

# Europejskie wytyczne dotyczące zapaleń zatok przynosowych i polipów nosa 2007

Wytske Fokkens

Valerie Lund

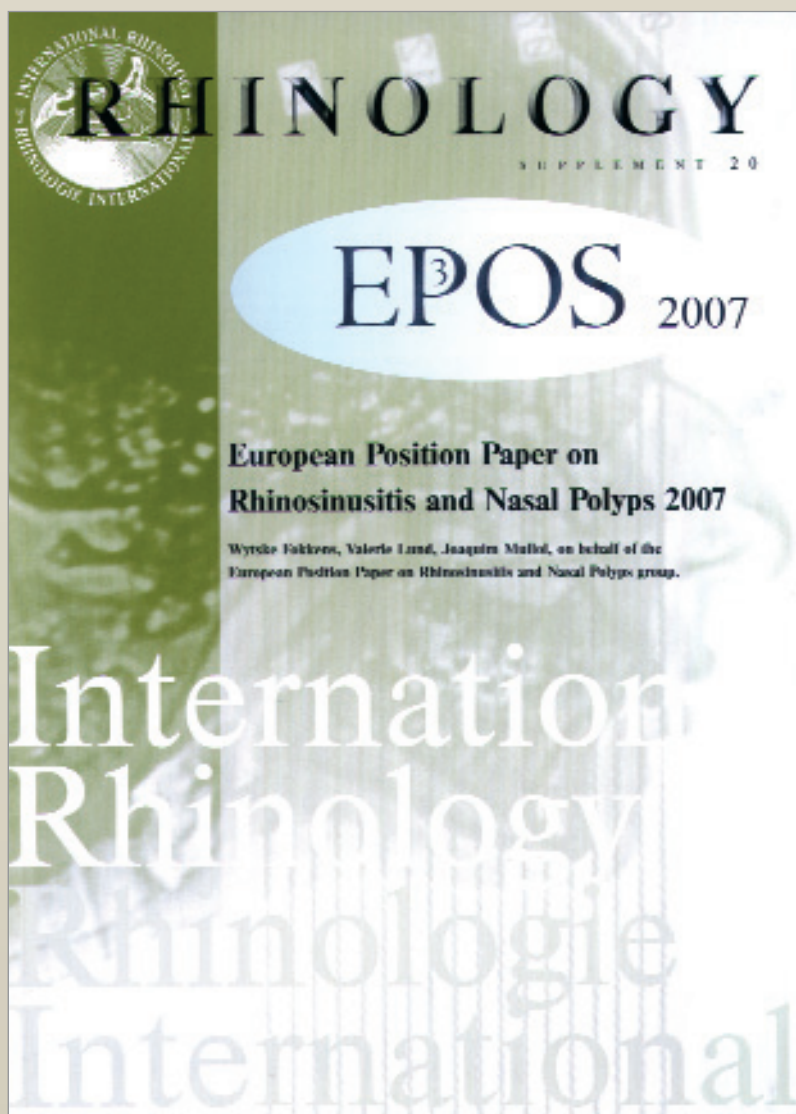
Joaquim Mullol

on behalf of the

European Position Paper

on Rhinosinusitis

and Nasal Polyps group



Podręczny przewodnik

## W N U M E R Z E

### Europejskie wytyczne dotyczące zapaleń zatok przynosowych i polipów nosa 2007

### European Position Paper on Rhinositis and Nasal Polyps 2007

Wytske Fokkens  
Valerie Lund  
Joaquim Mullol  
on behalf of the  
European Position Paper  
on Rhinosinusitis  
and Nasal Polyps group

*syllabus rymologiczny* – dodatek

#### Komitet redakcyjny:

redaktor naczelny – prof. dr hab. med. Antoni Krzeski  
sekretarz redakcji – dr med. Agnieszka Strzembosz  
redaktor – mgr Dorota Polewicz

#### Patronat naukowy:

Katedra i Klinika Otolaryngologii  
Akademii Medycznej w Warszawie

#### Rada naukowa:

przewodniczący:

– prof. zw. dr hab. med. Grzegorz Janczewski

członkowie:

– prof. zw. dr hab. med. Teresa Goździk-Żołnierkiewicz

– prof. dr hab. med. Stanisław Bień

– prof. dr hab. med. Wojciech Golusiński

– prof. dr hab. med. Elżbieta Hassmann-Poznańska

– prof. dr hab. med. Dariusz Jurkiewicz

– prof. dr hab. med. Barbara Maniecka-Aleksandrowicz

– prof. dr hab. med. Kazimierz Niemczyk

– prof. dr hab. med. Czesław Stankiewicz

– prof. dr hab. med. Bożena Tarchalska

– prof. dr hab. med. Ewa Osuch-Wójcikiewicz

Opracowanie graficzne: M-art, Jolanta Merc

© Wydawca: Wydawnictwo EGERIA B. Krzeska

Adres korespondencyjny: Magazyn Otolaryngologiczny

02-218 Warszawa 124, skr. poczt. 60

Wszelkie prawa zastrzeżone. Kopiowanie w części lub w całości  
bez uzyskania zezwolenia wydawcy jest zabronione.

Szanowni Czytelnicy,

Zapalenie błony śluzowej jam nosa i zatok przynosowych wciąż pozostaje wyzwaniem dla specjalistów zajmujących się tą chorobą. Wiedza na jej temat w dalszym ciągu jest niepełna, a istota przewlekłego zapalenia zatok przynosowych niewystarczająco zdefiniowana. Równocześnie należy zauważyć, że choroba ta w sposób znaczący wpływa na jakość życia pacjentów, jak również stanowi istotne obciążenie finansowe dla społeczeństwa.

Pierwsze „Europejskie wytyczne dotyczące zapalenia zatok przynosowych i polipów nosa” (EP3OS) opublikowano w 2005 r. Ich przygotowanie zainicjowała Europejska Akademia Alergologii i Immunologii Klinicznej (European Academy of Allergology and Clinical Immunology – EAACI). Dokument ten zawierał zalecenia dotyczące rozpoznawania i leczenia zapalenia zatok przynosowych oraz polipów nosa. Na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji porządkował on naszą wiedzę o tej chorobie i wyznaczał kierunki dla dalszych badań naukowych.

W najnowszej edycji wytycznych, opublikowanych w 2007 roku, których skróconą wersję otrzymują Państwo, zaszły istotne modyfikacje. Wprowadzono liczne zmiany w algorytmach rozpoznawania i leczenia choroby, wynikające z analizy dostępnego piśmiennictwa, spełniającego kryteria medycyny opartej na dowodach.

Mam nadzieję, że dokument ten okaże się przydatny polskim lekarzom i ich pacjentom.

**prof. Valerie J. Lund**

RHINOLOGY

Editor-in-Chief

Londyn, kwiecień 2008

## AUTORZY

**Wytske Fokkens**  
Chair  
Department of Otorhinolaryngology,  
Amsterdam Medical Centre  
PO Box 22660  
1100 DD Amsterdam  
The Netherlands  
Email: w.j.fokkens@amc.nl

**Valerie Lund**  
Co-Chair  
London, UK

**Joaquim Mullol**  
Co-Chair  
Barcelona, Spain

**Claus Bachert**  
Ghent, Belgium

**Noam Cohen**  
Philadelphia, USA

**Roxanna Cobo**  
Cali, Colombia

**Martin Desrosiers**  
Montreal, Canada

**Peter Hellings**  
Leuven, Belgium

**Mats Holmstrom**  
Uppsala, Sweden

**Maija Hytönen**  
Helsinki, Finland

**Nick Jones**  
Nottingham, UK

**Livije Kalogjera**  
Zagreb, Croatia

**David Kennedy**  
Philadelphia, USA

**Jean Michel Klossek**  
Poitiers, France

**Marek Kowalski**  
Łódź, Poland

**Eli Meltzer**  
San Diego, USA

**Bob Naclerio**  
Chicago, USA

**Desiderio Passali**  
Siena, Italy

**David Price**  
Aberdeen, UK

**Herbert Riechelmann**  
Ulm, Germany

**Glenis Scadding**  
London, UK

**Heinz Stammberger**  
Graz, Austria

**Mike Thomas**  
Aberdeen, UK

**Richard Voegels**  
Sao Paulo, Brazil

**De-Yun Wang**  
Singapore

# E<sup>3</sup>POS 2007

## European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007

### SPIS TREŚCI

DEFINICJA ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH ORAZ POLIPÓW NOSA	34
-----------------------------------------------------------	----

SCHEMAT POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH OSTRYCH ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH U DOROSŁYCH OPRACOWANY NA PODSTAWIE WIARYGODNYCH I AKTUALNYCH PUBLIKACJI	36
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SCHEMAT POSTĘPOWANIA W PRZYPADKACH PRZEWLEKŁYCH ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH BEZ POLIPÓW I Z POLIPAMI U DOROSŁYCH OPRACOWANY NA PODSTAWIE WIARYGODNYCH I AKTUALNYCH PUBLIKACJI	40
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

SCHEMATY POSTĘPOWANIA W LECZENIU DZIECI OPRACOWANE NA PODSTAWIE WIARYGODNYCH I AKTUALNYCH PUBLIKACJI	46
------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----

### PIŚMIENNICTWO

1. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyposis. Rhinology 2007, suppl. 20. [www.rhinologyjournal.com](http://www.rhinologyjournal.com); [www.eaaci.net](http://www.eaaci.net).

## CELE

---

Zapalenia zatok przynosowych są ważnym i narastającym problemem, który obciąża finansowo całe społeczeństwo. Niniejszy przewodnik zawiera zalecenia dotyczące diagnostyki i leczenia tego schorzenia, opracowane na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji. Dokument ten jest przeglądem współczesnej wiedzy, skierowanym zarówno do specjalisty, jak i lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ma on na celu:

- przekazać współczesną wiedzę na temat zapaleń zatok przynosowych oraz polipów nosa,
- zapewnić udokumentowany przegląd wiedzy na temat metod diagnostycznych, opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji,
- zapewnić udokumentowany przegląd wiedzy na temat dostępnych metod leczenia, opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji,
- zaproponować schematy postępowania terapeutycznego,
- zaproponować wskazówki oceny wyników prowadzonych badań.

## KATEGORIE DOWODU

---

- Ia – dowód z metaanaliz badań randomizowanych z kontrolą.
- Ib – dowód z przynajmniej jednego badania randomizowanego z kontrolą.
- IIa – dowód z przynajmniej jednego badania kontrolowanego bez randomizacji.
- IIb – dowód z przynajmniej jednego badania typu półdoświadczalnego.
- III – dowód z badań niedoświadczalnych – opisowych, np. badań porównawczych, opisujących związki czy przypadki kliniczne.
- IV – dowód z raportów komisji eksperckich lub opinii czy też doświadczenia klinicznego uznanych autorytetów lub obydwu jednocześnie.

## SIŁA ZALECENIA

---

- A – bezpośrednio oparte na dowodzie kategorii I.
- B – bezpośrednio oparte na dowodzie kategorii II lub zalecenie wynikające z dowodu kategorii I.
- C – bezpośrednio oparte na dowodzie kategorii III lub zalecenie wynikające z dowodu kategorii I lub II.
- D – bezpośrednio oparte na dowodzie kategorii IV lub zalecenie wynikające z dowodu kategorii I, II lub III.

## DEFINICJA ZAPALEŃ ZATOK PRZYNOSOWYCH I POLIPÓW NOSA

### Definicja kliniczna

Zapalenia zatok przynosowych (wraz z polipami nosa) są zdefiniowane jako:

- zapalenia zatok przynosowych charakteryzujące się występowaniem dwóch lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada/niedrożność nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):
    - ± ból/uczucie rozpierania twarzy
    - ± upośledzenie/utrata węchu,
  - w połączeniu ze stwierdzeniem w badaniu endoskopowym jam nosa zmian chorobowych:
    - polipów nosa
- i/lub
- śluzowo-ropnej wydzieliny pierwotnie występującej w przewodzie nosowym środkowym
- i/lub
- obrzęku błony śluzowej w przewodzie nosowym środkowym
- i/lub
- obecności zmian chorobowych w obrazach tomografii komputerowej zatok przynosowych:
    - zmiany chorobowe błony śluzowej obecne w obrębie kompleksu ujściowo-przewodowego i/lub zatok przynosowych.

### Nasilenie procesu chorobowego

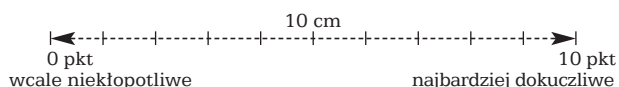
Na podstawie wizualnej skali analogowej (ang. *visual analogue scale* – **VAS**, 0–10 pkt), która ocenia całkowite nasilenie objawów, wyróżnia się trzy postacie choroby:

POSTAĆ ŁAGODNA = VAS 0–3 pkt

POSTAĆ UMIARKOWANA = VAS > 3–7 pkt

POSTAĆ CIĘŻKA = VAS > 7–10 pkt.

W celu oceny stopnia nasilenia objawów chory proszony jest o zaznaczenie na wizualnej skali analogowej (VAS) odpowiedzi na pytanie: *Jak kłopotliwe są dla Pani/Pana objawy zapalenia zatok przynosowych?*



VAS > 5 pkt wpływa na jakość życia chorego.

### Czas trwania procesu chorobowego

- ostry
  - poniżej 12 tygodni
  - całkowite ustąpienie dolegliwości.
- przewlekły
  - niecałkowite ustąpienie dolegliwości
  - może ulegać zaostrzeniom
  - powyżej 12 tygodni.

## Ostre zapalenie zatok przynosowych u dorosłych

– schemat postępowania terapeutycznego opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

Tabela 1. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych ostrego zapalenia zatok przynosowych u pacjentów dorosłych.

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustnie	Ia	A	tak, po 5 dniach lub w ciężkich przypadkach
Glikokortykosteroid miejscowy	Ib	A	tak
Połączenie miejscowego glikokortykosteroidu i antybiotyku doustnego	Ib	A	tak
Glikokortykosteroid doustny	Ib	A	tak, zmniejsza ból w przypadku dużego nasilenia choroby
Doustny lek antyhistaminowy	Ib	B	tak, tylko u chorych z alergią
Płukanie jam nosa	Ib (-)	D	nie
Lek przeciwobrzękowy	Ib (-)	D	tak, jako lek doraźny
Mukolityk	brak	nie	nie
Fitoterapia	Ib	D	nie

Ib (-) – badanie z wynikiem ujemnym

## Ostre zapalenie zatok przynosowych u dorosłych

– schemat postępowania terapeutycznego dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i nie laryngologów opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

Ustalone na podstawie objawów, nie ma potrzeby wykonywania badań obrazowych (**brak wskazań** do wykonania przeglądowego zdjęcia RTG zatok przynosowych).

#### Objawy utrzymujące się krócej niż 12 tygodni

Nagły początek dwóch lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

± ból/uczucie rozpierania twarzy

± zmniejszenie/utrata węchu

z okresami bezobjawowymi, jeśli problem ma charakter nawrotowy;

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

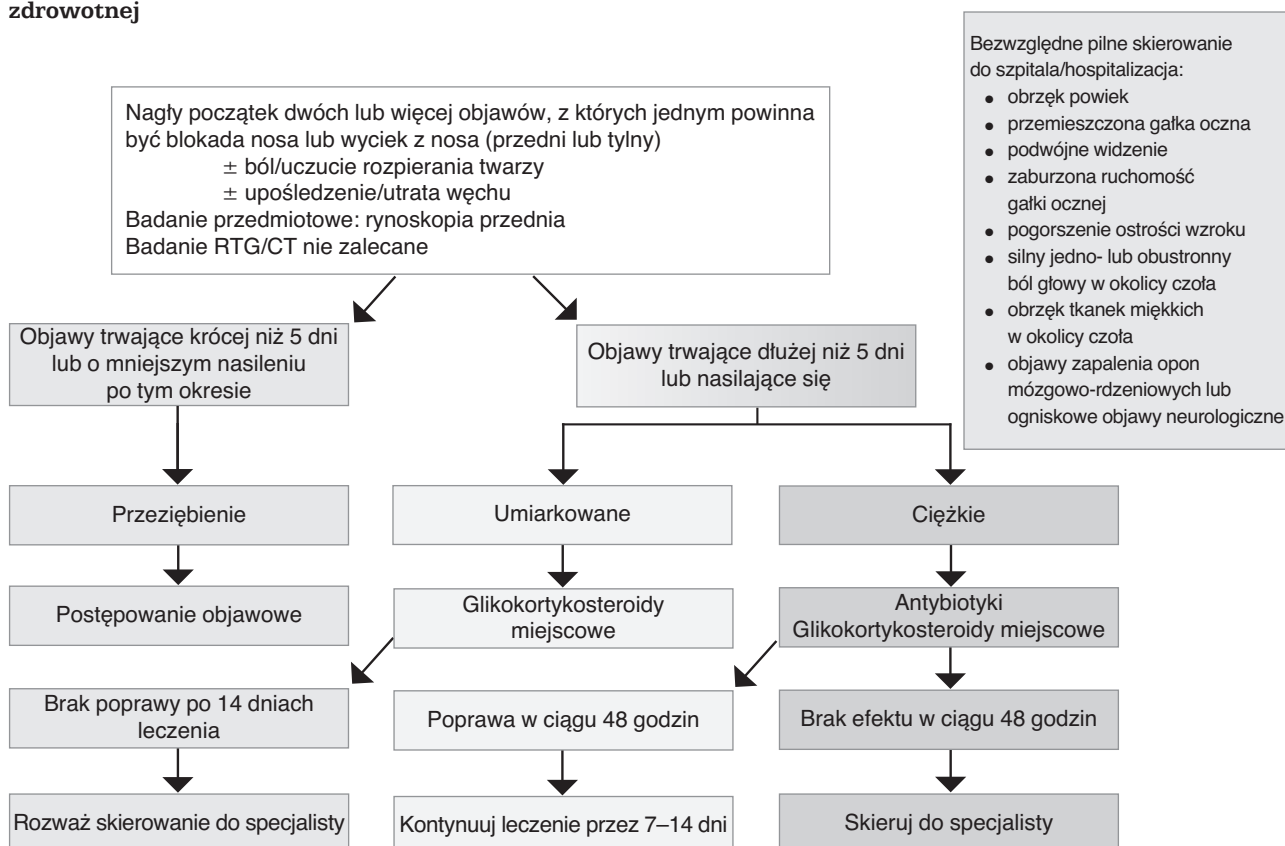
*Przeziębienie/ostre wirusowe zapalenie zatok przynosowych jest zdefiniowane jako:*

czas trwania objawów < 10 dni.

*Ostre niewirusowe zapalenie zatok przynosowych jest zdefiniowane jako:*

nasilenie się dolegliwości objawów po 5 dniach trwania choroby lub utrzymywanie się ich powyżej 10 dni i całkowitym czasem trwania poniżej 12 tygodni.

Ryc. 1. Schemat leczenia pacjentów dorosłych z ostrym zapaleniem zatok przynosowych w podstawowej opiece zdrowotnej



## Ostre zapalenie zatok przynosowych u dorosłych

– schemat postępowania opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

Tabela 1. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych ostrego zapalenia zatok przynosowych u pacjentów dorosłych.

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustnie	Ia	A	tak, po 5 dniach lub w ciężkich przypadkach
Glikokortykosteroid miejscowy	Ib	A	tak
Połączenie miejscowego glikokortykosteroidu i antybiotyku doustnego	Ib	A	tak
Glikokortykosteroid doustny	Ib	A	tak, zmniejsza ból w przypadku dużego nasilenia choroby
Doustny lek antyhistaminowy	Ib	B	tak, tylko u chorych z alergią
Płukanie jam nosa	Ib (-)	D	nie
Lek przeciwobrzękowy	Ib (-)	D	tak, jako lek doraźny
Mukolityk	brak	nie	nie
Fitoterapia	Ib	D	nie

Ib (-) – badanie z wynikiem ujemnym



## Ostre zapalenie zatok przynosowych u dorosłych

– schemat postępowania dla laryngologów opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

Nagły początek dwóch lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
- ± upośledzenie/utrata węchu.

#### Badanie przedmiotowe

- badanie jamy nosa (obrzęk, zaczerwienienie, zapalna wydzielina),
- badanie jamy ustnej (wydzielina zapalna na tylnej ścianie gardła),
- wykluczenie zakażenia zębopochodnego.

Badanie laryngologiczne powinno uwzględniać endoskopową ocenę jamy nosa.

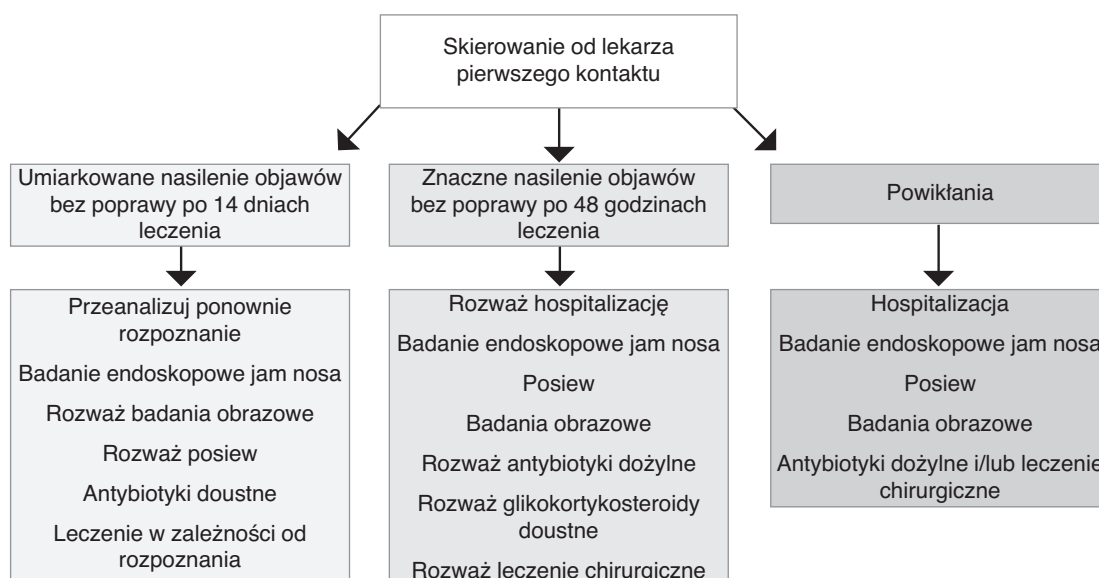
#### Badania obrazowe

**Brak wskazań** do wykonania przeglądowego RTG zatok przynosowych.

Tomografia komputerowa zatok przynosowych również **nie jest konieczna, chyba że** występują dodatkowe wskazania, jak:

- bardzo nasilone objawy,
- chory ma rozpoznane zaburzenia odporności,
- występują objawy powikłań zatokopochodnych.

Ryc. 2. Schemat postępowania dla laryngologów w przypadku chorych z ostrym zapaleniem zatok przynosowych



**Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami lub bez polipów nosa u dorosłych – schemat postępowania opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji**

**Tabela 2. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla dorosłych chorych na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa.\***

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustny, krótko < 2 tyg.	Ib (-)	C	nie
Antybiotyk doustny, długo > 12 tyg.	Ib	A	tak
Antybiotyki – miejscowo	III	D	nie
Glikokortykosteroid – miejscowo	Ib	A	tak
Glikokortykosteroid – doustnie	brak danych	D	nie
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ib	A	tak
Lek przeciwobrzękowy doustny/miejscowy	brak danych	D	nie
Lek mukolityczny	III	C	nie
Leki przeciwgrzybicze – ogólnie	Ib (-)	D	nie
Leki przeciwgrzybicze – miejscowo	Ib (-)	D	nie
Doustne leki przeciwhistaminowe u chorych z alergią	brak danych	D	nie
Inhibitory pompy protonowej	brak danych	D	nie
Lizaty bakteryjne	Ib	A	nie
Immunomodulatory	Ib (-)	D	nie
Fitoterapia	Ib (-)	D	nie
Leki przeciwleukotrienowe	III	C	nie

\* Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych z polipami nosa.  
Ib (-) – badanie z wynikiem ujemnym

**Przewlekłe zapalenia zatok przynosowych z polipami lub bez polipów nosa u dorosłych**  
 – schemat postępowania dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i nie laryngologów opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

**Rozpoznanie**

*Objawy utrzymują się dłużej niż 12 tygodni*

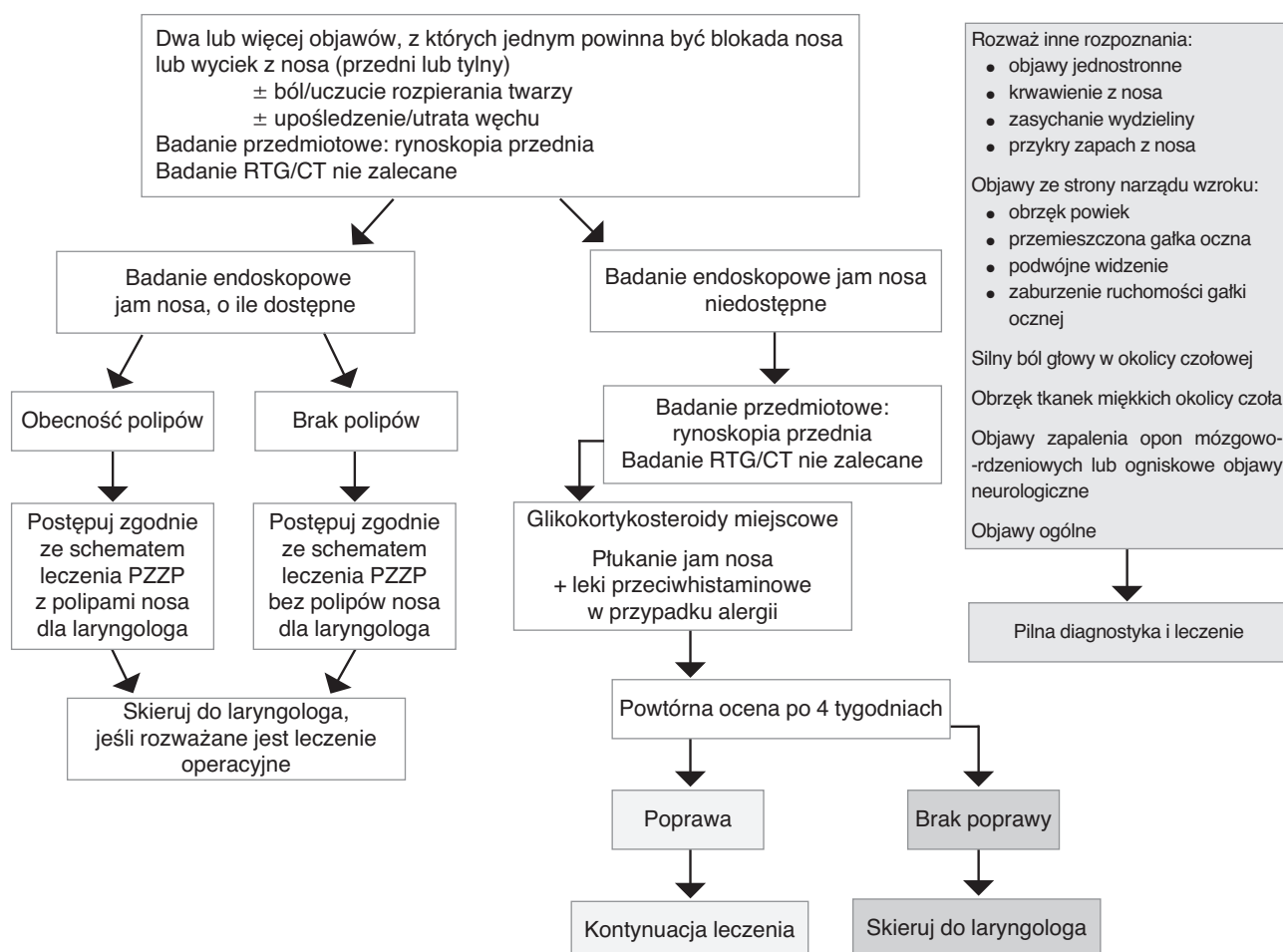
Dwa lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
  - ± upośledzenie/utrata węchu
- z możliwością konsultacji telefonicznej lub

wywiadem bezpośrednim z uwzględnieniem pytań w kierunku objawów alergicznych (kichanie, wodnisty wyciek z nosa, świąd nosa oraz oczu z łzawieniem). W tych przypadkach wskazane jest wykonanie testów alergicznych.

**Brak wskazań** do wykonania przeglądowego RTG zatok przynosowych.

**Ryc. 3. Schemat postępowania dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i nie laryngologów w przypadku chorych z przewlekłymi zapaleniami zatok przynosowych z polipami lub bez polipów nosa**



Zaostrzenia przewlekłych zapaleń zatok przynosowych powinny być leczone jak ostre zapalenie zatok przynosowych.

## Wskazania do leczenia chirurgicznego zapaleń zatok przynosowych opracowane na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

Trudno jest uogólnić wyniki badań dotyczących leczenia operacyjnego zatok przynosowych, ponieważ leczenie to jest wskazane w wybranej grupie chorych, którzy niewystarczająco zareagowali na leczenie zachowawcze. Mamy do czynienia z konkretnymi problemami oceny skuteczności leczenia chirurgicznego, albowiem leczenie to jest niezwykle trudne do oceny i wystandardyzowania, szczególnie w badaniach wielośrodkowych. W ocenie skuteczności tego leczenia trudno jest zastosować ślepą próbę, a randomizacja może stwarzać problemy etyczne, chyba że zastosujemy wąskie kryteria włączenia chorych do badania. Kolejną trudnością jest zebranie jednorodnej grupy pacjentów, u których zastosowano porównywalne metody lecznicze, umożliwiające niezależną ocenę wyników przeprowadzonych zabiegów operacyjnych.

1. W ostrym zapaleniu zatok przynosowych leczenie chirurgiczne jest zarezerwowane dla najcięższych przypadków oraz jego powikłań.
2. Ponad sto recenzowanych badań serii przypadków (poziom IV) z wysoce spójnymi wynikami wykazuje, że chorzy z przewlekłymi zapaleniami zatok przynosowych z polipami nosa i bez polipów odnoszą korzyści z przeprowadzonego leczenia operacyjnego zatok przynosowych.
3. Znaczące powikłania występują u mniej niż 1% chorych, a reoperację przeprowadza się w około 10% przypadków w ciągu 3 lat.
4. U większości chorych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych odpowiednie leczenie zachowawcze jest tak samo skuteczne jak zabieg operacyjny, tak więc leczenie chirurgiczne powinno być zarezerwowane dla chorych, u których leczenie zachowawcze nie daje zadowalających rezultatów (poziom Ib).

5. Czynnościowa chirurgia endoskopowa zatok przynosowych ma przewagę nad konwencjonalnymi zabiegami minimalnie inwazyjnymi, takimi jak polipektomia czy płukanie zatok, ale nie udowodniono jej przewagi nad klasyczną antrostomią dolną czy sphenothmoidektomią.
6. W przypadku chorych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych, którzy nie byli jeszcze operowani, zabieg chirurgiczny o szerokim zakresie nie ma przewagi nad zabiegiem o mniejszej rozległości (poziom Ib). Chociaż nie jest to postępowanie oparte na wiarygodnych i aktualnych publikacjach, zakres zabiegu operacyjnego często pokrywa się z zakresem rozległości procesu chorobowego, co wydaje się rozsądnym podejściem. W chirurgii zatok przynosowych wykonywanej po raz pierwszy polecane są raczej zabiegi oszczędzające.
7. Powtórna wewnątrznosowa endoskopowa interwencja chirurgiczna jest wskazana tylko w przypadku niepowodzenia leczenia zachowawczego. Przynosi ona znaczącą poprawę, zmniejszając stopień nasilenia objawów u chorego z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych z polipami i bez polipów, jednak nie jest ona tak skuteczna, jak w przypadku zabiegu pierwotnego. Częstość powikłań oraz ryzyko nawrotu choroby są w tej grupie chorych wyższe niż w przypadku pierwszej operacji.

## Przewlekłe zapalenia zatok przynosowych bez polipów nosa u dorosłych

– schemat postępowania dla laryngologów opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

#### Objawy utrzymują się dłużej niż 12 tygodni

Dwa lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
- ± upośledzenie/utrata węchu.

#### Badanie przedmiotowe

Endoskopowe badanie jam nosa – bez widocznych polipów w przewodzie nosowym środkowym, jeśli to konieczne po zastosowaniu środka obkurczającego błonę śluzową nosa. (Definicja ta przyjmuje, że przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa jest grupą schorzeń, która może zawierać stany z polipowatymi zmianami błony śluzowej zatok przynosowych

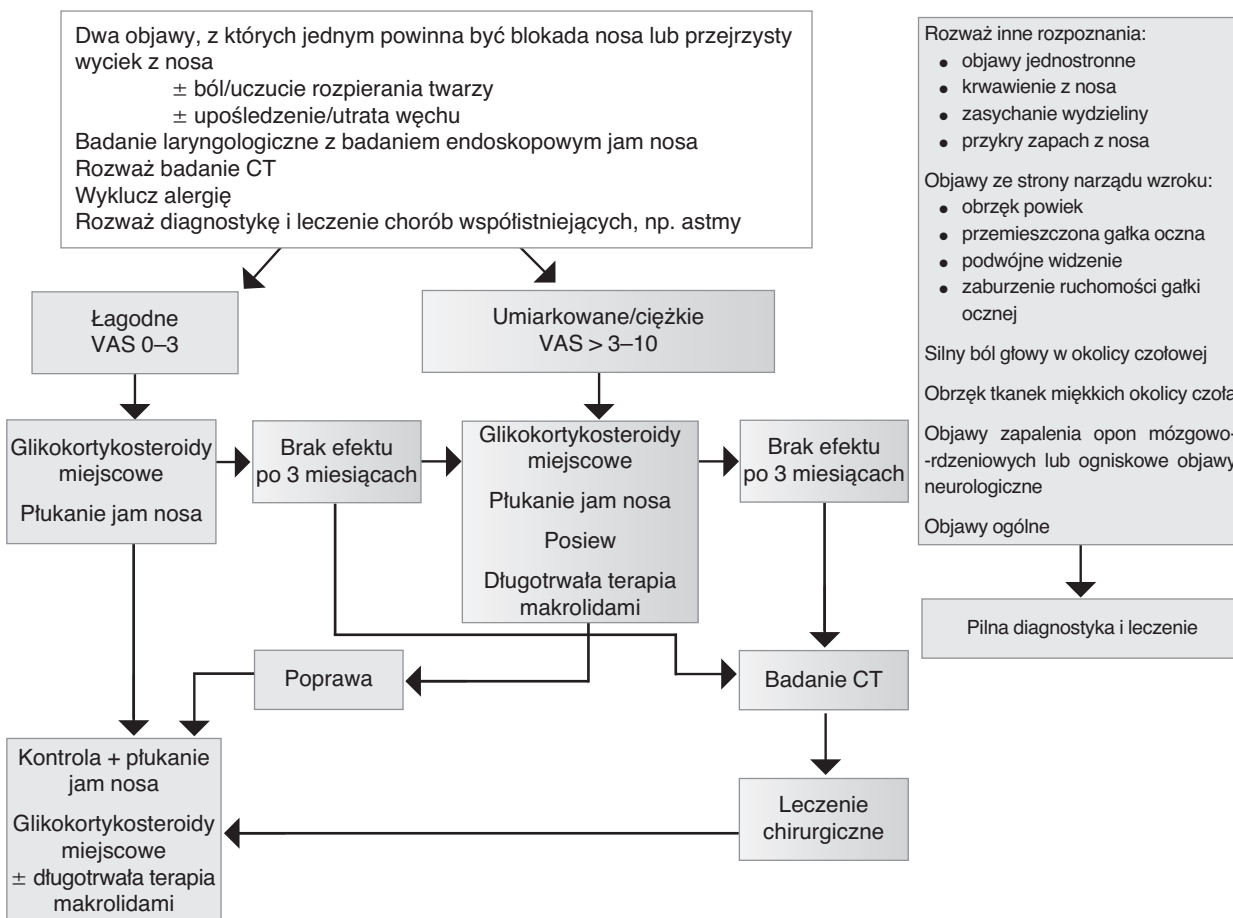
i/lub przewodu nosowego środkowego, ale aby uniknąć wzajemnego ich nakładania się wyklucza te stany, w których występują polipy w jamach nosa).

- Powtórna ocena rozpoznania i zastosowanego sposobu leczenia przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.
- Kwestionariusz w kierunku alergii i, jeśli wynik jest dodatni, należy wykonać testy alergiczne, pod warunkiem, że do tej pory nie zostały jeszcze wykonane.

Leczenie powinno być uzależnione od stopnia nasilenia objawów.

- Ocena nasilenia stopnia dolegliwości za pomocą skali VAS.

Ryc. 4. Schemat postępowania dla laryngologa w przypadku chorych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych bez polipów nosa



**Tabela 3. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla pacjentów dorosłych z przewlekłymi zapaleniami zatok przynosowych z polipami nosa.\***

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustny, krótko < 2 tyg.	brak danych	D	nie
Antybiotyk doustny, długo > 12 tyg.	brak danych	D	tak, dla późnych nawrotów
Antybiotyki – miejscowo	brak danych	D	nie
Glikokortykosteroid – miejscowo	Ib	A	tak
Glikokortykosteroid – doustnie	Ib	A	tak
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	Ib brak danych dla jednokrotnego użycia	A	tak, dla zmniejszenia dolegliwości
Lek przeciwobrzękowy doustny/miejscowy	brak danych dla jednokrotnego użycia	D	nie
Lek mukolityczny	brak danych	D	nie
Leki przeciwgrzybicze – ogólnie	Ib (-)	D	nie
Leki przeciwgrzybicze – miejscowo	Ib (-)	A	nie
Doustne leki przeciwhistaminowe u chorych z alergią	Ib (I)	A	tak, w przypadku alergii
Kapsaicyna	II	B	nie
Inhibitory pompy protonowej	II	C	nie
Immunomodulatory	brak danych	D	nie
Fitoterapia	brak danych	D	nie
Leki przeciwleukotrienowe	III	C	nie

\* Do części badań byli włączeni chorzy na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych bez polipów nosa.  
Ib (-) – badanie z wynikiem ujemnym

## Przewlekłe zapalenia zatok przynosowych z polipami nosa u dorosłych

– schemat postępowania dla laryngologów opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

#### Objawy utrzymują się dłużej niż 12 tygodni

Dwa lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
- ± upośledzenie/utrata węchu.

#### Badanie przedmiotowe (jeśli jest wskazane)

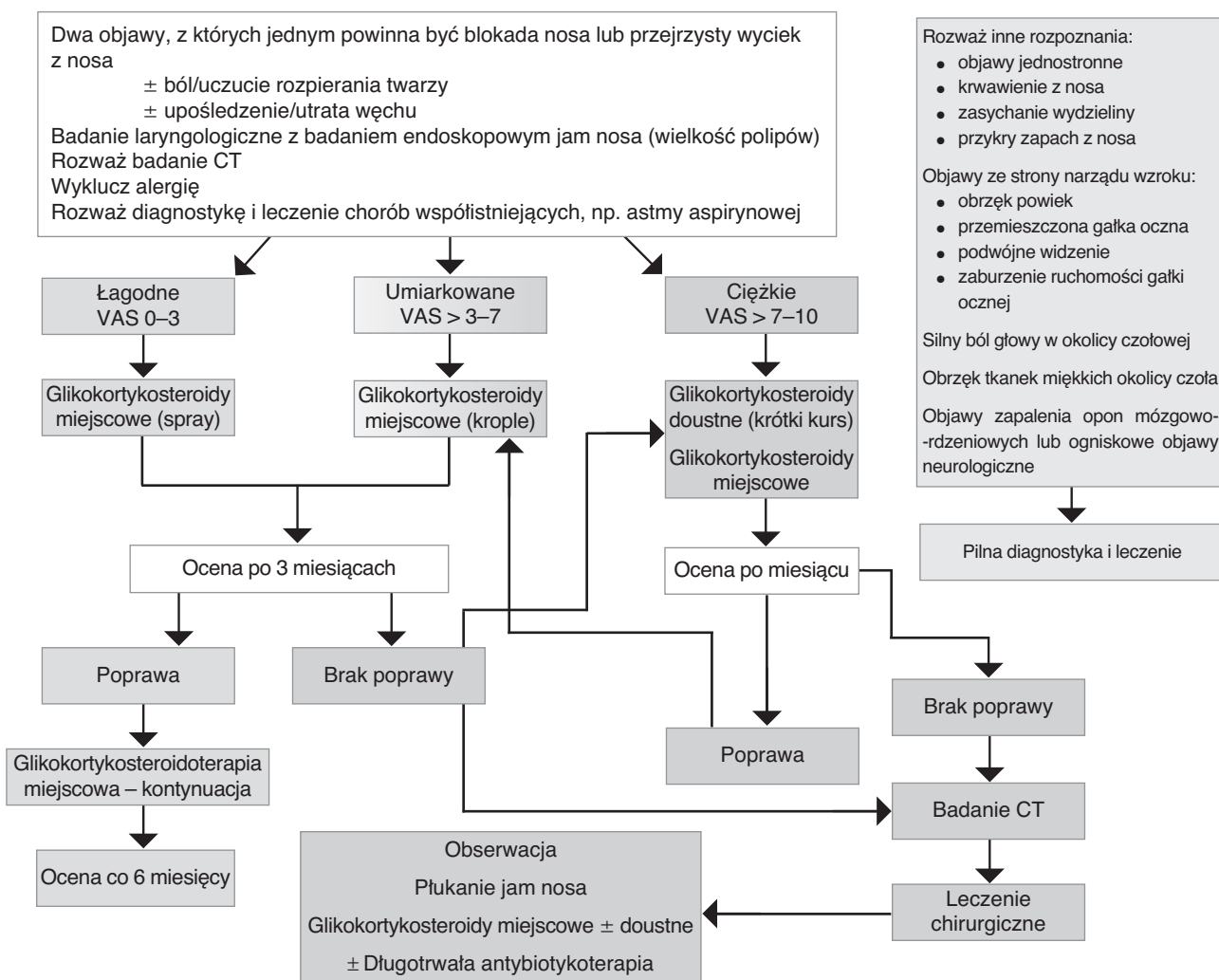
Endoskopowe badanie jam nosa – obustronne polipy, uwidocznione w przewodzie nosowym środkowym:

- powtórna ocena diagnozy i sposobu leczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- kwestionariusz w kierunku alergii; jeśli wynik jest dodatni, należy wykonać testy alergiczne, pod warunkiem, że do tej pory nie zostały jeszcze wykonane.

#### Nasilenie objawów

- (na podstawie skali VAS, w celu całkowitej oceny dolegliwości) łagodna/umiarkowana /ciężka.

Ryc. 5. Schemat postępowania dla laryngologa w przypadku chorych z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych i polipami nosa



## Schemat postępowania w przypadku leczenia dzieci opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

Przedstawiony poniżej schemat powinien pomóc lekarzom różnych specjalności w leczeniu zapaleń zatok przynosowych u dzieci. Zalecenia

zostały oparte na dostępnych dowodach, ale szczególne wybory powinny być podejmowane po przeanalizowaniu indywidualnych przypadków.

**Tabela 4. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla dzieci chorych na ostre zapalenie zatok przynosowych.**

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustny	Ia	A	tak, po 5 dniach lub w ciężkich przypadkach
Glikokortykosteroid – miejscowo	IV	D	tak
Glikokortykosteroid miejscowo z antybiotykiem doustnym	Ib	A	tak
Lek obkurczający miejscowo	III (-)	C	nie
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	IV	D	tak

III (-) – badanie z wynikiem ujemnym



## Ostre zapalenie zatok przynosowych u dzieci

– schemat postępowania opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

#### Objawy

Nagły początek dwóch lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
- ± upośledzenie/utrata węchu.

#### Badanie przedmiotowe (jeśli jest wskazane)

- badanie jamy nosa (obrzęk, zaczerwienienie, zapalna wydzielina),
- badanie jamy ustnej (wydzielina zapalna na tylnej ścianie gardła),
- wykluczenie zakażenia zębopochodnego.

Badanie laryngologiczne z uwzględnieniem endoskopowej oceny jamy nosa.

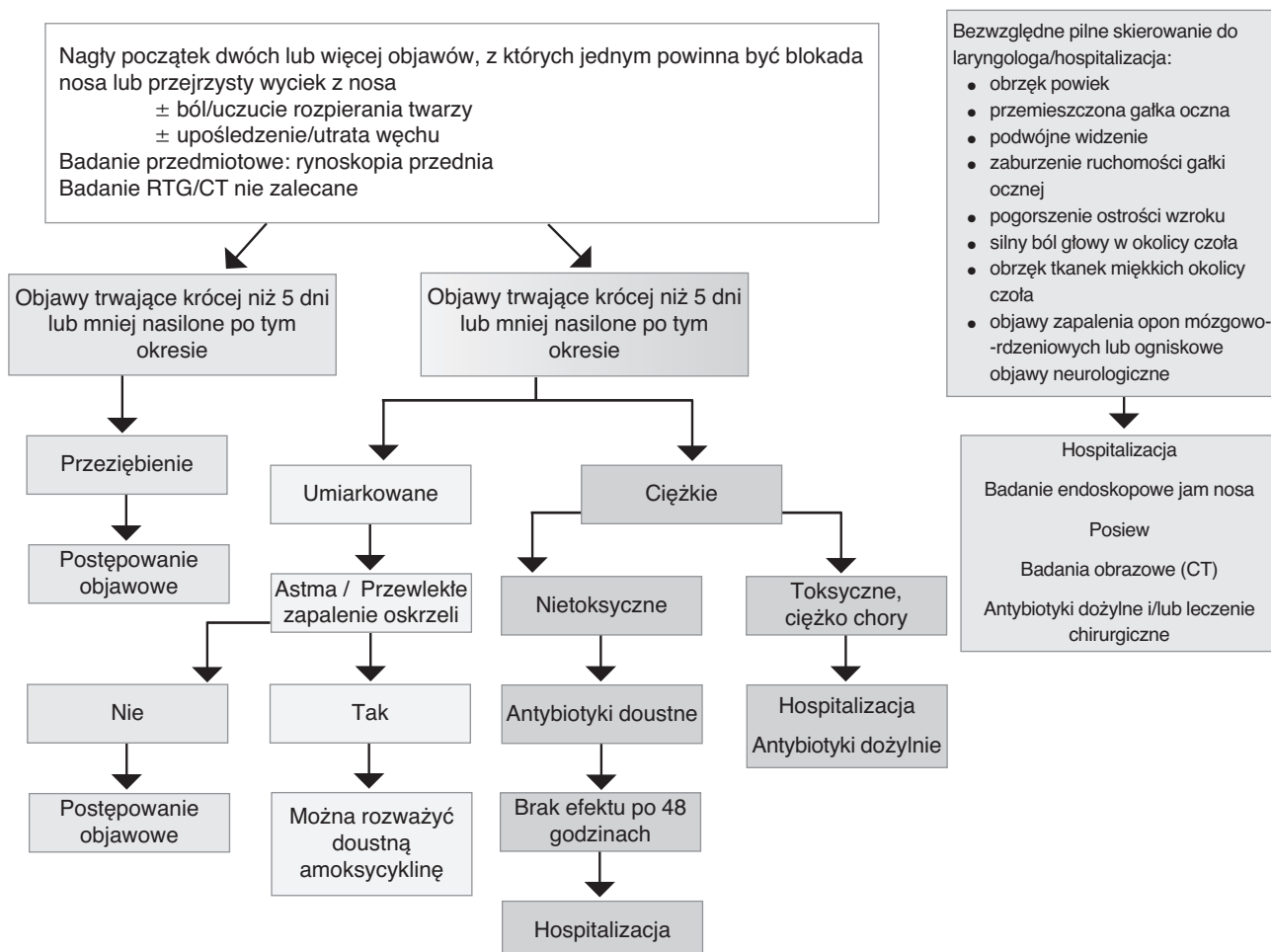
#### Badania obrazowe

**Brak wskazań** do wykonania przeglądowego RTG zatok przynosowych.

Tomografia komputerowa również **nie jest zalecana, chyba że** występują dodatkowe wskazania, jak:

- bardzo nasilone objawy,
- pacjent jest w stanie immunosupresji,
- występują objawy powikłań zatokopochodnych.

Ryc. 6. Schemat leczenia ostrego zapalenia zatok przynosowych u dzieci



## Przewlekłe zapalenie zatok przynosowych u dzieci – schemat postępowania opracowany na podstawie wiarygodnych i aktualnych publikacji

### Rozpoznanie

#### Objawy utrzymujące się dłużej niż 12 tygodni

Dwa lub więcej objawów, z których jednym powinna być blokada nosa lub wyciek z nosa (przedni lub tylny):

- ± ból/uczucie rozpierania twarzy
- ± upośledzenie/utrata węchu.

#### Dodatkowe informacje diagnostyczne

- należy przeprowadzić wywiad w kierunku alergii, a jeśli okaże się dodatni, wykonać testy alergiczne,
- powinny zostać rozważone inne czynniki predysponujące: niedobory immunologiczne (wrodzone, nabyte, refluks żołądkowo-przełykowy).

#### Badanie przedmiotowe (jeśli jest wskazane)

- badanie jam nosa (obrzęk, zaczerwienienie, zapalna wydzielina),

- badanie jamy ustnej (wydzielina śluzowo-ropna na tylnej ścianie gardła),
- wykluczenie zakażenia zębopochodnego.

Badanie laryngologiczne z uwzględnieniem endoskopowej oceny jam nosa.

#### Badania obrazowe

**Brak wskazań** do wykonania przeglądowego RTG zatok przynosowych.

Tomografia komputerowa również **nie jest zalecana, chyba że** występują dodatkowe wskazania, jak:

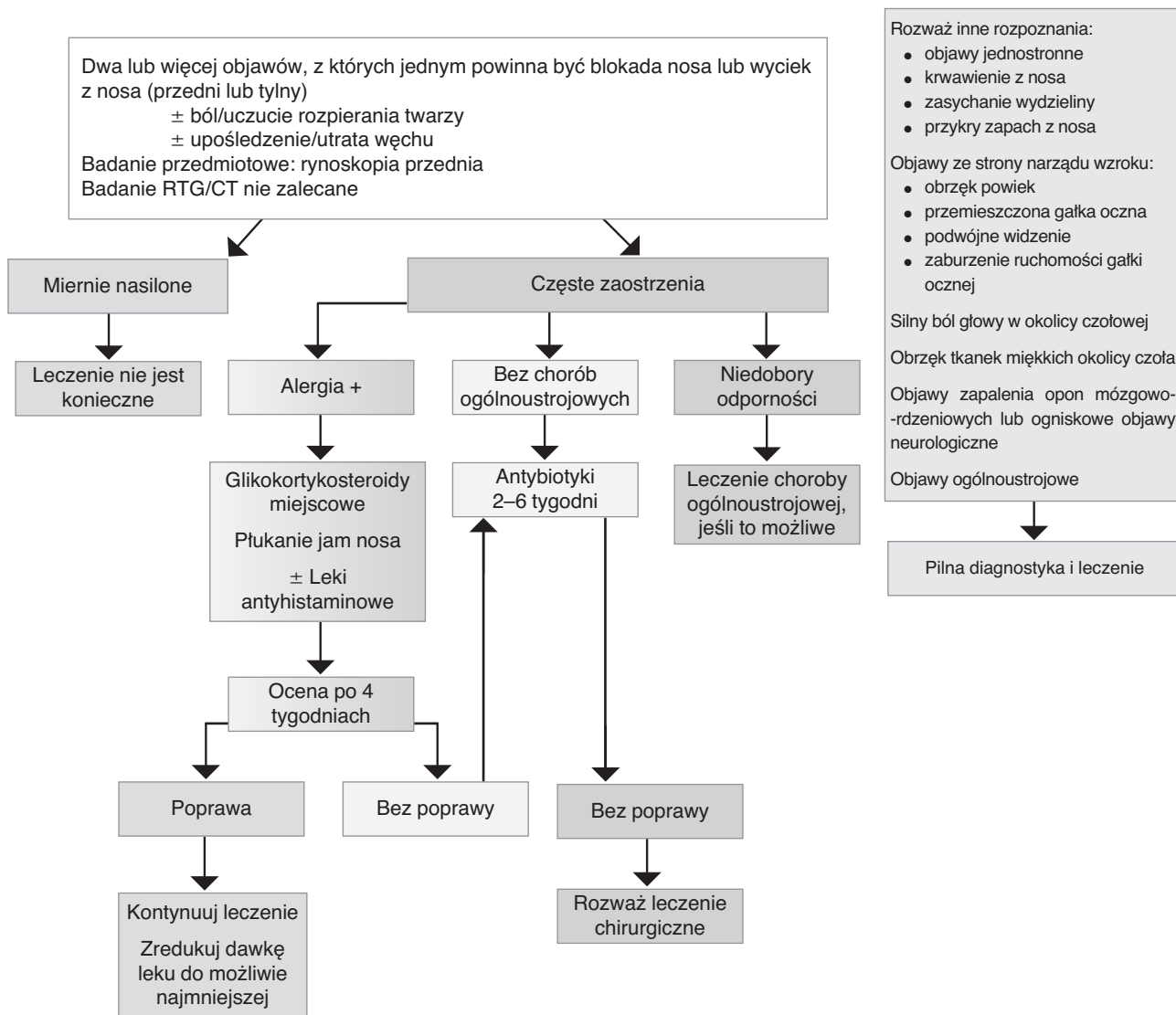
- bardzo nasilone objawy,
- pacjent ma upośledzoną odporność,
- występują cechy powikłań zatokopochodnych.

Leczenie powinno być uzależnione od stopnia nasilenia objawów.

Tabela 5. Siła dowodów i zaleceń poszczególnych metod leczniczych dla dzieci chorych na przewlekłe zapalenie zatok przynosowych.

Leczenie	Poziom	Stopień rekomendacji	Istotność
Antybiotyk doustny	Ia	A	tak, efekt nieznaczny
Glikokortykosteroid – miejscowo	IV	D	tak
Płukanie jam nosa roztworem soli fizjologicznej	III	C	tak
Leczenie refluksu żołądkowo-przełykowego	III	C	tak

Ryc. 7. Schemat leczenia dzieci z przewlekłym zapaleniem zatok przynosowych



syllabus  
rynologicznyIV KRAJOWE FORUM  
RYNOLOGICZNE

Warszawa, 30 listopada – 2 grudnia 2007

W dniach 30 listopada oraz 1 i 2 grudnia 2007 r. odbyło się w hotelu Novotel w Warszawie IV Krajowe Forum Rynologiczne. Zgodnie z tradycją, obrady zostały zorganizowane przez prof. Antoniego Krzeskiego oraz grono współpracowników. W konferencji wzięło udział blisko 400 osób, wśród nich goście honorowi: prof. Benoît Lengelé z Belgii, prof. Gilbert J. Nolst Trenité z Holandii, dr John F. Pallanch z USA, dr James N. Palmer z USA, dr Tadeusz Rohozinski z Kanady oraz Daniel Simmen ze Szwajcarii. Uczestników obrad powitał z należytą atencją prof. Antoni Krzeski, po czym dokonał otwarcia konferencji.

Znakomity wykład inauguracyjny pt. „Chirurgia minimalnie inwazyjna w leczeniu patologii nosa i zatok przynosowych” wygłosił prof. Witold Szyfter. Idea ograniczenia inwazyjności i zwiększenia bezpieczeństwa operacji wewnątrznosowych przyświecała całej konferencji.

W sesji I, której moderatorem był profesor Andrzej Radzikowski, pediatra, omawiano praktyczne zasady diagnostyki i leczenia w zapaleniach zatok przynosowych u dzieci i dorosłych. Podkreślano znaczenie tomografii komputerowej i właściwego pobierania materiału do badania bakteriologicznego z okolicy ujścia zatok. Dobrze oceniono efekty lecznicze antybiotyku Augmentin ze zwiększoną dawką amoksycyliny. Kontrowersje

budzi stosowanie chinolonów u dzieci. Obecnie dopuszcza się możliwość podawania dzieciom chinolonów, ale wyłącznie po wyczerpaniu innych możliwości. Bardzo dobry wykład pt. „Powikłania ostrego zapalenia zatok przynosowych” wygłosiła prof. Elżbieta Hassmann-Poznańska.

Sesja II była zatytułowana „Dziecko wiecznie zasmarkane”. Problemy zdrowotne dziecka cierpiącego na przewlekły katar były przedstawione z punktu widzenia laryngologa-pediatry dr hab. Beaty Zielnik-Jurkiewicz oraz alergologa-pediatry dr Anny Zawadzkiej-Krajewskiej. Otrzymaliśmy syntetyczny obraz chorego dziecka z infekcją wirusową lub bakteryjną. Było to repetytorium z zakresu diagnostyki i leczenia. Ciekawa była sugestia w sprawie leczenia klimatycznego. Za takie leczenie można już uznać wyjazd dziecka 10 km poza Warszawę. Zalecane są szczepionki donosowe i doustne.

W III sesji zaprezentowano prace doktorskie, których promotorem był profesor Antoni Krzeski. Tematyka prac pozwoliła na pogłębienie wiedzy rynologicznej w zakresie radiologii zatok, zaburzeń ruchomości rzęsek nabłonka oddechowego czy eozynofilowego i neutrofilowego zapalenia zatok przynosowych.

Moderatorem sesji IV pod przewrotnym tytułem: „Chrapanie – leczyć czy izolować?” był

dr med. Jarosław Balcerzak. Przedstawiono obecny stan wiedzy na temat leczenia zaburzeń oddychania podczas snu. Jedną z przyczyn jest niedrożny nos. Wyniki leczenia chirurgicznego w takich przypadkach są bardzo dobre. Kiedy przyczyny zaburzeń oddychania są umiejscowione w obrębie podniebienia, gardła, języka bądź wiążą się z ukształtowaniem czaszki, sprawiają trudności w leczeniu, a jego wyniki są mniej trwałe. Dużym postępowaniem jest zastosowanie RF (fale radiowe wysokiej częstotliwości – 4000 Hz) w terapii bezdechów. Wykład dr. Tadeusza Rohozińskiego świetnie ilustrował możliwości tej metody. Dr Rohoziński podczas operacji przestrzega zasady: „resekować mniej niż więcej”. Technika RF umożliwia operacje w znieczuleniu miejscowym. Proces gojenia przebiega szybko, a rezultaty są bardzo dobre. Ciekawym rozwiązaniem są aparaty nazębne rekomendowane przez prof. Antoniego Krzeskiego, któremu również nie jest obca stomatologia. Warunkiem niezbędnym przy aparatach nazębnym jest dobry stan stawów żuchwowych i obecność co najmniej 8 zębów. Wadą aparatów jest wysoka cena, możliwość uszkodzenia szkliwa i pewna niewygoda.

Podczas sesji VI pt. „Rozmaitości rynologiczne” dr James N. Palmer w ciekawym wykładzie zestawiał wyniki klasycznych operacji zatok czołowych z chirurgią endoskopową. Te obrazy uwidoczniają nam milowe kroki, jakie poczyniła rynologia. Dr Daniel Simmen mówił o chirurgii endoskopowej zatoki czołowej. Przed operacją określa on dokładnie cel i ustala plan operacji. Podczas operacji oszczędza błonę śluzową, co przyspiesza gojenie. Operacje przeprowadza w przypadkach niedrożności nosa, wydzieliny z nosa, zaburzeń oddychania, bólów twarzy. Dr John F. Pallanch w referacie „Za i przeciw stosowaniu narzędzi rotujących” przedstawił opinię, że narzędzia takie skracają czas operacji, zmniejszają uraz i pozwalają na dobrą widoczność. Warunkiem bezpieczeństwa jest właściwa ocena granic anatomicznych.

Prof. Benoît Lengelé wygłosił znakomity wykład, poruszający dokument o przeszczepie skóry, mięśni i naczyń twarzy kobiecie okaleczonej przez psa. Zespół składający się z pięćdziesięciorga specjalistów z różnych dziedzin przygotowywał się przez siedem miesięcy

do przeprowadzenia operacji. Po sukcesie operacyjnym nastąpiła walka o utrzymanie przeszczepu. W tle wspaniała katedra w Amiens, problemy etyczne i zwykłe ludzkie relacje między zespołem leczącym i kobietą poddaną pionierskiej operacji, z końcowym stwierdzeniem, że leczenie jest zawsze eksperymentem. Autor sukcesu transplantacyjnego i wzruszającego wykładu otrzymał owację na stojąco.

Ukoronowaniem pracowitych sesji był wieczór autorski prof. Antoniego Krzeskiego z tanziem w tle, który miał miejsce w „Fabryce Trzciny”. Najpierw wszyscy zasłużeni dla rynologii wykładowcy z zagranicy oraz krajowi laureaci otrzymali nagrody z rąk prezesa w postaci statuetki *Amicius Rhinologiae Polonicae*. Przemawiali – bardzo pięknie – prof. Benoît Lengelé i prof. Wojciech Mikulewicz. Następnie odbył się recital polskiej poezji w wykonaniu Zofii Kucówny, przyjaciół prezesa i wybitnych rynologów. Wybór wierszy okazał się celny: były utwory liryczne, dramatyczne, swawolne oraz dowcipne. Tanga grał znakomity zespół. Były też kwiaty i nawiązanie do historii – dr Daniel Simmen jest siostrzeńcem płk. Jana Zumbacha ze sławnego *Dywizjonu 303*. Wieczór uświetniły stoły z jadłem, napojami i lekcje tanga. Wieczór w „Fabryce Trzciny” był bardzo udaną imprezą.

Trzeci dzień okazał się znakomitym zwieńczeniem IV Krajowego Forum Rynologicznego – „złoto dla wytrwałych” chciałoby się rzec, parafrazując tytuł znanego filmu. Uczestników forum, zmęczonych artystycznymi i gastronomicznymi przeżyciami poprzedniego, długiego wieczoru w „Fabryce Trzciny”, było znacznie mniej w to niedzielne przedpołudnie. Szkoda, ponieważ obie angielskojęzyczne sesje, których moderatorami byli kolejno prof. K. Niemczyk i prof. A. Krzeski, okazały się znakomite. Pierwszą sesję rozpoczął prof. Gilbert J. Nolst Trenité z Amsterdamu wykładem „Practical approach to nose surgery”. Kładzie on wielki nacisk na konieczność przed- i pooperacyjnego dokładnego informowania pacjenta o konieczności wykonania zabiegu, jego technice, używanych materiałach, możliwych komplikacjach i przeciwdziałaniu im, ze szczególnym zwróceniem uwagi na jakość skóry nosa oraz kondycję psychiczną pacjenta. Przedstawiona przez autora analiza

proporcji twarzy pacjenta, kątów, stosunków odległości punktów TA/TN, podstawy nosa, „linii siły” potwierdzona fotografiami, poddana obróbce komputerowej to znakomite kompendium wiedzy dla chirurga.

Następny wykład „From endoscopic sinus to skull base surgery” przygotował dr Daniel Simmen z Zurichu. *Motto* wystąpienia brzmiało: „Who? When? Why? How?” Na te pytania musi odpowiedzieć lekarz, postanawiając o wkroczeniu z chirurgią endoskopową. Decyzję należy podjąć, biorąc pod uwagę dolegliwości pacjenta (dolegliwości bólowe, niedrożność nosa, zaburzenia węchu itd.) i reakcję organizmu na wcześniejsze leczenie steroidami podawanymi ogólnie i donosowo, antyhistaminikami, antybiotykami oraz płukaniami jam nosa. Zatem chirurgia endoskopowa zawsze poprzedzona leczeniem zachowawczym i badaniem TK. Chirurg musi zwrócić szczególną uwagę na miejsce przyczepu wyrostka haczykowatego (czasami dla bezpieczeństwa trzeba górę wyrostka zostawić), poziom przedniego dołu czaszki, tętnice sitowe, nerw wzrokowy, kanał t. szyjnej wewnętrznej, obecność kostnych dehiscencji i odmienności anatomicznych. W klinice, w której pracuje dr Simmen, zabiegi endoskopowe przeprowadza zawsze dwóch chirurgów (chirurgia czterech rąk + tor wizyjny), jeśli operowany jest rejon zatok, oraz trzech chirurgów (laryngolog, chirurg szczękowy i neurochirurg), jeżeli zabieg jest poszerzony o dojście do podstawy czaszki – w razie potrzeby neurochirurg rozszerza zabieg o dojście zewnątrzczaszkowe. Nie używa się mikrodebridera, chirurdzy posługują się frezą oraz urządzeniem płuczaco-ssącym – nie muszą czyścić endoskopu przez cały czas trwania zabiegu; stosowanie systemu nawigacji zdecydowanie obniża wskaźnik powikłań.

Doktor James N. Palmer (USA) miał dwa wystąpienia: „Endoscopic treatment of CSF leaks and encephaloceles” i „What is new in surgical rhinology?”, oba zawierające rzetelną porcję wiedzy praktycznej oraz wskazówek. Dr Palmer do usuwania zarówno polipów, jak i zmian rozrostowych (brodawczak odwrócony, ENB, *adenocarcinoma*) używa mikrodebridera oraz frezy. Filmy wideo pokazujące przebieg usuwania wymienionych guzów robią duże wrażenie!

*A propos!* Nie wszyscy endoskopiści są zwolennikami mikrodebridera z uwagi na dużą możliwość powikłań – sąsiedztwo oczodołu, przedniego dołu czaszki! Nie zawsze można ocenić precyzję działań końcówki tego narzędzia, pracującego z wielką energią. W przypadku wystąpienia płynotoku miejsce uszkodzenia opony najlepiej oceniać za pomocą TK wysokiej rozdzielczości, z cięciem skanów co 1 mm (z użyciem 64-rzędowej spiralnej tomografii komputerowej), MRI – cistogramu, zaopatrywać zaś płynotok przy użyciu nawigacji komputerowej. W przypadku niewielkiego defektu opony można go zaopatrzyć za pomocą graftu z błony śluzowej, naturalnie z dojścia wewnątrznosowego techniką overlay, 2–3-mm ubytek może być zaopatrzony z zastosowaniem dura-gen (syntetycznej opony) bądź fragmentu powięzi szerokiej uda, natomiast ubytek powyżej 3 mm już z użyciem graftu chrzęstnego bądź kostnego podpartego fragmentem powięzi techniką underlay. Każdy zabieg FESS jest zawsze poprzedzany 7-dniową systemową steroidoterapią (w dawkach: 3 dni 60 mg, 3 dni 40 mg, w dniu operacji, w trakcie zabiegu 20 mg). Operator korzysta z pomocy nawigacji komputerowej (CT/MRI Merge Technology).

Doktor John F. Pallanch (USA) w swoim wystąpieniu „CT scanning for diagnosis and treatment of rhinologic conditions and future applications using 3-Dimensional reconstructions of high-resolution CT data” omawiał poszerzenie możliwości diagnostycznych i leczniczych z zastosowaniem przestrzennej, trójwymiarowej tomografii komputerowej, służebnej wobec endoskopii. Podjął także temat wirtualnej nawigacji, która ma wielką przyszłość w chirurgii (symulacja endoskopowych działań chirurgicznych to natychmiastowa kontrola leczenia w obrazie TK!).

Reasumując, dużo nowości podanych w sposób przystępny – a zatem wdrażajmy je do naszej chirurgicznej praktyki.

**prof. dr hab. med. Stanisław Chodynicki,  
dr med. Mirosława Pietniczka**