

# GESTIONE DEL PAZIENTE CON CONGESTIONE NASALE IN MEDICINA GENERALE

Prescrivere

GERMANO BETTONCELLI

Coordinatore Nazionale Area Pneumologica SIMG

La patologia delle prime vie aeree vanta una diffusione nella popolazione difficilmente riscontrabile in altre condizioni cliniche. Se tra le forme acute la patologia virale interessa, con ricorrenza e intensità variabili, praticamente tutti gli individui, altre forme di rinite, pur diverse per substrato eziopatogenetico e decorso clinico, rappresentano comunque un problema assai rilevante per un'ampia fascia di popolazione. Come è noto i pazienti affetti da queste malattie oscillano tra una totale autogestione basata su tradizionali rimedi domestici, il ricorso al farmacista che fornisce consigli e farmaci da banco e il consulto del proprio medico di famiglia. Questi comportamenti fanno sì che il fenomeno resti ancora ampiamente ignorato nella sua reale dimensione epidemiologica, con conseguenze importanti non solo per il paziente ma anche per il sistema sanitario. I motivi di questa situazione vanno ricercati nella sottovalutazione del problema, nella diffusa percezione della rinite quale semplice disturbo piuttosto che malattia a tutti gli effetti, malattia in verità non solo spesso cronica, ma talora complessa e dai risvolti potenzialmente gravi. Tale atteggiamento non è prerogativa esclusiva dei pazienti; anche i medici, infatti, malgrado la rinite sia una tra le prime dieci cause di accesso allo studio del Medico di Medicina Generale (MMG) <sup>1</sup>, non di rado trascurano di indagare la storia, i segni e i sintomi che nella maggior

parte dei casi potrebbero, con relativa facilità, indirizzare alla diagnosi. La non corretta gestione della rinite può nei casi acuti favorire le complicanze a carico dei seni paranasali, mentre nelle forme croniche l'assenza di una terapia razionale può da un lato impedire un soddisfacente controllo della malattia e dall'altro portare all'abuso di farmaci potenzialmente dannosi.

Quanto detto è stato anche recentemente confermato da un'indagine su *Health Search* <sup>2</sup>, che ha mostrato una prevalenza di diagnosi di rinite allergica attorno al 4% a fronte di stime della letteratura attestata al 20%. Per molti pazienti questo significa in pratica rassegnarsi a vivere una condizione particolarmente pesante in termini di impatto sulla qualità della vita, con riflessi assai negativi sull'attività scolastica e lavorativa. A seguito di queste osservazioni è stato messo a punto un semplice strumento per l'autovalutazione che potrebbe aiutare il paziente a essere più consapevole delle proprie condizioni di salute e a comprendere quando esiste la necessità di consultare il proprio medico <sup>3</sup>.

## TEST DI AUTOVALUTAZIONE SULLA CONGESTIONE NASALE

Le domande si riferiscono all'ultima settimana. Va data una sola risposta, facendo una crocetta nella casella appropriata

NELL'ULTIMA SETTIMANA...		MAI	RARAMENTE	A VOLTE	SPESSE	SEMPRE
1	Quanto spesso ha avuto la sensazione di naso "pieno", chiuso o congestionato?	0	1	2	3	4
2	Quanto spesso la sensazione di naso "pieno", chiuso o congestionato ha influito negativamente sul suo sonno?	0	1	2	3	4
3	Quanto spesso si è svegliato/a al mattino con la sensazione di naso "pieno", chiuso o congestionato?	0	1	2	3	4
4	Quanto spesso ha dovuto respirare con la bocca perché non riusciva a respirare con il naso?	0	1	2	3	4
5	Quanto spesso ha avuto difficoltà a liberare completamente il naso anche dopo averlo soffiato più volte?	0	1	2	3	4
6	Quanto spesso qualunque di questi sintomi ha influito sulla sua capacità di lavorare, studiare o fare ciò che doveva fare?	0	1	2	3	4
7	Quanto spesso ha provato un senso di pressione alle cavità nasali, oppure dolore al viso?	0	1	2	3	4

**SE HAI TOTALIZZATO 7 PUNTI O PIÙ, SI CONSIGLIA DI CONSULTARE IL MEDICO DI FAMIGLIA ED ESPORGLI IL PROBLEMA**

Compito del MMG, che deve costituire sempre il principale punto di riferimento per il paziente, è quindi quello di formulare una diagnosi tempestiva e predisporre un piano di gestione razionale soprattutto nei confronti delle forme croniche.

## APPROCCIO DIAGNOSTICO AL PAZIENTE

Uno dei punti di forza della Medicina Generale è la conoscenza del paziente, della sua famiglia e della sua storia clinica. Per questo anche quando questi non si presenta spontaneamente per tale motivo, la presenza di un'anamnesi positiva per allergopatie nella storia personale o familiare dovrebbe suggerire di indagare anche l'esistenza di sintomi rinitici. Sorprendentemente, ciò spesso rivela che il paziente utilizzava frequentemente farmaci decongestionanti nasali o antistaminici, all'insaputa del proprio medico. Altre volte è il paziente stesso che si reca dal medico spinto da quello che è di solito il sintomo più disturbante: la congestione nasale. Il paziente lamenta una fastidiosa sensazione di naso chiuso che può peggiorare nelle ore notturne o quando si corica, accompagnata a un senso di ottundimento che rende difficile la concentrazione e lo svolgimento delle proprie attività quotidiane. Questi sintomi sono il risultato di una dilatazione vasale a livello dei turbinati, accompagnata da un'essudazione che rende tumefatta la mucosa, aumentandone l'ingombro delle fosse nasali. Altre manifestazioni spesso presenti quali gli starnuti, lo sgocciolamento e il prurito non hanno in genere un impatto sul paziente altrettanto pesante quanto la congestione. Sovente un quadro di congiuntivite accompagna i sintomi a carico del naso. I principali mediatori che intervengono nelle reazioni alla base di questi fenomeni sono l'istamina, i leucotrieni e le prostaglandine. L'esame obiettivo del paziente, a esclusione delle forme di rinite lieve e occasionale, può e deve essere eseguito anche nello studio del MMG, sebbene normalmente questi non disponga di quegli strumenti utilizzati in ambiente ORL che consentono un'ispezione approfondita. Già guardando il viso del paziente possiamo talora notare la caratteristica linea nasale orizzontale prodotta dalla reiterata abitudine di sfregarsi il naso con il palmo della mano dal basso verso l'alto (il cosiddetto saluto dell'allergico), o ancora la linea di Denie, costituita da una piega profonda a livello del tessuto infraorbitario. Uno *speculum nasale* e una buona fonte luminosa consentono di ispezionare l'interno delle cavità nasali, *in primis*, specie nei bambini, per escludere la presenza di corpi estranei ostruenti o alterazioni morfologiche in particolare a carico del setto. L'osservazione di una mucosa edematosa che ricopre i turbinati inferiori (estesa anche a quelli medi e superiori nelle forme di lunga durata), pallida, di colorito ceruleo, la presenza di secrezione nasale acquosa o translucida (come chiara d'uovo), può orientare verso il quadro di una rinite allergica. In alcuni pazienti la presenza di polipi nasali

testimonia la degenerazione di una flogosi di vecchia data, possibile espressione di quadri più complessi che possono associarsi all'asma, all'allergia all'aspirina e, nei bambini, alla fibrosi cistica e ad alterazione della motilità ciliare.

In presenza di un'infezione a carico dei seni paranasali si può scorgere una secrezione (che di solito è patognomonica) di tipo mucopurulento e in questo caso il paziente può lamentare anche dolore o senso di pressione facciale e alle arcate dentarie, ostruzione nasale, scolo nasale anteriore o posteriore, ipo/anosmia, alitosi. Egli può raccontare di soffrire cronicamente di sinusite o di avere avuto una rinite virale che dopo alcuni giorni ha bloccato il naso e in seguito dolore facciale e magari febbre.

Nel primo approccio al paziente rinitico, in genere il problema per il medico è capire se si trova al cospetto di una rinite acuta o cronica e se di tipo infettivo o non infettivo. Purtroppo, sia le riniti infettive, sia quelle non infettive (allergiche o non allergiche) possono presentare forme acute o croniche (con eventuali esacerbazioni) e inoltre, a complicare le decisioni del medico, possono verificarsi casi in cui coesistono condizioni diverse sovrapposte. Se il sospetto si indirizza verso una forma infettiva e il quadro non presenta sufficienti elementi di certezza, l'esecuzione di una TAC dei seni paranasali o la richiesta di una consulenza ORL possono essere elementi ulteriormente dirimenti.

Nel caso l'orientamento del medico sia per una forma non infettiva, il successivo passo è di comprendere se si tratti di una forma allergica o non allergica. Si è già detto a tale proposito dell'importanza dell'esame obiettivo, ma qui il MMG deve soprattutto riprendere e approfondire l'anamnesi del paziente, strumento fondamentale per orientare il proprio iter. È stato ricordato quanto sia significativo il dato della familiarità e dell'anamnesi personale positiva per allergopatie, come ad esempio la dermatite atopica o l'asma allergico. In questi casi altri elementi importanti sono la precoce insorgenza (nel 70% dei casi < 20 anni di età) e l'andamento stagionale dei sintomi, il loro manifestarsi dopo il contatto con animali o il peggioramento in ambiente esterno, specie nei pressi di aree erbose recentemente tagliate; per contro, ha significato il miglioramento in ambienti dotati di aria condizionata e l'assenza del fumo di tabacco o di altre sostanze chimiche come fattori scatenanti.

In caso di sospetto è importante tenere presente la modalità bimodale di presentazione della rinite allergica: in genere si ha infatti la prima comparsa all'epoca delle scuole elementari, la remissione nel periodo delle scuole medie e superiori e la ricomparsa verso i 20-30 anni. Nelle riniti non allergiche invece la comparsa dei sintomi si ha in genere in età adulta (nel 70% dei casi dopo i 20 anni), non vi è storia familiare di allergia mentre esiste una risposta di sensibilità agli stimoli quali fumo di tabacco e sostanze chimiche; inoltre, i sintomi sono provocati anche da mutamenti di clima, ma non

presentano andamento stagionale e non insorgono dopo esposizione alla polvere o agli animali. È in genere possibile a questo punto per il medico tentare un inquadramento nell'ambito della classificazione delle riniti proposta dalle linee guida ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*)<sup>4</sup> (Tab. I).

La rinite allergica può avere un andamento stagionale o perenne e svilupparsi in forma lieve, moderata o grave: la stadiazione di gravità della malattia è un passaggio molto importante per le decisioni terapeutiche che si dovranno successivamente assumere (Tab. II).

**TABELLA I**  
**Classificazione della rinite secondo le linee guida ARIA.**

<b>INFETTIVA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Virale</li> <li>• Batterica</li> </ul>
<b>DA ALTRI AGENTI</b>
<b>ALLERGICA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermittente</li> <li>• Persistente</li> </ul>
<b>OCCUPAZIONALE (ALLERGICA E NON)</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Intermittente</li> <li>• Persistente</li> <li>• Idiopatica</li> </ul>
<b>DA FARMACI</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspirina</li> <li>• Altri farmaci</li> </ul>
<b>ORMONALE</b>
<b>ALTRE CAUSE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• NARES</li> <li>• Da irritanti</li> <li>• Da cibo</li> <li>• Da causa emotiva</li> <li>• Atrofica</li> <li>• Reflusso gastroesofageo</li> </ul>

La conferma diagnostica nel sospetto di una rinite allergica si ottiene attraverso l'esecuzione dei test allergologici *in vivo* o *in vitro*. Si tratta di test basati sulla ricerca di IgE specifiche verso un determinato antigene, svelate per mezzo della provocazione di una reazione di ipersensibilità immediata. La dimostrazione dell'esistenza di IgE specifiche non è peraltro sempre correlata alla presenza di una sintomatologia allergica. Tra i test cutanei quello più utilizzato è lo *skin prick test*. Malgrado l'indubbia utilità di questo test non va dimenticato che diversi fattori possono interferire con il suo risultato, ad esempio la qualità dell'estratto allergenico, la ridotta reattività cutanea nell'infanzia e nell'anziano, le variazioni stagionali nella reattività ai pollini, l'interferenza di farmaci o malattie, le lesioni della cute, una scorretta esecuzione della tecnica. In ogni caso il valore diagnostico del *prick test*, anche in caso di garanzia di correttezza nell'esecuzione, non è assoluto, ma deve sempre essere interpretato alla luce dell'anamnesi e della sintomatologia del paziente. Nonostante la loro relativa semplicità di esecuzione, nella pratica quotidiana della Medicina Generale italiana questi test non sono in genere diffusamente praticati, probabilmente per questioni di ordine organizzativo. Essi sono invece più comunemente eseguiti nell'ambito della pediatria di base.

Di fatto, il *prick test* dovrebbe essere preso in considerazione quando si ritiene che il risultato avrà ricadute pratiche sulla decisione terapeutica. Esso infatti avrebbe più ragione di essere richiesto quando il sospetto di rinite allergica è basso che non quando esso è elevato. I test allergologici sono invece importanti e vanno sicuramente prescritti in caso di fallimento della terapia farmacologica o in vista di sottoporre il paziente a immunoterapia<sup>5</sup>.

In alternativa alle prove cutanee è possibile utilizzare come test il dosaggio della concentrazione sierica delle immunoglobuline (IgE) specifiche per determinati allergeni. Candidati a tale test sono i bambini, i soggetti in trattamento con antistaminici anti-H1, i pazienti con dermatite atopica, le donne in gravidanza e i soggetti con precedenti test cutanei di significato dubbio. Poiché

**TABELLA II**  
**Classificazione della rinite allergica e intensità dei sintomi.**

<b>CLASSIFICAZIONE DELLA RINITE ALLERGICA</b>	<b>INTENSITÀ DEI SINTOMI</b>
Intermittente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Meno di 4 giorni/settimana</li> <li>• Meno di 4 settimane consecutive</li> </ul>
Persistente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Più di 4 giorni/settimana</li> <li>• Per più di 4 settimane</li> </ul>
Lieve	Assenza di: <ul style="list-style-type: none"> <li>• disturbi del sonno</li> <li>• interferenza con attività sportive o tempo libero</li> <li>• ridotto rendimento scolastico o sul lavoro</li> <li>• sintomi particolarmente fastidiosi</li> </ul>
Moderata/grave	Presenza di almeno uno dei sintomi di cui sopra

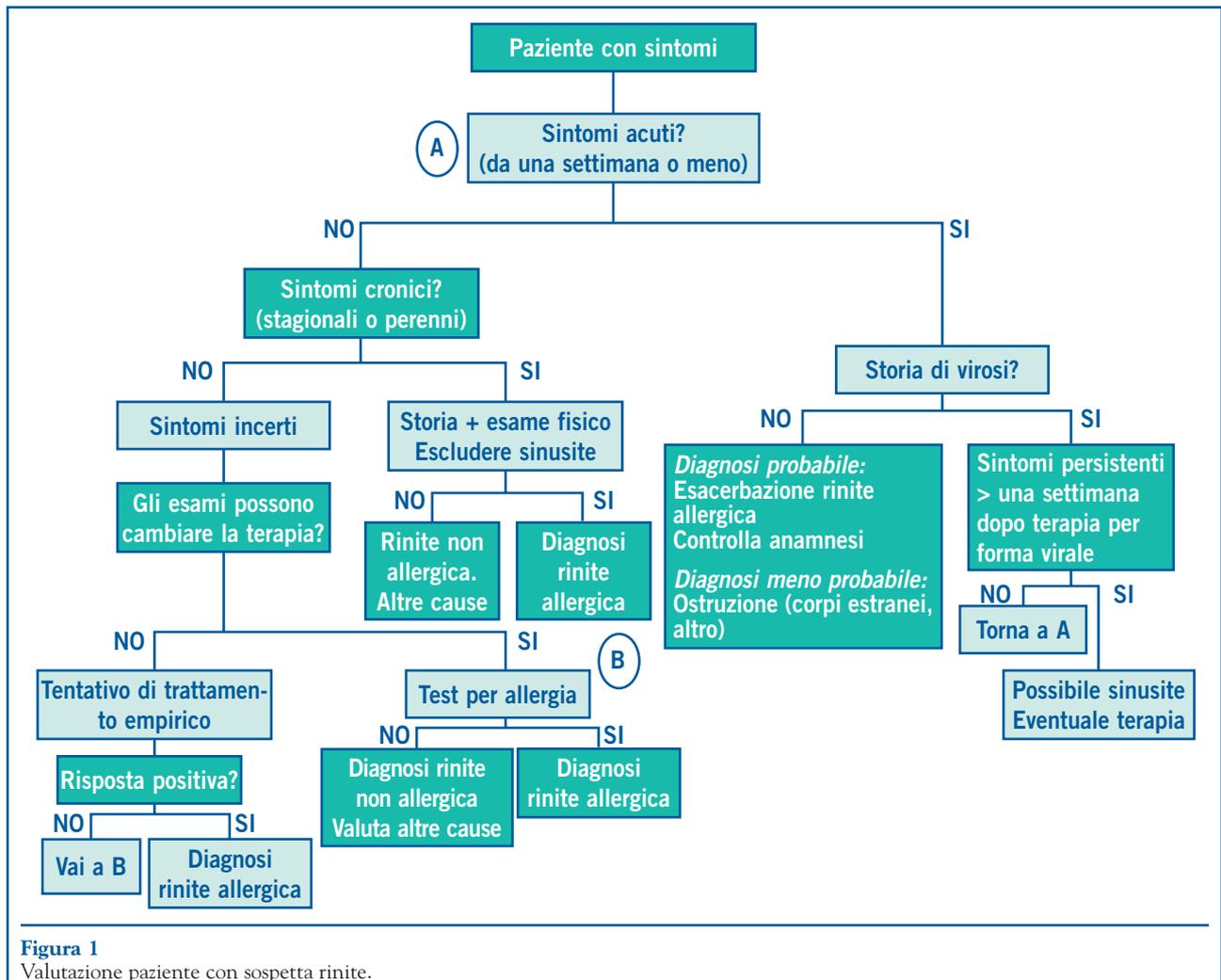
tale test è più costoso del test cutaneo, se ne raccomanda l'utilizzo solo in casi particolari e quando comunque si possa con una certa sicurezza orientare già il sospetto verso specifici allergeni. Non riveste invece alcuna pratica utilità l'esecuzione del dosaggio delle IgE totali. Altri test come quelli di provocazione inalatoria o alimentare dovrebbero essere lasciati alla decisione dello specialista allergologo (Fig. 1).

Esistono importanti analogie tra le vie aeree superiori e quelle inferiori che fanno sì che esse si comportino sostanzialmente come un'identica unità morfo-funzionale. A tale proposito merita particolare attenzione la relazione esistente tra rinite allergica e asma bronchiale. La presenza di rinite nei soggetti asmatici è stata dimostrata da numerosi studi epidemiologici; essa parrebbe avere una frequenza variabile tra il 75 e l'80%<sup>4,6</sup>. Tale associazione è spesso sottovalutata, mentre può essere opportunamente svelata attraverso un'accurata anamnesi e specifiche prove strumentali quali la spirometria. Al momento attuale non esistono *markers* predittivi dello sviluppo di asma nella storia clinica di un soggetto rinitico; esistono però "fattori di rischio" che devono essere tenuti in considerazione monitorando il paziente

nel corso della sua evoluzione nel tempo. Molti soggetti rinitici, infatti, anche in assenza di una diagnosi di asma presentano tuttavia una significativa iperreattività bronchiale.

## APPROCCIO TERAPEUTICO

Alla base dei diversi quadri clinici di rinite che si conoscono esiste un processo flogistico, risultato di una serie di reazioni immunochimiche. Nel caso specifico delle riniti allergiche si tratta di una risposta esagerata in termini di produzione di IgE nei confronti di sostanze verso le quali normalmente il nostro sistema immunitario è indifferente. È quindi evidente che il principale obiettivo terapeutico nei confronti di queste patologie è il controllo dell'infiammazione, sia attraverso la prevenzione dei momenti scatenanti sia interferendo nella catena di reazioni che determinano le alterazioni biologiche e tissutali. Oggi è ben noto come una terapia razionalmente condotta abbia effetti positivi non solo sulla prevenzione e sull'evoluzione nel tempo della malattia, ma anche nei confronti di condizioni cliniche correlate come l'asma bronchiale. L'impostazione di un piano terapeutico integrato per le vie aeree superiori e inferiori prevede:



**Figura 1**  
Valutazione paziente con sospetta rinite.

- allontanamento dell'allergene;
- terapia farmacologica;
- immunoterapia specifica;
- educazione del paziente.

### Allontanamento degli allergeni

Costituisce una parte fondamentale della strategia terapeutica. Uno degli obiettivi più importanti è ridurre la concentrazione degli acari della polvere. Il rivestimento con fodere di tessuto sintetico che impediscono la penetrazione degli acari nei cuscini e nei materassi può produrre alcuni risultati, ma mai confrontabili con quelli ottenibili trasferendo il paziente in ambienti totalmente privi di acari. Federe, coperte e tende, in quanto ambienti adatti allo sviluppo degli acari, dovrebbero essere lavate almeno una volta la settimana con acqua calda (55°C). In aggiunta a questo trattamento, settimanalmente gli animali di peluche potrebbero essere messi in frigorifero per alcune ore. Se possibile i tappeti andrebbero eliminati, sostituiti con articoli in materiale sintetico, o almeno cambiati con frequenza. La pulizia regolare e frequente con vapore o azoto liquido e l'uso di acaricidi può diminuire la concentrazione di acari; tuttavia, in diversi studi l'uso di acaricidi non pare aver mai dato rilevanti vantaggi sul piano clinico. Altrettanto vale per gli aspirapolvere con filtri ad alta efficienza (HEPA); per contro, gli apparecchi non dotati di buoni filtri possono sicuramente produrre effetti negativi sul paziente, a causa della polvere che sollevano nell'ambiente. La riduzione dell'umidità negli ambienti domestici determina condizioni di vita più difficili non solo per gli acari, ma anche per le muffe.

### Terapia farmacologica

La comprensione dei meccanismi eziopatogenetici e la disponibilità di farmaci efficaci rendono oggi possibile puntare a un ottimale controllo della patologia rinitica. Naturalmente la presenza di una condizione di cronicità impone la necessità di assumere i farmaci regolarmente e per lunghi periodi. Fortunatamente i farmaci antinfiammatori più importanti sono oggi disponibili per uso topico e questo ha consentito di ridurre moltissimo le dosi farmacologiche necessarie.

Le principali classi di farmaci utilizzate sono:

- antistaminici;
- corticosteroidi topici;
- corticosteroidi sistemici;
- cromoni;
- decongestionanti;
- anticolinergici topici;
- antileucotrieni.

Gli antistaminici orali sono tra i farmaci più utilizzati per la cura delle riniti allergiche. Ai farmaci di prima generazione ne sono succeduti altri più recenti che alla praticità della monosomministrazione uniscono un'importante riduzione dei principali effetti collaterali, in particolare di quelli sedativi a carico del sistema nervoso centrale.

I loro effetti si esplicano su tutti i sintomi dell'allergia, non solo su quelli nasali. Queste molecole sono molto selettive nel bloccare i recettori H1 e quindi nel controllare sintomi quali rinorrea, prurito o starnuti, mentre presentano minor efficacia sull'ostruzione nasale.

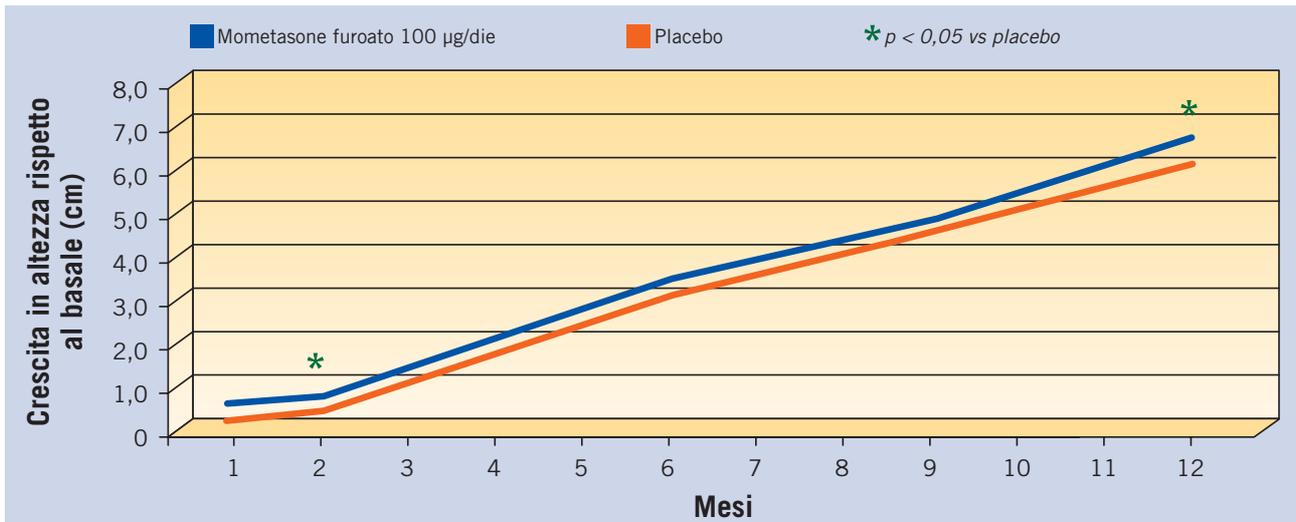
L'infiammazione, come ricordato, costituisce la principale alterazione della rinite allergica. Essa è presente, seppur in forma lieve, anche nelle fasi intercritiche di questi pazienti. Il suo controllo è decisivo nella gestione della malattia e nella prevenzione delle esacerbazioni. Una gestione del problema esclusivamente basata su un trattamento con farmaci sintomatici, come ad esempio i decongestionanti, è destinata fallire l'obiettivo del controllo ed espone il paziente a potenziali rischi. Gli steroidi inalatori topici sono i farmaci più potenti che consentono di ridurre l'infiammazione a livello locale nella rinite sia allergica sia non allergica. Essi mostrano più efficacia se assunti prima dell'inizio della sintomatologia e la loro azione è maggiormente incisiva se vengono assunti con continuità. In passato questo uso continuativo ha suscitato timori di possibili effetti collaterali legati all'assorbimento sistemico degli steroidi. A questo proposito è importante notare che le molecole di seconda generazione, pur non avendo tra di loro uguale profilo dal punto di vista farmacocinetico (biodisponibilità, *clearance*, emivita), garantiscono un'esposizione sistemica minima e quindi bassissimo rischio di effetti collaterali (Tab. III).

In particolare, le molecole più recenti non sembrano interferire sull'asse ipotalamo-ipofisario, né indurre alterazioni sulla regolarità della crescita nei bambini. Uno studio specificamente condotto per rilevare l'eventuale interferenza sui livelli di cortisolo e quindi sulla crescita da parte di mometasone furoato in soggetti in età pediatrica ha confermato la sicurezza della molecola. La Figura 2 evidenzia infatti che l'andamento della crescita dei bambini per un anno con mometasone furoato è stato sovrapponibile al placebo per tutta la durata dello studio<sup>7</sup>.

L'applicazione dei criteri per una gestione razionale del paziente con rinite allergica si basa su una corretta diagnosi e sulla valutazione di gravità della malattia. Da questo punto di vista il coinvolgimento del paziente nella pianificazione di una strategia di lungo termine, come si richiede nel caso di malattie croniche, costituisce un

**TABELLA III**  
Disponibilità sistemica (F%)  
dopo somministrazione nasale  
di steroidi topici.

MOLECOLA	DOSE	F(%)
Budesonide	100 µg	102
Flunisolide	117 µg	49
Fluticasone propinato	800 µg	1,8
Mometasone furoato	400 µg	< 0,1



**Figura 2**

Andamento della crescita dei bambini con rinite allergica perenne trattati con mometasone furoato (100 µg/die) per un anno.

punto molto importante. Il medico deve favorire la comprensione dei meccanismi patogenetici e illustrare il possibile andamento nel tempo della malattia, aiutando il paziente a riconoscere le fasi di esacerbazione e i sintomi delle possibili complicanze. Con queste premesse il paziente può comprendere il razionale del corretto uso della terapia, l'importanza quando necessario del suo mantenimento nel tempo e le condizioni di sicurezza in cui tutto questo avviene.

Nella pratica quotidiana la prescrizione terapeutica al paziente con rinite allergica può basarsi su alcuni modelli di intervento che tengono conto delle caratteristiche precedentemente descritte, in rapporto alle categorie di farmaci oggi disponibili. I criteri esposti in Figura 3 sono derivati dalle linee guida ARIA.

#### Rinite allergica lieve intermittente

- Antistaminici orali o in formulazione topica nasale al bisogno.
- Decongestionanti nasali (non più di 10 giorni consecutivi e non più di 2 cicli).
- Decongestionanti orali (con precauzione, da evitare nell'infanzia).

#### Rinite allergica moderata/grave intermittente

- Antistaminici orali o topici nasali.
- Antistaminici orali più vasocostrittori.
- Steroidi topici nasali.
- Cromoni.
- Sconsigliato l'uso di steroidi sistemici o per iniezione nei turbinati.

<b>ARIA (Allergic Rhinitis and its Impacts on Asthma)</b>			
	Moderata-grave intermittente	Lieve persistente	Moderata-grave persistente
Lieve intermittente	Antileucotrienoico (in aggiunta)		
	Steroide nasale		
Cromoni			
Antistaminico non sedativo orale o locale			
Decongestionante nasale (< 10 giorni) (o decongestionante orale)			
Allontanamento di allergeni e irritanti			
immunoterapia			

**Figura 3**

Trattamento della rinite allergica.

**Rinite allergica lieve persistente**

- Antistaminici orali o topici nasali.
- Decongestionanti nasali.
- Steroidi topici nasali.
- Cromoni.
- Sconsigliato l'uso di steroidi sistemici o per iniezione nei turbinati.
- Consigliabile un inserimento graduale e progressivo dei vari farmaci.
- Programmare una rivalutazione del paziente a distanza di 2-4 settimane di trattamento.
- Se al controllo il paziente è migliorato proseguire il trattamento, eventuale tentativo di riduzione dello steroide (sebbene spesso siano necessari periodi piuttosto lunghi di assunzione).
- Se il paziente non è migliorato e non assume ancora steroidi, inserirli in terapia.
- Progressivo incremento della terapia in caso di non risposta ed eventuale valutazione specialistica.

**Rinite allergica moderata-grave persistente**

- Preferire un approccio terapeutico a gradini.
- Di prima scelta uno steroide topico nasale.
- Se la congestione nasale è particolarmente importante:
  - aggiungere un breve ciclo (10 giorni circa) di steroidi orali;
  - aggiungere decongestionanti nasali (per non più di 10 giorni).

Rivalutazione del paziente dopo 2-4 settimane. In caso di mancato miglioramento, analizzare le possibili cause, tra cui:

- ridotta *compliance* del paziente;
- non rispetto dei dosaggi prescritti;
- ostruzione nasale e limitata penetrazione del farmaco;
- ostacoli meccanici: polipi, deviazione del setto;
- esposizione particolarmente intensa all'allergene;
- riconsiderare la diagnosi;
- consulenza specialistica.

Ulteriori provvedimenti:

- se il sintomo principale è l'ostruzione raddoppiare la dose di steroide;

- aggiungere o aumentare gli antistaminici se predominano i sintomi quali starnuti e prurito;
- aggiungere ipratropio nasale se vi è importante rinorrea.

Quando il paziente mostra un miglioramento, proseguire con la terapia mostratasi efficace per almeno tre mesi o comunque per tutto il periodo di esposizione pollinica. Considerare successivamente lo *step down* e la riduzione graduale della terapia.

In linea di massima le linee guida raccomandano di attivare una consulenza specialistica nel caso non si raggiunga il controllo completo dei sintomi o comunque dopo tre mesi di non efficacia della terapia.

Per il controllo della congiuntivite, che frequentemente si associa alla rinite allergica, sono da prendere in considerazione i seguenti farmaci:

- antistaminici oculari;
- cromoni oculari;
- lavaggi con soluzione fisiologica;
- antistaminici orali.

**Bibliografia**

- <sup>1</sup> Gregory C, Cifaldi M, Tanner LA. *Targeted intervention programs: creating a customized practice model to improve the treatment of allergic rhinitis in a managed care population*. Am J Manag Care 1999;5:485-96.
- <sup>2</sup> Mantovani LG, Bettoncelli G, Cricelli C, Sessa E, Mazzaglia G, Passalacqua G, et al. *Allergic rhinitis in the Italian population evaluated by the national database of General Practitioners*. Allergy 2007;62:569-71.
- <sup>3</sup> Krouse J, Stull D, Naclerio R, Meltzer E, Lund V, Long A, et al. *Development of a self-report screener for congestion*. Presentation XXV Congress of the European Academy of Allergology and Clinical Immunology, June 10-14, 2006 Vienna, Austria
- <sup>4</sup> Bousquet J, van Cauwenberge P, Khaltaev N. *Allergic rhinitis and its impact on asthma*. J Allergy Clin Immunol 2001;108(Suppl.5):147-334.
- <sup>5</sup> Gendo K, Larson EB. *Evidence-based diagnostic strategies for evaluating suspected allergic rhinitis*. Ann Intern Med 2004;140:278-89.
- <sup>6</sup> Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J. *Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity*. J Allergy Clin Immunol 2000;106(Suppl.5):201-5.
- <sup>7</sup> Schenkel EJ, Skoner DP, Bronsky EA, Miller SD, Pearlman DS, Rooklin A, et al. *Absence on growth retardation in children with perennial allergic rhinitis after one year of treatment with mometasone furoate aqueous nasal spray*. Pediatrics 2000;105:22.