

A close-up photograph of a woman with brown hair, eyes closed, sneezing into a white tissue. She is wearing a white shirt with a colorful floral pattern and has silver rings on her fingers. The background is softly blurred, showing what appears to be a window with light curtains.

Starnuti non solo di primavera

La rinite allergica colpisce più del 15 per cento della popolazione europea e ha cause multifattoriali. Sfatiamo i falsi miti che la circondano

DI **STEFANO NOBILI**
MEDICO DI MEDICINA GENERALE

L'infiammazione nasale avviene attraverso un'interazione tra mediatori infiammatori e una risposta IgE mediata con la produzione di IgE specifiche dirette contro proteine esterne (allergeni). Con l'inalazione delle proteine allergizzanti (per esempio i pollini) viene creato un legame proteina-IgE-mastcellule, che porta a un rilascio immediato e ritardato di un certo numero di mediatori precoci quali istamina, chinasasi, triptasi, chinine ed eparina. Le mastcellule, presenti nella mucosa nasale, sintetizzano velocemente altri mediatori quali leucotrieni e prostaglandine D2, che conducono in pochi minuti ai sintomi della rinorrea e ad altri sintomi quali congestione nasale, starnuto, prurito, arrossamento, lacrimazione eccetera. Nella fase tardiva della reazione allergica, dopo 4-8 ore, tali mediatori fanno in modo che siano presenti in loco neutrofilii, eosinofili, linfociti e macrofagi. La sintomatologia conseguente, che può durare ore o giorni, è rappresentata da maggiore congestione nasale e produzione di muco.

FREQUENZA, SINTOMI E MALATTIE ASSOCIATE

La prevalenza in Europa è del 15 per cento circa nella popolazione generale e varia molto da nazione a nazione e al suo interno, in relazione a differenze geografiche, tipi, differenza e concentrazione degli allergeni. Razza

e sesso non influenzano la rinite allergica. Comune nei bambini e negli adolescenti, la rinite allergica interessa tutte le età, con una diminuzione nell'età geriatrica. Una familiarità positiva per atopia rende la diagnosi più facile. Le cause appaiono comunque multifattoriali e un soggetto senza familiarità per rinite allergica può comunque svilupparla.

Può coesistere con l'asma e le sue riacutizzazioni ed è talvolta associata a otite media, sinusite acuta e cronica, poliposi nasale, congiuntivite allergica e dermatite atopica. Una rinite allergica non sotto controllo può peggiorare forme asmatiche. Non crea pericolo di vita salvo sia associata a una grave forma asmatica o a una reazione anafilattica.

Affaticamento, sonnolenza (dovuta alla rinite o ai farmaci), malessere portano a perdita di giorni di lavoro o di scuola, vista la frequenza negli studenti. Si stima che negli Usa i costi totali diretti e indiretti della rinite allergica siano intorno ai cinque miliardi di dollari/anno.

Da stabilire sempre la storia dettagliata della rinite, durata e decorso dei sintomi con i possibili fattori scatenanti, risposta ai farmaci, comorbidità, familiarità per malattie allergiche, esposizioni ambientali e lavorative ad allergeni. I sintomi comprendono starnuto, prurito al naso, occhi, orecchie e palato, rinorrea, congestione e secrezione nasale, anosmia, mal di testa e d'orecchio, lacrimazione, arrossamento e congestione oculare, affaticamento, sonnolenza e malessere. Una sintomatologia specie unilaterale può suggerire la presenza di poliposi nasale o di un corpo estraneo oppure di un setto nasale deviato.

Fattori come fumo di tabacco, inquinamento, forti odori possono aggravare i sintomi di una rinite allergica.

La risposta alla terapia antistaminica supporta la diagnosi. Idem la risposta ai cortisonici locali (spray nasali) sebbene alcuni casi di rinite non allergica migliorino con gli steroidi nasali.

I sintomi possono essere stagionali, perenni o episodici. Alcuni pazienti sono sensibili ad allergeni multipli e

possono mostrare una rinite allergica perenne con esacerbazioni stagionali.

DIAGNOSI

Il medico deve certamente valutare il naso del paziente, ma anche viso, occhi, orecchie, orofaringe, collo, polmoni e pelle per cercare reperti che possono essere propri di una malattia sistemica associata a rinite.

Occorre chiedere al paziente com'è il muco prodotto dal naso: una secrezione acquosa è frequentemente associata a rinite allergica, mentre una secrezione spessa e purulenta è associata di solito a una sinusite. Il setto nasale deve essere valutato per l'eventuale deviazione o perforazione.

Le riniti allergiche stagionali sono comunemente causate da pollini (alberi, terreno eccetera) stagionali e allergeni ambientali.



Il caso

Mario 24 anni, studente universitario. Fin da ragazzo presenta un quadro stagionale di secrezione nasale acquosa dal naso, starnuti, arrossamento congiuntivale. Talvolta riferisce un "fischio" alla respirazione. Questa condizione è presente da maggio a giugno ed è migliorata ma non risolta dopo immunoterapia. Per star meglio, infatti, Mario deve assumere antistaminici orali quotidianamente e cortisonici topici spray, oltre a utilizzare broncodilatatori al bisogno. All'anamnesi presenta familiarità per allergia e deviazione del setto nasale diagnosticata attraverso una Rx del cranio. Congestione e prurito nasale, starnuto, e rinorrea sono i classici sintomi della rinite allergica. Occhi, orecchie, seni nasali e paranasali e gola possono presentare una loro sintomatologia. Più del 15 per cento della popolazione ne è affetto. Può peggiorare la qualità di vita in rapporto alle sue complicanze e conseguentemente aumentare i costi diretti e indiretti della malattia stessa.



L'allergia e i suoi miti

◆ L'allergologo è il solo specialista delle allergie.

Non solo l'allergologo ma anche pneumologo, otorinolaringoiatra, oculista, dermatologo, pediatra e medico del lavoro, in alcuni casi l'immunologo. L'allergia è un disturbo generale che coinvolge il sistema immunitario e non solo un organo o apparato (naso, orecchio, bocca, occhi, pelle). Quindi l'approccio deve essere multidisciplinare e per questo occorre una visione specialistica a 360 gradi centigradi.

◆ L'allergia è tipica dell'infanzia e/o dell'adolescenza.

È vero che l'insorgenza tipica dell'allergia è predominio di infanzia e adolescenza, ma non è sempre vero perché abbiamo allergie che si sviluppano in età adulta. Molto spesso il paziente adulto è stupito da un'allergia a metalli o alimenti insorta recentemente: ciò avviene e ci sono cure adeguate come per bambini e adolescenti.

◆ Non c'è da preoccuparsi del raffreddore da fieno perché tanto finisce lì.

La rinite allergica non è purtroppo un problema a se stante, ma è correlata all'asma, allergica appunto. Secondo le statistiche, 6-8 casi su 10 di asma allergica sono stati preceduti da episodi di rinite allergica. Non solo: 3-4 soggetti affetti da raffreddore da fieno hanno una forma asmatica bronchiale evidenziata dalle prove di funzionalità respiratoria.

◆ L'allergia del bambino sparisce con la crescita.

Può essere vera l'affermazione che si possa notare una diminuzione dei sintomi in alcuni casi. Attenzione però che le allergie si possono ripresentare anche dopo un periodo di quiescenza sintomatologica talvolta sotto altre forme.

◆ Le allergie sono uniche (solo pollini o alimenti eccetera).

Sono invece spesso crociate: i soggetti allergici alle graminacee dovrebbero, per esempio, evitare o assumere con cautela alimenti quali anguria, melone, prugna, albicocca, ciliegia, mandorla, kiwi, limone, arancia. Attenzione poi agli alimenti nascosti per le allergie alle proteine dell'uovo (pasta speciale, dolci, prodotti di gelateria eccetera).

◆ Le allergie non cambiano nel tempo.

Purtroppo le allergie possono mutare e ampliarsi: non è detto infatti che chi è allergico per esempio alle graminacee non possa diventare allergico alle betullacee o ad alcuni alimenti.

◆ Il test allergico non serve.

I test (principalmente prick test e Rast) sarebbero da ripetere per il fatto che gli allergeni (le sostanze alle quali un soggetto manifesta allergia) possono modificarsi nel corso della vita.

◆ Il fumo non influenza l'allergia.

Purtroppo il fumo fa parte di quei fattori aspecifici che provocano un peggioramento dei sintomi dell'allergia. Esporre inoltre un soggetto asmatico al fumo passivo non è sicuramente salutare.

Da stabilire sempre durata e decorso dei sintomi con i possibili fattori scatenanti. La risposta a terapia antistaminica supporta la diagnosi di rinite allergica

Le riniti allergiche perenni o periodiche possono essere causate da animali domestici e dagli acari della polvere indoor (*Dermatophagoides farinae* e *Dermatophagoides pteronyssis*) che si cibano di materiale organico, in particolare cute esfoliata proveniente da esseri umani e animali domestici e possono essere trovati su tappeti e tappezzerie e all'interno di cuscini, materassi, coperte di lana eccetera. La loro presenza e crescita sono favorite da alte temperature e forte umidità e possono durare molto tempo. Sono rari nei climi aridi.

La rinite allergica occupazionale è dovuta ad allergeni presenti sul luogo di lavoro per contatto con animali, pollini, cereali, polveri, lattice, colle eccetera. Le categorie interessate maggiormente sono: veterinari, personale di laboratorio a contatto con animali, agricoltori, allevatori, personale medico-infermieristico.

Anche gli alimenti possono provocare una rinite allergica, specie nei bimbi, e di solito è associata a manifestazioni cutanee o gastroenteriche e sono molteplici i quadri simili: dalla rinite vasomotoria o rinite non allergica (il raf-





Test allergici

L'obiettivo dei test allergici è quello di stabilire a quale allergene il paziente è sensibile al fine di preparare una specifica immunoterapia (trattamento di desensibilizzazione).

◆ I test allergici cutanei valutano l'ipersensibilità immediata (IgE-mediata) a specifici allergeni. In pratica, è l'introduzione percutanea di una goccia di estratto del presunto allergene sulla cute attraverso scarificazione della stessa.

Prende il nome di prick test.

L'antigene si lega con le IgE portando alla fase precoce della reazione (tipo-immediata) con il rilascio di istamina, il tutto entro 15 minuti circa. Sulla cute si presenta un pomfo eritematoso e pruriginoso.

Il diametro del pomfo è correlato al grado di sensibilità all'allergene.

◆ Rast: misura le IgE specifiche rispetto a un singolo allergene attraverso un campione di sangue. La quantità di IgE prodotte dal contatto con l'allergene è correlata alla sensibilità alla sostanza.

Sia per prick test sia per Rast, occorre selezionare un numero limitato di allergeni.

◆ IgE totali: un'alta concentrazione di IgE totali nel sangue indica uno stato allergico, ma la specificità e la sensibilità sono basse: il 50 per cento dei pazienti con rinite allergica ha livelli normali di IgE e il 20 per cento dei soggetti sani ha livelli elevati.

◆ Conta degli eosinofili: idem come sopra, è un test di conferma di rinite allergica ma non è specifico né sensibile e deve essere associato ad altre valutazioni cliniche.

Per l'immunoterapia i dati di letteratura parlano di 80 per cento di riduzione di sintomi per alcuni allergeni. È possibile non osservare miglioramenti nella sintomatologia nei primi dodici mesi

freddore comune), alla rinite gustatoria (vago-mediata) a quella da farmaci (decongestionanti topici, antipertensivi, abuso di cocaina), rinite causata da alterazioni ormonali (gravidenza, ipotiroidismo, contraccettivi orali). Da menzionare la rinite da cause anatomiche o patologie nasali: deviazione del setto nasale, atresia delle coane, poliposi nasale, ipertrofia adenoidea, corpi estranei, neoplasie nasali, malattia di Wegener, sarcoidosi con un quadro di rinite granulomatosa.

Per quanto riguarda la diagnostica per immagini, si possono effettuare:

◆ radiografia del cranio: è utile per valutare le possibili anomalie strutturali o per valutare complicanze o situazioni concomitanti come sinusite o ipertrofia adenoidea.

◆ Tac dei seni: è di ausilio nelle diagnosi di poliposi, ipertrofia dei turbinati, anomalie del setto come la deviazione, anomalie ossee. Utile nell'approfondimento diagnostico delle sinusiti.

◆ Rmn: si richiede di solito nella diagnostica delle neoplasie maligne delle alte vie aeree.

Tac e Rmn, visti i costi, sono prescritte e consigliate solo dopo attenta valutazione medica e/o specialistica.

TERAPIA

◆ Il presidio principale è quello di evitare, se possibile, l'allergene conosciuto, cosa non facile vista la presenza quasi ubiquitaria dei pollini. Da un punto di vista comportamentale, finestre e porte chiuse sono un metodo semplice per evitare l'entrata dei pollini. La doccia frequente è utile per rimuovere pollini da pelle e capelli.

◆ Per le allergie "indoor" è consigliabile lavare periodicamente lenzuola e coperture di divani e tappeti, che possono essere trattati anche con agenti chimici che eliminano gli acari. Anche la deumidificazione ambientale è utile contro gli acari della polvere.

◆ Da ultimo si deve evitare di esporsi a triggers non specifici: fumo di tabacco, profumi, fragranze, repentini cambiamenti della temperatura e inquinamento possono scatenare una rinite allergica o aggravarne i sintomi. Per l'immunoterapia i dati di letteratura parlano di 80 per cento di riduzione di sintomi per alcuni allergeni. È possibile non osservare miglioramenti nella sintomatologia nei primi dodici mesi. Da tener ben presente che l'immunoterapia non è esente da rischi, perché può provocare reazioni allergiche sistemiche gravi. Sono quindi da valutare, attraverso un consulto specialistico, i rischi e i benefici della terapia.

Per quel che riguarda la terapia farmacologica classica (*vedi box in basso*), sono a disposizione antistaminici orali, decongestionanti o entrambi.

Gli antistaminici di nuova generazione hanno una minore incidenza di sedazione rispetto a quelli di prima generazione. Colliri antistaminici, spray nasali contenenti antistaminici o cortisonici sono anch'essi indicati. Così come corticosteroidi per via orale nei casi più resistenti.

Alcuni farmaci

- ◆ Antistaminici di prima generazione: clorfeniramina, difenidramina e altri.
- ◆ Antistaminici di seconda generazione: azelastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina.
- ◆ Antileucotrieni: montelukast.
- ◆ Corticosteroidi nasali: beclometasone, mometasone furoato, fluticasone.
- ◆ Cromoni: disodicromoglicato.