

Rýma v dětském věku

MUDr. Petr Schalek

ORL klinika FN Královské Vinohrady a 3. LF UK, Praha

Rýma je definována jako zánětlivé onemocnění sliznice dutiny nosní charakterizované následujícími příznaky: přední či zadní rinorea, nosní blokáda, kýchání, svědění. Příčin rýmy u dětí je celá řada, uvádí se však, že 50 % je způsobeno alergií. V článku je uvedeno současné rozdělení rým a pozornost je věnována zejména nejčastějším z nich – akutní infekční rýmě a alergické rýmě. Stručně jsou zmíněny ostatní rýmy, komplikace a diferenciální diagnóza rinitid v dětském věku.

Klíčová slova: rýma, rinosinusitida, alergie.

Childhood rhinitis

Rhinitis is defined as an inflammation of the nasal mucous membrane characterized by the following symptoms: anterior or posterior rhinorrhoea, nasal congestion, sneezing, and itching. The causes of rhinitis in children are numerous; however, 50 % are reported to be caused by an allergy. The paper presents the current classification of rhinitides and particular attention is paid to the most common ones – acute infectious rhinitis and allergic rhinitis. The other types of rhinitis, complications, and differential diagnosis of childhood rhinitides are dealt with briefly.

Key words: rhinitis, rhinosinusitis, allergy.

Pediatr. pro Praxi 2009; 10(5): 311–315

Úvod

Rýma je definována jako zánětlivé onemocnění sliznice dutiny nosní charakterizované následujícími příznaky: přední či zadní rinorea, nosní

blokáda, kýchání, svědění. Příznaky se vyskytují nejméně dva po sobě jdoucí dny a trvají více než hodinu denně (1). Příčin rýmy u dětí je celá řada, uvádí se však, že 50 % je způsobeno alergií (2).

Současná klasifikace rým je uvedena v tabulce 1. Vzhledem ke specifitě dětského věku je zřejmé, že s některými typy rým se u pediatrického pacienta prakticky nesetkáme. Účelem

Tabulka 1. Rozdělení rým, převzato a upraveno (7)

Infekční	virová
	bakteriální
	ostatní inf. agens
Alergická	intermitentní
	perzistentní
Profesionální	intermitentní
	perzistentní
Medikamentózní	aspirin
	ostatní léky
Hormonální	
Ostatní	NARES
	iritační
	potravinová
	emocionální
	atrofická
Idiopatická	

tohoto článku je tedy ve stručnosti shrnout problematiku rým pro potřeby pediatriů první linie a zaměřit se na nejčastěji se vyskytující zánětlivá onemocnění nosní sliznice u dětí.

Infekční rýma

Akutní infekční rýmy patří k nejčastějším onemocněním v dětském věku. Incidenci tohoto onemocnění je obtížné určit, protože při nekomplikovaném průběhu většina dětí lékaře vůbec nenavštíví. Studie německých autorů z roku 1980, která sledovala 24 tisíc dětí po dobu jednoho roku, uvádí následující údaje: 84 % dětí ve věku 0–2 roky prodělá nejméně jednu epizodu infekce horních cest dýchacích za rok, ve věku 4–6 let 74 % dětí a děti starší 7 let se setkají s tímto onemocněním v 80 % (3).

Protože sliznice dutiny nosní a vedlejších dutin nosních (VDN) tvoří jeden funkční celek, je dnes upřednostňován termín akutní rinosinitida (akutní virová rinosinitida – AVRS či

common cold). Etiologie akutních rinosinitid je nejčastěji virová – rinoviry, adenoviry, enteroviry, viry influenzy a parainfluenzy. Bakteriální superinfekce (pneumokok, streptokoky, *Haemophilus influenzae*) spolu se zhoršenou funkcí ostíí VDN může vést k tomu, že v klinickém obraze začnou dominovat příznaky postižení VDN a vzniká obraz akutní bakteriální rinosinitidy (ABRS).

Klinický obraz AVRS je typický – obvykle náhlý nástup nosní obstrukce, sekrece z nosu či postnazálně. Charakter sekretu je zpočátku zpravidla serózní, po několika dnech může být mukopurulentní či hnisavý. Může být pocit tlaku v obličeji či snížení čichu. Zatímco u batolat a starších dětí nebývají celkové příznaky nikterak výrazné, u novorozenců a kojenců je tomu právě naopak. Onemocnění v nejmladším věku je provázeno febriliemi, často dráždivým kašlem, gastrointestinálními symptomy a v důsledku nosní obstrukce jsou problémy s výživou dítěte.

Nekomplikovaná AVRS obvykle odezní za 7–10 dní.

Diagnostika tohoto onemocnění je založena zejména na klinickém obraze a obvykle nečiní výraznější obtíže. Při klinickém vyšetření jsou patrný hyperemické, zarudlé nosní sliznice, je přítomna sekrece různého charakteru, která může být patrna i při vyšetření faryngu.

Léčba nekomplikované AVRS je symptomatická a spočívá v relativním fyzickém klidu, v aplikaci dekongescenčních nosních kapek, nosních spršek s minerálními roztoky, jsou aplikována analgetika, antipyretika. Doporučujeme šetrné smrkání (při silném přetlaku může naopak dojít k rozšíření infekce do oblasti VDN, Eustachovy trubice a středouší). U malých dětí volíme šetrné odsávání sekretu.

Pokud budeme vycházet z předpokladu, že diagnostika a léčba nekomplikované rinosinitidy je zcela v kompetenci pediatra, je tento

lékař první linie konfrontován především s následujícími otázkami: jedná se už o ABRS, a je tedy indikována léčba antibiotiky? Je potřeba některých dalších vyšetření? Nejsou známky hrozící komplikace?

Podle guidelines, která jsou obsažena v dokumentu EPOS 2007 (European position paper on rhinosinitis a nasal polyps), je pro diagnostiku rozhodující charakter a zejména délka trvání příznaků (graf 1). Trvají-li výše uvedené příznaky méně než 5 dnů, nebo mají-li tendenci se zlepšovat, jedná se nejspíše o AVRS a je indikována pouze symptomatická léčba. Trvají-li symptomy déle nebo jeví tendenci se zhoršovat, je pravděpodobná bakteriální superinfekce a jsou indikována antibiotika. Z uvedených doporučených postupů rovněž vyplývá, že rtg zobrazení VDN v poloaxiální projekci není již dnes paušálně doporučeno (4).

Známky hrozící komplikace jsou: periorbitální otok, dislokace bulbu, dvojité vidění, porucha motility bulbu, porucha vizu, otok a/nebo silné bolesti ve frontální krajině, příznaky meningeální iritace či fokální neurologické příznaky. V těchto případech je nutné dítě okamžitě odeslat na ORL pracoviště.

Prevence akutních infekcí horních dýchacích cest spočívá zejména ve vhodných hygienických opatřeních v dětských kolektivních zařízeních, v dostatečném přísunu vitaminů, otužování a sanaci potenciálních fokusů (zejména adenoidní vegetace).

Alergická rýma

Alergická rýma (AR) je nejčastější chronické alergické onemocnění u dětí (5).

Dle posledních údajů se některé z alergických onemocnění vyskytuje u 32 % dětské populace České republiky. Pylová rýma, se 13 %, je nejčastějším alergickým onemocněním starších dětí. Z uvedené studie rovněž vyplývá, že nárůst alergických onemocnění je provázen záchytem

Obrázek 1. Facies adenoidea u nemocného z rozvojové země



v časnějším věku dětí, takže polovina onemocnění je diagnostikována do 3 let věku (6).

Podle charakteru obtíží a alergenů i u dětí platí všeobecně známé rozdělení AR na intermitentní a perzistentní (dříve sezónní a celoroční). Zejména u menších dětí tento rozdíl nemusí být jasně vyjádřen a je obtížné diagnostikovat AR pouze na základě klinických projevů onemocnění především v kontextu opakovaných respiračních infekcí. Trvají-li příznaky déle než 2 týdny, měl by lékař pomýšlet i na jinou příčinu, než je infekce (7).

Klinický obraz zahrnuje kýchání, svědění, nosní sekreci. K těmto příznakům se přidává nosní obstrukce, hlasité nosní dýchání, dráždění a покаšlávání, chrápání a zvýšená únavnost. Mohou být i poruchy okluze, hypertrofie dásní či tzv. alergický pozdrav (příčná vráska na nosním dorzu vyvolaná opakovaným zvedáním apexu nosu dlaní ve snaze ulevit svědění). Rinoskopický nález u AR je typický – zduřelé, nápadně bledé až lividní nosní sliznice a zpravidla vodnatá sekrece.

Komorbidity AR v dětském věku, po kterých je třeba aktivně pátrat, mohou být bronchiální astma, konjunktivitida, atopický ekzém, rinosinusitida či sekreторická otitida.

Diagnóza AR je potvrzena alergologickým vyšetřením – zejména kožními prick testy. Vyšetření specifických IgE může mít omezený význam u menších dětí pro svou nižší specifitu (8).

Léčba AR u dětí se řídí stejnými principy jako u dospělých, avšak je třeba respektovat možné nežádoucí účinky léků specifické pro tuto věkovou skupinu. Antihistaminika by měla být volena s ohledem na možnost sedativních účinků. Jsou vhodná tzv. antihistaminika 3. generace, která mají i efekt na zlepšení nosní průchodnosti (desloratadin, levocetirizin). Mějme na paměti i možné interakce H_1 -antihistaminik s jinými léky (zejména u dětí často používanými makrolidovými antibiotiky). Opatrnosti je třeba i u intranazálních kortikoidů, kde volíme zejména preparáty s minimální systémovou dostupností a takové, u kterých

nebyl v dlouhodobých studiích prokázán vliv na růst u dětí (flutikazon propionát, mometazon furoát). I když moderní molekuly lokálních glukokortikoidů jsou považované za bezpečné léky, platí, že nejlepší dávka je vždy ta nejnižší účinná. Systémovým kortikoidům a depotním preparátům bychom se v AR u dětí měli vyhnout.

Nefarmakologická terapie spočívá zejména v eliminaci alergenů (pokud je toto možné) a eliminaci faktorů, které mají charakter iritantů (zejména tabákový kouř). Specifická imunoterapie nenachází u dětí zatím takové uplatnění jako u dospělých.

Další rýmy

NARES

Perzistentní nealergická rýma s eozinofilií se může vyskytovat i v dětském věku. Má obdobné projevy jako perzistentní alergická rýma, avšak alergologické vyšetření je negativní. Část

nemocných dobře reaguje na léčbu intranazálními kortikosteroidy.

Idiopatická rýma

Dříve byl tento typ nazýván vazomotorická rýma. Hlavním projevem je nosní hyperreaktivita (vodnatá sekrece a nosní kongesce) na nespecifické podněty, nejčastěji změny teplot, vlhkosti, tabákový kouř či silné zápachy.

Hormonální rýma

Nosní změny se mohou objevit u větších dětí s nástupem puberty, u dívek s počátkem menstruačního cyklu či u některých endokrinních onemocnění (např. hypothyreóza).

Medikamentózní rýma

Rýma vyvolaná systémově podanými léky (salicyláty, nesteroidními antirevmatiky, někte-

rými antihypertenzivy) není u dětí příliš častá. Daleko větší pravděpodobnost máme setkat se u dětí s rýmou vyvolanou nadměrným užíváním vazokonstričních nosních kapek, které jsou volně prodejné. Rodiče, kteří jsou vystaveni určitému reklamnímu tlaku sdělovacích prostředků, vidí u dětí okamžitou úlevu po aplikaci těchto preparátů a mohou pokračovat v léčbě déle, než je doporučených 7 dní. Tento typ rýmy se projevuje zejména nosní obstrukcí, která se zmírní pouze po další aplikaci kapek. Příčinou je tzv. „rebound fenomén“, jehož patogenese není zatím zcela objasněna. Morfologickým podkladem je vazodilatace a intravaskulární edém. Léčba může být často svízelná. Základem je vysazení nosních kapek a pátrání po vyvolávající příčině. U některých nemocných se osvědčují spršky minerálními roztoky.

Irritační rýma

U této rýmy se předpokládá existence určitého iritačního faktoru, obvykle vázaného na nějakou specifickou aktivitu. U dospělých je tento faktor nejčastěji spojen s pracovním prostředím (profesionální rýma). V případě dětí může být faktor identifikován ve školním prostředí, ale častěji se jedná o různé zájmové aktivity – chov zvířat, práce se dřevem, modelářství, sport apod. Pečlivá anamnéza s následnou eliminací irritantu obvykle znamená vyléčení.

Komplikace rým

- sinusitidy
- akutní středoušní záněty
- sekretní otitida
- záněty faryngu a dolních dýchacích cest

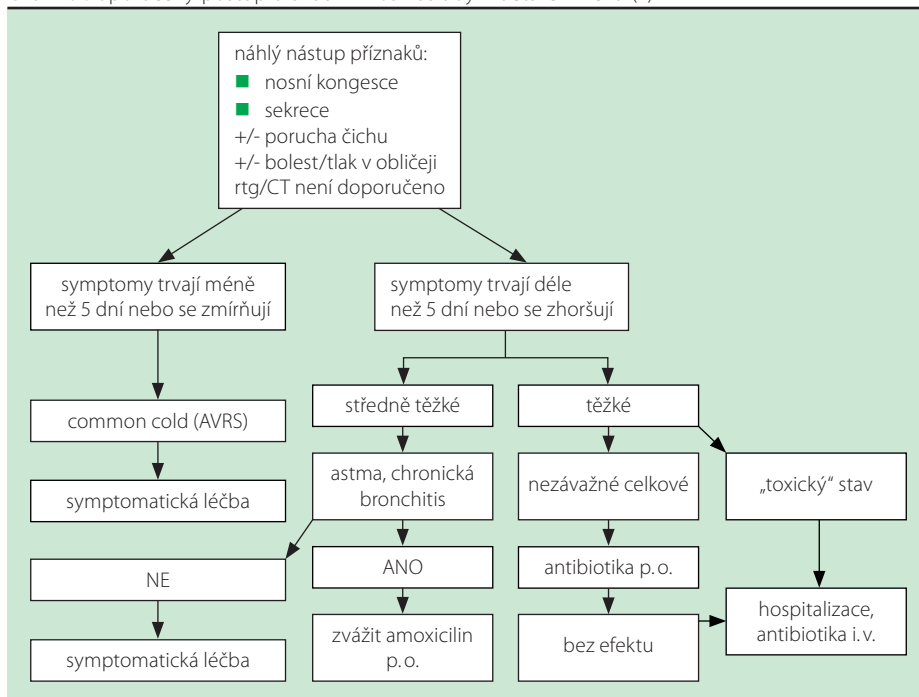
Diferenciální diagnostika rým v dětském věku

Diferenciální diagnóza rýmy z pohledu pediatra znamená mít základní přehled o dalších onemocněních postihujících dutinu nosní a VDN. Při podezření na některé z nich je nutná mezioborová spolupráce zejména s otorinolaryngologem.

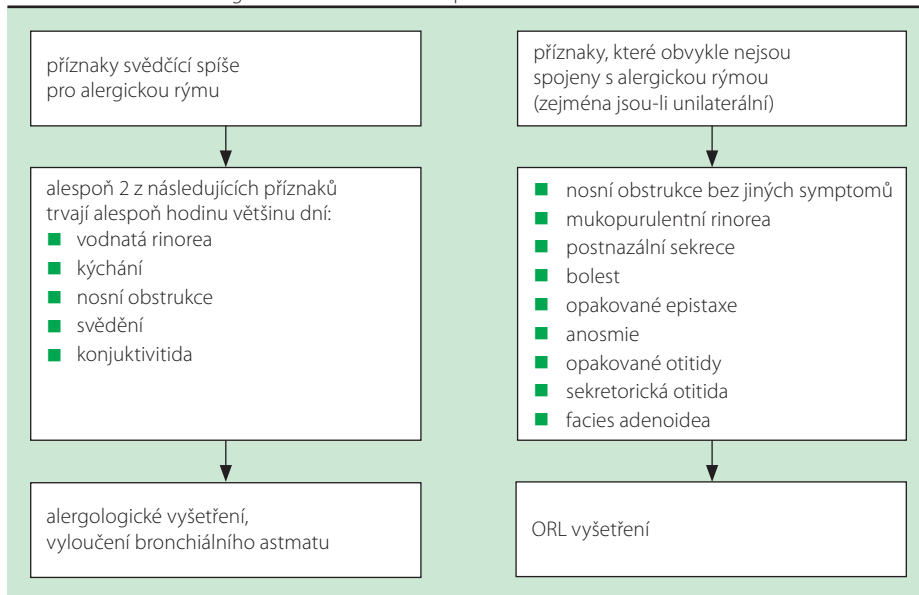
Jako orientační vodítko, zda pacienta směřovat spíše k vyšetření alergologickému či ORL, může posloužit graf 2.

- Chronická rinosinusitida (CRS) – trvají-li příznaky rinosinusitidy déle než 12 týdnů, hovoříme o chronické rinosinusitidě. Při endoskopickém vyšetření jsou patrné změny v oblasti ostiomeatální jednotky – patologická sekrece, edém či polypy. Nosní polypóza je dnes chápána jako podskupina CRS. Při přítomnosti

Graf 1. Doporučený postup u akutní rinosinusitidy v dětském věku (4)



Graf 2. Diferenciální diagnostika dle základních příznaků



nosních polypů v dětském věku musíme vždy pomýšlet na cystickou fibrózu či ciliární dyskinezi. U adolescentů se může vyskytovat tzv. antrochoanální polyp – jednostranný polypózní útvar vycházející z maxilárního sinu, propagující se do choany a nosohltanu.

- Adenoidní vegetace – recidivující infekty horních dýchacích cest, otitidy, chrápání, sekretní otitida, v pokročilých případech i poruchy dentice, „facies adenoidea“ (obrázek 1)
- Vrozené vady – meningoencefalokély, dermoidní cysty, choanální atřezie
- Cizí tělesa a pouřazové stavy

- Anatomické abnormality – deviace septa, abnormality nosních skořep
- Tumory, cysty, mukokély
- Likvorová píštěl rinobáze – zpravidla jednostranná vodnatá rinorea, zejména je-li vázána na určitou polohu hlavy

Závěr

Rýma je zpravidla považována za banální onemocnění. Kvůli vysoké prevalenci, možným komplikacím a komorbiditám však zasluhuje naši pozornost. Nezanedbatelný je i socio-ekonomický dopad tohoto onemocnění. Tento článek by měl přispět k základní

orientaci v problematice z pohledu soudobých názorů prezentovaných v dokumentech, které striktně vycházejí z medicíny založené na důkazech (4, 7). Možná povede i ke snížení předepisování antibiotik u virových rinosinuitid či omezení indikace rtg vyšetření VDN zejména u dětí.

Literatura

1. International Consensus Report on Diagnosis and Management of Rhinitis. International Rhinitis Management Working group. *Allergy* 1994; 49(Suppl 19): 1–34.
2. Gelfand EW. Pediatrics allergic rhinitis: factors affecting treatment choice. *Ear Nose Throat J*, 2005; 84: 163–168.
3. Bagatsch DK, Partheinheimer R, Ritter B. Morbidades analyse der unspezifisch-infektbedingten acute Erkrankungen der Respirationtraktes und der Mittelohrraume des Kindesalters in einem Ballungsgebiet mit modernen Wohnbedingungen, *HNO Praxis*, 1980; 5: 1–8.
4. Fokkens W, Lund VJ, Mullol J, et al. Position paper on rhinosinusitis and nasal polyps, *Rhinology* 2007; 20(Suppl): 1–136.
5. Selnes A, Nystad W, Bolle R, et al. Diverging prevalence trends of atopic disorders in Norwegian children. Results of three cross-sectional studies, *Allergy* 2005; 60: 849–854.
6. Kratěnová J. Nová epidemiologická data o alergii, astmatu a alergické rýmě. *Alergie* 2008; (Supl 1): 45–48.
7. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update. *Allergy* 2008; 63(Suppl 86): 1–160.
8. Lilja G, Oman H, Johansson SG. Development of atopic disease in childhood and its prediction by Phadiatop Pediatric. *Clin Exp Allergy* 1996; 26: 1073–1079.

MUDr. Petr Schalek

ORL klinika FNKV a 3. LF UK
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10
schalek@fnkv.cz
