



Official Journal of the  
Italian Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery

Organo Ufficiale della  
Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale



*Argomenti di*  
**ACTA**  
*Otorhinolaryngologica Italica*

[www.actaitalica.it](http://www.actaitalica.it)

Vol. **XIV** • No. 3  
Luglio 2020

Rinite allergica perenne e abuso di vasocostrittore nasale:  
il paziente può migliorare?

Gestione della rinite allergica e delle sue complicanze:  
un caso clinico

PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

Volume XIV – Numero 3 – Luglio 2020

# Argomenti di ACTA Otorhinolaryngologica Italica

*Official Journal of the Italian Society of Otorhinolaryngology - Head and Neck Surgery*  
Organo Ufficiale della Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale

Former Editors-in-Chief: C. Calearo, E. de Campora, A. Staffieri, M. Piemonte, F. Chiesa, G. Paludetti

#### Editorial Board

*Editor-in-Chief:*

M. Ansarin

*President of S.I.O.:*

M. Bussi

*Former Presidents of S.I.O.:* L. Coppo,

A. Ottaviani, P. Puxeddu, G. Sperati,

D. Passali, E. de Campora, A. Sartoris,

P. Laudadio, M. De Benedetto,

S. Conticello, D. Casolino,

A. Rinaldi Ceroni, M. Piemonte,

R. Fiorella, A. Camaioni, A. Serra,

G. Spriano, R. Filippo, C.A. Leone,

E. Cassandro, C. Vicini

#### Italian Scientific Board

M. Alicandri-Ciuffelli, G. Bellocchi,

A. Bertolin, F. Dispenza, M. Falcioni,

F. Fiorino, J. Galli, G. Giourgos,

A. Greco, G. Marioni, A. Murri,

P. Petrone, C. Piazza, N.A.A. Quaranta,

R. Teggi, D. Testa

#### International Scientific Board

J. Betka, P. Clement, M. Pais Clemente,

R.W. Gilbert, M. Halmagyi, L.P. Kowalski,

R. Laszig, C.R. Leemans, F. Marchal,

G. O'Donoghue, M. Remacle, R.J. Salvi,

B. Scola Yurrita, J. Shah, H. Stammberger,

H.P. Zenner

#### Editorial Staff

*Editor-in-Chief:*

M. Ansarin

Division of Otolaryngology

and Head & Neck Surgery, European

Institute of Oncology IRCCS

Via Ripamonti, 435

20141 Milan, Italy

Tel. +39 02 57489490

Fax +39 02 94379216

actaitalicaorl@ieo.it

*Associate Editors:*

P. Canzi

pietro.canzi@unipv.it

E. De Corso

eugenio.decorso@policlinicogemelli.it

A. Karligkiotis

alkis.karligkiotis@gmail.com

M.G. Rugiu

mgrugiuactaorl@gmail.com

E. Zanoletti

ezanolettiactaorl@gmail.com

*Editorial Coordinator:*

F. Chu - francesco.chu@ieo.it

*Scientific Secretariat:*

G. Pietrobon - giacomo.pietrobon@ieo.it

*Editorial Assistant:*

P. Moore

*Copy Editor:*

L. Andreazzi - landreazzi@pacinieditore.it

*Treasurer:*

F. Pagella - tpagella@libero.it

#### Argomenti di Acta

**Otorhinolaryngologica Italica**

*Editor-in-Chief:* M. Ansarin

*Editorial Coordinator:* M. Tagliabue

marta.tagliabue@ieo.it

© Copyright 2020 by

Società Italiana di Otorinolaringoiatria

e Chirurgia Cervico-Facciale

Via Luigi Pigorini, 6/3

00162 Rome, Italy

#### Publisher

Pacini Editore Srl

Via Gherardesca, 1

56121 Pisa, Italy

Tel. +39 050 313011

Fax +39 050 3130300

info@pacinieditore.it

www.pacini medicina.it

*Acta Otorhinolaryngologica Italica is cited in  
Index Medicus, MEDLINE, PubMed Central,  
Science Citation Index Expanded, Scopus,  
Open-J Gate, Free Medical Journals, Index  
Copernicus, Socolar*

Journal printed with total chlorine free paper  
and water varnishing



www.actaitalica.it



# Rinite allergica perenne e abuso di vasocostrittore nasale: il paziente può migliorare?

**Corso Bocciolini**

*UOC di Otorinolaringoiatria, Ospedale Maggiore, Bologna*

## Introduzione

La rinite allergica è una malattia molto comune nei paesi occidentali, la sua incidenza è raddoppiata nell'ultimo decennio, e colpisce qualsiasi età, con un picco negli adolescenti e nei giovani adulti: la prevalenza secondo le casistiche varia dal 9 al 42% della popolazione <sup>1</sup> e dal 12 al 22% nei bambini. Negli ultimi anni si è assistito a uno spostamento delle riniti allergiche da forme lievi a forme medie/severe. Sebbene non sia una malattia grave, la rinite allergica determina dei sintomi che possono compromettere una buona qualità della vita <sup>2</sup>, con cattiva conduzione del sonno, riduzione della produttività lavorativa e, nei ragazzi, cattiva resa scolastica. Inoltre può rappresentare un fattore di rischio per lo sviluppo di asma bronchiale <sup>3</sup>. Dal 2,9 al 20% dei pazienti con rinite allergica diviene polisensibilizzato fino ad arrivare a forme allergiche resistenti al trattamento: *Severe Chronic Upper Airway Disease* (SCUAD) <sup>4</sup>. Da un punto di vista eziologico, le riniti vasomotorie, allergiche e non, sono diverse e quindi diversificato sarà il trattamento farmacologico, anche se clinicamente sono caratterizzate da una medesima sintomatologia: rinorrea sieroacquosa o mucosa, ostruzione nasale e crisi di starnutazione. In base alle più recenti Linee Guida italiane ARIA (febbraio 2019) <sup>5</sup> queste riniti possono essere classificate in due grandi famiglie: la rinite allergica, perenne e stagionale o intermittente e persistente, e la forma non allergica, chiamata "cellulare", che viene diagnosticata esclusivamente attraverso l'esame citologico del secreto nasale <sup>6</sup>. Un corretto approccio diagnostico del paziente con presunta rinite vasomotoria esamina l'anamnesi familiare, patologica remota e patologica prossima. L'anamnesi risulta perciò un momento fondamentale, che non si deve fermare solo ad analizzare le problematiche del paziente, ma deve estendersi a

chiedere informazioni relative ai genitori, nonni, fratelli, zii e cugini. Dopo un'attenta anamnesi, si passa alla visita specialistica ORL vera e propria. Il primo aspetto da valutare, se il paziente riferisce una rinite acquosa associata o meno a starnuti o prurito nasale, è se possa soffrire di una rinopatia vasomotoria allergica o cellulare. Le indagini cui sarà sottoposto il paziente sono almeno tre: endoscopia nasale a fibre ottiche, *skin prick test* per inalanti ed, eventualmente, citologia nasale (Fig. 1) <sup>5</sup>. In casi selezionati possiamo richiedere RAST e test allergologici molecolari. Una diagnosi precoce e un trattamento adeguato non solo curano la rinite vasomotoria allergica e cellulare migliorando la qualità della vita, ma possono prevenire complicanze quali la marcia infiammatoria verso l'asma o la poliposi nasale. Alla base di un adeguato trattamento farmacologico fanno da capisaldi i corticosteroidi topici e gli antistaminici orali anti H1 di seconda generazione; al bisogno possono essere utilizzati corticosteroidi sistemici e antileucotrieni se è associata asma <sup>5</sup>. Di recente è stata introdotta un'innovativa terapia topica con azelastina cloridrato-fluticasone propionato (AZE/FP), efficace nel controllo sia dei sintomi nasali che oculari: questo farmaco migliora la "compliance" del paziente e l'adesione al trattamento in quanto unico farmaco che agisce in maniera rapida sia sulla sintomatologia lieve, che moderata/grave <sup>7</sup>. Utili possono essere i lavaggi nasali con acido ialuronico e, per non più di dieci giorni, i vasocostrittori topici. Quando indicato nella rinite allergica sarà l'utilizzo dell'immunoterapia <sup>5</sup>. La rinopatia vasomotoria allergica e cellulare è spesso sottovalutata, tuttavia presenta problematiche diagnostiche e terapeutiche nelle quali risulta fondamentale un approccio multidisciplinare tra specialista otorinolaringoiatra, allergologo, pneumologo, medico di famiglia e pediatra di libera scelta.

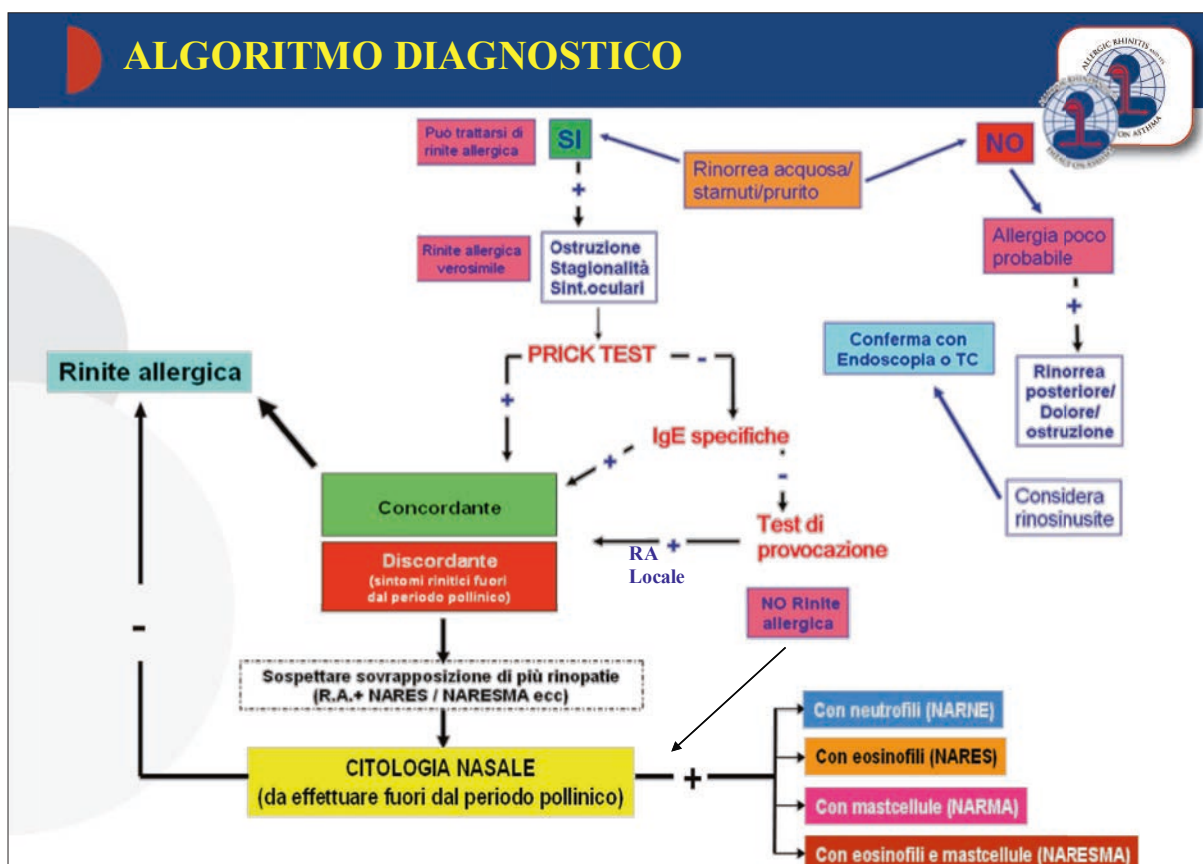


Figura 1. Algoritmo diagnostico ([www.progetto-aria.it/aim.htm](http://www.progetto-aria.it/aim.htm)).

## Caso clinico

Paziente maschio di 41 anni che si è presentato alla nostra osservazione in autunno per rinosinusopatia sieroaquosa perenne e ostruzione nasale, più accentuate in primavera, sin dall'adolescenza.

### Anamnesi familiare

Patologie non degne di nota per la madre. Il padre asmatico soffre di allergia ad acaro dermatofagoide, parietaria e cipresso.

### Anamnesi patologica remota

Non fumatore. Tonsillectomizzato a 5 anni. Operato di settoplastica e turbinoplastica inferiore a 20 anni. Dall'adolescenza soffre di asma lieve che cura con terapia al bisogno. Da un *prick test* eseguito all'età di 17 anni risultava allergico a graminacee, betulle, parietaria e olivo. Iperteso in terapia da circa 10 anni.

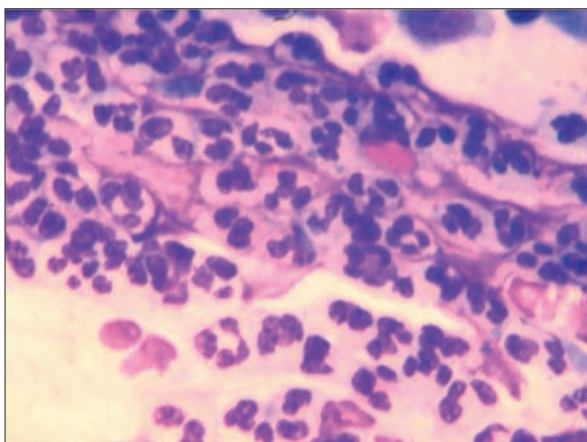
### Anamnesi patologica prossima

Il paziente soffre sin dall'adolescenza di rinosinusopatia acquosa cronica, starnutazione, difficoltà alla respirazione nasale, respirazione orale notturna e iposmia. Tali sintomi sono più accentuati nel pe-

riodo primaverile in cui si aggiungono prurito nasale e sintomi oculari quali iperlacrimazione. Soffre inoltre di asma lieve che cura al bisogno con beta 2 agonisti. Riferisce, inoltre, di essersi sottoposto all'età di 20 anni ad intervento di settoplastica e turbinoplastica inferiore: per qualche tempo ha respirato bene dal naso, pur continuando a soffrire del problema funzionale nasale legato all'allergia, ma dopo qualche anno si è ripresentata l'ostruzione nasale. Cinque anni fa il paziente riferisce di essersi sottoposto in primavera a terapia corticosteroide sistemica "depot" con triamcinolone acetone ottenendo buoni risultati clinici relativamente all'allergia, purtroppo tale trattamento ha dato effetti collaterali quali sbalzi pressori in paziente che, peraltro, è già in trattamento con antipertensivi. Da circa 4 anni riferisce inoltre rinite catarrale abbondante al mattino perenne con marcata ostruzione nasale e secchezza orale al risveglio. Infine da circa un anno usa vasocostrittore topico nasale (nafazolina).

### Esame obiettivo ORL

In fibroendoscopia nasale normali esiti di settopla-



**Figura 2.** Citologia nasale: presenti numerosissimi granulociti neutrofilici e rari granulociti eosinofili. Colorazione MGG, 1000x valutazione semiquantitativa.

stica, turbinati nasali pallidi con note di rinite catarrale. Edema del complesso osteo-meatale bilaterale. Rinofaringe libero. Nella norma il restante esame obiettivo.

### Accertamenti diagnostici

Prima di eseguire un trattamento farmacologico e al fine di inquadrare la natura della rinosinusopatia abbiamo sottoposto il paziente ad alcuni accertamenti:

- *skin prick test* per inalanti: oltre a confermare la positività a graminacee, betulle, parietaria e olivo, abbiamo riscontrato una forte positività ad acaro dermatofagoide;
- citologia nasale: presenza di numerosissimi granulociti neutrofilici e rari granulociti eosinofili (Fig. 2) tipico della “flogosi minima persistente” della rinite allergica perenne<sup>3</sup>.

### Orientamento diagnostico

In base all’anamnesi, alle indagini eseguite e agli esami strumentali a cui è stato sottoposto il paziente si conclude per una rinite vasomotoria allergica perenne in cui l’acaro ha manifestato nel periodo autunnale una forte prevalenza rispetto agli altri allergeni, associata a una rinite medicamentosa da abuso di vasocostrittori nasali che il paziente assumeva come automedicazione.

Infatti la citologia nasale è stata eseguita in autunno al momento della visita specialistica e ha mostrato un quadro citologico caratterizzato da numerosissimi granulociti neutrofilici e rari granulociti eosinofili (Fig. 2) tipico della “flogosi minima persistente” che riscontriamo in caso di allergie perenni come, in questo caso, all’acaro.

## Trattamento

Il paziente è stato trattato in passato con corticosteroidi sistemici “depot” nel periodo primaverile quando si manifestava l’allergia ai pollini, che hanno però provocato degli sbalzi ipertensivi in paziente che è in terapia per ipertensione arteriosa. Il trattamento prescritto al paziente in questo caso è duplice. Prima di tutto abbiamo invitato caldamente il paziente a sospendere l’uso di vasocostrittore nasale causa della sua rinite medicamentosa, impresa difficile in quanto era ormai diventata una vera e propria dipendenza. Per aiutare il paziente in questa difficile impresa gli abbiamo prescritto per soli cinque giorni un vasocostrittore sistemico (pseudoefedrina).

Relativamente all’aspetto allergico abbiamo consigliato un unico trattamento farmacologico che favorisse una buona compliance del paziente da un lato, una buona efficacia e nessun effetto collaterale in paziente iperteso: la terapia topica con AZE/FP<sup>7</sup> ha corrisposto egregiamente a questi tre requisiti. Infatti, come dimostrato in letteratura, l’AZE/FP in spray nasale risulta molto efficace nella rinite allergica, sia per l’attività antistaminica legata all’azione dell’AZE, che per l’inibizione nella fase rapida di rilascio di citochine e l’inibizione della migrazione di granulociti eosinofili nella fase ritardata legate all’azione del FP. Inoltre questo farmaco agisce rapidamente, grazie all’azione dell’AZE, tale da favorire da parte del paziente la percezione dell’efficacia terapeutica migliorando di conseguenza l’aderenza al trattamento. Inoltre il FP è caratterizzato da un assorbimento sistemico dello 0,5% (Fig. 3)<sup>8</sup>, il più basso della categoria dei corticosteroidi topici, rendendolo particolarmente tollerato da parte del paziente che, peraltro, soffre di ipertensione arteriosa. In questo caso il paziente non ha riferito alcun effetto collaterale, tanto meno rialzi pressori. Il paziente è stato istruito spiegando che probabilmente nei primi giorni avrebbe avuto difficoltà alla respirazione nasale perché l’effetto del vasocostrittore locale perdurava nonostante la sospensione. Dopo un mese il paziente è tornato al controllo riferendo un netto miglioramento dei precedenti sintomi, con ripristino di una corretta respirazione nasale, netto miglioramento dei sintomi funzionali quali la secrezione nasale sierosa e l’iperlacrimazione. Riferisce di aver sofferto di difficoltà alla respirazione nasale solo nelle prime notti del trattamento, ma dopo tre giorni ha ricominciato a respirare inducendolo a continuare la terapia e soprattutto a non riutilizzare il vasocostrittore nasale. L’obiettività nasale dopo un mese si era già normalizzata, dimostrando un colorito più roseo dei turbinati nasali. La citologia nasale di controllo ha dimostrato la scom-



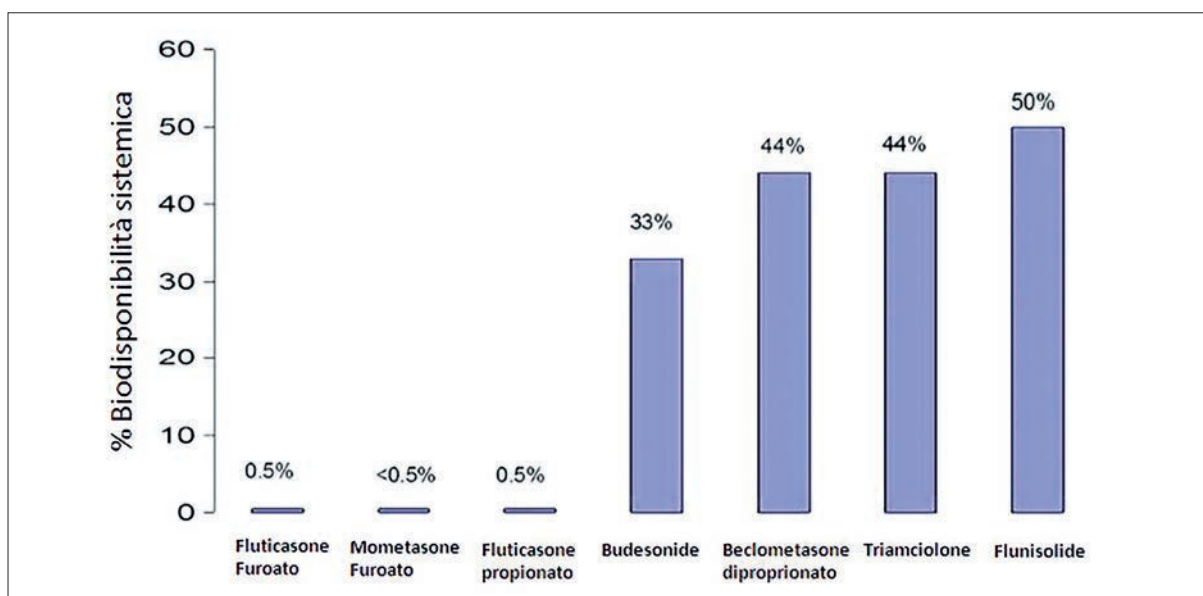


Figura 3. Biodisponibilità sistemica dei corticosteroidi topici intranasali.

parsa dei granulociti eosinofili e la normalizzazione dei granulociti neutrofili che da numerosissimi sono passati a rari (Fig. 4). Al paziente è stata prescritta la continuazione della terapia topica con AZE/FP con cicli mensili e la sospensione per pochi giorni soprattutto al di fuori del periodo pollinico in base al calendario locale. Il paziente ha eseguito nuovo controllo dopo circa sei mesi, in pieno periodo pollinico primaverile, dimostrando un ottimo controllo della sintomatologia con obiettività nasale normale. A poco meno di tre anni dalla diagnosi il paziente, controllato semestralmente, riferisce controllo della secrezione catarrale e buona respirazione nasale, con assenza della precedente sintomatologia.

### Considerazioni conclusive

Il paziente è allergico a pollini da anni, come appare da un vecchio *skin prick test* eseguito nell'adolescenza, tuttavia recentemente il paziente si è sensibilizzato anche all'acaro. A causa dell'aumento dell'inquinamento ambientale, specie nelle grandi città dove il paziente vive, negli ultimi anni si è registrato un aumento dell'incidenza di sensibilizzazione ad allergeni<sup>9</sup>. Inoltre nell'ultimo periodo il paziente per disperazione si era sottoposto ad auto prescrizione di vasocostrittore nasale. Quando il paziente si è presentato alla nostra attenzione, è stato molto utile sia ripetere lo *skin prick test*, che ha rivelato la nuova allergia ad acaro, sia la citologia nasale, che ha mostrato un quadro di "flogosi minima persistente" (Fig. 2), confermando l'ipotesi diagnostica della

rinite allergica perenne. Alla base di un corretto approccio terapeutico della rinite allergica è utile consigliare precauzioni ambientali, che tuttavia non sempre da sole sono efficaci e la terapia farmacologica si dimostra risolutiva. La somministrazione di AZE/FP ha nettamente migliorato la qualità di vita del paziente, un farmaco ben tollerato con un assorbimento sistemico pari allo 0,5% il più basso della categoria dei corticosteroidi topici (Fig. 3)<sup>8</sup>, permettendo una terapia assolutamente ben tollerata. Il paziente, subito dopo qualche giorno dall'inizio del trattamento, ha riferito un sonno regolare con miglioramento del tono dell'umore. Inoltre nel periodo in cui abbiamo seguito il paziente, si è manifestata una marcata

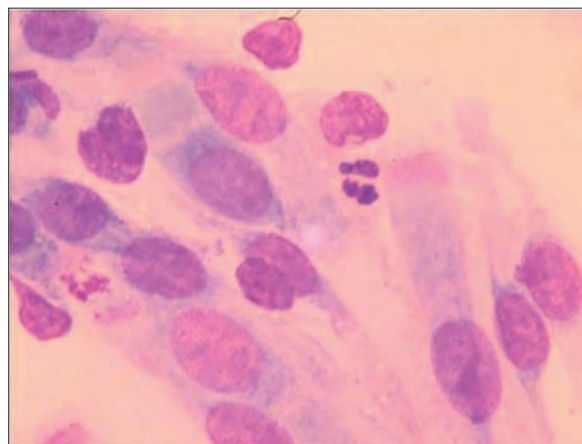


Figura 4. Citologia nasale dopo un mese di terapia: presenza di rari granulociti neutrofili, normorappresentate cellule ciliate, mucipare e basali. Colorazione MGG, 1000x valutazione semiquantitativa.

riduzione degli episodi asmatici: la rinite e l'asma sono aspetti clinici differenti di un unico disordine immuno-mediato dell'apparato respiratorio.

La rinite allergica rappresenta un fattore certo di rischio per asma (16-40%), anche indipendentemente dall'atopia. La forma allergica è quella associata al rischio maggiore. La sensibilizzazione ad allergeni perenni comporta un rischio maggiore di asma rispetto a quella ad allergeni stagionali<sup>10</sup>. In questo caso non abbiamo potuto consigliare al paziente un'immunoterapia specifica perché il numero degli allergeni cui era sensibile era troppo numeroso. In conclusione il paziente con un unico trattamento farmacologico AZE/FP topico per via intranasale ha risolto il suo problema allergico e legato ad abuso di vasoconstrictore nasale: ha ottenuto una buona qualità di vita, una corretta adesione alla terapia e una ottima tolleranza farmacologica.

### Messaggi chiave

- Il corretto inquadramento di un paziente affetto da una rinite vasomotoria deve essere condotto attraverso un'attenta anamnesi, un'endoscopia nasale, uno *skin prick test*, la citologia nasale ed, eventualmente, una TC del massiccio facciale con sezioni sottili, assiali coronali e sagittali, algoritmo per osso.
- Lo *skin prick test* è l'esame di prima scelta in caso di sospetta allergia a inalanti e deve sempre essere correlato con la sintomatologia clinica del paziente. In casi selezionati possiamo richiedere il RAST e test allergologico molecolare.
- La citologia nasale è l'unico esame diagnostico per la diagnosi di rinite vasomotoria cellulare in caso di assenza di allergia a inalanti con *skin prick test* negativo (Fig. 1). Inoltre è molto utile nel valutare l'immunoflogosi locale nella rinite allergica. La citologia nasale può essere utilizzata inoltre per valutare la risposta al trattamento farmacologico nelle riniti vasomotorie, sia allergica che cellulare.
- L'AZE/FP topico appare molto efficace nella rinite allergica in quanto unico farmaco che agisce in maniera rapida sia sulla sintomatologia lieve, che moderata/grave.
- L'assorbimento sistemico del FP è dello 0,5%, il più basso tra i corticosteroidi topici.

### Bibliografia

- 1 Settipane RA, Charnock DR. Epidemiology of rhinitis: allergic and non allergic. *Clin Allergy Immunol* 2007;19:23-34.
- 2 Canonica GW, Mullol J, Pradaliere A, et al. Patient perceptions of allergic rhinitis and quality of life: findings from a survey conducted in Europe and the United States. *World Allergy Organ J* 2008;1:138-44. <https://doi.org/10.1097/WOX.0b013e3181865faf>
- 3 Bousquet PJ, Kalthav N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis an its impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). *Allergy* 2008;63(Suppl 86):8-160. <https://doi.org/10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x>
- 4 Gani F, Lombardi C, Bonizzoni G, et al. The characteristics of Severe Chronic Upper-Airway Disease (SCUAD) in patients with allergic rhinitis: a real-life multicenter cross-sectional Italian study. *Int Arch Allergy Immunol* 2019;178:333-7. <https://doi.org/10.1159/000495305>
- 5 Progetto Mondiale Aria. Linee guida italiane Firenze. Febbraio 2019.
- 6 Gelardi M, Fiorella ML, Russo C, et al. Role of nasal cytology. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2010;23(1 Suppl):45-9.
- 7 Bousquet J, Meltzer EO, Couroux P, et al. Onset of action of the fixed combination intranasal azelastine-fluticasone propionate in an allergen exposure chamber. *J All Clin Imm Pract* 2018;6:1726-32. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2018.01.031>
- 8 Scadding GK. Optimal management of allergic rhinitis. *Arch Dis Child* 2015;100:576-82. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306300>
- 9 Bosnic-Anticevich S, Costa E, Menditto E, et al. ARIA Pharmacy 2018 "Allergic Rhinitis Care Pathways for Community Pharmacy": AIRWAYS ICPs Initiative (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing, DG CONNECT and DG Santé) POLLAR (Impact of Air Pollution on Asthma and Rhinitis) GARD Demonstration Project. *Allergy* 2019;74:1219-36. <https://doi.org/10.1111/all.13701>
- 10 Ciprandi G, Cirillo I, Tosca MA, et al. Bronchial hyperreactivity and spirometric impairment in patients with perennial allergic rhinitis. *Int Arch Allergy Immunol* 2004;133:14-8. <https://doi.org/10.1159/000075249>

# Gestione della rinite allergica e delle sue complicanze: un caso clinico

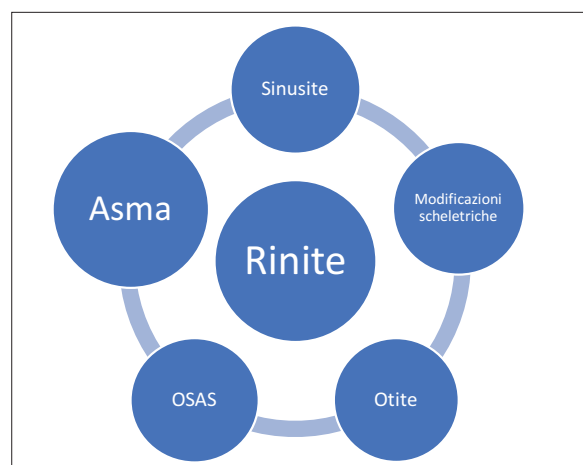
**Davide Topazio, Melissa Laus, Franco Brandimarte**

*UOC di Otorinolaringoiatria, Ospedale Mazzini, Teramo*

## Introduzione

La rinite allergica è un disturbo respiratorio maggiore, sostenuto da un'inflammatione IgE-mediata della mucosa conseguente all'esposizione a un allergene<sup>1</sup>. Pur non rappresentando una patologia di per sé grave, determina sintomi fastidiosi che possono compromettere le normali attività quotidiane e la qualità del sonno, oltre a essere un fattore di rischio per lo sviluppo dell'asma bronchiale<sup>2,3</sup>. La prevalenza di tale patologia nella sola Europa è stimata intorno a 60 milioni di casi<sup>4</sup>. È una patologia diffusa in tutto il mondo che colpisce il 10-25% della popolazione<sup>1</sup>. La sintomatologia è caratterizzata da rinorrea sierosa, ostruzione nasale di grado variabile, prurito nasale e retro-palatale, starnutazione, a cui possono talora associarsi altri sintomi nasali ed extra-nasali come i sintomi oculari (prevalentemente prurito e iperemia congiuntivale)<sup>1,5</sup>. La rinite allergica veniva in precedenza classificata in base alla durata e al tipo di esposizione (perenne, stagionale e occupazionale); oggi la classificazione si basa sui sintomi (qualità di vita e del sonno), sulla durata (intermittente/persistente) e sulla gravità (lieve/moderato/severo)<sup>6</sup>. La diagnosi di rinite allergica può avvalersi di numerosi test diagnostici, alcuni usati di routine (*skin prick test*, RAST e diagnostica molecolare) e altri utili soprattutto per la diagnosi differenziale (fibroscopia, TC o RM). Inoltre la citologia nasale ha assunto un ruolo fondamentale nella individuazione delle cosiddette riniti sovrapposte, nelle quali la rinite allergica coesiste con riniti cellulari come la *Non allergic rhinitis with eosinophils* (NARES), *Non allergic rhinitis with neutrophil* (NARNE), la *Non allergic rhinitis with mast-cells* (NARMA) e la *Non allergic rhinitis with eosinophil and mast-cells* (NARESMA)<sup>1</sup>. La rinite allergica può essere gravata da numerose comorbidità: rinosinusite (con o senza polipi), otite, disturbi della qualità del sonno fino alle apnee ostruttive del sonno (OSAS) conclamato, alterazioni maxillo-facciali di diverso grado e natura

e asma (Fig. 1). Studi fisiopatologici suggeriscono come la rinite, allergica e non, sia un fattore di rischio indipendente per l'asma e i pazienti con rinite persistente dovrebbero sempre essere valutati per eventuale asma concomitante. Per quanto concerne l'evoluzione della storia naturale della patologia allergica respiratoria, si è visto che i pazienti esclusivamente rinitici al momento della prima diagnosi per il 32% circa sviluppano asma dopo 10 anni e pazienti esclusivamente asmatici presentano rinite in circa il 50% dei casi al controllo decennale<sup>7</sup>. La patologia allergica è una patologia sistemica e il coinvolgimento della mucosa respiratoria ai vari livelli induce l'instaurarsi di un network nel contesto del quale la flogosi nasale sostiene quella bronchiale e viceversa. Anche se esistono delle differenze tra rinite e asma, si suppone che le vie aeree superiori e inferiori siano affette da un processo infiammatorio comune e probabilmente evolutivo, che può essere sostenuto e amplificato da meccanismi interconnessi<sup>1</sup>. La sensibilizzazione ad allergeni perenni comporta un rischio maggiore di asma rispetto a quella ad allergeni stagionali. Trattandosi di una patologia cronica bisogna pianificare un'adeguata gestione a lungo termine del



**Figura 1.** Comorbidità della rinite allergica.



paziente e in particolare impostare un piano di educazione che comprenda interventi sullo stile di vita (cessazione del fumo, allontanamento da allergeni o fattori scatenanti noti), trattamenti farmacologici adeguati (Fig. 2), riconoscimento precoce e trattamento appropriato delle eventuali riacutizzazioni <sup>7</sup>.

### Caso clinico

Paziente donna di 32 anni, fumatrice occasionale, con positività in anamnesi per tiroidite autoimmune, giunge a nostra osservazione per peggioramento di ostruzione nasale, di prurito nasale, retro-velare e congiuntivale ed episodi ricorrenti caratterizzati da tosse non produttiva e/o sintomi asmaticiformi. La paziente riferisce l'esordio dei sintomi a circa 2 anni addietro, in maniera concomitante a una modifica occupazionale (inizio lavoro presso ditta di pulizie). In età pediatrica, a causa di una sintomatologia persistente caratterizzata da rinorea sierosa, prurito e episodi saltuari di asma bronchiale e laringospasmo, aveva eseguito varie visite specialistiche allergologiche che avevano evidenziato una sensibilizzazione all'acaro *dermatofagoides* e all'epitelio del cane e

del gatto. Durante l'adolescenza la sintomatologia a carico delle basse vie aeree è progressivamente migliorata fino alla completa remissione.

### Iter diagnostico

All'esame videorinoscopico si evidenziano mucose pallide, ipertrofia dei turbinati inferiori bilateralmente, meati medi e recessi sfeno-etmoidali liberi, setto nasale sostanzialmente in asse. Sulla base dei dati obiettivi non si riteneva opportuna l'esecuzione di approfondimenti mediante *imaging*; venivano invece predisposti valutazione allergologia ed esame citologico nasale. Allo *skin prick test* per inalanti, eseguito in corso di valutazione allergologica, venivano confermate le pregresse positività per acaro *dermatofagoides* ed epitelio di cane e gatto, alle quali si aggiungeva positività per il cipresso. La citologia nasale, eseguita presso altra struttura e al di fuori della stagionalità dell'allergene cipresso, escludeva riniti sovrapposte. Abbiamo richiesto l'esecuzione delle prove di funzionalità respiratoria con test alla metacolina e dosaggio del NO espiratorio. Il quadro funzionale a riposo risultava nei limiti della norma,

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI PER ALCUNI FARMACI PER LA RINITE ALLERGICA				
FARMACO	RINITE STAGIONALE		RINITE PERENNE	
	ADULTI	BAMBINI	ADULTI	BAMBINI
Antistaminico orale	A	A	A	A
Antistaminico nasale	A	A	A	A
Antistaminico oculare	A	A	B	B
Steroide nasale	A	A	A	A
Steroide orale	A	B	B	B
Steroide i.m.	A	B	B	B
Cromone nasale	A	A	A	B
Cromone oculare	A	A	B	B
NAAGA oculare	B	C	C	C
Decongestionante nasale	C	C*	C	C*
Decongestionante orale	A			
Decongestionante orale * antiH1	A	B*	B	B*
Anticolinergico			A	A

\* Solo > 12 anni

Figura 2. Progetto mondiale ARIA 2019 ([www.progetto-aria.it/aim.htm](http://www.progetto-aria.it/aim.htm)).

mentre a seguito di stimolazione bronchiale con metacolina, il test risultava indicativo per grave iperreattività bronchiale aspecifica (PD20: 200 mcg con caduta del VEMS del 45%).

### Trattamento

La paziente riferisce di aver effettuato periodici trattamenti farmacologici con spray corticosteroidi nasali e anti-istaminici per via orale nelle fasi di acuzie a cui aggiungeva, negli ultimi 2 anni in occasione delle crisi asmatiche, terapia sintomatica inalatoria con beta 2 agonista. Abbiamo inizialmente istruito la paziente in merito alle comuni norme comportamentali e di bonifica ambientali verso il dermatofagoides e spiegato la necessità di un trattamento cronico e continuativo, finalizzato al controllo della sintomatologia e alla prevenzione delle complicanze. L'immunoterapia allergene specifica (AIT) non è stata presa in considerazione come opzione terapeutica in considerazione del carattere poliallergico dello specifico caso. Abbiamo prescritto lavaggi nasali con soluzione fisiologica ipertonica da eseguire 2-3 volte al dì per 8-10 giorni e successivamente da sostituire con soluzione fisiologica isotonica da effettuare con analoga frequenza. Abbiamo dunque istruito la paziente in merito alla necessità di effettuare i lavaggi nasali quotidianamente, in maniera costante indipendentemente dalla sintomatologia e dagli altri trattamenti farmacologici. È stata inoltre associata terapia topica con spray nasale a base di fluticasone propionato e azelastina cloridrato da effettuare a cicli, con il seguente schema terapeutico: 1 *puff* per narice da effettuare mattina e sera a cicli di 30 giorni, seguiti da periodi di *wash out* farmacologico di 10 giorni, per la durata complessiva di 4 mesi (3 cicli). Abbiamo confermato, inoltre, l'adeguatezza del trattamento con salbutamolo 100 mcg da assumere in caso di sintomatologia asmatiche. La paziente veniva invitata a compilare un diario clinico domiciliare sul quale riportare l'andamento della sintomatologia rino-oculare e la cadenza e le caratteristiche degli episodi asmatiche. Al controllo clinico effettuato, come da accordi, a termine terapia, la paziente riferisce di aver messo in atto le misure comportamentali e ambientali consigliate e di aver avuto una buona compliance alla terapia farmacologica. Riferisce notevole miglioramento della sintomatologia rino-oculare già a partire dalla prima settimana di terapia,

con miglioramento globale della qualità di vita e del sonno che persisteva per l'intero periodo di terapia attiva. In merito alla sintomatologia bronchiale la paziente riferisce marcata riduzione della frequenza degli episodi asmatiche; nei 4 mesi di trattamento venivano riportati nel diario clinico, opportunamente compilato dalla paziente, 2 soli episodi caratterizzati da sensazione di broncocostrizione e tosse non produttiva, che venivano adeguatamente controllati mediante salbutamolo per via inalatoria. Sulla base dei miglioramenti clinici sperimentati veniva predisposto un adeguato *follow-up* clinico e consigliato un periodo di *wash out* farmacologico di 4 mesi seguito dalla ripetizione di analogo ciclo terapeutico. Veniva quindi consigliata una nostra rivalutazione clinica dopo 8 mesi o prima in caso di inadeguato controllo della sintomatologia.

### Conclusioni

La rinite allergica è una patologia infiammatoria cronica a carattere ricorrente/persistente, che può determinare una compromissione di vario grado della qualità di vita ed essere gravata da numerose comorbidità, tra cui l'asma. Le problematiche diagnostiche e terapeutiche, talora di non facile risoluzione, possono rendere necessario un approccio multidisciplinare, con il coinvolgimento di otorinolaringoiatra, allergologo, pneumologo, medico di famiglia e/o pediatra. Un adeguamento igienico-comportamentale associato a idonea terapia farmacologica è fondamentale al fine di ottenere un buon controllo della sintomatologia e una riduzione delle possibili comorbidità. Sebbene siano molteplici gli approcci farmacologici possibili, le terapie mediche maggiormente utilizzate si basano sull'utilizzo di corticosteroidi e anti-istaminici a uso topico o sistemico. Il ricorso a una terapia topica esclusiva (nello specifico caso con associazione di fluticasone propionato e azelastina cloridrato) rappresenta una valida opzione terapeutica, capace di garantire un controllo dei sintomi adeguato e sovrapponibile alle terapie per via sistemica, dalle quali si discosta per riduzione degli effetti collaterali e aumentata adesione alla terapia<sup>1</sup>. È fondamentale sensibilizzare il paziente circa la necessità di un *follow-up* clinico volto al monitoraggio della sintomatologia e dell'obiettività e all'eventuale adeguamento terapeutico, qualora ritenuto opportuno.

## Bibliografia

- <sup>1</sup> Brozek JL, Bousquet J, Agache I, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines - 2016 revision. *J Allergy Clin Immunol* 2017;140:950-8. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2017.03.050>
- <sup>2</sup> Greiner AN, Hellings PW, Rotiroli G, et al. Allergic rhinitis. *Lancet* 2011;378:2112-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60130-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60130-X)
- <sup>3</sup> González-Núñez V, Valero AL, Mullol J. Impact of sleep as a specific marker of quality of life in allergic rhinitis. *Curr Allergy Asthma Rep* 2013;13:131-41. <https://doi.org/10.1007/s11882-012-0330-z>
- <sup>4</sup> Clark MJ, Million RP. Allergic rhinitis: market evolution. *Nat Rev Drug Discov* 2009;8:271-2. <https://doi.org/10.1038/nrd2762>
- <sup>5</sup> Rondón C, Campo P, Togias A, et al. Local allergic rhinitis: Concept, pathophysiology, and management. *J Allergy Clin Immunol* 2012;129:1460-7. <https://doi.org/10.1016/j.jaci.2012.02.032>
- <sup>6</sup> SIICP – Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie, Linee guida per le cure primarie, Rinite allergica - 2014.
- <sup>7</sup> Bettoncelli G, Berardi M, Calzolari M, et al. Criteri pratici per la gestione del paziente asmatico nel setting della Medicina Generale. *Rivista SIMG* 2009;(3):48-51.