

O_n Medicine

RIVISTA SCIENTIFICA INDIPENDENTE QUADRIMESTRALE



Il parere dello specialista
La rinosinusite
Federico Alloesio

● **Intervista Dott. Velasquez**
Gustavo Velasquez



Quest'opera è protetta dalla legge sul diritto d'autore. Tutti i diritti, in particolare quelli relativi alla traduzione, alla ristampa, all'utilizzo di illustrazioni e tabelle, alla registrazione su microfilm o in data-base, o alla riproduzione in qualsiasi altra forma (stampata o elettronica) rimangono riservati anche nel caso di utilizzo parziale. La riproduzione di quest'opera, anche se parziale, è ammessa solo ed esclusivamente nei limiti stabiliti dalla legge sul diritto d'autore ed è soggetta all'autorizzazione dell'editore. La violazione delle norme comporta le sanzioni previste dalla legge.

© Sintesi InfoMedica S.r.l.

Sebbene le informazioni contenute nella presente opera siano state accuratamente vagliate al momento della stampa, l'editore non può garantire l'esattezza delle indicazioni sui dosaggi e sull'impiego dei prodotti menzionati e non si assume pertanto alcuna responsabilità sui dati riportati, che dovranno essere verificati dal lettore consultando la bibliografia di pertinenza.



Copyright © 2016 by Sintesi InfoMedica S.r.l.
Via Ripamonti, 89 - 20141 Milano (MI)
Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301

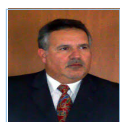
OnMedicine - Reg. Trib. di Milano n. 63 del 30/01/2007

Direttore responsabile: Alberto De Simoni
Marketing e vendite: Marika Calò

Giugno 2017

SOMMARIO

4 INTERVISTA



Gustavo Velasquez

6 FOCUS



Una molecola di 120 anni, successi nella prevenzione cardiovascolare e forse un futuro in prevenzione oncologica

Antonio Laganà

10 IL PARERE DELLO SPECIALISTA



La rinosinusite
Federico Alloesio

BOARD SCIENTIFICO

Giorgio Walter Canonica
Allergologo

Antonio Ceriello
Diabetologo

Aldo De Rosa
Urologo

Fernando Di Benedetto
Pneumologo

Marco Guelfi
Ortopedico

Giovanni Carlo Isaia
Geriatra

Antonio Simone Laganà
Ginecologo

Giorgio Lambertenghi
Ematologo

Giovanni Minisola
Reumatologo

Vincenzo Montemurro
Cardiologo

Donato Rosa
Ortopedico

Raul Saggini
Fisiatra

Leonardo Scarzella
Neurologo

Enzo Silvestri
Radiologo

Editoriale

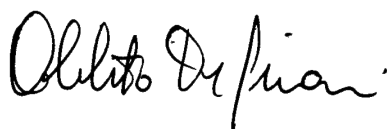
De Simoni A

Gentili lettori,

il secondo numero di On Medicine 2017 è online, con nuovi interessanti contributi realizzati in collaborazione con specialisti di grande livello. Tra questi il Dottor Federico Alloesio, Medico Chirurgo specializzato in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale, che ci ha proposto il suo parere da specialista sulla rinosinusite, condizione cronica molto diffusa e con un forte impatto in termini di spesa sanitaria globale. Questa patologia, per quanto comune, richiede una gestione attenta e precisa nei tempi, perché potenzialmente in grado di provocare complicanze anche molto serie a carico di encefalo e occhi. In questo numero diamo spazio anche a un redazionale sull'acido acetilsalicilico che, dopo aver rivoluzionato la terapia di febbre e dolore e aver fatto crollare drammaticamente le morti per infarto, si candida oggi a un impiego anche in prevenzione oncologica. Le ultime scoperte derivanti dalla ricerca hanno infatti dimostrato la sua efficacia nel ridurre l'incidenza di neoplasie e la mortalità correlata a queste patologie. Ringraziamo infine il dottor Gustavo Velasquez, Direttore dell'Ambulatorio del Piede diabetico e Ferite complesse presso la Casa di Cura Pierangeli di Pescara, istituzione che vanta quasi un secolo di attività in campo sanitario. Il Dottor Velasquez ci presenta l'attività dell'Ambulatorio, inaugurato nel 2016, che mette a disposizione dei suoi pazienti un team di specialisti esperti in grado di offrire un'assistenza caratterizzata da elevatissimi standard tecnologici. Abbiamo implementato la sezione news con le ultime notizie dal campo della medicina e aggiornato il calendario dei congressi, che vi invitiamo a consultare. Concludiamo ringraziandovi per il grande interesse che ci dimostrate con la vostra partecipazione. Stiamo infatti ricevendo numerose richieste di collaborazione da parte dei lettori, questo ci permette di realizzare contenuti sempre nuovi e di elevato livello medico-scientifico. Un sentito grazie anche al Board di specialisti che supporta On Medicine, garanzia del rigore dei contenuti di questa rivista. Vi lasciamo liberi di "navigare" tra le pagine della rivista, il prossimo appuntamento è a settembre con il terzo numero di On Medicine.

Buona lettura,

Il direttore responsabile



Intervista Dott. Velasquez

Velasquez G



L'Ambulatorio del Piede diabetico e Ferite complesse inaugurato presso la Casa di Cura Pierangeli di Pescara nel gennaio 2016 rappresenta un importante punto di riferimento per i pazienti affetti da Piede Diabetico, ulcere e ferite complesse. Questa struttura è la prima sul territorio in grado di mettere a disposizione dei pazienti con queste problematiche un team multidisciplinare preparato a gestire e trattare queste condizioni in modo specifico, offrendo un servizio eccellente.

Il Dottor Gustavo Velasquez è Direttore dell'Ambulatorio. Impegnato da più 25 anni nella ricostruzione e nel wound care in Italia; il Dottor Velasquez opera da 15 anni in Italia in questo campo. Lo abbiamo intervistato su questo tema per voi.

Dottor Velasquez, come è nato l'Ambulatorio del Piede diabetico e Ferite complesse della Casa di Cura Pierangeli di Pescara?

L'Ambulatorio è nato da una mia idea. Esercito la professione di Chirurgo Generale in Italia da circa 15 anni, ma ho maturato negli anni precedenti una grande esperienza nel mio Paese d'origine, il Venezuela, nella ricostruzione tissutale e nel trattamento del Piede Diabetico.

Ho voluto mettere a frutto la conoscenza così acquisita creando un Ambulatorio dedicato alla cura del Piede diabetico e delle Ferite Complesse, anche per poter offrire ai pazienti affetti da queste condizioni un'assistenza di qualità senza che debbano spostarsi in altre Regioni per trovarla. Questo Ambulatorio, infatti, è in grado di offrire un servizio che dispone di tecnologie, materiale e organizzazione propria dei grandi Centri ubicati altrove.

Ci può illustrare brevemente l'attività dell'Ambulatorio?

L'Ambulatorio, convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale, è aperto al pubblico nei giorni di lunedì, mercoledì e venerdì. Svolge un'attività dedicata al trattamento di lesioni, ferite e ulcere con difficoltà alla guarigione, attraverso l'utilizzo di materiali e tecniche all'avanguardia.

Per ferite difficili o complesse si intendono quelle che non guariscono in 8/12 settimane, che sono considerate "croniche" e necessitano quindi di una valutazione specialistica.

La prestazione ambulatoriale serve però prima di tutto al Medico per conoscere il paziente e instaurare con lui un rapporto di fiducia: sono quindi disponibili diversi tipi di percorsi, destinati a pazienti affetti da Piede Diabetico, ulcere vascolari arteriose, venose, linfatiche o miste; ulcere reumatiche o neoplastiche e, ancora, ulcere da trauma, da pressione; lembi o innesti compromessi. Lo scopo di questi percorsi diagnostico-assistenziali è quello di migliorare la condizione della ferita e diminuire il dolore, favorendo così la guarigione.

Tra gli esami che vengono condotti sul paziente, oltre a un'appropriata valutazione e alla medicazione avanzata, si eseguono indagini strumentali mirate (tra cui l'ossimetria e la determinazione dell'*Ankle-Brachial Index* - ABI) per impostare il protocollo terapeutico più idoneo e personalizzato.

Presso la Struttura è inoltre disponibile un Reparto di degenza dedicato, in modo da poter disporre il ricovero del paziente qualora la patologia non possa trovare risposte efficaci in regime ambulatoriale per gravità, complessità e necessità di alta intensità di cura.

Lei ha in cura pazienti con problematiche diverse, dal soggetto diabetico a pazienti con ulcere o ferite complesse. Come si struttura la gestione di soggetti con caratteristiche così differenti?

Come già detto, l'Ambulatorio assiste pazienti con patologie molto diverse e l'assistenza cambia di conseguenza. Nel caso di ferita infetta è comune la pratica del *debridement* chirurgico con bisturi d'acqua o a ultrasuoni, cui segue nella fase post-operatoria l'applicazione di medicazioni di ultima generazione con terapia a pressione negativa, che rappresenta il *gold standard* per assicurare l'attecchimento del tessuto. Per il paziente con Piede Diabetico l'approccio è diverso, inoltre spesso i soggetti che si rivolgono all'Ambulatorio presentano anche delle patologie concomitanti, perciò il percorso di cura è differenziato anche in funzione di questo e prevede un approccio multidisciplinare. Per esempio, nel caso di un soggetto affetto da Piede Diabetico e ischemia critica, si coinvolge anche lo specialista Endovascolare in modo che, durante la degenza, sia effettuato anche un intervento di angioplastica percutanea.

Quali sono le maggiori criticità nella gestione di queste condizioni?

Sono sicuramente diverse. Innanzitutto il nostro operato è guidato dal rispetto di una serie di norme, condivise a livello internazionale, per garantire l'asepsi e l'antisepsi, impieghiamo pertanto materiale adeguato, in modo anche da evitare che il paziente possa provare dolore e cerchiamo sempre di programmare le medicazioni e la Chirurgia in modo da consentire un intervento urgente per salvare l'arto; inoltre il personale è istruito in tal senso, in modo da garantire un controllo regolare e quotidiano delle condizioni del paziente per consentire in questo modo il trattamento più precoce e adeguato.

Dottore, in che modo è possibile a Suo parere migliorare l'assistenza a questi pazienti?

L'assistenza a questo tipo di pazienti si può migliorare certamente rispettando tutti i parametri, nazionali e internazionali, e le Linee Guida sull'argomento, nonché curando in modo costante la preparazione del personale medico e paramedico. Inoltre un altro aspetto importante è quello di garantire la multidisciplinarietà e implementarla il più possibile, coinvolgendo figure diverse come il Diabetologo, il Cardiologo, l'Anestesista, il Chirurgo Vascolare, in modo da garantire sempre il massimo livello di assistenza al paziente.

Concludendo, quali sono secondo Lei le innovazioni che la ricerca potrà apportare nel trattamento del Piede Diabetico, delle ulcere o delle ferite complesse?

Sicuramente per quanto riguarda la tecnica del *debridement* chirurgico, con idrobisturi o con bisturi a ultrasuoni, l'impiego di medicazioni di diverso tipo potrà aiutare a migliorare il trattamento. Sono infatti disponibili materiali di copertura di diversa natura, in tessuto suino, equino o bovino, ora addirittura esistono medicazioni in cute autologa o omologa e tra poco sarà possibile effettuare impianti di tessuti costituiti da cellule staminali della frazione vasculo-stromale. Quest'ultima innovazione, in particolare, oggi è realtà soltanto in alcuni grandi Centri, ma presto si diffonderà e diverrà pratica comune anche presso il nostro Ambulatorio, consentendoci di garantire un'assistenza caratterizzata da ancor più elevati standard tecnologici.

Intervista con il Dottor Gustavo Velasquez

Specialista in Chirurgia Generale

Direttore Ambulatorio del Piede diabetico e Ferite complesse Casa di Cura Pierangeli

Pescara

Una molecola di 120 anni, successi nella prevenzione cardiovascolare e forse un futuro in prevenzione oncologica

Redazione On Medicine

L'Acido Acetilsalicilico (ASA) è stato brevettato a Berlino nel 1899 e risulta il farmaco più impiegato e più documentato, con studi che hanno coinvolto negli anni un numero molto elevato di pazienti.^{1,2} Lo sviluppo dell'ASA rientra a pieno titolo tra le innovazioni che hanno contribuito a migliorare la vita dell'uomo nello corso dello straordinario progresso della Medicina del secolo scorso, tanto che alcuni studiosi hanno considerato il Novecento "il secolo dell'ASA".² Negli anni gli studi condotti hanno consentito di capire come l'ASA, considerato da sempre utile come antipiretico e analgesico, fosse in grado anche di ridurre drammaticamente la mortalità per infarto del miocardio e dovesse essere assunto quotidianamente per ridurre il ripetersi di episodi coronarici o la chiusura di stent precedentemente impiantati, sfruttando il suo effetto di inibizione dell'aggregazione piastrinica.² Addirittura ha poi sorpreso la dimostrazione che ASA possa ridurre l'incidenza di patologie neoplastiche e la mortalità correlata in diversi studi clinici disegnati per altri scopi.² Una vera e propria rivoluzione nell'impiego tradizionale dell'ASA è stata infine lo sviluppo e l'impiego del basso dosaggio, soprattutto in prevenzione secondaria nei pazienti affetti da cardiopatia ischemica o malattia cerebrovascolare, che si associa a una consistente e significativa riduzione della mortalità e della ricorrenza di eventi aterotrombotici maggiori, a fronte di un accettabile rischio emorragico, soprattutto non fatale. Tuttavia, questa considerazione non sembra essere trasferibile in modo così semplice alla popolazione di individui che potrebbero avere indicazione ad assumere ASA in prevenzione primaria.² Le evidenze scientifiche raccolte sinora circa l'impiego di ASA in prevenzione primaria sembrano far propendere la comunità scientifica internazionale verso una valutazione più favorevole che nel passato, grazie al duplice ruolo del farmaco nel prevenire contemporaneamente malattie cardiovascolari e patologie neoplastiche.² Mancano tuttavia ancora dati chiari e condivisi in merito, che potranno derivare dai numerosi trial prospettici ancora in corso. In attesa che tutti questi aspetti vengano chiariti, nella pratica clinica quotidiana il Medico si trova a dover decidere se trattare o meno i suoi pazienti con ASA, anche in prevenzione primaria, e le indicazioni delle Linee Guida sono controverse. Adottare un atteggiamento troppo prudente, cioè evitare l'impiego del farmaco in prevenzione primaria in tutti i pazienti, potrebbe portare a perdere importanti occasioni di prevenire infarti, ictus e forse tumori. Per aiutare dunque i Medici a prendere decisioni delicate nella pratica clinica, la Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare (SIPREC) ha messo a punto un documento di *expert opinion* che ha raccolto il punto di vista di grandissimi esperti del campo.²

ASA e pratica clinica in Italia

Nella pratica clinica è comune riscontrare un impiego di ASA in prevenzione primaria, anche se non si dispone ancora di precise e univoche indicazioni su quali individui potrebbero trarre maggiore beneficio dal trattamento. Se da un lato la *Food and Drug Administration* americana ha negato l'impiego di ASA in prevenzione primaria, al contrario in Italia la sua prescrivibilità sembra dipendere da numerosi fattori: in molti casi prevale la scelta personale del paziente, in base alla propria preferenza e alla disponibilità del farmaco. L'opinione universalmente condivisa dalla comunità scientifica è che la decisione di iniziare la terapia con ASA debba essere valutata caso per caso e debba tenere il più possibile conto delle caratteristiche individuali del paziente, dei benefici attesi, dei potenziali rischi e delle preferenze del soggetto appropriatamente informato.² La sfida avviata per definire il possibile beneficio netto derivante dalla prescrizione dell'ASA per individui senza precedenti cardiovascolari consiste quindi nell'avere a disposizione una stima attendibile della probabilità di incorrere in eventi ischemici rispetto agli eventi emorragici. In questo dilemma, il ruolo del Medico dovrebbe essere quello di incoraggiare ad assumere ASA gli individui con un'elevata probabilità di incorrere in eventi cardiovascolari e una bassa probabilità di andare incontro a emorragie, scoraggiandone l'impiego in caso contrario.² In questo contesto la riduzione dell'incidenza e della mortalità per cancro potrebbe essere di grande rilevanza per estendere l'indicazione del trattamento con ASA. La creazione di una carta o di un punteggio per il calcolo del rapporto rischio/beneficio cardiovascolare e oncologico integrato sarebbe quindi fortemente auspicabile e potrebbe costituire uno strumento di fondamentale importanza a disposizione del clinico, in attesa che gli studi prospettici siano in grado di chiarire il duplice ruolo combinato dell'ASA nella prevenzione di patologie cardiovascolari e neoplastiche. Una rappresentazione schematica e semplificata della valutazione clinica è fornita in **Figura 1**.²

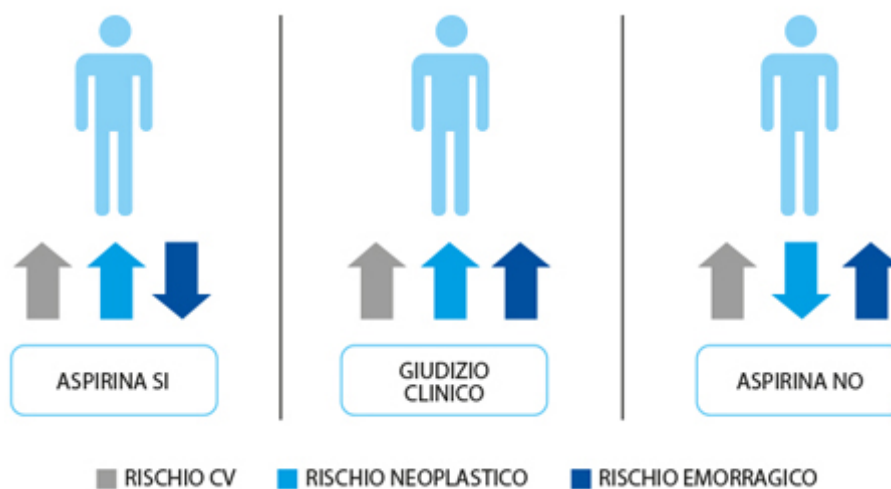


Figura 1. Principi della strategia decisionale per iniziare la terapia con ASA in prevenzione primaria²

I trial in corso

Per quanto riguarda lo sviluppo degli studi prospettici, come accennato in precedenza, sono ora in corso diversi trial sul ruolo dell'ASA in prevenzione primaria, che potrebbero contribuire a colmare la carenza dei dati oggi a nostra disposizione. Lo studio *Aspirin and Simvastatin Combination for Cardiovascular Events Prevention Trial in Diabetes*

(ACCEPT-D) valuterà i benefici dell'aggiunta dell'ASA a basso dosaggio in pazienti diabetici che già assumono simvastatina. L'endpoint primario composito include morte per cause cardiovascolari, infarto miocardico acuto non fatale, ictus non fatale e ricovero per cause cardiovascolari (sindrome coronarica acuta, attacco ischemico transitorio, arteropatia periferica). È previsto un arruolamento di circa 5.170 pazienti e il raggiungimento di 515 eventi complessivi.² Lo scopo dello studio *A Study of Cardiovascular Events in Diabetes* (ASCEND) è invece quello di valutare, in pazienti diabetici senza precedenti eventi aterotrombotici, se la terapia con 100 mg di ASA sia in grado di ridurre in maniera significativa il numero di eventi cardiovascolari maggiori rispetto a quella con placebo e/o un grammo di acidi grassi polinsaturi Omega-3 e di quantificare gli eventi avversi, in particolare quelli emorragici. L'endpoint primario composito è costituito da: morte per cause cardiovascolari, escluso l'ictus emorragico, l'infarto miocardico acuto non fatale, l'ictus non fatale e l'attacco ischemico transitorio.² Lo studio *Aspirin to Reduce Risk of Initial Vascular Events* (ARRIVE) è un trial internazionale randomizzato, in doppio cieco con placebo, volto a valutare l'efficacia in prevenzione primaria e la sicurezza della terapia con 100 mg di ASA gastroprotetto in pazienti a rischio stimato di eventi cardiovascolari >15% a 10 anni (pazienti di sesso maschile di età ≥50 anni e con 2-3 fattori di rischio cardiovascolare e pazienti di sesso femminile di età ≥60 anni con 3 o più fattori di rischio). Lo studio prevede il reclutamento di circa 12.000 pazienti, una durata stimata di circa 5 anni e il raggiungimento di 1.488 eventi complessivi. L'endpoint composito primario è rappresentato da morte per cause cardiovascolari, infarto miocardico acuto non fatale e ictus non fatale.² Il trial *Aspirin in Reducing Events in the Elderly* (ASPREE) esaminerà i benefici dell'ASA nella riduzione di infarto miocardico acuto, ictus, demenza e di alcuni tipi di cancro in soggetti di età superiore a 65 anni (70 anni per l'etnia caucasica) rispetto ai potenziali rischi, in particolare di sanguinamento. Lo studio determinerà inoltre il prolungamento degli anni di vita liberi da disabilità. L'endpoint primario è costituito da: morte per tutte le cause, demenza e disabilità fisica persistente. L'endpoint secondario è costituito da: eventi cardiovascolari e cerebrovascolari fatali e non, ospedalizzazione per scompenso cardiaco, cancro fatale e non fatale, eventi emorragici maggiori e depressione.²

Malattie cardiovascolari: le statistiche italiane

In Italia la mortalità totale si è ridotta di più della metà tra il 1980 e il 2013, grazie soprattutto al fatto che la mortalità per cardiopatia ischemica è diminuita del 63%, quella per malattie cerebro-vascolari addirittura del 70%. Le malattie cardiovascolari rappresentano tuttavia ancora la principale causa di morte per gli italiani. Nel 2013 i dati ISTAT evidenziano che queste patologie contribuiscono per il 37% alla mortalità totale (41% nelle donne e 34% negli uomini); mentre le malattie ischemiche del cuore determinano il 12% della mortalità totale (11% nelle donne, 13% negli uomini) e quelle cerebrovascolari il 10% dei decessi (11% nelle donne e 8% negli uomini). Lo scompenso cardiaco rappresenta un problema "emergente", in quanto spesso costituisce un'evoluzione della cardiopatia ischemica ed è causa ormai di oltre la metà dei ricoveri per malattie cardiovascolari. Dal 1980 al 2000 si è registrata nella popolazione italiana di età 25-84 anni una riduzione degli infarti fatali, non è noto se attribuibile ad azioni di prevenzione primaria sui fattori di rischio della popolazione o ai trattamenti farmacologici e chirurgici in fase acuta, nel setting di prevenzione primaria o secondaria.² Secondo Luigi Palmieri del Dipartimento Malattie Cardiovascolari, Dismetaboliche e dell'Invecchiamento dell'Istituto Superiore di Sanità di Roma, dei 42.927 decessi in meno registrati in quei 20 anni per malattia coronarica ben il 58% è attribuibile ai benefici derivanti dalla riduzione dei principali fattori di rischio nella popolazione (effetto ridotto di un 3% per l'incremento del diabete e dell'obesità), mentre il 40% ai benefici derivanti dal complesso dei trattamenti farmacologici e chirurgici (**Figura 2**).²

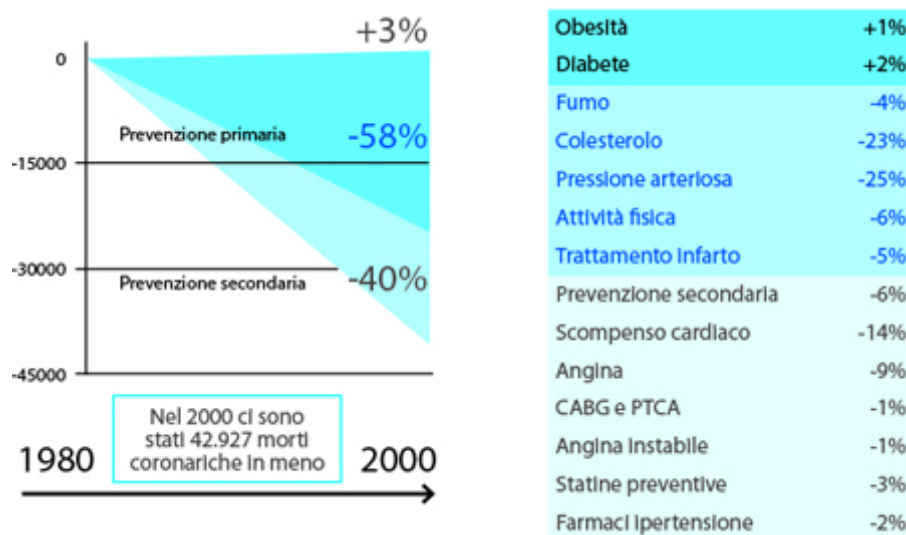


Figura 2. Spiegazione della riduzione della mortalità coronarica in Italia dal 1980 al 2002²

Sempre secondo Palmieri: *“questi risultati enfatizzano l'importanza di una strategia complessiva che da un lato promuova attivamente un'azione di prevenzione primaria di popolazione sulle malattie cardiovascolari perseguendo la riduzione dei principali fattori di rischio attraverso l'adozione di stili di vita salutari, e dall'altra massimizzi la copertura della popolazione con trattamenti farmacologici e chirurgici efficaci”*²

Conclusioni

Seppure la condotta scientifica moderna e più logica faccia propendere per un impiego e un'indicazione più chiara dell'ASA in prevenzione primaria solo dopo una conclusione positiva degli studi prospettici in corso, sembra anche ragionevole esaminare una possibile anticipazione di questo utilizzo, almeno in gruppi di soggetti ben selezionati sulla base degli *score* di rischio. In considerazione del fatto che occorreranno alcuni anni per terminare gli studi prospettici, e trasferire i loro risultati alla comunità medica per l'eventuale impiego clinico, questo modo di agire potrebbe evitare numerosi eventi cardiovascolari e le loro conseguenze: ciò gioverebbe agli individui, ai Sistemi Sanitari, alle Società e all'economia. Lo scopo di questo documento, proposto dalla SIPREC e sviluppato da grandi esperti sull'argomento, è quello di facilitare la comprensione di un grande e importante argomento di prevenzione, che peraltro è ancora oggi complesso e controverso, ma che rappresenterà senz'altro nei prossimi anni uno dei principali temi della prevenzione cardiovascolare.

A cura della Redazione

Bibliografia

1. Volpe M et al. G Ital Cardiol 2014;15(7):442-51
2. Volpe M et al. Aspirina in prevenzione primaria: un nuovo obiettivo dopo 120 anni? Position Paper della Società Italiana per la Prevenzione Cardiovascolare. Documento presentato in occasione del XV Congresso Nazionale SIPREC Marzo 2017.

IL PARERE DELLO SPECIALISTA

La rinosinusite

Alloesio F

Introduzione

La rinosinusite è una patologia infiammatoria che interessa la mucosa nasale e quella sinusale, si presenta frequentemente sia negli adulti che nella popolazione pediatrica e rappresenta uno dei principali motivi di consultazione del Medico di Medicina Generale, del Pediatra e dello specialista in Otorinolaringoiatria. Proprio per la frequenza e le conseguenti implicazioni sociali, sanitarie e lavorative, la rinosinusite dev'essere diagnosticata, inquadrata e trattata correttamente e nei tempi dovuti; il non applicare una o più delle fasi citate potrebbe in alcuni casi creare importanti complicanze nei distretti confinanti, comportando lo sviluppo di patologie anche molto gravi a carico dell'encefalo e degli occhi. Le rinosinusiti possono presentarsi in forme diverse e devono essere diagnosticate in base ai sintomi, al comportamento e all'evoluzione, pertanto per ognuna di esse è necessario adottare la giusta e più appropriata condotta terapeutica. Il fine che lo specialista deve proporsi con la strategia medica e/o chirurgica è innanzitutto quello di migliorare la qualità di vita del paziente. Dal punto di vista anatomico le mucose delle fosse nasali sono delle estensioni che fuoriescono dalle cavità sinusali e tappezzano le pareti nasali, composte medialmente dal setto (osteo-cartilagineo) e lateralmente dai turbinati (inferiore, medio, superiore e, talvolta, supremo) e dalle cavità, chiamate seni paranasali (mascellari, etmoidali, frontali e sfenoidali), collegate alle fosse nasali attraverso i loro osti di comunicazione. Attualmente si tende a far rientrare nel termine "rinosinusite" anche le forme di flogosi delle mucose nasali che sino a qualche anno fa venivano definite come "rinite acuta". La patologia infiammatoria interessa infatti non solo le mucose nasali, ma anche quelle dei seni paranasali. Le moderne tecniche diagnostiche, che si avvalgono dell'impiego delle fibre ottiche, ci confortano ogni giorno sull'esatta interpretazione di queste realtà. È innanzitutto importante conoscere la fisiologia relativa alla ventilazione, al drenaggio e al meccanismo di difesa che si esplica a livello delle cavità paranasali contro gli agenti patogeni; solo così si potrà interpretare correttamente le dinamiche che portano allo sviluppo di condizioni patologiche e, conseguentemente, attuare la terapia più corretta. Dobbiamo considerare che il benessere delle mucose dei seni paranasali dipende in modo particolare dalla loro ventilazione: a ogni atto inspiratorio che noi compiamo, infatti, l'aria che entra attraverso le fosse nasali, per una variazione di pressione, dovrebbe fuoriuscire dalle cavità paranasali attraverso gli osti e i condotti ivi presenti, permettendo così la rimozione del muco. Durante l'espiazione, invece, dovrebbe verificarsi il fenomeno contrario, cioè l'ingresso di aria nelle cavità paranasali. Il regolare flusso di aria nei seni paranasali, la corretta ossigenazione dei medesimi e la rimozione continua del muco prodotto dalle cellule mucipare rappresentano i meccanismi fisiologici che garantiscono l'integrità della mucosa stessa. L'insorgenza delle rinosinusiti è dovuta pertanto a diversi aspetti patogenetici, che possiamo ricondurre a:

1. ostruzione degli osti di comunicazione;
2. difetti del trasporto muco-ciliare;
3. alterazioni qualitative e quantitative del muco.

Ostruzione degli osti di comunicazione

Gli osti sono strutture anatomiche di piccole dimensioni, tubulari, con un diametro variabile da 1,2 mm (per quelli delle cellule etmoidali) a 2,4 mm (per quelli mascellari). La loro ostruzione può essere provocata da fattori meccanici come la deviazione del setto, una poliposi nasale, eventuali neoplasie, la presenza di corpi estranei o di malformazioni anatomiche congenite; ma più frequentemente essa può dipendere da una condizione infiammatoria come la rinite, la rinoadenoidite, una rinite vasomotoria o allergica, o ancora essere legata a patologie di altra natura come la fibrosi cistica, malattie del collagene o riniti iatrogene (medico-chirurgiche). Tutte le condizioni patologiche sopra citate provocano infatti edema della mucosa e, in particolar modo, del meato medio dove sboccano gli osti dei seni principali (mascellari, etmoidali anteriori e frontali).

Difetti del trasporto muco-ciliare

La mucosa delle cavità nasali e dei seni paranasali è costituita da diversi strati cellulari, tra cui figurano le cellule cosiddette ciliate, dotate cioè di “ciglia” che, mediante un movimento continuo e ritmico a una frequenza media di 500 battiti al minuto (quando la mucosa è integra), tendono a far avanzare lo strato mucoso sovrastante secondo un fenomeno definito “trasporto muco-ciliare”. Alcuni difetti di questo meccanismo possono essere dovuti a patologie congenite (sindrome delle cilia immobili, sindrome di Kartagener, fibrosi cistica) o più frequentemente possono essere indotte da continue infezioni batteriche, virali e/o micotiche.

Il risultato di un trasporto muco-ciliare insufficiente è l'accumulo di secrezioni mucose che favoriscono l'impianto e la proliferazione di abbondante flora batterica, con il concorso di numerose cellule che intervengono nel processo infiammatorio, in particolare i granulociti neutrofili.

Alterazioni qualitative e quantitative del muco

Non meno importante è l'ipersecrezione delle ghiandole mucipare, che appaiono quasi sempre in fase di mutazione metaplasica, associata al rallentamento o blocco del trasporto muco-ciliare; questa condizione è all'origine dell'incremento della viscosità del secreto e della variazione del pH, che tende a una maggiore acidità con conseguente aumento dell'ostruzione degli osti, originando così un circolo vizioso (ciclo sinusale patologico) che si manifesta come patologia sinusitica.

Il quadro diagnostico

Come già detto precedentemente, è metodologicamente più corretto, nonché ormai accettato da tutta la comunità scientifica, definire la patologia rinitica come “rinosinusite”, anche perché nella quasi totalità dei casi di rinite è presente anche un quadro sinusitico.

La rinosinusite, compresa la poliposi nasale, presenta due o più dei seguenti sintomi, in grado differente a seconda della

gravità della patologia:

1. ostruzione/congestione nasale;
2. rinorrea anteriore/posteriore;
3. dolore/pressione facciale;
4. riduzione o perdita dell'olfatto.

Alla Tomografia Computerizzata (TC) questi soggetti presentano inoltre segni di modificazione della mucosa del complesso ostiomeatale e/o dei seni paranasali.

La gravità della rinosinusite viene valutata mediante una scala numerica che va da 0 (nessun fastidio) a 10 (massimo fastidio) ed è il paziente stesso a indicare il livello numerico di "gravità" della rinosinusite. Nello specifico, per valori compresi tra 0 e 3 la rinosinusite si definisce "lieve", da 3 a 7 "moderata" e da 7 a 10 "severa". Secondo questo criterio la rinosinusite può essere altresì classificata a seconda della durata della sintomatologia in: acuta, se si risolve completamente senza più alcun sintomo nel giro di 12 settimane, oppure cronica (persistente) nel caso in cui la sintomatologia si protragga oltre la dodicesima settimana.

Come già considerato, il complesso ostiomeatale riveste un'importanza primaria nel mantenimento dell'integrità delle cavità paranasali. Una riduzione del calibro dell'ostio con aumento della stasi del muco, per diminuito drenaggio o per un'alterazione della sua viscosità, o ancora un difetto nel movimento delle cilia, possono essere all'origine di una rinosinusite, che può cronicizzarsi qualora questo circolo vizioso, complicato dalla sovrapposizione microbico-micotica, non venga tempestivamente interrotto.

Il più delle volte i polipi nasali e la rinosinusite cronica sono spesso valutati come unica entità, nonostante esistano differenze morfologiche oggettive ben evidenti e perché la recidiva di poliposi, anche dopo un netto miglioramento apportato dalla terapia chirurgica, sia cosa piuttosto frequente.

L'incidenza della rinosinusite acuta virale (ovvero il comune raffreddore) non è facilmente valutabile poiché, essendo considerato uno stato di lieve anomalia del benessere, solitamente non richiede consulto medico; si considera comunque che in un soggetto adulto si verifichino circa tre episodi di rinosinusite acuta virale all'anno, mentre in età pediatrica la frequenza di questa condizione sale addirittura a 7-10 episodi all'anno. Per le forme di rinite batterica i dati a disposizione sono più certi per via della maggior durata di queste infezioni. Sembra comunque che alcune forme di rinosinusite esordiscano come virali per poi essere complicate nel corso della malattia da infezione batterica. I batteri più frequentemente isolati dai seni mascellari di soggetti con rinosinusite acuta non virale sono lo *Streptococcus pneumoniae*, l'*Haemophilus influenzae* e la *Moraxella catarrhalis*: quest'ultima in particolare è il più frequente patogeno isolato nelle sinusiti acute batteriche in età pediatrica.

I risultati di studi condotti negli ultimi quindici anni sono concordi nell'affermare che la componente di infiltrato eosinofilo e micotico del muco è sempre piuttosto abbondante.

La poliposi nasale non sempre può essere diagnosticata per via dell'impossibilità di eseguire una corretta diagnosi mediante indagine con fibre ottiche, pertanto in molti casi la sintomatologia, perfettamente sovrapponibile a quella della rinosinusite, induce in errore.

Non esiste una corrispondenza assoluta tra allergia e poliposi nasale, mentre esiste un sicuro rapporto tra poliposi nasale e asma non allergico.

Oggi la diagnosi delle patologie rinosinusali acute e croniche è molto più precisa e circostanziata, anche grazie a una serie di nuove tecnologie che si sono rese disponibili. Non bisogna mai dimenticare l'anamnesi, cioè la raccolta dei sintomi e di tutte le informazioni che si possono ottenere ascoltando attentamente il racconto dell'iter del paziente, cui deve seguire un'accurata valutazione endoscopica delle cavità nasali al fine di valutare presenza di polipi, edema, rinorrea, sangue nel secreto, *crusting* e sinechie in caso di interventi precedenti. Può essere interessante anche l'esecuzione di un tampone nasale, la rinomanometria e la TC dei seni paranasali senza mezzo di contrasto, che ormai da più di vent'anni viene considerata la tecnica di *imaging* di elezione poiché la RX tradizionale non è in grado di fornire l'esatta estensione della patologia e di descrivere dettagliatamente l'anatomia del naso e delle cavità paranasali.

L'approccio terapeutico

La terapia delle rinosinusiti acute o croniche acutizzate giunte per la prima volta alla nostra osservazione dovrebbe essere sempre medica o medico-chirurgica. Il trattamento può prevedere la somministrazione di corticosteroidi in associazione ad antibiotici e irrigazioni nasali con soluzioni saline ipertoniche, i presidi più impiegati e che danno i migliori risultati in tempi più brevi. Certamente in alcuni casi si deve intervenire tempestivamente con la chirurgia, cioè qualora la vita del paziente sia a rischio o lo siano le strutture nobili. Sono utili anche applicazioni topico-locali con associazioni a base di corticosteroidi e antistaminici sotto forma di nebulizzazioni nasali; e non è da sottovalutare il ricorso a cure termali con acque salsobromojodiche, ferrose e solforose, che a fronte di assenza di invasività possono apportare grandi benefici alla qualità della vita del paziente. Bisogna altresì tenere sempre presente che queste ultime applicazioni non devono mai essere praticate durante la fase acuta della malattia.

Per quanto riguarda invece l'approccio chirurgico, negli anni c'è stata una grande evoluzione dal punto di vista tecnico, resa possibile dagli studi di Messerklinger, dall'introduzione delle fibre ottiche e della tecnica endoscopica da parte di Stamberger, Wigand, Kennedy e altri negli anni '90, definita con il nome di *Functional Endoscopic Sinus Surgery* (FESS), che ha lo scopo di ripristinare le condizioni fisiologiche normali del naso e delle cavità accessorie collegate.

Conclusione

Le rinosinusiti rientrano, a livello epidemiologico, tra le patologie respiratorie croniche di maggior peso. Esse costituiscono nel loro insieme un serio problema di salute pubblica, con un impatto importante sulla qualità di vita e sulla disabilità dei pazienti e ripercussioni anche di tipo economico su famiglie, comunità e popolazione in generale. Nonostante il progressivo interesse per la patologia rinosinusitica suscitato durante i vari congressi internazionali, alcuni aspetti restano tuttavia sconosciuti e ciò avviene in parte per la mancanza di studi nel lungo periodo su campioni di popolazione selezionati. Pertanto, per un approccio quanto più efficace a questa condizione, è utile che i vari Specialisti coinvolti collaborino con il Medico di Medicina Generale, in modo da arrivare ad approfondire gli aspetti legati ai fattori di rischio e di predisposizione genetica individuale, gli aspetti fisiopatologici che legano alte e basse vie aeree e il ruolo delle infezioni batteriche rinosinusitiche. Questo non potrà che ripercuotersi positivamente sulla qualità di vita dei pazienti stessi e sui costi socio-economici complessivi.

A cura di

Federico Alloesio

Medico Chirurgo, specialista in Otorinolaringoiatria e Chirurgia Cervico-Facciale

ASL- AL Ospedali di Acqui Terme e Casale M.to

Fonti bibliografiche

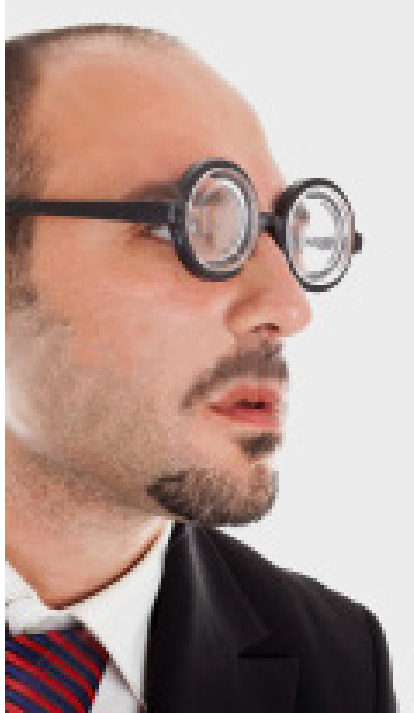
1. Castelnuovo P et al. Rinosinusite. Nuove opportunità terapeutiche per un nuovo decennio. Airon Edizioni. 2008.
2. Lund VJ et al. Staging for rhinosinusitis. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1997 Sep;117(3 Pt 2):S35-40.
3. Savolainen S. Allergy in patients with acute maxillary sinusitis. *Allergy.* 1989 Feb;44(2):116-22.

Eventi di più comune riscontro in corso di collaborazione con Sintesi InfoMedica *

MUTAZIONI CREATIVE



IPERVISIONE STRATEGICA



EUFORIA DA SUCCESSO



* Data on file Sintesi Infomedica 2000-2017
ATTENZIONE. Gli effetti sono dose-dipendente e non transitori

INTOLLERABILMENTE EFFICACI

Siamo un'agenzia di comunicazione specializzata nell'area Healthcare; sviluppiamo strategie di informazione e formazione scientifica e le supportiamo attraverso un'ampia gamma di prodotti e servizi.

Siamo un team di professionisti con storie ed esperienze diverse, che condividono le proprie competenze per creare progetti innovativi di elevata qualità scientifica.

Siamo dei buoni ascoltatori e dei partner flessibili; rispondiamo in modo rapido alle richieste dei nostri clienti grazie a una struttura agile ed esperta.

Siamo una realtà nata e cresciuta in Italia, ma ci avvaliamo di specialisti internazionali per far parlare i nostri progetti in tutte le lingue.

Siamo così. Prendeteci, sul serio.



**Soluzioni integrate per la
comunicazione medico-scientifica**

Via G. Ripamonti, 89 - 20141 Milano (Italia)
Tel. +39 02 56665.1 - Fax +39 02 97374301
www.sintesi-infomedica.it - info@sintesiinfomedica.it

