

Dai sintomi ai test diagnostici fino alle complicanze: ecco perché la rinite allergica non va sottovalutata

di Gian Luigi Marseglia* e Michele Miraglia del Giudice**

La "rinite allergica" è una malattia respiratoria causata da un processo infiammatorio conseguente a una reazione mediata da particolari anticorpi (IgE) rivolti verso determinate strutture definite "allergeni" nei confronti del quale il soggetto è sensibilizzato.

I sintomi tipici e caratteristici della rinite allergica sono rappresentati da: scolo di muco acquoso dal naso, starnutazioni, prurito e ostruzione nasale. È inoltre frequente la presenza contestuale di sintomi oculari: lacrimazione, prurito e arrossamento della congiuntiva configurando il quadro dell'oculo-rinite allergica.

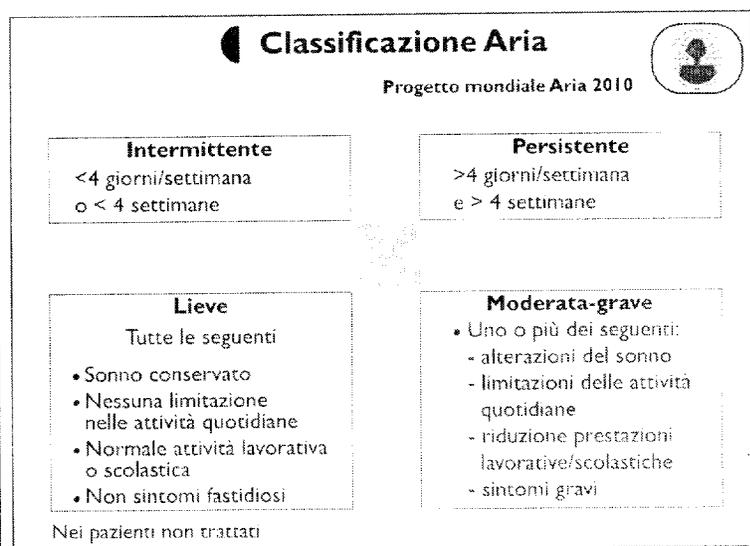
Classicamente la rinite allergica viene distinta in perenne e stagionale; vanno poi considerate alcune forme definite "episodiche" legate all'esposizione occasionale a un determinato allergene. Recentemente è stata proposta da parte di un comitato internazionale di esperti una nuova classificazione della rinite allergica che si basa sulla durata e la gravità della sintomatologia clinica. In base a questa classificazione la rinite allergica viene suddivisa in una forma intermittente e una forma persistente, a loro volta distinguibili per gravità della sintomatologia, in lieve e moderata-severa (figura 1). Questa classificazione tiene anche conto

Questa malattia respiratoria si manifesta in una forma di tipo intermittente e una persistente a loro volta distinguibili in base alla gravità dei sintomi in lieve e moderata-severa

della qualità di vita del paziente valutando le eventuali ripercussioni della sintomatologia oculo-rinica sull'attività scolastica, lavorativa e ludica del soggetto.

Questa classificazione è stata pubblicata in un documento redatto sotto l'egida dell'Oms chiamato con l'acronimo Aria (Allergic rhinitis and its impact on asthma). Questo acronimo calza perfettamente (soprattutto in lingua italiana) con lo spirito e l'obiettivo di questa iniziativa e cioè la gestione integrata delle vie respiratorie nel loro insieme dal naso ai bronchi. Infatti la rinite allergica non è una

Figura 1



* Clinica pediatrica e Scuola di specializzazione in Pediatria, Università di Pavia - Fondazione Irccs Policlinico San Matteo

** Dipartimento di Pediatria "F. Fede" Seconda Università di Napoli

Allergie respiratorie in età pediatrica

asma bronchiale e rinite sotto la lente

QUADERNI

patologia isolata: l'infiammazione presente a livello della mucosa nasale coinvolge anche la mucosa oculare, i seni paranasali, l'orecchio e si ripercuote anche sulle basse vie aeree; spesso infatti, nello stesso soggetto, coesistono sintomi rinici e asmatici.

Quando sospettare una rinite allergica

Nel raccogliere la storia clinica dei bambini in cui si sospetta la rinite allergica è particolarmente importante indagare la familiarità per atopia (in considerazione della componente genetica delle allergopatie) e le caratteristiche della sintomatologia con particolare riferimento alle sue variazioni giornaliere e stagionali e in relazione a particolari situazioni ambientali domestiche, scolastiche e climatiche. Anche l'età di insorgenza è importante; le riniti causate da pollini tendono infatti a manifestarsi nella gran parte dei pazienti dopo i 10 anni di vita, i sintomi clinici si presentano tipicamente nel periodo della fioritura e si caratterizzano per un peggioramento della sintomatologia in seguito alla permanenza all'aria aperta, soprattutto in giornate ventose. I sintomi della rinite da allergeni perenni (come i dermatofagoidi, cioè gli acari della polvere, e i derivati animali) tendono invece a manifestarsi precocemente in età prescolare, l'andamento è di tipo subacuto-cronico e i sintomi sono spesso acuiti dal soggiorno in ambienti chiusi e caldo umidi e, di regola, hanno la massima espressività clinica al risveglio mattutino dopo il prolungato e stretto contatto notturno con gli acari che popolano il materasso e il cuscino.

Le manifestazioni cliniche della rinite allergica stagionale si caratterizzano principalmente per la presenza di prurito nasale, starnuta-

zioni, scolo di muco acquoso e, nel caso di interessamento oculare, prurito e arrossamento congiuntivale, lacrimazione, senso di corpo estraneo nell'occhio, fastidio all'esposizione alla luce ed edema palpebrale. Il prurito coinvolge spesso anche il palato e i condotti uditivi esterni. La rinite allergica da allergeni perenni ha invece nell'ostruzione nasale il sintomo prevalente e sono meno espressi i sintomi irritativi, congiuntivali o extranasali. L'ostruzione è la conseguenza dell'infiammazione persistente che "gonfiando" la mucosa del naso e delle strutture adiacenti riduce il passaggio dell'aria; molti bambini

L'infiammazione a livello della mucosa nasale coinvolge anche quella oculare, i seni paranasali, l'orecchio e si ripercuote sulle basse vie aeree

presentano anche un concomitante ingrandimento del tessuto linfatico delle adenoidi e delle tonsille che, di regola, coesiste in questa patologia e che riduce ulteriormente la respirazione nasale.

All'ostruzione nasale sono riconducibili, peraltro, un ampio e variegato spettro di manifestazioni cliniche. Non è infrequente infatti che il bambino possa lamentare mal di gola per la scarsa umidificazione delle mucose in conseguenza della respirazione orale obbligata, tosse irritativa da scolo retro-nasale di muco, cefalea in conseguenza dell'edema infiammatorio della mucosa del naso e dei seni paranasali, ridotta funzione uditiva da disfunzione tubarica, nausea

e riduzione dell'appetito a seguito della continua ingestione di abbondanti secreti naso-faringei e riduzione del senso del gusto e dell'olfatto. All'ostruzione nasale è anche riconducibile il riscontro di frequenti risvegli e crisi di apnea che turbano pesantemente la regolarità del sonno. Non dormire in modo sereno e adeguato altera le attività della vita quotidiana e non è infrequente, di conseguenza, che il bambino sia spesso stanco e irritabile durante il giorno. Va rimarcato a questo proposito che vi sono studi clinici controllati che hanno dimostrato nei bambini con rinite allergica, non correttamente curata, una significativa difficoltà di concentrazione in grado di condizionare l'attenzione nel corso delle attività ricreative e scolastiche. Da ultimo non va poi sottovalutata la possibilità di un certo disagio relazione legato alla necessità di soffiare frequentemente il naso, alla tendenza a fare "smorfie" facciali per alleviare il fastidioso prurito al naso, ai rumori di "grattamento" della gola nel tentativo di rimuovere le secrezioni che si accumulano nel naso e nel retrofaringe.

All'esame obiettivo del bambino con rinite allergica spesso si notano vistose occhiaie che disegnano un alone violaceo a livello delle palpebre inferiori e che sono la conseguenza della stasi venosa conseguente all'edema della mucosa del naso e dei seni paranasali. Nel caso di contemporaneo interessamento oculare la congiuntiva si presenterà arrossata ed edematosa. Nei bambini con forme di lunga durata il ricorrente strofinamento della punta del naso, nel tentativo di alleviare il senso di fastidio locale (definito come "saluto allergico"), è talora responsabile di una plicatura cutanea a livello del naso. Sempre nei soggetti con forme ad andamen-

to subacuto-cronico e con necessità, pertanto, di respirare obbligatoriamente con la bocca, è frequente la presenza di malocclusione dentale, palato ogivale, cioè palato alto e stretto, e *facies* adenoidica; quest'ultima si riferisce a un aspetto del volto caratteristico dei soggetti che respirano obbligatoriamente con la bocca che presentano faccia allungata, tendenza al tenere sempre la bocca aperta, occhiaie marcate e naso allargato. Bisogna ancora ricordare la possibile coesistenza di condizioni anatomiche, infettive o reattive frequentemente associate alla rinite allergica come deviazione del setto, ipertrofia dei turbinati, flogosi dei seni paranasali e marcato ingrandimento delle adenoidi con eventuale adenoidite. L'esame obiettivo deve comprendere anche l'esame della membrana timpanica; va sottolineato che bambini con rinite allergica possono presentare un'aumentata suscettibilità ad andare incontro a otiti ricorrenti o a otite media con effusione a causa del possibile malfunzionamento della tuba di Eustachio in conseguenza dell'edema generalizzato della mucosa nasofaringea. Infine, in relazione a quanto è già stato puntualizzato circa la stretta correlazione fra le alte e le basse vie respiratorie, l'esame obiettivo deve sempre prevedere un'attenta valutazione della funzione respiratoria.

Quali accertamenti eseguire nel sospetto di rinite allergica?

Tra gli esami di laboratorio e strumentali i test cutanei (prick test) devono essere considerati indagini diagnostiche di primo livello per la facile applicabilità, sensibilità e specificità, immediatezza del risultato e costo economico contenuto. Nel bambino il numero degli allergeni da considerare è

molto limitato. Nell'età prescolare gli allergeni fondamentali da considerare sono essenzialmente due: gli acari e l'epitelio di gatto (o di cane a seconda dell'esposizione prevalente). Crescendo assumono una rilevanza clinica crescente i pollini delle graminacee, della parietaria, degli alberi del gruppo nocciolo/betulla e frassino/olivo e le muffe in particolare l'alternaria. Altri eventuali allergeni (artemisia, cipresso, epiteli vari, altre muffe eccetera) andranno considerati soltanto in rapporto a specifiche condizioni cliniche. Va ricordato che se la positività dei test cutanei concorda con l'anamnesi e il quadro clinico la

La prevenzione ambientale è cruciale per evitare il contatto della mucosa nasale con allergeni e fattori irritativi aspecifici

diagnostica allergologica si può considerare virtualmente esaurita. La ricerca delle IgE specifiche su siero (i cosiddetti Rast) potrà essere indicata in casi particolari di eventuale discordanza tra anamnesi e test cutanei, nei bambini con dermatite atopica estesa o marcato dermografismo o ancora in quelli che stanno assumendo farmaci (in particolare gli antistaminici) che alterando la reazione cutanea all'estratto allergenico inficiano l'attendibilità dell'esame. Nel pannello di esami strumentali andrà sempre prevista l'esecuzione di un esame spirometrico (esame che richiede una certa collaborazione da parte del bambino e quindi di solito eseguibile a parti-

re dai 5-6 anni di età). Indagini di più stretta competenza otorinolaringoiatrica sono l'endoscopia sono l'endoscopia nasale, la valutazione della funzione olfattiva, la rinomanometria, e l'esame audiometrico e impedenziometrico.

La gestione del bambino con rinite allergica: un approccio multidisciplinare

Le misure da attuare per la cura del bambino con rinite allergica sono diverse e si basano principalmente sulla prevenzione ambientale, nell'obiettivo di evitare, per quanto possibile, il contatto della mucosa nasale con l'allergene o gli allergeni in causa e con eventuali fattori irritativi aspecifici, sull'impostazione di una corretta e adeguata terapia farmacologica e, in casi selezionati, sull'immunoterapia specifica e per una trattazione analitica di questi argomenti si rimanda agli altri articoli di questa monografia (vedi capitoli 12, 13, 14).

Va sottolineato che tali misure vanno adattate e integrate fra di loro, caso per caso, sulla base dell'età del bambino, degli allergeni causali, dell'espressività temporale e della gravità delle manifestazioni cliniche. Lo scopo della terapia non è solo quello di ottenere la risoluzione dei sintomi della rinite, ma anche prevenire e curare potenziali complicanze a carico di strutture adiacenti alle cavità nasali, nonché il coinvolgimento delle basse vie aeree. Sempre nell'ambito di una gestione integrata della rinite l'approccio terapeutico al bambino con rinite allergica può comunque richiedere la necessità di curare eventuali complicanze o condizioni associate con terapie mediche o prevedere il ricorso alle competenze del chirurgo otorino e dell'ortodonzista. Il ricorso alla chirurgia è indicato per la correzione di even-

Allergie respiratorie in età pediatrica

asma bronchiale e rinite sotto la lente

tuali anomalie anatomiche minori delle ossa nasali e per l'asportazione di adenoidi e tonsille ipertrofiche qualora queste condizioni, indipendentemente dalla flogosi infiammatoria su base allergica, ma associandosi a essa, determinino un'inevitabile amplificazione del quadro ostruttivo nasale. In casi selezionati può essere preso in considerazione il ricorso alla chirurgia endoscopica per la risoluzione di complicanze sinusali, croniche e ricorrenti, resistenti a una terapia medica antibiotica e anti-infiammatoria adeguata e in casi di patologia polipoide. L'intervento dell'ortodontista può rendersi necessario (sempre però dopo la preventiva correzione di eventuali patologie di interesse otoiatrico a esempio ipertrofia adenoidea) sia per correggere eventuali anomalie strutturali congenite che favoriscono l'ostruzione nasale sia

nella correzione di eventuali anomalie strutturali del massiccio facciale instauratesi in conseguenza dell'ostruzione nasale determinata dalla flogosi persistente.

La rinite allergica e le sue complicanze: patologie frequenti, ma sottostimate

Come per tutte le patologie allergiche anche la prevalenza della rinite allergica in età pediatrica è aumentata in modo significativo negli ultimi trent'anni. Secondo diversi studi epidemiologici si calcola che la malattia colpisca oltre il 10% dei bambini nei primi 14 anni di età e fino al 20-30% degli adolescenti e dei giovani adulti. Va peraltro sottolineato che da più parti si ritiene che questi dati siano da considerare calcolati per difetto. Inoltre l'esposizione cronica ad allergeni perenni, soprattutto

in ambito domestico, induce un'ostruzione nasale lentamente progressiva e che pertanto viene difficilmente avvertita dal paziente per una sorta di fenomeno di adattamento fisiologico agli stimoli. Va infatti enfatizzata una certa difficoltà di interpretazione della sintomatologia ostruttiva nasale su base allergica, che può essere frequentemente "oscurata" dalla "fisiologica" sovrapposizione di episodi flogistici su base infettiva, tipici dell'età pediatrica, e a cui i soggetti allergici sono inoltre più suscettibili, da un'eventuale ostruzione adenoidea associata o da una semplice malocclusione dentale. Ciò comporta inevitabilmente una sottostima della rinite allergica, sia in termini diagnostici, sia, di conseguenza, terapeutici, con implicazioni pratiche di particolare rilevanza.

Va ricordato e rimarcato infatti che la rinite allergica non diagnosticata e/o non curata correttamente e adeguatamente può:

1. Incidere negativamente sulle performance scolastiche e in generale sulla qualità della vita dei bambini e, di riflesso, dei loro genitori;
2. Avere importanti ripercussioni di carattere socio-economico in termini di spese mediche, assenze scolastiche e giorni di lavoro persi dai genitori;
3. Comportare l'aumentato rischio di complicanze a carico dei seni paranasali e dell'orecchio medio, nonché l'inevitabile coinvolgimento delle basse vie aeree peggiorando la reattività bronchiale e la sintomatologia asmatica nei casi (peraltro frequenti) in cui la rinite si associa ad asma.

Figura 2

