



Raffreddore comune complicato da sinusite acuta

Data 30 gennaio 2000
Categoria pneumologia

In questo articolo gli autori fanno una revisione critica del lavoro "Sinusitis in the common cold" pubblicato su J Allergy Clin Immunol 1998; 102: 403-8.

Questo lavoro è parte di uno studio fatto per stabilire il ruolo del Fluticasone dipropionato nel trattamento del raffreddore comune. I dati per questo articolo sono stati ottenuti soltanto dal gruppo in terapia con placebo.

Rilevanza per il medico di famiglia. La sinusite acuta è una delle malattie più diffuse nel Nord America. Essa è responsabile del 4.6% delle visite di giovani adulti da parte del medico. Nel 1992, secondo il National Ambulatory Medical Survey, è stata al quinto posto tra le diagnosi più comuni per le quali sono stati prescritti antibiotici negli Stati Uniti. Ogni anno, in media, gli adulti hanno due o tre volte il raffreddore. Lavori precedenti hanno indicato cinque fattori come predittori di sinusite batterica: storia di secrezione purulenta, riscontro di secrezione purulenta alla visita, transilluminazione positiva, scarsa risposta ai decongestionanti da banco, e dolore dentario mascellare. Data la sovrapposizione di sintomi tra sinusite e raffreddore comune, come possiamo separare queste due condizioni clinicamente e radiologicamente?

Materiali e metodi. Sono stati arruolati 200 soggetti di razza bianca, 59 giovani uomini (età media 24 anni) e 141 giovani donne (età media 24.1 anni). I pazienti hanno contattato lo studio medico 24-48 ore dopo l'inizio di sintomi che essi consideravano come un comune raffreddore sulla base delle loro precedenti esperienze. I soggetti dovevano presentare almeno ipersecrezione nasale e uno dei seguenti sintomi: tosse, cefalea, mal di gola, raucedine, mialgia, o temperatura orale superiore a 37 °C. Criteri di esclusione: storia di rinite allergica o di sinusite cronica o ricorrente, malattia del tratto respiratorio inferiore, deviazione importante del setto nasale, poliposi nasale, gravidanza o allattamento, uso di antibiotici nelle quattro settimane precedenti. L'esame clinico è stato effettuato al 1°, al 7° e al 21° giorno. I soggetti con febbre o dolore potevano assumere paracetamolo; non erano consentiti altri farmaci, compresi quelli da banco. È stata effettuata una radiografia dei seni paranasali (in proiezione occipito-mentoniera) nei giorni 1°, 7° e 21°. Le radiografie così ottenute sono state interpretate dopo il periodo dello studio in modo indipendente da tre radiologi che non conoscevano i dati clinici dei pazienti. Fatto interessante, i tre radiologi sono stati d'accordo nell'interpretazione del 60.9% delle radiografie, un altro 35.5% dei casi ha visto d'accordo due dei tre radiologi e la loro scelta è diventata la diagnosi finale, e tutti e tre i radiologi sono stati in disaccordo sul 3.6% dei casi (la diagnosi finale è stata stabilita tramite discussione dei casi). Sono stati considerati affetti da sinusite i soggetti che alla radiografia dei seni mascellari presentavano ispessimento della mucosa maggiore di 5 mm, opacità totale, o anomali livelli idroaerei. I soggetti hanno tenuto un diario dei sintomi per 20 giorni; i sintomi registrati erano rinite acquosa, rinite purulenta, congestione nasale, irritazione nasale, cefalea, tosse, sputo, ma di gola, febbre, dolore ai denti dell'arcata superiore o nell'area maxillo-faciale, e ogni altro possibile sintomo. Il ruolo eziologico di 10 virus e 5 batteri è stato valutato mediante colture, ricerca di antigeni, sierologia, PCR (Poymerase Chain Reaction) per Rhinovirus, e anticorpi batterici dell'aspirato nasofaringeo. Sono stati presi campioni di sangue al 7° giorno per determinare la concentrazione sierica di recettori per l'AMPc, la VES, la conta dei leucociti con formula.

Risultati. Le radiografie prese in tre tempi diversi sono state così interpretate: il 14.2% dimostravano una sinusite al 1° giorno, il 38.8% al 7° giorno e l'11.3% al 21° giorno. La rinite purulenta è stata più comune nei giorni dal primo al sesto nei soggetti con sinusite al 7° giorno (94.7%) rispetto ai soggetti senza sinusite (76.7%) ($P = 0.02$). Nessun soggetto ha riferito dolore unilaterale nell'area maxillo-faciale o dolore ai denti dell'arcata superiore, sintomi considerati specifici della sinusite batterica. La durata media di tutti i sintomi è stata sovrapponibile nei soggetti con e senza sinusite al 7° giorno. La durata della tosse e della rinite purulenta è stata simile nei soggetti con e senza sinusite (rispettivamente 8.3 – 9 giorni e 7.3 – 8.4 giorni). I soggetti con sinusite hanno presentato una VES e una conta dei leucociti neutrofili mediamente più alte dei soggetti senza sinusite (rispettivamente $P = 0.004$ e $P = 0.01$). Tutti i soggetti con raffreddore comune hanno avuto una guarigione clinica entro 21 giorni senza terapia antibiotica.

Analisi della metodologia. In generale, questo è stato uno studio prospettico di coorte ben fatto, ma i fattori di rischio basali dei pazienti, quali ad esempio la condizione di fumatore o non fumatore, non sono stati descritti. La proiezione radiografica occipito-mentoniera utilizzata in questo studio non fa veder bene i seni paranasali diversi da quello mascellare. Poiché i pazienti di questo studio erano il gruppo placebo di uno studio per stabilire il ruolo di una terapia intranasale con fluticasone, hanno tutti ricevuto un placebo spray intranasale durante i primi 6 giorni di infezione, cosa che potrebbe aver influenzato lo sviluppo di anomalie sinusali. Inoltre, i soggetti dello studio erano giovani e di razza bianca, il che può rendere difficile generalizzare per altre popolazioni.

Applicazioni per la pratica clinica. In generale, i risultati di questo studio supportano le linee guida canadesi per la diagnosi e il trattamento della sinusite acuta. In queste linee guida tre sintomi (dolore dentario mascellare, scarsa risposta ai decongestionanti e storia di secrezione nasale colorata) e due segni (secrezione nasale purulenta e transilluminazione anormale) sono considerati i migliori predittori clinici di sinusite batterica acuta. I risultati di questo studio potrebbero non essere applicabili ai pazienti pediatrici o anziani. Detto questo, è interessante scoprire che la separazione tra una sinusite virale e una batterica non è netta, bensì in realtà del tutto indistinta. Per esempio, tutti e tre i radiologi sono stati d'accordo sulla diagnosi di sinusite solo nel 61% dei casi, la durata media dei sintomi è stata simile per quelli con e senza sinusite virale, e tutti i pazienti sono guariti entro 21 giorni senza antibiotici. Ci sono state alcune differenze in esiti poco importanti per i pazienti, quali la VES o la conta dei neutrofili.

Considerazioni finali.



- La linea di demarcazione tra un raffreddore comune e una sinusite virale sembra indistinta: il raffreddore comune in giovani adulti sani è spesso associato con rinite purulenta (nel 77-95% dei casi), il 40% dei pazienti avrà un'evidenza radiografica di sinusite acuta, e la durata media dei sintomi sarà simile, qualunque cosa abbiano.
- Distinguere tra un raffreddore comune e una sinusite virale (almeno nella presentazione acuta della maggior parte dei pazienti giovani, sani e bianchi) potrebbe non essere il modo migliore di utilizzare il nostro tempo, in quanto tutti i soggetti, indipendentemente dalla diagnosi, stavano meglio al 21° giorno senza antibiotici. Ciò potrebbe significare che ci sono più sinusiti virali nella popolazione in studio di quanto ci si aspettasse.
- Radiografie non necessarie in giovani pazienti con raffreddore comune potrebbero portare a trattamenti non necessari.
- Segni di sinusite batterica (e.g., dolore maxillofaciale unilaterale, dolore dentario dell'arcata superiore, e mancata risposta ai decongestionanti nasali) potrebbero richiedere una diversa diagnostica e un diverso approccio terapeutico.
Canadian Family Physician, dicembre 1999