



UNIVERZITA KARLOVA
V PRAZE
3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA



Otorhinolaryngologická klinika FNKV a 3.LF UK

Miroslava Blajsková

Léčba a prevence recidiv nosní polypózy
Therapy and prevention recurrence of nasal polyposis

Diplomová práce

Praha, leden 2007

Autor práce: Miroslava Blajsková

Studijní program/obor: Všeobecné lékařství s preventivním zaměřením

Vedoucí práce: MUDr. Petr Schalek

Pracoviště vedoucího práce: **ORL klinika FNKV a 3. LF UK v Praze**

Datum a rok obhajoby: únor 2007

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato diplomová práce byla používána ke studijním účelům.

V Praze dne 15.ledna 2007

Miroslava Blajsková

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala MUDr. Petrovi Schalkovi z ORL kliniky FNKV a 3. LF za cenné rady, ochotu a trpělivost při vedení této diplomové práce.

Obsah:

1. Úvod	6
2. Nosní polypóza	7
3. Vyšetřovací a zobrazovací metody	9
4. Klasifikace a staging	11
5. Terapie nosní polypózy	12
6. Soubor pacientů, metodika, vlastní pozorování	15
7. Diskuze a závěr	17
8. Souhrn	18
9. Summary	19
10. Seznam použité literatury	20
11. Přílohy	21

1. Úvod

Nosní polypóza, jakkoliv se jedná o benigní onemocnění, představuje významný medicínský problém, a to zejména nepříjemným subjektivním vnímáním onemocnění pacientem a také četností recidiv tohoto onemocnění, jejichž sledováním jsme se v předkládané práci zabývali. Existuje celá řada různých definic onemocnění, obecně uznávaný konsensus specialistů, zabývajících se nosní polypózou charakterizuje nosní polypy jako edematózní slizniční výchlípky, které se mohou vyskytovat v různém rozsahu od jednoho polypu až po difúzní polypózu, a které kromě dutiny nosní mohou postihovat také paranasální dutiny. Etiologie nosní polypózy je komplexní otázkou, obecně však lze říci, že nosní polypy jsou konečným stádiem zánětlivého procesu různého původu. Tento zánětlivý proces je často neomezen na nosní sliznici a sliznici paranasálních dutin – nosní polypóza je nezdědka součástí jiných onemocnění, jako jsou např. cystická fibróza. (tab.1)

Jak bylo uvedeno výše, nosní polypóza je onemocnění s relativně vysokým počtem recidiv i po radikální – chirurgické – léčbě. I po úspěšném „vyléčení“ nosní polypózy kombinací léčebných metod s předpokládaným aditivním efektem se nedaří zabránit recidivě u všech nemocných.

V předkládané práci jsme se snažili v základech popsat epidemiologii nosní polypózy (rozdíl výskytu tohoto onemocnění v závislosti na věku, pohlaví, popsat rozdílnou distribuci nosní polypózy podle klasifikace dle Stammbergera,...) a především sledovat četnost recidivy onemocnění. Zmiňované parametry jsme sledovali v souboru 96ti pacientů s nosní polypózou chirurgicky ošetřených na Otorhinolaryngologické klinice Fakultní nemocnice Královské Vinohrady a 3.Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze v r.2004.

2. Nosní polypóza

Jak bylo zmíněno v úvodu, nosní polypóza je onemocnění charakterizované výskytem edematózních slizničních výchlípek v oblasti dutiny nosní nebo paranasálních dutin. Tyto výchlípky se nazývají polypy (z řeckého „poly – pou“ – „mnohonožný“). Nosní polypy jsou stopkaté, většinou oboustranné útvary (tento fakt je velmi odlišný podle typu nosních polypů), které se mohou vyskytovat v různém rozsahu od jednoho polypu až po difúzní polypózu. Nosní polypy jsou tvořeny slizničními duplikaturami s řídkým edematózním stromatem a zánětlivým buněčným infiltrátem (obr. 1) Polypy vznikají na podkladě chronického zánětu respirační sliznice (mimo oblast našeho zájmu a mimo hlavní Stammbergerovu klasifikaci stojí polypy jiné etiologie – jako jsou např. angiomatozní nosní polypy⁽⁶⁾). Podle typu zánětlivé reakce vedoucí k chronickému hyperplastickému procesu převažují v stromatu polypu různé buněčné zánětlivé elementy – u alergické a hyperaktivní zánětlivé reakce převažují eosinofilní leukocyty (zároveň bývá přítomna eosinofilie v krevním obraze) u nealergické reakce potom neutrofilů. Dutina nosní a paranasální dutiny jsou vystlány cylindrickým řasinkovým epitelem, který často při tvorbě polypu metaplastuje v nerohovějící dlaždicový epitel. Polypy také mohou vznikat kolem cizích těles a nádorů, které mohou překrývat. Makroskopicky vycházejí především z oblasti vývodů paranasálních dutin, nejčastěji z oblasti etmoidů, také z volných okrajů skořep a ze sliznice paranasálních dutin (nevychází obvykle z nosní přepážky, zde však může vznikat hemangiom z oblasti locus Kiesselbachi).

Onemocnění se vyvíjí postupně. Malé změny se ještě nemusí projevit subjektivními obtížemi. Nosní polypóza postihuje i nemocné, kteří nikdy neměli žádné obtíže s horními cestami dýchacími. Častěji se ale vyskytují polypy u nemocných s chronickou rýmou typu NARES (nealergická rýma s eozinofilním syndromem) a u nemocných s bronchiálním astmatem.

Etiologie a patogeneze nosní polypózy není v současné době jednoznačně objasněna. Mezi možné faktory v patogenezi nosní polypózy patří: genetická predispozice, slizniční reakce (alergická, infekční, ostatní), anatomické abnormality.

Pacienti s nosní polypózou často trpí řadou příznaků jako: je zvýšená sekrece z nosu, zhoršení čichu, zhoršení nosní průchodnosti, huhňavost, chrápaním, bolestmi hlavy, tlak v obličeji a také mohou trpět recidivujícími sinusitidami. Z uvedených symptomů, jejichž četnost jsme u našich pacientů taktéž sledovali a o níž se zmíníme dále, je zřejmé, že nosní polypóza je i přes svůj benigní charakter pro pacienta významně obtěžující stav. Tyto

příznaky však nejsou typické jen pro nosní polypózu. Jedná se o klinický syndrom, ke kterému může vést řada patologických procesů.

Polypy podle histologického obrazu dělíme do čtyř skupin- edematózní eozinofilní polypy (alergické), chronické zánětlivé polypy, polypy s hyperplazií séromucinózních žláz (žlázové) a atypické nosní polypy. Nejčastěji se vyskytují edematózní eozinofilní polypy, které mají edematózní stroma s četnými eozinofily a vzácně se objevují atypické nosní polypy, u kterých je obtížné odlišit známky malignity od buněčných atypií ve stromatu v jejich histologickém obraze (tab.2) Význam histopatologického vyšetření polypu je také v odlišení od polypů nádorové etiologie (lépe: nádorových polypů), jejichž problematika nespadá do otázky nosní polypózy v užším slova smyslu ⁽⁵⁾.

Diagnóza nosní polypózy by neměla činit obtíže, protože polypy jsou vidět při přední rhinoskopii nebo při endoskopickém vyšetření s typickým obrazem a charakteristickou lokalizací, tvarem a barvou a není je nutno ověřovat histologicky. Pro určení rozsahu postižení má nejvyšší výpovědní hodnotu počítačová tomografie (viz. dále)

3. Vyšetřovací a zobrazovací metody

Pomocí vyšetřovacích a zobrazovacích metod se nám snadno podaří diagnostikovat nosní polypózu. Pomocí nich můžeme snadno určit rozsah jejího postižení a na základě objektivního nálezu stanovit následnou terapii a popřípadě zabránit její další recidivě.

1. Endoskopické vyšetření nosu

K získání představy o anatomických poměrech a o stavu slizničního povrchu u nemocný s dlouhodobými obtížemi je vyšetřovací metodou volby – endoskopické vyšetření nosu. Odběr materiálu na bližší laboratorní vyšetření (mikrobiologické a histopatologické) není za dostatečné lokální anestezie při možnostech dnes používaného instrumentária větším problémem a komplikace (jako je závažné krvácení) jsou zřídka.

2. Měření nosní průchodnosti

Velmi častým subjektivním steskem pacientů s nosní polypovou je pocit „ucpaného nosu“, pocit „nosní neprůchodnosti (viz také dále). Objektivizace tohoto pocitu je přínosným diagnostickým vodítkem. Toto lze provést pomocí měření nosní průchodnosti. Měření se provádí pomocí rhinomanometrie, akustické rhinometrie a měření vrcholové výdechové rychlosti (tato metoda má však omezený význam u pacientů s nosní polypózou a bronchiálním astmatem s aktuální obstrukční poruchou ventilace). Bližší popis těchto metod není obsahem našeho sdělení. Kromě diagnostického významu mají tyto metody hodnotu při sledování progresu onemocnění či sledování úspěšnosti léčby.

3. Bakteriologické vyšetření

Patří k jednoduchým vyšetřením, ale při špatném provedení odběru, může dojít k mylné interpretaci výsledků.

4. Vyšetření mukociliární clearance

Vyšetření mukociliárního transportu odhalí primární (Kartagenerův syndrom) či sekundární poruchu řasinkové kinetiky. Metodou jsou – sacharinový test mukociliární clearance, světelná a elektronová mikroskopie.

5. Vyšetření čichu

Pro hodnocení poruchy čichu se používá např. UPSIT test (University of Pennsylvania Smell Identification Test). Význam vyšetření je v objektivizaci subjektivních pocitů anosmie či hyposmie pacienta a zejména v monitorování úspěšnosti terapie v této složce subjektivního vnímání pacienta. Zcela objektivní metodou může být vyšetření evokovaných potenciálů, které se však v praxi neprovádí a jeho význam leží zejména v problematice neurologicky podmíněných poruch čichu.

6. Zobrazovací metody

Zobrazovací metody pomáhají určit rozsah postižení vedlejších dutin nosních polypózou a ozřejmují anatomické poměry před operací. Lokální rozsah onemocnění je podkladem stagingu choroby a zobrazovací metody tedy mají při tomto zásadní význam. Běžné RTG vyšetření (semiaxiálním snímkem) má pro tento účel malou výpovědní hodnotu, ale může vést k suspekci na onemocnění při RTG vyšetření PND (paranasálních dutin) z jiného důvodu. K přesnému obrazu se proto používá vyšetření počítačovou tomografií (CT – používá se rovina koronární a axiální) (obr. 2) a v některých případech magnetickou rezonancí (MRI)

4. Klasifikace a staging

Jak staging tak klasifikace nosní polypózy jsou důležité. Nosní polypy můžeme dělit podle histologického nálezu nebo podle endoskopického nálezu a také se používá klasifikace podle systémové diagnózy.

Staging čili odstupňování pokročilosti nálezu onemocnění určujeme pomocí CT vyšetření. Nosní polypóza označuje pouze objektivní nález v dutině nosní. Podrobnější určení typu nosní polypózy pomocí určité klasifikace nám umožňuje volit vhodnou terapii, stanovit pravděpodobnou prognózu a popřípadě i zabránit její recidivě.

Asi nejčastěji užívaným dělením je klasifikace nosní polypózy dle Stammbergera. Z důvodu klinického významu je tato klasifikace používána při hodnocení nosní polypózy na Otorhinolaryngologické klinice 3.LF UK a FNKV a byla tedy použita při této práci.

Stammberger dělí nosní polypy do pěti skupin ⁽⁹⁾:

- *I typ* - **antrochoanální polyp** je jednostranný objemný solitární útvar, který vyrůstá z čelistní dutiny, protlačuje se do dutiny nosní a pokračuje směrem do nosohltanu. Onemocnění je typické pro dospívající. Způsobuje jednostrannou nosní neprůchodnost, z počátku ventilového charakteru (kde je možný nádech, ale nikoliv výdech).(obr. 3)
- *II typ* - **velké izolované polypy** vznikají v oblasti kontaktních ploch předních čichových sklípků, ostiomeatálního komplexu a sfenoetmoidálního recesu. Oba tyto typy nosní polypózy se vyskytují v malém počtu.
- *III typ* - polypy spojené s **chronickou rinosinitidou bez dominance eozinofilů**
- *IV typ*- polypy spojené s **chronickou rinosinitidou s dominancí eozinofilů**. U III. a IV. typu se jedná o oboustrannou mnohočetnou nosní polypózu, kde polypózou jsou postiženy také paranasální dutiny, v kterých může probíhat i bakteriální zánět. Polypy bývají značné velikosti a způsobují nosní neprůchodnost
- *V typ* – nosní polypóza provázející **jiná onemocnění** (cystická fibrosa, fungální sinusitida,...)

V naší práci jsme se zabývali pouze nosní polypózou jako primárním onemocněním, nikoliv nosní polypózou provázející jiná onemocnění. Histologický či jiný průkaz jiného onemocnění u našeho pacienta s nosní polypózou byl vylučovacím kritériem.

5. Terapie nosní polypózy ^(3,4,7,9,11)

Hlavním cílem v léčbě nosní polypózy je odstranění nebo výrazné zmenšení nosních polypů, zlepšení nosní průchodnosti, odstranění příznaků rýmy, zlepšení čichu, prevence nebo oddálení recidiv onemocnění.

Optimalizace terapeutických postupů nosní polypózy by v sobě měla zahrnovat co nejmenší náročnost a minimální nepříjemnost pro pacienta a na druhou stranu by měla pokud možno krátkodobá s dlouhodobým účinkem. Ekonomická hlediska by měla být zohledněna stejně jako v jiných oblastech medicíny.

Léčba nosní polypózy se dělí na

- léčbu konzervativní
- léčbu chirurgickou
- jejich vzájemná kombinace.

Konzervativní terapie znamená v dnešní době především aplikace kortikosteroidů. Avšak ke konzervativním léčebným postupům patří také užívání antibiotik, antileukotrienů, kys. acetylsalicylové (v rámci desenzibilizační terapie), dekonjestiv, antihistaminik, mukolytik nebo sprejování minerálními vodami. Účinnost lokální kortikoterapie při nosní polypóze byla prokázána řadou studií, existují studie zvažující efekt chirurgické terapie s ohledem na recidivu onemocnění a na zlepšení subjektivního vnímání pacientem ve srovnání s terapií čistě konzervativní.⁽⁸⁾

Podstatou chirurgické léčby je odstraňování polypózních hmot různými metodami a různými chirurgickými přístupy (tab. 3). Na ORL klinice FNKV a 3.LF UK se provádí operace metodou funkční endonasální chirurgie. Polypektomie se provádí vždy za endoskopické kontroly. Správně indikovaná a provedená operace odstraní nebo výrazně zmírní obtíže nemocného a v kombinaci s následnou konzervativní léčbou příznivě ovlivní průběh onemocnění. Indikace chirurgické léčby z hlediska anatomického je jednak při izolovaných velkých nosních polypech a jednak při selhání konzervativní terapie všech ostatních druhů nosní polypózy.

S ohledem na Stammlerovu klasifikaci polypy I typu jsou indikovány k chirurgické léčbě a kortikoterapie zde není indikována, polypy II typu je indikována chirurgická terapie a pro polypy III a IV typu je určena kombinace obou druhů terapie (obecně se dá říct, že se začíná s konzervativní terapií systémovými kortikosteroidy a po

jejím selhání se přistupuje k postupům endonasální funkční chirurgie s přípravou pacienta lokální kortikoterapií.

Chirurgická léčba

Je nejstarší léčebnou metoda pro odstranění nosních polypů. Podstatou chirurgické léčby je odstraňování polypózních hmot různými metodami a chirurgickými přístupy (polypektomie klíčkou, operace VDN externím přístupem, transantrální etmoidektomie, endonasální endoskopická polypektomie, funkční endonasální chirurgie VDN). V dnešní době nachází největší uplatnění metoda funkční endonasální chirurgie, která se také provádí také na ORL klinice FNKV. Tato metoda, ve srovnání s ostatními uvedenými, představuje řešení šetrnější a cílenější pod dokonalou optickou kontrolou. Během výkonu se odstraňují polypy, zamezuje se vzniku kontaktních ploch, znovu se nastoluje patřičná ventilace a drenáž VDN. Operací se také zlepšují podmínky pro podávání intranasálních léčiv v pooperačním období.

Možné komplikace jsou dány zejména anatomickými poměry v operační oblasti a mohou být závažné (liquorea, krvácení, porušení orbitálních komplexů až např. s následnou slepotou). Riziko komplikací se snižuje se správnou indikací k operační intervenci a se zkušeností pracoviště (operátéra) výkon provádějícího.

Kombinací jednotlivých možných úkonů je zvolen také rozsah chirurgického výkonu, tento není určován pouze samotným rozsahem onemocnění, ale také přítomností dalších onemocnění pacienta, jak z hlediska samotné nosní polypózy (astma) tak z hlediska celkové komorbiditity (tolerance výkonu v celkové anestezii etc.) Před každou chirurgickou intervencí, je potřeba zvážit rizika a přínos operace.

Konzervativní léčba

Největší část konzervativní terapie je představována terapeutickým podáváním kortikosteroidů. Vedle těchto existuje pomocná, doplňující terapie založená na podávání antileukotrienů, antihistaminik. Ve stadiích klinického výzkumu je použití protilátek proti interleukinům.⁽⁷⁾

Podávání kortikoidů u nosní polypózy vychází z faktu zánětlivé etiologie vzniku onemocnění. Systémové kortikoidy se podávají jednak ve formě pulsní několikrát do roka při exacerbacích choroby, jednak v podobě „dlouhého pulsu“ v předoperační přípravě (nejčastěji

metylprednison 4-8 mg/den po dobu 6-10 dnů), jednak jsou dočasně metodou volby u pacientů odmítajících operační řešení. Výhodou systémové terapie je rychlejší nástup účinku, větší terapeutická účinnost při hyposmii a průnik do tkání paranasálních dutin. Systémový protizánětlivý efekt kortikoidů, jakkoliv velmi potentní, není „beztrestný“ a dlouhodobá systémová kortikoterapie je zatížena velkým počtem nežádoucích účinků. Tento problém částečně řeší lokální podávání kortikoidů, které se používá jak v prevenci recidivy choroby (po provedené polypektomii pacientovi podáváme intranasální kortikoidy obvykle nejméně 3 měsíce), tak v primární léčbě. Jejich hlavní limitací jsou vedlejší dutiny nosní, kam lokální kortikoterapie téměř neproniká (toto platí pouze před operací). Metodou volby jsou lokální kortikosteroidy u lehké až středně těžké polypózy, podává se nejčastěji budesonid, flutikason a mometason. Podrobný účinek kortikoterapie u těchto nemocných popisují četné práce, které zkoumají díky pokročilým možnostem molekulární biologie přítomnost chemických mediátorů zánětu v nosní sliznici a jejich změny po terapii. Na základě těchto poznatků probíhá zkoumání ovlivnění imunitních mechanismů v nosní sliznici na molekulární úrovni, tedy bez kortikoterapie (zejm. práce zabývající se rolí IL-5 a jeho antagonisty anti-IL-5).⁽⁷⁾

6. Soubor pacientů, metodika, vlastní pozorování

V předkládané práci jsme sledovali skupinu 96ti pacientů s nosní polypózou. Mezi pacienty bylo 46 žen, 50 mužů. Pacienti byli ve věku od 10 do 75ti let. Věková distribuce nosní polypózy ve skupině našich pacientů je zachycena na grafu 2. Pacienty jsme rozdělili také dle popisované klasifikace dle Stammbergera do 4 skupin (klasifikace dle Stammbergera obsahuje 5 skupin, jak bylo výše vysvětleno příslušnost nebo podezření na příslušnost k V skupině, která představuje nosní polypy při jiné chorobě, byla vyřazovacím kritériem). Příslušnost pacientů k typu nosní polypózy bez rozdílu pohlaví je zachycena v grafu 1a, příslušnost k typu nosní polypózy dle pohlaví je zachycena v grafu 1b.

Souhrn a četnost subjektivních obtíží pacientů je zachycen v tab. 4.

Všichni pacienti byly řešeny chirurgicky (funkční endonasální chirurgie). Všichni pacienti s polypózou III a IV typu dle Stammbergera byli předoperačně připraveni systémovou kortikoterapií v souladu s výše uvedeným dávkováním a dobou podávání a pooperačně jim byla podávána lokální kortikoterapie jako prevence recidivy nosní polypózy.

Dohromady bylo u všech pacientů provedeno 181 operačních výkonů (u pacientů s oboustranným postižením byly prováděny 2 operace). U pacientů s I typem nosní polypózy byla nejčastějším výkonem infundibulotomie (tj. resekce proc. uncinatus, supraturbanální antrostomie a snesení ethmoidální buly). U pacientů s II. typem nosní polypózy se upřednostňovala endoskopická polypektomie (prosté odstranění polypů). U pacientů s III a IV. typem lze provést u interně zatížených, komorbidních pacientů taktéž endoskopickou polypektomii, v ostatních případech se postupovalo dle rozsahu postižení od infundibulotomie až po tzv. „pansinus operaci“ (tj. nazalizace veškerých vedlejších nosních dutin). Přehled počtu výkonů u naší skupiny pacientů je znázorněn na grafu 3. Při chirurgickém řešení pacientů se nevyskytla žádná komplikace, kterou by bylo možno hodnotit jako závažnou.

Pooperačně byli pacienti sledováni v průběžných kontrolách. Vzhledem ke krátkému trvání našeho sledování, jsme sledovali výskyt „časné recidivy“, tj. recidivy nosní polypózy do 6ti měsíců. Z celkového počtu 96ti pacientů bylo možno hodnotit pouze 63 (66%) pacientů. 10 pacientů se nedostavilo k požadovaným kontrolám a u 23 pacientů byla doba od provedení výkonu byla v době ukončení našeho sledování kratší než 6 měsíců.

Z hodnocených 63 pacientů mělo do doby 6ti měsíců recidivu nosní polypózy („časnou recidivu“) 12 pacientů (tj. 19%). 8 pacientů (5 mužů 3 ženy) s recidivou byli

pacienti se IV typem nosní polypózy dle Stammbergera, 4 pacienti (2 muži, 2 ženy) s recidivou onemocnění byli pacienti s III typem nosní polypózy (graf 4).

7. Diskuse a závěr

V předkládané práci jsme sledovali distribuci typů nosní polypózy u pacientů vyšetřených a chirurgicky řešených na Otorhinolaryngologické klinice FNKV a 3.LF v roce 2004, dále jsme v dané skupině pacientů sledovali věkovou a pohlavní distribuci, hlavním sledovaným parametrem byl počet recidiv u jednotlivých typů nosní polypózy. V našem vzorku sledovaných pacientů převažovali pacienti s nosní polypózou III a IV typu, pacienti s polypózou IV typu mírně převažovali.

Nejčastější výskyt onemocnění u mužů byl v 5. deceniu, u žen v 6. deceniu. Tato skutečnost pozorovaná v našem souboru pacientů koreluje se skutečností věkové distribuce udávané ve studiích s velkým počtem pacientů a s uváděnými statistikami⁽¹⁰⁾. Subjektivní příznaky pacientů byly rozmanité, nejčastěji zastoupeným pocitem byla snížená nosní průchodnost, která se vyskytovala téměř u všech pacientů.

Všichni pacienti byli chirurgicky ošetřeni, v souladu s užívanými postupy a technikami ORL kliniky FNKV a 3.LF UK. U indikovaných pacientů byla před a pooperačně aplikována kortikoterapie.

Z celkového počtu recidiv jsme nezaznamenali jedinou recidivu nosní polypózy u pacientů s onemocněním I a II typu dle Stammbergera. Z 19% pacientů s recidivou onemocnění byly 2 třetiny pacienti s nosní polypózou IV typu dle Stammbergera, 1 třetina s nosní polypózou III typu dle Stammbergera. Nulový absolutní počet recidiv u pacientů s I a II typem nosní polypózy je jistě způsoben nízkým počtem těchto pacientů ve zkoumaném souboru, nicméně percentuelní vyjádření recidivy u jednotlivých typů vztah typů a recidivy potvrzuje.

Závěrem lze říci, že naše sledování ukázalo na vztah četnosti recidivy nosní polypózy a typ tohoto onemocnění dle platné klasifikace. Chirurgické řešení má dominantní postavení na poli řešení tohoto subjektivně nepříjemně vnímaného onemocnění, většina pacientů však profituje z kombinované terapie chirurgické a konzervativní terapie kortikosteroidní, tato pak hraje významnou úlohu v prevenci recidivy nosní polypózy u některých typů nosní polypózy.

Nosní polypóza je svým charakterem (ve smyslu etiologie, etiopatogeneze, ve smyslu věkové distribuce a léčby) multidisciplinárním medicínským problémem otorinolaryngologů, konzervativních i invazivních, pneumologů a pediatriů.

8. Souhrn

Nosní polypóza, ačkoliv benigní onemocnění, je onemocnění mimořádně špatně subjektivně tolerované pacienty. Optimalizovat léčebné postupy a snižovat počty recidiv tohoto onemocnění je zásadním úkolem. Současná terapie tohoto onemocnění je jednak chirurgická, jednak konzervativní – medikamentosní. Dle obecných konsenzů většina pacientů profituje z kombinované terapie, pokud je indikována, a to jak podávání kortikoidů před a po chirurgickém řešení. Předkládaná práce sleduje epidemiologické vlastnosti souboru 96ti pacientů, zastoupení jednotlivých počtů typů nosních polypóz, dle současně uznávané klinické klasifikace, a zejména míru časné recidivy onemocnění (do 6ti měsíců), tuto také v závislosti na typu onemocnění.

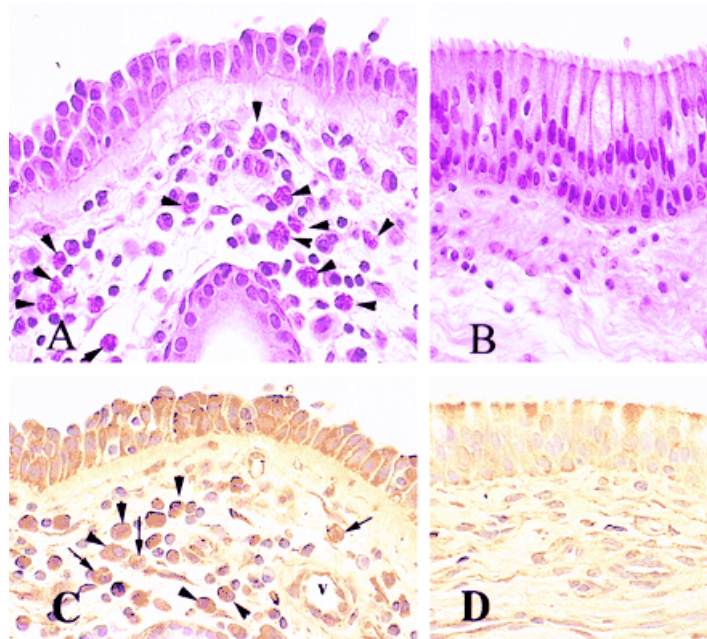
9. Summary

Nasal polyposis, although being a benign disease, is subjectively exceptionally badly tolerated by patients. It is a fundamental issue to optimize the medical treatment and reduce the number of relapses of this disease. Its current therapy can be surgical, or conservative - medicamentous. By general consensus, majority of patients profit from combined therapy, if indicated, and that is corticoid medication before and after surgical treatment. This study follows epidemiological characteristics of group of 96 patients, with regards to representation of individual types of nasal polyposis according to currently acknowledged clinical classification. In particular, the rate of precocious relapses (6 months) of this disease is followed, also related to the type of disease.

10. Seznam použité literatury

1. Cotran RS, Kumar V, Collins T.: Robbins Pathologic Basis of Disease (6th edition). W.B.Saunders Company Philadelphia 1999
2. Bennet, J. Plum, F.: Cecil Textbook of medicine (20th edition). W.B. Saunders Company Philadelphia 1996
3. Kuchynková, Z.: Nosní polyp (1st edition). Galen Praha 2003
4. Hubáček, I.: Ušní, nosní a krční lékařství. Galen Praha 1996
5. Hellquist, H. Nasal polyps update. Histopathology. Allergy Astma Proc, 1996;17:237-42
6. Schalek P, Hronková K, Junková I. Angiomatous Nasal Polyp. Otorinolaryng. a Foniat. 2003;1: 40-42.
7. Gevaert P, Lang-Loidolt D, Lackner A, Stammberger H, Staudinger H, Van Zele T, Holtappels G, Tavernier J, van Cauwenberge P, Bachert C. Nasal IL-5 levels determine the response to anti-IL-5 treatment in patients with nasal polyps. J Allergy Clin Immunol. 2006; 118(5):1133-41
8. Blomqvist EH, Lundblad L, Änggard A, Haraldsson P-O, Stjärne P A randomized controlled study evaluating medical treatment versus surgical treatment in addition to medical treatment of nasal polyposis. J Allergy Clin Immunol. 2001; 107:224-8
9. Stammberger H. Examination and endoscopy of the nose and paranasal sinuses. In: Mygind A, Lidholdt T, eds. Nasal polyposis. An inflammatory disease and its treatment. Munksgaard Kopenhagen 1997, p.120-136
10. Settupane GA. Epidemiology of nasal polyps. Allergy Asthma Proc. 1996; 17(5):231-6.
11. Stammberger H. Surgical treatment of nasal polypos: past, present and future. Allergy 1999; 54:7-11

11. Přílohy



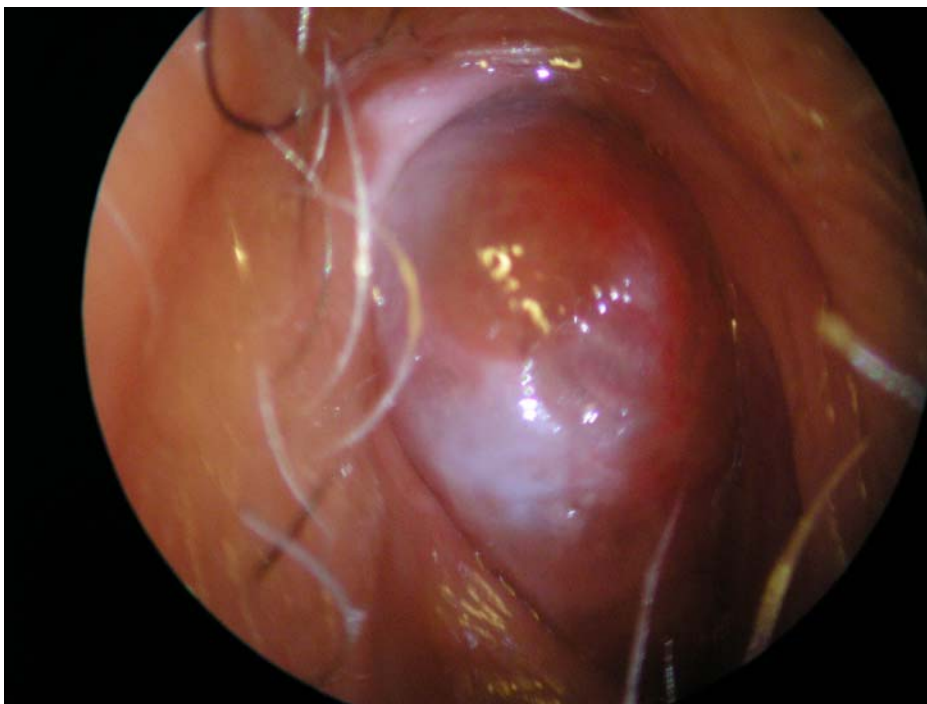
Obr. 1: Obraze nosního polypu ve světelném mikroskopu, různé typy histologického barvení preparátu. Šípkami jsou označeny buňky zánětu, rozmístěné ve zmiňovaném řídkém stromatu.



Obr. 2: CT scan pacienta s polypem vycházejícím z ethmoidálního sinu (P). (E –ethmoidální sinus, M – maxilární sinus, + ztlustění sliznice max. sinu, * střední nosní průchod.



Obr 3. Antrochoanální polyp



Obr. 4: Polyp významným způsobem blokuující nosní průchod

Diagnóza	Frekvence (%)
Aspirinová intolerance	36
Asthma dospělých	7
neatopické	13
atopické	5
Chronická rinosinusitida	2
nealergická rinitida	5
alergická rinitida	1,5
Dětské asthma/rinitida	0,1
Cystická fibróza	20
Syndrom Churgův-Straussově	50
Alergická fungální sinusitida	85

Tab. 1: Výskyt nosní polypózy provázející jiná onemocnění

Histologický typ polypu	Výskyt (%)
Edematózní eozinofilní	86
Chronický zánětlivý	8
Polyp s hyperplázií žláz	5
Polyp s atypiiemi ve stromatu	< 1

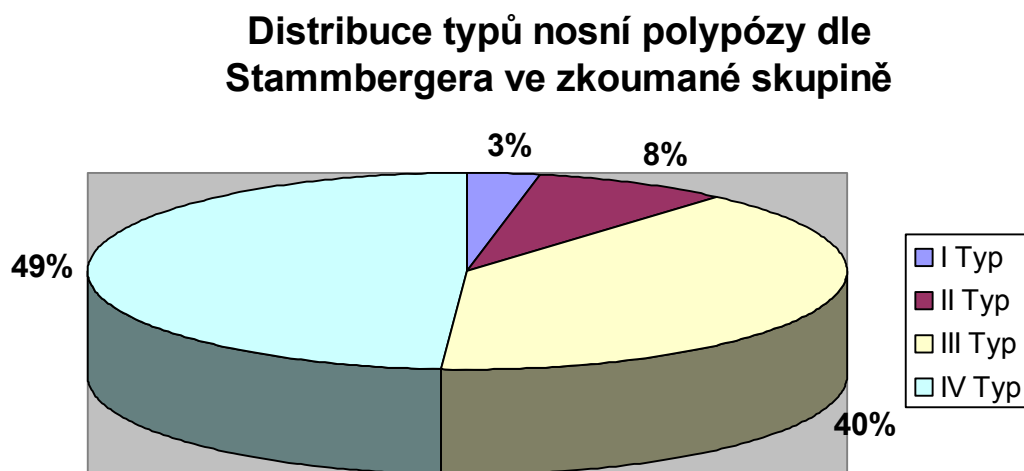
Tab. 2: Výskyt jednotlivých typů nosních polypů dle histopatologického rozdělení

Chirurgická léčba nosní polypózy
Polypektomie „kličkou“
Operace VDN externím přístupem
Transantrální etmoidektomie
Endonazální endoskopická polypektomie <ul style="list-style-type: none"> • Klasicky • Shaverem
Funkční endonazální chirurgie VDN

Tab. 3

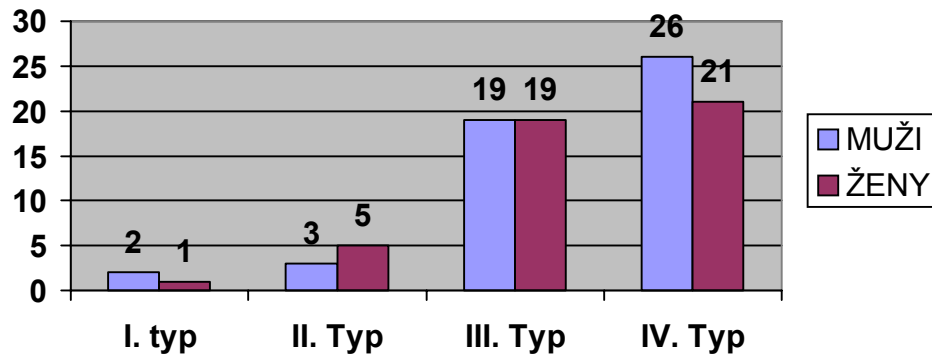
Symptom	Četnost symptomu
Pocit nosní neprůhlednosti	97%
Porucha čichu	70%
Zvýšená nosní sekrece (rinorea)	67%
Bolesti hlavy nebo pocit tlaku v obličeji	40%
Četnější záněty paranazálních dutin	36%
Zvýšená nosní dráždivost	23%

Tab. 4: Četnost příznaků onemocnění u pacientů s nosní polypózou v naší sledované skupině



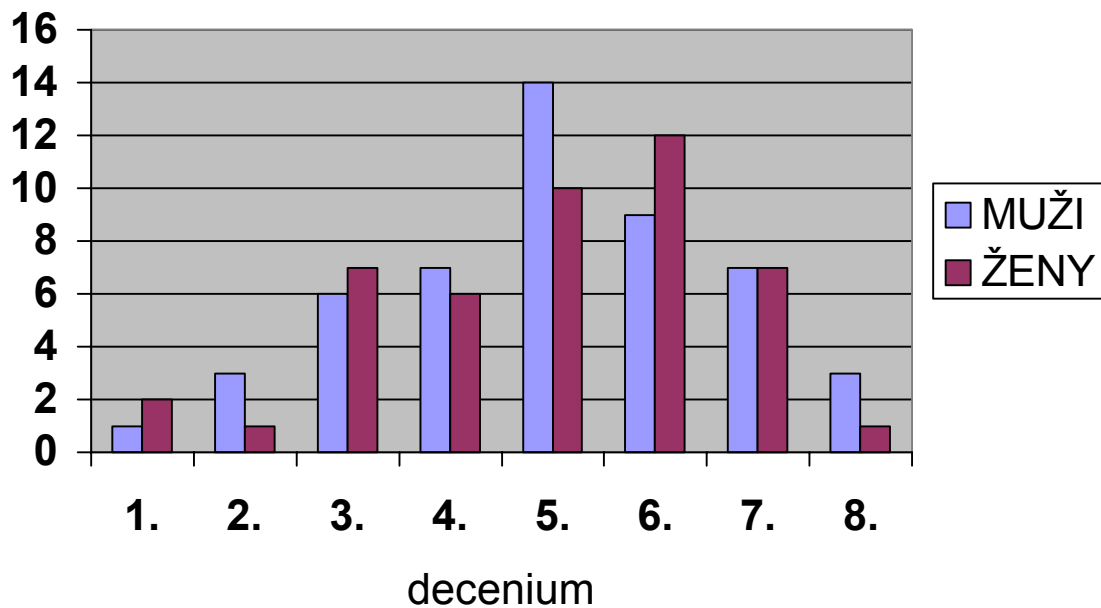
Graf 1a

Distribuce typů nosní polypózy dle Stammbergera ve zkoumané skupině dle pohlaví



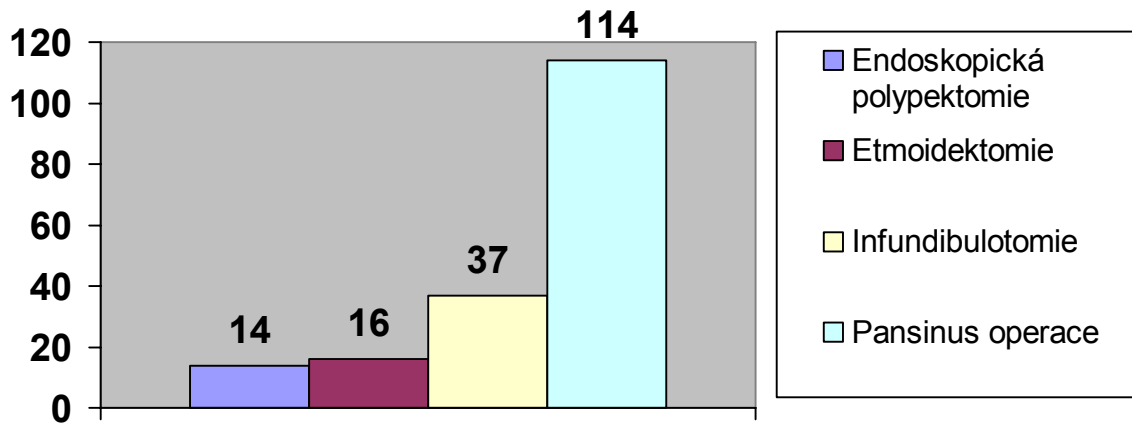
Graf 1b

Věková distribuce nosní polypózy ve zkoumané skupině



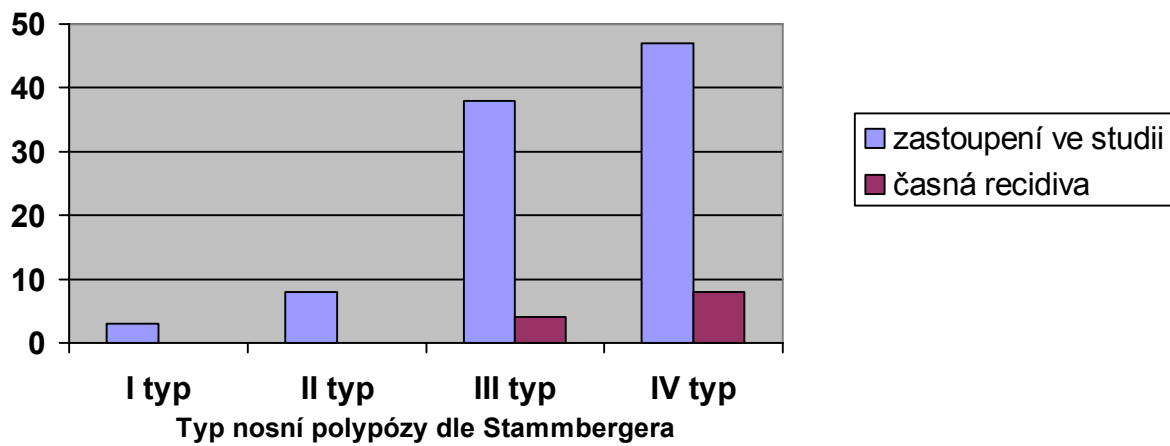
Graf 2

Počet provedených výkonů u pacientů ve sledované skupině



Graf 3

Recidiva nosní polypózy



Graf 4