

Rinosinusite acuta in NARESMA (rinite non allergica eosinofilo mastocitaria)

Summary

Paziente maschio di 45 anni affetto da rinite non allergica eosinofilo mastocitaria con ricorrenti episodi di rinosinusite acuta non rispondente alla terapia antibiotica. Indagato con TAC con riscontro di sinusite flogistica. Test allergometrici negativi, esame citologico nasale compatibile con NARESMA, diffusa eosinofilia e numerose mast-cell, antibiogramma compatibile con un'infezione da *Moraxella catharralis* resistente alle penicilline. Trattato con fluorochinolone associato a terapia antistaminica e cortisonica con successo.

Macchi A. Acute rhinosinusitis in NARESMA (non-allergic rhinitis with eosinophils and mast cells). Trends Med 2012; 12(2):63-64.

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

Anamnesi fisiologica

Paziente maschio di 45 anni, caucasico, agricoltore, residente dalla nascita in area agricola, non abitudine voluttuarie.

Anamnesi patologica remota

Comuni esantemi infantili, adenotonsillectomia nell'infanzia, frattura braccio destro a 20 anni.

Anamnesi patologica prossima

Da circa un anno il paziente riferiva episodi ripetuti di rinosinusiti con rinorrea mucopurulenta, starnutazioni frequenti, cefalea comparse sempre dopo congestione nasale, rinorrea limpida e prurito endonasale. Sottoposto a rinoscopia con riscontro di edema pallido della mucosa nasale, secrezione densa mucopurulenta a partenza etmoidale bilaterale, con edema del complesso osteomeatale e del recesso sfenoetmoidale. E' stato sottoposto a terapia antibiotica con amoxicillina + acido clavulanico 1 grammo per 3 volte al giorno per 12 giorni e corticosteroide topico betometasone, al termine della terapia riscontro di lieve miglioramento della sintomatologia soggettiva del paziente, endoscopicamente persistenza del blocco del complesso osteomeatale e del recesso sfenoetmoidale, per tale motivo è stato sottoposto a tomografia assiale compu-

terizzata dei seni paranasali con riscontro di una flogosi diffusa della maggior parte dei seni paranasali. E' stato pertanto sottoposto ad ulteriore trattamento antibiotico con amoxicillina + acido clavulanico 1 grammo per tre volte al giorno per ulteriori 14 giorni, lavaggi nasali, terapia cortisonica per os per 12 giorni (desametasone 25 milligrammi a scalare). Apparente miglioramento della situazione locale che permane per circa tre settimane con ulteriore episodio di rinosinusite sovrapponibile al precedente. Sottoposto a valutazione allergologica con negatività ai test allergologici.

Esame citologico nasale con riscontro di numerosi eosinofili con numerose mastcellule, numerosi batteri. Antibiogramma positivo per la presenza di *Moraxella catharralis* resistente alle penicilline, sensibile ai fluorochinoloni ed ai macrolidi.

Sottoposto ad una terapia con plurifloxacina 600 mg 1 cpr die per 10 giorni, rupatadina 1 compressa alla sera e mometasone furoato 2 puff per narice, desametasone 25 mg 1 compressa al giorno per 5 giorni successivamente a scalare. Il controllo dopo 15 giorni dall'inizio della terapia ha evidenziato un miglioramento locale con scomparsa della secrezione purulenta, riduzione dell'edema a livello del complesso osteomeatale, miglioramento della pervietà nasale, presenza di secrezioni limpide a livello nasale, scomparsa della cefalea e miglioramento della sintomatologia algica. Proseguimento della terapia con rupatadina e mometasone furoato per ulteriori due mesi.



Alberto Macchi

Clinica Otorinolaringoiatrica

Università dell'Insubria

"Ospedale di Circolo e Fond. Macchi"

Via Guicciardini

21100 Varese

Discussione

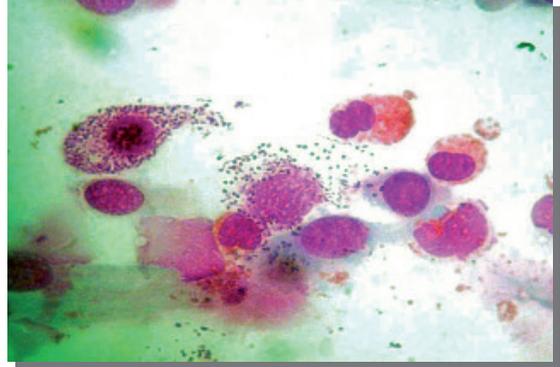
La patologia flogistica a livello rinosinusale deve essere indagata sempre in maniera appropriata seguendo i protocolli diagnostico terapeutici che prevedono l'ese-

Figura 1.



cuzione di un'indagine endoscopica, un'indagine allergologica, una TAC nelle recidive e una tipizzazione citologica. La citologia nasale consiste nel prelievo di una piccola quantità di muco nasale e nel suo successivo studio al microscopio ottico. La presenza di eosinofili e mastcellule sulla superficie della mucosa nasale, se

Figura 2.



associata a test allergologici negativi, è indicativa della presenza di naresma.

Queste cellule non sono mai presenti nei soggetti sani, la malattia ha un'incidenza del 10% nell'ambito delle rinopatie e pare avere una espressività familiare in alcuni casi. È una patologia ad andamento cronico che necessita di controlli periodici e di terapie calibrate sull'entità dei sintomi. La terapia antibiotica mirata in base ad un esame culturale rappresenta la migliore procedura nel trattamento delle forme recidivanti o resistenti.

Bibliografia

1. **Gelardi M, Fiorella ML, Russo C, et al.** Role of nasal cytology. *J Immunopathol Pharmacol* 2010;23 (1 Suppl):45-49.
2. **Gelardi M, Maselli del Giudice A, Fiorella ML, et al.** Non-allergic rhinitis with eosinophils and mast cells constitutes a new severe nasal disorder. *Int J Immunopathol Pharmacol* 2008; 21:325-331.