

IL TRATTAMENTO DELLA POLIPOSIS NASALE : DIAGNOSI E TERAPIA

Sono state formulate molte ipotesi sulla eziopatogenesi della poliposi rinosinusale, ma purtroppo nessuna, tuttora, consente di curare la patologia agendo in modo preciso sulla eziologia. Lo scopo del trattamento della poliposi è quello di alleviare i sintomi del paziente ricostituendo la pervietà aerea rinosinusale, riducendo la rinorrea e la congestione nasale e migliorando l'iposmia. Il miglioramento delle condizioni rinosinusalì spesso comporta una riduzione delle sovrainfezioni ed un miglioramento della possibile sintomatologia broncopolmonare eventualmente associata.

Per ottenere questi obiettivi, è necessario combinare terapia medica e terapia chirurgica, seguendo una corretta sequenza delle procedure al fine di ottimizzare i risultati e ridurre gli effetti collaterali di entrambi i trattamenti. Inoltre il trattamento deve essere adattato ad ogni singolo paziente. Il follow-up deve essere attento e finalizzato al controllo dei sintomi ed alla prevenzione delle recidive.

L'introduzione delle fibre ottiche, nell'esplorazione delle fosse nasali, ha reso possibile un miglioramento sia delle performances diagnostiche sia del controllo dell'evoluzione della patologia. Inoltre le tecniche di imaging, sempre più precise, rapide e meno invasive, sono ormai fondamentali nella stadiazione della malattia e nell'identificazione di anomalie anatomiche associate ovvero di eventuali complicanze della poliposi medesima.

In questo lavoro esponiamo il work-up diagnostico ed i nostri protocolli terapeutici finalizzati a definire il grading/staging della patologia ed a codificare i parametri terapeutici il più possibile "personalizzati" per una patologia che raramente è suscettibile di terapia definitiva nonostante i numerosi progressi, medici e chirurgici, effettuati in questi decenni.

Il work-up diagnostico ed i protocolli terapeutici esposti e seguiti nel nostro Studio seguono le indicazioni espresse nel Supplemento n. 80 degli Acta Otorhinolaryngologica Italica (Organo ufficiale della Società Italiana di Otorinolaringoiatria – Agosto 2005 - prof. Castelnuovo) e nella Relazione Ufficiale del LXXXIV Congresso Nazionale della Società Italiana di Otorinolaringoiatria (Maggio 1997 - prof.Maurizi),nonche' i più recenti aggiornamenti sul tema della diagnosi e terapia delle sinusiti e della poliposi naso-sinusale.

A conclusione di queste brevi note è importante sottolineare due importanti concetti :

- la poliposi naso-sinusale è un malattia ricorrente e recidivante : per quanto accuratamente e radicalmente i polipi possano essere trattati chirurgicamente esistono alte probabilità di una recidiva ; i dati della letteratura riferiscono una incidenza che varia tra il 10% e il 50% indipendentemente dalla tecnica chirurgica adottata e dal buon esito dell'intervento.
- una volta eseguito il trattamento chirurgico è di fondamentale importanza per il paziente :

- . seguire scrupolosamente le indicazioni terapeutiche prescritte dallo specialista di fiducia ; la terapia medica della poliposi è di fondamentale importanza per prevenire le recidive
- . sottoporsi con scrupolo alle visite mediche di controllo prescritte ; il follow-up post-operatorio ha il duplice scopo di impostare e modulare la terapia farmacologica di mantenimento, in base agli esiti dei controlli endoscopici nasali, e di diagnosticare precocemente le recidive. Una diagnosi precoce consente infatti di affrontare la recidiva con tecniche di chirurgia mini-invasiva (chirurgia endoscopica laser assistita o con micro-debrider) ambulatorialmente ed in anestesia locale .

WORK-UP DIAGNOSTICO

Il Work-up diagnostico consiste nella raccolta di dati anamnestici e nella effettuazione di accertamenti clinico-strumentali : la compilazione di una specifica cartella clinica consente di procedere ad una corretta stadiazione della poliposi naso-sinusale ORL, presupposto indispensabile per codificare i parametri terapeutici il più possibile "personalizzati" e adattati alle diverse condizioni cliniche riscontrate.

Work-up diagnostico :

- Anamnesi ed esame obiettivo - Endoscopia nasale
- TC del massiccio facciale / Risonanza magnetica
- Prelievi biotici multipli
- Prelievi colturali
- Polisonnografia / Monitoraggio cardio-respiratorio notturno
- Rinocitogramma
- Test di trasporto muco-ciliare
- Rinomanometria con test di decongestione e/o provocazione
- Consulenza allergologica
- Consulenza pneumologica con spirometria

Classificazione Clinica - Stadiazione :

Attualmente viene utilizzata una duplice classificazione :

1. Classificazione clinica sec. Stammberger
 - gruppo I : polipo antro-coanale
 - gruppo II : poliposi isolata del meato medio o del recesso sfeno-etmoidale
 - gruppo III : poliposi massiva senza eosinofilia
 - gruppo IV : poliposi massiva con eosinofilia
 - gruppo V : poliposi massiva associata ad altre patologie (fibrosi cistica, sindrome di Kartagener)

2. Classificazione endoscopico/radiologica sec. Lund-Mackay

Classificazione endoscopica :

- stadio I : poliposi isolata del meato medio, superiore o supremo
- stadio II : poliposi extra-meatale o del recesso sfeno-etmoidale o della fessura olfattoria
- stadio III : poliposi massiva

Classificazione radiologica :

per ogni seno (mascellare, etmoide anteriore, etmoide posteriore, frontale, sfenoide) :

0 = normalità 1 = parziale opacamento 2 = totale opacamento

per il complesso ostio-meatale :

0 = non occluso 1 = occluso

PROGRAMMA TERAPEUTICO

Dopo la valutazione del paziente e a conclusione del work-up diagnosticasi hanno diverse opzioni terapeutiche che sono condizionate dal tipo di poliposi (primaria , recidiva, classificazione clinica ed endoscopico radiologica, dalle caratteristiche del paziente (età, condizioni generali, anatomia naso-sinusale, habitus psicologico..) e dalle patologie associate.

Poliposi primaria : si definisce come primaria una poliposi mai diagnosticata e comunque mai trattata chirurgicamente.

Terapia medica :

- in caso di poliposi complicata da sovrinfezione batterica è opportuno procedere prelievi batteriologici e micologici al fine di instaurare una terapia antibiotica mirata
- è sempre indispensabile effettuare una terapia cortisonica per via sistemica al fine di ridurre o eliminare, se possibile, le masse polipoidi
- alla terapia cortisonica ed antibiotica per via generale è sempre opportuno associare e far seguire una terapia cortisonica locale a cicli ripetuti, eventualmente associata ad una terapia anti-istaminica sistemica.
- talvolta può essere utile associare una terapia di supporto con lavaggi nasali con soluzione isotonica; più efficace è il trattamento a base di lavaggi naso-sinusali a pressione negativa seguiti da instillazione di soluzione antibiotiche e/o cortisoniche o, come recentemente prospettato, di furosemide o di amfotericina B.

I prodotti vasocostrittori locali devono essere utilizzati solamente in casi eccezionali.

Talvolta la terapia farmacologia, se ben impostata, può essere sufficiente a controllare i sintomi e consente di evitare l'intervento chirurgico.

Terapia chirurgica :

L'indicazione chirurgica varia in funzione della stadiazione:

- nelle poliposi di grado I o II (sec. Stammberger) si può procedere direttamente all'intervento chirurgico, riservando il trattamento medico ai soli casi in cui è presente una sovrinfezione batterica
- nelle poliposi di grado III – IV – V (sec. Stammberger) si esegue una terapia medica di attacco finalizzata al trattamento di eventuali sovrinfezioni e alla riduzione delle masse polipoidi. Si procede quindi ad una terapia di mantenimento associando uno steroide topico ad una terapia anti-istaminica per via sistemica per una durata di due-tre mesi. Al termine del trattamento si esegue un controllo endoscopico durante il quale vengono valutati i dati oggettivi e la sintomatologia naso-sinusale.

Se il controllo della patologia è soddisfacente si imposta una terapia medica di mantenimento, altrimenti si procede con l'opzione chirurgica.

Tecniche chirurgiche:

- *Tecniche classiche* : intervento di polipotomia con sfeno-etmoidectomia ; rappresenta l'intervento classico di rimozione delle masse polipoidi naso-sinusali con apertura dei seni etmoidale e sfenoidale per via nasale; eseguito in anestesia generale può talvolta essere associato ad interventi di radicale mascellare o alla semplice apertura del seno mascellare per via nasale (meatotomia inferiore o media).

Ess/Fess : Endoscopic Sinus Surgery/ Functional Endoscopic Sinus Surgery (chirurgia funzionale endoscopica dei seni paranasali) : si è sviluppata dalle tecniche di endoscopia diagnostica sistematica naso-sinusale elaborate dal professor Messerklinger a cavallo tra gli anni '60 e '70 ed è stata successivamente perfezionata da altri chirurghi (Stammberger, Wigand, Castelnuovo); utilizza quale strumento ottico l'endoscopio rigido a diverse angolazioni visive.

- *Micro-chirurgia classica* : utilizza quale strumento ottico il microscopio chirurgico (Heenan, Draf, Bagatella) o la loop frontale.
- *Tecnica combinata* di chirurgia microscopica ed endoscopica : messa a punto presso l'Università di Kiel dal professor Heinrich Ruder riunisce i vantaggi della tecnica endoscopica con quelli della tecnica microchirurgica classica. Utilizza quali strumenti ottici, alternativamente e in funzione delle specifiche esigenze di ogni singolo caso, endoscopi rigidi, loop frontale e microscopio operatorio.

Attualmente il “ golden standard” della chirurgia naso-sinusale è rappresentato dalle tecniche di micro-chirurgia endoscopica.

Qualunque sia la tecnica chirurgica utilizzata è comunque opportuno far precedere l'atto chirurgico da una idonea preparazione farmacologica : si attua una terapia sistemica pre-operatoria di breve durata (circa 5 giorni) con antibiotici, cortisonici ed anti-emorragici, terapia che viene poi proseguita per circa 8/10 giorni dopo l'intervento.

Trattamento medico nel post-operatorio : il follow-up ed il trattamento delle recidive - poliposi secondaria :

Il programma di follow-up prevede :

- **Controlli Clinico-Endoscopici** programmati ogni 3 mesi per il primo anno, ogni 6 mesi per 2 anni poi 1 volta all'anno per 10 anni (secondo lo schema indicato negli Acta Otorinolaringologica, 2005).
- **Terapia Medica di Mantenimento** con cortisonici locali a cicli ripetuti con periodici intervalli di sospensione, a cui si associano in modo personalizzato gli altri interventi terapeutici (lavaggi nasali e/o naso- sinusali a pressione negativa, instillazione di furosemide o soluzioni cortisoniche, utilizzo di vasocostrittori, mucolitici e farmaci anti-prostaglandine).
- in base all'esito dei controlli e in caso di recidiva si ricorrerà di caso in caso a terapie mediche mirate utilizzando antibiotici, cortisonici, anti-istaminici per via topica e/o sistemica.
Se le terapie mediche non sono in grado di controllare e risolvere la recidiva è importante procedere alla rimozione delle masse polipoidi nasali finché mantengono dimensioni ridotte; in questi casi è possibile optare per una **Chirurgia Mini-Invasiva**, in regime di day-surgery, in anestesia locale, mediante l'utilizzo di aspiratori motorizzati (mini-debrider) o del Laser. Nella malaugurata ipotesi di recidiva con poliposi massiva, evento peraltro frequente in pazienti che trascurano il follow-up post-operatorio, è indispensabile ricorrere ad intervento di revisione chirurgica in anestesia generale (**RESS : Revision Endoscopic Sinus Surgery**), chirurgia peraltro non scevra di rischi di complicanze orbitarie e neurologiche.

Sequela e possibili complicazioni della chirurgia naso sinusale :

Gli interventi chirurgici sui seni paranasali comportano rischi di ordine generale e rischi specifici dell'intervento. Tra questi ultimi sono da ricordare:

- Lacrimazione, edema orbitario e cefalea: sono in genere conseguenti al tamponamento nasale e scompaiono quando questo viene rimosso; la lacrimazione (epifora) può rappresentare la complicanza dovuta ad una lesione del dotto naso-lacrimale
- Ematoma sottopalpebrale e gonfiore (edema) del volto: frequente negli interventi eseguiti per via extranasale oggi, con le tecniche di chirurgia microscopica ed endoscopica, si può verificare in casi eccezionali
- Emorragie post-operatorie: possono verificarsi allo stamponamento in genere nella prima settimana dall'intervento; sono risolte sostituendo o rinforzando il tamponamento nasale.
- Nevralgie e alterazioni della sensibilità in corrispondenza dei nervi sovraorbitario e infraorbitario o in corrispondenza dei denti superiori: frequenti negli interventi extranasali oggi, con le tecniche di chirurgia micro-endoscopica sono rari.
- Sinechie: si tratta di aderenze (cicatrici) tra il setto e la parete laterale del naso o i turbinati, che possono ridurre il passaggio dell'aria e quindi ridurre l'efficacia dell'intervento; è possibile eliminarle in anestesia locale con il Laser.
- Complicanze orbitarie:
 - ematoma dell'orbita: dovuto ad emorragia intraorbitaria può provocare compressione ed ischemia dell'orbita con conseguente compromissione della vista e del campo visivo
 - diplopia (sdoppiamento dell'immagine), dovuto a danno della muscolatura dell'orbita per lesione della parete mediale della stessa.
 - cecità : dovuta a sezione traumatica del nervo ottico nel suo decorso lungo la parete laterale dell'etmoide posteriore e/o del seno sfenoidale.
- Complicanze endocraniche: sono rappresentate dalla fistola liquorale (perdita di liquido cefalo rachidiano, contenuto nello spessore delle meningi, tra la membrana esterna-dura madre- e quella interna-pia madre) dovuta a lesione traumatica della dura madre (meninge esterna) a livello del basicranio anteriore
- Lesioni dell'arteria carotide interna o di seni cavernosi cerebrali : possono comportare lesioni neurologiche permanenti (paralisi) o la morte del paziente.
- Insuccesso dell'intervento: deve essere valutato almeno dopo 4/6 mesi dall'intervento e può consistere in:
 - alterazioni persistenti della funzione respiratoria: possono essere dovute alla presenza di sinechie, aderenze o cicatrici.
 - alterazioni persistenti della funzione dell'odorato: possono essere conseguenti ad una incompleta asportazione delle masse polipoidi ma anche a preesistenti danni a carico del bulbo e nervo olfattivo non più recuperabili
 - persistenza , a distanza di mesi dall'intervento chirurgico di secrezioni nasali muco-purulente espressione del persistere della patologia infettiva.

Sia le complicanze funzionali che quelle organiche possono richiedere un intervento di revisione.

L'insieme dei rischi sopra ricordati non deve costituire motivo di ingiustificati timori da parte del paziente che può valutare l'insieme degli elementi esposti con il chirurgo di fiducia.

