

- EUROPEJSKIE WYTYCZNE NA TEMAT ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH I POLIPÓW NOSA 2012 (wybór)

Wytske J. Fokkens, Valerie J. Lund, Joachim Mullol, Claus Bachert i in.



W NUMERZE

EUROPEJSKIE WYTYCZNE NA TEMAT ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH I POLIPÓW NOSA 2012 (wybór)	45
Wytske J. Fokkens, Valerie J. Lund, Joachim Mullol, Claus Bachert i in.	
8. ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE OPRACOWANE NA PODSTAWIE EBM	49
8.1. WPROWADZENIE	49
8.2. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH – ZALECENIA LECZENIA DOROSŁYCH NA PODSTAWIE EBM	50
8.3. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U DZIECI – ZALECENIA LECZENIA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE EBM	52
8.4. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U DOROSŁYCH I U DZIECI – SCHEMAT LECZENIA DLA LARYNGOLOGA NA PODSTAWIE EBM	54
8.5. PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH – SCHEMAT LECZENIA DOROSŁYCH NA PODSTAWIE EBM	56
8.6. PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U MAŁYCH DZIECI – SCHEMAT LECZENIA NA PODSTAWIE EBM	65

Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski
sekretarz redakcji – dr med. Marcin Straburzyński
redaktor – mgr Dorota Polewicz

Patronat naukowy:

Klinika Otorynolaryngologii
Wydział Lekarsko-Dentystyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. dr hab. med. Antoni Krzeski

członkowie:

- prof. dr hab. med. Wojciech Golusiński
- prof. dr hab. med. Elżbieta Hassmann-Poznańska
- prof. dr hab. med. Maciej Misiołek
- prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz
- prof. dr hab. med. Jacek Składzień
- prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc

© Wydawca: RYNOLOGIA POLSKA
STOWARZYSZENIE ul. Hoża 37 lok. 5, 00-681 Warszawa

Adres korespondencyjny: Magazyn Otorynolaryngologiczny

02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości bez uzyskania
zezwolenia wydawcy jest zabronione. Wydawca nie ponosi odpowiedzialności
za treść reklam, ogłoszeń i materiałów sponsorowanych zamieszczonych
w Magazynie Otorynolaryngologicznym. Magazyn Otorynolaryngologiczny
przeznaczony jest wyłącznie dla lekarzy, którzy posiadają uprawnienia do
wystawiania recept.

Magazyn Otorynolaryngologiczny
– punktacja: KBN 3 pkt, Index Copernicus 2,10 pkt.

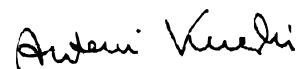
Szanowni Czytelnicy,

przed rokiem opublikowana została kolejna, druga już wersja Europejskich Wytycznych na Temat Zapalenia Zatok Przynosowych i Polipów Nosa 2012, powszechnie zwana EPOS 2012. Ten szczególny dla każdego laryngologa dokument liczy sobie 298 stron i został opracowany przez zespół 29 ekspertów z całego świata. Na podstawie analizy 2071 publikacji, które zostały wyselekcjonowane według kryteriów medycyny opartej na dowodach (evidence base medicine – EBM) powstało kompendium najbardziej współczesnej i najbardziej wiarygodnej wiedzy z zakresu zapaleń zatok przynosowych.

Dzięki życzliwości prof. Valerie J. Lund – redaktora naczelnego kwartalnika JOURNAL of RHINOLOGY, publikujemy na łamach Magazynu dwa rozdziały, które uznaliśmy za najbardziej użyteczne dla każdego laryngologa w Polsce.

Wszystkim zainteresowanym tymi zagadnieniami polecam natomiast zapoznanie się z całym dokumentem, który jest dostępny bezpłatnie na stronie www.rhinologyjournal.com

Łączę wyrazy szacunku



prof. Antoni Krzeski

Warszawa, kwiecień 2013 r.

EUROPEJSKIE WYTYCZNE NA TEMAT ZAPALENIA ZATOK PRZYNOSOWYCH I POLIPÓW NOSA 2012 (wybór)

THE EUROPEAN POSITION PAPER ON
RHINOSINUSITIS AND NASAL POLYPS 2012*

EPOS 2012

AUTORZY:

Wytske J. Fokkens (Holandia)
Valerie J. Lund (W. Brytania)
Joachim Mullol (Hiszpania)
Claus Bachert (Belgia)
Isam Alobid (Hiszpania)
Fuad Barody (USA)
Noam Cohen (USA)
Anders Cervin (Szwecja)
Richard Douglas (Nowa Zelandia)
Philippe Gevaert (Belgia)
Christos Georgalas (Holandia)
Herman Goossens (Belgia)
Richard Harvey (Australia)
Peter Hellings (Belgia)
Claire Hopkins (W. Brytania)
Nick Jones (W. Brytania)
Guy Joos (Belgia)
Livije Kalogjera (Chorwacja)
Bob Kern (USA)
Marek Kowalski (Polska)
David Price (W. Brytania)
Herbert Riechelmann (Australia)
Rodney Schlosser (USA)
Brent Senior (USA)
Mike Thomas (W. Brytania)
Elina Toskala (USA)
Richard Voegels (Brazylia)
De Yun Wang (Singapur)
Peter John Wormald (Australia)

Wprowadzenie

Zapalenie błony śluzowej nosa i zatok przynosowych stanowi poważny problem zdrowotny, który odzwierciedla wzrost występowania alergicznych nieżytów nosa i który nakłada na społeczeństwo duże obciążenia finansowe (Fokkens i in. 2007).

W ostatniej dekadzie zaobserwowano duży przyrost wytycznych, opinii i stanowisk dotyczących epidemiologii, diagnostyki i leczenia zapalenia zatok przynosowych oraz polipów nosa (Fokkens i in. 2005, 2007; Meltzer i in. 2004, 2011; Desrosiers i in. 2011). W 2005 roku został opublikowany pierwszy European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps (EPOS) (Fokkens i in. 2005, 2007). Powstanie pierwszego dokumentu uwzględniającego założenia medycyny opartej na dowodach (ang. *evidence based medicine*) zostało zainicjowane przez Europejską Akademię Alergologii i Immunologii Klinicznej (European Academy of Allergology and Clinical Immunology – EAACI). Jego celem był przegląd danych na temat zapalenia zatok przynosowych i polipów nosa oraz uściślenie rekomendacji dotyczących diagnostyki i leczenia, jak również zastanowienie się nad tym, jakie są kierunki rozwoju prac badawczych w tym zakresie. Dokument ten został zatwierdzony przez Europejskie Towarzystwo Rynologiczne (European Rhynologic Society – ERS). Zainteresowanie tematem i wzrastająca liczba nowych publikacji skłoniły nas w 2007 roku do zaktualizowania tego dokumentu: EPOS 2007 (Fokkens i in. 2007). Nowe publikacje zawierały ważne kontrolowane badania randomizowane i wypełniły luki w wiedzy, które znacząco odmieniły nasze podejście. W szczególności odegrały one ważną rolę w zrozumieniu postępowania w ostrym zapaleniu zatok przynosowych (*acute rhinosinusitis* – ARS) oraz doprowadziły do spadku liczby niepotrzebnie wykonywanych badań radiologicznych i nadużywania antybiotyków oraz zwiększenia zastosowania kortykosteroidów donosowych (Wang i in. 2011). EPOS 2007 dotarł do odbiorców na całym świecie, ale jak oczekiwano, wraz z upływem czasu pojawiły się głosy za ponownym skorygowaniem tekstu, w związku z opublikowaniem

* *Rhinology* 2012 suppl. 23: 1-298.

Przedruk za zgodą redakcji.

w nowszych doniesień. Niewątpliwie jednym z jego najważniejszych zadań było uwidocznienie braków w dowodach i zachęcenie kolegów do wypełnienia ich badaniami wysokiej jakości.

Metodologia EPOS 2012 pozostała jednak taka sama jak w dwóch poprzednich wydaniach.

Medycyna oparta na dowodach jest ważnym podłożem przygotowywania wytycznych. W 1998 r. Ośrodek Medycyny Opartej na Dowodach (CEBM) opublikował stopniowanie dowodów, które opracowano, aby pomóc klinicyście i decydom wyciągnąć jak najwięcej korzyści z dostępnej literatury. Ostatnio, w świetle nowych danych, zaktualizowano kategorie dowodów (**tab. 1**). Co więcej, zaproponowano nowe narzędzia służące do oceny jakości dowodów i siły rekomendacji. Najważniejszym z nich jest najprawdopodobniej projekt GRADE (Brożek i in. 2009). Zbierając dowody do EPOS 2012 zastosowaliśmy oryginalny format CEBM, ale planujemy stopniowo aktualizować rekomendacje kliniczne EPOS 2012 zgodnie z podejściem zaproponowanym przez grupę badawczą GRADE.

Tabela 1.1. Kategorie dowodów (Shekelle i in. 1999)

Ia	Dowód na podstawie metaanalizy kontrolowanych badań randomizowanych
Ib	Dowód z co najmniej jednego kontrolowanego badania randomizowanego
IIa	Dowód z co najmniej jednego badania kontrolowanego bez randomizacji
IIb	Dowód z co najmniej jednego innego typu badania (quasi-eksperymentalnego)
III	Dowód z niedoświadczalnych badań opisowych, takich jak badania porównawcze, korelacje i badania przypadków
IV	Dowody z raportów komisji ekspertów lub opinie i doświadczenie kliniczne szanowanych autorytetów lub obydwu.

Tabela 1.2. Siła rekomendacji

A	Poparcie dowodami I kategorii
B	Poparcie dowodami II kategorii lub oparte na dowodach I kategorii
C	Poparcie dowodami III kategorii lub oparte na dowodach I lub II kategorii
D	Poparcie dowodami IV kategorii lub oparte na dowodach I, II lub III kategorii.

Założeniem EPOS 2012 jest przedstawienie współczesnego stanu wiedzy, przeznaczonego dla lekarzy specjalistów oraz lekarzy ogólnych, mające na celu:

- zaktualizowanie wiedzy na temat zapalenia zatok przynosowych i polipów nosa;
- zestawienie opartego na dowodach przeglądu metod diagnostycznych;
- zestawienie opartego na dowodach przeglądu dostępnych sposobów leczenia;
- zaproponowanie usystematyzowanego podejścia w postępowaniu z chorobą;
- zaproponowanie wytycznych dotyczących stosowanych pojęć i wyników badań w różnych grupach.

W całości dokument stał się bardziej spójny, niektóre rozdziały zostały znacząco poszerzone, a inne dodane. I co więcej, wkład ogólnoswiatowy poszerzył naszą wiedzę i zrozumienie choroby. Jedną z najważniejszych nowych danych z ostatnich lat jest informacja na temat występowania przewlekłego zapalenia zatok przynosowych (PZZP) w Europie. Wcześniej opieraliśmy się na danych ze Stanów Zjednoczonych wynoszących 14% występowania w populacji. Najpierw zaktualizowaliśmy kryteria epidemiologiczne EPOS 2007 dla przewlekłego zapalenia zatok przynosowych. Wykazaliśmy, że definicja EPOS dla PZZP, opierająca się na objawach, ma dla badań epidemiologicznych umiarkowaną wiarygodność w czasie, nie różni się pomiędzy ośrodkami, nie zmienia się w zależności od występowania alergicznego nieżyty nosa i jest wystarczająca do oceny występowania PZZP w zależności od obszarów geograficznych (Tomassen i in. 2011). Następnie, w ramach badania GA(2)LEN wśród 19 ośrodków w 12 krajach, obejmujących ponad 50 000 respondentów, przeprowadzono duże badanie epidemiologiczne, w którym zastosowano kryteria EPOS w celu oceny zróżnicowania występowania PZZP w Europie. Powszechne występowanie oceniono na 10,9% z wyraźnym zróżnicowaniem geograficznym (w zakresie 6,9–27,1) (Hastan i in. 2011). Wykazano silny związek pomiędzy astmą a PZZP we wszystkich grupach wiekowych i związek ten był silniejszy u pacjentów ze współistniejącym PZZP i alergicznym nieżytem nosa (skorygowany OR – iloraz szans: 11,85). Dodatnią korelację pomiędzy PZZP a późnym występowaniem astmy stwierdzono, gdy nie współwystępowały alergię nosowe (Jarvis i in. 2012).

W EPOS 2012 dokonaliśmy bardziej stanowczego rozgraniczenia pomiędzy PZZP z polipami i bez polipów nosa (Van Crombruggen i in 2010). Pomimo że profil zapalny, obraz kliniczny i efekty

leczenia tych dwóch jednostek się nakładają (Fokkens i in. 2007; Ragab i in. 2004, 2010; Cho i in. 2012; Ebbens i in. 2010; van Drunen i in. 2009; DeMarcantonio i in. 2011), ostatnie doniesienia wykazują różnice w profilach zapalnych (Zhang i in. 2008; Zhang i in. 2009; Tan i in. 2011; Keswani i in. 2012; Kern i in. 2008; Tomassen i in. 2011) oraz w wynikach ich leczenia (Ebbens i in. 2011). Z tego powodu rozdziały dotyczące leczenia podzielono na ostre zapalenia zatok przynosowych, PZZP bez polipów oraz

PZZP z polipami. Dodatkowo rozdziały dotyczące ostrego i przewlekłego zapalenia zatok przynosowych u dzieci zostały całkowicie skorygowane przez włączenie nowych dowodów.

Mamy szczerą nadzieję, że dzieło EPOS będzie nadal bodźcem przyczyniającym się do wprowadzania wysokiej jakości postępowania leczniczego jak i badań naukowych, w tym tak częstym i trudnym zakresie stanów zapalnych.

tłumaczenie: dr med. Eliza Brożek-Mądry

PIŚMIENNICTWO

- Brozek J.L., Akl E.A., Alonso-Coello P., Lang D., Jaeschke R., Williams J.W. i in. (2009) Grading quality of evidence and strength of recommendations in clinical practice guidelines. Part 1 of 3. An overview of the GRADE approach and grading quality of evidence about interventions. *Allergy*. May; 64(5): 669-677.
- Cho S.H., Hong S.J., Han B., Lee S.H., Suh L., Norton J. i in. (2012) Age-related differences in the pathogenesis of chronic rhinosinusitis. *The Journal of allergy and clinical immunology*. Jan 9.
- DeMarcantonio M.A., Han J.K. (2011) Nasal polyps: pathogenesis and treatment implications. *Otolaryngologic clinics of North America*. Jun; 44(3): 685-695.
- Desrosiers M., Evans G.A., Keith P.K., Wright E.D., Kaplan A., Bouchard J. i in. (2011) Canadian clinical practice guidelines for acute and chronic rhinosinusitis. *Journal of otolaryngology - head and neck surgery = Le Journal d'otorhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale*. May; 40 Suppl. 2: 99-193.
- Ebbens F.A., Toppila-Salmi S.K., Renkonen J.A., Renkonen R.L., Mullol J., van Drunen C.M. i in. (2010) Endothelial L-selectin ligand expression in nasal polyps. *Allergy*. Jan; 65(1): 95-102.
- Ebbens F.A., Toppila-Salmi S., de Groot E.J., Renkonen J., Renkonen R., van Drunen C.M. i in. (2011) Predictors of post-operative-response to treatment: a double blind placebo controlled study in chronic rhinosinusitis patients. *Rhinology*. Oct; 49(4): 413-409.
- Fokkens W., Lund V., Bachert C., Clement P., Hellings P., Holmstrom M. i in. (2005) EAAACI position paper on rhinosinusitis and nasal polyps executive summary. *Allergy*. May; 60(5): 583-601.
- Fokkens W., Lund V., Bachert C., Clement P., Hellings P., Holmstrom M. i in. (2005) European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinol Suppl.* (18): 1-87.
- Fokkens W., Lund V., Mullol J. (2007) European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. *Rhinol Suppl.* (20): 1-136.
- Fokkens W., Lund V., Mullol J. (2007) EP³OS 2007: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. A summary for otorhinolaryngologists. *Rhinology*. Jun; 45(2): 97-101.
- Hastan D., Fokkens W.J., Bachert C., Newson R.B., Bislimovska J., Bockelbrink A. i in. (2011) Chronic rhinosinusitis in European underestimated disease. A GA(2)LEN study. *Allergy*. Sep; 66(9): 1216-1223.
- Jarvis D., Newson R., Lotvall J., Hastan D., Tomassen P., Keil T. i in. (2012) Asthma in adults and its association with chronic rhinosinusitis: the GA2LEN survey in Europe. *Allergy*. Jan; 67(1): 91-98.
- Kern R.C., Conley D.B., Walsh W., Chandra R., Kato A., Tripathi-Peters A. i in. (2008) Perspectives on the etiology of chronic rhinosinusitis: an immune barrier hypothesis. *American journal of rhinology*. Nov-Dec; 22(6): 549-559.
- Keswani A., Chustz R.T., Suh L., Carter R., Peters A.T., Tan B.K. i in. (2012) Differential expression of interleukin-32 in chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps. *Allergy*. Jan; 67(1): 25-32.
- Meltzer E.O., Hamilos D.L. (2011) Rhinosinusitis diagnosis and management for the clinician: a synopsis of recent consensus guidelines. *Mayo Clinic proceedings Mayo Clinic*. May; 86(5): 427-443.
- Meltzer E.O., Hamilos D.L., Hadley J.A., Lanza D.C., Marple B.F., Nicklas R.A. i in. (2004) Rhinosinusitis: establishing definitions for clinical research and patient care. *The Journal of allergy and clinical immunology*. Dec; 114(6 Suppl.): 155-212.
- Ragab S.M., Lund V., Scadding G. (2004) Evaluation of the medical and surgical treatment of chronic rhinosinusitis: a prospective, randomised, controlled trial. *The Laryngoscope*; 114(5): 923-930.
- Ragab S.M., Lund V., Scadding G., Saleh H.A., Khalifa M.A. (2010) Impact of chronic rhinosinusitis therapy on quality of life: A prospective randomized controlled trial. *Rhinology*; 48(3): 305-311.
- Shekelle P.G., Woolf S.H., Eccles M., Grimshaw J. (1999) Developing clinical guidelines. *West J. Med*. Jun; 170(6): 348-351.
- Tan B.K., Li Q.Z., Suh L., Kato A., Conley D.B., Chandra R.K. i in. (2011) Evidence for intranasal antinuclear autoantibodies in patients with chronic rhinosinusitis with nasal polyps. *The Journal of allergy and clinical immunology*. Oct. 12.
- Tomassen P., Van Zele T., Zhang N., Perez-Novo C., Van Bruaene N., Gevaert. i in. (2011) Pathophysiology of chronic rhinosinusitis. *Proceedings of the American Thoracic Society*. Mar; 8(1): 115-120.
- Tomassen P., Newson R.B., Hoffmans R., Lotvall J., Cardell L.O., Gunnbjornsdottir M. i in. (2011) Reliability of EP³OS symptom criteria and nasal endoscopy in the assessment of chronic rhinosinusitis-a GA(2) LEN study. *Allergy*. Apr; 66(4): 556-561.
- Wang D.Y., Wardani R.S., Singh K., Thanaviratnanich S., Vicente G., Xu G. i in. (2011) A survey on the management of acute rhinosinusitis among Asian physicians. *Rhinology*. Sep; 49(3): 264-271.
- Van Crombruggen K., Van Bruaene N., Holtappels G., Bachert C. (2010) Chronic sinusitis and rhinitis: Clinical terminology Chronic Rhinosinusitis further supported. *Rhinology*. Mar 2; 48(1): 54-58.
- Van Drunen C.M., Reinartz S.M., Wigman J., Fokkens W. (2009) Inflammation in Chronic Rhinosinusitis and Nasal Polyposis. *Immunology and allergy clinics of North America*; 29.
- Zhang N., Van Zele T., Perez-Novo C., Van Bruaene N., Holtappels G., DeRuyck N. i in. (2008) Different types of T-effector cells orchestrate mucosal inflammation in chronic sinus disease. *The Journal of allergy and clinical immunology*. Nov; 122(5): 961-968.
- Zhang X.H., Lu X., Long X.B., You X.J., Gao Q.X., Cui Y.H. i in. (2009) Chronic rhinosinusitis with and without nasal polyps is associated with decreased expression of glucocorticoid-induced leucine zipper. *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. May; 39(5): 647-654.

EPOS 2012

8. ALGORYTMY DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE OPRACOWANE NA PODSTAWIE EBM*

8.1. Wprowadzenie.

Przedstawione algorytmy są rezultatem krytycznej analizy dostępnych faktów naukowych. W tabelach podano kategorie dowodów dla badań z pozytywnym wynikiem i dobrze przeprowadzonych badań z negatywnym wynikiem. Na przykład badanie Ib(-) w tabeli oznacza dobrze przeprowadzone badanie (Ib) z negatywnym

wynikiem. Została również podana siła zaleceń dla dostępnej terapii. W kolumnie „istotność” zostało podane czy grupa autorów uważa, że proponowane leczenie jest istotne we wskazanej chorobie. Od czasu ukazania się EPOS 2007 wzrosła ilość danych na temat patofizjologii, diagnostyki i leczenia zapalenia zatok przynosowych.

Tabela 8.1. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych ostrego zapalenia zatok przynosowych u dorosłych na podstawie EBM

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustnie	Ia	A	w ABRS*
Glikokortykosteroid donosowy	Ia	A	tak, głównie w powirusowym ARS**
Połączenie donosowego glikokortykosteroidu i antybiotyku doustnego	Ia	A	tak, w ABRS
Glikokortykosteroid doustny dodany do antybiotyku	Ia	A	w ABRS
Doustny lek antyhistaminowy połączony z analgetykiem i lekiem przeciwobrzękowym	Ia	A	tak, w wirusowym ARS
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ia	A	tak
Leki obkurczające	brak danych o leczeniu przy pomocy jedynie tego leku	D	nie
Mukolityk	brak danych	D	nie
Bromek iprapropium	Ia	A	w wirusowym ARS
Probiotyki	Ia	A	w zapobieganiu ARS
Cynk	Ia	C	nie
Witamina C	Ia	C	nie
Echinacea	Ia	C	nie
Fitoterapia (związki pelargonii, myrtol)	Ib	A	w wirusowym i powirusowym ARS
Aspiryna (niesteroidowe leki przeciwzapalne)	Ib	A	tak, w wirusowym i powirusowym ARS
Acetaminofenon (paracetamol)	Ib	A	tak, w wirusowym ARS
Doustne leki przeciwhistaminowe stosowane u pacjentów z alergią	Ib (1 badanie)	B	nie
Inhalacje parą	Ia(-)***	A(-)****	nie
Kromony	Ib(-)*****	A(-)	nie

*ABRS (*acute bacterial rhinosinusitis*) – ostre bakteryjne zapalenie zatok przynosowych

**ARS (*acute rhinosinusitis*) – ostre zapalenie zatok przynosowych

***Ia(-) kategoria Ia udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

****A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie** jest wskazany

*****Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

*EBM (Evidence Based Medicine) – medycyna oparta na dowodach

Jednakże podczas opracowywania tabel z różnymi formami terapii mogło się zdarzyć, że pomimo dobrze przeprowadzonego badania Ib nie przedstawiono istotnego zysku z badania. Podobnie, wyniki wydają się niejednoznaczne lub pozytywne wyniki mogą być podważone

z uwagi na niewielką liczbę pacjentów biorących udział w badaniu. W takich przypadkach, po szczegółowej dyskusji, grupa EPOS uznała, że nie ma aktualnie dowodów, aby zalecać te sporne/niejednoznaczne rekomendacje.

8.2. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH ZALECENIA LECZENIA DOROSŁYCH NA PODSTAWIE EBM

8.2.1. Definicje.

8.2.1.1. Ostre zapalenie zatok przynosowych (*acute rhinosinusitis* – ARS) u dorosłych jest definiowane jako nagłe wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub wydzielina z nosa (katar przedni/tylny):

- +/- ból/uczucie rozpięcia twarzy;
- +/- zaburzenia węchu;
- czas trwania < 12 tygodni;
- z okresami bezobjawowymi, jeżeli problem ma charakter nawrotowy;
- z możliwością konsultacji telefonicznej lub wywiadem bezpośrednim uwzględniającym pytania w kierunku objawów alergicznych (tj. kichanie, wodnisty wyciek z nosa, świąd nosa oraz oczu z łzawieniem).

ARS może wystąpić raz lub kilka razy w określonym czasie. Z reguły ARS jest wyrażane w epizodach/rok, ale pomiędzy epizodami objawy muszą zupełnie ustąpić, aby rozpoznać prawdziwe nawrotowe ARS.

8.2.1.2. Przeziębienie/ostre wirusowe zapalenie zatok przynosowych jest definiowane jako utrzymywanie się objawów poniżej 10 dni.

8.2.1.3. Ostre powirusowe zapalenie zatok przynosowych jest definiowane jako narastanie objawów po 5 dniach lub utrzymywanie się objawów po 10 dniach z całkowitym czasem trwania poniżej 12 tygodni.

8.2.1.4. Ostre bakteryjne zapalenie zatok przynosowych (*acute bacterial rhinosinusitis* – ABRS) jest definiowane po wystąpieniu co najmniej 3 objawów:

- przebarwiony katar* (z jednostronną przewagą) i ropną wydzieliną w jamach nosa;
- silny ból miejscowy (z jednostronną przewagą);
- gorączka (> 38°C);
- podwyższone OB/CRP;
- „nawrót dolegliwości” (tzn. pogorszenie po wstępnej, łagodnej fazie choroby).

8.2.2. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z ostrym zapaleniem zatok przynosowych w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie EBM.

8.2.2.1. Rozpoznanie.

Ustalone na podstawie objawów, nie ma potrzeby stosowania diagnostyki radiologicznej.

Badanie przeglądowe RTG nie jest zalecane.

Objawy:

nagłe wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):

- +/- ból/uczucie rozpięcia twarzy;
- +/- zaburzenia węchu.

Badanie:

- jam nosa (obrząk, zaczerwienienie, treść ropna);
 - jamy ustnej (katar tylny – spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła).
- Należy wykluczyć schorzenia zębów.

*ang. *discoloured discharge*

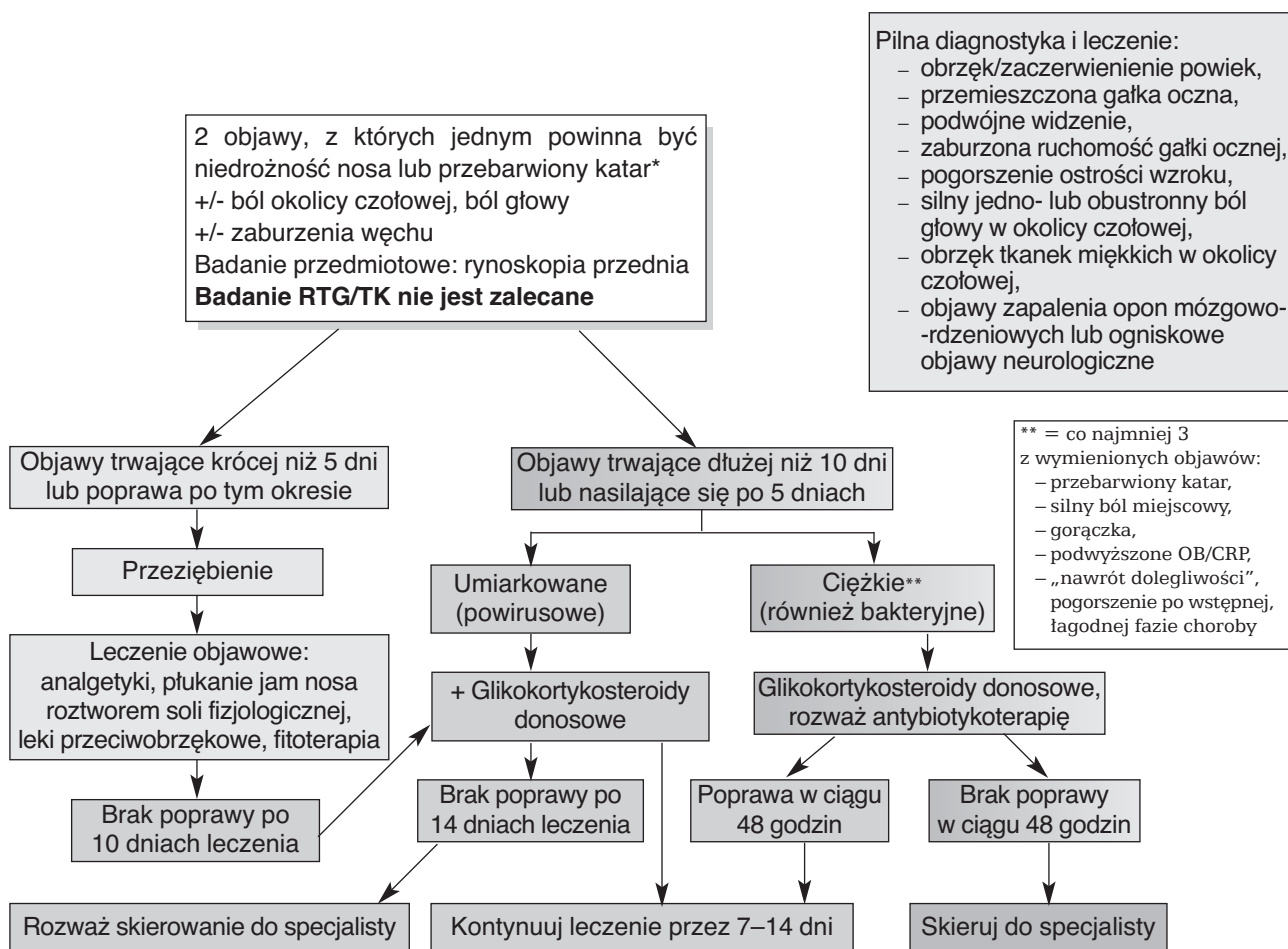
8.2.2.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w ostrym zapaleniu zatok przynosowych u dorosłych zostały przedstawione w tabeli 8.1. Schemat leczenia pokazano na rycinie 8.1.:

- łagodne objawy (wirusowe, przeziębienie):
zaczniij od leczenia objawowego: analgetyki, płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej, leki przeciwobrzękowe, fitoterapia;

- umiarkowane (powirusowe): dodaj glikokortykosteroidy donosowe;
- ciężkie (również bakteryjne): dodaj glikokortykosteroidy donosowe, rozważ antybiotyki.

OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH SCHEMAT LECZENIA DOROSŁYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ (EPOS 2012)



*ang. discoloured discharge

Ryc. 8.1. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z ostrym zapaleniem zatok przynosowych w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie EBM.

8.3. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U DZIECI ZALECENIA LECZENIA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ NA PODSTAWIE EBM

8.3.1. Definicje.

8.3.1.1. Ostre zapalenie zatok przynosowych (*acute rhinosinusitis* – ARS) u dzieci jest definiowane jako nagłe wystąpienie 2 lub więcej objawów:

- niedrożność nosa;
- lub przebarwiony katar*;
- lub kaszel (w ciągu dnia lub w nocy)
czas trwania < 12 tygodni;

z okresami bezobjawowymi, jeżeli problem ma charakter nawrotowy; z możliwością konsultacji telefonicznej lub wywiadem bezpośrednim uwzględniającym pytania w kierunku objawów alergicznych (tj. kichanie, wodnisty wyciek z nosa, świąd nosa oraz oczu z łzawieniem). ARS może wystąpić raz lub kilka razy w określonym czasie. Z reguły ARS jest wyrażane w epizodach/rok, ale pomiędzy epizodami objawy muszą zupełnie ustąpić, aby rozpoznać prawdziwe nawrotowe ARS.

8.3.1.2. Przeziębienie/ostre wirusowe zapalenie zatok przynosowych jest definiowane jako utrzymywanie się objawów poniżej 10 dni.

8.3.1.3. Ostre powirusowe zapalenie zatok przynosowych jest definiowane jako narastanie objawów po 5 dniach lub utrzymywanie się objawów po 10 dniach z całkowitym czasem trwania poniżej 12 tygodni.

8.3.1.4. Ostre bakteryjne zapalenie zatok przynosowych (*acute bacterial rhinosinusitis* – ABRS) jest definiowane jako obecność co najmniej 3 objawów:

- przebarwiony katar* (z jednostronną przewagą) i ropną wydzieliną w jamach nosa;
- silny ból miejscowy (z jednostronną przewagą);
- gorączka (> 38°C);
- podwyższone OB/CRP;
- „nawrót dolegliwości” (tzn. pogorszenie po wstępnej, łagodnej fazie choroby).

*ang. *discoloured discharge*

Tabela 8.2. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla dzieci chorych na ostre zapalenie zatok przynosowych na podstawie EBM

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustnie	Ia	A	tak, w ABRS*
Glikokortykosteroid donosowy	Ia	A	tak, głównie w powirusowym ARS**, badania dotyczyły jedynie dzieci powyżej 12 r.ż.
Połączenie donosowego glikokortykosteroidu i antybiotyku doustnego	Ia	A	tak, w ABRS
Mukolityk (erdosteina)	Ib(-)****	A(-)***	nie
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	IV	D	tak
Doustne leki przeciwhistaminowe	IV	D	nie
Leki obkurczające	IV	D	nie

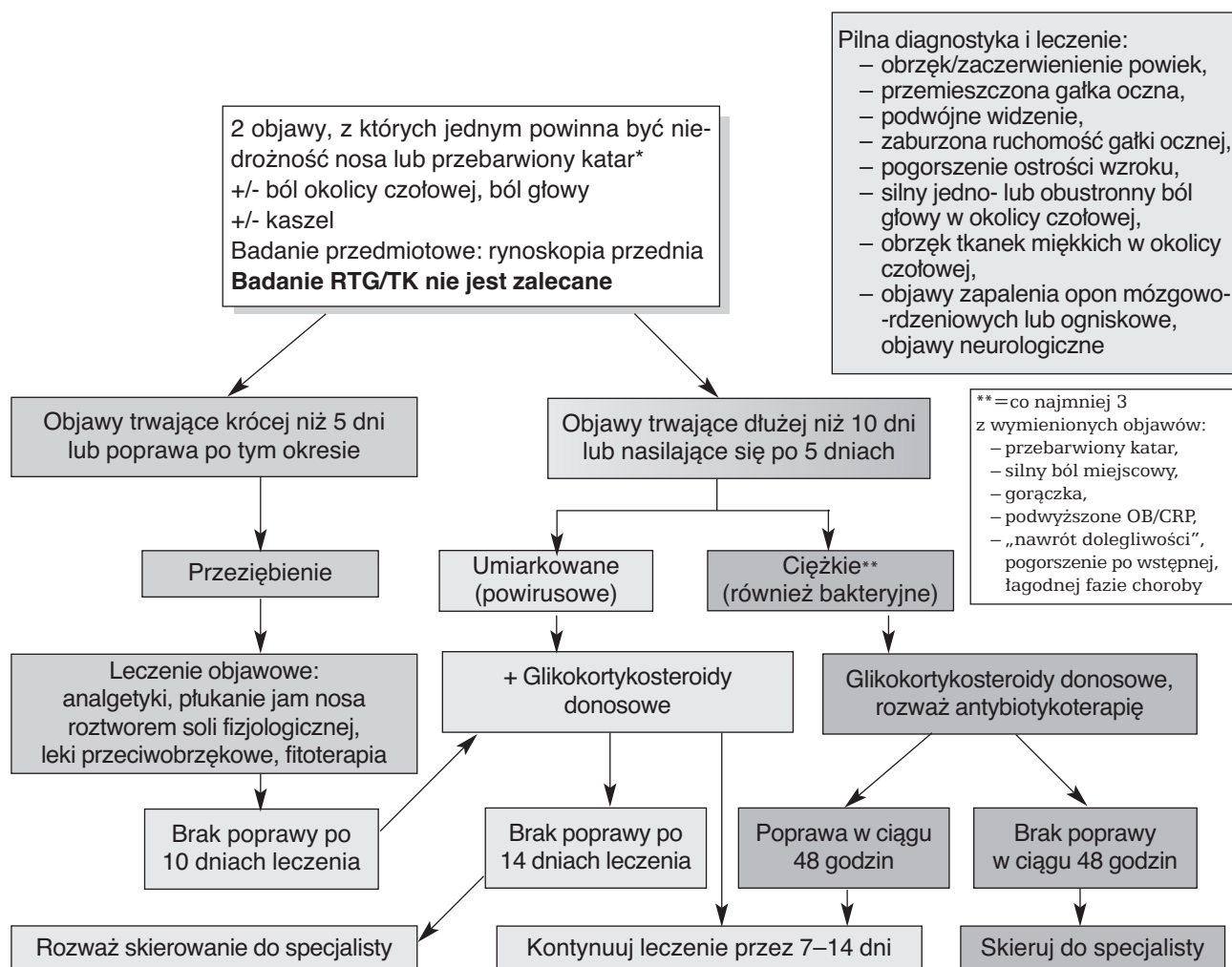
*ABRS (*acute bacterial rhinosinusitis*) – ostre bakteryjne zapalenie zatok przynosowych

**ARS (*acute rhinosinusitis*) – ostre zapalenie zatok przynosowych

***A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie** jest wskazany

****Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH
SCHEMAT LECZENIA DZIECI W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
(EPOS 2012)



*ang. *discoloured discharge*

Ryc. 8.2. Schemat leczenia dzieci z ostrym zapaleniem zatok przynosowych na podstawie EBM.

8.3.2. Schemat leczenia dzieci z ostrym zapaleniem zatok przynosowych w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie EBM.

8.3.2.1. Rozpoznanie.

Objawy:
 nagłe wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):
 +/- ból/uczucie rozpierania twarzy;
 +/- kaszel.

Badanie (jeżeli objawy są stwierdzone):
 – jam nosa (obrzęk, zaczerwienienie, treść ropna);

– jamy ustnej (katar tylny – sływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła).
 Należy wykluczyć schorzenia zębów.

Badanie przeglądowe RTG nie jest zalecane. Badanie TK nie jest zalecane, chyba że wystąpią dodatkowe problemy, takie jak:
 – bardzo silne zaostrzenie choroby;
 – pacjenci z obniżoną odpornością;
 – objawy powikłań.

8.3.2.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w ostrym zapaleniu zatok przynosowych u dzieci zostały przedstawione w tabeli 8.2. Schemat leczenia pokazano na rycinie 8.2.

8.4. OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U DOROSŁYCH I U DZIECI SCHEMAT LECZENIA DLA LARYNGOLOGA NA PODSTAWIE EBM

8.4.1. Rozpoznanie.

Objawy:

nagle wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):

- +/- ból/uczucie rozpierania twarzy;
- +/- zaburzenia węchu (u dorosłych);
- +/- kaszel (u dzieci).

Badanie:

- jam nosa (obrzęk, zaczerwienienie, treść ropna);
- jamy ustnej (katar tylny – spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła).

Należy wykluczyć schorzenia zębów.

Badanie laryngologiczne uwzględniające badanie endoskopowe jam nosa.

Badanie przeglądowe RTG nie jest zalecane.

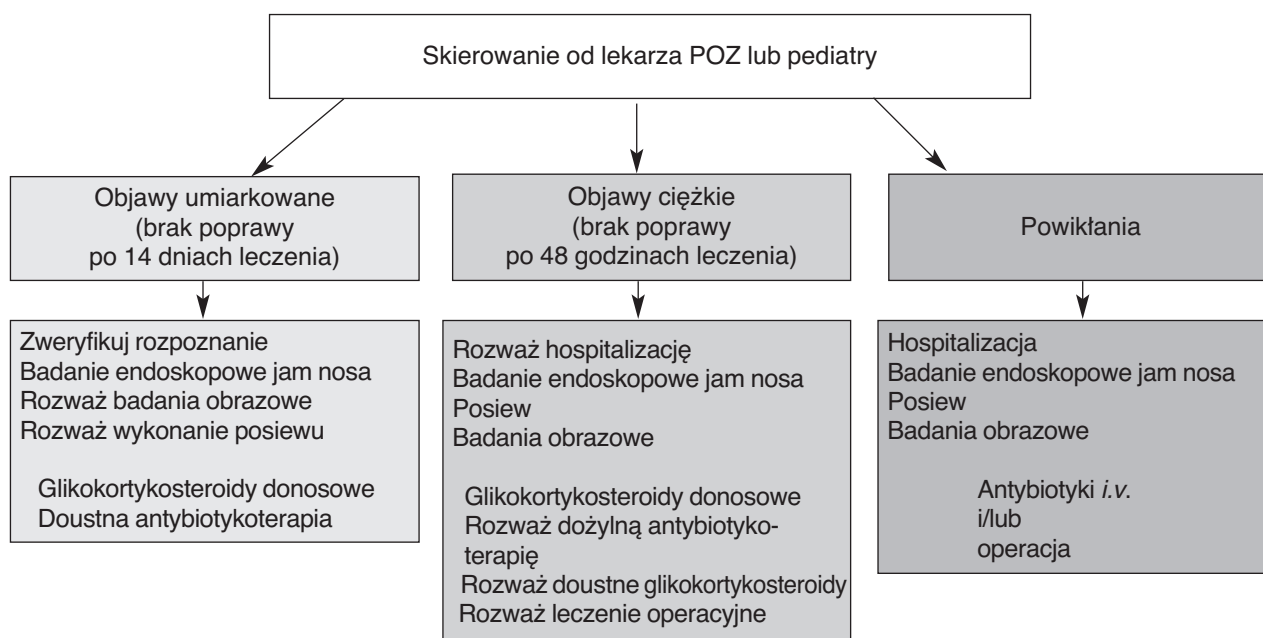
Badanie TK nie jest zalecane, chyba że wystąpią dodatkowe problemy, takie jak:

- bardzo silne zaostrzenie choroby;
- pacjenci z obniżoną odpornością;
- objawy powikłań.

8.4.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w ostrym zapaleniu zatok przynosowych u dorosłych i u dzieci zostały przedstawione w tabelach 8.1. i 8.2. Schemat leczenia w zależności od zaawansowania choroby pokazano na rycinie 8.3.

OSTRE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U DOROSŁYCH I DZIECI SCHEMAT POSTĘPOWANIA DLA LARYNGOLOGÓW (EPOS 2012)



Ryc. 8.3. Schemat leczenia ostrego zapalenia zatok przynosowych u dorosłych i u dzieci dla laryngologa na podstawie EBM.

8.5. PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH SCHEMAT LECZENIA DOROSŁYCH NA PODSTAWIE EBM

8.5.1. Definicje.

8.5.1.1. Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych (z polipami lub bez polipów nosa) jest definiowane u dorosłych jako obecność 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni lub tylny):

- +/- ból/uczucie rozpierania twarzy;
- +/- upośledzenie/utrata węchu;
- czas trwania ≥ 12 tygodni;

z możliwością konsultacji telefonicznej lub wywiadem bezpośrednim uwzględniającym pytania w kierunku wystąpienia objawów alergii (tj. kichanie, wodnisty wyciek z nosa, świąd nosa oraz oczu z łzawieniem).

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa (Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps – **CRSwNP**): przewlekłe zapalenie zatok

przynosowych definiowane jak wyżej oraz stwierdzenie w badaniu endoskopowym obustronnie polipów nosa w przewodzie nosowym środkowym.

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa (Chronic Rhinosinusitis without Nasal Polyps – **CRSsNP**): przewlekłe zapalenie zatok przynosowych definiowane jak wyżej oraz brak endoskopowego uwidocznienia polipów nosa w przewodzie nosowym środkowym, również po obkurczeniu błony śluzowej.

Definicja ta uwzględnia fakt, że istnieje całe spektrum schorzeń w CRS z polipowatymi zmianami w zatokach przynosowych i/lub przewodzie nosowym środkowym, ale wyklucza te schorzenia, które również objawiają się zmianami polipowatymi w jamie nosa (zwłaszcza zmiany jednostronne – przyp. tłum.).

Tabela 8.3. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych przewlekłego zapalenia zatok przynosowych bez polipów nosa u dorosłych na podstawie EBM^{1,2}

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Glikokortykosteroidy donosowe	Ia	A	tak
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ia	A	tak
Lizaty bakteryjne	Ib	A	niejasne
Antybiotyk doustny, krótkoterminowo < 4 tyg.	II	B	podczas zaostrzeń
Antybiotyk doustny, długoterminowo ≥ 12 tyg.	Ib	C	tak, szczególnie gdy IgE nie jest podwyższone*
Glikokortykosteroidy doustne	IV	C	niejasne
Mukolityk	III	C	nie
Inhibitor pompy protonowej	III	D	nie
Lek przeciwobrzękowy doustny/miejscowy	brak danych o leczeniu przy pomocy jedynie tego leku	D	nie
Unikanie alergenów u pacjentów z alergią	IV	D	tak
Leki doustne przeciwhistaminowe stosowane u pacjentów z alergią	brak danych	D	nie
Fitoterapia i probiotyki	brak danych	D	nie
Immunoterapia	brak danych	D	nie
Probiotyki	Ib(-)***	A(-)**	nie
Leki przeciwgrzybicze – miejscowo	Ib(-)	A(-)	nie
Leki przeciwgrzybicze – systemowo	brak danych	A(-)	nie
Antybiotyk – miejscowo	Ib(-)	A(-)	nie

¹ Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami.

² Zaostrzenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych powinny być leczone jak ostre zapalenie zatok przynosowych.

*Poziom dowodów dla makrolidów w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych bez polipów jest Ib, a siła zaleceń C, ponieważ dwa podwójnie ślepe badania z kontrolą są sprzeczne; siła zaleceń A istnieje dla pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów z normalnym poziomem IgE. Nie istnieje badanie randomizowane z kontrolą dla innych antybiotyków.

A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie jest wskazany

***Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

8.5.2. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami lub bez polipów nosa w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie EBM.

8.5.2.1. Rozpoznanie.

Objawy:

trwające 12 tygodni lub dłużej, wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):

- +/- ból/uczucie rozpierania twarzy;
- +/- upośledzenie/utrata węchu.

Badanie:

- jam nosa;
- jamy ustnej (katar tylny – spływanie wydzieliny po tylnej ścianie gardła).

Należy wykluczyć schorzenia zębów.

Badanie przeglądowe RTG/TK nie jest zalecane.

Dodatkowe informacje diagnostyczne: pytania dotyczące alergii;

jeżeli odpowiedź jest twierdząca, to należy wykonać testy alergiczne.

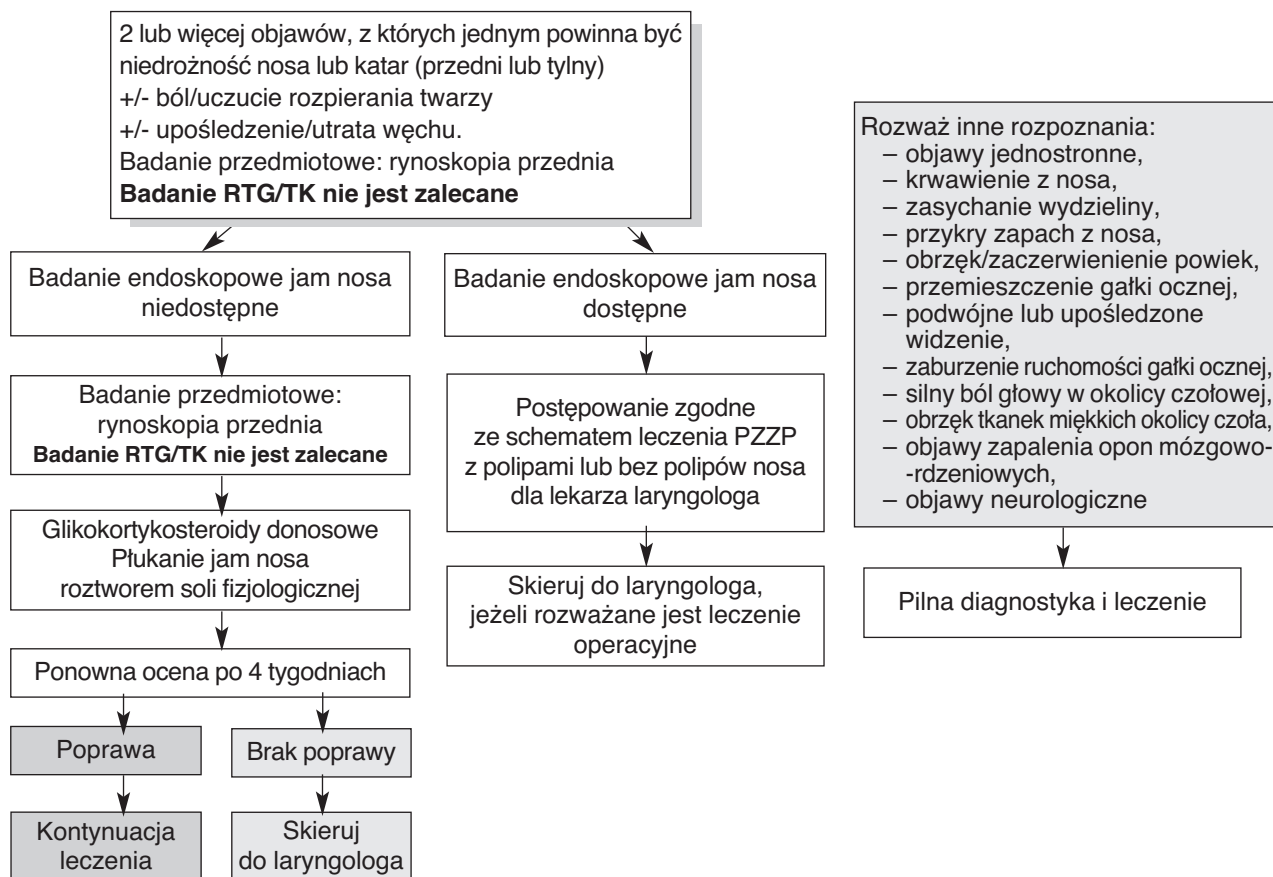
8.5.2.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych u dorosłych zostały przedstawione w tabelach 8.3. i 8.5.

Wstępne leczenie zależy od możliwości przeprowadzenia badania endoskopowego i nasilenia objawów. Schemat leczenia pokazano na rycinie 8.4.

Zaostrzenie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych powinno być leczone jak ostre zapalenie zatok przynosowych.

**PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH
SCHEMAT LECZENIA DOROSŁYCH W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ
(EPOS 2012)**



Ryc. 8.4. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami lub bez polipów nosa w podstawowej opiece zdrowotnej na podstawie EBM.

8.5.3. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów nosa dla laryngologów na podstawie EBM.

8.5.3.1. Rozpoznanie.

Objawy:

trwające 12 tygodni lub dłużej, wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):
+/- ból/uczucie rozpierania twarzy;
+/- upośledzenie/utrata węchu.

Badanie:

– laryngologiczne, endoskopowe jam nosa;
– weryfikacja rozpoznania i leczenia lekarza POZ.

Dodatkowe informacje diagnostyczne:

– pytania dotyczące alergii; jeżeli odpowiedź jest twierdząca, należy wykonać testy alergiczne.

8.5.3.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w CRSsNP u dorosłych zostały przedstawione w tabelach 8.3 i 8.4.

Leczenie powinno zależeć od nasilenia objawów – nasilenie objawów powinno być oceniane za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS) i badania endoskopowego. Schemat leczenia pokazano na rycinie 8.5.

Zaostrzenie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych powinno być leczone jak ostre zapalenie zatok przynosowych.

Tabela 8.4. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych w postępowaniu pooperacyjnym u dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów nosa na podstawie EBM¹

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Glikokortykosteroid donosowy	Ia	A	tak
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ia	A	tak
Płukanie jam nosa roztworem soli z xylitolem	Ib	A	tak
Antybiotyk doustny, krótkoterminowo < 4 tyg.	II	B	podczas zaostrzeń
Płukanie jam nosa roztworem soli z podchlorynem sodu	Iib	B	tak
Antybiotyk doustny, długoterminowo ≥ 12 tyg.*	Ib	C	tak, szczególnie gdy IgE nie jest podwyższone*
Płukanie jam nosa roztworem soli z szamponem dziecięcym	III	C	nie
Glikokortykosteroid doustny	IV	C	niejasne
Antybiotyk – miejscowo	Ib(-)***	A(-)**	nie

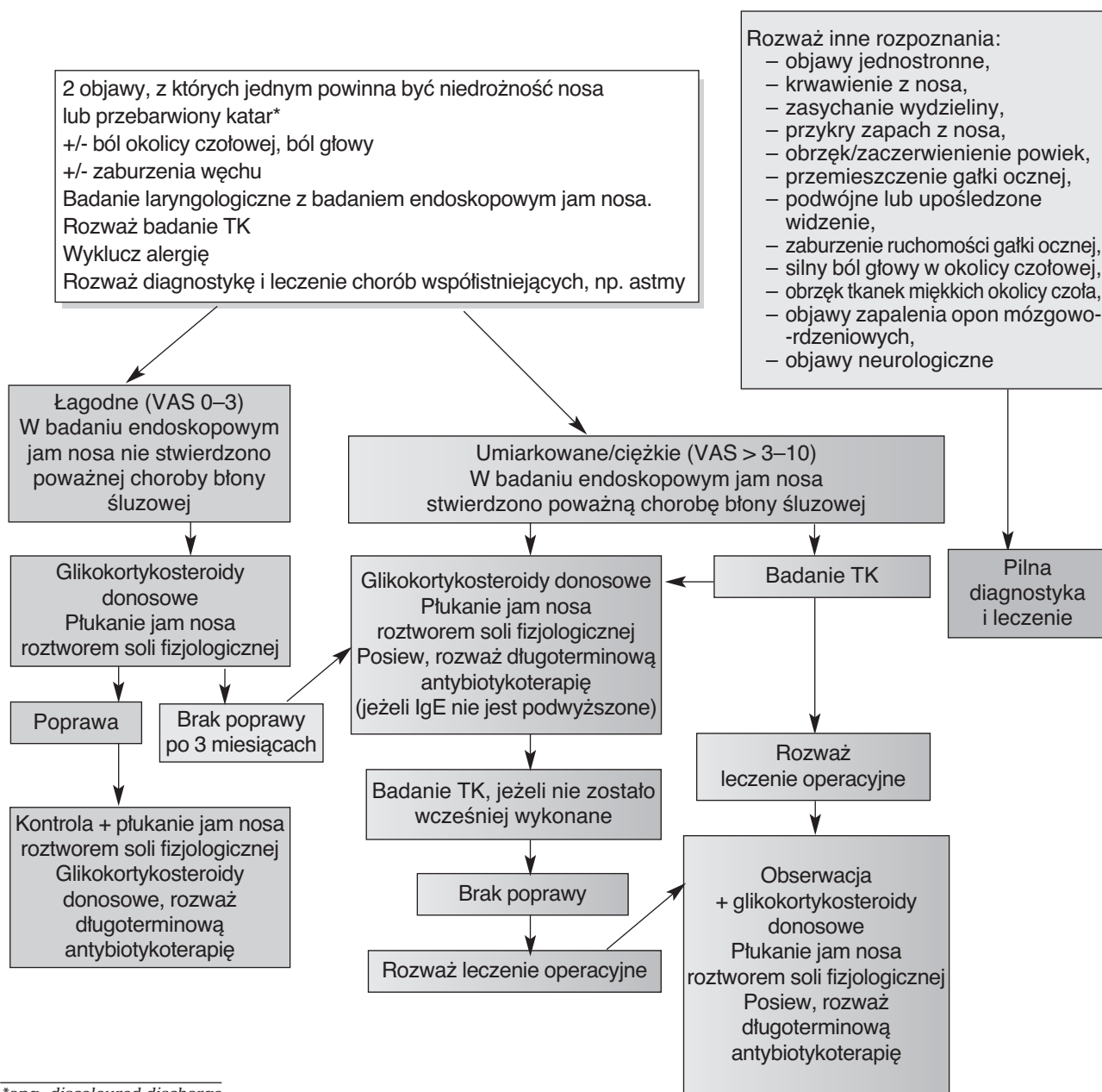
¹ Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami.

*Poziom dowodów dla makrolidów w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych bez polipów jest Ib, a siła zaleceń C, ponieważ dwa podwójnie ślepe badania z kontrolą są sprzeczne; siła zaleceń A istnieje dla pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów z normalnym poziomem IgE. Nie istnieje badanie randomizowane z kontrolą dla innych antybiotyków.

A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie jest wskazany

***Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

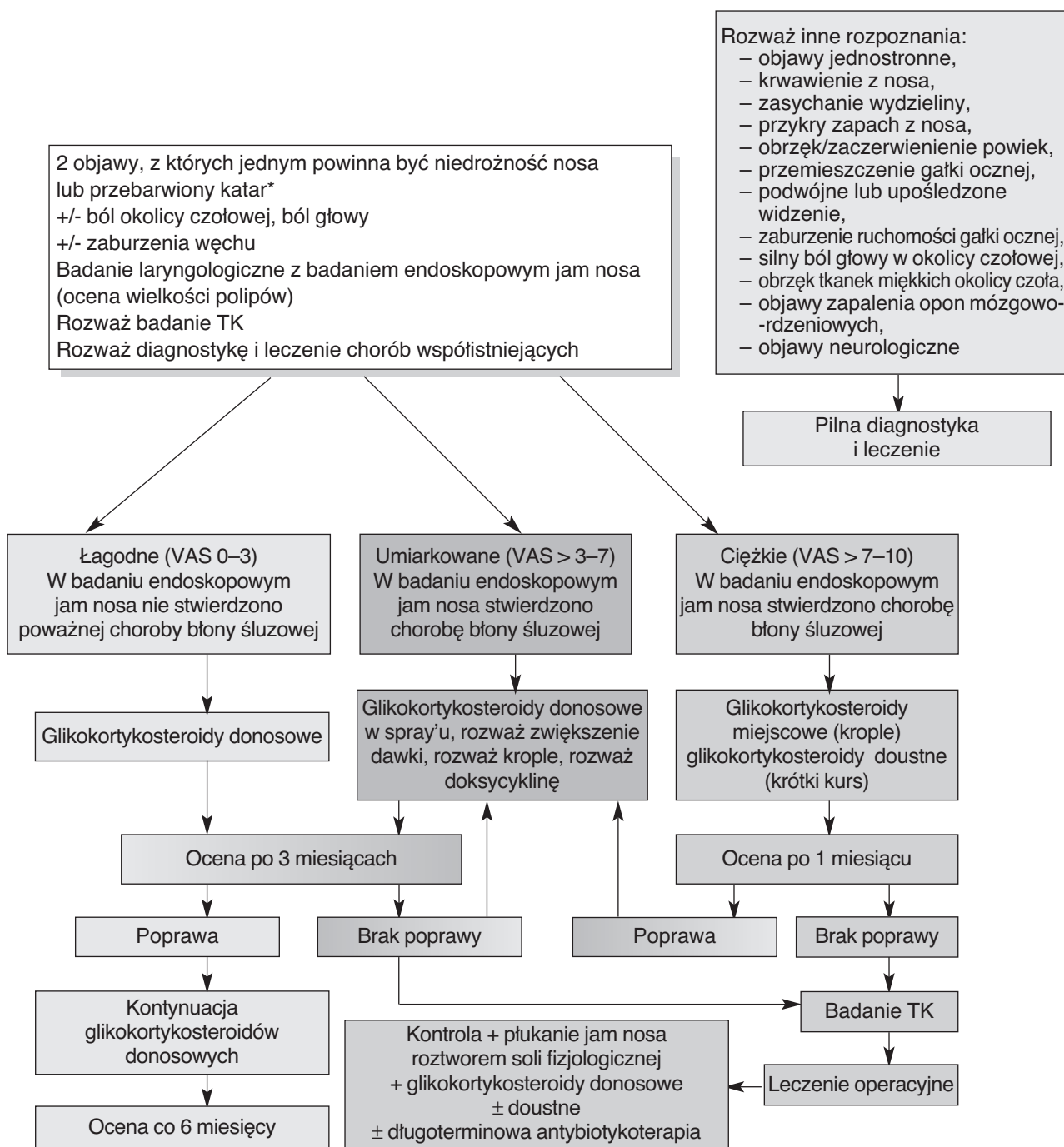
PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH BEZ POLIPÓW NOSA U DOROSŁYCH
SCHEMAT POSTĘPOWANIA DLA LARYNGOLOGÓW
(EPOS 2012)



*ang. discoloured discharge

Ryc. 8.5. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów nosa dla laryngologów na podstawie EBM.

PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH Z POLIPAMI NOSA U DOROSŁYCH
SCHEMAT POSTĘPOWANIA DLA LARYNGOLOGÓW
(EPOS 2012)



*discoloured discharge

Ryc. 8.6. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa dla laryngologów na podstawie EBM.

8.5.4. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa dla laryngologów na podstawie EBM.

8.5.4.1. Rozpoznanie.

Objawy:

trwające 12 tygodni lub dłużej, wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/tylny):

+/- ból/uczucie rozpierania twarzy;

+/- upośledzenie/utrata wężu.

Badanie:

– laryngologiczne, endoskopowe jam nosa;
– weryfikacja rozpoznania i leczenia lekarza POZ.

Dodatkowe informacje diagnostyczne: pytania dotyczące alergii; jeżeli odpowiedź jest twierdząca, należy wykonać testy alergiczne.

8.5.4.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w CRSwNP u dorosłych przedstawiono w **tabelach 8.5. i 8.6.**

Leczenie powinno zależeć od nasilenia objawów – nasilenie objawów powinno być oceniane za pomocą wizualnej skali analogowej (VAS) i badania endoskopowego.

Schemat leczenia pokazano na **rycinie 8.6.**

Tabela 8.5. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych przewlekłego zapalenia zatok przynosowych z polipami nosa u pacjentów dorosłych na podstawie EBM¹

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Glikokortykosteroid donosowy	Ia	A	tak
Glikokortykosteroid doustny	Ia	A	tak
Antybiotyk doustny, krótkoterminowo < 4 tyg.	Ib i Ib(-)	C*	tak, niewielki efekt
Antybiotyk doustny, długoterminowo ≥ 12 tyg.	III	C	tak, szczególnie gdy IgE nie jest podwyższone, niewielki efekt
Kapsaicyna	II	C	nie
Inhibitory pompy protonowej	II	C	nie
Desensytyzacja na aspirynę	II	C	niejasne
Furosemid	III	D	nie
Immunosupresant	IV	D	nie
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ib, brak danych dotyczących odosobnionego stosowania	D	tak, dla zmniejszenia dolegliwości
Antybiotyk miejscowo	brak danych	D	nie
Anty-JL5	brak danych	D	niejasne
Fitoterapia	brak danych	D	nie
Leki obkurczające miejscowo/doustnie	brak danych dotyczących odosobnionego stosowania	D	nie
Mukolityk	Brak danych	D	nie
Doustne leki przeciwhistaminowe stosowane u pacjentów z alergią	brak danych	D	nie
Leki przeciwgrzybicze-miejscowo	Ia(-)**	A(-)***	nie
Leki przeciwgrzybicze-systemowo	Ib(-)****	A(-)	nie
Leki antyleukotrienowe	Ib(-)	A(-)	nie
Anty-IgE	Ib(-)	A(-)	nie

¹ Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa.

*Antybiotykoterapia krótkoterminowa została oceniona w dwóch badaniach: w jednym z pozytywnym wynikiem, w drugim – negatywnym. Stąd siła zaleceń C.

**Ia(-) kategoria Ia udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

***A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie** jest wskazany

****Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

Tabela 8.6. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych w postępowaniu pooperacyjnym u dorosłych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa na podstawie EBM¹

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Glikokortykosteroid donosowy	Ia	A	tak
Glikokortykosteroid doustny	Ia	A	tak
Antybiotyk doustny, krótkoterminowo < 4 tyg.	Ib	A	tak, niewielki efekt
Anty-JL5	Ib	A	tak
Antybiotyk doustny, długoterminowo ≥ 12 tyg.	Ib	C*	tak, szczególnie gdy IgE nie jest podwyższone
Furosemid	III	D	nie
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	brak danych	D	niejasne
Leki antyleukotrienowe	Ib(-)***	A(-)**	nie
Anty-IgE ²	Ib(-)	C	niejasne

¹ Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa.

² Siła zaleceń C z uwagi na pozytywną kategorię dowodu poziomu III i nieopublikowaną Ib.

*Poziom dowodów dla makrolidów w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych bez polipów jest Ib, a siła zaleceń C, ponieważ dwa podwójnie ślepe badania z kontrolą są sprzeczne; siła zaleceń A istnieje dla pacjentów z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów z normalnym poziomem IgE. Nie istnieje badanie randomizowane z kontrolą dla innych antybiotyków.

A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie jest wskazany

***Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

8.6. PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U MAŁYCH DZIECI

SCHEMAT LECZENIA NA PODSTAWIE EBM

8.6.1. Definicje.

8.6.1.1. Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych (z polipami lub bez polipów nosa) u dzieci jest definiowane jako obecność 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni lub tylny):

+/- ból/uczucie rozpierania twarzy;

+/- kaszel;

czas trwania ≥ 12 tygodni;

z możliwością konsultacji telefonicznej lub wywiadem bezpośrednim uwzględniającym pytania w kierunku objawów alergicznych (tj. kichanie, wodnisty wyciek z nosa, świąd nosa oraz oczu z łzawieniem).

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa (CRSwNP): przewlekłe zapalenie zatok przynosowych definiowane jak wyżej oraz obecność uwidocznionych w badaniu endoskopowym obustronnie polipów nosa w przewodzie nosowym środkowym.

Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa (CRSsNP): Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych definiowane jak wyżej oraz brak uwidocznienia polipów nosa w przewodzie nosowym środkowym, również po obkurczeniu błony śluzowej.

Definicja ta uwzględnia fakt, że istnieje całe spektrum schorzeń w CRS z polipowatymi zmianami w zatokach i/lub przewodzie nosowym środkowym, ale wyklucza te schorzenia, które objawiają się zmianami polipowatymi w jamie nosa (zwłaszcza zmiany jednostronne – przyp. tłum.).

8.6.2. Schemat leczenia przewlekłego zapalenia zatok przynosowych u dzieci na podstawie EBM.

8.6.2.1. Rozpoznanie.

Objawy:

trwające 12 tygodni lub dłużej, wystąpienie 2 lub więcej objawów, z których jednym powinna być niedrożność nosa lub katar (przedni/ tylny):

+/- ból/uczucie rozpierania twarzy;

+/- kaszel.

Dodatkowe informacje diagnostyczne:

– pytania dotyczące alergii; jeżeli odpowiedź jest twierdząca, należy wykonać testy alergiczne.

Badanie laryngologiczne, badanie endoskopowe jamy nosa – jeżeli dostępne.

Badanie przeglądowe RTG/TK nie jest zalecane, chyba że jest rozważana operacja.

8.6.2.2. Leczenie.

Zalecenia terapeutyczne w przewlekłym zapaleniu zatok przynosowych u dzieci zostały przedstawione w **tabeli 8.7**.

Schemat postępowania, pokazany na **rycinie 8.7**, jest przeznaczony dla małych dzieci. Dzieci starsze, w wieku, w którym przerost migdałka gardłowego nie powinien być uwzględniany, mogą być leczone jak dorośli.

Zaostrzenie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych powinno być leczone jak ostre zapalenie zatok przynosowych.

Leczenie powinno być uzależnione od nasilenia objawów. ●

Tabela 8.7. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla dzieci chorych na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych wg EBM

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Płukanie jamy nosa roztworem soli fizjologicznej	Ia	A	tak
Leczenie refluksu żołądkowo-przełykowego	III	C	nie
Glikokortykosteroid donosowy	IV	D	tak
Antybiotyk doustny, długoterminowo	brak danych	D	niejasne
Antybiotyk doustny, krótkoterminowo < 4 tyg.	Ib(-)**	A(-)*	nie
Antybiotyk dożylnie	III(-)***	C(-)****	nie

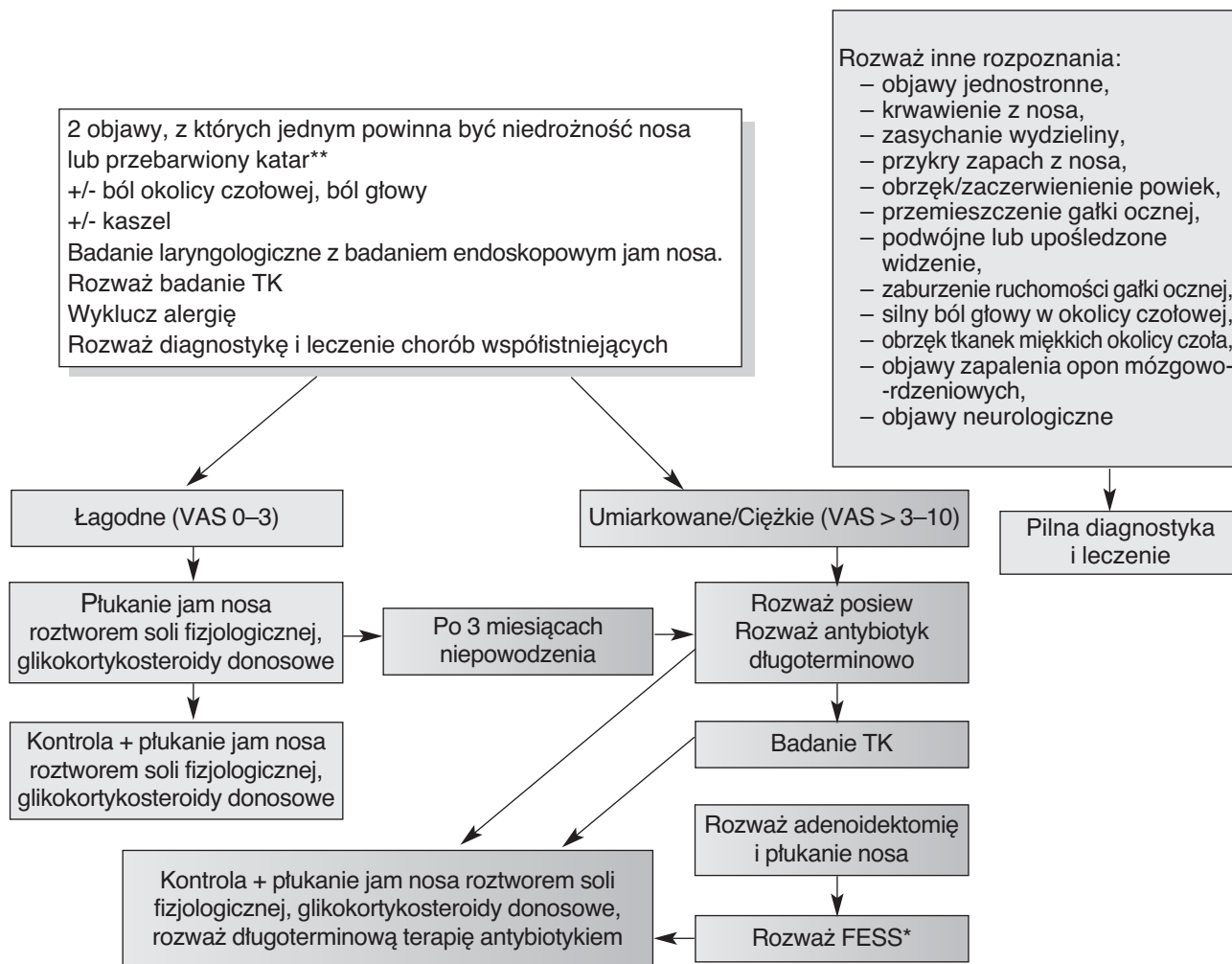
*A(-) rekomendacja A udowadnia, że lek **nie** jest wskazany

**Ib(-) kategoria Ib udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

***III(-) kategoria III udowadnia, że leczenie jest nieskuteczne

****C(-) rekomendacja C udowadnia, że lek **nie** jest wskazany

PRZEWLEKŁE ZAPALENIE ZATOK PRZYNOSOWYCH U MAŁYCH DZIECI
SCHEMAT POSTĘPOWANIA DLA LARYNGOLOGÓW
(EPOS 2012)



*FESS – ang. *functional endoscopic sinus surgery*
 – endoskopowa czynnościowa operacja zatok przynosowych
 **ang. *discoloured discharge*

Ryc. 8.7. Schemat leczenia małych dzieci z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami nosa dla laryngologów na podstawie EBM.

tłumaczenie: dr med. Mariola Zagor