

“Rhinosinusitis: spoelen, sprayen of snijden?”

Philippe Gevaert, NKO-arts

Sinusitis houdt inflammatie van de sinuswand in, maar treedt in praktijk zelden op zonder rhinitis. Rhinosinusitis kan klinisch worden gedefinieerd als een inflammatie van de neus en paranasale sinussen, gekenmerkt door enerzijds twee of meerdere van de volgende symptomen: neusverstopping/congestie, anterieure/postnasale drip, faciale pijn/druk en verminderde/verdwene reuk en anderzijds endoscopische tekenen (poliepen, mucopurulente secreties uit de middelste meatus, oedeem/mucosale obstructie van de middelste meatus) en/of wijzigingen op CT-scan (mucosale veranderingen in het ostiomeetaal complex en/of de sinussen). Rhinosinusitis wordt acuut of chronisch genoemd, afhankelijk van het verloop. Acute rhinosinusitis duurt minder dan 12 weken en volgt doorgaans op een virale bovenste luchtweginfectie, terwijl chronische rhinosinusitis meer dan 12 weken duurt en sterk verband houdt met neuspoliepen.

Epidemiologie en oorzaken

Acute virale rhinitis

Een acute virale rhinitis is de meest voorkomende aandoening bij de mens. Naar schatting zijn volwassenen twee- tot vijfmaal en kinderen zeven- tot tienmaal per jaar verkouden, vooral in de wintermaanden en soms met een epidemisch karakter. Het is een zelflimiterende aandoening die maximaal tien dagen duurt. De oorzaak is een virale infectie, in meer dan de helft van de gevallen door het rhinovirus. Symptomen zijn een initiële, snel overgaande keelpijn, neusverstopping, rhinorree en hoesten. Enkel een symptomatische behandeling met decongestiva, zoutspoelingen en/of pijnstilling wordt overwogen. Acute virale rhinitis kan wel evolueren tot een postvirale inflammatie van de neus en sinussen.

Acute rhinosinusitis

Acute rhinosinusitis kan worden gezien als een complicatie van een banale virale rhinitis, die 2 tot 15% van de bevolking treft. Het is gewoonlijk oorspronkelijk viraal, maar er kan bacteriële bijbesmetting optreden. Het natuurlijke verloop van een milde tot matige rhinosinusitis wettigt een symptomatische behandeling: de helft van de patiënten is na één week beter en dit loopt op tot 70% na tien dagen en meer dan 90% na één maand.

Chronische rhinosinusitis

Chronische rhinosinusitis (CRS) wordt gedefinieerd op symptomatologie en ingedeeld op basis van het neusonderzoek/nasendoscopie als CRS met en zonder neuspoliepen. CRS zonder neuspoliepen komt voor bij 14% van de bevolking en is vooral neutrofiel (bijvoorbeeld bij chronische infectie). CRS met neuspoliepen is te vinden bij 1-4% van de populatie en is frequent geassocieerd met astma en aspirine-overgevoeligheid. Neuspoliepen komen voornamelijk bilateraal voor en zijn meestal eosinofiel.

Diagnose

Tabel 3: Diagnose van rhinosinusitis

<p>Symptomen - 2 van de volgende:</p> <ul style="list-style-type: none">Nasale congestie of obstructieNeusloop (anterieur of posterieur)Aangezichtspijn of –drukReukstoornissen <p>En ofwel</p> <p>Endoscopische tekenen:</p> <ul style="list-style-type: none">PoliepenMucopurulente afscheiding uit de middelste meatusOedeem/obstructie ter hoogte van de middelste meatus <p>Of</p> <p>Tekenen op CT, bv:</p> <ul style="list-style-type: none">Mucosale wijzigingen van het ostiomeatale complex en/of sinussen
<p>Acute rhinosinusitis:</p> <ul style="list-style-type: none">Minder dan 12 wekenVolledig verdwijnen van de symptomen <p>Chronische rhinosinusitis</p> <ul style="list-style-type: none">Meer dan 12 wekenPersisteren van de symptomen

De diagnose is dus vooral gebaseerd op symptomen, aangevuld met nasendoscopie.

Symptomen

- Nasale obstructie;
- Rhinorree;
- Pijn: in combinatie met neusloop en hyposmie denkt men aan infectieuze rhinosinusitis. Chronische rhinosinusitis geeft eerder een drukgevoel. Wanneer de pijn echter het enige symptoom is, is rhinosinusitis onwaarschijnlijk en moeten andere oorzaken worden overwogen. Vestibulitis kan ook pijn in het vestibulum van de neus veroorzaken;
- Reukstoornissen: hyposmie of anosmie kan transiënt (door allergische rhinitis, virale infectie), intermitterend (door neuspoliepen, infectieuze rhinosinusitis), progressief (door Alzheimer, Parkinson) en compleet zijn (door trauma, neuropathische virussen, ernstige neuspoliepen);
- Lagere luchtwegsymptomen: de hoge en lage luchtweg vormen één entiteit en daarom komen verschillende aandoeningen in beide voor. Bij astma met aspirine-intolerantie heeft 36-96% neuspoliepen met rhinosinusitis. Patiënten met ciliaire dyskinesie kunnen chronische infectieuze rhinosinusitis, bronchiëctasieën en verminderde fertilititeit ontwikkelen. COPD-patiënten hebben sneller een hoge luchtweginflammatie en bovendien zijn COPD-exacerbaties frequenter bij personen die vaak een verkoudheid hebben. Neuspoliepen ontwikkelen zich bij meer dan de helft van de patiënten met mucoviscidose.

Onderzoeken

- Anamnese: bij het vermoeden van rhinosinusitis wordt zeker geïnformeerd naar alle factoren die kunnen wijzen op allergie en astma. Men vraagt ook specifiek naar aspirine- of NSAID-intolerantie en concomitante aandoeningen (immuundeficiëntie, mucoviscidose, ciliaire dyskinesie,...);
- Klinisch onderzoek: in geval van rhinosinusitis ziet men een gezwollen hyperemische mucosa en soms ook secreties, meestal in de middelste of onderste meatus. Grote neuspoliepen kunnen eveneens zichtbaar zijn en kunnen worden onderscheiden van de neusschelpen door hun gevoelloosheid en hun geelgrijze kleur;
- Endoscopie: om de diagnose van rhinosinusitis te stellen is een onderzoek met de endoscoop noodzakelijk. Let op het voorkomen van de neusschelpen, de aan- of afwezigheid van purulente secreties en de aan- of afwezigheid van neuspoliepen (hoewel niet alle zichtbaar);

- Allergietesten: allergeenspecifieke IgE (huidpriktesten of serum immunoassay bij vermoeden van allergie)
- Reuktesten;
- CT: is de gouden standaard qua beeldvorming, maar wordt niet routinematig uitgevoerd bij rhinosinusitis. Bij acute rhinosinusitis is een CT-scan helemaal niet aangewezen, gezien het natuurlijke verloop ervan. Het heeft echter wel een onschatbare rol in het preoperatief definiëren van de beenderige anatomie en wordt ook aangeraden bij diagnostische twijfel en bij complicaties, zoals uitbreiding naar het oog en ernstige pijn;

Behandeling

Figuur 3 beschrijft de medicamenteuze behandeling van acute rhinosinusitis, terwijl figuur 4 deze van chronische rhinosinusitis toont.

- Neusspoelingen: zoutspoelingen van de neus verminderen de symptomen van rhinosinusitis en zijn bovendien veilig en goedkoop;
- Corticosteroiden: onderdrukken de inflammatoire cascade. Topische intranasale steroiden zijn de eerstelijnsbehandeling bij rhinosinusitis en neuspoliepen. Systemische corticosteroiden hebben echter ook hun indicaties, maar moeten kortdurend en in combinatie met een topisch preparaat worden gebruikt;
- Antibiotica: een antibioticakuur is, gezien het grotendeels zelflimiterende karakter van acute rhinosinusitis, niet altijd nodig. Toch worden antibiotica nog vaak voorgeschreven, omdat het ziekteverloop met enkele dagen wordt verkort en omdat de kans op complicaties verdwijnt. Amoxicilline heeft de voorkeur wegens een goede werking tegen de meest voorkomende bacteriën bij acute rhinosinusitis (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* en *Moraxella catharrhalis*). Bij chronische rhinosinusitis wordt een langdurige antibiotherapie met macroliden overwogen;
- Intranasale decongestiva: verminderen de symptomen van een verstopte neus. Deze preparaten worden ook vaak voorgeschreven in combinatie met een corticosteroid om de neusblokkage op te heffen en zo het steroid tot werking te laten komen;
- Heelkunde: chirurgie moet worden voorbehouden om onderliggende anatomische variaties en neuspoliepen op te heffen, nadat medicamenteuze therapie niet werkzaam bleek;
- Doorverwijzing is noodzakelijk bij therapiefalen, peri-orbitaal oedeem, verplaatsing van het oog, dubbel zicht, oftalmoplegie, verminderde visuele scherpte, ernstige hoofdpijn, frontale zwelling en tekenen van meningitis of focale neurologische symptomen.

Specifieke vormen

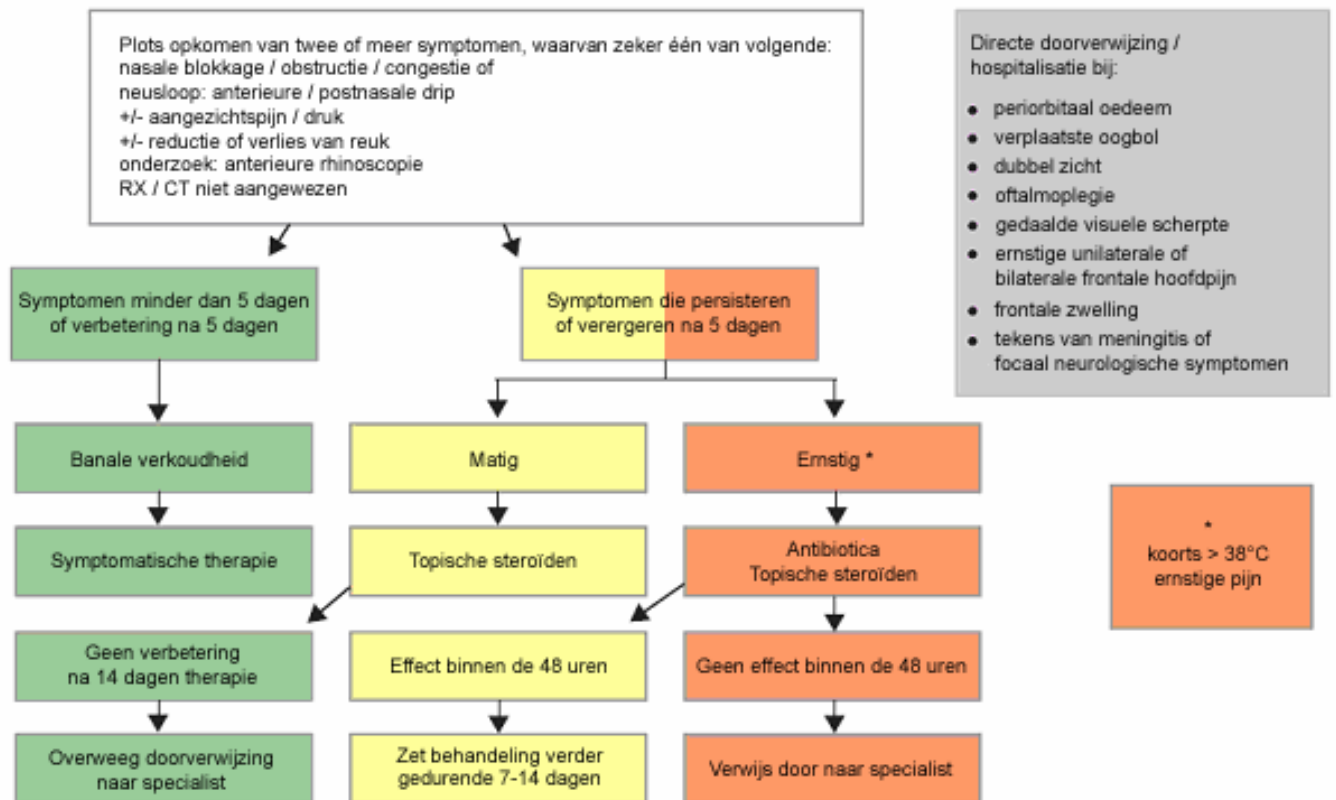
- Aspirine-overgevoeligheid: ongeveer 5-8% van de patiënten met neuspoliepen heeft een overgevoeligheid voor aspirine en/of NSAID's. Bovendien hebben deze personen ook astma. De diagnose berust op een anamnese van minstens twee aspirine- of NSAID-geïnduceerde reacties of op een positieve aspirinechallenge. Uiteraard mijden deze patiënten geneesmiddelen met een COX-1-activiteit. Selectieve COX-3-inhibitoren en paracetamol lijken veilig te zijn.
- Churg-Strauss-syndroom en Wegener's granulomatose: deze aandoeningen zijn een combinatie van eosinofilie, eosinofiele vasculitis met granulomen, ernstig astma en neuspoliepen. Klinisch zijn deze ziektes gelijkend, maar het verschil zit hem in het type antistoffen. Doorverwijzing is vereist.

Referenties

Fokkens W, Lund V, Mullol J. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007. Rhinol Suppl 2007;20:1-136.

Scadding GK, Durham SR, Mirakian R, et al. BSACI guidelines for the management of rhinosinusitis and nasal polyposis. Clin Exp Allergy 2008;38(2):260-275.

Figuur 3: De medicamenteuze behandeling van acute rhinosinusitis (vertaald van EPOS figuur 13.1)



Figuur 4: De medicamenteuze behandeling van chronische rhinosinusitis (vertaald van EPOS figuur 13.3)

