

## Criteria pratici per la gestione del paziente rinitico in Medicina Generale

**Gruppo di lavoro SIMG Area Pneumologica, coordinamento Germano Bettoncelli  
Mario Berardi, Mauro Calzolari, Bruno Franco Novelletto, Federico Franzoso, Giovanni Invernizzi,  
Italo Paolini, Nicolò Seminara, Patrizio Soverina, Marzio Uberti, Maria Teresa Zedda**

### Premessa

La rinite allergica è una delle più frequenti malattie croniche e la sua prevalenza è in continuo incremento, soprattutto nei paesi in via di sviluppo.

Health Search mostra però che in Italia, rispetto alla prevalenza attesa stimata attorno al 20%, i valori sono decisamente più bassi, attestandosi attorno ad un 10% circa di diagnosi complessive di rinite, con circa un 4% di forme allergiche. Prudenza diagnostica o sottostima del problema?

Da qui l'esigenza di una nuova strategia nell'approccio al paziente rinitico cronico, mediante una medicina d'iniziativa che miri all'identificazione dei casi misconosciuti, al corretto utilizzo delle indagini diagnostiche, indispensabili per confermare la diagnosi e stadiare la gravità, alla valutazione della presenza e dell'impatto di eventuali comorbidità.

Il tutto mirato a migliorare l'appropriatezza e la qualità delle cure erogate. Per tali obiettivi facciamo riferimento alle Linee Guida oggi disponibili: queste dovrebbero essere raccomandazioni facilmente fruibili, semplici, di cui l'*evidence based medicine* (EBM) rappresenta una componente fondamentale, frutto di una ricerca sistematica, di una valutazione critica volta a determinarne la validità e l'utilità pratica, con incorporate informazioni ottenute da studi randomizzati e controllati (RCT).

Tuttavia è noto che la maggior parte degli RCT si avvale di campioni di popolazione altamente selezionati che non sempre rappresentano adeguatamente l'intera popolazione, con conseguente limitazioni nella trasferibilità dei risultati nella pratica clinica e la necessità di integrazione costante con il giudizio clinico del medico.

Nel setting della Medicina Generale (MG) a queste problematiche si aggiunge una attività routinaria estremamente gravosa che favorisce il rischio del non riconoscimento della patologia, del mancato utilizzo di indagini fondamentali per la diagnosi, della mancata registrazione dei dati. Lo scenario che appare è estremamente variegato e purtroppo dominato dalla difficoltà nella gestione delle patologie croniche, come se si fosse persa

talvolta la capacità di collegare con un filo logico i vari elementi anamnestici, i sintomi, gli strumenti diagnostici, terapeutici ed educazionali.

Al fine di aiutare il medico nell'utilizzo di supporti pratici per la gestione della patologia rinitica cronica, evitando eventuali incongruenze diagnostico-terapeutiche del proprio operato, proponiamo una nuova metodologia di analisi del problema definita come "Analisi Diagnostica a Quattro Quadranti (4Q)" e già presentata come modello nel n. 3/2009 della Rivista.

Questo modello potrebbe permettere al medico di meglio valutare la propria attività, nel rispetto dei bisogni dei pazienti, applicando quanto dalla linee guida è realmente trasferibile nella sua pratica quotidiana.

### Introduzione

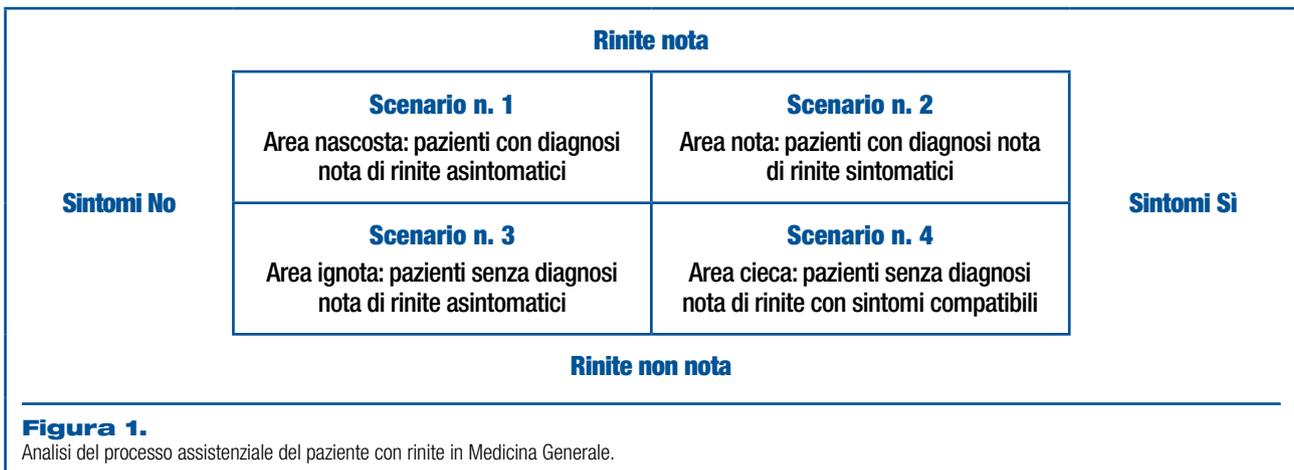
Il modello 4Q per la gestione della rinite in MG (Fig. 1) tiene conto di come prevalentemente il problema si presenta nella routine ambulatoriale e di come possa essere affrontato sulla base delle risorse di cui il medico abitualmente dispone.

Per la corretta gestione della rinite cronica è necessario:

- identificare i soggetti sintomatici ma non diagnosticati;
- attuare i percorsi diagnostici per un corretto inquadramento in base alle linee guida;
- effettuare l'educazione sanitaria;
- impostare la terapia farmacologica in base alla gravità;
- sorvegliare gli effetti collaterali;
- sospettare e diagnosticare precocemente le complicanze;
- effettuare la visita medica periodica;
- attivare un'adeguata collaborazione con gli specialisti.

Inoltre, un'adeguata gestione ambulatoriale non può prescindere da:

- informatizzazione dell'archivio cartelle;
- programmazione individuale e personalizzata delle cure;
- interventi di educazione e self management;
- condivisione dei processi di cura;
- competenze gestionali;
- organizzazioni dedicate.



Possiamo quindi affermare che il primo obiettivo del medico di medicina generale (MMG) deve essere indentificato nel:

- migliorare il proprio dato di prevalenza, ridurre i casi di rinite allergica misconosciuti;
- stadiare la malattia in base alle linee guida ed instaurare adeguata terapia;
- identificare le comorbidità;
- verificare il controllo della patologia e l'impatto sulla qualità della vita;
- controllare la compliance al trattamento.

### Scenario 1. Area nascosta: paziente con diagnosi nota di rinite, asintomatico

#### Obiettivi

1. Verificare lo stato di effettiva stabilità della malattia.
2. Verificare l'avvenuta stadiazione del paziente.
3. Verificare l'avvenuta effettuazione di spirometria, se sospetto per asma o iperreattività bronchiale.
4. Controllo dell'eventuale terapia in atto in funzione della diagnosi e dello stadio di gravità.
5. Consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo.

La classificazione proposta dalla Linee Guida ARIA (*Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma*) (Fig. 2) tiene conto dell'intensità della malattia e della durata nel tempo delle sue manifestazioni.

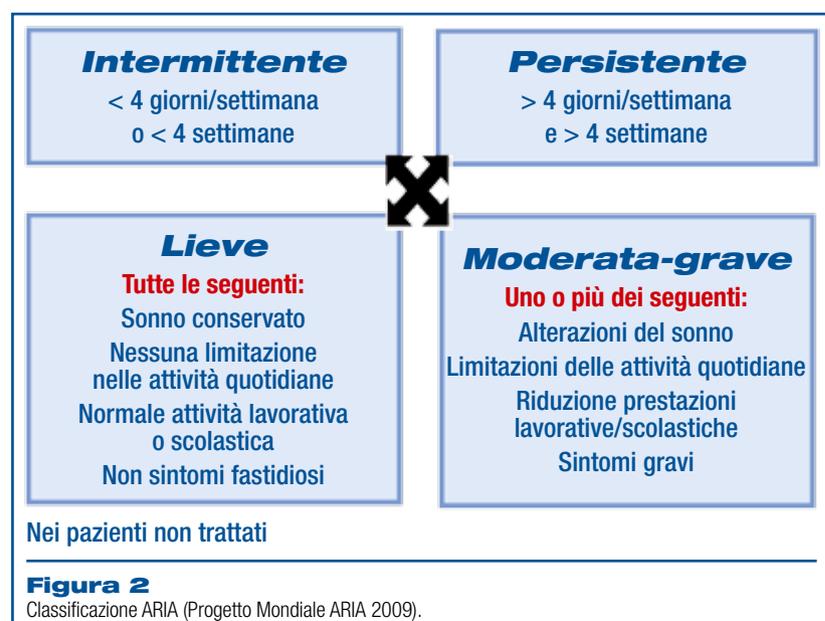
Al cospetto di questo tipo di paziente, il medico generale deve compiere alcune verifiche, relativamente a due specifici momenti della malattia: la diagnosi e la terapia.

#### Diagnosi

- Variazione eventuale dei sintomi rispetto all'ultimo controllo.
- Verifica della correttezza della diagnosi (effettuazione dei test cutanei).
- Impatto della malattia sulla qualità della vita del paziente, nell'intento di ridurre il gap tra percezione del medico e vissuto del paziente.
- Presenza ed eventuali interferenze dovute a comorbidità.

#### Terapia

- Se il paziente non è in terapia, verificare che effettivamente non ne necessiti.
- Se in terapia verifica della stessa rispetto allo stadio di gravità. Verifica della regolarità di assunzione e del corretto utilizzo dei *devices* (anche gli erogatori nasali possono essere usati male). Controllo eventuali reazioni avverse (ADR).



- Verificare l'effettuazione di eventuale profilassi ambientale, quando possibile.
- In presenza di sensibilizzazione allergica correlata alla sintomatologia e se non ancora effettuata un'immunoterapia desensibilizzante (ITS) valutarne l'opportunità.
- Sempre il consiglio sul fumo, se necessario.

Un'altra possibile situazione in cui potrebbe collocarsi il paziente è quella descritta qui di seguito come "Scenario 2".

### Scenario 2. Area nota: paziente con diagnosi nota di rinite, sintomatico

#### Obiettivi

1. Verificare la diagnosi, ricontrollare lo stadio di gravità.
2. Verificare l'avvenuta effettuazione della profilassi ambientale se possibile.
3. Distinguere il mancato controllo dei sintomi dall'insorgenza di nuove sensibilizzazioni allergiche o riacutizzazioni per comorbidità.
4. Re-impostare il trattamento in base all'attuale diagnosi.
5. Rivedere il piano di cura complessivo.
6. Intervenire sul problema fumo.

Questo tipo di paziente può presentarsi secondo due principali modalità. La prima è quella descritta come "peggioramento indicativo di mancato controllo farmacologico" (scenario 2a) ed il secondo come "peggioramento da possibile nuova sensibilizzazione allergica" (scenario 2b).

#### 2a. Quadro di peggioramento come mancato controllo farmacologico della malattia

In questo caso va sempre posto il problema del riesame e della verifica diagnostica:

- nel caso si sospetti un peggioramento dello stadio di gravità, richiedere eventuale consulenza specialistica e, se non eseguita recentemente, una spirometria;
- valutare l'eventuale presenza di broncospasmo concomitante e la sua responsabilità sulla sintomatologia respiratoria presentata dal paziente.

Effettuare quindi la verifica terapeutica in modo da adeguarla alle mutate esigenze del paziente: verificare l'adeguatezza della terapia in corso (Figg. 3, 4), effettuare un eventuale step-up farmacologico; se necessario trattare il broncospasmo (vedi Q4 asma); prendere in considerazione, se già non effettuata, una ITS (Immunoterapia Specifica). Sempre nell'ambito di un problema così definito, il medico deve considerare la possibilità di un'ulteriore differente circostanza clinica.

#### 2b. Quadro di peggioramento come sospetto di nuova sensibilizzazione allergica

Sul piano diagnostico, rivalutare test cutanei (ed eventualmente RAST – *Radio-Allergo-Sorbent Test*), considerare complicanze flogistiche (rinosinusite, otite media...) e valutarne l'eventuale origine batterica, fungina per instaurare adeguata terapia (Fig. 5).

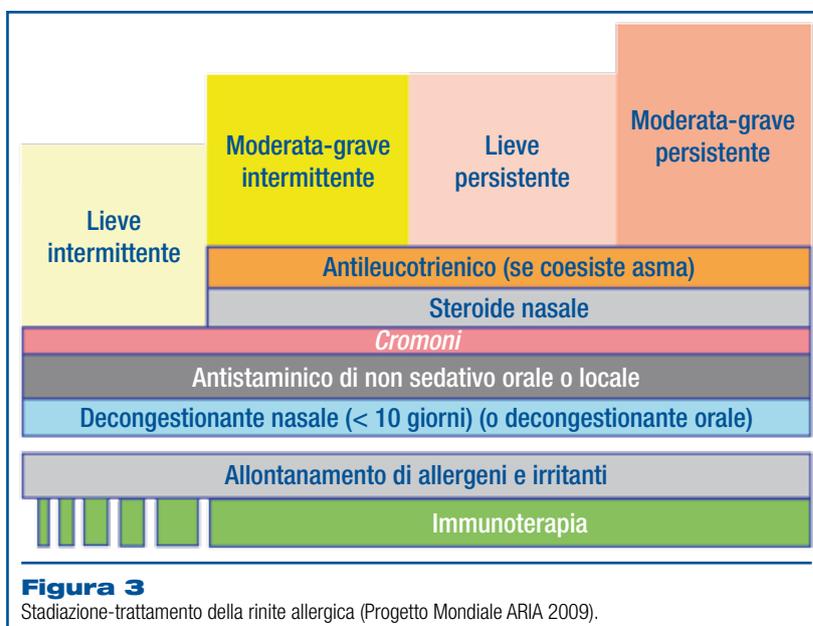
#### Terapia

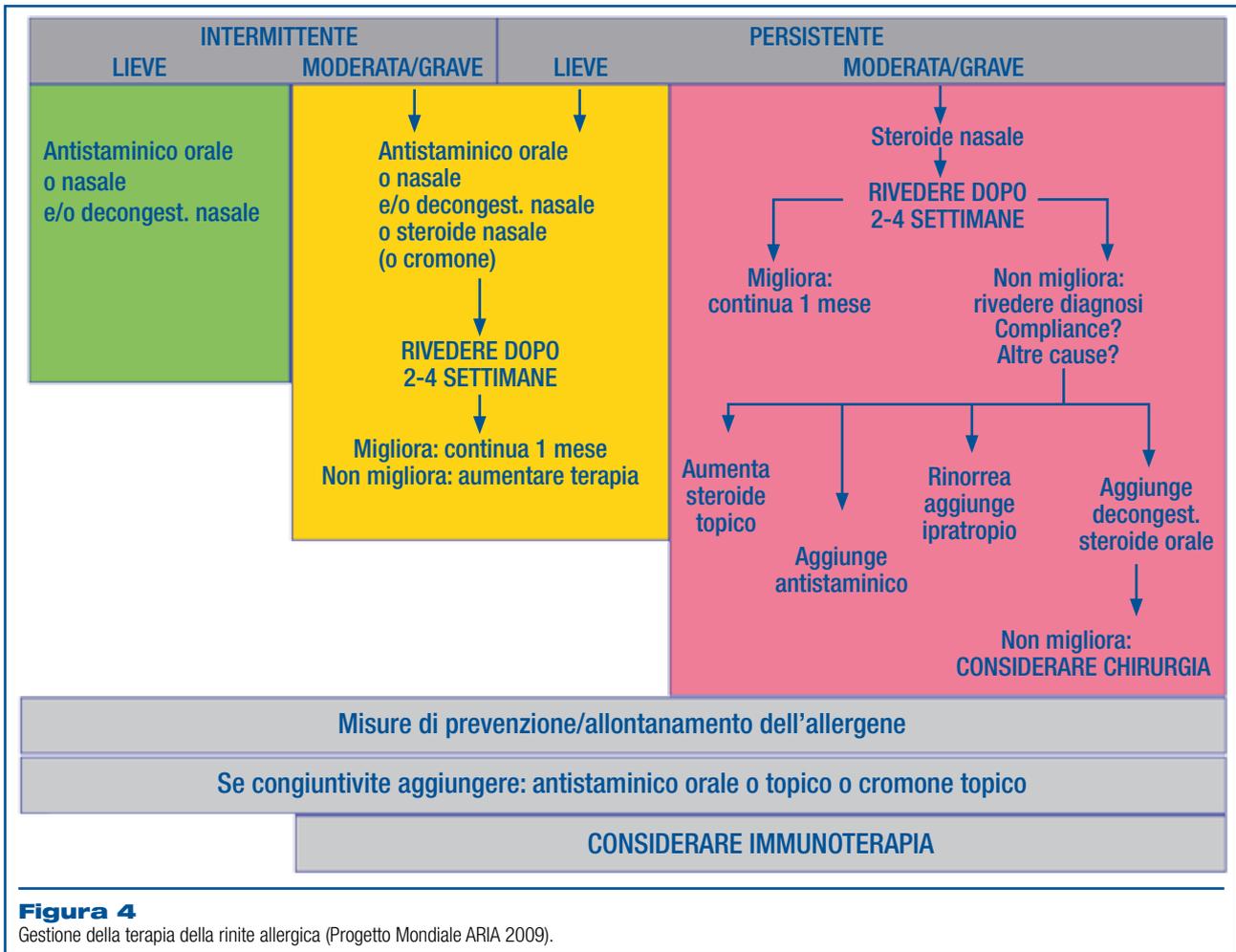
- Step-up farmacologico.
- Eventuale trattamento del broncospasmo (vedi Q4 asma).
- Terapia antibiotica eventuale.

### Scenario 3. Area ignota: paziente asintomatico senza diagnosi nota di rinite

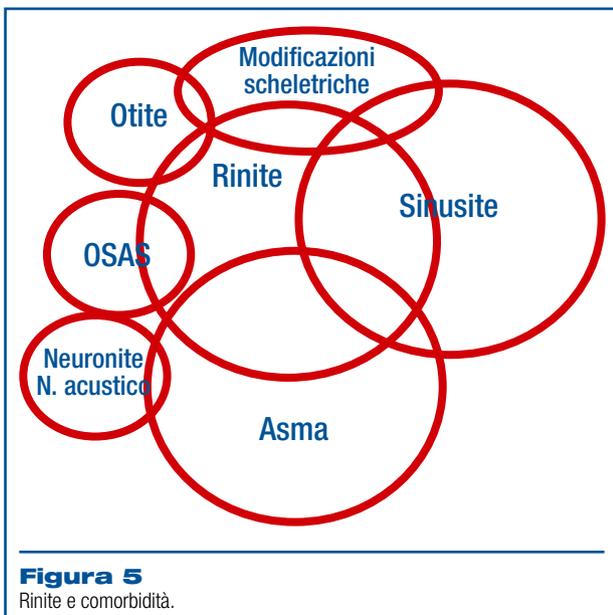
Si tratta di una situazione che comprende i pazienti esclusivamente a rischio di malattia o coloro che magari sottostimano i sintomi e non li riferiscono al medico.

In questo caso il medico di famiglia dovrebbe mirare al raggiungimento dei seguenti obiettivi: 1) verificare l'esistenza di condizioni di rischio (familiarità, professione); 2) in particolare in un paziente asmatico valutare la compresenza di sintomi rinitici. Dovrebbe poi ricercare fattori di rischio con domande specifiche relative a fattori ambientali, fattori individuali (essenzialmente familiarità e storia clinica infantile) ed intervenire sul problema fumo se necessario. Resta tuttavia ancora in discussione quale intervento proporre nei pazienti ad alto rischio senza sintomi, rispetto ai quali non esistono indicazioni precise. Si può suggerire la registrazione in cartella dei dati raccolti e l'eventuale periodico controllo degli stessi.





**Figura 4**  
Gestione della terapia della rinite allergica (Progetto Mondiale ARIA 2009).



**Figura 5**  
Rinite e comorbidità.

**Scenario 4. Area cieca. Paziente senza diagnosi nota di rinite, con sintomi compatibili**

**Obiettivi**

1. Confermare/escludere un sospetto diagnostico.
2. Impostare, se necessario, un trattamento immediato.
3. Predisporre un eventuale piano di gestione sul medio-lungo periodo.
4. Consiglio sul fumo.

In questo caso il medico adotta forzatamente un comportamento in buona misura empirico, basato sull'anamnesi e sull'esame del paziente.

Elementi per individuare precocemente i soggetti con sospetto di rinite (Fig. 6): sintomi acuti recenti o ricorrenti, tipici (starnuti, rinorrea, ostruzione nasale), prurito, lacrimazione (congiuntivite spesso associata) o atipici (iposmia o anosmia, russamento ed alterazioni del sonno, scolo retronasale e tosse cronica).

Bisogna anche ricercare fattori di rischio (allergia, in particolare asma allergica, familiarità, professione), la presenza di comorbidità e porre diagnosi differenziale verso patologie alternative.

Anche se il medico decide di trattare immediatamente il paziente, per alleviarne i sintomi, comunque deve iniziare fin dal primo momento l'iter diagnostico. In particolare:

- valutare frequenza, gravità, durata, stagionalità dei sintomi;
- capire l'impatto della malattia sulla qualità della vita, l'eventuale compromissione di attività quotidiane e hobbies, il rendimento scolastico e lavorativo;
- indagare la presenza di fattori scatenanti nell'ambiente domestico o lavorativo (ad esempio se i sintomi spariscono durante le vacanze e ricompaiono a lavoro);
- ricercare i fattori scatenanti aspecifici (odori forti, vapori, aria fredda, fumo di sigaretta) spesso correlati ad iperreattività nasale.

In questi casi può essere utile richiedere esami aggiuntivi quali una visita specialistica (Figg. 7, 8) da cui può venire l'indicazione per altri accertamenti, tra cui Prick test – Rast (IgE specifiche) – test di provocazione e videorinoscopia a fibre ottiche (ricerca ipertrofia dei turbinati).

**Da ricordare**

La rinite, allergica e non, è un fattore di rischio indipendente per asma (Figg. 9, 10). I pazienti con rinite persistente dovrebbero sempre essere valutati per eventuale asma concomitante.

L'iperreattività bronchiale è molto frequente nel soggetto rinitico, che riferisce sintomi esclusivamente a carico delle vie aeree superiori.

Diversi studi hanno evidenziato un test alla metacolina positivo in un'ampia casistica di rinitici allergici (circa 2/3 del campione studiato) indipendentemente dal periodo dell'anno e dalla sensibilizzazione.

Inoltre, per quanto concerne l'evoluzione della storia naturale della patologia allergica respiratoria, si è visto che pazienti esclusivamente rinitici al momento della prima diagnosi per il 32% circa sviluppavano asma dopo 10 anni e pazienti esclusivamente asmatici presentavano rinite in circa il 50% dei casi al controllo decennale.

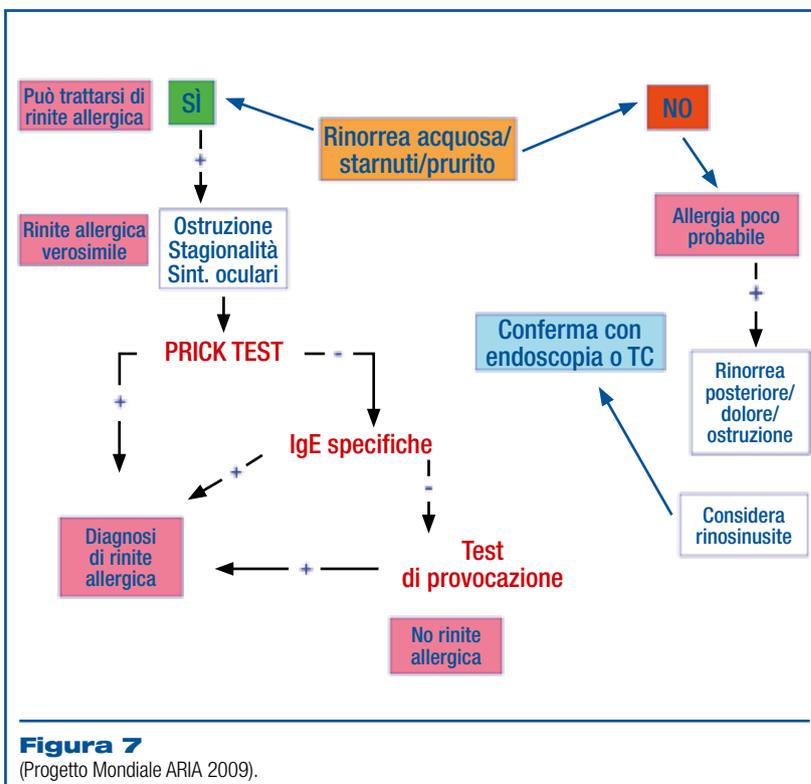


**Figura 6**  
Rinocongiuntivite allergica: i sintomi tipici e non (Progetto Mondiale ARIA 2009).

**Altre comorbidità: sinusite e poliposi nasale**

Attenzione se si nota la comparsa di dolore facciale, rinorea purulenta o rinorea posteriore isolata, ipo-anosmia, febbre, associati ad ostruzione nasale (Fig. 11).

Rinosinusite cronica e poliposi nasale sono un fattore di rischio indipendente per insorgenza di asma nell'adulto.



**Figura 7**  
(Progetto Mondiale ARIA 2009).

1. È presente qualcuno dei seguenti sintomi?		
Sintomi solo in una narice	Sì	NO
Secrezioni dense, di colore giallo o verdastro	Sì	NO
Secrezioni che scendono in gola, specialmente con muco denso	Sì	NO
Dolore al volto	Sì	NO
Sanguinamenti dal naso	Sì	NO
Perdita dell'olfatto	Sì	NO
2. È presente qualcuno di seguenti sintomi almeno un'ora al giorno, in molti giorni consecutivi (o durante una particolare stagione dell'anno)?		
Rinorrea acquosa	Sì	NO
Starnuti, anche a salve	Sì	NO
Naso chiuso	Sì	NO
Prurito nasale	Sì	NO
Congiuntivite (occhi rossi o che prudono)	Sì	NO

La presenza di uno o più sintomi della domanda 1 suggerisce una natura non allergica dei sintomi e richiede valutazione specialistica  
Dolore facciale, rinorrea purulenta e iposmia sono spesso associati a rinosinusite, ma non escludono la concomitanza di RA  
La rinorrea acquosa con uno o più dei sintomi della domanda 2 suggerisce fortemente la rinite allergica

**Figura 8.**  
(Progetto Mondiale ARIA 2009).

## Terapia

Trattare il paziente se sintomatico, secondo i seguenti criteri:

- intensità di trattamento in base alle indicazioni delle Linee Guida per il livello di gravità ipotizzato;
- informare il paziente (della possibilità che i sintomi dipendano dalla rinite, della necessità di confermare la diagnosi, del conseguente motivo della scelta dei farmaci, anche come criterio *ex adiuvantibus*);
- rivalutare a breve il paziente per osservare gli effetti del trattamento iniziale;
- rivedere il paziente dopo la definizione diagnostica per la terapia definitiva;
- valutare ITS;
- consiglio sul fumo, eventuale invio ad un centro antifumo.

Trattandosi di una patologia cronica, il medico generale deve pianificare la *gestione a lungo termine del paziente* e in particolare deve impostare un piano di educazione, che comprende interventi sull'importanza dello stile di vita, la cessazione dal fumo, l'allontanamento da allergeni o altri fattori scatenanti noti, l'importanza della corretta modalità di assunzione dei farmaci inalatori, il riconoscimento precoce e trattamento appropriato

delle riacutizzazioni (utile un piano scritto per valutare la gravità della riacutizzazione e per l'uso di farmaci aggiuntivi).

Va ricordato che l'intervento educativo, costituisce un elemento importante per il controllo della malattia. Esso va previsto sia al momento della diagnosi che ad ogni visita di controllo e deve comprendere la verifica dell'aderenza alla terapia, delle modalità di assunzione dei farmaci, di possibili interazioni farmacologiche e di possibili fattori responsabili di riacutizzazione.

In questo modo ci si prefigge di migliorare l'aderenza del paziente al piano terapeutico coinvolgendolo e responsabilizzandolo e

Al basale		Dopo 10 anni		Percentuale di evoluzione
Malattia	Pazienti	Malattia	Pazienti	
Rinite	44	Rinite e asma	14	31,8
		Rinite	30	
Asma	12	Asma e rinite	6	50
		Asma	6	
Rinite o asma	56	Rinite e asma	20	36
Rinite e asma	43	Rinite e asma	43	0

**Figura 9**

Evoluzione delle malattie respiratorie (da Lombardi et al., Resp Med 2001, mod.).

semplificando il più possibile il protocollo terapeutico.

È importante anche ricordare che spesso la cura del paziente con rinite cronica deve prevedere una gestione integrata con il medico specialista, indicata nei seguenti casi:

- pazienti con importanti comorbidità da studiare e trattare: rinosinusite, poliposi nasale;
- asma non controllato nonostante la adeguata terapia, modificazioni scheletriche (*long face syndrome*);
- valutazione ITS;
- pazienti con sospetta rinite professionale.

### Conclusioni

L'applicazione del modello 4Q alla gestione del paziente con rinite cronica, può costituire una nuova modalità di applicazione delle raccomandazioni contenute nelle Linee Guida nella pratica del MMG. Sarà necessaria un'ulteriore verifica sul campo per valutare la validità del modello proposto.

