

Le riniti sovrapposte: ovvero non solo rinite allergica. Ruolo fondamentale della citologia nasale

Matteo Gelardi, Massimo Landi*



Parole chiave: citologia nasale, riniti sovrapposte, Nares, Naresma, Narma

Abstract

La citologia nasale è l'unica metodica che consente la diagnosi differenziale nelle cosiddette riniti sovrapposte in cui sono presenti più patologie nasali: rinite allergica (RA) e NARES o RA e NARESMA o RA e NARMA oppure rinosinusite con sottostante flogosi allergica minima persistente.

In un numero precedente della rivista ¹ abbiamo preso in considerazione l'importanza del ruolo della citologia nasale nella diagnostica differenziale delle riniti vasomotorie in pediatria.

Vale la pena ricordare come il termine "vasomotorio" significhi semplicemente "naso ribelle" e che pertanto al suo interno si collochino sia le riniti allergiche che quelle non allergiche, meglio definite come riniti cellulari, in base al tipo di cellula presente (Nares, Naresma, Narma, Narne) ²⁻⁴.

In questo articolo prenderemo in considerazione il concetto di "sovrapposizione" di più patologie nasali. In quest'ottica ci faremo aiutare da alcuni casi clinici: Alberto, di anni 11, allergico monosensibile alla betulla.

Sintomatologia prevalente nel periodo febbraio/marzo (vive al nord) ma con esacerbazioni caratterizzate da starnutazioni e rinorrea in periodi al di fuori della naturale presenza dell'allergene.

Viene eseguito citologico nasale nel mese di novembre che evidenzia la presenza di mastociti (Fig. 1) confermando una diagnosi di Narma sovrapposta alla rinite allergica.

La presenza dei mastociti correla inoltre con la sintomatologia caratterizzata prevalentemente da rinorrea e da starnutazione.

Lena, di anni 13, allergica monosensibile agli acari, presenta una sintomatologia rinitica ricorrente e dispnea da sforzo.

Il citologico nasale con notevole presenza di mastociti ed eosinofili depone per una Naresma sovrapposta alla sensibilizzazione agli acari. (Figg. 2, 3).

Gabriele, di anni 8, cutipositivo per graminacee, asenzio ed ambrosia con sintomatologia persistente e peggioramento nei mesi primaverili ed estivi, presenta nel mese di gennaio un citologico compatibile con Nares (Fig. 4).

Antonio, di anni 13, presenta episodi febbrili ricorren-

UOS di Rinologia, Azienda Ospedaliera Policlinico Bari; * Pediatria di Gruppo, Asl TO1, Torino

gelardim@inwind.it, landi@alma.it

Gli Autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

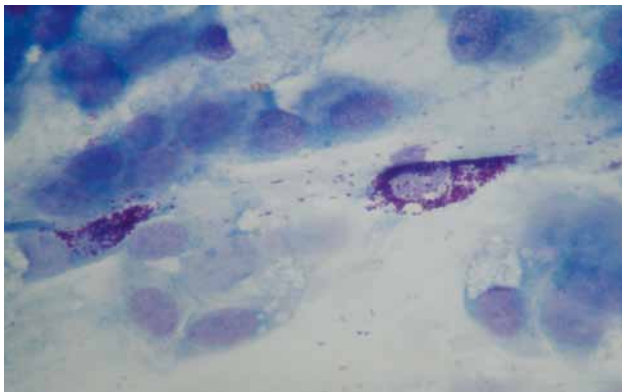


Fig. 1. Mastociti in degranulazione (Narma).

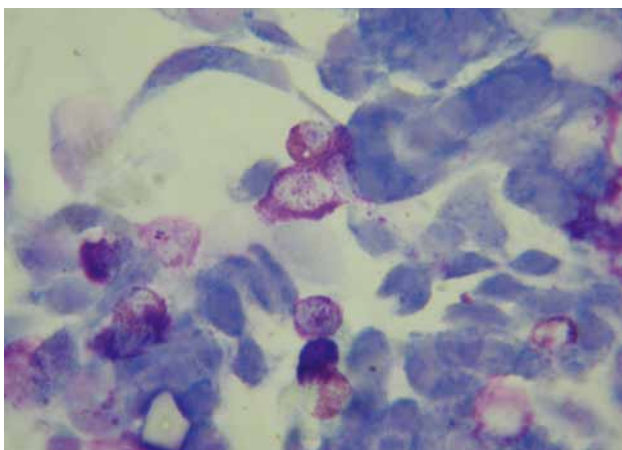


Fig. 2. Mastociti ed eosinofili (Naresma).

ti, particolarmente durante i mesi invernali, con post nasal drip e rinorrea anteriore muco-purulenta confermato in fibroscopia nasale.

La citologia nasale conferma il quadro di rinosinusite ma evidenzia una flogosi minima persistente correlata con una cutipositività agli acari successivamente dimostrata (Figg. 5, 6).

Discussione

Nella pratica clinica ambulatoriale di un centro rino-allergologico, alcune forme di rinopatie, quali, ad esempio, le riniti "sovrapposte", oltre ad essere particolarmente ricorrenti, (13% da casistica personale) impegnano l'allergologo, l'otorinolaringoiatra e il pediatra in una diagnostica clinico-strumentale piuttosto articolata e complessa. Infatti, soltanto una attenta e alquanto allargata utilizzazione delle diagnostiche

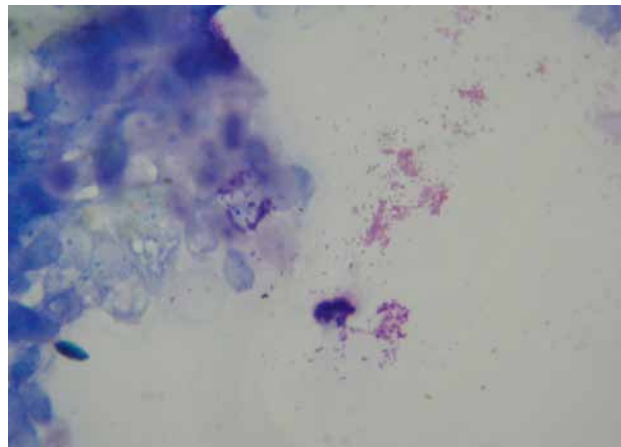


Fig. 3. Mastociti ed eosinofili in degranulazione (Naresma).

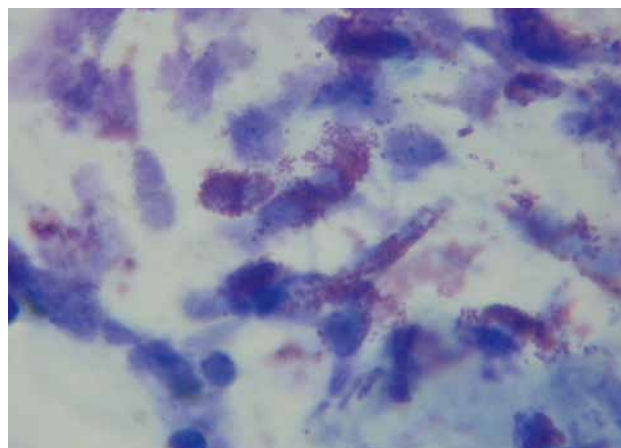


Fig. 4. Eosinofili in degranulazione (Nares).

oggi a disposizione del rinologo, potrà consentire di individuare e meglio trattare patologie nasali, anche le più complesse.

Per una più accurata diagnosi, il paziente rinopatico deve poter seguire un preciso percorso diagnostico rino-allergologico (Fig. 7), la cui cronologia deve essere ben articolata e comprendere, oltre ad una attenta ed approfondita anamnesi, almeno quattro livelli di indagine: a) indagine "rinoscopica" (mediante rinoscopia anteriore ed endoscopia nasale); indagine "microscopica" (mediante citologia nasale); indagine "allergologica" (mediante skin prick tests) e indagine "funzionale" (mediante rinomanometria anteriore attiva di base e dopo decongestione). È possibile eseguire quest'ultima indagine anche in piccoli pazienti "collaboranti" (> 5 anni), riservando il test di decon-

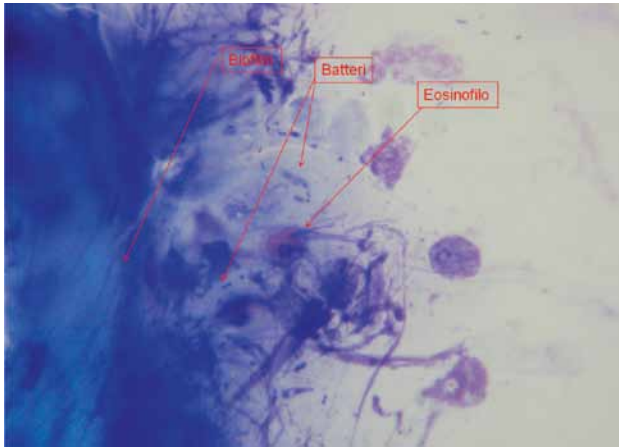


Fig. 5. Rinosinusite e flogosi allergica minima persistente.

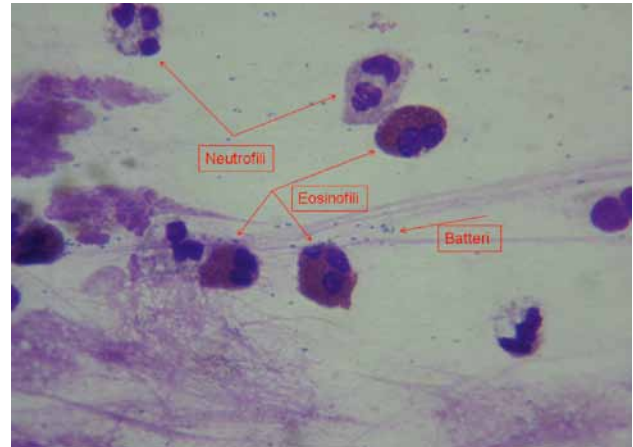


Fig. 6. Rinosinusite e flogosi allergica minima persistente.

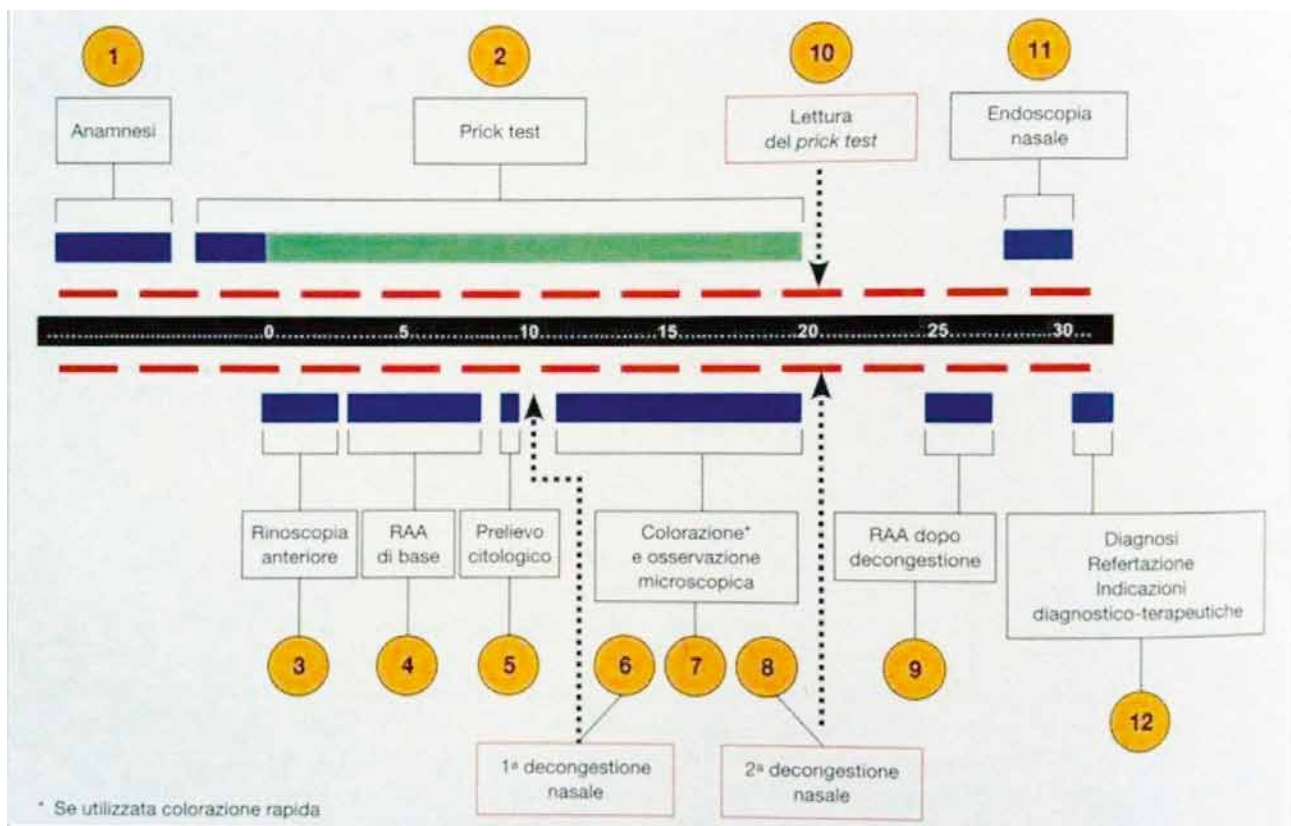


Fig. 7. Percorso diagnostico.

gestione soltanto ai pazienti con età superiore ai 12 anni. Ulteriori valutazioni diagnostiche (RAST, Olfattometria, Trasporto muco-ciliare, Test di provocazione nasale specifico, Rinometria acustica, TC, RM, Studio della B2 transferrina, ecc.) potranno essere richieste qualora necessarie.

Rimanendo nell'ambito della diagnostica rinoallergologica, siamo sempre più convinti che le riniti "sovrapposte" debbano essere sempre diagnosticate, in quanto presentano un'evoluzione clinica diversa dalle RA "pure". Anche per evitare erronee stime epidemiologiche, (quali, ad esempio, addebitare alla RA

Tab. I. Quando sospettare più riniti “sovrapposte” (per esempio rinite allergica associata a NARESMA, NARES, NARMA).

Criteri clinici
<ul style="list-style-type: none">• Sintomatologia rinitica “vasomotoria” cronica (ostruzione nasale, rinorrea, starnutazione a salve) presente anche fuori dal periodo pollinico, in paziente con skin prick test e/o RAST positivi• Esaltata reattività nasale di tipo “vasomotorio” a stimoli aspecifici (sbalzi di temperatura, stimoli luminosi, profumi intensi, fumo di sigaretta, esposizione al cloro (nuoto) ecc.• Alterazioni del gusto e dell’olfatto (sospettare iniziale poliposi nasale)• Anamnesi familiare positiva per poliposi nasale, NARES, NARMA, NARESMA, asma, sensibilità all’acido acetilsalicilico, ipo-anosmia, rinite vasomotoria etichettata “aspecifica”, pregressi interventi chirurgici di decongestione dei turbinati con scarsi risultati nel medio-lungo termine• Utilizzo ricorrente di decongestionanti nasali• Scarso o assente beneficio clinico-sintomatologico dopo decongestione chirurgica dei turbinati• Scarso o assente beneficio clinico-sintomatologico dopo ciclo di immunoterapia specifica (ITS)
Criteri citologici
<ul style="list-style-type: none">• Per le forme a sintomatologia “persistente” il sospetto di sovrapposizione va posto in tutti i pazienti con rinocitogramma caratterizzato da una tipologia cellulare diversa dalla “flogosi minima persistente” (cioè quella caratterizzata da numerosi neutrofili, alcuni linfociti e rari eosinofili, con rari segni di degranulazione), ove è presente una eosinofilia > 20% e /o una mastocitosi > 10%• Per le forme a sintomatologia “intermittente” il sospetto di sovrapposizione va posto in tutti i pazienti con rinocitogramma positivo (eosinofilia > 20% e/o mastocitosi > 10%) fuori del periodo pollinico corrispondente all’allergene/i accertato/i ai test allergologici (skin prick test e/o RAST)• Solitamente il mese di novembre è quello maggiormente utilizzato in rinocitologia per “smascherare” le rinopatie sovrapposte, essendo questo mese caratterizzato dall’assenza della maggior parte dei pollini aerodispersi. La presenza di cellule immunoflogistiche (eosinofili e/o mastociti) associata a sintomatologia rinitica confermerà la sovrapposizione

un aumento dell’incidenza della malattia asmatica, o co-morbilità quali rinosinusiti, patologie otologiche, disturbi del sonno, poliposi nasale), fallimenti terapeutici (vedi ad esempio la mancata o ridotta risposta terapeutica dell’immunoterapia specifica (ITS)), oltre a prevenire le complicanze (asma, poliposi nasale ecc). A tal proposito occorre evidenziare l’importante ruolo svolto dalla citologia nasale, quale unica indagine di laboratorio in grado di diagnosticare le RNA “cellulari”, di “smascherare” le riniti “sovrapposte” (Tab. I), di confermare le riniti IgE mediate e di monitorare il trattamento terapeutico⁵. Pertanto, è auspicabile che tale diagnostica, a nostro avviso di grande utilità, ma ancora poco utilizzata e valorizzata, possa entrare in maniera più sistematica nell’iter diagnostico delle rinopatie.

Conclusioni

La diagnostica rinoallergologica è una procedura articolata e complessa. L’anamnesi del paziente deve essere quanto più approfondita. Le diagnostiche strumentali hanno un ruolo determinante per consentire

una più precisa diagnosi clinica, in particolar modo delle riniti vasomotorie non allergiche “cellulari” e delle riniti “sovrapposte”, patologie non sempre diagnosticate e per molti ancora sconosciute.

Bibliografia

- ¹ Gelardi M, Landi M. *La citologia nasale nell’approccio diagnostico terapeutico delle riniti vasomotorie in età pediatrica*. RIAP 2011;25(05):28-34.
- ² Jacobs RL, Freedman PM, Boswell RN. *Non allergic rhinitis with eosinophilia (nares syndrome): clinical and immunological presentation*. JACI 1081;67:253-7.
- ³ Gelardi M, Maselli del Giudice A, Fiorella ML, et al. *Non allergic rhinitis with eosinophils and mast cells (NARESMA) constitutes a new severe nasal disorder*. Int Journal Immunopathol Pharmacol 2008;23:325-31.
- ⁴ Connel JT. *Nasal mastocytosis*. J Allergy 1969;43:182-9.
- ⁵ Gelardi M, Marsegli GL, Licari A, et al. *Nasal cytology in children: recent advances*. Ital J Pediatr 2012;38:51.