

## BPCO, flogosi allergica e sinusite infettiva

### COPD, allergic inflammation and infectious sinusitis

#### Summary

Descriviamo il caso clinico di un paziente con BPCO riacutizzata nella cui patogenesi sembrano giocare un ruolo importante la flogosi del distretto nasale e paranasale che a sua volta favorirebbe le sovrainfezioni batteriche e/o virali.

Perra R. COPD, allergic inflammation and infectious sinusitis. *Trends Med* 2012; 12(4):175-176.

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

#### Anamnesi fisiologica

Paziente di sesso maschile, 77 anni, grosso fumatore, impiegato di banca, nativo di Senorbi (CA).

#### Anamnesi patologica remota

Da tempo indeterminato rinopatia cronica; da circa 10 anni diagnosi di sindrome ansioso-depressiva con attacchi di panico; circa 3 anni fa diagnosi di Diabete NID e BPCO (in terapia rispettivamente con ipoglicemizzanti orali e LABA). Familiarità per atopìa. Intolleranza ai beta-lattamici.

#### Anamnesi patologica prossima

Descriviamo un caso di BPCO ben controllato clinicamente sino a un mese prima della nostra osservazione allorchè sarebbe comparsa dispnea per minimi sforzi con respiro sibilante e abbondante espettorazione mucosa. Su consiglio del curante il paziente avrebbe intrapreso terapia mucolitica e aerosolica con modesto beneficio. Una Rx-Torace permetteva di escludere la pre-

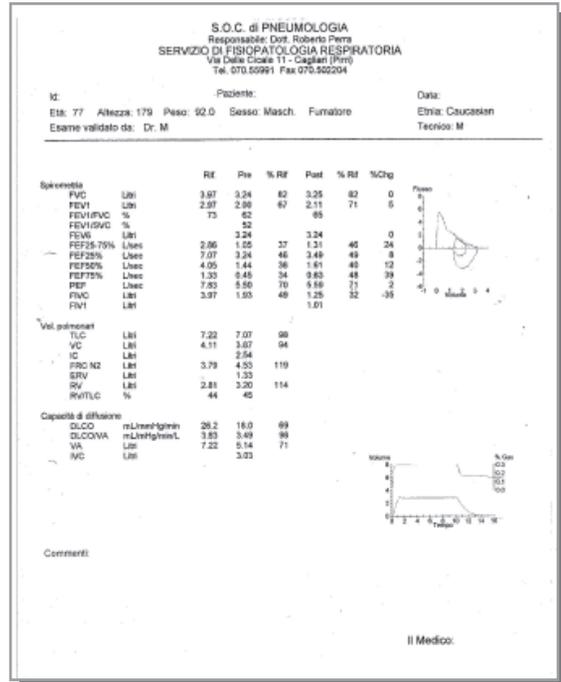
senza di addensamenti polmonari e/o versamenti pleurici. Ciononostante nelle settimane successive la sintomatologia si sarebbe aggravata per la comparsa di cefalea gravativa frontale e febbricola. Ricoverato presso la nostra UO veniva posta diagnosi di BPCO riacutizzata e intrapresa terapia steroidea e.v. (metilprednisolone) ed antibiotica ad ampio spettro (aminoglicoside e.v. + chinolonico per os) che portava in settimana giornata ad una parziale risoluzione clinica per la regressione pressochè completa della febbricola e della dispnea ma persistendo la tosse produttiva e la cefalea (seppur con minore intensità rispetto all'ingresso). Per i suddetti motivi veniva eseguita un Rx del massiccio faciale (figura 1) (il paziente rifiutava di sottoporsi a TC in quanto claustrofobico) che poneva in evidenza un quadro di sinusite mascellare bilaterale e ipertrofia dei turbinati nasali. La terapia (antibiotica e steroidea) veniva protratta per ulteriori 10 giorni per poi essere sostituita con una steroidea sistemica per os (a scalare) e topica nasale (budesonide) e bronchiale (fluticasone in associazione con salmeterolo) che portava dopo circa 30 gg ad una stabilizzazione pressochè totale della sintomatologia (in allegato PFR relative al periodo di remissione della BPCO). Accertamenti allergologici eseguiti successivamente al ricovero avevano permesso inoltre di evidenziare una positività per acari della polvere e graminacee ai prick test. L'aggiunta alla terapia di fondo della BPCO di periodici cicli terapeutici con uno steroide topico nasale e un antistaminico si-

 **Roberto Perra**  
Dirigente Medico INRCA  
Via delle Cicale, 11  
09134 Cagliari

**Figura 1.** Rx del massiccio faciale.



**Figura 2.** Esame spirometrico.



stemico permetteva di ottenere nei mesi successivi una maggiore stabilizzazione della sintomatologia respiratoria.

### Discussione

Il quadro clinico descritto è da ascrivere alle riacutizzazioni di BPCO secondarie ad una flogosi acuta delle mucose delle alte vie respiratorie ampiamente descritte in letteratura e che sono sovente innescate da episodi infettivi batterici e virali che nel nostro caso sembrerebbero a loro volta essere stati favoriti da una sottostante mucosite allergica. Nel caso del nostro paziente non risulta

in anamnesi che abbia mai sofferto in passato di asma bronchiale e quindi a nostro parere il danno funzionale respiratorio è da ascrivere tutto alla BPCO secondaria al fumo di sigaretta e alle frequenti riacutizzazioni bronchitiche batteriche e virali. Come nell'asma bronchiale anche alcune presentazioni cliniche di BPCO, soprattutto quando concomita una familiarità per atopia o una storia di rinite cronica, dovrebbero essere indagate per escludere la presenza di un habitus allergico. Questo, nel paziente con BPCO, potrebbe favorirne le riacutizzazioni sia in quanto tale sia perché potrebbe facilitare, quando misconosciuta, le sovrainfezioni batteriche e virali.

### Bibliografia

1. Kim JS, Rubin BK. Nasal and sinus involvement in chronic obstructive pulmonary disease. *Curr Opin Pulm Med* 2008; 14:101-104.
2. Hellings PW, Hens G. Rhinosinusitis and the lower airways. *Immunol Allergy Clin North Am* 2009; 29:733-740.
3. Hens G, Vanaudenaerde BM, Bullens DM, et al. Sinonasal pathology in nonallergic asthma and COPD: 'united airway disease' beyond the scope of allergy. *Allergy* 2008; 63:261-267. Epub 2007 Dec 5.