Quale terapia per la sinusite acuta?

Data 29 giugno 2008
Categoria pneumologia

Secondo un RCT la somministrazione di antibiotici e steroidi topici non è efficace nella sinusite mascellare acuta.

Lo scopo di questo RCT era di determinare l'efficacia dell'amoxicillina e della budesonide topica nella sinusite mascellare acuta. Sono stati reclutati 240 pazienti (età > 16 anni) con sinusite acuta non ricorrente randomizzati a 4 trattamenti: antibiotici + steroide nasale, placebo + steroide nasale, antibiotico + placebo nasale, placebo. La dose di amoxicillina era di 500 mgx3/die per 7 giorni e quella di budesonide di 200 µg per narice una volta al giorno per 10 giorni. La diagnosi di sinusite veniva posta se vi erano almeno due dei seguenti criteri: rinorrea purulenta monolaterale, dolore locale monolaterale, rinorrea purulenta bilaterale, presenza di pus nelle fosse nasali.
Gli end-point valutati erano la percentuale di pazienti migliorati a 10 giorni (veniva usato un diario in cui i pazienti scrivevano i sintomi) e la durata e gravità dei sintomi.
I pazienti che ancora avevano sintomi dopo 10 giorni erano il 29% nel gruppo amoxocillina e del 33,6% nel gruppo non amoxicillina (differenza non signficativa), del 31,4% nel gruppo budesonide e del 31,4% nel gruppo no budesonide (differenza non significativa). L'analisi secondaria suggeriva che lo steroide topico era più efficace nei pazienti con malattia meno grave al baseline.
Gli autori concludono che l'antibiotico e la budesonide, da soli o in combinazione, non sono efficaci nella sinusite acuta in un setting di cure di base.

Fonte:

Williamson IG et al. Antibiotics and Topical Nasal Steroid for Treatment of Acute Maxillary Sinusitis
A Randomized Controlled Trial. JAMA. 2007 Dec 5; 298:2487-2496.

Commento di Renato Rossi

La sinusite acuta inizialmente è causata spesso da virus ma in seguito può complicarsi con una sovrapposizione batterica. L'uso degli antibiotici è controverso in quanto in molto casi si ha una risoluzione spontanea del quadro clinico. Tuttavia una terapia antimicrobica viene consigliata quando i sintomi sono importanti oppure prolungati . In effetti i risultati degli studi clinici sono stati in genere delundenti tanto che Clinical Evidence ritiene che nella sinusite acuta diagnosticata clinicamente
(cioè nella maggioranza dei casi visti in medicina di base) l'utilità dei vari trattamenti proposti (antibiotici, antistaminici, decongestionanti nasali e steroidi) non sia stata ben determinata. Diverso è il caso della sinusite diagnosticata radiologicamente o batteriologicamente: in queste circostanze probabilmente utili sono cefalosporine e macrolidi mentre l'amoxicillina (da sola o associata ad acido clavulanico) è risultata meno convincente (utilità da valutare caso per caso)
L'uso in prima battuta di un antibiotico espone il paziente ad effetti collaterali e facilita la selezione di germi resistenti. D'altra parte non è facile distinguere, dal punto di vista clinico, le forme virali, che non necessiterebbero di trattamento antimicrobico.
In una revisione Cochrane sono stati valutati 32 trials (dei quali 20 in doppio cieco): le peniciline miglioravano il quadro clinico rispetto al placebo anche se l'amoxicillina non sembrava particolarmente efficace (ma i risultati erano molto variabili); tutti i trattamenti antibiotici evidenziavano invece un miglioramento del quadro radiologico. La revisione non trovò differenze tra i nuovi antibiotici non-penicillinici e le penicilline o l'amoxi/clavulanico: le revidive erano il 7,7% e non differivano con le varie classi di antibiotici usati.
Gli autori concludevano che nella sinusite mascellare acuta, confermata radiograficamente o tramite aspirazione, ci sono evidenze limitate che giustificano l'uso delle penicilline per 7-14 giorni. Però il medico deve soppesare i benefici modesti del trattamento con i potenziali effetti avversi.
Lo standard per la diagnosi sarebbe quindi una coltura positiva del muco-pus aspirato dal seno, ma importante mezzo diagnostico indiretto è pure la TAC (o anche la radiografia).
Tuttavia nella pratica di tutti i giorni sono prevalentemente i criteri clinici ad essere utilizzati.
Secondo i CDC di Atlanta (Centers for Disease Control and Prevention) la diagnosi di sinusite acuta può essere ragionevolmente posta in presenza di:
1) sintomi che durano da più di 7 giorni
2) secrezione nasale mucopurulenta oppure segni di interessamento unilaterale (per esempio dolore a livello mascellare edentario)
La strategia raccomandata è quella di usare decongestionanti nasali e limitare gli antibiotici ai casi che durano da più di 7 giorni. Se però sono presenti segni di malattia grave (per esempio febbre elevata, importante sintomatologia dolorosa) è preferibile iniziare subito. Dato che il germe più spesso in causa è lo Streptococcus pneumoniae, la scelta dell'antibiotico dovrebbe, teoricamente, basarsi sulla conoscenza delle resistenze locali. In generale si raccomandano alte dosi di amoxicillina e antibiotici a largo spettro se si sospetta uno Pneumococco resistente oppure in caso di

fallimento della terapia di prima scelta .

Referenze

1. Scheid Dc et al. Acute Bacterial Rhinosinusitis in Adults: Part II. Treatment. Am Fam Physician 2004 Nov 1; 70:1697-704.
2. http://aifa.clinev.it/
3. Williams JW, et al. Antibiotics for acute maxillary sinusitis (Cochrane Review). In The Cochrane Library. Issue 1, 2004. Chichester, United Kingdom: John Wiley & Sons, Ltd.
4. Tang A, Frazee B. Antibiotic treatment for acute maxillary sinusitis. Ann Emerg Med November 2003; 42:705-8.