



4° CONGRESSO NAZIONALE



RESPONSABILI SCIENTIFICI
PASQUALE ALFIERI
SABATO LEO
SALVATORE PUTIGNANO

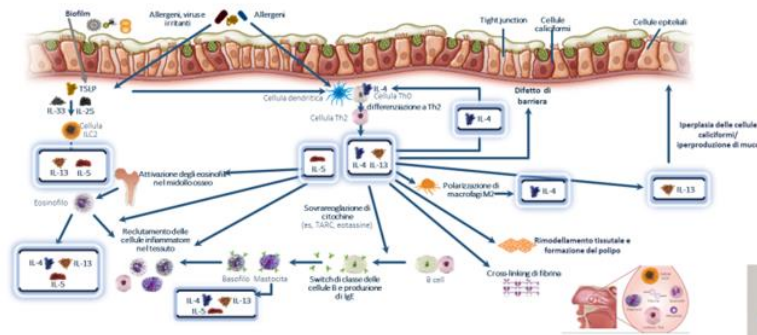
03 · 04 · 05
APRILE 2025

La Terapia Biologica della Poliposi Nasale. Quando non e' possibile operare nei soggetti fragili

Bernardino Cassiano

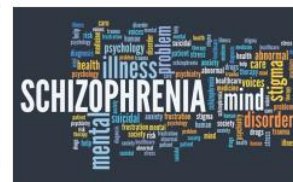
LA CHIRURGIA CURA I SINTOMI NON LA CAUSA

IL-4, IL-13, e IL-5 svolgono una funzione chiave e centrale nell'infiammazione di tipo 2 sottostante la fisiopatologia della CRSwNP



Th2, cellule T helper 2

1. G. D'Amico, et al. Ann N Y Acad Sci. 2013;1281:10-15. 2. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 3. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 4. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 5. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 6. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 7. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 8. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 9. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105. 10. G. D'Amico, et al. J Allergy Clin Immunol. 2013;131:100-105.



A differenza degli interventi eseguiti in passato la metodica attuale è meno invasiva, più sicura, consente tempi di recupero più rapidi ed un minor disagio per il paziente. Questi interventi consentono la rimozione di polipi nasali e/o delle secrezioni infette accumulate nelle cavità paranasali (sinusite), rimuovendo lamelle ossee di alcune parti dei seni paranasali e permettendo contemporaneamente di ampliare le naturali vie di drenaggio di queste cavità e di ripristinare la loro ottimale ventilazione





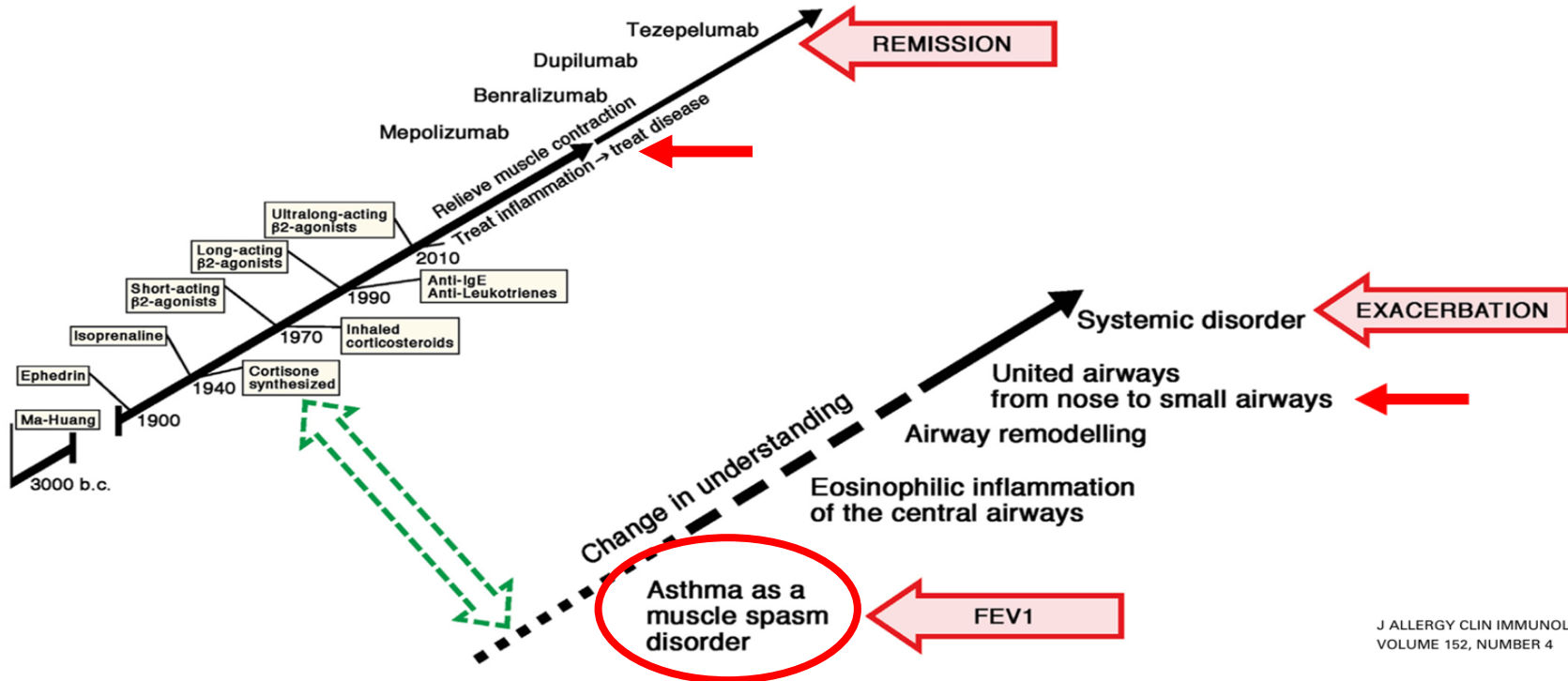
Change in understanding.....
REMISSION!!!!

Review article

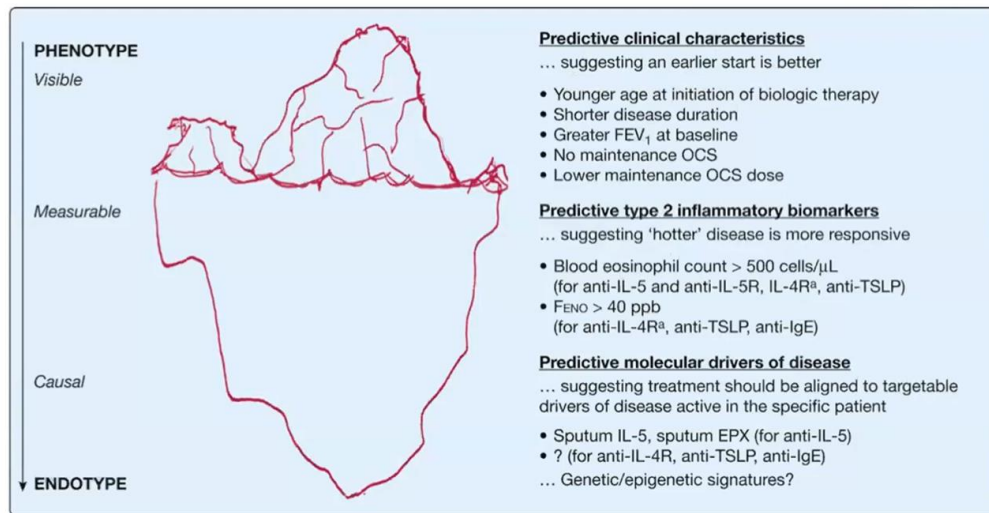
Advancing precision medicine in asthma: Evolution of treatment outcomes

Check for updates

Giorgio Walter Canonica, MD,^{a,b} Gilda Varricchi, MD, PhD,^{c,d,e,f} Giovanni Paoletti, MD,^{a,b} Enrico Heffler, MD, PhD,^{a,b} and Johann Christian Virchow, MD^g
Milan and Naples, Italy; and Rostock, Germany



Predicting asthma remission



Couillard S, Côté A - Chest 2023

- Hanno introdotto il concetto di "Remissione"
- "Early intervention" per una possibile "disease modifying"

Si stima che negli Stati Uniti 31 milioni di persone siano affette da sinusite (11,5%, la malattia più comune!) con 16 milioni di visite ambulatoriali l'anno. L'incidenza in Europa si aggira intorno al 5%, e in Italia si stima che la patologia incida intorno al 3%.



31.018
PAZIENTI

Si estende su un territorio di 635 Km² e comprende 57 Comuni per un totale di 1.033.937 abitanti.
Ha come scopo la promozione e la tutela della salute della popolazione residente e di tutti coloro che soggiornano a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile e garantendo l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (L.E.A.).....



- ▶ Am J Rhinol Allergy
- ▶ . 2023 Mar;37(2):227-231.
- ▶ Economics of Medical and Surgical Management of Chronic Rhinosinusitis with Nasal Polyps: A Contemporary Review
- ▶ Nikita Chapurin 1, Sofia Khan 1, Jorge Gutierrez 1, Zachary M Soler 1
- ▶ Background: Chronic rhinosinusitis (CRS) with nasal polyposis (CRSwNP) is a chronic inflammatory condition with significant patient morbidity and associated healthcare costs. While the economic burden of CRS overall has been previously described, the economic impact of CRSwNP has received less attention. Patients with CRSwNP have higher disease burden and healthcare resource utilization than those with CRS without nasal polyposis. Rapid evolution of medical management in recent years with the use of targeted biologics warrants further investigation into the economic burden of CRSwNP.
- ▶ Objective: Provide an updated review of the literature on the economic impact of CRSwNP.
- ▶ Methods: A literature review.
- ▶ Results: Research shows that patients with CRSwNP have higher direct costs and usage of ambulatory services compared to matched non-CRS controls. Patients undergoing functional endoscopic sinus surgery (FESS) incur roughly \$13,000 in costs which is particularly relevant given the rate of disease recidivism and need for revision surgery associated with CRSwNP. Disease burden additionally leads to indirect costs through loss of wages and productivity due to work absenteeism and presenteeism, with estimates of up to roughly \$10,000 lost in mean annual productivity cost in refractory CRSwNP. Several studies have shown FESS to be more cost-effective in intermediate and long-term management than medical therapy with biologics, despite similar long-term outcomes with respect to quality-of-life metrics.
- ▶ Conclusion: CRSwNP is a chronic condition with high recurrence rates making it a challenge to manage over time. Current research suggests that FESS is more cost-effective than medical management, including use of newer biologics. Further investigation into both direct and indirect costs associated with medical management is warranted to perform accurate cost-effectiveness analyses and allow for the best allocation of limited healthcare resources.



ISTAT

24,1%

Al 1° gennaio 2023, le persone con più di 65 anni sono 14 milioni 177 mila, il 24,1% (quasi un quarto) della popolazione totale.

- Allergy Asma Proc 2018 Jan 1;39(1):9-13.

Chronic rhinosinusitis with nasal polyps in the elderly: Assessing current evidence

Gino Marioni, Claudia Zanotti, Giuseppe Brescia

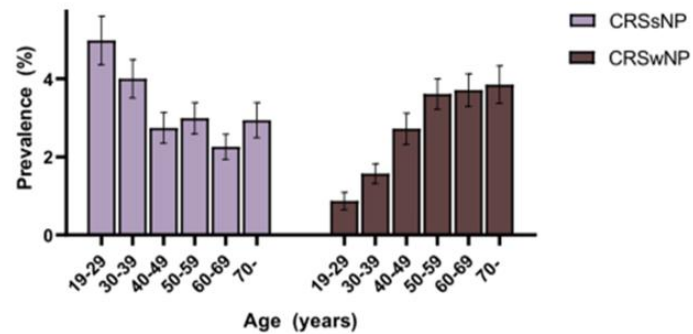
Abstract

Background: The recently reported prevalence of chronic rhinosinusitis (CRS) among **people >60 years old was 4.7%**, with CRS emerging **as the sixth most common chronic condition** in the elderly. There is still a dearth of studies that focused on older patients, however, regarding the characteristics of CRS with nasal polyps (CRSwNP).

567.080

L'incidenza di CRS negli ultrasessantenni è del 4,7%

La CRS risulta essere la 6° causa di cronicità in tale popolazione





- ▶ Am J Rhinol Allergy
- ▶ . 2016 Sep;30(5):153-6
- ▶ Sinonasal polyposis in the elderly
- ▶ Giuseppe Brescia 1, Umberto Barion, Barbara Pedruzzi, Francesco Cinetto, Luciano Giacomelli, Alfonso Luca Pendolino, Filippo Marino, Enzo Manzato, Alessandro Martini, Gino Marioni
- ▶ Otolaryngology Section, Department of Neurosciences, Padova University, Padova, Italy.
- ▶ Abstract
- ▶ Background/objective: The main end point of this investigation was to review our experience gained from 2009 to 2015 of treating chronic rhinosinusitis with nasal polyps (CRSwNP) in elderly patients (≥ 65 years old) with functional endoscopic sinus surgery. Secondary aims were to analyze the prognostic variables for CRSwNP in elderly patients and to compare the demographic, clinical, laboratory, histologic, and prognostic characteristics of CRSwNP in elderly versus young adult patients (20-40 years old).
- ▶ Methods: Forty-three consecutive elderly patients and 71 consecutive young adult patients with CRSwNP were enrolled.
- ▶ Results: Significant associations were found in the elderly group between CRSwNP recurrence and allergy ($p = 0.037$), CRSwNP recurrence and asthma ($p = 0.017$), and CRSwNP recurrence and acetyl salicylic acid (ASA) intolerance ($p = 0.032$) but not between recurrence and eosinophilic/noneosinophilic CRSwNP histology.
- ▶ Significant associations emerged in the young adult group between CRSwNP recurrence and asthma ($p = 0.009$), and ASA intolerance ($p = 0.016$), and serum eosinophil count ($p = 0.02$). The recurrence rate was also significantly higher for young adult patients with eosinophilic-type CRSwNP ($p = 0.001$). CRSwNP recurred less often in the elderly than in the young adult patients ($p = 0.05$).
- ▶ Conclusion: The present preliminary investigation found a lower recurrence rate after functional endoscopic sinus surgery for CRSwNP in elderly patients than in young adult patients. Further investigations on larger, prospective series are mandatory to support the hypothesis that, although eosinophilic-type CRSwNP is generally considered a variant at high risk of recurrence and that probably warrants stricter postoperative follow-up and adjuvant postoperative medical treatment, these considerations could not be applied to elderly patients.



- Eur Arch Otorhinolaryngol 2021 May;278(5):1471-1476.

Operative and postoperative outcomes in elderly patients undergoing endoscopic sinus surgery

J Reed Gammier¹, Jessica B Campbell¹, Olivia Daigle¹, Deanne King¹, Alissa Kanaan²

Affiliations

Abstract

Purpose: Chronic rhinosinusitis (CRS) is increasingly common in the elderly population (≥ 65 years old). Compared to their younger counterparts, differences exist in the etiology of CRS and outcomes of Endoscopic Sinus Surgery (ESS) for elderly patients. The aim of this study is to determine if differences in surgical outcomes are present between these two patient populations to facilitate patient pre-operative counseling by their healthcare providers.

Methods: Retrospective chart review conducted at a single tertiary care center for patients undergoing ESS between June 2014 and June 2019. Patients were classified into two cohorts (adult and elderly) based on age (< 65 and ≥ 65 years old). Demographics, surgical, and postoperative variables were extracted from our institution's electronic medical records. ANOVA and t-test analysis were performed to determine the presence of significant differences between the two cohorts. SNOT-22 scores were used to determine QOL improvements.

Results: Compared to the adult cohort, elderly patients had significant QOL improvement after surgical treatment ($p = 0.001$), but had a similar successful response to treatment ($p = 0.74$). Elderly patients had no difference in the incidence of operative/perioperative complications ($p = 0.89$) or intraoperative or postoperative bleeding ($p = 0.301$, $p = 0.62$), but had an increased incidence of postoperative infection ($p = 0.000$).

Conclusion: ESS remains an effective treatment modality for the management of CRS, and a safe practice for elderly patients despite the increase in complexity of their medical comorbidities and polypharmacy. QOL improvements are significant, though patient counseling should take into account that improvements may not be as pronounced as in younger patients.

Presbynasalis o “Presbi-rinia”

- Riduzione della reattività degli Eosinofili alle citochine e della produzione IgE
- La riduzione della proteina P100 incide sulla funzione di barriera epiteliale e sul microbioma con prevalenza dello Stafilococco aureo che produce alcune esotossine che stimolano l’infiammazione locale e le esacerbazioni di asma

Table I Common Findings in Presbynasalis.¹⁷

Nasal Volume	Increases
Nasal resistance	Though volume increases, resistance also increases likely due to decrease in tissue elasticity and loss of tip support
Nasal cycle	Diminished in elderly patients
Olfactory function	Worsening sense of smell
Immunosenescence	Decreased function of innate and adaptive immunity
Mucus production	Mucus thickens and ciliary beat frequency decreases leading to more bothersome rhinorrhea

La ESS nel paziente “post-adulto”

- Nei polipi nasali degli over 60 è stata evidenziata una bassa attività di Ki67
- La ridotta reattività riduce il rischio di sinechie e di restenosi degli osti
- Anche se la percentuale di eosinofilia e di basofilia su tessuto e su sangue periferico non mostrano differenze significative tra i giovani adulti e i pazienti anziani, in questi ultimi il rischio di recidiva è più basso

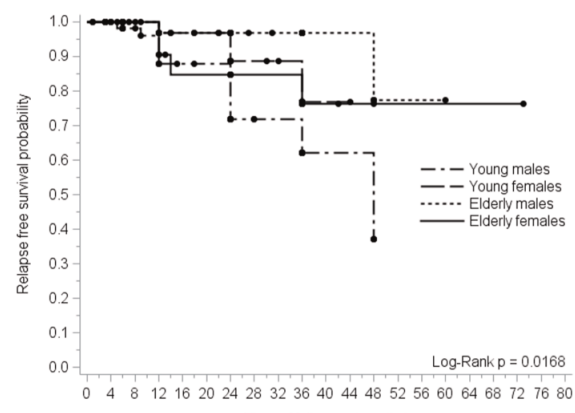


Fig. 3. Kaplan-Meier representation of CRSwNP relapse free survival by gender and age combination and results of Log-rank test expressed as p-value for overall comparison.



Complicanze oftalmiche della chirurgia endoscopica del seno☆ IM.Tariq Bhatti MD 1,James A. Stankiewicz MD 2

Conclusione

La chirurgia del seno è la principale causa di contenzioso in otorinolaringoiatria e un argomento di grande preoccupazione per il chirurgo del seno. essere associato a significativa morbidità e in alcuni casi mortalità.

Essere sottoposti ad anestesia e chirurgia dopo i 70 anni potrebbe portare a un cambiamento nelle funzioni cognitive e di memoria, con effetti a lungo termine sulle capacità mentali degli anziani.

Lo suggerisce un ampio studio epidemiologico con 30 anni di osservazione sui partecipanti, il Mayo Clinic Study of Aging: subire un'anestesia dopo i 70 risulta collegato a cambiamenti a lungo termine della funzione cerebrale, come se il cervello di questi anziani invecchiasse più rapidamente - a parità di anni - rispetto a quello di coetanei non sottoposti ad interventi che richiedono anestesia. Pubblicato sul British Journal of Anaesthesia, lo studio ha coinvolto 1819 individui di 70-89 anni le cui funzioni cognitive sono state periodicamente valutate per un periodo complessivo di 30 anni.

"E' necessario - afferma - avere la certezza che gli anziani che stanno valutando se sottoporsi o meno a un intervento chirurgico, come pure le loro famiglie, siano appropriatamente informati del rischio di disfunzioni cognitive cui potrebbero andare incontro". Gli esperti Usa hanno appunto individuato un nesso tra anestesia e chirurgia nell'anziano e comparsa di subdoli deficit cognitivi e di memoria, come se a seguito della chirurgia il cervello dell'anziano invecchiasse più rapidamente.

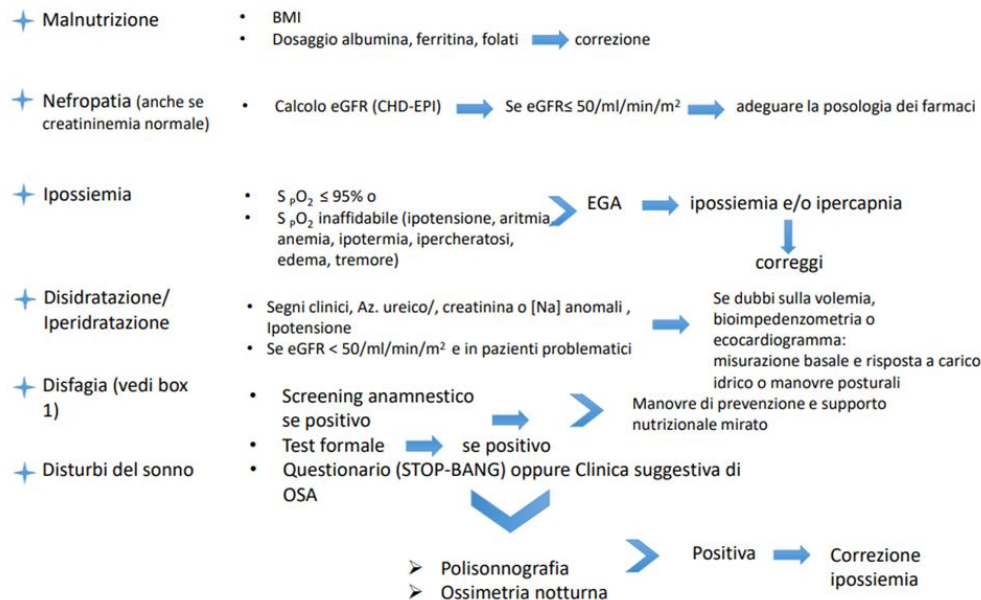
Anche se potrebbe trattarsi di cambiamenti di lieve entità, spiega Sprung, è importante considerare gli effetti di un'anestesia su anziani che già in partenza soffrono di un declino cognitivo, magari latente, e che potrebbero dunque risentire particolarmente di un ulteriore calo mentale legato all'anestesia. Sarebbe importante, conclude Sprung, valutare le capacità cognitive di un anziano prima di sottoporlo a un intervento che richieda anestesia.

RIPRODUZIONE RISERVATA © Copyright ANSA

VALUTAZIONE CLINICA PREOPERATORIA DEL PAZIENTE GERIATRICO *

* AFFIANCA NON SOSTITUISCE LA VALUTAZIONE PREOPERATORIA TRADIZIONALE

SCREENING PER:





Comorbidità nei pazienti con Asma Grave

LA COMPLESSA GESTIONE DEL PAZIENTE CON CRSwNP DIFFICULT-TO-TREAT E ASMA GRAVE

La CRSwNP è una condizione infiammatoria eterogenea che si associa frequentemente ad asma come comorbidità e che si ripercuote sul livello di severità della patologia.^{1,2}

Si definiscono “Difficult-to-Treat” i pazienti nei quali non viene raggiunto un livello accettabile di controllo nonostante appropriato trattamento medico e chirurgico.¹

Caratteristiche osservabili dei pazienti con CRSwNP Difficult-to-Treat



Frequente ricorso a chirurgia

Per questi pazienti, l'unica opzione terapeutica negli ultimi anni è stata rappresentata da **ripetuti cicli di chirurgia endoscopica**.¹



Elevata incidenza di recidiva

Questi pazienti sono esposti a **rischi più elevati di complicanze perioperatorie** con un **intervallo di controllo dei sintomi progressivamente più breve**.¹



Comorbidità Asma Grave

Una percentuale di pazienti con CRSwNP grave non controllata sono allo stesso tempo affetti da una **malattia coesistente e altamente invalidante come l'asma grave**.¹

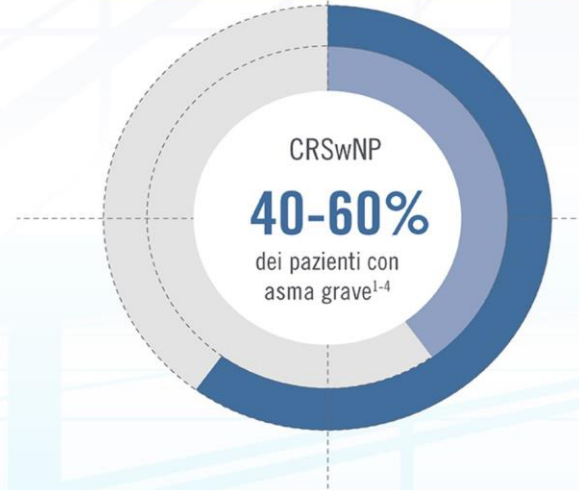
CRSwNP COESISTE NEL 40-60% DEI PAZIENTI ASMATICI GRAVI¹⁻⁴

La presenza di poliposi nasale come comorbidità dell'asma si associa alla severità dell'asma stessa.⁵

% COMORBIDITÀ ASMA NEI PAZIENTI
CON CRSwNP



% COMORBIDITÀ POLIPOSÌ NASALE NEI
PAZIENTI CON ASMA GRAVE



Elaborazione grafica di dati da testo, Rif. 1,4-6

1. Canonica et al., Respir Med 2020 May;166:105947; 2.Lombardi et al., Pulm Pharmacol Ther. 2019;54:87-89; 3.Bagnasco Pulm Pharmacol Ther. 2019;58:101836; 4. Pelaia et al., Clin Exp Allergy. 2020;10.1111/cea.13613; 5. Fokkens WJ et al. Allergy. 2019;74(12):2312-2319; 6. Bachert C, et al. World Allergy Organ J. 2014

Definizione di Asma Grave

ASMA SEVERO: DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE

L'asma severo è definito come asma che richiede trattamento con alto dosaggio di corticosteroidi inalatori e agonisti beta2 a lunga durata d'azione (ICS/LABA), oltre ad un ulteriore farmaco di controllo e/o corticosteroidi sistemici, al fine di prevenire che l'asma diventi «non controllato», o che rimanga «non controllato» nonostante la terapia.¹

L'asma non controllato può essere definito da una o più delle seguenti caratteristiche:²



SCARSO CONTROLLO DEI SINTOMI

ACQ $\geq 1,5$ costantemente,
ACT < 20 o «non ben controllato» secondo documento di riferimento NAEPP/GINA



RIACUTIZZAZIONI GRAVI FREQUENTI

2 o più cicli di steroidi sistemici (≥ 3 giorni ciascuno) nell'anno precedente



RIACUTIZZAZIONI MOLTO GRAVI

Almeno un ricovero ospedaliero, ricovero in terapia intensiva o ventilazione meccanica nell'anno precedente



LIMITAZIONE DEL FLUSSO AEREO

FEV₁ $< 80\%$ del valore normale predetto dopo aver sospeso la terapia con broncodilatatori

CONSENSUS SIO: CRSwNP E COMORBIDITÀ¹

RUOLO CHIRURGIA



Nel caso in cui la terapia medica massimale non porti a un controllo adeguato dei sintomi, si consideri la chirurgia endoscopica dei seni paranasali (ESS) per rimuovere il tessuto infiammatorio per alleviare l'ostruzione.

La chirurgia non è risolutiva, ma è cruciale per migliorare l'accesso alla futura terapia medica.

PREVALENZA RECIDIVE



Una percentuale significativa di pazienti non trova sollievo dall'attuale standard terapeutico e **va incontro a recidive di poliposi nasale anche in seguito a cicli di corticosteroidi sistemici e/o interventi chirurgici.**

FENOTIPIZZAZIONE



Nei pazienti con CRSwNP non controllata è necessario procedere con un'adeguata endotipizzazione e fenotipizzazione della patologia.

Il percorso dovrebbe basarsi sulla cooperazione multidisciplinare al fine di definire l'endotipo della malattia e l'idoneità ai farmaci biologici.

ANALISI COMORBIDITÀ



La gestione della CRS spesso richiede il supporto di più Specialisti, specialmente nei casi più gravi.

La collaborazione con un allergologo, pneumologo, immunologo e reumatologo è fondamentale per definire le comorbidity coesistenti.

CRSwNP E ASMA GRAVE

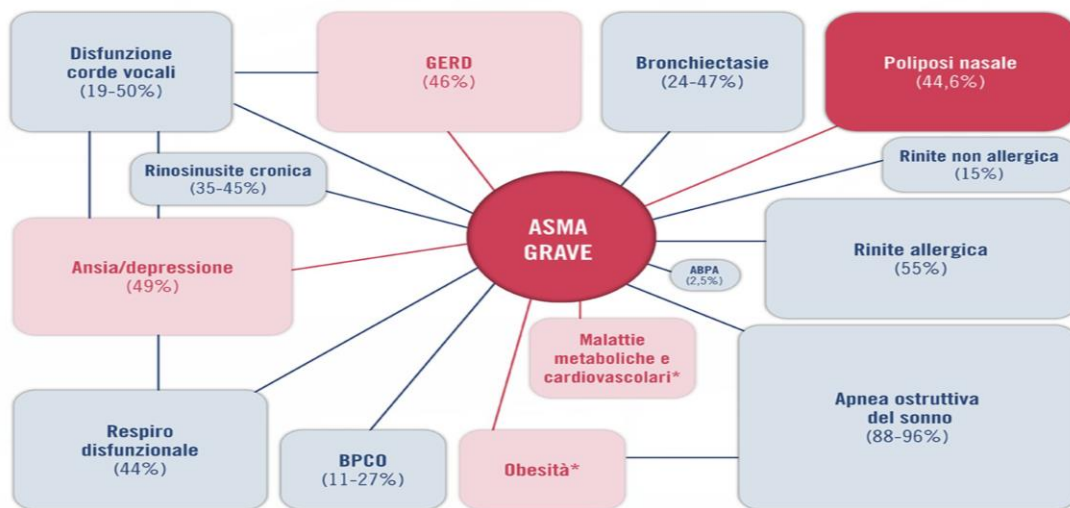


Una percentuale di pazienti con CRSwNP grave non controllato può anche avere una malattia altamente invalidante come l'asma grave.

La discussione multidisciplinare con un allergologo e pneumologo è essenziale e il trattamento con farmaci biologici dovrebbe essere gestito principalmente da questi Specialisti.

Comorbidità nei pazienti con Asma Grave

IL COMPLESSO QUADRO CLINICO DEL PAZIENTE CON ASMA GRAVE¹



Queste comorbidità:

- Possono sovrapporsi ai sintomi dell'asma grave
- Contribuiscono allo scarso controllo della patologia
- Peggiorano gli outcomes dell'asma

Fig. 1. Rif. 1 e Dati di prevalenza da Tabella 1, Rif. 1.

Network delle comorbidità presenti nell'asma grave. L'area dei box è proporzionale alla prevalenza (riportata come %). I box di colore azzurro fanno riferimento alle comorbidità polmonari; quelli di colore rosso alla comorbidità extrapolmonari.

*La stima di prevalenza varia tra gli studi presenti nella letteratura scientifica e dipende dalla presenza concomitante di altre comorbidità.

ABPA: aspergilliosi broncopulmonare allergica; BPCO: broncopneumopatia cronica ostruttiva; GERD: malattia da reflusso gastro-esofageo

1. Rogliani P. et al. Curr Opin Pulm Med. 2020 Jan;26(1):47-55.

IMPATTO DELLE COMORBIDITÀ CRSwNP E ASMA GRAVE SULLA QUALITÀ DI VITA

Tasso annualizzato di riacutizzazioni asmatiche e ricorso a OCS in 695 pazienti asmatici gravi con e senza comorbidità CRSwNP¹

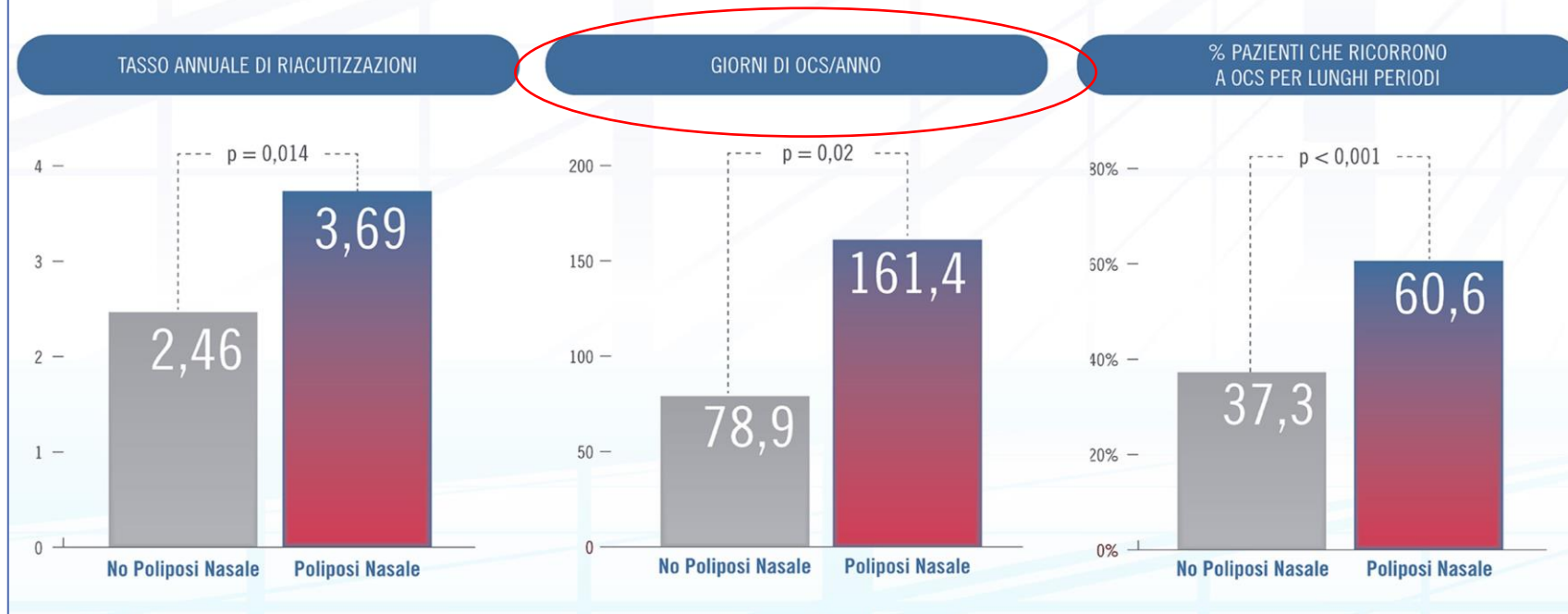
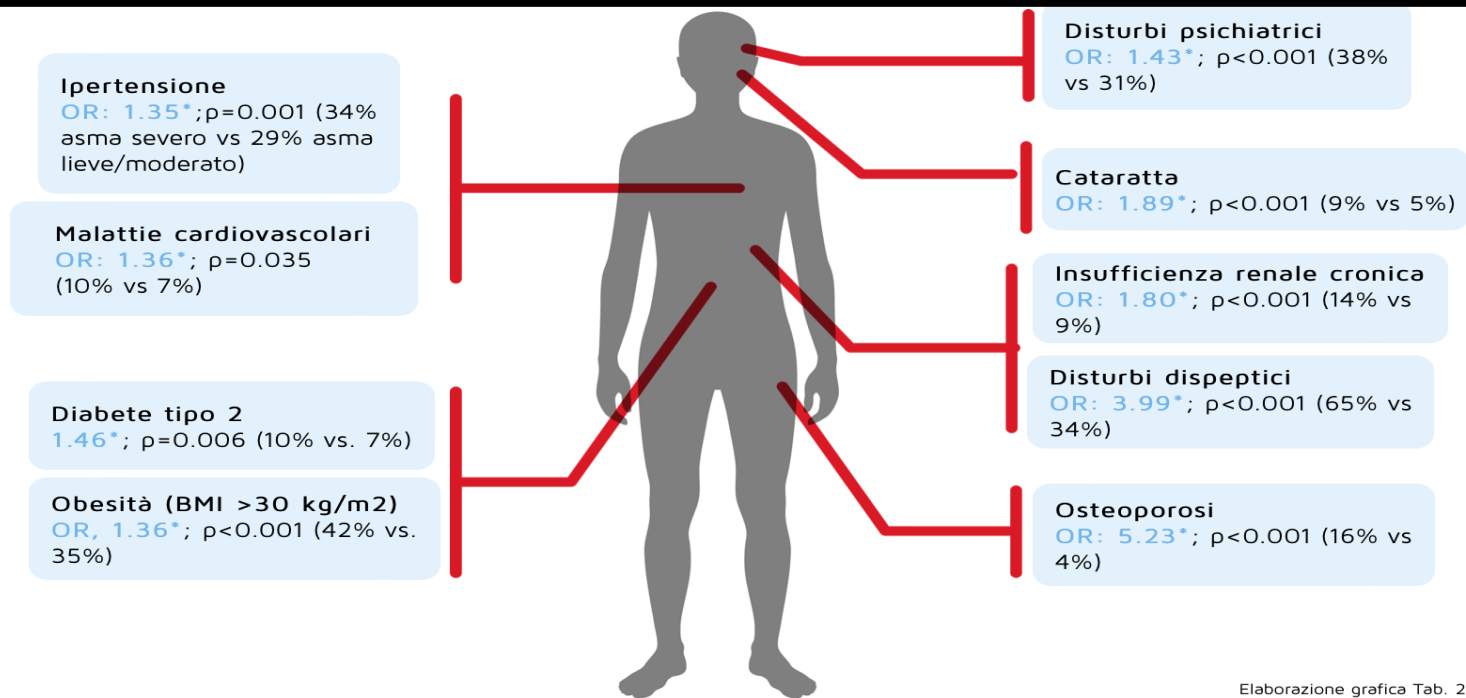


Figura 1, Rif.1
1. Canonica et al., Respir Med 2020 May;166:105947

EFFETTI AVVERSI SISTEMICI LEGATI ALL'USO DI OCS



Elaborazione grafica Tab. 2, ref. 3

Studio osservazionale trasversale su pazienti con asma severo (richiedenti trattamento secondo lo Step 5 GINA e ≥ 4 prescrizioni di OCS/anno in 2 anni consecutivi (N=808) e asma lieve o moderato (step 2-3 GINA) (N=3975) e soggetti controllo non asmatici (N=2412). I risultati sono basati sui dati dell' OPCRDR.

OPCRDR = Optimum Patient Care Research Database; OR=Odds ratio; BMI= Indicedi massa Corporea

*OR (95% CI) e valoridi p sono calcolati per la coorte di asma severo rispetto a ognuno degli altri due gruppi.

LA POLIPOSIS NASALE È TIPICAMENTE ASSOCIATA CON ASMA EOSINOFILICO SEVERO A INSORGENZA TARDIVA¹

Prevalenza relativa di comorbidità tra fenotipi di asma grave
(+, può essere presente; ++, associazione teorica; +++ riportata in letteratura)

	Asma allergico ad insorgenza precoce	Asma eosinofilo ad insorgenza tardiva	Asma non eosinofilo ad insorgenza tardiva
Rinosinusite (CRSsNP)	+	+++	+++
Polipi nasali (CRSwNP)	+	+++	+
Rinocongiuntivite allergica	+++	+	+
DB	+	+	+++
VCD	+	+	++
Ansia	+	+	+++
Depressione	+++	+	+
Obesità	+	++	+++
OSAS	+	+	++
Reflusso gastrointestinale	+	+++	+++
Bronchiectasia	+	++	++
ABPA	+	++	++

Tabella 1, Rif. 1

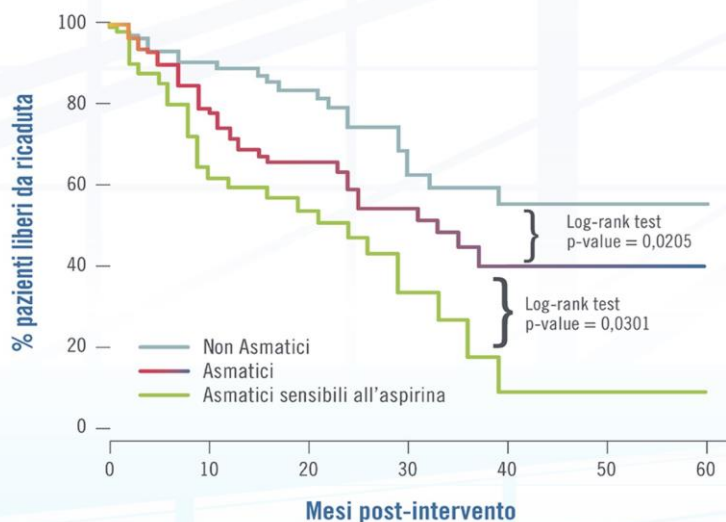
ABPA: aspergillosi broncopulmonare allergica; CRS: rinosinusite cronica; CRSsNP: CRS senza polipi nasali; CRSwNP: CRS con polipi nasali; DB: respirazione disfunzionale;

OSAS: sindrome da apnea ostruttiva del sonno; VCD: disfunzione delle corde vocali.

1. Porsbjerg C, Menzies-Gow A. Respirology. 2017 May;22(4):651-661.

Impatto dell'Asma sul rischio di recidiva

LA PRESENZA DI ASMA AUMENTA LA PROBABILITÀ DI RECIDIVA DI POLIPOSÌ NASALE POST-INTERVENTO¹



Stima di Kaplan-Meier della probabilità di ricaduta post-intervento nei pazienti con poliposi nasale asmatici e non asmatici. Fig. 1 Rif. 1



Tasso di recidiva* di poliposi nasale a 18 mesi dalla chirurgia²



dei casi di recidive di poliposi nasale sono causati da **infiammazione eosinofila**^{3,4,5}

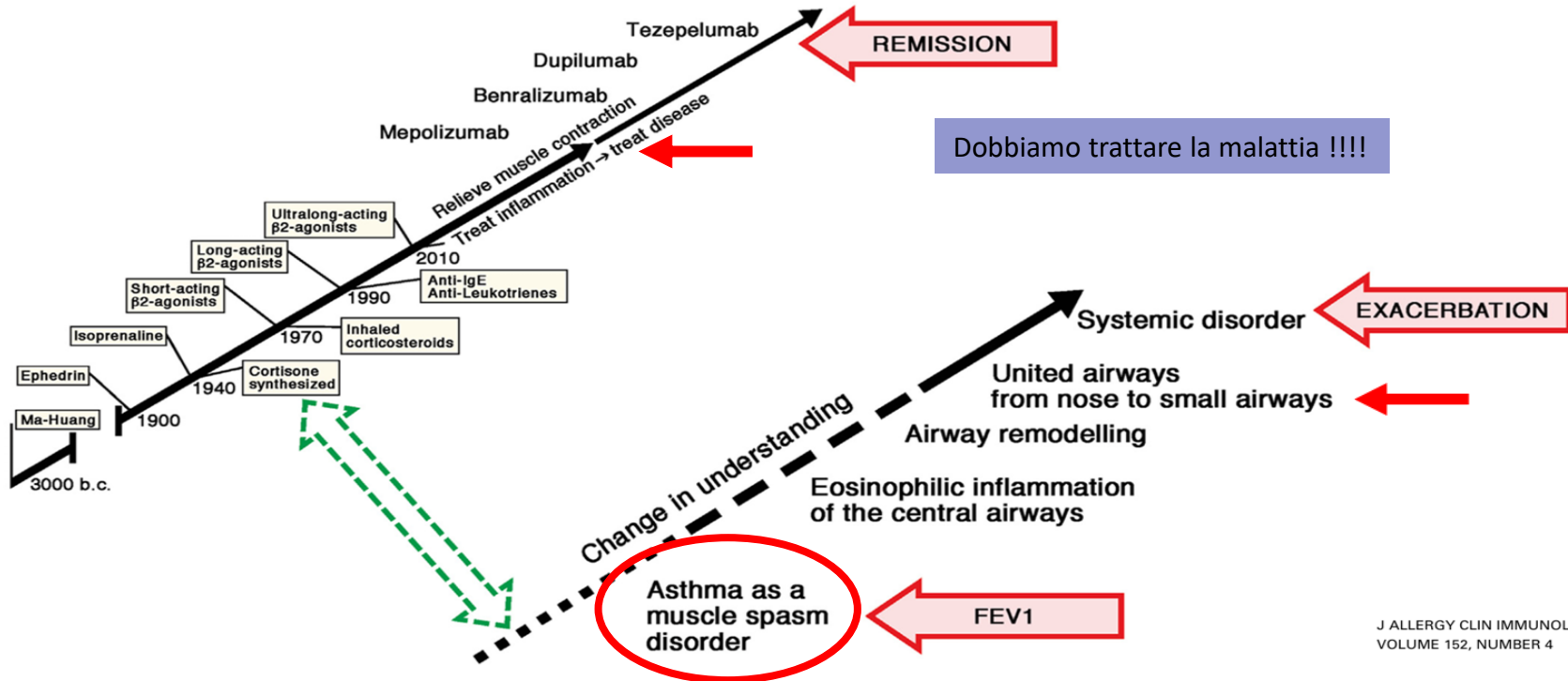
Change in understanding.....
REMISSION!!!!

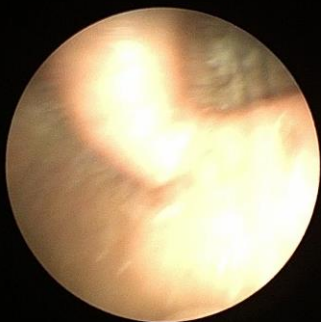
Review article

Advancing precision medicine in asthma: Evolution of treatment outcomes

Check for updates

Giorgio Walter Canonica, MD,^{a,b} Gilda Varricchi, MD, PhD,^{c,d,e,f} Giovanni Paoletti, MD,^{a,b} Enrico Heffler, MD, PhD,^{a,b} and Johann Christian Virchow, MD^g
Milan and Naples, Italy; and Rostock, Germany





OLFATTO

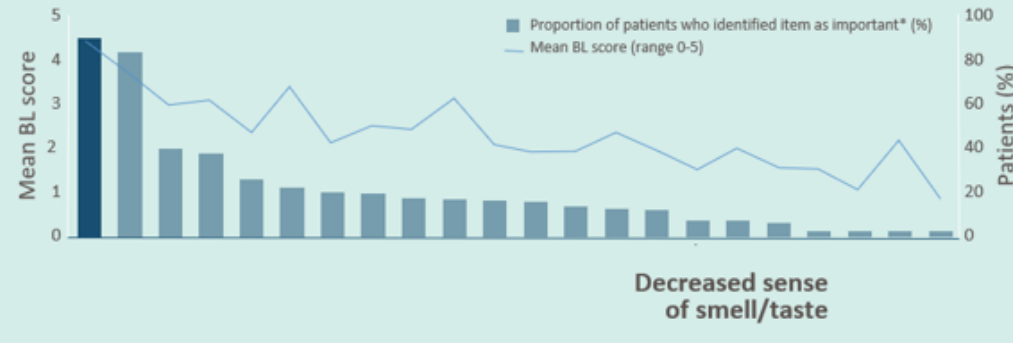
Percentuale di pazienti con CRSwNP che subiscono la perdita dell'olfatto¹



87,4%
9/10

Loss of Smell Is the Most Important Symptom for Patients With CRSwNP

SNOT-22 items patients reported as “most affecting their health” (pooled analysis; n=712)



Reprinted from *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*, Vol 10/No.4, Mullol J, et al, Olfactory Outcomes With Dupilumab in Chronic Rhinosinusitis With Nasal Polyps, pp1086-1095.e5, Copyright 2022 with permission from Elsevier. *Score range for each item is 0-5, with 0=no problem and 5=problem as bad as it can be.
BL, baseline; CRSwNP, chronic rhinosinusitis with nasal polyps; SNOT-22, Sinonasal Outcomes Test 22-item. Mullol J, et al. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;10(4):1086-1095.e5.

Loss of Sense of Smell Significantly Increases Patients' Psychological Burden

“Living with no sense of taste or smell is like watching the TV in black and white in the 21st century²”



“Eating food was a necessity, not a nicety because there was no real pleasure³”

SMELL DYSFUNCTION AND ITS CAUSES

Loss of smell in patients with CRSwNP is a multifactorial mechanism that results from

Chronic **inflammation** of the olfactory mucosa

Neuroepithelial **edema** that prevents transmission of synaptic impulses

Changes in **airflow** within the olfactory cleft

Direct **neurotoxic** actions of inflammation mediators

Loss of smell in patients with CRSwNP

One of the most **disabling** and **difficult-to-treat** symptoms

Correlates with disease **severity**

Significant impact on **QOL**

First sign of disease **recurrence**

Olfactory Dysfunction in CRSwNP Is Multi-Factorial

Conductive Dysfunction

Blockage of odorant transmission

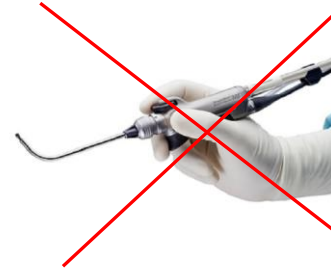


Mechanical obstruction from edema, discharge, and polyps

NPS????

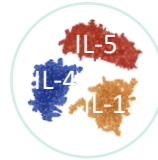
CRSwNP, chronic rhinosinusitis with nasal polyps.
Hummel T, et al. Rhinol Suppl. 2017;54(26):1-30.

Olfactory Dysfunction

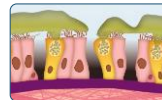


Sensorineural Dysfunction

Damaged olfactory neuroepithelium

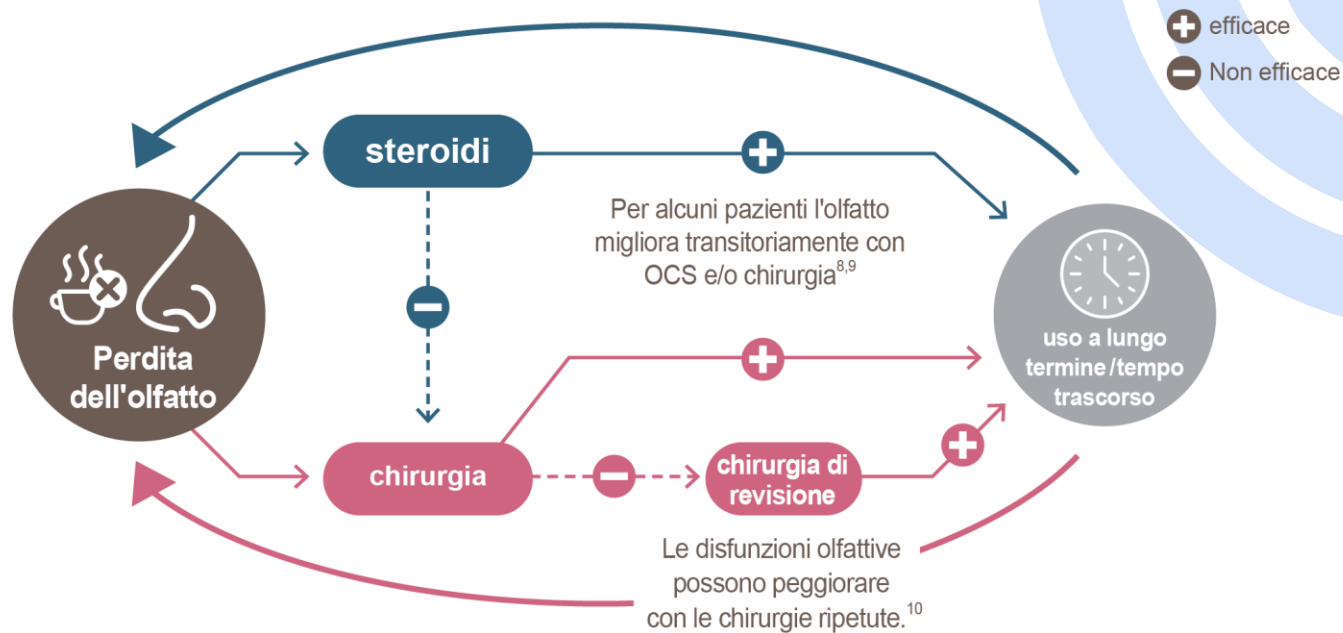


Inflammatory cytokine-mediated olfactory receptor dysfunction



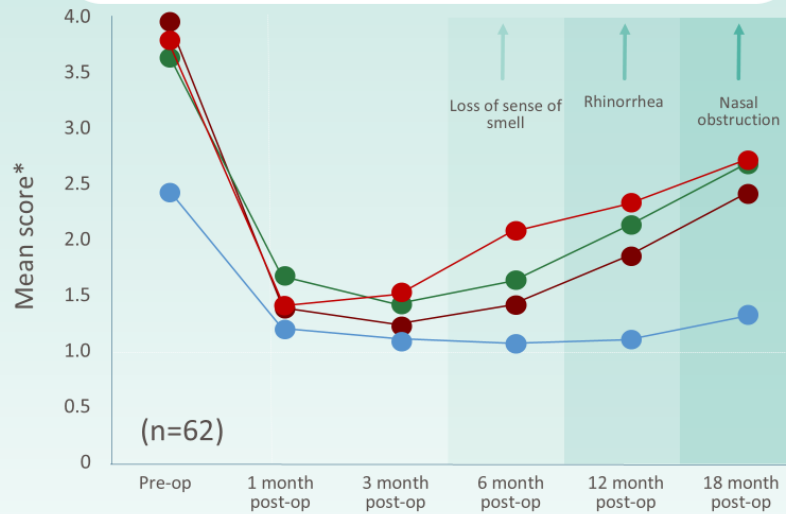
Remodeling of the olfactory epithelium

Come uso ripetuto di steroidi ed interventi chirurgici influisce sulla perdita dell'olfatto⁸⁻¹⁰



Improvements in Sense of Smell With Standard of Care Can Be Short-Lived in Patients With Severe CRSwNP

Surgical removal does not target underlying type 2 inflammation and symptoms recur²





Several Tools Are Available to Assess Olfactory Function

Loss of Smell (LoS)¹

- Patient-assessed symptom severity score
- Can be assessed daily
- **Scale:** 0–3
 - **0:** no symptoms
 - **1:** mild
 - **2:** moderate
 - **3:** severe

Loss of Smell Visual Analog Scale (VAS)^{3–5}

- Patients quantify symptom severity along a 10-cm line
- VAS Total Nasal Symptom Score correlates with SNOT-22 total score
- **Scale:** 0–10 cm
 - **0–3:** mild
 - **>3 to 7:** moderate
 - **>7–10:** severe

University of Pennsylvania Smell Identification Test (UPSIT)^{1,2}

- Multiple choice booklet containing different odorants
- Excellent test-retest reliability
- Shows well-known age-related decline in function
- **Scale:** 0–40
 - **0–18:** anosmia
 - **19–25:** severe hyposmia
 - **26–30 (women)/26–29 (men):** moderate hyposmia
 - **31–34 (women)/30–33 (men):** mild hyposmia
 - **>34 (women)/>33 (men):** normosmia

Sniffin' Sticks^{6,7}

- Three tests of olfactory function: odor threshold, odor discrimination, and odor identification
- Validated, psychophysical, semiobjective
- Shows well-known age-related decline in function
- Maximum of 16 odorants per test
- **Scale:** 1–48
 - **≤16.5:** anosmia
 - **>16.5 to ≤30.5:** hyposmia
 - **>30.5:** normosmia



IL TEST E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione molto bassa, pertanto ha una buona percezione degli odori.



IL TEST NON E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione media, pertanto sente solo gli odori molto intensi.



IL TEST NON E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione elevata, pertanto sente solo gli odori molto molto intensi.



CRITERIA FOR THE INDICATION OF BIOLOGICS IN CRSWNP (FIGURE 3, PAGE 2)

EPOS 2020: Presence of bilateral polyps in a patient who had ESS^{1,2}

3 criteria
are required

Criteria (cutoff points)

- Evidence of T2i (tissue EOS ≥ 10 cells/hpf, OR blood EOS ≥ 250 cells/ μ L, OR total IgE ≥ 100 IU/mL²)
- Need SCS or contraindication to SCS (≥ 2 courses/year OR long-term [>3 months] low-dose steroids)
- Significantly impaired quality of life (SNOT-22 score ≥ 40)
- Significant loss of smell (anosmic on smell test [score depending on test])
- Diagnosis of coexisting asthma (asthma needing regularly inhaled corticosteroids)

EPOS/EUFOREA 2023: Presence of bilateral polyps in a patient who had ESS^{1,2}

3 criteria
are required

Criteria (cutoff points)

- Evidence of T2i (tissue EOS ≥ 10 cells/hpf, OR **blood EOS ≥ 150 cells/ μ L**, OR total IgE ≥ 100 IU/mL²)
- Need SCS or contraindication to SCS (≥ 2 courses/year OR long-term [>3 months] low-dose steroids)
- Significantly impaired quality of life (SNOT-22 score ≥ 40)
- Significant loss of smell (anosmic on smell test [score depending on test])
- Diagnosis of coexisting asthma (asthma needing regularly inhaled corticosteroids)

Exceptional circumstances excluded (eg, not fit for surgery).

A CRSWNP, chronic rhinosinusitis with nasal polyps; EOS, eosinophil; EPOS, European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps; ESS, endoscopic sinus surgery; EUFOREA, European Forum for Research and Education in Allergy and Airway Diseases; Ig, immunoglobulin; SCS, systemic corticosteroids; SNOT-22, Sinusitis Outcome Test; T2i, type 2 inflammation; 1. Poolekorn VJ, et al. Rhinology. 2020;58(suppl S29):1-464. 2. Poolekorn VJ, et al. Rhinology. 2023;Mar 31. doi: 10.4193/Rhin22.489. Online ahead of print.

FOR INTERNAL USE ONLY. DO NOT USE EXTERNALLY WITHOUT APPROPRIATE INTERNAL REVIEW.

6
2

ASMATICO GRAVE?

OLFATTO
PROFESSIONALE?

VARIE

Un'occhiata ai biologici

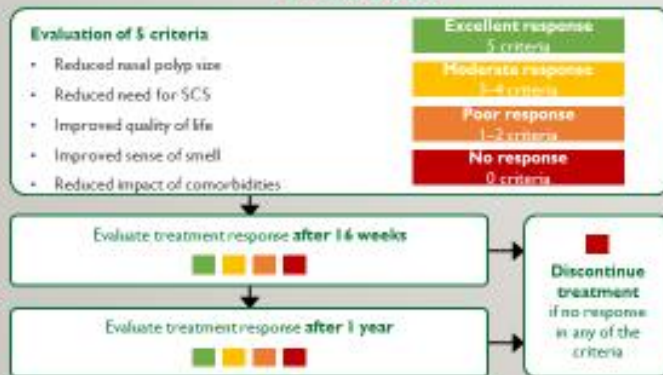
Class	Name	Age*	Asthma indication*	Other indications*
Anti-IgE	Omalizumab (SC)	≥6 years	Severe allergic asthma	Nasal polyposis, chronic spontaneous urticaria
Anti-IL5	Mepolizumab (SC)	≥6 years	Severe eosinophilic/Type 2 asthma	Mepolizumab: EGPA, CRSwNP, hypereosinophilic syndrome
Anti-IL5R	Reslizumab (IV) Benralizumab (SC)	≥18 years ≥12 years		
Anti-IL4R	Dupilumab (SC)	≥6 years	Severe eosinophilic/Type 2 asthma, or maintenance OCS	Moderate-severe atopic dermatitis, CRSwNP, esofagite eosinofila
Anti-TSLP	Tezepelumab (SC)	≥12 years	Severe asthma	

- Anti-IL4R* (dupilumab) for severe eosinophilic/Type 2 asthma
 - Not suggested if blood eosinophils (current or historic) >1500/μl
 - Dupilumab now also approved for children ≥6 years with severe eosinophilic/Type 2 asthma, not on maintenance OCS (*Bacharier, NEJMed 2021*)
- Anti-TSLP* (tezepelumab) now approved for severe asthma (age ≥12 years)
 - Greater clinical benefit with higher blood eosinophils and/or higher FeNO
 - Insufficient evidence in patients taking maintenance OCS



DEFINING RESPONSE TO BIOLOGICS IN CRSWNP

EPOS 2020¹



EPOS 2023²



	mai	Molto lievi	Lievi	Modesti	Gravi	Gravissimi	5 più importanti
1 Necessità di soffiarsi il naso	0	1	2	3	4	5	
2 Starnuti	0	1	2	3	4	5	
3 Secreto nasale continuo	0	1	2	3	4	5	
4 Ostruzione nasale	0	1	2	3	4	5	
5 Perdita dell'olfatto o del gusto	0	1	2	3	4	5	
6 Tosse	0	1	2	3	4	5	
7 Scolorimento del sangue	0	1	2	3	4	5	
8 Scarico di muco nasale denso	0	1	2	3	4	5	
9 Orecchio pieno	0	1	2	3	4	5	
10 Vertigini	0	1	2	3	4	5	
11 Dolore all'orecchio	0	1	2	3	4	5	
12 Dolore Facciale/Pressione	0	1	2	3	4	5	
13 Difficoltà ad addormentarsi	0	1	2	3	4	5	
14 Passeggiare la notte	0	1	2	3	4	5	
15 Sonno notturno non riposante	0	1	2	3	4	5	
16 Mi sveglio stanco	0	1	2	3	4	5	
17 Affaticamento	0	1	2	3	4	5	
18 Ridotta produttività	0	1	2	3	4	5	
19 Ridotta concentrazione	0	1	2	3	4	5	
20 Sentirsi frustrato, stanco, irritabile	0	1	2	3	4	5	
21 Sentirsi triste	0	1	2	3	4	5	
22 Sentirsi imbarazzato, mortificato	0	1	2	3	4	5	
TOTALE (ogni colonna)							
PUNTEGGIO TOTALE							

NPS



0	No polyps
1	Small polyps in the middle meatus not reaching below the inferior border of the middle turbinate
2	Polyps reaching below the lower border of the middle turbinate
3	Large polyps reaching the lower border of the inferior turbinate or polyps medial to the middle turbinate
4	Large polyps causing complete obstruction of the inferior nasal cavity



IL TEST E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione molto bassa, pertanto ha una buona percezione degli odori.



IL TEST NON E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione media, pertanto sente solo gli odori molto intensi.



IL TEST NON E' NELLA NORMA

il soggetto riesce a percepire l'odorante ad una concentrazione elevata, pertanto sente solo gli odori molto molto intensi.

P.O. «Santa Maria della Pietà» Nola
P.O. « Maresca » Torre Del Greco
U.O.S.D. Otorinolaringoiatria

Responsabile: Dott. Bernardino Cassiano

Dirigenti Medici: Dott.ssa G. De Filippis

Dott. A. Monfregola - Dott. G. Tarallo - Dott.ssa
S. Nappi - Dott.ssa C. Falanga - Dott.ssa G. Iovine
- Dott. G. Oliviero - Dott. A. Giannini

regione campania
aslnapoli3sud



Recapiti: 0818223731 (Responsabile)
0818223300 (Stanza 1 PS) 0818223312 (Stanza 2)



La mia esperienza.....



135 PAZIENTI



48

MEPOLIZUMAB



87

DUPILUMAB

N°PZ 48

- RANGE 28 - 77 ANNI (16 > 65 ANNI)
- 6 SHIFT DA DUPIXENT / 4 SHIFT A DUPI
- 20 ASMATICI
- 2 SOSPENDONO (ANGIOMA BRACCIO; AZZERAMENTO EOS)
- 20 NON OPERATI (9 > 65 ANNI)
 - 7 Patologie cardiovascolari severe
 - 1 Abuso di cocaina
 - **8 Asma severo**
 - 2 dichiarazione rifiuto
 - 2 ASA syndrome
- 1 CON 0% EOSINOFILI
- NPS < /= : 4 DOPO 180 GG
- SNOT22 <30 A 6 MESI
- OCS 0% - NCS?

DUPIXENT

N°PZ 87

- RANGE 21 -83 ANNI (38> 65ANNI)
- **34 ASMATICI**
- 36 NON OPERATI (21> 65ANNI)
 - 12 Patologie cardiovascolari severe
 - 2 OSAS
 - 6 Diabetici
 - **3 Asma severo**
 - 4 dichiarazione rifiuto
 - 5 oncologici
 - 2 in attesa di intervento
- NPS < 3 nel 98% a 6mesi
- RECUPERO GUSTO/OLFATTO 100% A 6MESI
- SNOT22 <30 A 6MESI
- OCS 0%- NCS?
- INTERRUZIONI 11 /SHIFT 6
 - 2 piatrinopenia
 - 1 leucopenia
 - 1diverticolite emorragica

SHIFT

DUPILUMAB

MEPOLIZUMAB

N. cartella	Età	Sesso	SNOT-22 T0	SNOT-22 T1	NPS T0	NPS T1	Eos T0	
15	68	F	72	24	5	5	17,6% 520	
7	72	M	62	20	6	6	11,3% 858	

MEPOLIZUMAB

DUPILUMAB

N. cartella	Età	Sesso	SNOT-22 T0	SNOT-22 T1	NPS T0	NPS T1	Eos T0	Eos T1
40	43	M	93	32	8	4		0,04%
53	57	M	64	28	6	6	5,3% 396	3% 298
60	70	M	71	19	8	8	6% 424	1,19% 62
66	66	F	93	26	6	6	5,8% 410	Reclutata meno di 3 mesi fa

CASI PARTICOLARI DUPILUMAB



N. CARTELLA	Età	Sesso	NPS T0	NPS T1	Eos T0	Eos T1	Pregressa chirurgia	Note
40	43	M	8	4	0,16%	0,04%	SI+++15	FALLIMENTO XOLAIR E NUCALA RECUPERO DELL'OLFATTO SOSPENDE 4 SETT PER LEUCOPENIA
12	67	M	6	2	6,70%	2,6% 130	NO	IMA-PACEMAKER GLAUCOMA
16	66	F	8	4	8%	7%	SI+	ERMAFRODITA- IMPOSSIBILE INTUBAZIONE
37	70	M	6	2	3,89%	2,20%	NO	ANEURISMA AORTA SOSTITUZION EVALVOLARE
31	77	F	7	4	7,10%	5%	SI+1	Emorragia postop-aritmia- bronchite

CASI PARTICOLARI MEPOLIZUMAB

N. CARTELLA	Età	Sesso	NPS T0	NPS T1	Eos T0	Eos T1	Pregressa chirurgia	Note
2	61	M	NON DOCUME NTABILE PERFORA ZIONE		4,10%	0,00%	SI+5	AZZERAMENTO EOS
5	74	M	6	2	3,50%	0,00%	NO	ISCHEMIA CEREBRALE AMNESIA AZZERAMENTO EOSINOFILI SOSPENDE PER 6 MESI DAL 26.09.2024
21	30	M	6	5	6,70%	0,90%	NO	COCA NON SI OPERA Da giugno
26	37	F	6	3	11,6%	0,20%	NO	PREGRESSI EPISODI ANGIOEDEMA NO RISPOSTA STEROIDI 3 MESI E RIVALUT CHIR

CASI PARTICOLARI MEPOLIZUMAB

N.CARTELLA	Età	Sesso	NPS T0	NPS T1	Eos T0	Eos T1	Pregressa chirurgia	Note
10	69	M	7	3	7,6% 1100	1,5% 140	SI+3	GIUNGE CON BPCO SCOMPENSATA IN O2 ATTUALMENTE NON IN O2
29	59	M	7	6	8.27% 629	2,54% 173		SOSPENDE PER COMPARSANGIOMA RIPRENDE POST CONSULENZA DERMATOLOGICA



CASI PARTICOLARI



Si sospende il trattamento per comparsa di ANGIOMA DEL BRACCIO.

Il dermatologo consultato lo relazione come conseguenza dell'abuso di corticosteroidi.

Riprende il trattamento.

MEPOLIZUMAB

T0: giorno 1 di terapia

T1: dopo 6m di terapia

	28 PZ OPERATI	20 PZ NON OPERATI
SNOT22 T0	78	84
SNOT22 T1	25	29
NPS T0	6	5
NPS T1	4	3

	8 PZ OPERATI >65	8 PZ NON OPERATI >65
SNOT22 T0	76	82
SNOT22 T1	25	23
NPS T0	6	6
NPS T1	3	2

DUPIXENT

T0: giorno 1 di terapia

T1: dopo 6m di terapia

	28 PZ OPERATI	36 PZ NON OPERATI
SNOT22 T0	71	73
SNOT22 T1	21	18
NPS T0	5	6
NPS T1	3	2

	13 PZ OPERATI >65	25 PZ NON OPERATI >65
SNOT22 T0	76	73
SNOT22 T1	22	17
NPS T0	6	6
NPS T1	3	3

CONFRONTO DUPIXENT SNOT22 - OST TEST

N. cartella	OST Test T0	OST Test T1	SNOT OLF T0	SNOT OLF T1
3		09.2024: V	3	0
10		10.2024: O	5	4
12		09.2024: V	2	0
25		09.2024: V	3	0
27		10.2024: O	5	1
32		09.2024: V	5	3
33		09.2024: V	5	1
36		10.2024: R	5	4
39		09.2024: V	3	3
42		09.2024: V	5	2
43		09.2024: V	5	2
46	10.2024: R	11.2024: V	5	0
47		09.2024: V	0	
48		09.2024: V	4	3
50		10.2024: V	4	1
53		10.2024: V	5	2
54		10.2024: V	4	2
55		09.2024: V	0	0
56		09.2024: V	5	
57		11.2024: V	3	3
58		11.2024: V		0
60		11.2024: V	2	0
61		11.2024: V	5	1
62		09.2024: V	4	
66	09.2024: V		5	
67	09.2024: V		4	
68	09.2024: O		5	
69	10.2024: O	02.2025: R	5	3
70		10.2024: V		4
71		11.2024: A		4
72		11.2024: V	6	3

T0:
giorno 1
di terapia

T1:
dopo 6m
di terapia

CONFRONTO NUCALA SNOT22 - OST TEST

N. cartella	OST Test T0	OST Test T1	SNOT OLF T0	SNOT OLF T1
2		09.2024: 0	5	5
5		09.2024: V	4	2
6		10.2024: V	5	4
7		11.2024: V	3	2
9		11.2024: V	5	2
10		10.2024: 0	5	4
13		10.2024: A	5	4
14		11.2024: A	4	4
16		09.2024: V	4	2
18	09.2024:R	03.2025:V	5	3
19		10.2024: V	4	1
20		10.2024: V	4	2
22		11.2024: V	5	2
23		10.2024: 0	5	4
24		9.2024: V	3	2
25		10.2024: V	4	2
27		10.2024: V	5	3
32		10.2024 :0	5	5
34		10.2024: 0	4	4
35	09.2024: V		2	
36	09.2024: 0		5	
37	10.2024: A		4	
38	11.2024: V		2	
39	11.2024: 0		5	

T0:
giorno 1
di terapia

T1:
dopo 6m
di terapia

COMORBIDI
GRAVI

DUPILUMA
B

N. cartella	Età	Sesso	SNOT-22 T0	SNOT-22 T1	NPS T0	NPS T1	Eos T0	Eos T1	Asma	Ocs / complic/ altre pat
11	63	M	74	28	7	3	4.7% 400	2,63% 160		IMA
12	67	M	55	27	6	2	6,70%	2,6% 130		IMA-PACEMAKER GLAUCOMA
17	82	M	73	36	6	3	2.9% 270	2,6% 250		PSICOSI PACE MAKER IPERTESO
18	77	M	67	34-11	8	2	10,80%	5% 220	SI	ENFISEMA K prostata RT
21	58	M	74	34	6		7,70%	3.5% 200		K RENALE IN CT
31	77	F	80	31	7	4	7,10%	2.7% 180	SI	Emorragia postop-aritmia-bronchite
34	57	M	90	15	7		0,60%	5.5% 450		CA TIROIIDE IN RADIOIODIO
37	70	M	90	32	6	2	4.15% 230	2.20% 109	SI	ANEURISMA AORTA SOST.VALVOLARE
43	70	M	94	10	8	2	3,5% 230	1.8% 110	SI	CARDIOPATIA ISCHEMICA
44	70	M	58	27	6	3	600 8,8%	500 6.2%	SI	VALVULOPATIA -AORTICA- S WIDAL
57	73	M	82	28	8	1	5.2% 310	2.1% 130		2 ICTUS IPERTESO
60	70	M	71	7	8	7	6% 424	2,9% 187	NO	DEPRESSIONE- TAPAZOLE TREMORE
61	83	M	96	24	8	5	3.8% 300	2,5% 210	NO	PACE MAKER,K PROSTATA EPATITE HCV++ CHERATOPATIA IATROGENA
62	48	M	90		4	0+1	130 2.3%	2% 130		Cellulite orbitaria POST INTERVENTO
65	75	F	86	29	6	2+1	2.3% 110	0,9% 40		IPERTESA PREGRESSO TIA
68	77	F	58		4	0	5,8% 310		NO	K MERKEL BPCO IPERTENS IPB INSUFF AORTICA IPERTROFIA VENTRICOLOSX
69	45	F	75	22	7	5	6,79% 470	11,8% 1003	SI	ABLAZIONE CARDIACA OBESITA'
70	55	M	80	19	4	6	9,6% 1110	0.8% 80		STENOSI CAROTIDEA 60% BPCO
75	57	M	91	48	5	4	1.8% 160	0,5% 40	no	Glaucoma pace maker
76	68	M	63		7		0,9% 80		si	CARDIOPATIA ISCHEMICA
77	41	m	102		2+3		4,60%		no	basalioma labbra varicocele
79	61	23716	F		4+3		3,6% 220	1,1% 80	si	asma ipertensione microadenoma ipofisario microlitiasi colecisti
										ernia convulsiva, anemia

COMORBIDI GRAVI MEPOLIZUMAB

N. cartella	Sesso	Età	SNOT-22 T0	SNOT-22 T1	Eos T0	Eos T1	EOS T2	NPS T0	NPS T1	ASMA	OCS/PATOLOGIE
3	M	77	62	34	6% 410	0.7% 60		5		SI	ANGIOPL- VASCULOP CEREBR-
5	M	74	66	26	3,50%	0,2% 0	0,6% 0	6	2		ISCHEMIA CEREBRALE AMNESIA
6	M	55	80	19	9,6% 1110	2% 180	0.8% 80	4	6		STENOSI CAROTIDEA 60%- IPERTESO- BPCO
7	M	72	62	20	11.3% 858	1.4% 100		6	4		2 STENT CORONARICI
9	M	62	96 78	24	6,8% 382	2,50% 150		5	2 1		OSAS- ANEURISMA CAROT INTERNA-
10	M	69	76	44	7,6% 1100	1.5% 140		7	3		BPCO (SCOMPENSATA IN O2 AL T1) ATTUALMENTE NON IN O2
13	M	72	91	32	8,3% 600	2,9% 200	1% 60	8	5	NO	PACE MAKER K COLON
15	F	68	82		7,6% 520	1.5% 80	1,4% 70	5		SI	EOS- S. CHURG STRAUSS
17	F	48	93		1,9% 170	3% 220	1.7% 90	5		Si	ipereattiv bronc severo
18	F	71	79		7.8% 600	0.9% 100	0,4% 30	5	2	SI	STENT CORONARI
21	M	30	94		6.7% 480	0.9% 110		5			COCA
22	M	64	83	4	7% 410	2.7% 140		5	2	SI	FIBRILL ATRIALE - OSAS
23	M	71	98	53	19.3% 149	1,7% 140		6	6		Ipertensione diabete
25	M	57	91	48	1.8% 160	0,5% 40	0,2% 20	5	7	no	Glaucoma pace maker
26	F	37	90	64	11.6% 730	1,7% 80		6	6	SI	PREGRESSI EPISODI ANGIOEDEMA NO RISPOSTA STEROIDI
27	M	63	94	50	4.8% 400	1,6% 130		5	2	SI	ASMA- ASA SYNDROME
29	M	59	80		8.27% 629	2,54% 173	1.3% 120	6		SI	ASMA SEVERO NON CONTROLLATO
31	M	37	92		7.3% 558			5			ESOFAGITE- TIROIDITE- OSAS- INVALIDITA' 46% - OBESO (111kg)
33	F	48	89		7.1% 470			4			SPONDILOARTRITE
34	M	66	91	27	450 6,5%	70 1%		8	4		INIZIA PREOP. ASA SYNDROME
35	F	36	78		61000,00%	1% 95	1% 103	6	3		ASMA OBESITA' TIROIDITE DI HASHIMOTO
48	m	65	50		6.6% 450			3		no	OSAS in cPap kcolon operato

SOSPENSIONI IN REMISSIONE (15)

24m di terapia
Snot < a 30
Nps<3

N. cartella	Età	Sesso	SNOT-22 T0	SNOT-22 T1	SNOT-22 T2	NPS T0	NPS T1	NPS T2	Eos T0	Eos T1	Note	CONTROLLO A 3 MESI
2	45	M	58	28	18	5	0	0	2,80%	3,3% 390	sospende da gennaio25 per 3 mesi	
3	66	M	70	18	15	6	3	1	7,7% 310	4,7% 312	Sospende a dicembre24 per 3 mesi	
4	73	M	52	32	13	5	1	1	4,1% 220	2,23% 130	sospende a novembre 2024 per 3 mesi	situazione stabile continua sospensione per altri 3 m
5	58	F	67	23	10	3	0	0	5,30%	2,60%	sospende 3 mesi a dicembre 2024	
7	69	F	71	35	13	5	0	0	14,7% 700	7,4% 360	Sospende a gennaio2025 per 3 mesi	
8	62	F	76	34	11	5	2	1	8%	2%	Sospende a dicembre24 per 3 mesi	
9	52	M	72	20	18	6	2	0	9,40%	5,4% 300	sospende da agosto24 per 3 mesi	riprende per NPS 3+3 SNOT 20
10	67	M	81	33	15	4	1	0	1,3% 40	1% 50	sospende 3 mesi a dicembre24	
12	67	M	55	27	7	6	4	1	6,70%	3,08% 220	sospende a maggio 2024	a gennaio25 (9mesi) nps 2+1 snot26 ancora in sospensione
17	82	M	73	42		6	3	3	2.98% 270	3% 291	sospende dicembre 2024	continua sospensione controllo marzo SNOT36 NP55
18	77	M	67	34	11	8	2	1	10,80%	5% 220	Sospende ad agosto24 per 3 mesi	situazione stabile continua sospensione per altri 3 m
27	45	M	74	49	8	6	6	1	9,60%	8,8% 670	sospende 6mesi da aprile2024	riprende ad ottobre2024 NPS3+3 SNOT49
46	38	F	68	40	4	3	0	0	7% 419	15,1% 960	Sospende da fine ottobre2024	riprende a gennaio NPS 1+3 SNOT78
55	59	F	55	25	2	3	1	1		2% 130	Sospende da ottobre2024	riprende a gennaio snot47 NPS0+1
58	59	F	65	26	3	2	0	0	1,4% 100	3,3% 200 4,5% 270	Sospende da settembre2024	situazione stabile continua sospensione per altri 3 m

Take home message:

- La chirurgia da sola non controlla la patologia
- Controllo delle comorbidita'
- Nessuno escluso!

Razionale

Il convegno si propone di approfondire due sintomi molto comuni negli ambulatori di medicina generale: la disfonia e la disfagia.

Questi disturbi, seppur frequentemente trascurati o considerati sintomi minori, possono avere un impatto significativo sulla qualità della vita dei pazienti e spesso nascondono patologie più gravi, tra cui patologie oncologiche o neurologiche.

Durante l'evento, esperti del settore medico e specialisti in otorinolaringoiatria, foniatria e logopedia esploreranno le più recenti innovazioni diagnostiche e terapeutiche, con un focus particolare sulle patologie laringee che possono causare disfonia, come la laringite cronica, le neoplasie laringee e le disfunzioni delle corde vocali, con cenni alle patologie professionali.

Saranno trattate anche le cause neurologiche e muscolari che influenzano la deglutizione, come le disfagie orofaringee e laringee, che richiedono un'accurata diagnosi differenziale, oltre che le patologie legate all'invecchiamento di queste due funzioni essenziali (presbifonia e presbifagia).



n. 370-444573

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
MEDICOOP VESEVO SOCIETÀ COOPERATIVA
Provider del Ministero della Salute 370

Via Felice Romano n° 3
TORRE DEL GRECO

Responsabile Scientifico
dott. Bernardino CASSIANO

Segreteria Scientifica
dott.ssa Chiara FALANGA



Disfonia e Disfagia La Salute della Voce e della Deglutizione nella Medicina Generale



5,0 crediti formativi

ECM n. 370-444573 per 50 partecipanti

TORRE DEL GRECO

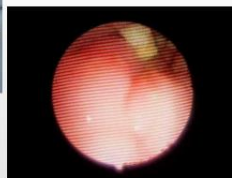
Via Enrico De Nicola n. 26

Hotel SAKURA

5 aprile 2025
ore 9.00 - 14.00

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA:
MediCoop VESEVO
dott. Francesco Paolo DE LIGUORO

FEES : STUDIO ENDOSCOPICO DELLA DEGLUTIZIONE



MARTEDI POMERIGGIO: COD 29.19.1

Bolo liquido in posizione sfreggiante (capo iperesteso)

Programma Scientifico

- Ore 8:30 Registrazione dei partecipanti
- Ore 9:00 Saluto del Presidente della MediCoop VESEVO e del Responsabile Scientifico dell'evento
dott. Francesco Paolo DE LIGUORO (Specialista in Malattie Respiratorie)
dott. Bernardino CASSIANO (Specialista ORL - Responsabile UOSD ORL Area Nolano)
- Ore 9:10 Presentazione e obiettivi dell'incontro
dott. Bernardino CASSIANO (Responsabile UOSD ORL)
- 1ª Sessione
DISFONIA E DISFAGIA**
- Ore 9:30 Disfonia e disfagia: quando è necessaria la valutazione specialistica?
dott.ssa Chiara FALANGA (Specialista in Audiologia e Foniatria)
- Ore 10:00 Approcci terapeutici: Cenni di Chirurgia della laringe
dott. Armando MONFREGOLA (Specialista ORL)
- Ore 10:30 Discussione con i discenti **Tutti i Relatori**
- Ore 11:00 Coffee break
- 2ª Sessione
APPROCCI TERAPEUTICI**
- Ore 11:15 Riabilitazione della Disfonia
dott. Daniele APREDDA (Logopedista)
- Ore 11:45 Riabilitazione delle disfagie nel paziente neurologico e geriatrico
dott.ssa Sabrina SPINOSA (Logopedista)
- Ore 12:15 Verifica, discussione, confronto con dimostrazioni pratiche **Tutti i Relatori**
- Ore 12:45 Conclusioni
dott. Bernardino CASSIANO (Responsabile UOSD ORL)
- Ore 13:45 Test di valutazione dell'apprendimento con questionario a risposta multipla
- Ore 14:00 Chiusura dei lavori

**GRAZIE PER
L'ATTENZIONE**

