Πετρίδης Δημήτριος Ιατρός, ΩΡΛ, Θεσσαλονίκη

Δημήτριος Ν. Γκέλης, Ιατρός ΩΡΛ, Κόρινθος

Το μπούκωμα της μύτης είναι ένα από τα συνηθισμένα συμπτώματα της ατοπικής ρινίτιδας. Οι ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα χαρακτηρίζονται ως συμφορητικοί (blockers), αν κυριαρχεί το μπούκωμα της μύτης, ως ρινορροϊκοί αν κυριαρχεί η ρινόρροια και ως πταρμικοί αν κυριαρχούν οι πταρμοί. Οι περισσότεροι ασθενείς με αλλεργική ρινίτιδα που προκαλείται με τη μεσολάβηση I
gE
ανοσοσφαιρινών παραπονούνται με το επικρατούν επίμονο σύμπτωμα και αυτό είναι το μπούκωμα. Εκτός από την αλλεργική όμως ρινίτιδα με μπούκωμα συνήθως συνοδεύεται και η μη αλλεργική ρινίτιδα, η ρινίτιδα των εγκύων κλπ.

Η ρινική συμφόρηση συνήθως διαρκεί περισσότερο από τα άλλα συμπτώματα της ατοπικής ρινίτιδας και θεραπεύεται πιο δύσκολα απο τους πταρμούς, τη ρινόρροια και τον κνησμό. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι η ρινική συμφόρηση προκαλείται με τη μεσολάβηση αρκετών χημικών μεσολαβητών.

Η ρινική συμφόρηση δημιουργείται από το γεγονός ότι η αγγειακή διαπερατότητα των αγγείων του ρινικού βλεννογόνου προκαλεί συλλογή οιδηματικού υγρού στο βλεννογόνο, συμβάλλοντας ταυτόχρονα και στην αύξηση των ρινικών εκκρίσεων. Η αύξηση της αγγειακής διαπερατότητας προκαλείται από τη δράση των αγγειοδραστικών αμινών, όπως

η ισταμίνη (μέσω Η1 υποδοχέων), οι προσταγλανδίνες, λευκοτριένια, βραδυκινίνη, ο ενερ-γοποιητικός παράγοντας των αιμοπεταλίων (PAF) και δευτεροπαθώς απο την έκλυση νευροπεπτιδίων στα ενδοθηλιακά κύτταρα των επιπολής μετατριχοειδών φλεβιδίων. [1, 2].

Οι όψιμες αντιδράσεις της αλλεργίας (Late phase reactions) προκαλούνται από χημικούς μεσολαβητές που παράγονται από τα φλεγμονώδη κύτταρα του ρινικού βλεννογόνου, συνεπεία της φλεγμονώδους απόκρισης, που μπορεί να παρατηρηθεί μετά από μερικές ώρες μιας δοκιμασίας ρινικής πρόκλησης με κάποιο εισπνεόμενο αλλεργιογόνο και εκδηλώνονται με ρινική συμφόρηση και την παρουσία αυξημένης διήθησης του ρινικού βλεννογόνου με ηωσινόφιλα, ουδετερόφιλα, βασεόφιλα και λεμφοκύτταρα.

Εξαιτίας των ανωτέρω η εφαρμογή μιας μόνον θεραπείας, η οποία μπορεί να είναι πολύ αποτελεσματική στον έλεγχο του πταρμού, του κνησμού και της ρινόρροιας συνήθως δεν είναι επαρκής στην ανακούφιση της ρινικής απόφραξης. Αμέσως μετά την *επαφή* του βλεννογόνου της μύτης με το αλλεργιογόνο απελευθερώνεται ισταμίνη από τα μαστοκύτταρα του βλεννογόνου και του υποβλεννογόνιου χιτώνα και τούτο προκαλεί, μέσω διεγέρσεως των
Η
1 υποδοχέων των αισθητικών νευρικών απολήξεων, μια σειρά συμπτωμάτων.

Η ρινική απόφραξη εμφανίζεται μετά από πέντε λεπτά, δηλαδή λίγο αργότερα από τον πταρμό, τον κνησμό και τη ρινόρροια και βαθμιαία αυξάνει μέχρις ότου φθάσει το μέγιστον, μετά από ένα χρονικό διάστημα, που ποικίλλει από ασθενούς σε ασθενή. Τούτο δεν οφείλεται μόνον στην ισταμίνη, διότι η ισταμίνη προκαλεί μια συμφόρηση βραχείας διαρκείας. Μετά από 10 έως 20 λεπτά τα λευκοτριένια και σε μικρότερη έκταση οι προσταγλανδίνες και ο PAF συμβάλλουν επίσης στη διαδικασία της φλεγ-μονής, η οποία οδηγεί στη συμφόρηση.

Οι χημικοί μεσολαβητές, είτε οι προσχηματισμένοι, είτε οι νεοσχηματισμένοι, συμμετέχουν στην αλλερ-γική αντίδραση, μερικοί από αυτούς όπως η ισταμίνη στην αρχική φάση, οι νεοσχηματιζόμενοι καθώς και το συμπλήρωμα, στην όψιμη φάση.

Η χορήγηση λοιπόν των αντιισταμινικών τοπικά ή συστηματικά είναι λιγότερο αποτελεσματική στη ρινική συμφόρηση, ενώ είναι συνήθως πολύ αποτελεσματική στα άλλα συμπτώματα της αλλεργικής ρινίτιδας, τα οποία προκαλούνται κυρίως από την ισταμίνη.

Τα μη στεροειδή αντιφλεγμονώδη φάρμακα - με αντιπροσταγλανδινική δραστηριότητα δεν επηρεά-ζουν τα συμπτώματα της ρινικής αλλεργίας. Τα λευκοτριένια παίζουν έναν σημαντικό ρόλο στην παθογένεση της αλλεργικής ρινίτιδας. Ο ανταγωνιστής των υποδοχέων 1 του κυστεϊνυλικού λευκοτριενίου (a cysteinyl leukotriene receptor 1-antagonist) μοντελουκάστη σε δόση 5 και 10
mg
δείχνει κλινικής σημασίας αποτελεσματικότητα της εποχιακής αλλεργικής ρινίτιδας [3].Η χρησιμοποίηση της ρουπαταδίνης , ενός νέου αντιισταμινικού με αντι-
PAF
ιδιότητες φαίνεται αποτελεσματική στην αντιμετώπιση των συμπτωμάτων της αλλεργικής ρινίτιδας σε άτομα άνω των 12 ετών [4].

Τα φλεγμονώδη κύτταρα, όπως τα ηωσινόφιλα, βασεόφιλα, ουδετερόφιλα, κλπ., είναι τα πιό σημαντικά στοιχεία της όψιμης φάσης της αλλερ-γικής αντίδρασης, καθώς και η ενεργοποίηση του συμπληρώματος. Τα φλεγμονώδη κύτταρα έλκονται στο σημείο της αλλεργικής αντίδρασης από χημειοτακτικούς παράγοντες, όπου απελευθερώνουν τους χημικούς μεσο-λαβητές και προκαλούν μια σημαντική φλεγμονώδη αντίδραση και σχηματισμό οιδήματος.

Τα τοπικά κορτικοστεροειδή (π.χ. βουδεσονίδη, φλουνισολίδη, φλουτικασόνη, μπεκλομεθαζόνη, τριαμσινολόνη κτλ.) με την ισχυρή αντιφλεγμονώδη δράση τους, σε αυτό το στάδιο έχουν τα καλύτερα αποτελέσματα, αναστέλλοντας τα συμπτώματα, μεταξύ των ο-ποίων το κυριότερο είναι η ρινική συμφόρηση, ιδίως σε ασθενείς με μέτρια προς σοβαρή αλλεργική ρινίτιδα [5]. Η επιτυχία των τοπικών κορτικοστεροειδών, οφείλεται στο ότι καταστέλλουν τη φλεγμονώδη διερ-γασία της ρινίτιδας. Τα συστηματικά κορτικοστεροειδή είναι αποτελεσματικά, αλλά χορηγούνται για σύντομο χρονικό διάστημα.

Συμπτωματική ανακούφιση της ρινικής συμφόρησης μπορεί να προκα-λέσουν οι α-αδρενεργικοί αγωνιστές, όπως η οξυ- και ξυλομεταζολίνη και οι απελευθερωτές αδρεναλίνης, όπως η εφεδρίνη και η αμφεταμίνη. Τα φάρμακα αυτά δεν μπορούν να χορηγηθούν πέραν των 3-4 ημερών, διότι δημιουργούν φαινόμενα εξάρτησης, δημιουργία φαρμακευτικής ρινίτιδας, πράγμα που σημαίνει ότι για να ξεμπουκώσει η μύτη πρέπει να ψεκαστεί με το τοπικό αποσυμφορητικό. Η μακρόχρονη χρήση των τοπικών αποσυμφορητικών μπορεί να βλάψει το βλεννοκροσσωτό επιθήλιο.

Τα αντιχολινεργικά φάρμακα όπως το βρωμιούχο ιπρατρόπιο ανακό-πτουν τη ρινόρροια, όχι όμως και τη ρινική συμφόρηση. Τούτο οφείλεται στο γεγονός ότι στις μεταγαγγλιακές παρασυμπαθητικές νευρικές α-πολήξεις, η ακετυλχολίνη είναι ο υπεύθυνος χημικός μεσολαβητής για τη διέγερση των οροβλεννογονίων αδένων, ενώ το VIP (αγγειοσπλαγχνικό πεπτίδιο) προκαλεί αγγειοδιαστολή.

Η ρινική συμφόρηση που είναι ανθεκτική στη διαθέσιμη φαρμακοθεραπεία μπορεί να αντιμετωπιστεί με γαλβανοκαυτηρίαση ή κρυοθεραπεία, υπερηχοπηξία [6] ή υπερερυθροπηξία με τη χρήση υπερύθρων ακτίνων [7] των κάτω ρινικών κογχών, διότι με αυτόν τον τρόπο προκαλείται ίνωση στον υποβλεννογόνιο χιτώνα και μια παροδική καταστροφή των μεταγαγγλιακών παρασυμπαθητικών νευρικών απολήξεων.

Η ανοσοθεραπεία δεν προκαλεί άμεση ανακούφιση κανενός συμπτώμα-τος της ρινικής αλλεργίας. Τα αποτελέσματα της συμβατικής ενέσιμης και της υπογλώσσιας ανοσοθεραπείας εμφανίζονται μετά από πα-ρέλευση αρκετών μηνών, από την έναρξη της.

Summary.

Treatment of nasal blockage in rhinitic patients.

by Petridis Dimitrios (Oreokastron) and Gelis *N. Dimitrios (Korinthos).*

Nasal blockage is usually resistant to non-sedating antihistamines. Modern drugs such as montelukast, rupatadine may be helpful in the majority of cases. The intranasal α-adrenergic agents (e.g. oxymetazoline) may be helpful, but their use is limited due to rhinitis medicamentosa, which may induced after 3-5 days use. Severe nasal blockage is usually relieved by nasal corticosteroid application. Oral corticosteroid therapy should be reserved for patients with severe symptoms and should be administered for very short courses. Resistant cases may be treated with electrocautery, cryotherapy, ultrasound application or infrared coagulation of the head of the inferior turbinates.

Βιβλιογραφία.

1. Persson CG , Erjefält I , Alkner U , Baumgarten C , Greiff L , Gustafsson B , Luts A , Pipkorn U , Sundler F , Svensson C , et al. Plasma exudation as a first line respiratory mucosal defence. Clin Exp Allergy. 1991 Jan;21(1):17-24.

2. Raphael GD , Druce HM , Baraniuk JN , Kaliner MA . Pathophysiology of rhinitis. 1. Assessment of the sources of protein in methacholine-induced nasal secretions. Am Rev Respir Dis. 1988 Aug;138(2):413-20.

3. Okubo K , Baba K .Therapeutic effect of montelukast, a cysteinyl leukotriene receptor 1 antagonist, on Japanese patients with seasonal allergic rhinitis. Allergol Int. 2008 Sep;57(3):247-55. Epub 2008 Jul 1.

4. Valero A , de la Torre F , Castillo JA , Rivas P , Del Cuvillo A , Antépara I , Borja J , Donado E , Molà O , Izquierdo I . Safety of rupatadine administered over a period of 1 year in the treatment of persistent allergic rhinitis: a multicentre, open-label study in Spain. Drug Saf. 2009;32(1):33-42.

5. . Benninger M . Diagnosis and management of nasal congestion: the role of intranasal corticosteroids. Postgrad Med. 2009 Jan;121(1):122-31.

6. Yamanishi T , Suzuki M , Inoue H , Chiba H , Okada T . Clinical application of the Harmonic Scalpel to allergic rhinitis.
Auris Nasus Larynx.
2003 Feb;30(1):53-8.

7. Moulton-Barrett R , Passy V , Horlick D , Brauel G . Infrared coagulation of the inferior turbinate: a new treatment for refractory chronic rhinitis.
Otolaryngol Head Neck Surg.
1994 Nov;111(5):674-9.