Κλινική Συναινετική Δήλωση: Παιδιατρική Χρόνια Ρινοκολπίτιδα

Scott E. Brietzke , MD, MPH , Jennifer J. Shin , MD, [...]και Richard M. Rosenfeld , MD, MPH +8 Προβολή όλων των συγγραφέων και των συνεργασιών

ς 151 , Τεύχος 4https://doi.org/10.1177/0194599814549302

Περίληψη

Σκοπός

Να αναπτύξει μια δήλωση κλινικής συναίνεσης σχετικά με τη βέλτιστη διάγνωση και διαχείριση της παιδιατρικής χρόνιας ρινοκολπίτιδας (PCRS).

Μέθοδοι

Συγκεντρώθηκε μια αντιπροσωπευτική θμελής ομάδα ωτορινολαρυγγολόγων χωρίς σχετική σύγκρουση συμφερόντων για να εξετάσει τις ευκαιρίες για βελτιστοποίηση της διάγνωσης και της διαχείρισης της PCRS. Καθιερώθηκε για πρώτη φορά ένας λειτουργικός ορισμός του PCRS και το εύρος της σχετικής ωτορινολαρυγγολογικής πρακτικής. Ως στοχευόμενος πληθυσμός ενδιαφέροντος ορίστηκαν ασθενείς ηλικίας 6 μηνών έως 18 ετών χωρίς κρανιοπροσωπικά σύνδρομα ή ανοσοανεπάρκεια. Στη συνέχεια χρησιμοποιήθηκε μια τροποποιημένη μέθοδος Delphi για την απόσταξη της γνώμης των ειδικών σε κλινικές δηλώσεις που πληρούσαν έναν τυποποιημένο ορισμό της συναίνεσης.

Αποτελέσματα

Μετά από 2 επαναληπτικές έρευνες της μεθόδου Delphi, 22 δηλώσεις πληρούσαν τον τυποποιημένο ορισμό της συναίνεσης ενώ 12 δηλώσεις όχι. Τέσσερις δηλώσεις παραλείφθηκαν λόγω πλεονασμού. Οι κλινικές δηλώσεις ομαδοποιήθηκαν σε 4 κατηγορίες για παρουσίαση και συζήτηση: (1) ορισμός και διάγνωση της PCRS, (2) ιατρική θεραπεία της PCRS, (3) αδενοειδίτιδα/αδενοειδεκτομή και (4) ενδοσκοπική εγχείρηση κόλπων (ESS)/ τουρμπινοπλαστική.

Σύναψη

Η συναίνεση της ομάδας ειδικών μπορεί να παρέχει χρήσιμες πληροφορίες για τον ωτορινολαρυγγολόγο στη διάγνωση και τη διαχείριση της PCRS σε παιδιατρικούς ασθενείς χωρίς επιπλοκές.

Εισαγωγή

Η παιδιατρική χρόνια ρινοκολπίτιδα (PCRS) είναι μια πάθηση που απαντάται συχνά στην ωτορινολαρυγγολογική πρακτική. Πέντε τοις εκατό έως 13% των ιογενών λοιμώξεων του ανώτερου αναπνευστικού συστήματος της παιδικής ηλικίας μπορεί να εξελιχθούν σε οξεία ρινοκολπίτιδα, [1 - 4] με ένα ποσοστό αυτών να εξελίσσεται σε χρόνια πάθηση. Το PCRS μπορεί επίσης να συνυπάρχει και/ή να επιδεινωθεί από άλλες ευρέως διαδεδομένες καταστάσεις όπως η αλλεργική ρινίτιδα και η αδενοειδίτιδα, [5 - 9] και ορισμένοι υποδηλώνουν ότι η επίπτωση της PCRS μπορεί να αυξάνεται. [10] Επιπλέον, το PCRS έχει σημαντικό αντίκτυπο στην ποιότητα ζωής, [11] με τις σχετικές δυσμενείς επιπτώσεις του να υπερβαίνουν δυνητικά αυτές της χρόνιας αναπνευστικής και αρθριτικής νόσου. [12] Το PRCS έχει επίσης τη δυνατότητα να επιδεινώσει το άσθμα, [13 , 14] μια κατάσταση που επηρεάζει αρνητικά το 2% έως 20% των παιδιών. [15 - 17]

Παρά τον επιπολασμό και τον αντίκτυπό του στις πληγείσες οικογένειες, πολλές πτυχές του PCRS παραμένουν ασαφής. Στο πιο βασικό επίπεδο, ακόμη και ο διαγνωστικός ορισμός του PCRS δεν έχει διευκρινιστεί συγκεκριμένα μεταξύ των εξειδικευμένων εταιρειών μας, δημιουργώντας προκλήσεις στη συζήτηση κλινικών παρουσιάσεων ή στη θέσπιση πρωτοκόλλων ανθρώπινης μελέτης. Ομοίως, ενώ η διενέργεια ρινικής ενδοσκόπησης και η λήψη συγκεκριμένων καλλιεργειών μπορεί να είναι ρουτίνα στον συνεργαζόμενο ενήλικο πληθυσμό, ο ρόλος τους στην αξιολόγηση των παιδιών δεν έχει τεκμηριωθεί με σαφήνεια. Ομοίως, η έννοια της μέγιστης ιατρικής θεραπείας δεν έχει ακόμη οριοθετηθεί συγκεκριμένα, αν και υπάρχει ένα ευρύ φάσμα επιλογών, που κυμαίνονται από τοπικές καταιονίσεις έως μακροχρόνια ενδοφλέβια αντιβιοτική θεραπεία. Τόσο η αδενοειδεκτομή όσο και η ενδοσκοπική χειρουργική του κόλπου (ESS) έχουν αναφερθεί ότι παράγουν σχετικές βελτιώσεις, [18 , 19] , εγείροντας έτσι πρακτικά ερωτήματα σχετικά με το εάν αυτές οι επεμβάσεις γίνονται καλύτερα ταυτόχρονα ή ταυτόχρονα και εάν αυτή η επιλογή θα πρέπει να εξαρτάται από την ηλικία, τις συννοσηρότητες ή πρόσθετους παράγοντες του ασθενούς. . Επιπλέον, άλλες σχετικές πτυχές του PCRS παραμένουν αμφιλεγόμενες, όπως ο πιθανός αντίκτυπος της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (GER), η επίδραση του ESS στην ανάπτυξη του προσώπου, ο ρόλος του μετεγχειρητικού καθαρισμού και οι αναδυόμενες τεχνικές όπως η κολποπλαστική με μπαλόνι στα παιδιά.

Ωστόσο, το PCRS εμφανίζεται με αρκετή συχνότητα που οι ωτορινολαρυγγολόγοι το αντιμετωπίζουν τακτικά στο ιατρείο τους, δημιουργώντας ευκαιρίες για βελτιστοποίηση των προτύπων πρακτικής. Ενώ η εμπειρία σχετικά με την επιδημιολογία, τη διάγνωση και τη διαχείριση του PCRS αυξάνεται, τα σχετικά στοιχεία σχετικά με τη βέλτιστη ιατρική και χειρουργική διαχείριση έχουν σαφή όρια. Έτσι, η Ομάδα Εργασίας Κατευθυντήριων Οδηγιών της Αμερικανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας – Ιδρύματος Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου (AAO-HNSF) επέλεξε αυτό το θέμα για την ανάπτυξη της δήλωσης κλινικής συναίνεσης (CCS). Η ομάδα εμπειρογνωμόνων συνήλθε με στόχο την αντιμετώπιση των ευκαιριών για την προώθηση της κατάλληλης φροντίδας, τη μείωση των ακατάλληλων παραλλαγών στη φροντίδα και την εκπαίδευση και την ενδυνάμωση των κλινικών ιατρών και των ασθενών προς τη βέλτιστη διαχείριση του PCRS. Αυτό το έγγραφο περιγράφει το αποτέλεσμα αυτής της διαδικασίας και εστιάζει στη διάγνωση, την ιατρική θεραπεία και τις χειρουργικές παρεμβάσεις.

Μέθοδοι

Αυτή η δήλωση κλινικής συναίνεσης αναπτύχθηκε σε διακριτά, προκαθορισμένα βήματα: (1) αξιολόγηση της καταλληλότητας του PCRS ως αντικείμενο μιας δήλωσης κλινικής συναίνεσης. (2) πρόσληψη πάνελ? (3) έλεγχος πιθανής σύγκρουσης συμφερόντων μεταξύ των προτεινόμενων μελών της επιτροπής· (4) συστηματική ανασκόπηση βιβλιογραφίας. (5) προσδιορισμός του λειτουργικού ορισμού του PCRS, του επιδιωκόμενου πεδίου πρακτικής και του πληθυσμού ενδιαφέροντος για τη δήλωση συναίνεσης. (6) Τροποποιημένη ανάπτυξη και ολοκλήρωση της έρευνας των Δελφών. (7) επαναληπτική αναθεώρηση των κλινικών δηλώσεων με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας. και (8) συγκέντρωση δεδομένων, ανάλυση και παρουσίαση. Οι σχετικές λεπτομέρειες καθενός από αυτά τα βήματα θα περιγραφούν συνοπτικά.

Προσδιορισμός του PCRS ως θέματος μιας δήλωσης συναίνεσης, πρόσληψης ομάδας και ελέγχου

Το PCRS θεωρήθηκε για πρώτη φορά ως το αντικείμενο μιας δήλωσης κλινικής συναίνεσης που βασίστηκε σε πρόταση ενός μέλους της Αμερικανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας – Χειρουργικής Κεφαλής και Τραχήλου. Μετά από συζήτηση, η Task Force για τις κατευθυντήριες γραμμές υποστήριξε την πρόταση και επιλέχθηκε η ηγεσία της ομάδας συναίνεσης και χορηγήθηκε διοικητική υποστήριξη. Η συμμετοχή σε πάνελ αναπτύχθηκε στρατηγικά για να διασφαλίσει την κατάλληλη εκπροσώπηση όλων των σχετικών υποομάδων εντός της ειδικότητας της ωτορινολαρυγγολογίας. Έγινε επικοινωνία με τις διάφορες υποομάδες σχετικά με το έργο της δήλωσης συναίνεσης με τις απαιτήσεις και τα επιθυμητά προσόντα για τη συμμετοχή σε πάνελ και στη συνέχεια κάθε υποομάδα επέλεξε τον δικό της αντιπρόσωπο εμπειρογνώμονα για να συμμετάσχει. Οι υποομάδες που συμμετέχουν περιλαμβάνουν την Αμερικανική Εταιρεία Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας (JJS), την Αμερικανική Ακαδημία Ωτορινολαρυγγικής Αλλεργίας (MV), την Αμερικανική Ρινολογική Εταιρεία (HHR), την Τριολογική Εταιρεία (SC) και τις κατάλληλες επιτροπές της Αμερικανικής Ακαδημίας Ωτορινολαρυγγολογίας—Επικεφαλής και Χειρουργική Αυχένα, συμπεριλαμβανομένου του Διοικητικού Συμβουλίου (SP), της Υποεπιτροπής Ιατρικής βάσει Έρευνας και Αποδεικτικών Αποτελεσμάτων (SEB), της Επιτροπής Ρινολογίας και Παραρινικού Κόλπου (JL), της Επιτροπής Παιδιατρικής Ωτορινολαρυγγολογίας (MP) και του Τμήματος Νέων Ιατρών (JP) . Κάθε μέλος του πάνελ είναι είτε παιδο-ωτορινολαρυγγολόγος εκπαιδευμένος σε υποτροφία είτε ρινολόγος στην ενεργό κλινική πρακτική. Μόλις συγκεντρώθηκε η επιτροπή, αναφέρθηκε η πλήρης αποκάλυψη πιθανών συγκρούσεων συμφερόντων και ελέγχθηκαν εντός της ομάδας. Χρησιμοποιήθηκε ψηφοφορία σε πάνελ για να προσδιοριστεί εάν μια αποκαλυπτόμενη σύγκρουση συμφερόντων καθιστούσε αναγκαία τον αποκλεισμό από τη συμμετοχή της επιτροπής. Ο πρόεδρος του πάνελ (SEB) και ο συμπρόεδρος του πάνελ (JJS) ηγήθηκαν της ανάπτυξης των κλινικών δηλώσεων και της διαδικασίας των Δελφών με τη συμβολή ενός ανώτερου συμβούλου/μεθοδολόγου από την ηγεσία της Ακαδημίας στην Task Force των κατευθυντήριων γραμμών (RMR) και τη διοικητική υποστήριξη από έναν Σύνδεσμος προσωπικού της Ακαδημίας (MC).

Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και προσδιορισμός του πεδίου εφαρμογής της δήλωσης συναίνεσης

Πραγματοποιήθηκε μια συστηματική ανασκόπηση της βιοϊατρικής βιβλιογραφίας για τον εντοπισμό τρεχουσών αποδεικτικών στοιχείων υψηλού επιπέδου σχετικά με τη διάγνωση και την ιατρική και χειρουργική αντιμετώπιση του PCRS. Ο σκοπός αυτής της βιβλιογραφικής αναζήτησης ήταν να καθοδηγήσει το πάνελ CCS στην ανάπτυξη κλινικών δηλώσεων για τυποποιημένη συναινετική αξιολόγηση που θα μπορούσαν να βοηθήσουν στην κάλυψη των κενών στα στοιχεία και να βοηθήσουν τους ωτορινολαρυγγολόγους στη διάγνωση και τη διαχείριση του PCRS. Η αναζήτηση της βιβλιογραφίας πραγματοποιήθηκε τον Ιανουάριο του 2014 με τη βοήθεια επαγγελματία συμβούλου αναζήτησης βάσεων δεδομένων. Η συστηματική αναζήτηση περιελάμβανε συστηματικές ανασκοπήσεις (συμπεριλαμβανομένων των μετα-αναλύσεων), οδηγίες κλινικής πρακτικής και άλλες σχετικές δηλώσεις κλινικής συναίνεσης στα αγγλικά από τη Medline. Εθνικές Οδηγίες Εκκαθάρισης? CMA Infobase; National Library of Guidelines; Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (NICE); Σκωτσέζικο Διασυλλογικό Δίκτυο Οδηγιών (SIGN); Ομάδα κατευθυντήριων γραμμών της Νέας Ζηλανδίας. Εθνικό Συμβούλιο Υγείας και Ιατρικής Έρευνας της Αυστραλίας. Βάση δεδομένων ταξιδιού. Οδηγίες Διεθνές Δίκτυο (GIN); Cochrane Database of Systematic Reviews; Βάση δεδομένων Excerpta Medica (EMBASE); Αθροιστικός Δείκτης Νοσηλευτικής και Συναφούς Υγείας (CINAHL). Βάση Δεδομένων Συμμαχικής και Συμπληρωματικής Ιατρικής (AMED); BIOSIS Citation Index; Web of Science; Συνόψεις, αξιολογήσεις και εκθέσεις έρευνας του Οργανισμού για την Έρευνα και την Ποιότητα της Υγείας (AHRQ). και Κείμενα Αξιολόγησης Υπηρεσιών Υγείας/Τεχνολογίας (HSTAT) από το 2003 χρησιμοποιώντας τη συμβολοσειρά αναζήτησης: "(χρόνια νόσος Ή χρόνια) ΚΑΙ (ιγμορίτιδα Ή ρινοκολπίτιδα) ΚΑΙ (παιδί Ή έφηβος Ή έφηβος)." Τα κενά στη βιβλιογραφία χρησιμοποιήθηκαν ως πλαίσιο για την ποιοτική έρευνα.

Η ομάδα αξιολόγησε την πρόσφατη AAO-HNSF CCS σχετικά με την κατάλληλη χρήση υπολογιστικής τομογραφίας για τη νόσο του παραρινικού κόλπου [20] και έλαβε μια πρώιμη απόφαση να αποδεχτεί τις δηλώσεις σε αυτό το έγγραφο σχετικά με τη χρήση CT για τη διάγνωση της PCRS σε παιδιά αντί να επανεξετάσει αυτό το θέμα εντός την τρέχουσα συναινετική δήλωση.

Η επιτροπή έλαβε αρκετές αποφάσεις σχετικά με το εύρος αυτής της δήλωσης κλινικής συναίνεσης πριν ξεκινήσει επίσημα η διαδικασία των Δελφών. Αποφασίστηκε ότι το κοινό-στόχος της δήλωσης θα είναι συγκεκριμένα οι ωτορινολαρυγγολόγοι. Προσδιορίστηκε ένας λειτουργικός ορισμός του PCRS και επιβεβαιώθηκε η συναίνεση σχετικά με αυτόν τον ορισμό χρησιμοποιώντας τη διαδικασία Delphi (βλ. δήλωση 1). Ο πληθυσμός στόχος ορίστηκε ως παιδιά ηλικίας 6 μηνών έως 18 ετών με PCRS, αν και αναγνωρίστηκε ότι τα παιδιά διαφορετικών ηλικιών έχουν διαφορετικούς παράγοντες όσον αφορά τη διάγνωση και τη διαχείριση του PCRS (δήλωση 3). Παιδιά με κρανιοπροσωπικά σύνδρομα (π.χ. τρισωμία 21) ή σχετική ανοσοανεπάρκεια (π.χ. κυστική ίνωση) αποκλείστηκαν καθώς θεωρήθηκε ότι η θεραπεία αυτής της υποομάδας είναι πολύ διαφορετική από τον τυπικό ασθενή με PCRS. Μόλις καθοριστεί ο πληθυσμός-στόχος και το εύρος της πρακτικής, η ομάδα χρησιμοποίησε τα αποτελέσματα της βιβλιογραφικής ανασκόπησης για να ιεραρχήσει τους κλινικούς τομείς που θα μπορούσαν να ωφεληθούν περισσότερο από την πιθανή συναίνεση από μια ομάδα ειδικών. Στη συνέχεια, αυτές οι περιοχές χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για τη διατύπωση των αρχικών δηλώσεων που στη συνέχεια αξιολογήθηκαν με τη μέθοδο της έρευνας των Δελφών.

Διαδικασία και διαχείριση της μεθόδου έρευνας των Δελφών

Μια τροποποιημένη μέθοδος έρευνας Delphi χρησιμοποιήθηκε για την απόσταξη της γνώμης των ειδικών σε συνοπτικές κλινικές συναινετικές δηλώσεις. Η μέθοδος Delphi περιλαμβάνει τη χρήση πολλαπλών ανώνυμων ερευνών για την αξιολόγηση της αντικειμενικής συναίνεσης σε μια ομάδα εμπειρογνωμόνων. [21] Αυτή η αυστηρή και τυποποιημένη προσέγγιση ελαχιστοποιεί την προκατάληψη και διευκολύνει τη συναίνεση των ειδικών.

Λογισμικό που βασίζεται στο Web (www.surveymonkey.com) χρησιμοποιήθηκε για τη διαχείριση εμπιστευτικών ερευνών στα μέλη της επιτροπής. Η περίοδος της έρευνας αναλύθηκε σε 3 επαναλήψεις: 1 ποιοτική έρευνα με ελεύθερα πλαίσια κειμένου για απαντήσεις και 2 επόμενους γύρους Delphi. Όλες οι απαντήσεις αποπροσδιορίστηκαν και παρέμειναν εμπιστευτικές. Ωστόσο, συγκεντρώθηκαν ονόματα για να διασφαλιστεί η

κατάλληλη παρακολούθηση, εάν χρειαζόταν. Η ποιοτική έρευνα περιλάμβανε 54 ερωτήσεις σχετικά με τον ορισμό και τις κλινικές περιοχές της χρόνιας παιδιατρικής ιγμορίτιδας. Ο σκοπός της ποιοτικής έρευνας ήταν να περιορίσει το πεδίο εφαρμογής και να παράσχει ένα πλαίσιο για τους επόμενους γύρους των Δελφών.

Με βάση τα αποτελέσματα της ποιοτικής έρευνας και τη συζήτηση που προέκυψε, η πρόεδρος της ομάδας ανέπτυξε την πρώτη έρευνα των Δελφών, η οποία αποτελούνταν από 37 δηλώσεις. Πριν από τη διάδοση στο πάνελ, οι έρευνες των Delphi εξετάστηκαν από τον σύμβουλο για περιεχόμενο και σαφήνεια. Οι ερωτήσεις στην έρευνα απαντήθηκαν χρησιμοποιώντας μια κλίμακα Likert 9 βαθμών όπου 1 = διαφωνώ απόλυτα, 3 = διαφωνώ, 5 = ουδέτερο, 7 = συμφωνώ και 9 = συμφωνώ απόλυτα. Οι έρευνες διανεμήθηκαν και οι απαντήσεις συγκεντρώθηκαν, διανεμήθηκαν πίσω στο πάνελ, συζητήθηκαν μέσω τηλεδιάσκεψης και αναθεωρήθηκαν εάν χρειαζόταν. Ο σκοπός της τηλεδιάσκεψης ήταν να παράσχει την ευκαιρία να διευκρινιστεί οποιαδήποτε ασάφεια, να προταθούν αναθεωρήσεις ή να απορριφθούν τυχόν δηλώσεις που προτείνει η επιτροπή.

Το κριτήριο για συναίνεση καθορίστηκε εκ των προτέρων με αναφορά σε προηγούμενες δηλώσεις συναίνεσης [20] , [22] και ακολούθησε τα ακόλουθα κριτήρια (οι ακραίες τιμές ορίζονται ως οποιαδήποτε βαθμολογία απέχει τουλάχιστον 2 μονάδες Likert από τη μέση τιμή):

- **συναίνεση** : δηλώσεις που επιτυγχάνουν μέση βαθμολογία 7,00 ή υψηλότερη και δεν έχουν περισσότερες από 1 ακραίες τιμές,
- **σχεδόν συναίνεση** : δηλώσεις που επιτυγχάνουν μέση βαθμολογία 6,50 ή υψηλότερη και δεν έχουν περισσότερες από 2 ακραίες τιμές,
- **χωρίς συναίνεση** : δηλώσεις που δεν πληρούσαν τα κριτήρια της συναίνεσης ή σχεδόν συναίνεσης.

Επιπλέον, για λόγους έμφασης στη συζήτηση, η ισχυρή συναίνεση ορίστηκε στη συνέχεια ως μέση βαθμολογία Likert 8,00 ή υψηλότερη χωρίς ακραίες τιμές.

Πραγματοποιήθηκαν δύο επαναλήψεις της έρευνας των Δελφών. Το πάνελ συζήτησε εκτενώς (μέσω τηλεδιάσκεψης) τα αποτελέσματα κάθε θέματος μετά την πρώτη έρευνα των Δελφών. Τα στοιχεία που κατέληξαν σε συναίνεση έγιναν αποδεκτά και τα στοιχεία που δεν πληρούσαν τη συναίνεση συζητήθηκαν για να καθοριστεί εάν η διατύπωση ή η συγκεκριμένη γλώσσα ήταν καθοριστικής σημασίας για το στοιχείο που δεν επιτεύχθηκε συναίνεση. Τέσσερα στοιχεία βρέθηκαν να είναι ουσιαστικά περιττά σε άλλα στοιχεία και παραλείφθηκαν σε αυτό το σημείο. Η δεύτερη επανάληψη της έρευνας χρησιμοποιήθηκε για την επανεκτίμηση στοιχείων για τα οποία υπήρχε σχεδόν συναίνεση ή για στοιχεία για τα οποία υπήρξαν προτάσεις για σημαντικές αλλαγές στη διατύπωση που θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας. Ολόκληρο το πάνελ συζήτησε επίσης εκτενώς τα αποτελέσματα της δεύτερης έρευνας των Δελφών. Όλα τα στοιχεία που κατέληξαν σε συναίνεση έγιναν αποδεκτά. Εξετάστηκε μια τρίτη επανάληψη της διαδικασίας των Δελφών, αλλά δεν θεωρήθηκε απαραίτητη. Οι παράγοντες που οδήγησαν στο να μην επιτύχουν συναίνεση τα υπόλοιπα στοιχεία δεν αποδίδονταν στη διατύπωση ή σε άλλους τροποποιήσιμους παράγοντες, αλλά μάλλον σε πραγματική έλλειψη συναίνεσης.

Η τελική έκδοση των δηλώσεων κλινικής συναίνεσης ομαδοποιήθηκε σε 4 συγκεκριμένους τομείς: (1) ορισμός και διάγνωση του PCRS, (2) ιατρική θεραπεία του PCRS, (3) αδενοειδίτιδα/αδενοειδεκτομή και (4) ESS/ τουρμπινοπλαστική. Το τελικό χειρόγραφο συντάχθηκε με συμμετοχή και τελική κριτική από κάθε μέλος της επιτροπής.

Αποτελέσματα

Τριάντα οκτώ κλινικές δηλώσεις αναπτύχθηκαν για αξιολόγηση με τη μέθοδο της έρευνας Delphi. Όλοι οι συμμετέχοντες συμπλήρωσαν όλα τα στοιχεία της έρευνας. Μετά από 2 επαναλήψεις της έρευνας των Δελφών, 22 δηλώσεις (58%) πληρούσαν τον τυποποιημένο ορισμό για συναίνεση. Δώδεκα κλινικές δηλώσεις (31%) δεν πληρούσαν τα κριτήρια για συναίνεση. Τέσσερις κλινικές δηλώσεις (11%) παραλείφθηκαν λόγω πλεονασμού. Οι κλινικές δηλώσεις οργανώθηκαν σε 4 συγκεκριμένες θεματικές ενότητες και τα αποτελέσματα του καθενός θα εξεταστούν ξεχωριστά στη συνέχεια.

Ορισμός και Διάγνωση της Παιδιατρικής Χρόνιας Ρινοκολπίτιδας

Στον τομέα του ορισμού και της διάγνωσης της PCRS, 7 δηλώσεις κατέληξαν σε αντικειμενική κλινική συναίνεση (βλ. **Πίνακα 1**). Η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση σχετικά με έναν λειτουργικό ορισμό του PCRS που περιλάμβανε τόσο υποκειμενικά συμπτώματα όσο και αντικειμενικά χαρακτηριστικά. Το PCRS ορίζεται ως τουλάχιστον 90 συνεχείς ημέρες συμπτωμάτων πυώδους ρινόρροιας, ρινικής απόφραξης, πίεσης προσώπου/πόνου ή βήχα με αντίστοιχα ενδοσκοπικά ή/και CT ευρήματα σε ασθενή ηλικίας 18 ετών ή μικρότερου (δήλωση 1). Επιτεύχθηκε ισχυρή συναίνεση (μέση βαθμολογία Likert πάνω από 8,00) για τη δήλωση ότι οι παιδιατρικοί ασθενείς με ρινικούς πολύποδες πρέπει να αντιμετωπίζονται διαφορετικά από εκείνους χωρίς πολύποδες (δήλωση 4). Η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση ότι η ηλικία ήταν ένας σημαντικός παράγοντας διάκρισης στη διάγνωση του PCRS, με τη νόσο των αδενοειδών (ανεξάρτητα από το μέγεθος των αδενοειδών) να είναι ένας εξέχων παράγοντας στα μικρότερα παιδιά και η αλλεργική ρινίτιδα να είναι πιο σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στα μεγαλύτερα παιδιά (δηλώσεις 2, 5 -7). Τέλος, επιτεύχθηκε επίσης συναίνεση ότι το ρινικό ενδοσκοπικό (εύκαμπτο ή άκαμπτο) είναι κατάλληλο και χρήσιμο στη διάγνωση της PCRS (δήλωση 3). Δεν υπήρξε συναίνεση σχετικά με τη συμβολή της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης (GERD) στο PCRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 8).

Πίνακας 1 . Ορισμός και Διάγνωση της Παιδιατρικής Χρόνιας Ρινοκολπίτιδας Δηλώσεις Συναίνεσης.

Αριθμός	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
1	Η χρόνια ρινοκολπίτιδα (PCRS) ορίζεται ως τουλάχιστον 90 συνεχείς ημέρες με 2 ή περισσότερα συμπτώματα πυώδους ρινόρροιας, ρινικής απόφραξης, πίεσης προσώπου/πόνου ή βήχα *και* είτε ενδοσκοπικά σημεία οιδήματος βλεννογόνου, πυώδη παροχέτευση ή ρινική πολύποδα και/ή αξονική τομογραφία αλλαγές σάρωσης που δείχνουν αλλαγές του βλεννογόνου εντός του στοματομεταλλικού συμπλέγματος και/ή των	7,56	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας

Αριθμός	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
	ιγμορείων σε παιδιατρικό ασθενή ηλικίας 18 ετών ή μικρότερο (Προσαρμοσμένο από το European Position Paper on Rhinolinusitis and Nasal Polyps 2012[20]).			
2	Η διαχείριση παιδιών ηλικίας 12 ετών και κάτω με CRS είναι σαφώς διαφορετική από τη διαχείριση παιδιών ηλικίας 13 έως 18 ετών με CRS.	7	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
3	Η ρινική ενδοσκόπηση (εύκαμπτη ή άκαμπτη) είναι κατάλληλη για την αξιολόγηση ενός παιδιού με CRS για την τεκμηρίωση της πυώδους παροχέτευσης, του οιδήματος του βλεννογόνου, των ρινικών πολύποδων και/ή της παθολογίας των αδενοειδών (υπερπλασία, μόλυνση).	7,67	1	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
4	Η αντιμετώπιση των παιδιών με ρινικούς πολύποδες και CRS είναι σαφώς διαφορετική από τη διαχείριση παιδιών με CRS που δεν συνοδεύονται από ρινικούς πολύποδες.	8.22	0	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας
5	Η αλλεργική ρινίτιδα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο PCRS, ειδικά στα μεγαλύτερα παιδιά.	7,56	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
6	Η αδενοειδίτιδα είναι ένας σημαντικός παράγοντας που συμβάλλει στο PCRS, ειδικά σε μικρότερα παιδιά.	7,67	1	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
7	Η ικανότητα των αδενοειδών να χρησιμεύουν ως βακτηριακή δεξαμενή για το PCRS είναι ανεξάρτητη από το μέγεθος των αδενοειδών.	7,67	1	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας

Πίνακας 2 . Κλινικές δηλώσεις που δεν πληρούσαν τα κριτήρια για συναίνεση.

Αριθμός	Δήλωση	Υποομάδα	Κατάσταση	Μέσο	Ακριβείς τιμές
8	Η γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (GERD) μπορεί να συμβάλει στην παιδιατρική χρόνια ρινοκολπίτιδα (PCRS).	Ορισμός και Διάγνωση της PCRS	Καμία συναίνεση	6.11	1
14	Η κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία για το PCRS περιλαμβάνει τουλάχιστον 10 συνεχόμενες ημέρες ενός αντιμικροβιακού φαρμάκου που είναι αποτελεσματικό έναντι των τυπικών παθογόνων ρινοκολπίτιδας.	Ιατρική Διαχείριση της PCRS	Καμία συναίνεση	6.22	3
15	Η ιατρική θεραπεία για το PCRS θα πρέπει να περιλαμβάνει θεραπεία για ΓΟΠΝ όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα ΓΟΠΝ.	Ιατρική Διαχείριση της PCRS	Καμία συναίνεση	6.22	2
16	Τα τρέχοντα στοιχεία υποστηρίζουν το ρόλο της τοπικής αντιβιοτικής θεραπείας στη διαχείριση επιλεγμένων παιδιών με CRS.	Ιατρική Διαχείριση της PCRS	Καμία συναίνεση	4.67	2
17	Τα τρέχοντα στοιχεία υποστηρίζουν τον ρόλο της άρδευσης του άντρου στη διαχείριση επιλεγμένων παιδιών με CRS.	Ιατρική Διαχείριση της PCRS	Καμία συναίνεση	4.56	2
22	Η αδενοειδεκτομή είναι μια αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση πρώτης γραμμής για παιδιά ηλικίας 13 ετών και άνω με CRS.	Αδενοειδεκτομή/ Αδενοειδίτιδα	Καμία συναίνεση	3,89	3

Αριθμός	Δήλωση	Υποομάδα	Κατάσταση	Μέσο	Ακριβείς τιμές
29	Η κολποπλαστική με μπαλόνι είναι ασφαλής για τη θεραπεία παιδιών με PCRS.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Σχεδόν συναίνεση	6,56	2
30	Η κολποπλαστική με μπαλόνι είναι αποτελεσματική για τη θεραπεία ασθενών με PCRS.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Καμία συναίνεση	5.33	0
31	Η μείωση του κατώτερου στρόβιλου μπορεί να ωφελήσει τα παιδιά με CRS μειώνοντας τη ρινική συμφόρηση και βελτιώνοντας τη διείσδυση τοπικών φαρμάκων.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Καμία συναίνεση	6.22	1
32	Η ανάταξη του κατώτερου κόγχου είναι μια ασφαλής και ελάχιστα επεμβατική συμπληρωματική διαδικασία για τη θεραπεία του PCRS.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Καμία συναίνεση	6.11	1
33	Παιδιά με διογκωμένους, διευρυμένους κάτω κόγχους κατά την προεγχειρητική αξιολόγηση που δεν έχουν ανταποκριθεί στην ιατρική θεραπεία είναι πιο πιθανό να ωφεληθούν από την αμφοτερόπλευρη μείωση του κάτω κόγχου.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Καμία συναίνεση	6.33	1
34	Η μείωση ή η αφαίρεση μιας αποφρακτικής μεσαίας κόγχης κόγχης όταν υπάρχει είναι πολύτιμο συστατικό της χειρουργικής αντιμετώπισης της PCRS.	Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/ Στροβιλοπλαστική	Σχεδόν συναίνεση	6,78	0

Ιατρική Θεραπεία της PCRS

Για την ιατρική αντιμετώπιση της PCRS, 5 δηλώσεις επιτεύχθηκε συναίνεση από την ομάδα και 4 δηλώσεις απέτυχαν να επιτύχουν συναίνεση (βλ. **Πίνακα 3**). Επιτεύχθηκε συναίνεση ότι το καθημερινό, τοπικό ρινικό σπρέι στεροειδών καθώς και οι καθημερινές, τοπικές ρινικές πλύσεις είναι ευεργετικές συμπληρωματικές ιατρικές θεραπείες για το PCRS (δηλώσεις 11 και 12). Όσον αφορά τη θεραπεία με αντιβιοτικά, το πάνελ απέτυχε να καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με τη δήλωση ότι η κατάλληλη αντιβιοτική θεραπεία για το PCRS περιλαμβάνει τουλάχιστον 10 διαδοχικές ημέρες ενός αντιμικροβιακού φαρμάκου που είναι αποτελεσματικό έναντι των τυπικών παθογόνων ρινοκολπίτιδας (δήλωση 14). Ωστόσο, η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση ότι 20 διαδοχικές ημέρες αντιβιοτικής θεραπείας μπορεί να παράγουν ανώτερη κλινική ανταπόκριση σε ασθενείς με PCRS σε σύγκριση με 10 ημέρες αντιβιοτικής θεραπείας (**Πίνακας 2** , δήλωση 9). Η ομάδα κατέληξε επίσης σε συναίνεση ότι η κατευθυνόμενη από καλλιέργεια αντιβιοτική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα για ασθενείς με PCRS που δεν έχουν ανταποκριθεί στην εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία (δήλωση 10).

Πίνακας 3 . Ιατρική Διαχείριση Παιδιατρικής Χρόνιας Ρινοκολπίτιδας (PCRS) Δηλώσεις Συναίνεσης.

Αριθμός	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
9	Είκοσι συνεχόμενες ημέρες αντιβιοτικής θεραπείας μπορεί να παράγουν ανώτερη κλινική ανταπόκριση σε ασθενείς με PCRS σε σύγκριση με 10 ημέρες αντιβιοτικής θεραπείας.	7.44	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
10	Η κατευθυνόμενη από καλλιέργεια αντιβιοτική θεραπεία μπορεί να βελτιώσει τα αποτελέσματα για ασθενείς με PCRS που δεν έχουν ανταποκριθεί στην εμπειρική αντιβιοτική θεραπεία.	8	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
11	Τα καθημερινά, τοπικά ρινικά στεροειδή είναι μια ευεργετική συμπληρωματική ιατρική θεραπεία για το PCRS.	7.44	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
12	Οι καθημερινές, τοπικές ρινικές πλύσεις με φυσιολογικό ορό είναι μια ευεργετική	7,78	0	Προώθηση της κατάλληλης

Αριθμός	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
	συμπληρωματική ιατρική θεραπεία για το PCRS.			φροντίδας
13	Η εμπειρική θεραπεία για τη γαστροοισοφαγική παλινδρόμηση (GERD) δεν είναι μια ωφέλιμη συμπληρωματική ιατρική θεραπεία για το PCRS.	7	0	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας

Η ομάδα δεν συμφώνησε ότι η ιατρική θεραπεία για τη ΓΟΠΝ θα πρέπει να περιλαμβάνει θεραπεία για ΓΟΠΝ όταν υπάρχουν σημεία ή συμπτώματα ΓΟΠΝ (**Πίνακας 2** , δήλωση 15), αντίθετα, συμφωνεί ότι η εμπειρική θεραπεία για τη ΓΟΠΝ δεν είναι μια ωφέλιμη συμπληρωματική ιατρική θεραπεία για το PCRS (δήλωση 13). Επιπρόσθετα, η ομάδα δεν κατέληξε σε συναίνεση ότι τα τρέχοντα στοιχεία υποστηρίζουν το ρόλο της τοπικής αντιβιοτικής θεραπείας ή της άντρας άρδευσης στη διαχείριση παιδιών με PCRS (**Πίνακας 2** , δηλώσεις 16, 17).

Αδενοειδίτιδα/Αδενοειδεκτομή

Για την αδενοειδίτιδα/αδενοειδεκτομή, 4 δηλώσεις κατέληξαν σε συναίνεση από την ομάδα και 1 όχι (βλ. **Πίνακα 4**). Επιτεύχθηκε ισχυρή συναίνεση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της αδενοειδεκτομής ως αρχικής χειρουργικής θεραπείας για ασθενείς ηλικίας έως 6 ετών, και μετρήσιμα λιγότερη συναίνεση επιτεύχθηκε για ασθενείς ηλικίας 6 έως 12 ετών (δηλώσεις 18, 19). Ωστόσο, η ομάδα δεν μπόρεσε να καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με το εάν η αδενοειδεκτομή ήταν μια αποτελεσματική διαδικασία πρώτης γραμμής για ασθενείς ηλικίας 13 ετών και άνω με CRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 22). Η ομάδα συμφώνησε ότι η αδενοειδεκτομή μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση σε παιδιατρικούς ασθενείς με PCRS που είναι ανεξάρτητη από ESS (δήλωση 20). Υπήρξε ισχυρή συναίνεση, στην πραγματικότητα η υψηλότερη βαθμολογία Likert από οποιαδήποτε δήλωση σε ολόκληρη τη δήλωση κλινικής συναίνεσης, ότι η αμυγδαλεκτομή (χωρίς αδενοειδεκτομή) είναι μια αναποτελεσματική θεραπεία για το PCRS (δήλωση 21).

Πίνακας 4 . Δηλώσεις αδενοειδεκτομής/Αδενοειδίτιδας Συναίνεση.

Αριθμός	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
18	Η αδενοειδεκτομή είναι μια αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση πρώτης γραμμής για παιδιά ηλικίας έως 6 ετών με χρόνια ρινοκολπίτιδα (CRS).	8.33	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
19	Η αδενοειδεκτομή είναι μια αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση πρώτης γραμμής για παιδιά ηλικίας 6 έως 12 ετών με CRS.	7.11	1	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
20	Η αδενοειδεκτομή μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση σε ασθενείς με παιδιατρική CRS που είναι ανεξάρτητη από την ενδοσκοπική επέμβαση κόλπων (ESS).	7.33	1	Εκπαίδευση και ενδυνάμωση κλινικών γιατρών και ασθενών
21	Η αμυγδαλεκτομή (χωρίς αδενοειδεκτομή) είναι αναποτελεσματική θεραπεία για το PCRS.	8.56	0	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας

Ενδοσκοπική Χειρουργική κόλπων/Στροβιλοπλαστική

Για τη συγκεκριμένη περιοχή της ESS/τουρμπινοπλαστικής, 6 δηλώσεις κατέληξαν σε συναίνεση και 6 όχι (βλ. **Πίνακα 5**). Επιτεύχθηκε συναίνεση ότι το ESS είναι μια αποτελεσματική διαδικασία για τη θεραπεία του PCRS και ότι πραγματοποιείται καλύτερα όταν η ιατρική αντιμετώπιση, η αδενοειδεκτομή ή και τα δύο έχουν αποτύχει να ελέγξουν τα συμπτώματα του PCRS (δήλωση 23). Επιτεύχθηκε ισχυρή συναίνεση ότι η αξονική τομογραφία των παραρρίνιων κόλπων ενδείκνυται πριν από την ESS για να εκτιμηθεί η ανατομία των ιγμορείων και η ανάπτυξη, η έκταση και η σοβαρότητα της νόσου των κόλπων και επίσης ότι η χειρουργική επέμβαση καθοδηγούμενη από εικόνα είναι χρήσιμη σε περιπτώσεις αναθεώρησης και σε ασθενείς με εκτεταμένη ρινική πολύποδα που μπορεί να παραμορφώσει τα ανατομικά ορόσημα (δηλώσεις 24, 25). Υπήρξε συναίνεση από την ομάδα σχετικά με την έλλειψη πειστικών αποδεικτικών στοιχείων ότι το ESS προκαλεί μια κλινικά σημαντική βλάβη στην ανάπτυξη του προσώπου όταν πραγματοποιείται σε παιδιά με CRS (δήλωση 26). Υπήρξε επίσης συναίνεση ότι ο μετεγχειρητικός καθαρισμός μετά από ESS για PCRS δεν αποτελεί ουσιαστικό συστατικό για την επιτυχία της θεραπείας (δήλωση 27).

Πίνακας 5 . Δηλώσεις Ενδοσκοπικής Χειρουργικής Παραρρίνιων Παραρρινίων/Στροβιλοπλαστικής Συναίνεσης.

	Δήλωση	Μέσο	Ακριβείς τιμές	Ευκαιρία βελτίωσης της ποιότητας
23	Η ενδοσκοπική χειρουργική των κόλπων (ESS) είναι μια αποτελεσματική διαδικασία για τη θεραπεία της παιδιατρικής χρόνιας ρινοκολπίτιδας (PCRS) που γίνεται καλύτερα μετά την αποτυχία της ιατρικής θεραπείας, της αδενοειδεκτομής ή και των δύο.	7,89	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
24	Μια αξονική τομογραφία των παραρρίνιων κόλπων ενδείκνυται πριν από την ESS για να εκτιμηθεί η δομή, η ανάπτυξη και η έκταση της νόσου.	8.56	0	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
25	Το ESS που καθοδηγείται με εικόνα είναι χρήσιμο για αναθεώρηση περιστατικών ESS ή/και για ασθενείς με εκτεταμένη ρινική πολύποδα που μπορεί να παραμορφώσει τα ανατομικά ορόσημα.	8.22	1	Προώθηση της κατάλληλης φροντίδας
26	Υπάρχει έλλειψη πειστικών στοιχείων ότι το ESS προκαλεί κλινικά σημαντική βλάβη στην ανάπτυξη του προσώπου όταν εκτελείται σε παιδιά με CRS.	7	0	Εκπαίδευση και ενδυνάμωση κλινικών γιατρών και ασθενών
27	Ο μετεγχειρητικός καθαρισμός μετά από ESS για PCRS δεν είναι απαραίτητος για την επιτυχία της θεραπείας.	7	1	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας
28	Η αποτελεσματικότητα της κολποπλαστικής με μπαλόνι σε σύγκριση με την παραδοσιακή ESS για PCRS δεν μπορεί να προσδιοριστεί με βάση τα τρέχοντα στοιχεία	7,89	0	Μείωση της ακατάλληλης ή επιβλαβούς φροντίδας

Το πάνελ εξέτασε εκτενώς την κολποπλαστική με μπαλόνι για PCRS καθώς είναι ένα θέμα που τυγχάνει μεγάλης προσοχής. Η ομάδα αποφάσισε να αξιολογήσει μια αρχική δήλωση σχετικά με τη συγκριτική αποτελεσματικότητα της κολποπλαστικής με μπαλόνι έναντι της ESS σε παιδιατρικούς ασθενείς. Επιτεύχθηκε συναίνεση ότι δεν υπήρχαν επαρκή τρέχοντα στοιχεία για τη σύγκριση της κολποπλαστικής με μπαλόνι με το ESS για PCRS (δήλωση 28). Όχι απροσδόκητα, το πάνελ στη συνέχεια δεν μπόρεσε να καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με την αποτελεσματικότητα της κολποπλαστικής με μπαλόνι στη θεραπεία του PCRS, παρόλο που υπήρχε σχεδόν συναίνεση (μέση βαθμολογία Likert = 6,56) σχετικά με την ασφάλεια της κολποπλαστικής με μπαλόνι (**Πίνακας 2** , δηλώσεις 29, 30).

Η στροβιλοπλαστική συζητήθηκε εκτενώς από την επιτροπή καθώς επιδιώχθηκε ενεργά η συναίνεση για τον κατάλληλο ρόλο για αυτήν την συνήθως εκτελούμενη, απλή, μη επεμβατική διαδικασία. Δυστυχώς, η ομάδα δεν μπόρεσε να καταλήξει σε καμία συναίνεση σχετικά με τις ενδείξεις, τα πιθανά οφέλη ή τους βέλτιστους υποψήφιους για κατώτερη στροβιλοπλαστική (**Πίνακας 2** , δηλώσεις 31-33). Ο πρωταρχικός λόγος που σημειώθηκε στη συζήτηση στο πάνελ για αυτό το αποτέλεσμα ήταν η έλλειψη ειδικών δεδομένων για την παιδιατρική. Σχεδόν συναίνεση (μέση βαθμολογία Likert 6,78) επιτεύχθηκε σχετικά με τα πιθανά οφέλη από τη μείωση της αποφρακτικής κόγχης σε ασθενείς με PCRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 34).

Συζήτηση

Ο σκοπός αυτής της δήλωσης κλινικής συναίνεσης είναι να διατυπώσει εμπλουτισμένη με στοιχεία γνώμη εμπειρογνώμονα σε διακριτές κλινικές δηλώσεις για την προώθηση της υψηλής ποιότητας φροντίδας, τη μείωση των διαφοροποιήσεων στη φροντίδα και την εκπαίδευση και την ενδυνάμωση των κλινικών ιατρών και των ασθενών προς το στόχο της βέλτιστης διαχείρισης της PCRS. Ακολουθεί ειδική συζήτηση για τα βασικά στοιχεία σε καθέναν από τους 4 διακριτούς κλινικούς τομείς.

Ορισμός και Διάγνωση της PCRS

Ο ορισμός του CRS που κατέληξε σε συναίνεση της ομάδας ειδικών για τον παιδιατρικό πληθυσμό είναι παρόμοιος με αυτόν που έχει γίνει αποδεκτός στους ενήλικες. [23] Όπως και ο ορισμός του CRS στους ενήλικες, η ομάδα συμφώνησε ότι ένας ιδανικός ορισμός της PCRS θα πρέπει να περιλαμβάνει τόσο υποκειμενικά συμπτώματα όσο και αντικειμενικά σημεία. Συγκεκριμένα, ο συναινετικός ορισμός καθορίζει 2 ή περισσότερα συμπτώματα ρινικής συμφόρησης, ρινικού εκκρίματος, πίεσης προσώπου/πόνου ή βήχα που συνοδεύονται είτε από κλινικά σημεία στην ενδοσκόπηση όπως ρινικοί πολύποδες, οίδημα βλεννογόνου ή βλεννοπυώδη έκκριση ή σχετικά ευρήματα σε αξονική τομογραφία κόλπων. ένα συνεχές χρονικό διάστημα 90 ημερών (δήλωση 1). Η απαίτηση χρονιότητας των 90 ημερών είναι κάπως αυθαίρετη, αλλά θεωρήθηκε ότι αντιπροσωπεύει ξεκάθαρα ένα σημείο αναφοράς που διέκρινε το PCRS από τις οξείες και υποξείες εκδηλώσεις της ρινοκολπίτιδας και ευθυγραμμίζεται με τους παράλληλους ορισμούς των ενηλίκων. [23] - [25]

Το πάνελ εξέτασε διάφορα εύρη παιδιατρικών ηλικιών που θα χρησιμοποιηθούν ως στόχος αυτής της δήλωσης συναίνεσης. Είναι σαφές ότι η τυπική ιατρο-νομική διαίρεση μεταξύ παιδιατρικών και ενηλίκων ηλικίας 18 ετών δεν είναι απαραίτητα ένα φυσιολογικό κατώφλι. Ωστόσο, δεδομένου ότι η βιβλιογραφία που βασίζεται σε ενήλικες στοχεύει την ηλικία των 18 ετών και άνω, η επιτροπή θεώρησε ότι αυτό ήταν πιθανότατα το κατάλληλο όριο για πρακτικούς λόγους. Είναι ευρέως γνωστό ότι η ανατομική ανάπτυξη των κόλπων συνεχίζεται σε όλη την παιδική ηλικία και στην ενήλικη ζωή. [26] Ομοίως, θα ήταν αναμενόμενο ότι η παθοφυσιολογία του PCRS εξελίσσεται επίσης κατά τη διάρκεια της παιδικής ηλικίας στην ενήλικη ζωή. Η ηλικία στην οποία οι μετωπιαίοι κόλποι (οι τελευταίοι που αναπτύχθηκαν πλήρως) φτάνουν σε μέγεθος ενήλικα είναι περίπου η ηλικία των 19 ετών - ο ανατομικός χώρος και οι φυσιολογικοί μηχανισμοί προσεγγίζουν σταδιακά αυτόν των ενηλίκων. Οι ενέργειες του πάνελ τόνισαν αυτήν την έννοια της ηλικιακής συνέχειας επιτυγχάνοντας συναίνεση σχετικά με μια δήλωση που

υποδεικνύει ότι οι ασθενείς ηλικίας 12 ετών και κάτω αντιμετωπίζονται συνήθως διαφορετικά από τους ασθενείς ηλικίας 13 έως 18 ετών (δήλωση 2).

Αν και μπορεί να μην είναι πάντα εφικτό σε μη συνεργάσιμο παιδιατρικό ασθενή, η χρήση της ρινικής ενδοσκόπησης για την αξιολόγηση της CRS είναι ιδανική και θα πρέπει να επιχειρείται. Το πάνελ κατέληξε σε συναίνεση ότι είτε η εύκαμπτη είτε η άκαμπτη ρινική ενδοσκόπηση είναι πλεονεκτική, καθώς επιτρέπει την άμεση αξιολόγηση για την παρουσία πυώδους, βλεννογονικού οιδήματος, ρινικών πολυπόδων και υπερτροφίας/αδενοειδίτιδας αδενοειδών (δήλωση 3). Εναλλακτικά, η ακτινογραφία ή η αξονική τομογραφία πλάγιας απλής μεμβράνης είναι λιγότερο επεμβατική, αλλά μπορεί μόνο έμμεσα να εκτιμήσει ορισμένους από αυτούς τους ίδιους ζωτικούς παράγοντες, αν και με την απαραίτητη έκθεση σε ακτινοβολία στο κρανίο και τον εγκέφαλο, η οποία ενέχει πιθανολογούμενο κίνδυνο κακοήθειας. Οι ακτινολογικές απεικονιστικές μελέτες (π.χ. πλευρικές απλές μεμβράνες) δεν συνιστώνται για την αξιολόγηση του αδενοειδούς σε παιδιά με CRS επειδή παρέχουν περιορισμένες πληροφορίες μόνο για το μέγεθος του αδενοειδούς, το οποίο δεν συσχετίζεται απαραίτητα με την ικανότητα να χρησιμεύει ως βακτηριακή δεξαμενή για μόλυνση (δήλωση 7) . Επιπλέον, οι απεικονιστικές μελέτες περιλαμβάνουν ακτινοβολία του κρανίου και του εγκεφάλου, η οποία ενέχει πιθανολογούμενο κίνδυνο κακοήθειας. Αν και οι σχετικοί λόγοι κινδύνου καρκίνου από την έκθεση σε ακτινοβολία στην παιδική ηλικία μπορεί να είναι εντυπωσιακοί, ο απόλυτος κίνδυνος κακοήθειας από την έκθεση σε ακτινοβολία είναι εξαιρετικά μικρός. Συγκεκριμένα, η εκτιμώμενη διαφορά απόλυτου κινδύνου είναι περίπου 1 προκύπτουσα περίπτωση λευχαιμίας ή όγκου εγκεφάλου ανά 10.000 αξονικές τομογραφίες κεφαλών που πραγματοποιήθηκαν στην παιδική ηλικία, αν και αυτό φέρει μια επιβλητική αναλογία σχετικού κινδύνου περίπου 3,18 (95% CI, 1,46-6,94) για λευχαιμία και 2,82 (95% CI, 1,33-6,03) για όγκους εγκεφάλου. [28]

Η ομάδα κατέληξε σε ισχυρή συναίνεση (μέση βαθμολογία Likert = 8,22) ότι τα παιδιά που παρουσιάζουν πολύποδες ως συστατικό του PCRS αντιπροσωπεύουν μια ξεχωριστή υποομάδα ασθενών (δήλωση 4). Όπως και στους ενήλικες, η παρουσία πολυπόδων στα παιδιά αποτελεί έναν διαφορετικό υποτύπο CRS με διαφορετική παθοφυσιολογία και ξεχωριστή βέλτιστη διαχείριση. [23 - 25 , 29] Συγκεκριμένα, τα παιδιά που παρουσιάζουν ρινικούς πολύποδες φέρουν σημαντικά αυξημένο κίνδυνο υποκείμενης κυστικής ίνωσης και θα πρέπει να αξιολογούνται ειδικά για αυτήν και άλλες σοβαρές συννοσηρείς διαταραχές όπως η αλλεργική μυκητιασική ιγμορίτιδα ή οι αντροχοανικοί πολύποδες. [30]

Αν και ορισμένες μελέτες έχουν δείξει πιθανή συσχέτιση της αλλεργικής ρινίτιδας (AR) με την ανάπτυξη του PCRS, άλλες μελέτες υποδηλώνουν ότι η αλλεργία δεν είναι σημαντικός παράγοντας στην παιδιατρική ιγμορίτιδα. Μια μελέτη από τους Sedaghat et al [31] ανέφερε σε μια μεγάλη σειρά 4044 παιδιατρικών ασθενών με PCRS και διαπίστωσε ότι η AR ήταν η πιο συχνή συννοσηρότητα με το 26,9% των ασθενών να φέρουν διάγνωση AR. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα, «οι επίσημες δοκιμές αλλεργίας, καθοδηγούμενες από το κλινικό ιστορικό και τον επιπολασμό της τοπικής ευαισθησίας στα αλλεργιογόνα, θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη σε όλα τα παιδιά με CRS». [31]

Είναι ενδιαφέρον ότι μια μεταγενέστερη μελέτη από την ίδια ομάδα συγγραφέων ανέφερε σε μια ομάδα ασθενών με αλλεργική ρινίτιδα με ή χωρίς ανάπτυξη επακόλουθης PCRS. Διαπίστωσαν ότι οι ασθενείς που ανέπτυξαν επακόλουθο PCRS δεν είχαν πιο σοβαρές υποκειμενικές AR ή πιο σοβαρές αντικειμενικές ποσοτικές μετρήσεις ατοπίας. [32] Ο μόνος παράγοντας που συσχετίστηκε με την ανάπτυξη του PCRS ήταν η έκθεση στον καπνό του τσιγάρου (OR = 3,96, 95% CI, 1,50-10,48) και οι συγγραφείς κατέληξαν στο συμπέρασμα «ο βαθμός ατοπίας, όπως αντικατοπτρίζεται από τον αριθμό των ευαισθησιών αεροαλλεργιογόνων ή την παρουσία ατοπικές συννοσηρότητες, δεν σχετίζεται με εξέλιξη σε CRS στην παιδιατρική ηλικιακή ομάδα». [32] Αν και αυτή η μελέτη δεν έρχεται σε άμεση αντίθεση με μια πιθανή αιτιώδη σχέση μεταξύ AR και PCRS, υποδηλώνει ότι δεν υπάρχει μια μη μετρήσιμη δοσοεξαρτώμενη σχέση μεταξύ τους. Είναι σαφές ότι η συσχέτιση μεταξύ AR και PCRS είναι πολύπλοκη και πολυσχιδής και απαιτείται περαιτέρω μελέτη σε αυτό το σημαντικό ζήτημα. Η ομάδα στάθμισε αυτό το ζήτημα και τα διαθέσιμα στοιχεία μαζί με τη δική τους εμπειρία, και τελικά η πλειοψηφία θεώρησε ότι υπήρχε πράγματι μια κλινικά σχετική συσχέτιση μεταξύ AR και PCRS. Αυτό οδήγησε στην επίτευξη συναίνεσης για μια δήλωση που υποστηρίζει τη συσχέτιση του AR ως παράγοντα που συμβάλλει στο PCRS, ιδιαίτερα στα μεγαλύτερα παιδιά (δήλωση 5).

Ιατρική Θεραπεία της PCRS

Οι δημοσιευμένες συστάσεις υποστηρίζουν τη χρήση αντιβιοτικής θεραπείας στο PCRS ως βασικό στοιχείο στη θεραπεία αυτής της νόσου. [23] Αν και δεν υπάρχουν συγκεκριμένα στοιχεία υψηλού επιπέδου που να υποστηρίζουν την αποτελεσματικότητα των αντιβιοτικών ευρέος φάσματος στη χρόνια ρινοκολπίτιδα στα παιδιά, η χρήση τους είναι ευνόητα διαδεδομένη. Η βέλτιστη διάρκεια της αντιμικροβιακής θεραπείας ή η διάρκεια που θα αποτελούσε τη «μέγιστη ιατρική θεραπεία» παραμένει ασαφής. Η ομάδα αγωνίστηκε με το ζήτημα της διάρκειας του αντιβιοτικού στο PCRS να είναι πολύ διαφοροποιημένο, όπως καταδεικνύεται από τη δήλωση 9 που επιτυγχάνει συναίνεση ενώ η δήλωση 14 όχι (βλ. **Πίνακα 3**). Ενώ οι κατευθυντήριες οδηγίες από επαγγελματικούς οργανισμούς έχουν συστήσει 10 έως 14 ημέρες θεραπείας για την οξεία μη επιπλεγμένη ρινοκολπίτιδα στα παιδιά, [33 , 34] μεγαλύτερης διάρκειας μαθήματα έχουν γενικά συστηθεί για τη χρόνια ρινοκολπίτιδα με το συμπέρασμα ότι το PCRS είναι μια πιο προχωρημένη λοίμωξη που απαιτεί πιο εκτεταμένη θεραπεία. [23] Ως επέκταση αυτής της έννοιας, η τοπική αντιβιοτική θεραπεία έχει υποστηριχθεί ως άμεση θεραπεία που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για εκτεταμένες περιόδους για τη θεραπεία της χρόνιας ρινοκολπίτιδας. [35] Ωστόσο, με βάση το τρέχον περιορισμένο σύνολο σχετικών αποδεικτικών στοιχείων, η ομάδα δεν κατέληξε σε συναίνεση σχετικά με το ρόλο των τοπικών αντιμικροβιακών.

Το CRS γίνεται όλο και περισσότερο κατανοητό ως μια πολυπαραγοντική διαδικασία στην οποία τα βακτήρια μπορεί να παίζουν μόνο 1 ρόλο από πολλούς. [36] Συνεπώς, θεραπείες πέρα από τα αντιμικροβιακά έχουν χρησιμοποιηθεί στο PCRS και υπήρξε μεγαλύτερη συμφωνία μεταξύ της ομάδας σχετικά με άλλες τοπικές επικουρικές ιατρικές θεραπείες. Τα ενδορινικά τοπικά κορτικοστεροειδή καταστέλλουν τη φλεγμονή του βλεννογόνου και έχουν συνταγογραφηθεί ευρέως. Αυτοί οι αντιφλεγμονώδεις παράγοντες έχουν αποδείξει αποτελεσματικότητα στον ενήλικο πληθυσμό για τη χρόνια ρινοκολπίτιδα και περιλαμβάνονται στη συναινετική δήλωση για την αντιμετώπιση της ιγμορίτιδας των ενηλίκων. [37] Τα στοιχεία είναι πιο περιορισμένα στην παιδιατρική βιβλιογραφία, αλλά υποστηρίζουν την τοπική χρήση στεροειδών στην PCRS είτε μόνη είτε σε συνδυασμό με αντιβιοτική θεραπεία. [38] Οι ρινικές καταιονίσεις με φυσιολογικό ορό πιστεύεται ότι βοηθούν κυρίως στην κάθαρση εκκρίσεων, παθογόνων και υπολειμμάτων. Ο Wei και οι συνεργάτες του επέδειξαν σημαντική βελτίωση τόσο στην ποιότητα ζωής όσο και στην αξονική τομογραφία Lund-Mackay μετά από 6 εβδομάδες ημερήσιας ρινικής καταιονισμού με φυσιολογικό ορό [39] καθώς και μακροχρόνια αποτελεσματικότητα ως θεραπεία πρώτης γραμμής στο PCRS και τα επακόλουθα ρινικά συμπτώματα. [40]

Το πάνελ έδωσε ιδιαίτερη προσοχή στο θέμα της γαστροοισοφαγικής παλινδρόμησης και του PCRS λόγω της επίμονης διαμάχης και της αβεβαιότητας σχετικά με αυτό το θέμα. Η συσχέτιση μεταξύ ΓΟΠΝ και ιγμορίτιδας έχει προταθεί επανειλημμένα στον παιδιατρικό πληθυσμό. Ωστόσο, δεν έχει αποδειχθεί οριστική αιτιώδης σχέση σε τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες μελέτες σε ασθενείς με PCRS. [41] Η ερώτηση δεν έχει απαντηθεί οριστικά, αλλά υπάρχει έλλειψη στοιχείων που να υποστηρίζουν μια ισχυρή σχέση μεταξύ ΓΟΠΝ και PCRS. Αυτό το γεγονός αντικατοπτρίστηκε στο πάνελ που κατέληξε σε συναίνεση ότι δεν ενδείκνυται η εμπειρική θεραπεία για το GERD

στο πλαίσιο της PCRS (δήλωση 13). Ομοίως, δεν επιτεύχθηκε συναίνεση σχετικά με τη συμβολή της ΓΟΠΝ στην παθογένεση της PCRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 8) και στη συνήθη θεραπεία της ΓΟΠΝ ως μέρος της ολοκληρωμένης θεραπείας της PCRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 15).

Αδενοειδεκτομή/Αδενοειδίτιδα

Η αδενοειδεκτομή είναι μια απλή, καλά ανεκτή διαδικασία που ήταν πάντα μια ελκυστική χειρουργική επιλογή για τη θεραπεία της PCRS. Ωστόσο, ο ιδανικός ρόλος της αδενοειδεκτομής στη θεραπεία της PCRS ήταν κάπως ασαφής. Η επιτροπή ήθελε να αντιμετωπίσει αυτό το ζήτημα ως μέρος της δήλωσης συναίνεσης. Αν και υψηλού επιπέδου, τυχαιοποιημένες, ελεγχόμενες με ψευδείς χειρουργικές μελέτες δεν είναι διαθέσιμες ή ακόμη και εφικτές, ισχυρά στοιχεία υποστηρίζουν το όφελος της αδενοειδεκτομής στη διαχείριση του PCRS. Από μικροβιολογική άποψη, η αδενοειδεκτομή (ανεξάρτητα από την υπερτροφία των αδενοειδών) έχει αποδειχθεί ότι προκαλεί δραματική μείωση στα ρινοφαρυγγικά παθογόνα που έχουν εμπλακεί στην παιδιατρική CRS. [8] , [42] Από την άποψη των κλινικών αποτελεσμάτων, μια μετα-ανάλυση 8 μελετών που διερεύνησαν την αποτελεσματικότητα της αδενοειδεκτομής μόνο σε παιδιατρικούς ασθενείς με CRS (μέση ηλικία 5,8 έτη, εύρος, 4,4-6,9 έτη) που απέτυχε στην ιατρική αντιμετώπιση έδειξε ότι η πλειοψηφία των ασθενών σημαντικά βελτιωμένα συμπτώματα ιγμορίτιδας μετά από αδενοειδεκτομή (ποσοστό υποκειμενικής επιτυχίας = 69,3%, 95% CI, 56,8%-81,7%, $P < .001$). [43] Τα δεδομένα από αυτές τις μελέτες βοήθησαν την ομάδα να καταλήξει σε συναίνεση ότι η αδενοειδεκτομή είναι μια αποτελεσματική χειρουργική επέμβαση πρώτης γραμμής για μικρότερα παιδιά (δηλώσεις 18, 19). Το πάνελ δεν μπόρεσε να καταλήξει σε συναίνεση σχετικά με τη χρησιμότητα της αδενοειδεκτομής σε ασθενείς ηλικίας 13 ετών και άνω λόγω της απουσίας υποστηρικτικών δεδομένων για έφηβους ασθενείς (**Πίνακας 2** , δήλωση 23).

Η ομάδα κατέληξε σε συμφωνία ότι η αδενοειδεκτομή μπορεί να έχει ευεργετική επίδραση στο παιδιατρικό CRS ανεξάρτητα από το ESS (δήλωση 24). Αυτή η συναίνεση βασίστηκε εν μέρει στο εξαιρετικά δημοσιευμένο ποσοστό επιτυχίας της αδενοειδεκτομής στη διαχείριση του παιδιατρικού CRS [44] και στα δεδομένα από μια προοπτική έρευνα που συνιστούσε αδενοειδεκτομή πριν από την ESS ως μέρος ενός αλγορίθμου σταδιακής θεραπείας για τη διαχείριση του παιδιατρικού CRS. [45] Αναγνωρίζεται ότι η αδενοειδεκτομή συχνά συνδυάζεται με άλλες ελάχιστα επεμβατικές επεμβάσεις όπως η κολπική άρδευση. Ωστόσο, λόγω των πρακτικών περιορισμών της διαδικασίας δήλωσης κλινικής συναίνεσης, η επιτροπή επέλεξε να εξετάσει τις διαδικασίες με βάση τη δική της ατομική αξία, σε αντίθεση με το συνδυασμό με άλλες διαδικασίες. Επιτεύχθηκε συναίνεση του πάνελ σχετικά με την αξία της αδενοειδεκτομής από μόνη της (δηλώσεις 18, 19, 20) αλλά όχι για την άρδευση του άντρου από μόνη της (δήλωση 17).

Παρά τη γενική πεποίθηση ότι η λοίμωξη σε 1 μέρος του φαρυγγικού λεμφικού ιστού μπορεί να εξαπλωθεί σε άλλο μέρος του δακτυλίου του Waldeyer και ότι η βακτηριολογία στις αμυγδαλές της αδενοειδούς και της παλατινής αμυγδαλής είναι παρόμοια, [46] η ομάδα συναίνεσης συμφώνησε σθεναρά ότι η αμυγδαλεκτομή είναι μια αναποτελεσματική θεραπεία για παιδιατρική CRS. (δήλωση 25). Αυτό οφειλόταν στην έλλειψη οποιωνδήποτε άμεσων αποδεικτικών στοιχείων που να υποστηρίζουν την αμυγδαλεκτομή για την αντιμετώπιση του παιδιατρικού CRS.

Ενδοσκοπική Χειρουργική Παραρρινίων και Στροβιλοπλαστική

Το ESS έχει αποδειχθεί ότι είναι ένας αποτελεσματικός τρόπος θεραπείας σε παιδιά με PCRS που απέτυχαν στη μέγιστη ιατρική αντιμετώπιση. [18] , [19] Σε μια ανασκόπηση της βάσης δεδομένων Cochrane/PubMed (1990-2012) που διεξήχθη από τους Makary και Ramadan, αναφέρθηκαν ποσοστά επιτυχίας 82% έως 100% για την παιδιατρική ESS με συνολικό ποσοστό επιπλοκών μόνο 1,4%. [18] Ομοίως, σε μια μετα-ανάλυση 15 παρεμβατικών μελετών (επίπεδα II-IV, n = 1301), ο Vlastarakos et al [19] κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι το ESS βελτίωσε τα συμπτώματα και την ποιότητα ζωής που σχετίζονται με το ιγμόρειο σε ασθενείς με PCRS, δίνοντας στη διαδικασία ισχύ βαθμού Β. της σύστασης. Οι ασθενείς με PCRS που υποβάλλονται σε ESS έχει επίσης βρεθεί ότι έχουν πιο σοβαρή νόσο από εκείνους που υποβλήθηκαν σε θεραπεία με αδενοειδεκτομή ή ιατρική θεραπεία. [18] Δεδομένων τέτοιων στοιχείων, η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση ότι η ESS είναι μια αποτελεσματική διαδικασία για τη θεραπεία του PCRS και εκτελείται καλύτερα όταν η ιατρική θεραπεία, η αδενοειδεκτομή ή και οι δύο έχουν αποδειχθεί ανεπιτυχείς (δήλωση 23).

Μια περιεκτική κλινική συναινετική δήλωση σχετικά με την κατάλληλη χρήση της αξονικής τομογραφίας στο πλαίσιο της PCRS έχει δημοσιευθεί προηγουμένως [20] και δεν εξετάστηκε περαιτέρω από την τρέχουσα ομάδα. Ωστόσο, η ομάδα συμφώνησε ότι η αξονική τομογραφία των παραρρίνιων κόλπων ενδείκνυται πριν από την ESS για την αξιολόγηση της δομής, της ανάπτυξης και της έκτασης της νόσου (δήλωση 24). Η καθοδήγηση εικόνας κρίθηκε επίσης ιδιαίτερα χρήσιμη για περιπτώσεις αναθεώρησης ESS και σε παιδιά με εκτεταμένη ρινική πολύποδα που θα μπορούσε να κρύψει τυπικά ανατομικά ορόσημα (δήλωση 25). Τα δεδομένα σχετικά με τον καθαρισμό μετά από ESS σε παιδιατρικούς ασθενείς διαφέρουν από τα σχετικά δεδομένα στους ενήλικες. Πολλαπλές μελέτες επιπέδου 1β έχουν δείξει ότι ο καθαρισμός της κοιλότητας του κόλπου βελτίωσε σημαντικά τα συμπτώματα και τα ενδοσκοπικά αποτελέσματα σε ενήλικες ασθενείς με CRS μετά από ESS. [47] - [50] Με βάση τα διαθέσιμα στοιχεία, έχει προταθεί ο καθαρισμός στην πρώιμη μετεγχειρητική φροντίδα ενηλίκων ασθενών με ESS. [51] Ωστόσο, δεν έχουν δημοσιευθεί αντίστοιχες μελέτες που να διερευνούν την επίδραση του μετεγχειρητικού καθαρισμού σε ασθενείς με PCRS. Μάλιστα, αρκετές μελέτες έχουν δείξει ότι ο μετεγχειρητικός καθαρισμός δεν ήταν απαραίτητος στα παιδιά. [52] , [53] Κατά συνέπεια, η ομάδα συμφώνησε ότι ο καθαρισμός δεν είναι απαραίτητος για την επιτυχή έκβαση της παιδιατρικής ESS (δήλωση 27).

Με βάση τα ευρήματα κυρίως από μελέτες σε ζώα, υπήρξε ανησυχία ότι η παιδιατρική ESS μπορεί να οδηγήσει σε δυσμενή επακόλουθα στην ανάπτυξη του σκελετού του παιδικού προσώπου. Τόσο οι Mair et al [54] όσο και οι Carpenter et al [55] ανέφεραν σημαντικές αλλαγές στην ανάπτυξη του μέσου προσώπου και των κόλπων μετά από ESS σε ένα μοντέλο χοιριδίου. Στους ανθρώπους, οι Kosko et al [56] παρουσίασαν μια σειρά 5 ασθενών που ανέπτυξαν υποπλασία του άνω κόλπου μετά από ESS αλλά χωρίς κλινικά εμφανή ασυμμετρία του προσώπου ή υποπλασία του μέσου προσώπου. Τρεις διαχρονικές μελέτες σε ανθρώπινα παιδιά με χρόνους παρακολούθησης που κυμαίνονται από 6,9 έως 13,2 χρόνια δεν ανέφεραν επιβλαβείς επιδράσεις στην ανάπτυξη του προσώπου μετά από παιδιατρική ESS χρησιμοποιώντας τόσο ογκομετρικές όσο και ανθρωπόμορφες μετρήσεις. [57] - [59] Επομένως, μετά την εξέταση των αποδεικτικών στοιχείων, η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση ότι δεν υπάρχει πειστική απόδειξη ότι η ESS προκαλεί κλινικά σημαντική βλάβη στην ανάπτυξη του προσώπου όταν εκτελείται σε παιδιά με CRS (δήλωση 26).

Η κολπική πλαστική με μπαλόνι καθετήρα (BCS) έχει πρόσφατα εμφανιστεί ως μια άλλη θεραπευτική επιλογή στη χειρουργική αντιμετώπιση του PCRS, αφού έχει μελετηθεί εκτενέστερα σε ενήλικες ασθενείς μέχρι αυτό το σημείο. Σε μια μη τυχαιοποιημένη προοπτική ανασκόπηση 30 ασθενών με PCRS που απέτυχαν στην ιατρική θεραπεία, το 80% που έλαβαν θεραπεία με BCS έδειξε συμπτωματική βελτίωση. [60] Ομοίως, σε μια μελέτη παρακολούθησης από τον ίδιο συγγραφέα, αναφέρθηκε ποσοστό επιτυχίας 81% σε παιδιά με CRS που υποβλήθηκαν σε BCS μετά από αποτυχία αδενοειδεκτομής. [61] Ωστόσο, καμία μελέτη δεν έχει συγκρίνει άμεσα την αποτελεσματικότητα του BCS με το ESS στη θεραπεία της PCRS. Ως εκ τούτου, η ομάδα κατέληξε σε συναίνεση ότι η αποτελεσματικότητα του BCS έναντι του παραδοσιακού ESS για το PCRS δεν μπορεί να προσδιοριστεί με τα τρέχοντα στοιχεία

(δήλωση 28). Η περαιτέρω αξιολόγηση του BCS στα παιδιά ως μια απλή, δυνητικά λιγότερο τραυματική διαδικασία στη διαχείριση του PCRS θα ήταν μια κατάλληλη ερευνητική προτεραιότητα για το εγγύς μέλλον.

Όσον αφορά την κατώτερη στροβιλοπλαστική, δεν μπόρεσε να επιτευχθεί συναίνεση σχετικά με το ρόλο της στη θεραπεία της PCRS. Η ομάδα διερεύνησε αυτό το ζήτημα εκτενώς, καθώς η στροβιλοπλαστική είναι μια διαδικασία που εκτελείται συνήθως, της οποίας ο ακριβής κλινικός ρόλος παραμένει ασαφής. Αν και ορισμένοι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι η μείωση του κατώτερου στροβίλου είναι μια ασφαλής, ελάχιστα επεμβατική διαδικασία που θα μπορούσε ενδεχομένως να ωφελήσει τα παιδιά με PCRS, άλλοι διαφώνησαν λόγω της έλλειψης υποστηρικτικών στοιχείων στη βιβλιογραφία. Μέχρι σήμερα, δεν έχουν αναφερθεί κλινικές μελέτες που να διερευνούν ειδικά την αποτελεσματικότητα της κατώτερης στροβιλοπλαστικής στο πλαίσιο της PCRS. Επιπλέον, δεν υπάρχουν επίσης δεδομένα που να προσδιορίζουν ότι οι ασθενείς με PCRS θα αποκομίσουν το μεγαλύτερο όφελος από τη μείωση της κατώτερης κόγχης ή ποιοι θα μπορούσαν να είναι οι πιθανοί μηχανισμοί βελτίωσης. Έτσι, δεν θα μπορούσαν να γίνουν από την ομάδα συναινετικές δηλώσεις σχετικά με την κατώτερη στροβιλοπλαστική στη διαχείριση της PCRS (**Πίνακας 2** , δηλώσεις 31-33). Δεδομένης της ελκυστικότητας της στροβιλοπλαστικής ως συμπληρωματικής διαδικασίας στην αδενοειδεκτομή ή/και ESS, η περαιτέρω διερεύνηση του πιθανού ρόλου της κατώτερης στροβιλοπλαστικής στη διαχείριση της PCRS θα πρέπει να αποτελεί ερευνητική προτεραιότητα.

Παρόμοια με την κατώτερη στροβιλοπλαστική, δεν βρέθηκαν μελέτες σε παιδιά που να εξέταζαν εάν η μείωση της κόγχης έχει θετικό αντίκτυπο στη θεραπεία της PCRS. Και πάλι παρόμοια με την κατώτερη στροβιλοπλαστική, η μείωση της κόγχης είναι επίσης μια ελκυστική, απλή, ελάχιστα επεμβατική διαδικασία που θα μπορούσε εύλογα να αναμένεται να βελτιώσει τη ροή του ρινικού αέρα και την κάθαρση του βλεννογόνου και ενδεχομένως να αυξήσει τη διείσδυση τοπικών φαρμάκων. Ωστόσο, υπάρχει έλλειψη αποδεικτικών στοιχείων για το θέμα, επομένως η ομάδα κατέληξε σε σχεδόν συναίνεση ότι η μείωση της κόγχης, όταν υπάρχει, είναι ένα πολύτιμο συστατικό της χειρουργικής διαχείρισης της PCRS (**Πίνακας 2** , δήλωση 34).

Σύναψη

Αυτή η δήλωση κλινικής συναίνεσης αναπτύχθηκε από και για ωτορινολαρυγγολόγους και αποσκοπεί στην προώθηση της κατάλληλης, και όποτε είναι δυνατόν, τεκμηριωμένης φροντίδας για παιδιατρικούς ασθενείς με χρόνια ρινοκολπίτιδα. Μια σειρά κλινικών δηλώσεων αναπτύχθηκε από μια ομάδα εμπειρογνωμόνων χρησιμοποιώντας μια μέθοδο αντικειμενικής έρευνας. Αναπτύχθηκε αρχικά ένας πλήρης ορισμός του PCRS και στη συνέχεια έγιναν πρόσθετες δηλώσεις που αφορούσαν τη διάγνωση του PCRS, την ιατρική αντιμετώπιση του PCRS, τον κατάλληλο ρόλο της αδενοειδεκτομής στη διαχείριση του PCRS και τον κατάλληλο ρόλο της ενδοσκοπικής χειρουργικής των κόλπων στη διαχείριση του PCRS. παράγονται και αξιολογούνται. Αναμένεται ότι η εφαρμογή αυτών των αρχών θα έχει ως αποτέλεσμα μειωμένες διαφορές στη φροντίδα των ασθενών με PCRS και αύξηση της ποιότητας της περίθαλψης.