

## quiz orticaria e farmaci

---

### 1) Qual è la differenza tra ipersensibilità e allergia?

- a) L'ipersensibilità può essere allergica (IgE dipendente e non IgE dipendente) e non allergica.
- b) Non c'è differenza per le reazioni a farmaci.
- c) L'ipersensibilità è un tipo di allergia NON IgE dipendente.
- d) L'ipersensibilità implica sempre un meccanismo immunologico dimostrato.

### 2) In un bambino con sospetta reazione avversa immediata a paracetamolo, quali test sono utili?

- a) È utile eseguire solo i prick test con il farmaco in causa.
- b) È utile eseguire solo i patch test.
- c) Si eseguono i prick test e l'intradermoreazione.
- d) Il test cutaneo ha un valore diagnostico non ben definito, il test di provocazione è il *gold standard* diagnostico.

### 3) In un bambino con sospetta reazione avversa immediata ad amoxicillina, quali test cutanei sono utili?

- a) È utile eseguire solo i prick test con il farmaco in causa.
- b) È utile eseguire solo i patch test.
- c) Si eseguono i prick test e l'intradermoreazione.
- d) Non viene utilizzato nessun test cutaneo.

### 4) In quale di queste possibili reazioni cutanee da farmaci non è mai indicato il test di provocazione?

- a) Esantema maculo-papulare.
- b) Eritema fisso da farmaci.
- c) Necroepidermolisi tossica.
- d) Eczema da contatto.

### 5) Qual è il trattamento farmacologico sintomatico di prima scelta nell'orticaria?

- a) Antistaminico anti H1 di prima generazione.
- b) Antistaminico anti H1 di seconda generazione.
- c) Cortisonico sistemico.
- d) Cortisonico locale.

**6) In un bambino con orticaria cronica è opportuno eseguire la ricerca dei parassiti con test appropriati?**

- a) Sì sempre.
- b) Soltanto se il paziente presenta sintomi specifici.
- c) Soltanto se il paziente proviene da aree geografiche ad alta endemia o presenta eosinofilia.
- d) Sono vere sia la risposta b che la risposta c.

**7) In un bambino con sospetta orticaria acuta non ben controllata con dose ordinaria di antiistaminico di II generazione per via generale:**

- a) Associo terapia con steroidi per via generale.
- b) Raddoppio la dose di antiistaminico.
- c) Escludo tutti gli alimenti istamino-liberatori.
- d) Associo montelukast.

**8) In quale forma di orticaria fisica il singolo pomfo dura più di 24 ore?**

- a) Colinergica.
- b) Da caldo.
- c) Da pressione.
- d) Da freddo.

## COMMISSIONE ORTICARIA E FARMACI (coordinatore Carlo Caffarelli)

### 1) Qual è la differenza tra ipersensibilità e allergia?

**a) L'ipersensibilità può essere allergica (IgE dipendente e non IgE dipendente) e non allergica.**

*Il concetto di ipersensibilità è stato introdotto da Johansson nel 2001. Egli ha ridefinito la nomenclatura. Le reazioni cliniche di ipersensibilità possono essere allergiche o non allergiche. Le prime si definiscono tali quando sono causate da un meccanismo immunitario che può essere IgE o linfocita T dipendente, con attivazione del sistema immunitario nei confronti dei farmaci o dei suoi metaboliti. Tutte le altre reazioni di ipersensibilità che non riconoscono un meccanismo immunitario sono non allergiche, quelle che venivano definite in passato come "intolleranze", termine attualmente obsoleto. Per quanto riguarda le ipersensibilità ai farmaci, un recente lavoro (Allergy 2016;71:1103-34) riporta che tra le ipersensibilità le forme allergiche costituiscono il 5-10% del totale.*

### 2) In un bambino con sospetta reazione avversa immediata a paracetamolo, quali test sono utili?

**d) Il test cutaneo ha un valore diagnostico non ben definito, il test di provocazione è il gold standard diagnostico.**

*I test cutanei a lettura immediata per i FANS (prick, intradermoreazione) non sono standardizzati e possiedono una sensibilità bassa e variabile da un farmaco a un altro. Anche i test cutanei a lettura ritardata (intradermoreazione e patch test) nonostante possiedano un valore diagnostico migliore, non sono validati. Le IgE specifiche sieriche per FANS sono state identificate solo in rari casi, per cui non è possibile determinare la sensibilità e la specificità del loro dosaggio ematico peraltro disponibile solo in laboratori specializzati. L'utilità diagnostica di altri tests (CAST: cellular antigen stimulation test, BAT: test di attivazione dei basofili) è scarso. L'utilità diagnostica dei test in vitro che esplorano le reazioni di ipersensibilità ritardata, quali i test di proliferazione/trasformazione linfocitaria per i FANS non è scientificamente validata. L'unico test definitivo nella pratica clinica è quindi il test di provocazione.*

Caimmi S, Bottau P, Peroni DG, et al. Il bambino con ipersensibilità multipla agli antinfiammatori non steroidei. Riv Allergol Immunol Ped 2014;2:31-8.

### 3) In un bambino con sospetta reazione avversa immediata ad amoxicillina, quali test cutanei sono utili?

**c) Si eseguono i prick test e l'intradermoreazione.**

*Nella diagnostica allergologica delle reazioni immediate ad antibiotici, dopo aver raccolto un'accurata anamnesi, le linee guida ENDA/EAACI prevedono l'esecuzione del prick test con il farmaco in causa e con i determinanti maggiori (PPL) e minori della penicillina (MDM), che vengono eseguiti secondo un concentrazione standard non irritante. Se il prick test è positivo il paziente viene definito allergico, se negativo si procede all'esecuzione dell'intradermoreazione con concentrazione non irritante. In caso di pregresse reazioni severe l'intradermoreazione viene eseguita a concentrazioni più diluite (1:100-1:10). Se anche l'intradermoreazione è negativa si procederà con la somministrazione del farmaco in ambiente protetto.*

Brockow K, Garvey LH, Aberer W, et al. on behalf of the ENDA/EAACI Drug Allergy Interest Group. Skin test concentrations for systemically administered drugs – an ENDA/EAACI Drug Allergy Interest Group position paper. Allergy 2013;68:702-12.

#### 4) In quale di queste possibili reazioni cutanee da farmaci non è mai indicato il test di provocazione?

##### c) Necroepidermolisi tossica.

*Nelle reazioni da ipersensibilità a farmaci spesso il test di provocazione viene considerato il gold standard diagnostico perché non sempre i test cutanei o ematici sono affidabili o perché addirittura non eseguibili in maniera standardizzata. Tuttavia, poiché il test di provocazione può riprodurre le manifestazioni osservate, non è mai indicato in presenza di possibili reazioni cutanee severe (SCAR severe cutaneous allergic reactions) come la necroepidermolisi tossica, la sindrome di Steven-Johnson, la DRESS (drug induced hypersensitivity reactions with eosinophilia).*

Aberer W, Bircher A, Romano A, et al. Drug provocation testing in the diagnosis of drug hypersensitivity reactions: general considerations. *Allergy* 2003;58:854-63.

#### 5) Qual è il trattamento farmacologico sintomatico di prima scelta nell'orticaria?

##### b) Antistaminico anti H1 di seconda generazione.

*Nell'orticaria gli anti H1 di seconda generazione sono preferiti a quelli di prima generazione in quanto alle dosi standard non superano la barriera emato-encefalica, il che li rende meno sedativi e, nella maggior parte delle molecole, privi di altri effetti avversi. Gli steroidi sistemici possono essere associati nelle forme più gravi, specie se accompagnate da angioedema. Vanno sospesi appena possibile e comunque utilizzati per pochi giorni. Il cortisonico topico non trova spazio, anche per la fugacità dei pomfi.*

Caffarelli C, Cardinale F, Paravati F, et al. Orticaria cronica in età pediatrica/Chronic urticaria in children. *Area Pediatrica* 2010;6:1-26.

#### 6) In un bambino con orticaria cronica è opportuno eseguire la ricerca dei parassiti con test appropriati?

##### d) Sono vere sia la risposta b che la risposta c.

*Il rapporto tra orticaria cronica e parassitosi è molto discusso e in generale le evidenze di un rapporto di causalità tra infezioni/infestazioni e sintomi in questa patologia sono deboli. Esistono comunque delle segnalazioni in letteratura di casi di orticaria cronica andati incontro a remissione dopo terapia eradicante. In un recente studio osservazionale svolto in Turchia (Ylmaz, *Int Arch Allergy Immunol* 2016;171:130-5), su 2010 bambini con orticaria cronica spontanea il 10% presentava una infestazione da parassiti (più frequentemente il *Blastocystis hominis*) e di questi solo il 50% vedeva regredire la malattia dopo terapia antiparassitaria. In questo lavoro comunque mancava un gruppo di controllo. Una recente revisione sistematica della letteratura ha concluso che le parassitosi rappresentano una causa infrequente di orticaria cronica e che il ruolo eziologico di queste può essere stabilito solo nei casi che vanno incontro a remissione dei sintomi dopo terapia eradicante. Nello stesso lavoro possibili indicatori di una eziologia parassitaria venivano identificati in una storia di viaggi all'estero o di precedenti parassitosi, nella presenza di eosinofilia periferica o nella concomitanza di sintomi gastroenterici (Kolkhir, *Allergy* 2016;71:308-22).*

**7) In un bambino con sospetta orticaria acuta non ben controllata con dose ordinaria di antiistaminico di II generazione per via generale:**

**b) Raddoppio la dose di antiistaminico.**

*Gli antistaminici di seconda generazione (cetirizina, levocetirizina, loratadina, desloratadina e fexofenadina) sono i farmaci di prima scelta nel trattamento dell'orticaria acuta. I livelli terapeutici, per risultare efficaci, a volte richiedono di essere più elevati rispetto a quelli raccomandati e, in assenza di risultati, possono essere aumentati fino a 3 o 4 volte. I corticosteroidi per via sistemica vanno utilizzati, per breve tempo, solo nelle forme gravi e/o in quelle con associato angioedema. Gli antileucotrieni sono previsti come farmaci da aggiungere all'antistaminico quando l'orticaria è scarsamente controllata, tuttavia l'effetto che ci si può attendere è usualmente modesto. Non c'è evidenza che una dieta priva di alimenti contenenti istamina o istamino-liberatoria abbia efficacia nel limitare l'espressione clinica dell'orticaria e tantomeno la sua durata.*

**8) In quale forma di orticaria fisica il singolo pomfo dura più di 24 ore?**

**c) Da pressione.**

*Nell'orticaria ritardata da pressione i pomfi insorgono nella zona cutanea esposta allo stimolo con un ritardo di almeno 30'. La ritardata comparsa può verificarsi anche fino a 12 ore, ma solitamente ha luogo entro le 6 ore. La reazione cutanea si associa a bruciore piuttosto che a prurito. Va distinta dal dermatografismo, in cui però la comparsa dei pomfi avviene immediatamente dopo lo stimolo. L'orticaria da pressione raramente è isolata, il più delle volte il soggetto soffre anche di orticaria cronica. Nell'orticaria da pressione, i pomfi di solito non si risolvono entro 24 ore, cosa che accade nelle altre forme di orticaria cronica, ad eccezione di quella vasculitica.*

Magerl M, Altrichter S, Borzova E, et al. The definition, diagnostic testing, and management of chronic inducible urticarias – The EAACI/GA2LEN/EDF/UNEV consensus recommendations 2016 update and revision. *Allergy* 2016;71:780-802.