

## Uloga liječnika obiteljske medicine u liječenju alergijskog rinitisa

### *The role of family physicians in the treatment of allergic rhinitis*

Nada Ivičević<sup>1</sup>, Željka Roje<sup>2</sup>

#### Sažetak

Alergijski rinitis (AR) je globalni zdravstveni problem i jedan od najčešćih razloga posjeta liječniku obiteljske medicine. Utjecaj simptoma AR-a na sve segmente života ocrta važnost ove bolesti kao javnozdravstvenog problema te pravilan terapijski odabir predstavlja važnu zadaću u svakodnevnom radu liječnika obiteljske medicine.

Prema ARIA (engl. *Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*), smjericama liječenje rinitisa odvija se na četiri razine ovisno o tipu i težini bolesti: edukacija bolesnika, kontrola okoliša, farmakoterapija i imunoterapija.

Farmakoterapijski intranazalni kortikosteroidi zauzimaju vodeće mjesto u liječenju AR, jer jedini djeluju na sve nosne simptome.

**Ključne riječi:** alergijski rinitis, smjernice, obiteljska medicina

#### Summary

Allergic rhinitis (AR) is a global health problem and one of the most common reasons to visit a family doctor. The impact of AR symptoms on all segments of life emphasizes the importance of this disease as a public health problem. Adequate therapeutic selection is an important task in the daily work of family practitioners.

According to ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) guidelines, treatment of rhinitis is carried out at four levels depending on the type and severity of the disease: patient education, environmental control, pharmacotherapy and immunotherapy.

Treatment with pharmacotherapeutic intranasal corticosteroids is the leading therapy of AR because they are the only drug effective in all nasal symptoms.

**Key words:** allergic rhinitis, guidelines, family medicine

<sup>1</sup> Specijalizantica obiteljske medicine, Dom zdravlja Splitsko-dalmatinske županije, Kavanjinova 2, Split, Hrvatska

<sup>2</sup> Privatna specijalistička ordinacija za otorinolaringologiju, prof. dr. sc. Željka Roje, Kranjčevićeva 45, Split, Hrvatska

**Kontakt:** [nada.ivicovic@gmail.com](mailto:nada.ivicovic@gmail.com)

## Uvod

Alergijski rinitis je simptomatska bolest nosa koja nastaje nakon izlaganja alergenima pobuđivanjem IgE posredovane upale u sluznici nosa. Prema procjeni Svjetske zdravstvene organizacije više od 600 milijuna ljudi diljem svijeta boluje od AR-a. Prevalencija alergijskog rinitisa prema ARIA smjernicama u zemljama EU je 22,7 % (1). U Hrvatskoj se AR javlja u 17 % djece školske dobi (2). U oko 80 % bolesnika AR se razvije prije 20-te godine života, ali katkad se simptomi pojavljuju i u osoba tzv. treće životne dobi (1). Iako se radi o bolesti koja ne ugrožava život, AR značajno utječe na kvalitetu života izazivajući brojne simptome koji nisu izravno vezani uz AR: umor, agitiranost, nesanica, naglušnost, nervoza, mučnina, osjećaj tuge i depresije.

U kliničkoj praksi se najčešće koristi podjela alergijskog rinitisa prema ARIA smjernicama temeljena na trajanju i težini simptoma prikazana na (Slika 1), mada je još uvijek u literaturi često prisutna podjela na sezonski alergijski rinitis (SAR) i cjelogodišnji alergijski rinitis (PAR).

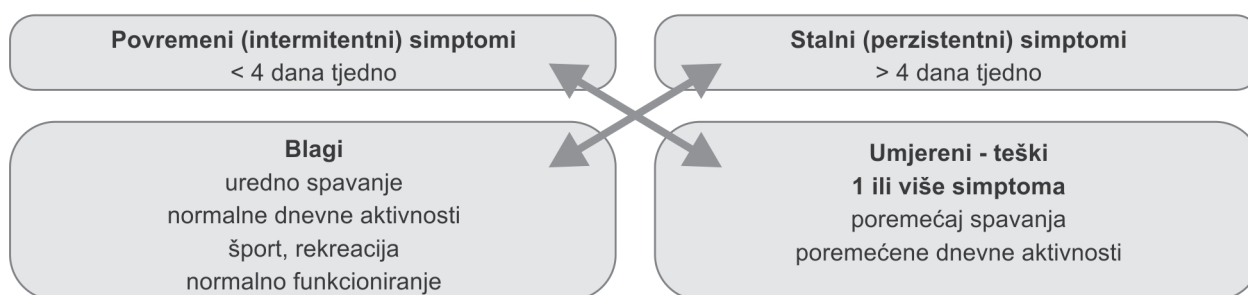
Kako se radi o kroničnoj bolesti koja prati bolesnika gotovo cijeli život, LOM je iznimno važan za

prepoznavanje, pravodobno dijagnosticiranje i liječenje. Od velike je važnosti i suradnja između LOM-a i bolesnika, trajna edukacija i poticanje samokontrole (4). Većina zemalja uključujući i Hrvatsku za dijagnozu i terapiju AR rabe ARIA smjernice koje su prvi put objavljene 2001.godine te revidirane 2010.godine, a koje je usvojilo i prilagodilo Hrvatsko društvo za otorinolaringologiju i kirurgiju glave i vrata 2012. godine na Godišnjem sastanku u Vukovaru (5).

## Simptomi AR i komorbiditet

Na pojavu simptoma AR utječe pozitivna atopijska obiteljska anamneza, izloženost alergenima te način života (2,3). Simptomi uključuju rinoreju, nosnu kongestiju, kihanje, svrbež i postnazalnu sekreciju (Tablica 1). Čak 40% bolesnika ima očne simptome (svrbež, suzenje, crvenilo). AR je ujedno i rizični čimbenik za brojna druga stanja i bolesti (astma, rinosinuitis, polipoza, upale srednjeg uha s iscjerkom), što dodatno povećava njegovo medicinsko značenje, ali i troškove liječenja (6,7). Bolesnici s AR-om imaju više epizoda akutnih respiratornih infekcija gornjih dišnih putova, one dulje traju i imaju teži tijek (3,9,10).

### ARIA smjernice: klasifikacija AR



**Slika 1.** Klasifikacija AR prema ARIA smjernicama (3)

**Figure 1.** AR classification according to ARIA guidelines (3)

**Tablica 1.** Simptomi AR (8)**Table 1.** AR symptoms (8)

SIMPTOMI	SAR	PAR
Začepljenost	**	****
Sekrecija	***	**
Kihanje	****	**
Smetnje njuha	**	***
Svrbež očiju	***	*

SAR - povremeni rinitis; PAR - trajni rinitis  
+ rijetko, ++ povremeno, +++ često,++++ stalno

### Dijagnoza alergijskog rinitisa

Osobna i obiteljska anamneza osnova su za postavljanje dijagnoze AR (1). Temeljni simptomi koji sugeriraju na AR su opetovane epizode nosne sekrecije, kihanja, nosna kongestija te lakrimacija. Bitno je utvrditi vrijeme kada se simptomi pojavljuju (11,12), utvrditi pokretače simptoma, njihov intenzitet i eventualni učinak ranije protualergijske terapije te poznavanje peludnog kalendara podneblja (4).

Fizikalnim pregledom i rinoskopijom dobivamo važne informacije kao što su edem lividne sluznice nosa te vodenasti sekret koji može postati s vremenom mukozniji pa čak i gnojan. Kao posljedica trljanja donje trećine nosa zbog svrbeža na donjoj polovici hrpta nosa može se vidjeti tzv. „alergijski nabor“. Diferencijalno dijagnostički treba isključiti deformaciju septuma, nosnu polipozu, adenoide vegetacije, hipertrofične donje školjke. Otokopski se može vidjeti skraćen ili odsutan refleks bubnjića i mogući izljev u srednjem uhu. Orofaringoskopski karakteristično je cijeđenje sekreta po stražnjem zidu ždrijela te blaža hiperemija (2).

Kožni ubodni test bit će sasvim dostatna dijagnostička procedura i temelj terapijskog odabira u većine bolesnika. Može se indicirati citološki pregled obriska nosne sluznice, određivanje broja eozinofila u perifernoj krvi, određivanje razine IgE-protutijela, RAST (engl. *Radio-Allergo-Sorbent-*

*Test*), RIST (engl. *Radio-Immuno-Sorbent-Test*), prednja i stražnja rinomanometrija, akustička rinomanometrija, spirometrija, određivanje ekspiratorne koncentracije NO (FeNO), razina eozinofilnoga kationskog proteina (ECP), ali oni nisu od presudne važnosti u odabiru liječenja (4,11,12).

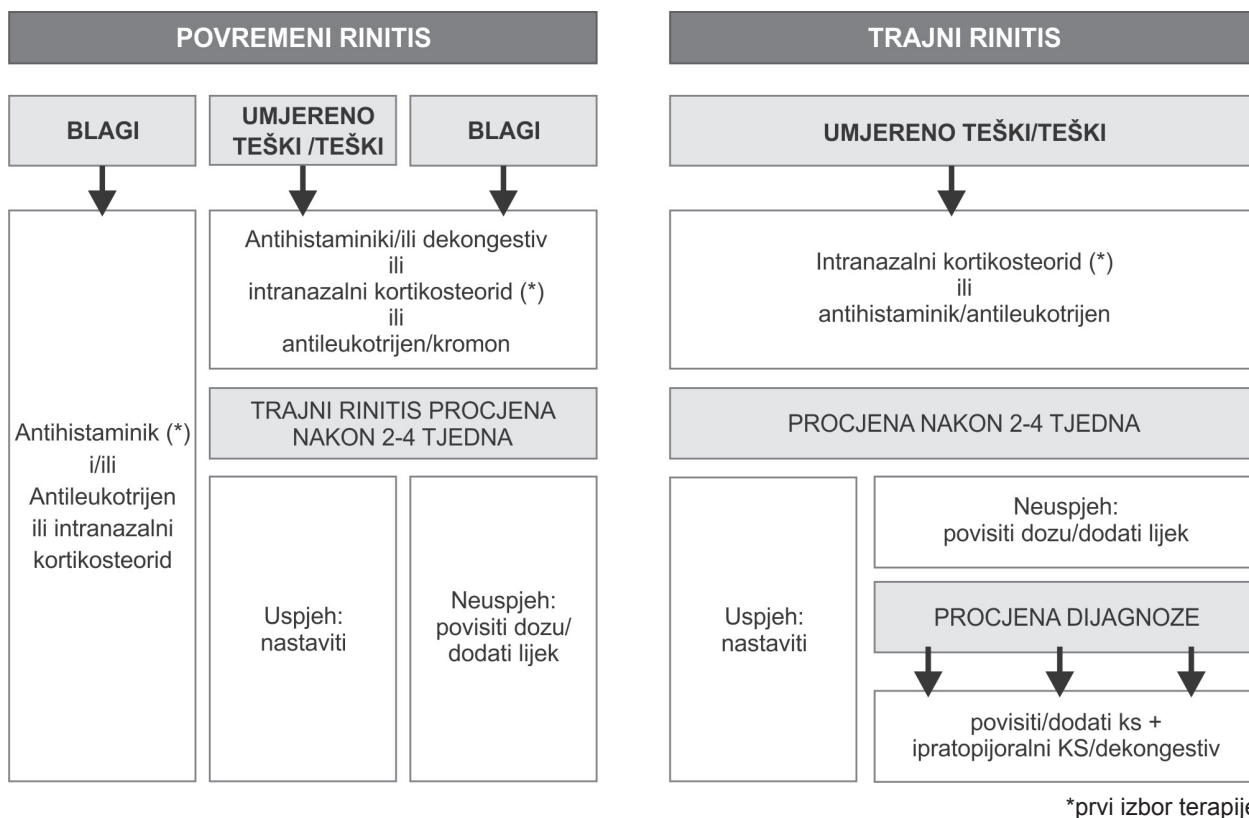
### Moguće prepreke i ciljevi LOM-a

Mogući problemi u dijagnozi i liječenju AR javljaju se zbog toga što pacijenti sami posegnu za ljekovitim sredstvima prije javljanja LOM, te na taj način maskiraju postojeće simptome. Diferencijalno dijagnostički postoji problem sličnosti s virusnim rinitisom te je potrebno imati saznanja o osobnoj i obiteljskoj atopijskoj anamnezi. Ako se ponavljaju slične rinitične tegobe u isto doba tijekom nekoliko godina to jasno sugerira LOM-u alergijsku prirodu bolesti. Još veći je problem razlučiti zimske tegobe uzrokovane preosjetljivosti na grinje kućne prašine od virusne infekcije u sezoni epidemijske pojavnosti (4). Potencijalni problem predstavlja i nepostojanje peludnog kalendara za pojedine županije, što bi u velike olakšalo prepoznavanje simptoma, mogućeg alergena i liječenje.

LOM mora djelovati na svim terapijskim razinama liječenja AR s posebnim naglaskom na edukaciju i farmakoterapiju. Cilj je razvijanje partnerskog odnosa s pacijentom čime se postiže bolja suradnja u pravilnoj primjeni terapije. Poticanje redovite terapije vrlo je važno, kao i održavanje kontrole bolesti najnižom mogućom dozom lijeka, katkada i bez njege, uvažavajući preferencije i sklonosti bolesnika.

### Liječenje rinitisa

Terapijske smjernice uključuju edukaciju bolesnika, kontrolu okoliša, farmakoterapiju, alergen-specifičnu imunoterapiju te kirurško liječenje (2), a sve sa ciljem postizanja normalnog spavanja, normalnog obavljanja dnevnih aktivnosti, izbjegavanja neugodnih simptoma te minimalnih nuspojava liječenja AR (13).



Slika 2. Smjernice ARIA (2010) za liječenje AR (11)

Figure 2. ARIA treatment guidelines (2010) (11)

Tablica 2. Farmakoterapija AR (11)

Table 2. AR pharmacotherapy (11)

LIJEK	UČINKOVITOST NA SIMPTOME				
	Kihanje	Nosna sekrecija	Nosna kongestija	Svrbež nosa	Očni simptomi
IKS	***	***	**	**	*
OAH	***	***	o do *	***	**
Intranazalni dekonjestivi	o	o	**	o	o
Intranazalni kromoni	*	*	*	*	o
Antikolinergici	o	***	o	o	o
LTRA	*	**	**	?	**

IKS- intranazalni kortikosteroid; OAH- oralni antihistaminik; LTRA- antagonisti leukotrijenskih receptora  
0-nema učinka, +++- maksimalna učinkovitost, ?- nepoznata učinkovitost

S obzirom na velik broj mogućnosti liječenja AR najčešće korišteni lijekovi i njihovo djelovanje na simptome AR prikazani su u tablici 2.

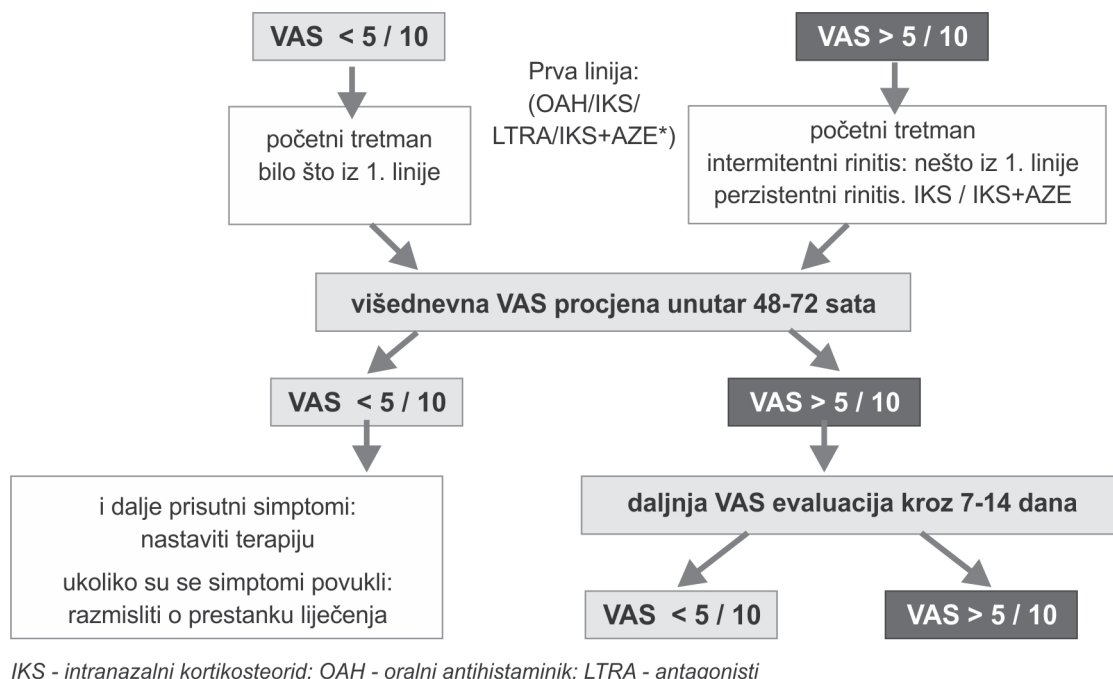
Brojne prednosti intranazalnih kortikosteroida (IKS) su: brzo djelovanje, minimalni rizik nuspojava, djeluju inhibicijski i u ranoj i u kasnoj fazi alergijske reakcije, smanjuju staničnu infiltraciju (posebno eozinofilnu), otpuštanje upalnih medijatora, i permeabilnost kapilara, pospješuju vazokonstrikciju. Radi se o najučinkovitijim lijekovima u liječenju AR jer djeluju na sve simptome u nosu. Zbog niske bioraspoloživosti sigurni su za dugotrajnu uporabu i ne dovode do atrofije nosne sluznice (3,11,14,15-22).

Prednost antihistaminika je u olakšavanju simptoma pojačane sekrecije, kihanja i svrbeža nosa. Imaju veću učinkovitost na očne simptome u odnosu na IKS. Osnovni nedostatak je što ne djeluju na nosnu kongestiju (14,16). Dekongestivi dovode do snažne vazokonstrikcije te tako na nosnu kongestiju. Preporučuju se samo za kratkotrajnu upotrebu i ne spadaju u temeljne lijekove za AR (3,14).

Važno mjesto zauzima i fiziološka otopina koja razrjeđuje sekret i na taj način olakšava njegovu evakuaciju iz nosa. Osim toga pročišćava površinu sluznice nosa i tako ju čini dostupnom za terpijski učinak lokalnog kortikosteroida. Bezopasna je, jeftina i služi kao potpora svakoj terapiji upala nosa i sinusa (3).

ARIA smjernice iz 2010. i smjernice HDORL (Slika 2) sugeriraju da su IKS prva linija terapije i to u bolesnika sa PAR-om te u onih umjereno teškim/teškim SAR-om i PAR-om. Druga generacija H1-antihistaminika važna je za liječenje svih bolesnika dok su antagonisti leukotrijenskih receptora važni za bolesnike s AR-om i astmom, a u Republici Hrvatskoj nisu registrirani za liječenje AR (12,15,23).

Desenzibilizacija ili imunoterapija također zauzima važno mjesto u liječenju umjereno teškog/teškog AR ukoliko su drugi oblici liječenja nedjelotvorni. Rezultati liječenja su ograničeni. Postupno povišena doza alergena aplicira se supkutano ili sublingvalno.



**Slika 3.** MACVIA smjernice 2016 procjena kontrole kod ne liječenih pacijenata

**Figure 3.** MACVIA guidelines 2016 control estimation in non treated patients

Postoji opasnost od sistemskih reakcija i to u rasponu od blage urtikarije do angioedema, teške astme ili anafilaktičkog šoka (3, 16). U slučajevima komplikacija AR (kronični rinosinitis, polipoza) dolazi u obzir i kirurško liječenje (19).

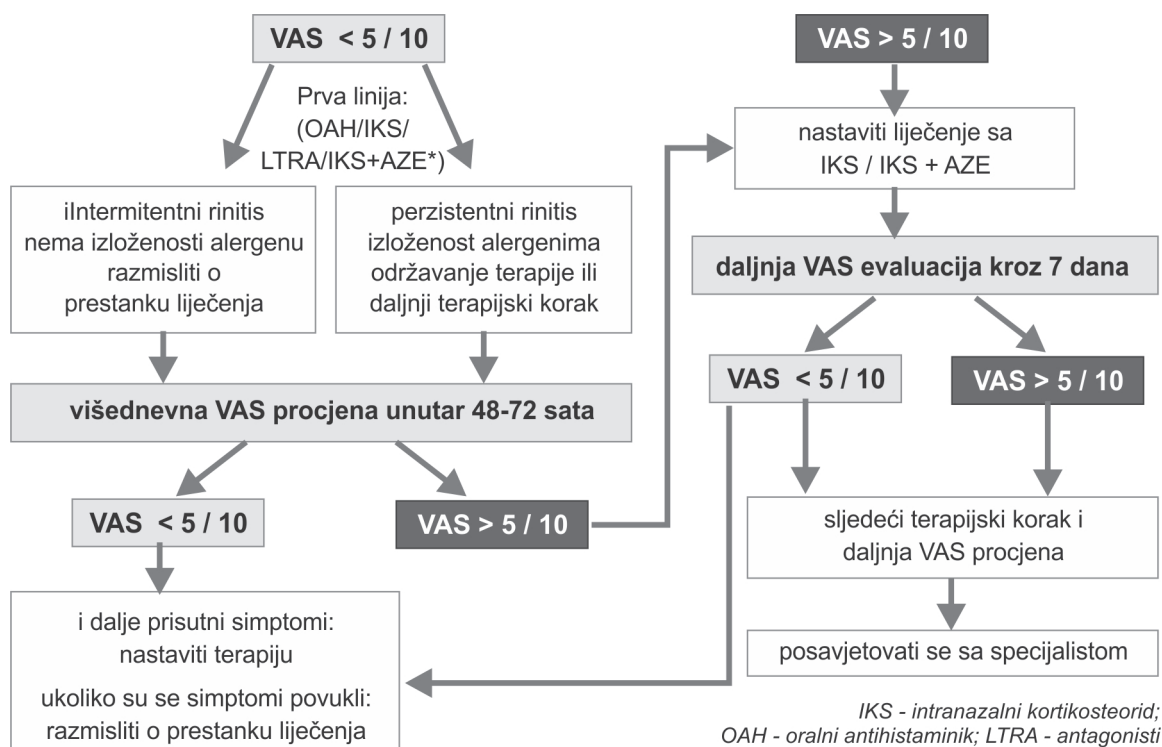
Prateći suvremene trendove u liječenju kroničnih bolesti danas postoji preporuka korištenja tzv. MACVIA (franc. *Contre les Maladies Chroniques pour un Vieillessement Actif en Languedoc-Roussillon*) smjernicama iz 2016. (MACVIA-ARIA sentinel network) prema kojima odabir farmakoterapije ovisi o: godinama, vodećim simptomima, kontroli bolesti, bolesnikovim sklonostima, dostupnosti liječenja i cijeni (Slika 3,4) (10).

Određivanje težine bolesti i praćenje liječenja pokušava se kvantificirati preko vizualno – analogne skale (VAS) koja predstavlja instrument za procjenu težine simptoma u pacijenata s alergijskim rinitisom (AR) kojeg bi trebala imati svaka ordinacija LOM (slika 5).

Što je brojka na VAS skali od 0-10 veća to je utjecaj simptoma AR na svakodnevni život bolesnika izraženiji. Dobro kontrolirani AR je definiran kao  $VAS < 2/10$ , a  $VAS > 5/10$  daje dijagnozu tzv. ozbiljne kronične bolesti gornjih dišnih putova (engl. *severe chronic upper airway disease – SCUAD*) (10).

### Zaključak

AR je bolest dišnog sustava visoke prevalencije i rastuće incidencije. Za pravilno liječenje nužno je praćenje recentne literature, poglavito smjernica koje se sustavno revidiraju u skladu s novim saznanjima. Upravo takav pristup omogućuje liječnicima obiteljske medicine najbolji odabir terapije i praćenje bolesti za pojedinog bolesnika s AR-om uvažavajući brojne čimbenike koje ističu MACVIA smjernice podržavajući individualni pristup svakom bolesniku.



Slika 4. MACVIA Smjernice 2016 procjena kontrole kod liječenih pacijenata

Figure 4. MACVIA guidelines 2016 control estimation in treated patients



**Slika 5.** Vizualno-analognu skalu (VAS) u AR (10)

**Figure 5.** Visually-analogue scale (VAS) in AR (10)

## Literatura

1. Roje Ž, Selimović M, Omero L. Alergijski rinitis. *Medicus*. 2011;20:235-41.
2. Poje G, Branica S. Smjernice za liječenje alergijskog rinitisa – uloga intranazalnih kortikosteroida. *Medicus*. 2013;22:89-95.
3. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A i sur.. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) 2008. update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy*. 2008;63(Suppl 86):8-160.
4. Bergman Marković B. Uloga liječnika obiteljske medicine u dijagnosticiranju i liječenju alergijskih bolesti dišnog sustava *Medicus*. 2011;20:181-5.
5. Baudoin T, Poje G. Dijagnostičko terapijski postupnik. Hrvatsko društvo za ORL i kirurgiju glave i vrata. Alergijski rinitis Dostupno na: [http://hdorl.net/images/upload/files/alergijski\\_rinitis.pdf](http://hdorl.net/images/upload/files/alergijski_rinitis.pdf) (26. 10. 2018.)
6. Schatz M. A survey of the burden of allergic rhinitis in the USA. *Allergy*. 2007;62(Suppl 85):9-16.
7. Canonica Gw, Bousquet J, Mullol J, Scadding GK, Virchow JC. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy*. 2007;62(Suppl 85):17-25.
8. Van Cauwenberge P, Bachert C, Passalacqua G, Bousquet J, Canonica GW, Durham SR i sur. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *European Academy of Allergology and Clinical Immunology*. *Allergy*. 2000;55:116-34.
9. Banac S, Tomulić KL, Ahel V, Rozmanić V, Simundić N, Zubović S i sur. Prevalence of asthma and allergic diseases in Croatian children is increasing: survey study. *Croat Med J*. 2004;45:721-6.
10. Bousquet J, Schünemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A i sur. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2016;138:367-74.
11. Brožek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB i sur. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126:466-76.
12. Van Cauwenberge P, Van Hoecke H. Management of allergic rhinitis. *B-ENT*. 2005;Suppl 1):45-64.
13. Bousquet J, Reid J, Van Weel C, Baena Cagnani C, Canonica GW, Demoly P i sur. Allergic rhinitis management pocket reference 2008. *Allergy*. 2008;63:990-6.
14. Fokkens WJ, Lund VJ, Mullol C, Bachert C, Alobid I, Baroody F i sur. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps. *Rhinol Suppl*. 2012;23:1-298.
15. Schafer T, Schnoor M, Wagenmann M, Klimek L, Bachert C. Therapeutic index (TIX) for intranasal corticosteroids in the treatment of allergic rhinitis. *Rhinology*. 2011;49:272-80.
16. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N. ARIA in the pharmacy: management of allergic rhinitis symptoms in the pharmacy: Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *Allergy*. 2004;59:373-87.
17. Wilson AM, O'Byrne PM, Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Med*. 2004;116:338-44.
18. Nathan RA. Pharmacotherapy for allergic rhinitis: a critical review of leukotriene receptor antagonists compared with other treatments. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2003;90:182-91.
19. Rodrigo GJ, Yanez A. The role of antileukotriene therapy in seasonal allergic rhinitis: a systematic review of randomized trials. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2006;96:779-86.
20. Dykewicz MS. Management of rhinitis: guidelines, evidence basis, and systematic clinical approach for what we do. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2011;31:619-34.
21. Cingi C, Kayabasoglu G, Nacar A. Update on the medical treatment of allergic rhinitis. *Inflamm Allergy Drug Targets*. 2009;8:96-103.

22. Dykewicz MS, Fineman S, Skoner DP, Nicklas R, Lee R, Blessing-Moore J i sur. Diagnosis and management of rhinitis: complete guidelines of the Joint Task Force on Practice Parameters in Allergy, Asthma and Immunology. American Academy of Allergy, Asthma, and Immunology. *Ann Allergy Asthma Immunol.* 1998;81:478-518.
23. Van Cauwenberge P. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis (European Academy of Allergology and Clinical Immunology). *Clin Otolaryngol.* 2001;26:340-1.