



## **RINITI ALLERGICHE, NON ALLERGICHE E “SOVRAPPOSTE”: UN FOCUS PER FARE CHIAREZZA**

### **CONTATTO**

veronicanotarb  
artolo@gmail.c  
om

### **VERONICA NOTARBARTOLO**

**MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN PEDIATRIA, UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PALERMO**

La rinite è una patologia infiammatoria nasale caratterizzata dalla presenza di due o più dei seguenti sintomi: naso che cola, starnutazioni, congestione e prurito nasale. La più recente classificazione suddivide le riniti in:

- **Infettive**, generalmente ad eziologia virale (raramente batterica), hanno una durata inferiore ai 10 giorni e sono pertanto definite riniti acute;
- **Allergiche**, mediate da particolari sottotipi di anticorpi noti come immunoglobuline di tipo E (IgE)
- **Non allergiche**, mediate da fenomeni di dilatazione vascolare intermittente della mucosa nasale.

Queste ultime due categorie comprendono manifestazioni cliniche della durata di oltre 10 giorni, e pertanto definite riniti croniche. La copresenza di entrambe le forme di riniti, allergiche e non, nello stesso individuo identifica il gruppo delle riniti da overlap, ovvero riniti “sovrapposte”.

Le **riniti allergiche, IgE-mediate**, sono le forme più frequenti nella popolazione pediatrica, con una prevalenza compresa tra il 60 e il 70%, soprattutto in età adolescenziale; esse sono il risultato della comparsa dell'infiammazione, secondaria all'esposizione allergenica nel bambino sensibilizzato. I principali allergeni coinvolti sono gli acari della polvere, i pollini, le muffe, il pelo di cane e gatto. L'andamento può essere stagionale



## **RINITI ALLERGICHE, NON ALLERGICHE E “SOVRAPPOSTE”: UN FOCUS PER FARE CHIAREZZA**

o perenne e la diagnosi è basata sul quadro clinico-anamnestico, in associazione al profilo di sensibilizzazione allergenica (skin prick test e/o ricerca di IgE sieriche allergene-specifiche positivi).

**Le riniti non allergiche, non IgE-mediate**, altrimenti dette riniti “cellulari”, sono meno frequenti in età pediatrica e coinvolgono il bambino in tutte le età (dalla fase prescolare a quella adolescenziale). In realtà, il dato epidemiologico è sottostimato, in quanto l’esatta definizione è ancora oggi poco chiara, soprattutto tra i bambini; facendo un confronto tra le forme non allergiche e quelle allergiche, si stima che per ogni bambino affetto da rinite non IgE-mediata, ce ne siano 3-4 affetti da rinite allergica. Le riniti non IgE-mediate vengono altresì definite come riniti croniche vasomotorie aspecifiche: un fattore causale, di origine ad oggi non nota, determinerebbe la dilatazione dei vasi sanguigni del naso conducendo a gonfiore e congestione. Alla base ci sarebbe anche uno squilibrio del controllo del sistema di regolazione neuro-ormonale. In rapporto alla componente cellulare prevalente all’interno del processo infiammatorio, vengono suddivise in:

- 1. NARNE, a prevalenza neutrofila**
- 2. NARES, a prevalenza eosinofila**
- 3. NARMA, a prevalenza mastocitaria**
- 4. NARESMA, in cui coesistono sia eosinofili sia mastociti.**

**Mentre eosinofili e mastociti sono cellule tipicamente coinvolte nei processi di infiammazione allergica, i neutrofili sono per lo più coinvolti nelle infezioni batteriche.**



## **RINITI ALLERGICHE, NON ALLERGICHE E “SOVRAPPOSTE”: UN FOCUS PER FARE CHIAREZZA**

La **NARNE** è tipica dell'adolescente fumatore, di bambini che crescono in città ad alto tasso di inquinamento ovvero di bambini con malattia da reflusso gastro-esofagea severa. Si tratta della forma non allergica più frequente in cui i neutrofili, particolare sottoclasse di globuli bianchi, in assenza di infezioni batteriche, rilasciano enzimi che ledono la mucosa nasale.

La **NARES** è una forma di rinite cellulare rara in pediatria, che si caratterizza per la presenza di eosinofili nel muco nasale (tra il 50 e il 70%), spesso associata ad asma non-allergico ed intolleranza ai derivati dell'aspirina. Se non trattata, evolve spesso in poliposi nasale il cui primo segno è la perdita dell'olfatto. In una percentuale di pazienti, l'eosinofilia nasale si accompagna a quella ematica.

La **NARMA** è ancora più rara della precedente e può anch'essa sovrapporsi a poliposi nasale, asma e sensibilità ai derivati dell'aspirina. Il quadro clinico è molto intenso, con ostruzione nasale serrata e richiede uno stretto monitoraggio clinico/citologico.

La **NARESMA**, simile alla NARES, ma più grave e persistente, si può associare ad asma, rinosinusite, poliposi nasale. La sintomatologia, spesso fastidiosa, può anche causare disturbi del sonno.

Ruolo fondamentale nell'identificazione di tali forme di riniti è svolto dalla citologia nasale, che consiste nella raccolta di cellule superficiali della mucosa nasale e successiva campionatura. La mucosa nasale, nel bambino sano, è costituita da 4 tipi cellulari che normalmente compongono la mucosa epiteliale: il riscontro di eosinofili, mastociti, batteri e/o spore è indice di patologia.



## **RINITI ALLERGICHE, NON ALLERGICHE E “SOVRAPPOSTE”: UN FOCUS PER FARE CHIAREZZA**

**Le riniti “sovrapposte”, in cui coesistono sia le forme allergiche che non, sono particolarmente ricorrenti e coinvolgono un team multidisciplinare dato sia dall’allergologo, sia dall’otorinolaringoiatra che dal pediatra di famiglia. Importante la valutazione clinico-anamnestica, l’indagine rinoscopica, quella microscopica mediante citologia nasale, l’esecuzione di test epicutanei. Solitamente novembre è il mese più caratteristico per “smascherare” le riniti da overlap in un soggetto allergico, essendo in tale periodo assenti la maggior parte dei pollini aerodispersi: per tale motivo, la presenza di cellule infiammatorie all’esame citologico nasale, in associazione a sintomi rinitici, darà conferma di una verosimile rinite da sovrapposizione.**

**La terapia delle riniti, di qualunque natura esse siano, prevede l’uso di antistaminici e/o steroidi ad uso locale e, lì dove necessario, anche steroidi per bocca; utile anche l’uso di decongestionanti nasali. Sfortunatamente però, le riniti non allergiche sono meno responsive alla terapia farmacologica. Spesso poi si instaura una condizione di rimbalzo, per cui l’effetto di tali farmaci tende a diminuire nel tempo, aumentando la frequenza delle somministrazioni e degli effetti indesiderati. Utile mantenere sempre ben deterse le cavità nasali, cercando di frequentare luoghi con basso tasso di inquinamento e cercando di limitare l’esposizione all’allergene cui si è sensibilizzati, nel caso delle forme IgE-mediate.**

### **BIBLIOGRAFIA:**



## **RINITI ALLERGICHE, NON ALLERGICHE E “SOVRAPPOSTE”: UN FOCUS PER FARE CHIAREZZA**

1. **Battazzi P. Terapia BrSM delle riniti vasomotorie aspecifiche non allergiche. La medicina biologica, Luglio-Settembre 2020.**
2. **Lega S. Narici NARES. Medico e Bambino pagine elettroniche 2016; 19(3).**
3. **Poddighe D, Gelardi M, Licari A, Miraglia del Giudice M, Marseglia GL. Non-allergic rhinitis in childre: Epidemiological aspects, pathological features, diagnostic methodology and clinical management. World J Methodol. 2016, 26; 6(4): 200-213.**
4. **Gelardi M. “Overlapped” rhinitis: a real trap for rhinoallergologists. Eur Ann Allergy Clin Immunol, Vol 46, 234-236, 2014.**
5. **Poddighe D, Zicari AM, Leo G et al. EAACI Position Paper sulle Riniti Pediatriche: analisi delle principali raccomandazioni terapeutiche nella rinite allergica. RIAP 22-32, 03/2014.**
6. **Gelardi M, Landi M. Le riniti sovrapposte: ovvero non solo rinite allergica. Ruolo fondamentale della citologia nasale. RIAP, 3-6, 02/2013.**
7. **Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW, Papadopoulos NG, Rotiroti G, Scadding G, Timmermans F, Valovirta E. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. Allergy 2013; 68: 1102–1116.**
8. **Gelardi M, Landi M. La citologia nasale nell’approccio diagnostico-terapeutico delle riniti vasomotorie in età pediatrica. RIAP, 28-34, 05/2011. Greenhawt M, Turner PJ, Kelso JM. Administration of influenza vaccines to egg allergic recipients: A practice parameter update 2017. Annals of Allergy, Asthma & Immunology. 2018 Jan 1;120(1):49–52.**