Conclusioni

P. Castelnuovo
Clinica Otorinolaringoiatrica Università dell'Insubria - Azienda Ospedaliera Universitaria, Ospedale di Circolo Fondazione Macchi di Varese

Negli ultimi dieci anni l'interesse verso la patologia rinosinusitica ha permesso la compilazione di un vasto numero di *consensus documents* e *position papers* nel tentativo di inquadrare dal punto di vista fisiopatologico, diagnostico e terapeutico questa patologia, valutandone inoltre le implicazioni socio-economiche. Nell'ultimo *European Position Paper 2007* sono state esposte le Linee Guida nell'ambito della patologia rinosinusitica. Queste Linee Guida sono state riportate e discusse in questo volume con la collaborazione di diversi specialisti. Le novità principali riguardano la diagnosi ed il trattamento medico e chirurgico.

Diagnosi clinica e strumentale

La "rinosinusite" può essere diagnosticata utilizzando la sola osservazione clinica (sintomi lamentati dal paziente e loro durata nel tempo). Le rinosinusiti si suddividono in acute, acute complicate, acute ricorrenti, subacute e croniche. La rinite acuta (comune raffreddore) non dura più di 5 giorni, se i sintomi non regrediscono nonostante la terapia decongestionante e antistaminica, il quadro può evolvere in rinosinusite acuta, lieve o moderata, tali da richiedere ulteriori terapie e approfondimenti. Dunque un raffreddore che non si risolve in 5 giorni non deve mai essere sottovalutato. Così come non vanno trascurati i segni clinici che, in caso di malattia grave (*ab inizio* o derivante dal progressivo peggioramento del quadro clinico) sono indicativi per complicanza intracranica o orbitaria (rinosinusite acuta complicata). Se gli episodi acuti si ripetono nel tempo con una completa risoluzione del quadro clinico tra un episodio acuto e l'altro si parlerà allora di rinosinusite acuta ricorrente mentre se la sintomatologia, sebbene sfumata, ha una durata maggiore delle 12 settimane si tratta di rinosinusite cronica. È confermata l'importanza del ruolo dell'infezione batterica, con l'ausilio dell'endoscopia nasale è oggi possibile effettuare un prelievo di secrezioni nasali a livello dell'ostio sinusale interessato e quindi instaurare una terapia antibiotica mirata, abbandonando l'utilizzo della puntura diameatica. Notevole importanza hanno acquisito gli studi sulla citologia nasale capace di orientare la diagnosi tra le diverse forme rinosinusitiche.
L'endoscopia nasosinusale è il cardine della diagnostica specialistica nelle forme di rinosinusite acuta e ricorrente e nella forma cronica. In queste condizioni è di fondamentale importanza l'osservazione del COM e del RSE, per valutare la funzionalità del trasporto mucociliare e/o la presenza di varianti anatomiche o di formazioni polipoidi limitanti la funzionalità sinusale. L'endoscopia in questi casi guida e precede l'indagine radiologica ed inoltre controlla la guarigione, sostituendo in questo, il controllo radiologico.
Sono importanti nel processo diagnostico le nuove indagini radiologiche, che hanno sostituito l'utilizzo della metodica tradizionale (RX dei seni paranasali). Nello studio del distretto sinonasale il gold standard è rappresentato dalla TC ad alta risoluzione (TC HR) con ricostruzioni nelle proiezioni assiale-coronale e sagittale. Lo studio TC HR evidenzia le fini varianti anatomiche dei diversi compartimenti sinusali, alla base dell'alterazione della ventilazione e del drenaggio sinusale. Questo dato, nelle forme acute e ricorrenti, acquista da solo un significato patogenetico nonostante un reperto radiologico di seno non opacato. Di fronte alle neoformazioni monolaterali (rinosinusite cronica iperplastica o polipoide) o nei casi in cui si sospetti una complicanza sinusitica è necessario lo studio RM (con gadolinio). L'analisi morfologica dei tessuti eseguita dalla RM può infatti differenziare una rinosinusite polipoide da un mucocele, da una micosi, da una neoformazione vascolare, da un'ernia cerebrale, da un tumore benigno o maligno.
Nei casi più complessi l'approccio diagnostico e terapeutico si avvale della collaborazione di diversi specialisti (pneumologo, allergologo, infettivologo-microbiologo) offrendo al paziente affetto da atopia, sindrome rinobronchiale, fibrosi cistica o da disturbi immunitari, un approccio multidisciplinare poiché le diverse problematiche presenti nei diversi distretti compartecipano alla patogenesi del disturbo sinusitico.

Trattamento medico e chirurgico

Le novità in questo ambito consistono nella terapia steroidea topica che permette, in modalità singola, di prevenire il trasformarsi di una rinite acuta in una rinosinusite acuta se instaurata precocemente (dopo 5 giorni di sintomi sinonasali) e mantenuta per 7-14 giorni.
Essa inoltre viene associata, nelle forme rinosinusitiche severe, alla terapia antibiotica sistemica sfruttando le intrinseche caratteristiche di farmaco antinfiammatorio ed antiedemigeno. Assume un ruolo fondamentale nelle forme acute ricorrenti allungando il periodo di benessere del paziente tra gli episodi sinusitici limitando l'edema mucoso a livello degli osti sinuasli e dunque migliorando la ventilazione sinusale. Questo aspetto è particolarmente importante nei soggetti atopici. Infine, ha un ruolo di mantenimento nelle forme di rinosinusite cronica sottoposta ad intervento chirurgico, principalmente nelle forme polipoidi poiché rallenta o previene la riformazione di polipi nasali se utilizzata a cicli.
Nel campo del trattamento chirurgico l'approccio endoscopico endonasale ha rivoluzionato negli ultimi vent'anni il trattamento chirurgico della rinosinusite, rappresentando attualmente il *gold standard* terapeutico. Il bersaglio di questa terapia è ottenere la pervietà degli osti sinusali riducendo al minimo il sacrificio delle strutture anatomiche lungo l'approccio chirurgico. In questo caso la chirurgia endoscopica ha un ruolo funzionale di risoluzione del

meccanismo patogenetico. Essa ha sostituito gli approcci esterni trasfacciali grazie alla sua caratteristica di miniinvasività e di visione angolata. In questo modo i tessuti circostanti non vengono traumatizzati e dunque gli esiti cicatriziali vengono sensibilmente ridotti con una netto miglioramento del decorso postoperatorio ed una riduzione della degenza ospedaliera. Va sottolineato che il trattamento chirurgico risolve la componente strutturale meccanica della patogenesi, permettendo alla terapia medica associata il controllo della componente mucosale. Questo ruolo propedeutico del trattamento chirurgico in favore di quello medico è maggiormente enfatizzato nelle forme croniche eosinofile o polipoidi. In queste forme la patogenesi è sistemica (immunitaria) ed il trattamento a tutt'oggi è solamente sintomatico e si avvale dell'associazione della terapia medica e chirurgica. Il trattamento medico ragionato si avvale della competenza degli specialisti coinvolti: Allergologo, Immunologo, Pneumologo, Infettivologo, come dimostrato in questo volume.

Nonostante il progressivo interesse per la patologia rinosinusitica suscitato durante i meetings internazionali, alcuni aspetti restano tuttora sconosciuti e ciò avviene in parte per la mancanza di *long-term clinical trials* documentati su campioni di popolazione selezionati. In questo è utile la reciproca collaborazione nel tempo fra i vari Specialisti ed il MMG. Si potranno così approfondire gli aspetti legati ai fattori di rischio e predisponenti indirizzando gli studi genetici, gli aspetti fisiopatologici che legano alte e basse vie aeree, il ruolo delle infezioni batteriche nasosinusali (persistenza delle infezioni, resistenza alla terapia antibiotica), la qualità di vita (QoL) dei pazienti stessi ed i costi socio-economici.