



## La gestione dell'anafilassi in P.S.

Maria Angela Tosca<sup>1</sup>  
Roberta Olcese<sup>1</sup>  
Salvatore Renna<sup>2</sup>  
Emanuela Piccotti<sup>2</sup>  
Andrea Moscatelli<sup>3</sup>  
Giorgia Brigatti<sup>3</sup>

<sup>1</sup> U.O.C. Pediatria ad indirizzo pneumologico e allergologico e Centro Regionale Fibrosi Cistica; <sup>2</sup> U.O.C. P.S. Medico e Medicina d'Urgenza; <sup>3</sup> U.O.S.D. Centro di Rianimazione Neonatale e Pediatrica, IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova

### Introduzione

Il progressivo e costante aumento epidemiologico delle malattie allergiche nella fascia pediatrica e soprattutto la crescente complessità e gravità delle manifestazioni cliniche (pazienti poli-allergici con manifestazioni multi-organo o reazioni sistemiche gravi fino all'anafilassi con possibili esiti letali), rendono necessario affinare i percorsi diagnostici e terapeutici. Infatti, al fine di perfezionare le misure di prevenzione primaria e secondaria e l'approccio terapeutico, è sempre più frequente la necessità di ricorrere a iter diagnostici accurati, a tecnologie di diagnostica molecolare e all'utilizzo dei test di provocazione (TPO), come gold standard diagnostico, che richiedono tuttavia estrema perizia, cautela e attenzione, per il possibile rischio di eventi avversi in corso di TPO e percorsi di desensibilizzazione.

### Obiettivi

Obiettivo del nostro lavoro è stato quello di organizzare, in collaborazione con altre U.O. (in particolare U.O. Rianimazione e U.O. Pronto Soccorso Medico e Medicina di Urgenza), un percorso comune per il paziente con anafilassi o reazioni sistemiche ad alimenti, farmaci ed anestetici.

Lo scopo è stato quello di affinare l'approccio diagnostico e terapeutico del paziente con anafilassi, in modo tale da essere condiviso ed univoco all'interno dell'Istituto.

Questo dovrebbe ridurre al minimo il rischio di trattamento inadeguato e consentire un'adeguata presa in carico di pazienti, con problematiche allergologiche complesse, (poli-allergia respiratoria, alimentare, da farmaci e/o imenotteri) a rischio di ulteriori episodi di anafilassi.

### Metodi

Abbiamo esaminato le ultime Linee Guida Internazionali sull'argomento e questo ci ha consentito di stilare una Flow Chart, che ha ricevuto il contributo dei colleghi del Pronto Soccorso, spesso i primi ad essere coinvolti nella gestione del bambino con anafilassi, della Pneumologia ed Allergologia e dei colleghi della Rianimazione, per quanto riguarda la gestione del paziente non responsivo al trattamento o in shock anafilattico.

### Corrispondenza

**Maria Angela Tosca**  
Centro Malattie Allergiche, IRCCS  
Ist. G. Gaslini  
via Gerolamo Gaslini, 5  
16147 Genova  
E-mail: [MariangelaTosca@gaslini.org](mailto:MariangelaTosca@gaslini.org)

## Discussione

Il nostro lavoro ha incontrato alcune difficoltà nella rivalutazione dell'approccio terapeutico comunemente adottato nella gestione dell'anafilassi, spesso trattata in prima istanza con terapia antistaminica e steroidea sistemica.

Su questa problematica, abbiamo operato per implementare l'applicazione delle Linee Guida, che vedono nella somministrazione di adrenalina per via i.m. il gold standard del trattamento.

Abbiamo inoltre ritenuto prioritario elaborare uno schema semplice, corretto e di facile lettura, che consentisse al personale medico e infermieristico (trriage) all'interno dell'Istituto, il riconoscimento precoce del paziente con anafilassi o di quello con sintomatologia più sfumata, ma a rischio di evoluzione peggiorativa verso l'anafilassi.

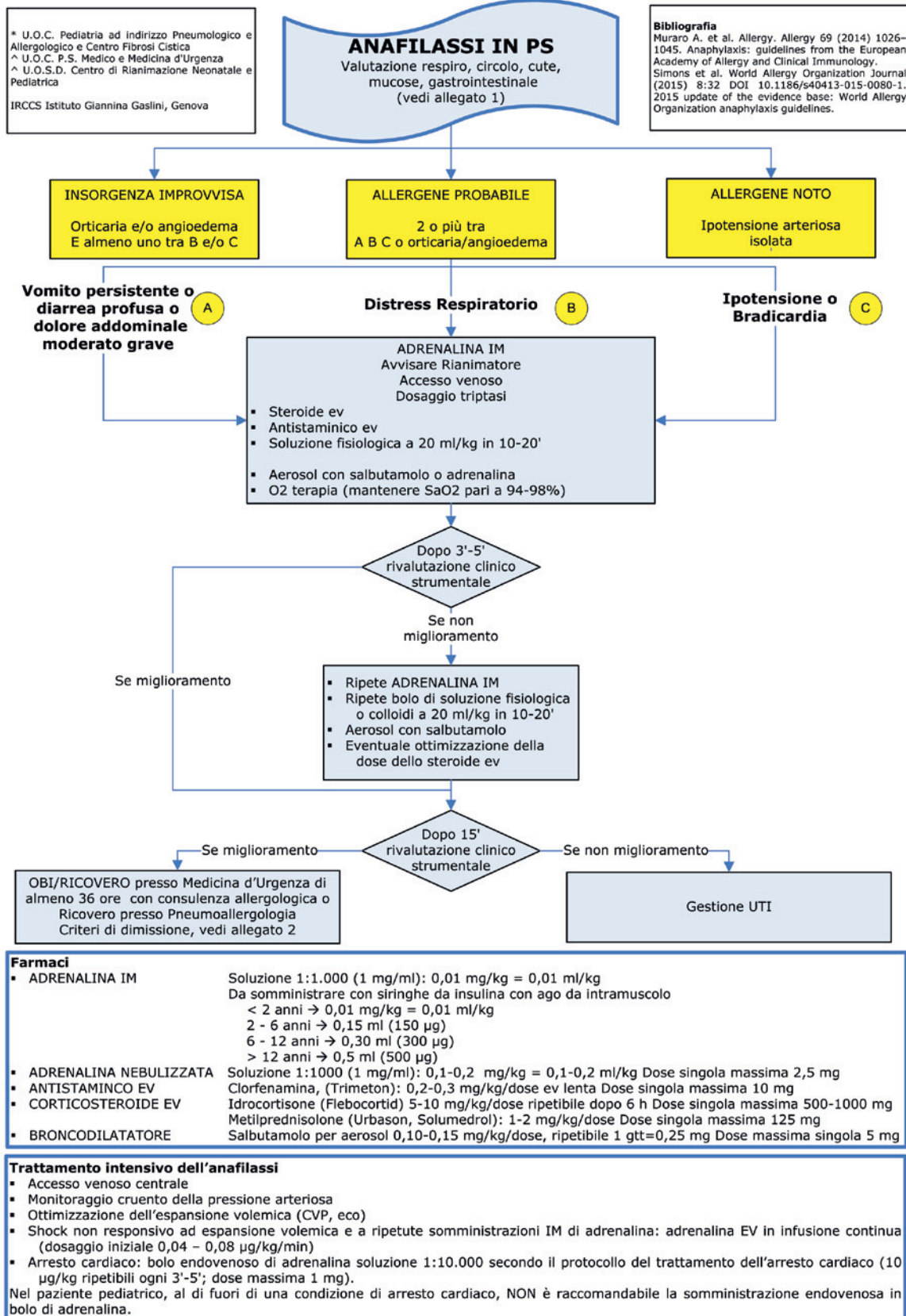
Questo perché, oltre al P.S. e al Reparto di Pneumo-Allergologia, sono molteplici i reparti dove si può sviluppare un quadro di anafilassi, non dimenticando il rischio elevato nelle sale operatorie o durante manovre diagnostiche in sedazione o con mezzi di contrasto.

Il nostro lavoro è stato poi ulteriormente elaborato e approvato nell'ambito del Comitato del Dipartimento di Emergenza, in cui confluiscono i rappresentanti di tutte le U.O. dell'Istituto. È stato inoltre argomento di riunioni all'interno del percorso Joint Commission, del Centro di Controllo Direzionale e Qualità delle prestazioni, con la successiva presentazione della Flow

Chart in alcuni corsi, in cui sono stati coinvolti anche i colleghi della U.O. 118 di Genova e la successiva sua pubblicazione in "intranet", accessibile da parte di tutti gli operatori dell'Istituto.

## Bibliografia di riferimento

- Deakin CD, Morrison LJ, et al. Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 8: Advanced life support: 2010. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010;81:e93-e174.
- De Caen AR, Kleinman ME, Chameides L, et al. Paediatric Basic and Advanced Life Support Chapter Collaborators. Part 10: Paediatric basic and advanced life support: 2010. International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. *Resuscitation* 2010;81:e213-e259.
- Dhami S, Panesar SS, Roberts G, et al. Management of anaphylaxis: a systematic review. *Allergy* 2014;69:168-75.
- Muraro A, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, et al. EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy. *Allergy* 2014;69:1008-25.
- Muraro A, Roberts G, Worm M, et al. Anaphylaxis: guidelines from the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy* 2014;69:1026-45.
- Simons FE, Sampson HA, et al. Anaphylaxis: Unique aspects of clinical diagnosis and management in infants (birth to age 2 years). *J Allergy Clin Immunol* 2015;135:1125-31.



## ALLEGATO 1

Anafilassi è altamente probabile quando 1 dei seguenti 3 criteri è soddisfatto:

- A. Insorgenza** acuta del disturbo (minuti o poche ore) con coinvolgimento della **cute**, delle **muose** o di entrambe (ad esempio orticaria generalizzata, prurito, rash, edema della lingua, labbra, ugola) **E almeno 1 dei seguenti**:
- *compromissione respiratoria (ad esempio dispnea, broncospasmo, stridore, ipossia);*
  - *compromissione cardiovascolare (ipotensione, collasso, ipotonia).*
- B. 2 o più dei seguenti** criteri che avvengano dopo (minuti, poche ore) la **esposizione a un probabile allergene** per il paziente:
- *coinvolgimento cutaneo o mucoso (orticaria generalizzata, prurito, rash, edema);*
  - *compromissione respiratoria (ad esempio dispnea, broncospasmo, stridore, ipossia);*
  - *compromissione cardiovascolare (ipotensione, collasso);*
  - *sintomatologia gastrointestinale persistente (dolore addominale colico, vomito).*
- C. Ipotensione** insorta dopo (minuti, poche ore) la esposizione a un **allergene noto** per il paziente:
- da un mese a 1 anno → <70 mmHg;
  - da 1 anno a 10 anni → < 70 + [2 x età] mmHg;
  - da 11 a 17 anni → < 90 mmHg.

## ALLEGATO 2

- **Pazienti dimissibili se:**  
stabilità clinica da almeno 24 ore;  
esami allergologici e visita allergologica effettuata;  
prescrizione di adrenalina auto-iniетtabile e istruzioni scritte per il suo utilizzo;  
avvenuta ricezione del programma terapeutico-educativo.
- **Terapia domiciliare consigliata** (da valutare in base alle condizioni cliniche):  
cetirizina orale per 10 giorni;  
steroidi orali per 3 giorni in mono somministrazione al mattino;  
in caso di coinvolgimento respiratorio aerosolterapia domiciliare con salbutamolo e budesonide per 7-10 giorni.

**Richiesta di visita ambulatoriale allergologica con urgenza di tipo "B" (entro 10 giorni) per:**

Valutazione esami effettuati durante il ricovero con riscontro o eventuale conferma di una sensibilizzazione all'allergene.  
Indicazioni terapeutiche specifiche.  
Ottimizzazione della gestione dell'asma e di eventuali patologie concomitanti.