

REFERATE ORIGINALE

Rinoreea posterioară monosimptomatică

Codruț Sarafoleanu, Raluca Enache, Dorin Sarafoleanu

Clinica ORL și Chirurgie Cervico-Facială, Spitalul „Sfânta Maria”, București

REZUMAT

Rinoreea posterioară monosimptomatică reprezintă un sindrom frecvent întâlnit în practica medicală, care poate fi punctul de plecare pentru numeroase afecțiuni pneumologice sau în sfera ORL. Este un simptom solitar, nefiind însoțit de alte manifestări clinice (obstrucție nazală, rinoree anterioară, tulburări de miros, prurit sau strănuturi) și care dă impresia pacientului că ceva fluid se scurge în oro și hipofaringe. Este o patologie de graniță, consecințele rinoreei posterioare monosimptomatice pot duce pacientul la specialistul pneumolog sau otorinolaringolog. Diagnosticarea corectă și tratamentul corespunzător al acestui sindrom reprezintă principalul obiectiv în managementul acestui sindrom. Scopul acestui articol este prezentarea acestui sindrom cu consecințele sale și principalele metode terapeutice.

Cuvinte cheie: rinoree posterioară, tuse cronică, disfuncție tubară, toxină botulinică, bromură de ipratropium.

ABSTRACT

Monosymptomatic posterior rhinorrhea

Monosymptomatic posterior rhinorrhea is a common syndrome found in medical practice, being the starting point for many pulmonary and ENT diseases. It is a solitary symptom, not accompanied by other clinical manifestations (nasal obstruction, anterior rhinorrhea, impaired smell, itching or sneezing) and it is giving the patient the sensation that something is dripping down into the oro and hypopharynx. Border pathology, posterior rhinorrhea consequences may bring the patient in Respiratory or ENT Clinics. A correct diagnosis and an appropriate treatment is the main objective in the management of this syndrome. The purpose of the article is to present this syndrome with its consequences and the main therapeutic methods.

Key words: posterior rhinorrhea, chronic cough, tubal dysfunction, botulinum toxin, ipratropium bromide.

Definiție

Rinoreea posterioară monosimptomatică constă în senzația sau impresia pacientului că ceva fluid se scurge în oro și hipofaringe provenind din „spatele” nasului. Caracterul specific al acestui sindrom constă în faptul că simptomul descris este solitar, nefiind însoțit de alte manifestări ca: obstrucție nazală, rinoree anterioară, tulburări de miros, prurit sau strănuturi. Consecințele rinoreei posterioare sunt deosebit de importante și sunt reprezentate de hemaj, care este frecvent și dezagrabil, disfonie, tuse seacă cronică și uneori, foarte rar, disfuncție tubară fluctuantă.

Epidemiologia rinoreei posterioare monosimptomatice arată variații ale incidenței între 12 – 30% în funcție de regiunile geografice. Este preponderentă în mediul urban și în peste 70% din cazuri afectează sexul feminin.

Deși relativ frecventă, până în prezent nu există studii științifice cu privire la cauzele și **mecanismele ei fiziopatologice**. În această privință au fost invocate numeroase mecanisme¹:

- o dereglare primitivă a sistemului secretor al mucoasei nazale urmată de un dezechilibru, ceea ce duce la o hipersecreție de mucus, cu sau fără alterarea calității mucusului;
- o inflamație cronică nedetectabilă simptomatic;
- un reflux gastro-esofagian asimptomatic care poate fi depistat prin pH-metrie;

Mucusul secretat de glandele mucoasei nazale și a sinusurilor este compus dintr-un amestec de imunoglobuline, în special IgA secretor, albumine și glicoproteine plasmatică. Echilibrul secretor al mucoasei rinosinusale este reglat de mecanisme simpatico-parasimpatice, adică de sistemul

neurovegetativ. Este cunoscut faptul că simpaticul determină vasoconstricție, urmată de scăderea secreției de mucus, în timp ce parasimpaticul stimulează secreția de mucus ceea ce produce congestia mucoasei nazale¹.

Abordarea clinică

Rinoreea posterioară monosimptomatică este o patologie de graniță, care poate aduce pacientul fie la otorinolaringolog, fie la specialistul pneumolog.

Se poate bănui existența unei rinorei posterioare în condițiile unui hemaj sau a unei disfonii. Examenul clinic ORL și examenul endoscopic evidențiază secreții fluide sau gleroase pe peretele posterior al faringelui. Meatele nazale, planșeul foselor nazale, cozile cornetelor, bolta și pereții laterali ai rinofaringelui au aspect clinic și chiar endoscopic normal.

Chiar dacă poate să apară destul de rar, o rinoree posterioară poate determina apariția unei disfuncții tubare. Secrețiile aflate la nivelul peretelui posterior faringian se pot cantona la nivelul fosetei Rosenmüller ducând la apariția unei reacții inflamatorii la acest nivel. Inflamația se poate extinde la nivelul mucoasei trompei lui Eustachio sau poate determina o hipertrofie a *torus tubaris* cu îngustarea lumenului și a orificiului rinofaringian al tubei auditive². Apare astfel o disfuncție tubară ce se manifestă prin senzație de ureche înfundată, autofonie, simptomatologie ce are un caracter fluctuant și care poate fi obiectivată cu ajutorul timpanogramei și a manometriei tubare.

Nu puține sunt cazurile când pacientul se prezintă la specialistul pneumolog pentru tuse cronică, seacă, și uneori expectorații seroase. Singura manifestare a unei rinorei posterioare poate fi o tuse seacă, doar 20% din pacienți fiind conștienți de existența și legătura dintre cele două simptome^{3,4}.

Tusea reprezintă o reacție reflexă a tractului respirator folosită pentru eliberarea și curățarea căilor aeriene superioare. Deși prin studii efectuate nu s-a putut pune în evidență o legătură directă între tuse și rinoreea posterioară, cauza cea mai probabilă a tusei o reprezintă iritația și/sau inflamația căilor aeriene superioare de către secrețiile posterioare. Astfel, sunt stimulați receptorii tusei de la acest nivel, ceea ce duce la stimularea mecanică a căilor aferente reflexului de tuse^{3,5}. De asemenea, se crede că la pacienții cu tuse cronică secundară rinoreei posterioare monosimptomatice, receptorii reflexului de tuse de la nivelul căilor aeriene superioare sunt mult mai sensibili decât în mod normal, ceea ce poate contribui suplimentar la patogenia tusei⁶.

Există cazuri în care tusea se asociază cu expectorația, simptomatologie ce aduce pacientul la pneumolog. În aceste cazuri este importantă diagnosticarea corectă și mai ales este important de depistat dacă simptomatologia are ca punct de plecare o afecțiune pulmonară sau a căilor aeriene superioare. Abordarea clinică în aceste cazuri trebuie să fie atentă și minuțioasă și trebuie să cuprindă examenul clinic, imagistica, probele ventilatorii pulmonare. Nu în ultimul rând trebuie ținut cont de răspunsul simptomatologiei la terapia specifică.

Caracterul solitar și consecințele importante pe care le poate avea, fac ca rinoreea posterioară monosimptomatică să poată fi confundată cu numeroase alte afecțiuni:

- o suferință alergică sau inflamatorie a sinusurilor posterioare;
- traheita;
- bronșita sau bronșiectazia;

- rinolicvoreea;
- reflux gastro-esofagian.

Din această cauză, **diagnosticul diferențial** este deosebit de important atât pentru specialistul otorinolaringolog, cât și pentru pneumolog.

Pentru o suferință alergică sau inflamatorie a sinusurilor posterioare examenul imagistic (radiografii clasice – SAF, SPF; CT sau RMN) este lămuritor. De asemenea, testele alergologice pot fi revelatoare.

O tuse seacă, cronică, poate direcționa diagnosticul spre o traheită. Totuși, trebuie ținut cont de istoricul afecțiunii, pacientul relatând un episod de infecție de căi aeriene superioare (ICARS), și de caracteristicile tusei din traheită – uscată și dureroasă.

În momentul în care tusea se asociază cu expectorația trebuie exclusă o bronșită sau o bronșiectazie. Spre deosebire de rinoreea posterioară în care expectorația este seroasă, în bronșită întâlnim o expectorație mucoasă, mucopurulentă sau net purulentă, iar bronșiectazia este însoțită de expectorație purulentă, hemoptizii. În aceste cazuri imagistica (radioscopia sau radiografia pulmonară) poate fi de un real folos și poate tranșa diagnosticul⁷. În cazul bronșitei, radiografia poate evidenția un desen vascular accentuat sau poate fi normală, moment în care se apelează la alte metode de investigare. Testele funcționale respiratorii (spirometria) evidențiază o capacitate pulmonară totală normală sau crescută, cu prelungirea expirului forțat și volume pulmonare normale. Examenul radiologic pulmonar poate fi, în cazul unei bronșiectazii, normal sau poate releva accentuarea desenului pulmonar la baze cu imagini areolare, în timp ce spiograma poate fi normală sau evidențiază o disfuncție ventilatorie obstructivă, restrictivă sau mixtă⁸.

În cadrul unei rinorei posterioare atât examenul radiologic pulmonar, cât și testele funcționale respiratorii sunt normale.

De asemenea, trebuie făcut diagnosticul diferențial dintre o rinoree posterioară și o rinolicvoree. Aceasta din urmă poate fi luată în calcul atunci când există un istoric de traumatism cranio-facial, intervenții chirurgicale la nivelul bazei craniului (tumori hipofizare, meningiom etc.), dacă pacientul prezintă cefalee intermitentă urmată de scurgeri rinofaringiene intermitente cu gust sărat sau acru și care se accentuează în momentul aplecării bruște, efortului de tuse sau defecației. Poate exista o rinolicvoree primară, idiopatică, apărută în afara cauzelor mai sus amintite. Aceasta se declanșează în urma unui mușaj mai energetic, în urma unui strănut sau a unei manevre Valsalva. Apare la obezii de vârstă mijlocie, având sediul la nivelul lamei ciuruite, sfenoid (persistența canalului Sternberg) sau concomitent în ambele locuri. Diagnosticul de rinolicvoree se poate face prin:

- aspirarea și recoltarea secrețiilor pe un tampon absorbant, urmate de dozarea glucozei și / sau a transferinei β_2 specifică LCR⁹;
- examen endoscopic după injectarea intratecală de fluoresceină;
- examen RMN – soluția cea mai sigură de depistare a sediului rinolicvoreei și a cauzelor (sindromul șelei turcești vide – deformarea șelei turcești asociată cu cefalee, tulburări de vedere și licvoree posterioară¹⁰; arahnoidocel cu sediul în zona hipofizară).

Tratamentul rinoreei posterioare monosimptomatice este, la ora actuală, empiric și de cele mai multe ori lipsit de

eficacitate. Dacă reușim să descoperim o cauză inflamatorie sau infecțioasă loco-regională, o cauză alergică sau un reflux gastro-esofagian, tratamentul specific adresat acestora poate rezolva rinoreea. În lipsa acestor cauze, atunci când rinoreea este moderată se poate încerca un tratament cu soluții saline sau aerosoli (Physiomer®, Marimer®, etc) sau antihistaminice⁴. Când rinoreea este abundentă, supărătoare, uneori invalidantă, se recurge la anticolinergice și mucomodificatori (acetilcisteina) – două familii de molecule capabile să interacționeze cu aparatul muco-ciliar.

Anticolinergicele reduc, în mod direct, secreția de mucus acționând asupra glandelor secretoare. Cele mai utilizate sunt bromura de ipratropium și toxina botulinică.

Bromura de ipratropium este un antagonist muscarinic care reduce, prin mecanism direct, activitatea secretorie a glandelor mucipare, reducând astfel rinoreea. Are un debut rapid de acțiune și nu produce tahifilaxie¹¹.

Toxina botulinică este o neurotoxină puternică care inhibă eliberarea de acetilcolină la nivelul terminațiilor nervoase pre-sinaptice. În cazul rinoreei posterioare poate fi administrată fie prin injecție submucoasă la nivelul cornetelor (inferior și mijlociu), fie prin contact pe meșe.

Imunostimularea nespecifică poate ajuta în tratarea rinoreei posterioare prin creșterea imunității otorinolaringiene. IgA secretor reprezintă un factor principal în apărarea mucoasă nespecifică și poate menține în tractul respirator bariera mucoasă ca primă linie de apărare. În ultimii ani au apărut numeroși compuși inductori de imunitate ai bacteriilor inactivate, amestecuri bacteriene, sau ai unor extracte de bacterii izolate (Luivac®, Ribomunyl®, Broncho-Vaxom®, etc). Acestea determină creșterea concentrației IgA-ului secretor produs de glandele mucoase de la nivelul mucoasei nazale și sinusale, crescând astfel imunitatea de la acest nivel.

O dată instituit tratamentul corect se observă scăderea cantitativă a rinoreei până la dispariția ei, consecutiv fiind relatată dispariția tusei, hemajului, disfoniei sau a disfuncției tubare.

În concluzie putem spune ca rinoreea posterioară monosimptomatică este un sindrom complex, cu consecințe importante, care necesită o atenție deosebită în diagnosticare și tratament atât din partea medicului otorinolaringolog, cât și din partea pneumologului.

Bibliografie

1. Sarafoleanu C. Rinologie. București: Editura Medicală, 2003.
2. Bluestone CD, Cantekin EI, Beery QC. Effect of inflammation on the ventilatory function of the Eustachian tube. *Laryngoscope* 1977;87:493-507.
3. Pratter MR. Chronic upper airway cough syndrome secondary to rhinosinus diseases (previously referred to as postnasal drip syndrome). ACCP Evidence-Based Clinical practice guidelines. *Chest* 2006;129(1 Suppl):63S-71S.
4. Pratter MR, Barter T, Akers S, DuBois J. An algorithmic approach to chronic cough. *Ann Intern Med* 1993;119:977-983.
5. Irwin RS, Pratter MB, Holland PS, et al. Postnasal drip causes cough and is associated with reversible upper airway obstruction. *Chest* 1984;85:346-352.
6. Bucca C, Rolla G, Scappaticci E, et al. Extrathoracic an intrathoracic airway responsiveness in sinusitis. *J Allergy Clin Immunol* 1995;95:52-59.
7. Cookson J. The respiratory sistem. In: Epstein O, Perkin GD, Cookson J, Watt IS, Rakhit R, Robins AW, Hornett GAW. Clinical examination. Fourth Edition. Mobsy Elsevier 2008:112-117.
8. Georgescu D. Semiologie medicală. București: Editura Național, 1999:342-383.
9. Warnecke A, Averbek T, Wurster U, Harmening M, Lenarz T, Stover T. Diagnostic relevance of beta-2 transferrin for the detection of cerebrospinal fluid fistulas. *Arch Otolarygol Head and Neck Surg.* Oct 2004;130:1178-1194.
10. Agarwal JK, Sahay RK, Bhadada SK, Reddy VS, Agarwal NK. Empty sella syndrome. *J Indian Academy of Clinical Medicine* 2001; Vol 2(No 3):198-202.
11. Cauwenberge P et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy* 2000;55:116-134.