



Firmato da
TERZI VITTORIO

Emergenza anafilattica medio-severa da allergia ad imenotteri velenosi

Ed altre reazioni meno gravi alle loro punture

Da Vittorio Terzi, pediatra.

Parte delle informazioni riportate in questo scritto sono state tratte dalla relazione sull'argomento presentata dal prof. Carlo Caffarelli dell'Università di Parma al Congresso della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica tenutosi in Roma nel mese di settembre 2015.

Il soggetto deve essere messo in posizione distesa, possibilmente con arti inferiori sollevati:

- **1° Step** (Adrenalina, *farmaco salvavita DA RISERVARE SOLO ALLE REAZIONI GRAVI**):

Adrenalina uso pronto (Tipo **Fastjekt** fl 0,33 mg -0,165 nel bambino-) per via I.M. (dopo lo scatto dell'ago, si deve lasciare in sede il dispositivo per almeno 10 secondi). Ove non si disponesse del "Fastjekt", utilizzare (con siringa insulina 0,5 ml. "spazio 0") 1/2 fl di **Adrenalina** -1/4 di fl. nel bambino sino a circa 20-25 kg- **1/1000, 1 mg/ml**. La dose, in caso di necessità, può essere ripetuta dopo 15'-30'.

- **2° Step** (Broncodilatatore):

Salbutamolo per via Aerosolica pronta (**Ventolin spray dosato**: 8 puff -1 per ogni atto inspiratorio- nell'adulto, 4-5 nel bambino sino a 20-25 kg.).

- **3° Step** (Antiistaminico):

Casi lievi: Somministrazione per os, meglio se 2 diversi prodotti farmaceutici in associazione sinergica (tipo **Xyzal** cpr. -1 cpr subito- e **Aerius** cpr -idem-);

Casi severi: Somministrazione per via I.M. (Tipo **Farganesse** fl. 50 mg./2 ml: 1/2-1 fl I.M. -1/4-1/2 fl. nel bambino intorno ai 18-30 kg. di peso-); la somministrazione è eventualmente ripetibile dopo un paio d'ore, in caso di necessità (Attenzione!!! Il farmaco procura, in genere, sonnolenza anche importante -insieme, talvolta, a disturbi della visione binoculare e della coordinazione motoria fine-, il che vuol dire che dopo la somministrazione non ci si può mettere alla guida di automezzi, anche nell'ipotesi di apparente completa remissione dei sintomi di anafilassi).

- **4° Step** (Cortisonico):

Casi lievi: Somministrazione per os (**Deltacortene cpr. 25 mg.**, 2-4 cpr., insieme, subito -1-2 cpr., insieme, nel bambino sino a 25-30 kg.);

Casi severi: Somministrazione per via I.M. (**Solumedrol fl. 500 mg.**, 1 fl I.M. subito -1/2 nel bambino sino a 20-30 kg.).

Note:

- 1) Le reazioni locali, anche importanti ed estese (tipiche quelle ad insorgenza tardiva), non sono "anafilassi" e non predispongono necessariamente a questa: si trattano con una Crema Cortisonica (Elocon crema: 2 applicazioni al dì per 3-4 giorni), un antiistaminico per os (meglio **Xyzal**, 1 cpr. al dì per 3-4 giorni), eventualmente un antidolorifico. Per reazioni particolarmente fastidiose, si può aggiungere il **Deltacortene 25 mg.** (1 cpr. mattina e sera per un paio di giorni). Si faccia però attenzione a quelle molto importanti, con edema profondo che duri oltre le 24 h.: si entra in un altro ambito di valutazione, ed esse vanno considerate a parte anche in prospettiva prognostica futura.

- 2) Le punture di imenotteri possono essere causa di infezione tetanica: consiglio vivamente di vaccinarsi in maniera attiva per il tetano (al termine del ciclo, la vaccinazione ordinaria assicura immunità prolungata per 10-20 anni dall'ultima dose -per chi abbia fatto il normale ciclo vaccinale dell'infanzia, basterà una sola dose di richiamo-).

- 3) Nelle attività all'aria aperta i soggetti a rischio dovrebbero avere con loro un laccio emostatico, siringhe di vario volume (0,5 ml., 1 ml., 5 ml., 10 ml.), "ghiaccio" chimico pronto all'uso.

- 4) Non si abbia paura della singola dose di cortisonico: dosaggi in acuto di anche 50-100 volte più massicce di quelle terapeutiche non producono effetti collaterali di rilievo.

- 5) Il rischio concreto di anafilassi è segnalato da... una precedente reazione, non dagli esami di laboratorio: IgE totali (PRIST) elevate in sé favoriscono solo l'insorgenza di "reazioni larghe", ovvero estese ma comunque locali, non generalizzate. D'altronde, una eventuale negatività di Prick Test e/o IgE specifiche (RAST) non mette al sicuro da possibili reazioni generalizzate gravi, in presenza di anamnesi fortemente suggestiva per anafilassi da veleno da imenotteri.

- 6) L'essere affetti da altro tipo di patologia allergica (respiratoria, da alimenti o farmaci) non rende, in sé, più o meno probabile l'insorgenza di anafilassi al veleno di imenotteri. *L'essere, però, soggetti affetti da asma bronchiale severo (allergico oppure no), oppure soggetti in terapia antiipertensiva con Ace-Inibitori, Sartanici, Beta-bloccanti, può rendere più gravi le reazioni di bronco-ostruzione (a maggior ragione questi soggetti devono avere sempre a disposizione lo spray pronto di **Ventolin**).*

- 7) Chi abbia avuto una reazione fortemente suggestiva per anafilassi generalizzata dovrebbe indagare, pur sapendo dell'impossibilità di risposte di assoluta sicurezza, per "sensibilizzazione" "generica" (IgE totali -PRIST- superiori alle 250 Ku/l.; Triptasi sierica superiore ai 11,4 microgrammi/l.) e/o specifica (Prick Test e/o IgE specifiche -RAST- positivi per sensibilizzazione).

- 8) La sensibilizzazione nei confronti di un imenottero non crocia in automatico con sensibilizzazione versus imenotteri di diversa specie. Alle nostre latitudini gli imenotteri più frequentemente responsabili di punture sono l'ape propriamente detta (*Apis mellifera ed altre*), un suo parente stretto, il bombo (*Bombus Terrestris*), la *Vespa*, la *Vespula*, il *Polistes*. Gli esami specifici vanno effettuati per ogni singola specie tra quelle predette. La completa eventuale negatività a tutti gli esami diagnostici di tipo clinico e laboratoristico non esclude del tutto, però, il rischio di possibili reazioni generalizzate gravi.

- 9) La terapia iposensibilizzante specifica (da condursi per 3-5 anni nella maggioranza dei casi, più a lungo -c'è chi dice indefinitamente- per i soggetti con elevati livelli di triptasi) ha successo per importante riduzione della gravità delle reazioni in circa il 90% dei casi.

- 10) Si sente dire che gli esami diagnostici non andrebbero effettuati al di qua delle 2 settimane da un evento suggestivo di reazione generalizzata grave. Detta così, da sola, è una sonora sciocchezza: e però, in caso di negatività dei risultati degli esami, questi andrebbero comunque ripetuti dopo circa 6 settimane.

- 11) Nel trattamento delle reazioni acute di grado medio-severo, come visto nella enunciazione degli "step" enumerati alla pagina n. 1, ricordare che *il cortisonico* è quello che *va dato (comunque in dosi, come visto, generose) cronologicamente per ultimo*: ha infatti una latenza d'azione troppo lunga per potersi affidare ad esso nel superamento del momento di emergenza (serve, più che altro, ad attenuare o evitare l'interessamento sistemico tardivo delle non rare reazioni bifasiche). Il vero medicinale salvavita è *l'Adrenalina*, la quale, *in caso di problemi respiratori e/o collassiali* (quelli cutanei e intestinali sono più che altro impressionanti a vedersi, raramente pericolosi), *va utilizzata senza timore e senza indugio*.

- 12) Se si è in condizioni di farlo, avvisare comunque, dopo i primi trattamenti, il 118: potrebbe essere necessario (fare attenzione alle reazioni tardive) intraprendere trattamenti medici (farmaci vasopressori, liquidi per infusione venosa) di pertinenza ospedaliera.

- 13) Chi svolga frequentemente attività all'aria aperta, dovrebbe essere comunque in grado di mettere in atto misure d'emergenza di base, relative in particolare alla rianimazione cardio-polmonare "sul campo" (sempre utile frequentare qualche corso di BLS o PBLs, al fine

di apprendere le manovre di massaggio cardiaco e respirazione artificiale).

Classificazione delle reazioni allergiche al veleno di imenotteri

- Reazioni locali estese

- Eritema ed edema di diametro > 10 cm, per > 24 h. Nel 1-10% dei casi possono essere prodromiche a reazioni sistemiche in occasione di punture successive da parte di imenottero della stessa specie.

- Reazioni sistemiche

- Lievi: lieve orticaria-angioedema, prurito, eritema, rinocongiuntivite.
- *Moderate: lieve asma, dolore addominale, vomito, diarrea, grave orticaria-angioedema, transitori sintomi ipotensivi (vertigine, stordimento)
- *Gravi: Dispnea (asma, edema laringeo), ipotensione, collasso, perdita di coscienza, convulsioni, incontinenza sfinterica, perdita dei colori nella visione.

Le reazioni locali da puntura agli imenotteri

- Sono molto frequenti.
- Sono più frequenti in soggetti con IgE totali (PRIST) elevate (le IgE specifiche per ape e vespa, per altro sono quasi 5 volte più elevate in quelli con IgE totali > 250 rispetto a quelli con livelli < 50 kU/l.: in sede di diagnostica i due dati vanno integrati e valutati dal medico esperto nel loro complesso per cercare di individuare il livello di rischio probabile per il singolo soggetto).
- Non comportano, in sé, un aumentato rischio di reazioni generalizzate.
- Non aumentano il rischio di reazioni larghe locali.

Una menzione particolare va fatta a quei casi in cui ad essere punta dovesse essere una regione corporea presentante tessuto sottocutaneo piuttosto lasso. E' il caso (raro, per ovvie ragioni) dei genitali e quello (invece frequente) delle palpebre: in tali situazioni si possono avere reazioni locali anche imponenti (si trattano con antidolorifici, antiistaminici e cortisonici per os, creme cortisoniche come **Elocon** o **Flixoderm**, eventualmente colliri a base antibiotico-cortisonica, tipo Combistill collirio -controindicato, però, nei soggetti affetti da glaucoma-). Esse, però, per quanto alla vista e ai sintomi soggettivi potenzialmente impressionanti, vanno a tutti gli effetti considerate "semplici" reazioni locali, e come tali considerate in prospettiva.

Diagnostica di allergia agli imenotteri

- Il test in vivo può essere eseguito anche subito dopo essere stati punti. Non ci sono evidenze certe che occorre attendere 2 settimane per un possibile consumo di IgE da puntura, tuttavia se negativo il test va ripetuto dopo 6 settimane.

Pazienti con convincente storia di reazioni sistemiche

- I test cutanei sono positivi nel 90% dei casi
- 10-20% dei soggetti cutipositivi hanno IgE specifiche negative
- Nel 1-10% dei casi si hanno test cutanei negativi e IgE specifiche positive.

E' utile quindi l'esecuzione di entrambi i test, per una maggiore accuratezza diagnostica, seppure vada tenuto presente che...

- ... l'1-8% dei casi di anafilassi ha test cutanei e IgE sieriche per imenotteri negative

(controllare la triptasi!!).

Il messaggio finale da portare a casa è che, pur in presenza di test diagnostici TUTTI negativi, i soggetti che abbiano manifestato in precedenza una reazione suggestiva per anafilassi dovrebbe comunque avere sempre disponibili, nelle attività all'aria aperta, il kit farmacologico per le emergenze.

Chi abbia presentato "solo" una reazione estesa locale ha circa il 10% di probabilità di presentarne un'altra all'eventuale nuova puntura di imenottero della stessa specie, e l'1% di probabilità di presentare reazione anafilattica sistemica medio-severa.

Reazioni allergiche al veleno di imenotteri e triptasi basale

- La triptasi di base va sempre valutata in pazienti con reazione sistemica da imenottero. Se essa è elevata (> 11.4 microg/L.):

- Il rischio di reazione sistemica grave è maggiore
- Possono essere necessarie ulteriori indagini inclusa la biopsia midollare per escludere la mastocitosi sistemica o la sindrome da attivazione monoclonale dei mastociti (cosa più importante in età pediatrica).



Le opzioni terapeutiche in breve

- Reazioni locali semplici:

Impacchi freddi, steroidi locali (*Elocon* o *Flixoderm* crema), Antiistaminici orali (*Xyzal*, *Aerius*).

- Larghe reazioni locali prolungate:

Impacchi freddi, Antiistaminici orali (*Xyzal*, *Aerius*), Analgesici orali (*Oki*, *Aulin*, *Tachipirina*, *Toradol*, *Volta-ren*, *Feldene*, etc.), Steroidi orali (*Deltacortene*, *Bentelan*).

- Reazioni sistemiche lievi:

Antiistaminici (per os o I.M.), cortisonici (per os o I.M.).

- Reazioni anafilattiche:

Adrenalina 1/1000 1 mg./ml., broncodilatatori (*Ventolin*), Antiistaminici I.M. (*Farganesse*), Cortisonici I.M. (*Solumedrol*), vasopressori (trattamento ospedaliero), liquidi in infusione venosa (trattamento ospedaliero).

