

Η ΡΙΝΙΤΙΔΑ ΠΟΥ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΙΖΕΙ

Αθηνά Παπαδοπούλου

Διευθύντρια ΕΣΥ, ΓΝ ΚΑΤ

Παιδοαλλεργιολόγος, παιδοπνευμονολόγος

Η φλεγμονή της ρινός αποτελεί το συχνότερο πρόβλημα των παιδιών κάθε ηλικίας. Όπως κάθε φλεγμονή, χαρακτηρίζεται από ερυθρότητα, οίδημα και εκκρίσεις, τα οποία αντίστοιχα δίνουν τα χαρακτηριστικά συμπτώματα της ρινίτιδας, κυρίως ρινική συμφόρηση και ρινόρροια. Τις περισσότερες φορές, ο μείζων αιτιολογικός παράγοντας είναι οι ιώσεις που γρήγορα αυτοπεριορίζονται. Όμως, όχι σπάνια, ο παιδίατρος έρχεται αντιμέτωπος με περιστατικά παιδιών με ρινικά συμπτώματα που προβληματίζουν είτε γιατί είναι πολύ έντονα είτε γιατί δεν υποχωρούν με την συνήθη αγωγή είτε γιατί υποτροπιάζουν.

Η σοβαρότητα των συμπτωμάτων πχ συνεχής ρινόρροια (υδαρής ή παχύρρευστη), αδυναμία ρινικής αναπνοής συνοδευόμενα από άπνοιες, ανοσμία ή κεφαλαλγία σε συνδυασμό με την επιμονή των συμπτωμάτων για διάστημα μεγαλύτερο των 3-4 εβδομάδων αποτελούν ενδείξεις αναζήτησης άλλων αιτιολογικών παραγόντων. Η βασική ερώτηση που πρέπει να απαντηθεί είναι αν η ρινίτιδα αυτή είναι αλλεργική, φαινότυπος που παρουσιάζεται στο 75% των περιπτώσεων. Η συν-παρουσία κνησμού, φταρμών ή άλλων αλλεργικών νοσημάτων όπως έκζεμα, τροφική αλλεργία ή άσθμα αποτελούν σημαντικά στοιχεία του ιατρικού ιστορικού και αυξάνουν τις πιθανότητες διάγνωσης αλλεργικής ρινίτιδας. Η επιβεβαίωση θα γίνει με την βοήθεια της IgE, των δερματικών δοκιμασιών νυγμού, της ρινικής πρόκλησης και της αναζήτησης ηωσινοφύλων και μαστοκυττάρων στο ρινικό βλεννογόνο. Η καινούργια οντότητα της τοπικής παρουσίας αλλεργικής φλεγμονής στην μύτη χωρίς συστηματική φλεγμονή αποτελεί όχι σπάνιο ενδεχόμενο στην σχολική ηλικία ή σεβρέφη με επίμονη ρινική συμφόρηση. Ως εκ τούτου, επί απουσίας υψηλής ολικής ή ειδικής IgE και θετικών δερματικών δοκιμασιών, η κυτταρολογική εξέταση της ρινός είναι απαραίτητη. Η τοπική αλλεργική ρινίτιδα ίσως αποτελεί την πρώτη εκδήλωση συστηματικής ρινίτιδας κυρίως σε πολυευαισθητοποιημένους ενήλικες και αποτελεί την διάγνωση κάποιων ασθενών με ιδιοπαθή ρινίτιδα. Για τους περισσότερους όμως ασθενείς, αποτελεί ξεχωριστή οντότητα, με χαρακτηριστικό στοιχείο την τοπική ρινική υπερευαισθησία χωρίς την παραγωγή τοπικής IgE. Ανεξάρτητα από την τοπική ή συστηματική εκδήλωση, η αλλεργική ρινίτιδα θεραπεύεται πάντοτε με την χρήση ρινικών στεροειδών με ή χωρίς την χρήση αντιισταμινικών ή/και μοντελουκάστης, πάντοτε σε συνδυασμό με βελτίωση των περιβαλλοντικών παραγόντων (διακοπή καπνίσματος, απομάκρυνση υγρασίας ή κατοικίδιων).

Η μη αλλεργική ρινίτιδα (ΜΑΡ) αποτελεί διάγνωση εξ αποκλεισμού παρουσίας αλλεργίας και οφείλεται σε ποικιλία παραγόντων όπως φαίνεται στο πίνακα 1.

Στα παιδιά, η MAP συχνότερα οφείλεται σε λοιμογόνους παράγοντες και εκδηλώνεται με χρόνια ή υποτροπιάζουσα παραγωγή παχύρρευστων εκκρίσεων που δεν υποχωρούν παρά την εφαρμογή συστηματικών ρινικών πλύσεων. Η κυτταρολογική εξέταση δείχνει αυξημένα πυοσφαίρια και η καλλιέργεια ρινικού είναι θετική. Τα συνήθη υπεύθυνα βακτηρίδια είναι *H. Influenza*, *Str. Pneumonia* και *Moraxella catarrhalis* ενώ η παρουσία μυκήτων είναι σπάνια. Λοιμώδη ρινίτιδα μπορεί να παρουσιάσουν και παιδιά με αλλεργική ρινίτιδα ως επιπλοκή ενώ η χρόνια λοιμώδης ρινίτιδα μπορεί να οδηγήσει σε οξεία μέση ωτίτιδα και ρινοκολπίτιδα. Η χορήγηση μακροχρόνια αντιβιοτικής αγωγής αποτελεί την μόνη ενδεδειγμένη θεραπευτική αγωγή.

Η χρόνια ρινίτιδα που κυρίως εκδηλώνεται ως ρεγχασμός και ρινική συμφόρηση μπορεί να οφείλεται σε μηχανική απόφραξη. Αν τα συμπτώματα εμφανίζονται από τους πρώτους μήνες ζωής αναζητείται η παρουσία συγγενών στενώσεων ενώ αν εμφανίζονται μετά το πρώτο χρόνο η υπερτροφία αδενοειδών εκβλαστήσεων ή αμυγδαλών. Μικρά μεμονωμένα αποφρακτικά φαινόμενα υποχωρούν συνήθως με την αύξηση της ηλικίας ενώ επιπλεγμένα περιστατικά απαιτούν χειρουργική αντιμετώπιση.

Η MAP, σπανιότερα στα παιδιά, μπορεί να οφείλεται σε υπερδραστηριότητα των αισθητικών νευρώνων ή σε δυσλειτουργία του αυτόνομου νευρικού συστήματος (συμπαθητικού και παρασυμπαθητικού) της μύτης. Η ρινίτιδα αυτή περισσότερο ταξινομείται με βάση των αιτιολογικό παράγοντα που τις προκαλεί όπως αλλαγές τις θερμοκρασίας, έντονες οσμές, καυτερά φαγητά, αλκοόλ, έκκριση ορμονών, φάρμακα και επαγγελματικά υλικά. Στις περιπτώσεις αυτές κυριότερο σύμπτωμα είναι η καταρροή και λιγότερο η ρινική συμφόρηση. Οι παράγοντες αυτοί επιδρούν στους C – ινώδης αισθητηριακούς νευρώνες οι οποίοι παράγουν πληθώρα νευροπεπτιδίων [*Substance P (SP)*, *calcitonin gene related peptide (CGRP)* and *neurokinins*] στα οποία οφείλονται τα ρινικά συμπτώματα.

Η υπερδραστηριότητα αυτή των αισθητικών νευρώνων παρατηρείται και σε παιδιά με αλλεργική ρινίτιδα. Αν και ο μηχανισμός δεν έχει διευκρινιστεί πλήρως, στα παιδιά αυτά παρατηρείται συγχρόνως ανοσολογική (IgE και μη-IgE) και νευροενδοκρινολογική απάντηση σε επαφή με κάποιο ερέθισμα. Η μικτή ή επικαλυπτόμενη ρινίτιδα (αλλεργική και μη αλλεργική) δεν είναι συχνή στα παιδιά αλλά όταν υπάρχει χαρακτηρίζεται από επιμέμοντα ρινικά συμπτώματα. Οι περιπτώσεις αυτές παρουσιάζουν τυπική αλλεργική ρινίτιδα αλλά επιπλέον ταλαιπωρούνται από αγγειοκινητική ή ερεθιστική ρινίτιδα.

Η αξιολόγηση του παιδιού με ρινικά συμπτώματα που προβληματίζουν αποτελεί ουσιαστικό βήμα για τις περαιτέρω θεραπευτικές επιλογές. Το ιστορικό και κυρίως η καταγραφή των συμπτωμάτων σε συνδυασμό με τις συνθήκες στις οποίες παρουσιάζονται κατευθύνουν το εργαστηριακό έλεγχο και την τελική διάγνωση. Αρκετές φορές, χρειάζεται μακροχρόνια παρακολούθηση των συμπτωμάτων ώστε να διαπιστωθεί ο πραγματικός αιτιολογικός παράγοντας. Η μύτη ως πρώτο όργανο του αναπνευστικού συστήματος και ως ο συνδετικός κρίκος μεταξύ εξωτερικού και εσωτερικού αερο-περιβάλλοντος, λειτουργεί ως συναγερμός παρουσίας ανοσολογικών, μηχανικών ή

νευροενδοκρινικών διαταραχών και κάθε σύμπτωμα που επιμένει θα πρέπει να αξιολογείται.

Βιβλιογραφία

1. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2013; 68: 1102-1116
2. Poddighe D, Gelardi M, Licari A, Del Giudice MM, Marseglia GL. Non-allergic rhinitis in children: Epidemiological aspects, pathological features, diagnostic methodology and clinical management. *World J Methodol* 2016;26:200-213.
3. Rotiroti G, Roberts G, Scadding GK. Rhinitis in children: common clinical presentations and differential diagnoses. *Pediatr Allergy Immunol* 2015; 26: 103-110.
4. Chawes BL. Upper and lower airway pathology in young children with allergic- and non-allergic rhinitis. *Dan Med Bull* 2011; 58: B4278.
5. Rondón C, Campo P, Togias A, Fokkens WJ, Durham SR, Powe DG, Mullol J, Blanca M. Local allergic rhinitis: concept, pathophysiology, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2012; 129: 1460-1467.

Πίνακας 1. Παράγοντες υπεύθυνοι για χρόνια ρινίτιδα στα παιδιά και στους εφήβους		
Εξωτερικοί	λοιμώξεις	Βακτήρια Ιοί Μύκητες
	αλλεργιογόνα	Μύκητες, ακάρεια, κατοικίδια γύρεις
	Περιβαλλοντικοί	Κάπνισμα Υγρασία Κατοικίδια Αλλαγές θερμοκρασίας Αρώματα Καυτερά φαγητά Επαγγελματικά υλικά
εσωτερικοί	Μηχανική απόφραξη	Συγγενείς στενώσεις Υπερτροφία αδενοειδών Υπερτροφία αμυγδαλών
	Ανοσοανεπάρκεια	Χυμική Κυτταρική
	Ορμονική ανισορροπία	Άγχος άσκηση Εφηβεία Εγκυμοσύνη