

Udherrefyjes per

Alergjine e rrugeve te siperme
te frymemarrjes

(RRUFA ALERGJIKE)

Publikimi :DHJETOR 2010
Rivleresimi: Sipas nevojave

Grupi i punes

Alfred Priftanji	Shef sherbimi	
Mehmet Hoxha	Kryetar	QSUT
Eris Mesonjesi	Sekretar	QSUT
Etleva Qirko	Anetar	QSUT
Ines Cullaj	Anetar	QKCSA
Emanuela Tollozhina	Anetar	MSH
Albana Adhami	Anetar	ISKSH

PERMBAJTJA

REKOMANDIME	8
PERKUFIZIMI DHE KLASIFIKIMI I RINITIT ALERGJIK	9
FAKTORET SHPERTHYES TE RINITIT ALERGJIK	10
MEKANIZMAT E RINITIT ALERGJIK	10
PATOLOGJITE SHOQERUESE	11
Astma	
Semundje te tjera	
SIMPTOMAT E RINITIT ALERGJIK	12
DIAGNOZA E RINITIT ALERGJIK	13
TRAJTIMI	14
Rekomandime te bazuara mbi evidenca	
PERZGJEDHJA E BARNAVE	16
Trajtimi farmakologjik per trajtimin e rinitit	
Fjalori i barnave per trajtimin e rinitit	
ROLI I IMUNOTERAPISE	18
TRAJTIMI NE MENYRE "STEPWISE" – TE SHKALLEZUAR	19
(per adoleshente dhe adult)	
TRAJTIMI I NJEKOHSHEM I RINITIT DHE ASTMES	21
ASPEKTE PEDIATRIKE	21
KONSIDERATA SPECIALE	22
Shtatzania	
Mosha e Avancuar	
ADAPTIMI I UDHEZUESVE PER VENDET NE ZHVILLIM	22

Pasqyra e figurave

Figura.1: Klasifikimi i rinitit alergjik. 9

Figura.2: Vlerësimi klinik dhe klasifikimi i rinitit. 13

LISTA E SHKURTIMEVE GJUHESORE

ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma)

NSAID(anti-inflamator jo-steroid)

CysLT (cysteinil-leukotriene)

SAR (riniti alergjik stinor)

PAR (riniti alergjik vjetor)

ITS (Imunoterapia specifike)

Parathenie

- ❖ Riniti alergjik **përcaktohet nga ana klinike** si një sëmundje me simptoma nazale të shkaktuara nga një inflamacion IgE-vartës, pasojë e ekspozimit ndaj alergenit.

- ❖ Riniti alergjik përfaqëson një **problem shëndetësor global**. Është një sëmundje e përhapur në të gjithë botën, që prek të paktën 10 – 25 % të popullsisë, prevalence e së cilës është në rritje.
- ❖ Edhe pse riniti alergjik zakonisht nuk është një sëmundje e rëndë, por ajo demton jetën sociale të pacientëve dhe ul rendimentin në shkollë dhe në punë. Gjithashtu, kosto ekonomike e rinitit alergjik është mjaft e rëndësishme.
- ❖ Astma dhe riniti në përgjithësi hasen njëkohësisht, shoqërojnë njera tjetren (bashkësëmundje). Ky fakt sugjeron konceptin e “një rrugë ajrore, një sëmundje (one way one disease)”.
- ❖ Njohuritë e reja mbi mekanizmat e inflamacionit alergjik të rrugëve ajrore kanë çuar në strategji terapeutike gjithmonë e më efikase. Janë studiuar dhe provuar rrugë të reja të dhënies së ilaçeve, dozime dhe skema të reja terapeutike.
- ❖ Janë publikuar tashmë udhëzues për diagnozën dhe trajtimin e rinitit alergjik. Megjithatë, rekomandimet që jepen në këto publikime nuk ishin të bazuara mbi evidence dhe nuk kishin marrë parasysh aspektin e bashkësëmundshmërisë rinit-astme.
- ❖ Inisiativa **ARIA** (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) është zhvilluar në bashkëpunim me Organizatën Botërore të Shëndetësisë (OBSH). Ky dokument synon të jetë një udhëzues xhepi referencë si për specialistët, ashtu dhe për mjekun e përgjithshëm. Qëllimet e tij janë:
 - të modernizojë njohuritë e mjekëve mbi rinitin alergjik
 - të evidentojë ndikimin që ka riniti alergjik mbi astmën
 - të japë një mënyrë diagnostikimi “të bazuar mbi evidenceca”
 - të japë një mënyrë trajtimi “të bazuar mbi evidenceca”
 - të ofrojë një mënyrë “të shkallezuar” për trajtimin e sëmundjes.

Falenderime

Falenderojme Prof. Alfred Priftanji, Dr.Rudina Lama te cilet ndihmuan ne hartimin e ketij udherrefyesi.

Falenderojme MSH, QKCSA, QSUT, ISKSH, te cilet iniciuan dhe koordinuan kete proces.

Objektivi i udherrefyemit:

Objektivi i ketij udherrefyemi eshte diagnostikimi dhe mjekimi i standartizuar i pacienteve me rinit alergjik.

Perdoruesit e udherrefyemit

Perdoruesit e ketij udherrefyemi jane Mjeket specialiste alergologe ne sherbimin sekondar dhe terciar te cilet duhet ta zbatojne ate, por dhe mjeku i familjes duhet te jete i familjarizuar me kete udherrefyem.

HYRJE

1. Riniti alergjik klasifikohet si nje semundje e rendesishme respiratore kronike kryesisht per shkak te:

- prevalencës së rritur
- ndikimit në cilësinë e jetës

- ndikimit mbi rendimentin në punë e shkollë
 - kostos ekonomike
 - lidhjes me astmën
 - shoqërimin me sinuzitin dhe patologji të tjera si konjuktiviti.
- 2.** Bashkë me faktorë të tjerë të njohur, riniti alergjik duhet konsideruar si një faktor risku për astmën.
- 3.** Një nënklasifikim i ri i rinitit alergjik bazohet në kohëzgjatjet:
- intermitente
 - persistente
- 4.** Graviteti i rinitit alergjik klasifikohet si “i lehtë” dhe “i moderuar / i rëndë” sipas intensitetit të simptomave dhe të efekteve në cilësinë e jetës.
- 5.** Rekomandohet një trajtim “i shkallëzuar”, që të ketë parasysh formën dhe gravitetin e rinitit alergjik.
- 6.** Në trajtimin e rinitit alergjik duhet të kombinohen:
- largimi i alergenit (kur kjo është e mundur)
 - terapia farmakologjike
 - imunoterapia
- 7.** Duhet të krijohen kushte ambientale dhe sociale sa më të përshtatshme, në mënyrë që pacienti të beje një jetë normale.
- 8.** Në pacientët me rinit alergjik persistent duhet të hetohet prania e astmës përmes: anamnezës, ekzaminimit objektiv dhe nëse është e mundur vlerësimi i obstrukcionit bronkial para dhe pas një bronkodilatatori.
- 9.** Në pacientët me astmë duhet të kërkohet prania e rinitit, përmes anamnezës dhe ekzaminimit objektiv.
- 10.** Për të patur një efikasitet dhe siguri mjekimi, duhet të aplikohet një strategji e kombinuar duke trajtuar si sëmundjet e rrugëve ajrore të sipërme dhe ato të poshtme.
- 11.** Në vendet në zhvillim, mund të jenë të nevojshme strategji të ndryshme, të adoptuara në bazë të terapive të disponueshme dhe kostos së tyre.
- 12.** Prek te gjithë grupmoshat vecanerisht moshat e reja

KLASIFIKIMI I RINITIT ALERGJIK

- Riniti alergjik është përkufizuar klinikisht si një sëmundje me simptoma nazale të shkaktuara nga një inflamacion IgE-varës, pasojë e ekspozimit ndaj alergjenit.
- Simptomat e rinitit alergjik janë:
 - rinorrea
 - obstrukcioni nazal
 - pruriti nazal
 - tështitja

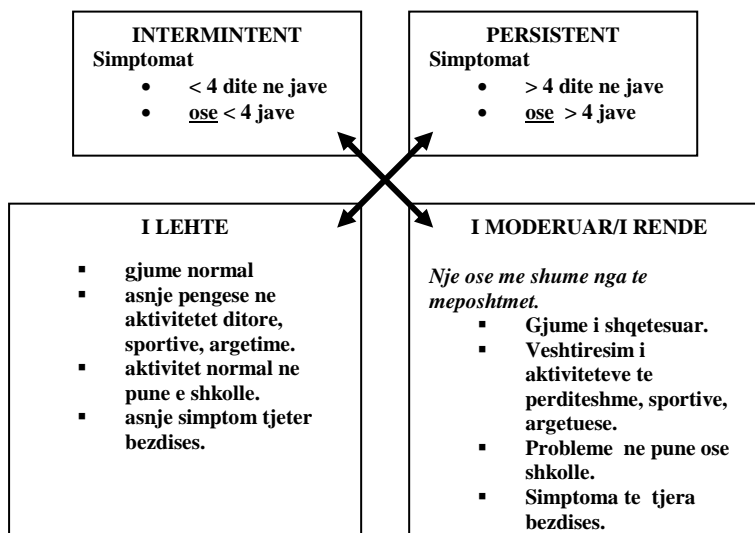
të cilat janë të rikthyeshme spontanisht ose me mjekim.

- Klasifikimi i rinitit alergjik me parë bazohej në kohëzgjatjen e ekspozimit ndaj alergjenit në: stinor, vjetor dhe profesional. Ky klasifikim nuk është plotësisht i kënaqshëm.
- Klasifikimi i ri i rinitit alergjik:
 - përdor simptomat dhe parametrat e cilësisë së jetës.
 - bazohet mbi kohëzgjatjen dhe klasifikon sëmundjen në “intermitente” ose “persistente”.
 - bazohet mbi gravitetin dhe klasifikohet në një formë “të lehtë” dhe një “të moderuar / të rëndë”, në vartësi të simptomave

dhe të

parametrave të cilësisë së jetës.

Fig.1: Klasifikimi i rinitit alergjik



FAKTORET SHPERTHYES TE RINITIT ALERGJIK.

ALERGENET

- **Alergenet inhalatore** janë shpesh përgjegjës për rinitin alergjik.
 - shtimi i alergeneve të shtëpisë, është pjesërisht përgjegjës për shtimin e prevalencës së rinitit, astmës dhe alergjive.
 - alergenit e shtëpisë janë kryesisht akarienët shtëpiake, insektet si dhe alergenit me origjinë bimore.
 - alergenit e ambientit jashtëm më të zakonshëm janë polenet dhe mykrat.
- **Riniti profesional** është më pak i dokumentuar se sa astma profesionale, por edhe në këtë rast simptomat nazale dhe bronkiale shpesh bashkëekzistojnë në të njëjtin pacient.
- Alergjia ndaj latex-it po bëhet një problem gjithnjë e më i rëndësishëm për pacientet dhe personelin shëndetësor. Personeli shëndetësor duhet të jetë i ndërgjegjshëm për këtë problem dhe duhet të hartojë strategjitë për trajtimin e parandalimin e saj.

NDOTËSIT

- Të dhënat epidemiologjike sugjerojnë që ndotësit e përkeqësojnë rinitin.
- Mekanizmat me anë të të cilëve ndotësit shkaktojnë apo përkeqësojnë rinitin tani njihen më mirë.
- **Ndotja e ajrit të shtëpisë** ka një rëndësi të madhe meqenëse njerëzit në vëndet e industrializuara kalonë mbi 80 % të kohës në ambiente të mbyllura. Ndotësit e ajrit të shtëpisë përfshijnë alergenit e shtëpisë dhe gazet ndotëse, mes të cilëve **tymi i duhanit** është më i rëndësishëm.
- Në shumë vënde, **ndotja urbane** vjen kryesisht nga makinat. Ndotësit atmosferikë kryesorë përfshijnë: ozonin, oksidin nitrik dhe dioksidin e squfurit. Këta ndotës mund të përkeqësojnë simptomat nazale si në pacientët me rinit alergjik ashtu dhe ata me rinit jo alergjik.
- Shkarkimet “diesel” mund të stimulojnë prodhimin e IgE-ve dhe të favorizojnë inflamacionin alergjik.

ASPIRINA

Aspirina dhe barnat e tjera anti-inflamatore jo-steroide (NSAID) shkaktojnë shpesh rinite dhe astmë.

MEKANIZMAT E RINITIT ALERGJIK

- Alergjia në mënyrë klasike konsiderohet pasojë e një përgjigje IgE-vartëse që shoqërohet me inflamacion nazal.
- Riniti alergjik karakterizohet nga një infiltrat inflamator i përbërë nga qelizat e ndryshme. Përgjigja inflamatore qelizore përfshin:
 - kemotaksis-in, përzgjedhjen dhe migrimin trans-endotelial të qelizave.

- lëshimin e citokinave dhe kemokinave.
- aktivizimi dhe diferencimi i tipave të ndryshëm qelizor si eozinofilet, qelizat T, mastocitet dhe qelizat epiteliale.
- zgjatjen e mbijetesës së tyre.
- lëshimin e mediatorëve nga qelizat të aktivizuara. Mediatorët kryesorë

janë histamina dhe cysteinyl-leukotrienet (CysLT).

- Hiperaktiviteti nazal jo specifik është një karakteristikë e rëndësishme e rinitit alergjik. Përkufizohet si një shtim i përgjigjes nazale ndaj stimujve normale, që manifestohen me tështitje, kongestion nazal dhe / ose shtim të sekrecioneve.
- Riniti intermitent mund të stimulohet me anë të provokimit nazal me alergene polenike. Edhe në këtë rast është e pranishme një përgjigje inflamatore gjatë fazës së vonuar të reaksionit.
- Në rinitin alertgjik persistent, faktorët shpërthyes ndërveprojnë me një reaksion inflamator në aktivitet. Simptomat janë pasojë e këtij ndërveprimi kompleks.
- “Inflamacioni minimal persistent” është një koncept i ri dhe i rëndësishëm. Në pacientët me rinit alergjik persistent, madhësia e ekspozimit ndaj alergeneve mund të ndryshojë gjatë vitit e mund të kemi periudha me ekspozim të pakët. Në periudha të tilla, edhe pse asimptomatike, pacientët paraqesin një inflamacion nazal të dukshëm.
- Njohja e mekanizmave fiziopatologjike lejon hartimin e një terapie racionale për këtë sëmundje, që bazohet kundër reaksionit inflamator kompleks, dhe jo vetëm ndaj simptomave.

PATOLOGJITË SHOQËRUESE

Inflamacioni alergjik nuk kufizohet vetëm në rrugët ajrore nazale. Në fakt ka patologji të ndryshme shoqëruese të rinitit.

ASTMA

- Mukoza nazale dhe ajo bronkiale kanë shumë karakteristika të përbashkëta.
- Studimet epidemiologjike kanë treguar në mënyrë konsistente që astma dhe riniti shpesh bashkë-ekzistojnë në të njëjtin pacient.
 - shumë pacientë me astmë alergjike dhe jo alergjike kanë rinit.
 - shumë pacientë me rinit kanë edhe astmë.
 - riniti alergjik është i shoqëruar dhe përbën një faktor risku për astmën.
 - shumë pacientë me rinit alergjik kanë hiperreaktivitet bronkial jo specifik.

- Studimet fiziopatologjike sugjerojnë ekzistencën e një lidhjeje shumë të ngushtë midis astmës dhe rinitit. Ndonëse ekzistojnë ndryshime midis rinitit dhe astmës, pranohet se rrugët ajrore të sipërme dhe të poshtme janë të prekura nga i njëjti proces inflamator evolutiv, që mund të mbahet gjallë dhe të amplifikohet nga mekanizma të ndërsjellë.
- Sëmundjet alergjike kanë shumë rëndësi të jenë sistemike. Stimulimi bronkial specifik nxit inflamacionin nazal dhe stimulimi specifik nazal nxit inflamacionin bronkial.
- Sa herë që diskutohet diagnoza e rinitit ose e astmës, duhet të vlerësohen si rrugë ajrore të sipërme dhe ato të poshtme.

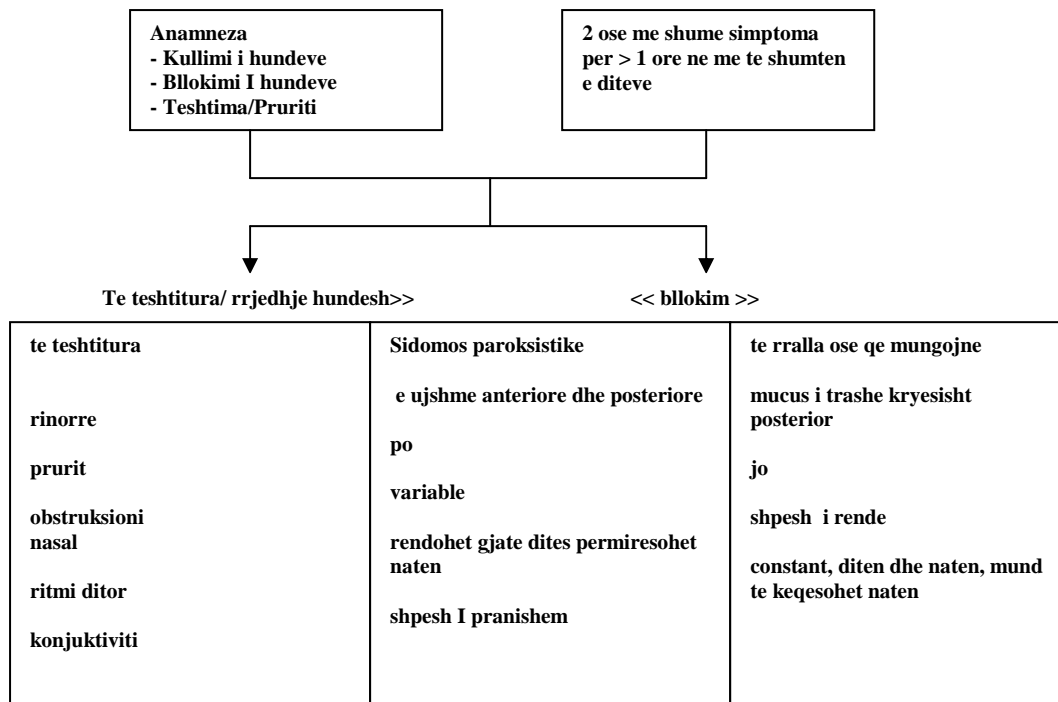
BASHKËSHOQËRIME TË TJERA

- Këtu hyjnë kryesisht nga sinuziti dhe konjuktiviti.
- Shoqërimi i rinitit alergjik me polipozen nazale dhe otitin e mesëm janë më pak të qartë dhe të njohur.

SIMPTOMAT E RINITIT ALERGJIK

- Historia klinike është thelbësore për një diagnozë të kujdesshme të rinitit, për vlerësimin e rëndësisë së tij, dhe të përgjigjes ndaj trajtimit.
- Në pacientët me rinit alergjik të formës së lehtë intermitente, është mirë të kryhet ekzaminimi i kavitetit nazal. Ndërsa në të gjithë pacientët me rinit alergjik persistent duhet të kryhet inspeksioni me anë të rinoskopisë. Rinoskopia anteriore me spekulum jep informacione të kufizuara. Endoskopia nazale kryer nga specialisti është më e dobishme.

Figura 2: Vlerësimi klinik dhe klasifikimi i rinitit.



Lound V.J., et al. Internat. Consensus Report on diagnosis and management of rhinitis. Intranat. Rhinitis Manag. Working Group. Allergy 1994 : 49 (suppl 19) : 1 – 34.

DIAGNOZA E RINITIT ALERGJIK

- **Diagnoza e rinitit alergjik** bazohet në:

- historinë klinike tipike për simptomat alergjike.
- në kuadrin simptomatologjik dominojnë tështiturat dhe rinorrea. Gjithësesi, këto simptoma nuk janë domosdoshmërisht me origjinë alergjike.
- testet diagnostike

Testet **in vivo** dhe **in vitro** të përdorur për diagnostikimin e sëmundjeve alergjike venë në dukje IgE specifike të lira ose të lidhura me qelizat efektore. Diagnoza e alergjisë është përmirësuar me standartizimin e alergeneve. Kjo ka çuar në prodhimin e vaksinave diagnostike për shumicën e alergeneve të ajrit.

- **Testet kutane të hipersensibilitetit imediat** (skin prick test). Janë përdorur gjerësisht për të demonstruar reaksionet IgE-vartës. Nëse kryhen me korrektësi, ato japin prova konfirmuese për diagnozën e një alergjie specifike. Meqënëse kryerja dhe interpretimi i tyre është kompleks dhe mjaft delikat, rekomandohet që ato duhet të kryhen nga një personell mjekësor i specializuar.

- **Dozimi i IgE-ve allergen – specifike** në serum është gjithashtu i rëndësishëm dhe ka vlerë të ngjashme me testet kutane.

- **Testi i provokimit nazal** specifik përdoret për qëllime kërkimi dhe më pak në praktikën klinike. Është veçanërisht i dobishëm në diagnozën e rinitit profesional.

-Diagnoza imazherike (tomografi e kompjuterizuar) per rastet e polipozes nazale apo rinosinusitit bashkeshoqerues.

Teste te tjera shtese jane :

-Ekzaminimi i hundes (rinoskopia anteriore), rinoskopia me fiberoptike, sekrecione nazale per citologji, testi i provokimit nazal me alergen, kompjutertomografia.

TRAJTIMI

- ❖ Mukozat nazale dhe bronkiale kanë shumë ngjashmëri.
- ❖ Trajtimi i rinitit alergjik përfshinë:

- **Largimin e alergenit**

- shumë studime mbi largimin e alergenit kanë marrë në konsideratë vetëm

simptomat e astmës dhe vetëm pak kanë studiuar edhe simptomat nazale.

Një ndërhyrje e vetme është e pamjaftueshme për të kontrolluar simptomat e

rinitit dhe të astmës.

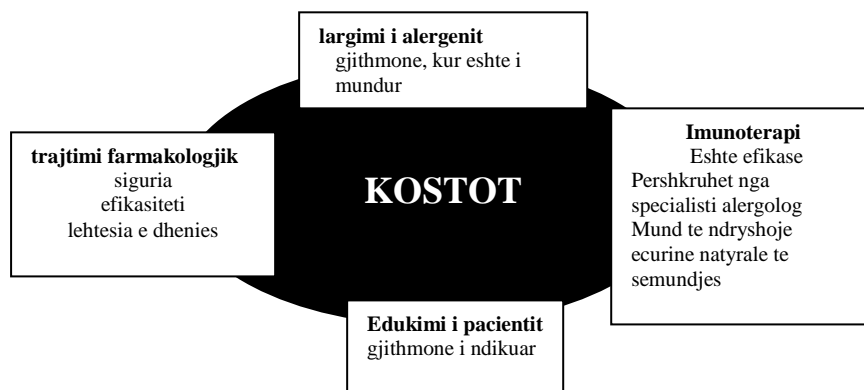
- megjthatë, largimi i alergenit përfshi edhe pluhurin e shtëpisë duhet të jetë

gjithnjë pjesë përbërëse e strategjisë së mjekimit.

- aktualisht janë të nevojshme të dhëna të tjera për një vlerësim përfundimtar rreth efikasitetit të largimit të alergenit.

- **Trajtimi farmakologjik**
- **Imunoterapia specifike**
- **Edukimi i pacientit**
- **Trajtimi kirurgjikal** mund të përdoret si një trajtim shtesë në një numër të vogël pacientësh të seleksionuar mirë.
- ❖ Këto rekomandime përbëjnë një strategji që kombinon trajtimin e patologjisë së rrugëve ajrore të sipërme dhe të poshtme që synon efikasitetin dhe sigurinë e mjekimit.
- ❖ Në pacientët me rinit persistent dhe me rinit intermitent të rëndë duhet një ndjekje e kujdesshme.

Figura 3: Konsiderata terapeutike.



REKOMANDIME TË BAZUARA MBI EVIDENCA

- **Rekomandimet janë të bazuara mbi evidenca**

Rrjedhin nga studime të kontrolluara e të randomizuara. Studime të tilla përdorin klasifikimin e mëparshëm të rinitit:

- riniti alergjik stinor (SAR)
- dhe riniti alergjik vjetor (PAR)
- **Pesha e rekomandimeve** zvogëlohet nga A tek D, ku:
 - A: rekomandime të bazuara mbi studime të randomizuara e të kontrolluara ose metanaliza.
 - D: rekomandime të bazuara mbi përvojën klinike të ekspertëve.

TRAJTIMI	RINITI STINOR		RINITI VJETOR	
	Te rritur	Femije	Te rritur	Femije
Antihistaminike H1 orale	A	A	A	A
Antihistaminike H1 intranazale	A	A	A	A
Kortikosteroide intranazale	A	A	A	A
Kromone intranazale	A	A	A	
Anti-leukotriene	A			
ITS subkutane	A	A	A	A
ITS sublinguale	A	A	A	
ITS nazale	A	A	A	
Largimi i alergenit	D	D	D	D

ITS: imunoterapia specifike.

ITS sublinguale dhe nazale rekomandohen vetëm për trajtime me doza shumë të larta të alergenit.

ZGJEDHJA E BARNAVE

- Efekti i barnave nuk zgjat shumë pas ndërprerjes së tyre. Për këtë arsye, në formën persistente të sëmundjes, është i nevojshëm një trajtim mbajtës.
- Zakonisht, edhe në trajtime të zgjatura nuk zhvillohet takifilaksia.
- Barnat për rinitin merren kryesisht me rrugë nazale dhe orale.
- Disa studime kanë krahasuar efikasitetin relativ të barnave të disponueshëm. Kortikosteroidet intranazale rezultojnë me efikasitet. Megjithatë, zgjedhja e trajtimit varet edhe nga shumë faktorë të tjerë.
- Përdorimi i terapiave alternative (omeopatia, fitoterapia, agopuntura) për trajtimin e rinitit alergjik është në shtim të vazhdueshëm. Prandaj është e nevojshme kryerja e studimeve klinike masive urgjente, të randomizuara të kontrolluara për të vlerësuar efikasitetin e terapiave alternative. Nuk ka të dhëna shkencore ose klinike që konfirmojnë ose hedhin poshtë efikasitetin e terapiave të tilla.
- Përdorimi i glukokortikoidëve i/m me përgatitje depot, nuk këshillohet për shkak të mundësisë së efekteve anësore sistemike.
- Injeksioni intranazal i glukokortikoidëve nuk këshillohet për shkak të efekteve anësore të rënda që mund të shfaqen.

TRAJTIMI FARMAKOLOGJIK I RINITIT ALERGJIK

EFEKTET E TERAPISE FARMAKOLOGJIKE MBI SIMPTOMAT

	Teshtima	Rinorrea	Obstruksion	Pruriti	Simptomat okulare
H1 antihistaminike	++	++	+	+++	++
orale	++	++	+	++	0
intranazale	0	0	0	0	+++
okulare					
Steroidet	+++	+++	+++	++	0
intra-nazale					
Kromonet					
intranazale	+	+	+	+	0
intraokulare	0	0	0	0	++
Dekongjestionues					
intranazale	0	0	+++	0	0
intraokulare	0	0	+	0	0
Antikolinergjiket	0	++	0	0	0
Antileukotrienet	0	+	++	0	++

Modifikuar nga: van Cauwenberg P., Bachert C., Passalacqua G., et al. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. European Academy of Allergology and Clinical Immunology Allergy, 2000; 55 (2): p 116 – 34.

FJALORI I BARNAVE PER TRAJTIMIN E RINITIT

Terapia	Emertimi Xhenerik	Mekanizmi i Veprimit	Efektet Anesore	Komente
Antihistaminike H1 Orale	Gjenerata e II Cetrizina Ebastina Feksofenadina Loratadina Mizolastina Akrivastina Azelastina Barna te reja Desloratadine Levocetizine Gjenerata e I Klorfeniramina Klemastina Hidroksizina Ketotifeni Mekuitazina Oxatomidi Kardiotoksiket Astemizoli	- bllokimi i receptoreve H1 te histamines - veprimi antialergjik - baranat e gjrnerates se dyte mund te perdoren nje here ne dite - nuk zhvillohet tahifilaksi	Gjenerata e II - shumica e barnave nuk kane efekt sedativ - nuk kane efekt anti-kolinergjike - akriastina ka efekte sedative - azelastina orale mund te shkaktoje sedacion dhe shije te hidhur Gjenerata e I - pergjithesisht zoterrojne efekte sedative - dhe/ose efekte ntikolinergjike	- preferohet perdorimi i antihistaminikeve H1 te rinj per shkak te raportit te efikasitetit/siguri dhe parametrave farmakokinetike te favorshem - efekti i tyre mbi simptomat nazale dhe okulare fillon shpejt (ne me pak se 1 ore) - tregohen pak efikase ne kongjestionin nazal - te evitohet perdorimi i barnave kardiotoksike.
Antihistaminike H1 Lokale (intraozal, intraokular)	Azelastina Lavokabastina	- bllokimi i receptoreve H1 te histamines - azelastina zoteron disa efekte antialergjike	- efekte anesore lokale minimale - azelastina shkton shije te hidhur ne disa paciente	- tregohet efikase ndaj simptomave nazale dhe okulare (< 30 minuta)
Intranazale	Beklometazoni Budezonidi Flunizolidi Flutikazoni Mometazoni Triamcinoloni	- pakesojne hiperreaktivitetin nazal - reduktojne fuqishem inflamacionin nazal	- efekte anesore lokale minimale - risk i ulet per efekte anesore sistemike - disa barna mund te frenojne rritjen (shih pjesn pediatrike) - ne femije te vegjel keshillohet kombinimi intranazal dhe me inhalacion i barnave	- perben trajtimin me efikafarmakologjik te rinitit alergjik - jane efikase ne kongjestionin nazal - efikase ne nuhatje - efekti shfaqet mbas 6-12 oresh por efekti maksimal verehet mbas pak diteve.
Kortikosteroidet Orale/IM	Deksametazoni Hidrokortizoni Metilprednizoloni Prednizoloni Prednizoni Triamcinoloni Betametazoni Deflazakort	- reduktojne fuqishem inflamacionin nazal - reduktojne hiper-reaktivitetin nazal	- efekte anesore sistemike jane te shpeshta sidomos mbas injeksionit IM - injeksinet depo mund te shkaktojne atrofi lokale indore	- nese eshte e mundur terapia orale ose IM duhet zevendesuar me mjekim intranazal - megjithate, ciklet e shkurtra te mjekimit ne rruge orale ose IM mund te jene te nevojshme ne rastet me simptomatologji te rende.
Kromonet Lokale (intraozal, intraokular)	Kromoglikati Nedokromili	- mekanizmi i veprimit nuk njihet mire	lokale minimale	- tregohen shume efikase kur perdoren ne rruge intraokulare - me rruge intranazale jane me pak efikase dhe efekti i tyre eshte i shkurter

				- pergjithesisht janë mjaft të sigurta
Dekongjestionuesit Orale	Fenilefrina Pseudoefedrina Te tjera	- barna simptominetike - qetesojne simptomat kongjestionimit nazal	- palpitacione - axhitim Tremor - pagjumesi - dhimbje koke - tharje te lekures dhe mukozave - retension urinar perkeqesim te glaukomes apo tirotiksikozes	-dekogjenstionuesit orale duhet te perdoren me kujdes ne te semuret me patologji kardiake - kombinimi dekogjenstionues – antihistaminik oral H1 mund te tregohet shume me efikas sesa secili produkt me vete por efektet anesore shumohen
Dekongjestionuesit Nazale	Epinefrina Nafazolina Oksimetazolina Felinefrina Tetrahidrozolina Ksilometazolina Te tjera	- barna simptominetike - qetesojne simptomat e kongjestionit nazal	- efekte anesore njesoj me dekongjestionantet orale por me te dobeta - riniti medikamentoz (fenomen ribaund qe verehet me perdorimin e zgjatur mbi 10 dite)	- veprojne me shpejt dhe me mire sesa dekongjestionuesit orale - me qellim shmangien e rinitit medikamentoz, trajtimi duhet te limitohet ne me pak se 10 dite
Antikolinergjiket intranazale	Ipratropiumi	- antikolinergjik, bllokon thujajse vetem rinorrene	- efekte anesore lokale minimale - thujajse pa veprime antikolinergjike	- efekase ne pacientet me rinorre alergjike ose jo-alergjike
Antileukotrienet	Montelukast Pranlukast Zafirlukast	- bllokon receptorin CystLT	- toleron mire	- barna prentues qe perdoren te vetem ose te kombinuar me antihistaminiket orale H1 por per percaktimin e vendit te tyre ne terapi nevojiten me shume te dhena

ROLI I IMUNOTERAPISË

- ❖ Immunoterapia specifike është efi­kase nëse është rekomanduar dhe administruar me korrektësi.
- ❖ Nëse është e mundur, duhet të përdoren vaksina të standartizuara.
- ❖ Efi­kasiteti dhe siguria e imunoterapise subkutane paraqet probleme të lidhura me llojin e alergeneve të përdorur. Aktualisht propozohet përdorimi i vaksinave të standartizuara në njësi biologjike ose si një masë alergjenesh kryesore. Dozat nga 5 deri në 20 mg të alergjenit madhor janë konsideruar optimale për pjesën më të madhe të vaksinave.
- ❖ Immunoterapia specifike mund të modifikojë ecurinë natyrale të sëmundjeve alergjike dhe mund të parandalojë astmën.

- ❖ Imunoterapia subkutane duhet të kryhet nga personel i specializuar. Pacientët duhet të mbahen nën observim për 30 minuta pas injeksionit.

Imunoterapia subkutane është e indikuar

- ❖ Në pacientë të cilët nuk janë të kontrolluar mjaftueshëm me terapinë konveccionale.
- ❖ Në pacientë në të cilët antihistaminikët oralë dhe medikamentet intranazale nuk kontrollojnë mjaftueshëm simptomat.
- ❖ Në pacientët të cilët refuzojnë terapinë farmakologjike.
- ❖ Në pacientë në të cilët medikamentet japin efekte anësore të rëndësishme.
- ❖ Në pacientë të cilët nuk duan të konsumojnë medikamente për kohë të gjatë.

Imunoterapia specifike nazale dhe sublinguale me doza të larta

- ❖ Mund të përdoret me doza të larta, së paku 50 deri 100 herë më të larta nga ato të përdorura për imunoterapinë specifike subkutane.
- ❖ Në pacientë që nuk kanë pasur efekte anësore ose që refuzojnë imunoterapinë subkutane.
- ❖ Indikacionet janë të njëjta me ato të imunoterapisë subkutane.

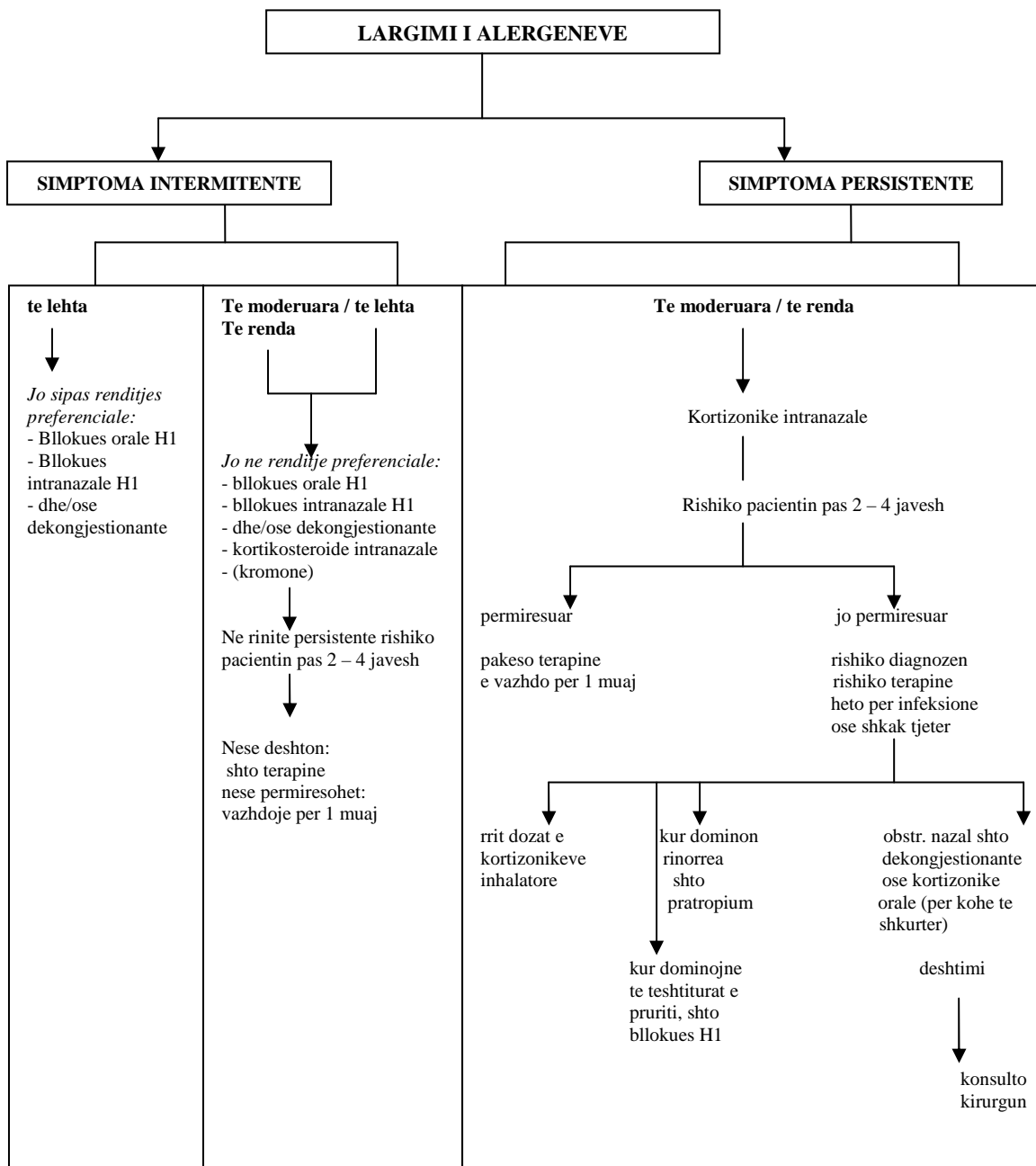
Në fëmijë, imunoterapia është efikase. Megjithëse, nuk rekomandohet të fillohet në fëmijë nën moshën 5 vjeç.

TRAJTIMI ME MENYREN E SHKALLEZUAR (“STEP WISE”)

(adoleshentet dhe adultet)

DIAGNOZA E RINITIT ALERGJIK

(histori+/- teste kutane ose IgE specifike ne serum)



Nese ka konjuktivi shto:

- Bllokues H1 orale
- ose bllokues H1 intraokulare
- ose kromone intraokulare
- (ose saline)

Te merret ne konsiderate imunoterapia specifike

Ne rast permiresimi: pakeso terapine> ne rast perkeqesimi: shto terapine.

TRAJTIMI I RINITIT DHE ASTMËS BASHKË-EGZISTUESE

- ❖ Trajtimi i astmës duhet të bazohet në udhërrefyesit e GINA.
- ❖ Disa medikamente janë efikase si në trajtimin e rinitit edhe në atë të astmës. (p.sh. glukokortikoidet dhe antileukotrienet).
- ❖ Disa medikamente janë efikase si në trajtimin e rinitit edhe në atë të astmës. (p.sh. glukokortikoidet dhe antileukotrienet).
- ❖ Megjithatë, medikamente të tjera janë efikase në trajtimin, vetëm të astmës ose vetëm të rinitit (p.sh. a dhe b – agonistet, respektivisht).
- ❖ Disa medikamente janë më efikase në rinit se sa në astmë (p.sh. ant H1 – antihistaminiket).
- ❖ Trajtimi optimal i rinitit mund të përmirësojë astmës bashkëshoqëruese.
- ❖ Medikamentet e administruara në rrugë orale mund të reagojnë si mbi simptomat nazale ashtu dhe ato bronkiale.
- ❖ Siguria e glukokortikoideve intranazale është qartësuar mirë. Megjithatë, doza të larta të glukokortikoideve inhalatore mund të shkaktojnë efekte anësore. Një nga problemet kryesore të dhënies së njëkohshme (nazale dhe bronkiale) është mundësia e efekteve anësore shtesë.
- ❖ Pranohet se parandalimi ose trajtimi i hershëm i rinitit alergjik mund të parandalojë shfaqjen e astmës ose të pakësojnë ashpërsinë e simptomave bronkiale, nevojiten akoma të dhena të tjera.

ASPEKTE PEDIATRIKE

- Riniti alergjik është pjesë e "marshit alergjik" gjatë fëmijërisë. Riniti alergjik intermitent është i rrallë përpara moshës 2 vjeç. Riniti alergjik është më i shpeshtë në moshën shkollore.
- Testet e alergjisë mund të kryhen në çdo moshë dhe mund të japin informacione të rëndësishme.
- Principet e trajtimit për fëmijët janë të njëjta me ato të rriturve, por duhet një kujdes i veçantë për të evituar efektet anësore të medikamenteve, të cilët janë tipike në këtë grup moshe.
- Dozat e medikamenteve duhet të jenë të adaptuara dhe duhet të respektohen përkujdesjet e veçanta. Pak medikamente janë testuar klinikisht në fëmijë të moshës nën 2 vjeç.
- Tek fëmijët, riniti alergjik mund të alternojë funksionet njohëse, dhe medikamentin në shkollë, që mund të përkeqësohet akoma më tepër nga përdorimi i H1 ant - histaminikëve oralë me efekt sedativ.
- Tek fëmijët nuk duhet të përdoren kortikosteroidet orale ose intramuskulare për trajtimin e rinitit.

- Kortizonikët nazalë janë efikase për rinokonjuktivitetin alergjik. Megjithatë, duhet mbajtur parasysh një efekt i mundshëm mbi rritjen e disa kortizonikëve nazalë (por jo të gjithëve). Është treguar që dozat e zakonshme të mometazonit e flutikazonit nuk kanë efekte negative mbi rritjen në fëmijët me rinokpnjuktivit.
- Kromoglikati zakonisht është përdorur për trajtimin e rinokonjuktivitit alergjik tek fëmijët, mbi të gjitha për shkak të sigurisë që ai ka.

KONSIDERATA SPECIALE

SHTATZANIA

- Riniti shpesh është një problem gjatë shtatëzansisë, pasi obstrukcioni nazal mund të rëndohet nga vetë shtatëzania.
- Duhet patur kujdes kur jepen barna gjatë shtatëzansisë, sepse shumë substanca e përshkojnë placentën.
- Për pjesën më të madhe të medikamenteve, ekzistojnë pak studime të plota, dhe vetëm në grupe të vegjël, pa analiza long-term.

MOSHA E AVANCUAR

- Me plakjen vihen re ndryshime fiziologjike në nivelin e indit lidhor dhe ne vaskularizimin e hundës , të cilat mund të predispozojnë apo ndikojnë në shfaqjen e rinitit kronik.
- Alergjia është një shkak me pak i zakonshëm i rinitit persistent në subjektet me moshë mbi 65 vjeç:
 - riniti atrofik është i zakonshëm dhe i vështirë për tu kontrolluar.
 - rinorrea mund të mbahet mirë nën kontroll me antikolinergjikë.
 - disa medikamente (rezerpina, guanetidina, fentolamina, metildopa, prazosina, klorpromazina, ACE – inhibitoret) mund të shkaktojnë rinitin.
- Disa medikamente mund të provokojnë efekte anësore të veçanta tek të moshuarit:
 - dekonjestionantet dhe medikamentet me aktivitet antikolinergjik mund të shkaktojnë retension urinar në pacientët me hipertrofi prostates.
 - medikamentet sedative kanë efekte anësore më të medha.

ADAPTIMI I UDHËZUESËVE PËR PËRDORIM NË VENDET NË ZHVILLIM

- Në vendet në zhvillim trajtimi i rinitit varet gjerësisht nga disponibiliteti i medikamenteve.
- Zgjedhja racionale e terapisë në vendet në zhvillim bazohet në :
 - nivelin e efikasitetit të medikamenteve

- koston e ulët të trajtimit, që përballohet nga pjesa më të madhe të pacientëve.
- medikamentet kryesore të përfshirë në listën e OBSH (klorfeniramina dhe beklometazoni)
- është e dëshirueshme që medikamentet e reja të përfshihen së shpejti në një listë të tillë.
- imunoterapia specifike kërkon përshkrim dhe ndjekje nga specialisti alergolog.

TRAJTIMI I PROPOZUAR I SHKALLËZUAR

- **Riniti i lehtë intermitent:** H1 antihistaminike orale
- **Riniti intermitent i moderuar / i rëndë:** beklometazon nazal (300 – 400 mg në ditë) ose ekuivalentin e tij. Nëse është e nevojshme pas 1 jave trajtim, shtohet H1 antihistaminike orale dhe /ose një cikël të shkurtër steroidesh orale
- **Riniti i lehtë persistent:** H1 antihistaminike ose beklometazon nazale me doza të ulta (100 – 200 mg) ose ekuivalentin e tij
- **Riniti persistent i moderuar / i rëndë:** beklometazone intranazale (300 – 400 mg / ditë ose ekuivalentin e tij. Nëse simptomat janë të rënda, shtohet një H1 antihistaminik dhe / ose një cikël të shkurtër kortizonikësh oralë në fillim të terapisë

Bibliografia

Allergy 2008; 63 (Suppl. 86): 8–160, Review article Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 Update (in collaboration with the World Health Organization, GA2LEN and AllerGen)

Aprovuar dhe ripare nga Shefi i Sherbimit te Alergologjise **Prof. Alfred Priftanji.**