosinusitida (CRS) je většinou definována jako trvání příznaků déle než 12 týdnů (pouze v případě JTFPP 8 týdnů).

Klasifikace dle tíže symptomů je dle EPOS kategorizována dle vizuální analogové škály (VAS) 0–10 cm následovně: 0–3 mírně, 3–7 středně těžké a 7–10 těžké onemocnění.

CRS se rozděluje dle přítomnosti nosních polypů na CRS bez nosních polypů a CRS s nosními polypy.

Akutní rinosinusitida

ARS patří mezi velmi častá onemocnění léčena v primární praxi. Je odhadováno, že dospělý jedinec prodělá 2–5 atak virové ARS (common cold) ročně, v případě školní mládeže se dokonce odhaduje 7–10 epizod nachlazení za rok (EPOS).

Diagnostika ARS v primární péči

I když se jednotlivé diagnostické algoritmy u jednotlivých konsenzů mírně odlišují, všechna doporučení se shodují na faktu, že rozhodujícím kritériem pro diagnózu ARS je klinický obraz onemocnění. Shoda rovněž panuje, že třemi základními tzv. „velkými příznaky“ jsou: nosní obstrukce, přední či zadní rinorea a bolest či tlak v obličeji.

Doporučení RI uvádí ještě další dva velké příznaky – poruchu čichu a horečku a řadu tzv. malých příznaků (cefalea, tlak v uších, halitóza, bolest zubů, kašel) a diagnóza ARS je pravděpodobná, jsou-li přítomny nejméně dva velké příznaky nebo jeden velký a alespoň dva malé symptomy. BSACI jako jediný dokument vyžaduje kromě klinických příznaků i přítomnost charakteristických změn při rinoendoskopii nebo počítačové tomografii (CT).

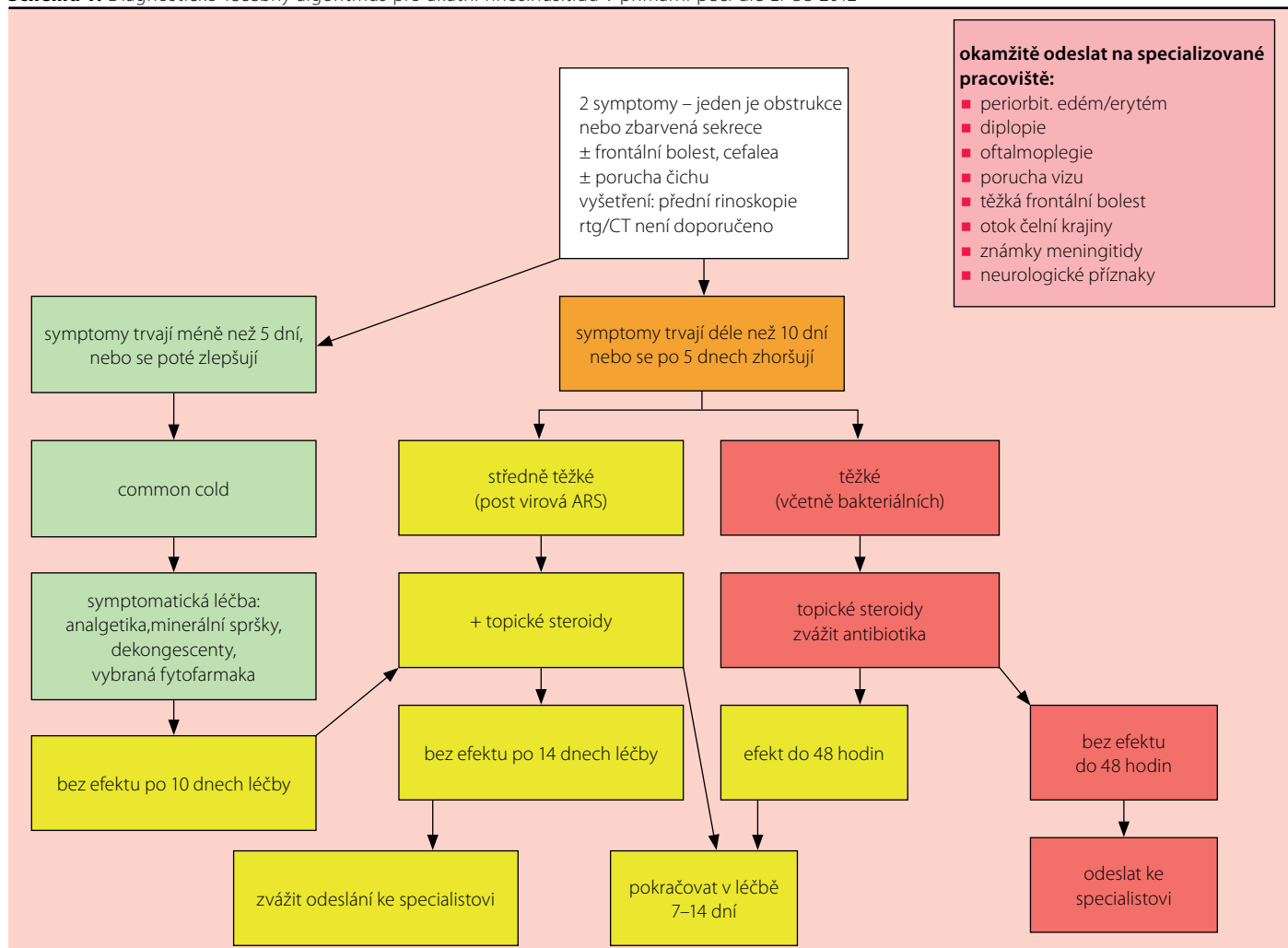
EPOS 2012 definuje ARS jako náhlý nástup nejméně dvou příznaků, z nichž jeden je nosní obstrukce či zbarvená sekrece. Může být současně přítomna porucha čichu nebo faciální bolest (schéma 1).

Pokud je to možné, měl by praktický lékař, v rámci klinického vyšetření, alespoň orientačně

Tabulka 1. Léčebná doporučení pro akutní rinosinusitidu dle EPOS 2012

Léčba	Úroveň důkazů	Stupeň doporučení	Relevance
antibiotika	1a	A	ano u ABRS
intranazální kortikosteroidy	1a	A	ano, hlavně u postvirové ARS
přidání intranazálních kortikosteroidů k antibiotiku	1a	A	ano u ABRS
přidání orálních steroidů k antibiotiku	1a	A	ano u ABRS
minerální spršky	1a	A	ano
kombinace antihistaminik, dekonescenťů a analgetik	1a	A	ano u AVRS
ipratropium bromid	1a	A	u AVRS
probiotika	1a	A	jako prevence AVRS
zinek	1a	C	ne
vitamin C	1a	C	ne
echinacea	1a	C	ne
herbální preparáty (pelargonium, Myrtol)	1b	A	ano u AVRS a postvirové ARS
aspirin/NSA	1b	A	ano u AVRS a postvirové ARS
paracetamol	1b	A	ano u AVRS a postvirové ARS
přidání orálních antihistaminik u alergiků	1b (1 studie)	B	ne
inhalace páry	1a(-)	A(-)	ne
kromoglykát	1b(-)	A(-)	ne
dekonescenty	nejsou data	D	ne
mukolytika	nejsou data	D	ne

1a – studie úrovně 1a s negativním výsledkem, AVRS – akutní virová rinosinusitida, ABRS – akutní bakteriální rinosinusitida

Schéma 1. Diagnosticko-léčebný algoritmus pro akutní rinosinusitidu v primární péči dle EPOS 2012

vyšetřit dutinu nosní (otok, zarudnutí, sekrece) a hltan (zatékání sekretu).

Všechny zmíněné konsenzы se shodují, že rtg paranasálních dutin vyšetření není pro diagnostiku ARS ani přínosné ani ekonomicky výhodné. Důvodem je insenzivita a velký počet falešně pozitivních a negativních výsledků.

Počítačová tomografie představuje dnes zlatý standard v zobrazení paranasálních dutin, žádný z dokumentů však nedoporučuje CT jako první krok či rutinní vyšetření v diagnostice ARS. Vyšetření CT by mělo být zváženo u imunokompromitovaných pacientů a samozřejmě u známek hrožící komplikace. Rovněž je doporučeno provést CT vyšetření u recidivujících rinosinusitid k posouzení případných anatomických variací v oblasti ostiomeatální jednotky. Tyto stavy však patří spíše do kompetence specialisty – otorinolaryngologa, který indikuje CT na základě dalších vyšetření – zejména rinoendoskopie.

Bakteriální versus virová ARS

Přibližně pouze 0,5–2% virových infekcí dýchacích cest je komplikováno bakteriální infekcí (3).

Pro odlišení obou forem je nejdůležitější charakter a trvání příznaků onemocnění. Symptomy akutního virového zánětu vrcholí zpravidla do 5. dne, poté pozvolna odeznívají do 10.–14. dne, kdy mizí. Většina dokumentů (kromě BSACI) se shoduje, že trvají-li příznaky déle než 10 dní a/nebo dochází po přechodném zmírnění obtíží opět ke zhoršení stavu, je pravděpodobná již bakteriální forma zánětu. EPOS 2012 uvádí ještě postvirovou ARS (příznaky onemocnění trvají déle než 10 dní nebo se zhoršují po pěti dnech), která může (ale nemusí) přejít v bakteriální ARS.

Pouhá přítomnost purulentní sekrece neznamená automaticky bakteriální ARS, ačkoli při její absenci je bakteriální zánět nepravděpodobný (8). CPG: AS upozorňuje na fakt, že zbarvení nosního sekretu signalizuje přítomnost neutrofilů a nikoliv automaticky bakteriální infekci.

Bakteriologické vyšetření (výtěr z nosu) není napříč jednotlivými konsenzы doporučeno. Za validní bakteriologické vyšetření lze považovat vyšetření punktátu z maxilární dutiny nebo stěru z oblasti středního nosního průchodu pod endoskopickou kontrolou, což v běžném provozu primární praxe není možné.

Vyšetření C-reaktivního proteinu (CRP) se zdá být určitým příslibem v diagnostice ARS. Nedávné studie předpokládají, že nízké CRP může napomoci identifikovat nemocné s ARS, u kterých je nepravděpodobný benefit antibiotické léčby. Hladiny CRP korelují se změnami na CT a zvýšené CRP je prediktorem pozitivního kulturačního nálezu (3).

Léčba ARS

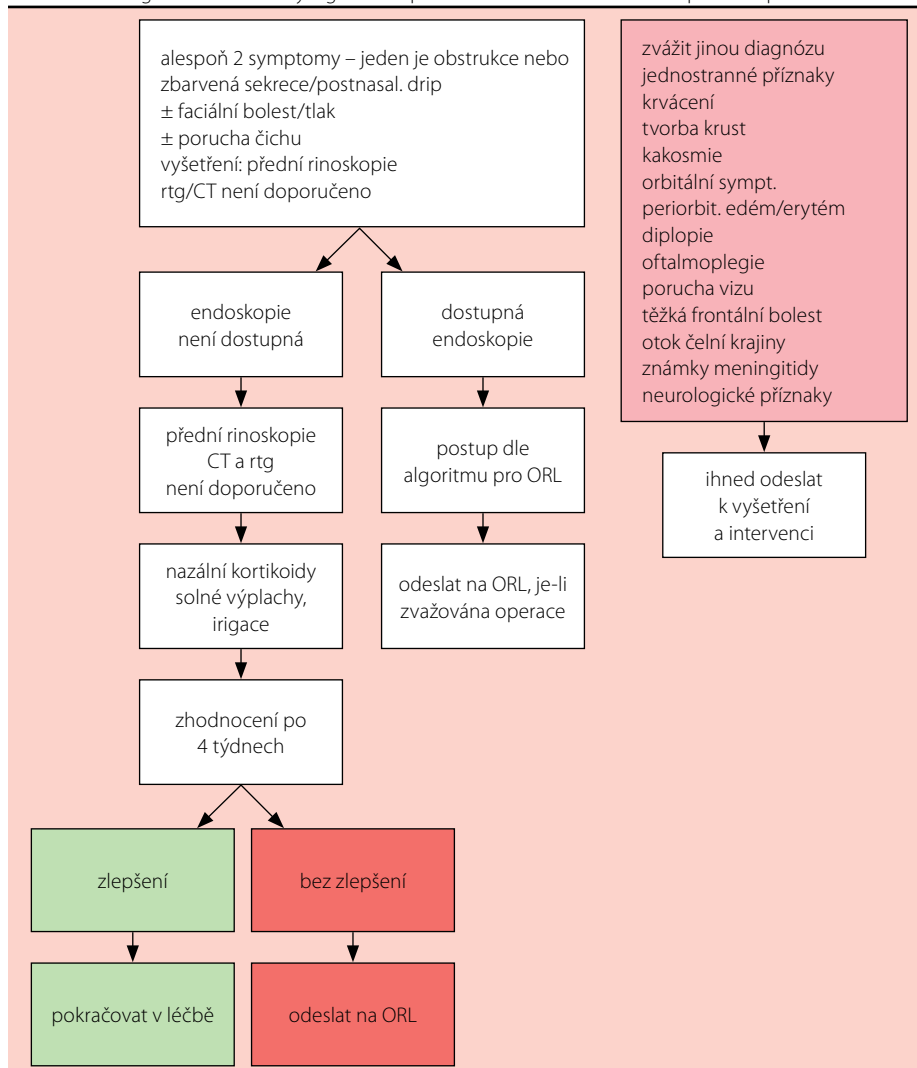
Zcela fundamentální otázka, která je řešena všemi konsenzы, je, v jakém případě je u ARS indikována léčba antibiotiky. Data potvrzují zbytečné nadužívání antibiotik u ARS a v poslední době je diskutována i vhodnost antibiotické léčby dokonce u lehčích případů bakteriálních ARS. Klinické studie totiž potvrdily, že zhruba 60% předpokládaných bakteriálních ARS se spontánně zhojí i bez antibiotik. Navzdory těmto faktům, nedávno publikované studie uvádějí, že v USA a Velké Británii jsou antibiotika předepsána až v 81–92% ARS (9, 10). Takto indikovaná antibiotická léčba samozřejmě navyšuje náklady na léčbu, vystavuje pacienty potenciálním nežádoucím účinkům a v neposlední řadě vede k nárůstu antimikrobiální rezistence.

V zásadě lze shrnout doporučení jednotlivých guidelines následovně: antibiotika jsou indikována v případě těžkých příznaků, jejich zhoršování nebo přesahuje-li trvání symptomů definovaný časový bod. Jako antibiotika první volby by měla být použita léčiva s užším antimikrobiálním

spektrém, zaměřena proti nejpravděpodobnějším původcům onemocnění (*Streptococcus pneumoniae* a *Haemophilus influenzae*).

Téměř všechna guidelines doporučují použití intranazálních kortikosteroidů (IKS). Použití IKS u akutní rinosinusitidy patří mezi novější indikace těchto léčiv. Většina studií potvrzuje pozitivní efekt IKS jako přidané léčby k antibiotiku. V poslední době jsou k dispozici i tři studie potvrzující efekt IKS u akutní rinosinusitidy jako monoterapie ve srovnání s placebem. Metaanalýza z roku 2009, do které bylo zahrnuto celkem 1943 pacientů, jednoznačně podporuje použití IKS jako monoterapie či adjuvantní terapie k antibiotiku (úroveň důkazů la). Z této metaanalýzy vyplývá, že silnější efekt je dosažen vyššími dávkami IKS. Ani při vyšších dávkách nebyly zaznamenány žádné nežádoucí účinky (3). Pozitivní vliv IKS spočívá v redukci otoku sliznice, což vede k uvolnění ostí dutin a zlepšení jejich ventilace a drenáže, čímž dochází ke zmírnění symptomů onemocnění a rychlejšímu zhojení. Účinek IKS u akutní rinosinusitidy není nikterak ovlivněn přítomností atopie u pacienta. V České

Schéma 2. Diagnosticko-léčebný algoritmus pro chronickou rinosinusitidu v primární péči dle EPOS 2012



Tabulka 2. Léčebná doporučení pro chronickou rinosinuitidu bez nosních polypů (2a) a s nosními polypy (2b). Upraveno dle EPOS 2012. Uvedena pouze léčiva s doporučením „ANO“

A.			
Léčba	Úroveň důkazů	Stupeň doporučení	Relevance
intranazální kortikosteroidy	Ia	A	ano
minerální spršky	Ia	A	ano
antibiotika – krátkodobě <4 týdny	II	B	u ak. exacerbací
antibiotika – dlouhodobě >12 týdnů	Ib	C	ano, zvláště není-li elevace celk. IgE
eliminace alergenu u alergiků	IV	D	ano
B.			
intranazální kortikosteroidy	Ia	A	ano
minerální spršky	Ib, nejsou data pro samostatné užití	D	ano, jako symptomatická léčba
antibiotika – krátkodobě < 4 týdny	Ib a Ib(-)	C	ano, malý efekt
antibiotika – dlouhodobě > 12 týdnů	III	C	ano, zvláště není-li elevace celk. IgE, malý efekt
orální kortikosteroidy	Ia	A	ano
Ib – studie úrovně Ib s negativním výsledkem			

republiky jsou v současnosti k dispozici následující IKS: *beklometazon dipropionát, budezonid, flutikazon propionát, flutikazon furoát a mometazon furoát*. Některé z těchto preparátů jsou preskripčně vázány na odbornosti ORL, alergolog a TRN.

Pro symptomatickou léčbu jsou dokumentem EPOS 2012 doporučeny paracetamol, nesteroidní antirevmatika a kyselina acetylsalicylová a kombinace antihistaminika s analgetikem a dekongescentem. Na základě nových, validních studií se oproti starší verzi EPOS z roku 2007 mezi doporučenými léky u ARS objevují nově i minerální spršky a rostlinné preparáty (pelargonium, myrta). Naopak použití antihistaminik je doporučeno pouze u nemocných s ARS a současně probíhající alergické rýmy. Kompletní přehled pro léčbu ARS s úrovní důkazů a doporučením a diagnosticko-terapeutický algoritmus pro primární péči dle EPOS 2012 jsou uvedeny v tabulce 1 a schématu 1.

Chronická rinosinuitida

Na rozdíl od ARS je CRS značně heterogenní skupina onemocnění. Základní rozdělení CRS je na CRS bez nosních polypů (CRSsNP) a CRS s nosními polypy (CRSwNP). Z výše uvedených směrnic pouze RI uvádí detailnější dělení, které se snaží postihnout některé etiopatogenetické vlastnosti jednotlivých forem CRS (přítomnost polypů, eozinofilního zánětu, mykofyt). Většina konsenzů se u CRS shoduje na dolní hranici 12 týdnů trvání příznaků. Je třeba odlišit CRS od rekurentní ARS, u které jsou jednotlivé epizody střídány obdobími s kompletním vymizením symptomů.

Celkově lze říci, že základní symptomy CRS jsou stejné jako u ARS (sekrece, obstrukce, bolest či tlak), liší se však nejen délkou trvání, ale také intenzitou. Většinou jsou mírnější, méně dramatické než u ARS.

Kromě JTFPP uvádějí všechna ostatní doporučení jako důležitý symptom CRS i poruchu čichu.

Diagnóza CRS rovněž vychází zejména ze symptomatologie, nicméně většina konsenzů se shoduje na nutnosti doplnit některé z objektivních vyšetření. Objektivizace nálezů CRS je důležitá rovněž pro odlišení onemocnění s podobnými symptomy (perzistentní rýmy, neoplazie, vaskulitidy, zubní onemocnění atd.).

Lékař v primární péči by měl minimálně provést alespoň orientační rinoskopii a vyšetření faryngu, které může odhalit patologickou sekreci, či přítomnost polypů. Je vhodné také posoudit stav chrupu. Kromě základních příznaků je nutné zaměřit se rovněž na symptomy typické pro alergie (kýchání, svědění, vodnatá sekrece, oční příznaky) a případně pacienta doporučit k alergologickému vyšetření (3).

Zlatým standardem pro vyšetření suspektu CRS je dnes jednoznačně rinoendoskopie. Toto vyšetření umožňuje posoudit přítomnost polypů, patologické sekrece, otok v oblasti ostí paranazálních dutin a vyloučit jiná chronická sinonazální onemocnění.

Všech 5 konsenzů se shoduje na přínosu CT v diagnostice CRS, avšak rozhodně jej nedoporučují jako první diagnostický krok. Naopak v žádném z doporučení nenajdeme v diagnostickém algoritmu rtg vyšetření vedlejších dutin.

Lze tedy konstatovat, že zatímco nekomplikovaná ARS je zcela v kompetenci lékařů primární péče, u CRS tomu tak není. Vycházíme z toho, že u nás drtivá většina lékařů, kteří nejsou ORL specialisté, nemá k dispozici rinoendoskopii. V dokumentu EPOS 2012 je diagnosticko-terapeutický algoritmus CRS pro primární péči rozdělen právě dle dostupnosti rinoendoskopického vyšetření (schéma 2). Adaptujeme-li

doporučení EPOS na naše podmínky, diagnostika CRS v primární péči by měla vycházet ze symptomatologie a zevrubného klinického vyšetření. Praktickým lékařem by nemělo být indikováno CT. Léčba spočívá zejména v aplikaci intranazálních kortikoidů a výplachů či irigací solnými roztoky (schéma 2). V případě trvání obtíží, diagnostických rozpacích nebo známkách hroící komplikace, by měl být nemocný odeslán na ORL pracoviště, kde je provedeno vyšetření včetně rinoendoskopie a dle nálezů je indikováno zobrazovací vyšetření a zahájená specializovaná, konzervativní či chirurgická léčba. Přehledy doporučených léčiv pro CRS na základě EBM dle EPOS 2012 (shrnutí zvlášť pro CRSsNP a CRSwNP) jsou uvedeny v tabulkách 2a, b. Tabulky jsou upraveny tak, že jsou v nich uvedena pouze léčiva s doporučením „ano“. Fakt, že některé medikamenty nemají relevanci „ano“, neznamená automaticky, že jsou neúčinné, ale třeba, že nejsou dosud k dispozici validní studie, prokazující jejich léčebný efekt. Kompletní znění EPOS 2012, včetně veškerých doporučení a algoritmů je bezplatně k dispozici na www.rhinologyjournal.com.

Literatura

1. Pleis JR, Lucas JW, Ward BW. Summary health statistics for U.S. adults: National health interview survey, 2008, National center for health statistics, Vital health Stat 2009; 10: 1–157.
2. Gliklich RE, Metson R. The health impact of chronic rhinosinusitis in patients seeking otolaryngologic care. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1995; 113: 104–109.
3. Fokkens W, Lund VJ, Mullol J, et al., European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012. *Rhinology* 2012; 23(Suppl): 1–298.
4. Meltzer EO, Hamilos DL, Hadley JA, et al. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology (AAAAI), the American Academy of Otolaryngic Allergy (AAOA), the American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery

(AAO-HNS), the American College of Allergy, Asthma and Immunology (ACAAI) and the American Rhinologic Society (ARS) Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patients care. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 114 (Suppl.): 155–212.

5. Slavin RG, Spector SL, Bernstein IL, et al. American Academy of Allergy, Asthma and Immunology, American College of Allergy, Asthma and Immunology and the Joint Council of Allergy, Asthma and Immunology. The diagnosis and management of sinusitis: a practice parameter update. *J Allergy Clin Immunol* 2005; 116(Suppl.): 13–47.

6. Rosenfeld RM, Andes D, Bhattacharyya N, et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2007; 137(Suppl.): 1–31.

7. Scadding GK, Durham SR, Mirakian, et al. British Society for Allergy and Clinical Immunology. BSCAI guidelines for management of rhinosinusitis and nasal polyps. *Clin Exp Allergy* 2008; 38: 260–275.

8. Meltzer EO, Hamilos DL. Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: A synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clin Proc* 2011; 86: 427–443.

9. Gill JM, Fleischut P, Haas S, et al. Use of antibiotics for adult upper respiratory infections in outpatient settings: a national ambulatory network study. *Fam Med* 2006; 38: 349–354.

10. Ashworth M, Charlton J, Ballard K, et al. Variations in antibiotics prescribing and consultation rates of acute respiratory infection in UK general practises 1995–2000. *Br J Gen Pract* 2005; 55: 603–608.

Článek přijat redakcí: 23. 7. 2012

Článek přijat k publikaci: 10. 9. 2012

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.

ORL klinika FN KV a 3. LF UK
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
petr.schalek@fnkv.cz
