

Riacutizzazione di BPCO e sinusiti batteriche acute

Un'indagine conoscitiva sul loro impatto clinico ed economico

Sinusite etmoido-mascellare purulenta acuta poco sensibile ai comuni antibatterici	55
<i>R. Cini</i>	
Flogosi rinosinusale e riacutizzazione di BPCO	57
<i>M. Adamo</i>	
Terapia antibiotica orientata delle riacutizzazioni di BPCO	59
<i>M. Biagini</i>	
Sinusite batterica acuta recidivante con più di cinque riacutizzazioni/anno in paziente affetto da BPCO	61
<i>S. Cremonesi</i>	
Rinosinusite acuta in NARESMA (rinite non allergica eosinofilo mastocitaria) ..	63
<i>A. Macchi</i>	
Sinusite mascellare acuta secondaria a trattamento odontoiatrico	65
<i>T. Sala</i>	
Riacutizzazione di BPCO in un paziente con I.R.C. ipossiémica e versamento pleurico, trattato a domicilio	67
<i>G. La Fauci</i>	
Sinusite etmoido-mascellare acuta in paziente con BPCO riacutizzata	69
<i>M. D'Angelo</i>	

Ringraziamenti

Si ringraziano tutti gli Specialisti che hanno aderito a questa iniziativa, selezionando dalla loro esperienza quotidiana quei casi clinici ritenuti più significativi

Gabriele Aru, Milano
Aniello Avallone, Monterotondo -RM-
Michele Barberini, Bari
Chiara Carraro, Torino
Lorenzo Corsaro, Paternò -CT-
Gennaro De Martino, S. Giuseppe Vesuviano -NA-
Placido Di Stefano, Paternò -CT-
Gerardo Fele, Qualiano -NA-
Oscar Fini, Bologna
Renato Franza, Ugento -LE-
Orazio Gallo, Roma
Antonio Giovine, Borsea -RO-
Riccardo Laria, Vigevano -PV-

Paolo Lavazza, Cuneo
Antonio Maiorano Picone, Pescara
Gianni Marino, Roma
Antonio Paulillo, Andria -BA-
Roberto Perra, Cagliari
Maria Serra, Genova
Roberto Solinas, Verona
Salvatore Sproviero, Pozzuoli -NA-
Francesco Strinati, Terni
Stefano Tavazzani, Ancona
Sandro Venè, Rimini
Giovanni Viola, Mandragone -CE-
Valter Zagari, Roma

Sinusite etmoido-mascellare purulenta acuta poco sensibile ai comuni antibatterici

Summary

Cefalea, naso chiuso, secrezione mucopurulenta e febbre. La sintomatologia disturba il paziente allontanandolo dalle attività quotidiane e dal lavoro. L'ausilio per la diagnosi dell'obiettività e degli esami radiologici. La terapia medica per os con chinolonici porta alla risoluzione della malattia.

Per rinosinusite acuta si intende una condizione infiammatoria di natura infettiva della mucosa rinosinusale, la cui sintomatologia non persiste per più di 4 settimane ed è in genere seguita da una completa "restitutio ad integrum".

Cini R. *Acute purulent ethmoid-maxillary sinusitis, not sensitive to common antibacterial. Trends Med 2012; 12(2):55-56.*

©2012 Pharma Project Group srl. ISSN: 1594-2848

Anamnesi fisiologica

Il soggetto in esame è un maschio bianco di anni 35, nato in Italia, coniugato, impiegato.

Anamnesi patologica remota

Il paziente è in buone condizioni cliniche generali, non presenta dall'anamnesi dati rilevati quali: malattie ereditarie, alterazioni ematochimiche dei normali parametri, non ha subito ricoveri ospedalieri per malattie, salvo un intervento di meniscectomia per pregresso trauma, nega di essere fumatore e di aver subito traumi cranici. Al momento riferisce di non svolgere attività fisica salvo camminate e corse di breve durata.

Anamnesi patologica prossima

Il paziente si presenta nel mio ambulatorio riferendo di soffrire da circa 20 gg. di: cefalea maggiormente mattutina, naso chiuso con secrezione giallo-verdastra mono/bilaterale che lo obbliga a soffiarsi il naso spesso, difficoltà a svolgere le comuni attività giornaliere sia di lavoro sia al di fuori di esso. La difficoltà deriva dal fatto che nello sforzo fisico aumenta la cefalea e mi riferisce che nei primi tre gg. ha avuto anche alcune linee di febbre.

Alla domanda: "ha mai sofferto prima di tale sintomatologia?" risponde che solo saltuariamente aveva avuto cefalea senza ben specificare la zona del dolore ma certo senza mai aver avuto necessità di ricorrere al

medico curante e a terapia specifica. Riferisce ancora di essersi recato dal medico curante il quale gli ha consigliato una terapia antibiotica per os con amoxicillina; gli ha prescritto anche una TC urgente dei seni paranasali che per sua fortuna ha effettuato dopo breve attesa (circa sei gg. dalla richiesta).

Oggi dice: "sto molto meglio rispetto ai primi gg. ma ancora ho cefalea, naso chiuso, e secrezione nasale, per tale ragione il mio medico mi ha inviato dallo specialista".

L'esame rinoscopico anteriore con fibre ottiche flessibili mostra una iperemia spiccata della mucosa nasale e dei turbinati con presenza di secrezione giallo-verdastra nei vestiboli nasali.

La difficoltà respiratoria è palese e il paziente presenta spiccato dolore alla pressione nei punti di repere sottorbitari. E' indubbio che siamo di fronte ad una sinusopatia etmoido mascellare acuta.

Figura 1. TC dei seni paranasali.



Figura 2. Esame rinoscopico anteriore.



Discussione

Visto che dall'anamnesi è emerso che il paziente aveva già effettuato terapia antibiotica per 7 gg. con amoxicillina, senza grandi risultati, ho ritenuto opportuno prescrivere una terapia con prulifloxacina (600 mg) 1 compressa/die per 10 gg. meglio a stomaco vuoto. Ho utilizzato il chinolonico consigliando al paziente di non effettuare gli esercizi ginnici che periodicamente lui è abituato a fare almeno per i gg. di terapia (anche se Lui stesso mi dice che in questi gg. non se la sente di fare sforzi fisici ed esercizi ginnici "...a malapena ce l'ho fatta a tornare al lavoro") sapendo anche che lo stesso non assume altra terapia farmacologica.

Rivedo il paziente dopo circa 15 gg.: all'esame rinoscopico con fibre ottiche il naso appare libero da secrezioni patologiche e la sintomatologia è completamente scomparsa (figura 2).

Credo, pertanto, che si possa affermare che eravamo di fronte ad un caso di rinosinusite acuta purulenta in soggetto che mai aveva presentato prima simili sintomi, e che con l'ausilio dei dati anamnestici e la rinoscopia sono stato in grado di effettuare una diagnosi certa. Nonostante l'uso di precedente terapia antibiotica il soggetto non era guarito: l'utilizzo della prulifloxacina, per il suo rapido assorbimento, la rapida diffusione tissutale, e l'ampio spettro d'azione, hanno fatto sì che si arrivasse, in tempi brevi ad una rapida risoluzione della patologia; lo stesso soggetto, nella visita di controllo, mi riferiva che già dopo 3/4 gg. dall'inizio della terapia, era scomparsa la sintomatologia: durante il trattamento non aveva accusato nessun disturbo tale da doverlo segnalare.

Bibliografia

1. **Stammerger H, Wolf G.** Headaches and sinus disease: the endoscopic approach. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1988; ;134:3-23.
2. **Yamashita K.** Endonasal flexible fiberoptic endoscopy. *Rhinology* 1983; 21:233-237.