RIAP

Rivista di Immunologia
e Allergologia Pediatrica
due 2018 ▪ 49-51

letto e commentato

da: Manuela Seminara
Clinica Pediatrica, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia, Università degli Studi di Pavia
E-mail: manuela.seminara17@gmail.com

How to manage anaphylaxis in primary care

A. Alvarez-Perea, L.K. Tanno, M.L.Baeza

Clin Transl Allergy. 2017;7:45. doi: 10.1186/s13601-017-0182-7

La *Review* in esame [1] analizza in modo dettagliato le conoscenze più aggiornate riguardo all'anafilassi, evidenziando i meccanismi fisiopatologici, le modalità di presentazione clinica, i criteri diagnostici, il trattamento e la gestione del paziente con anafilassi. In particolare mette in evidenza le criticità incontrate sul territorio dai medici dell'assistenza primaria nel management di tale patologia.

Definizione ed epidemiologia

L'anafilassi è una reazione da ipersensibilità grave, a carattere sistemico o generalizzato, minacciosa per la vita e potenzialmente fatale. Essa è caratterizzata da un esordio rapido, solitamente entro 2 ore dall'esposizione all'allergene scatenante, e dal coinvolgimento dell'apparato respiratorio e circolatorio. Tuttavia, può presentarsi con svariate manifestazioni cliniche, talvolta anche apparentemente lievi, che devono essere prontamente riconosciute e trattate perché potrebbero progredire imprevedibilmente in shock. La difficoltà nel riconoscimento dell'anafilassi è in parte dovuta alla variabilità dei criteri diagnostici che può determinare un ritardo nel trattamento e quindi un aumentato rischio di morte. Inoltre, ciò ostacola la raccolta di dati epidemiologici accurati. L'incidenza in Europa è stimata intorno a 1,5-7,9/100.000 persone/anno [2]. I dati relativi alla mortalità sono scarsi e gravati da importante variabilità (0,04-2,7casi/milione/anno).

Fisiopatologia

Dal punto di vista fisiopatologico l'anafilassi è nella maggior parte dei casi mediata da un meccanismo immunologico IgE-dipendente scatenato da alimenti, punture di insetti velenosi, farmaci. Talvolta può essere implicato un meccanismo non IgE-mediato con attivazione diretta di mastociti e basofili [3].

Presentazione clinica e gestione in acuto

Il quadro clinico si caratterizza dal rapido coinvolgimento solitamente di almeno due apparati tra: cute/mucose (orticaria, prurito, angioedema), respiratorio (distress respiratorio, disfonia, stridore), cardiovascolare (ipotensione, tachicardia, ipotonia, sincope) e gastroenterico (nausea, vomito, diarrea, dolore addominale). Solitamente il coinvolgimento cutaneo è presente nella maggior parte dei casi, seguito per frequenza dai sintomi cardiovascolari e respiratori. La diagnosi diviene più difficile quando mancano i sintomi cutanei (come nel caso di shock ipotensivo dopo contatto con l'allergene, noto o sospetto, in assenza di altri sintomi associati). Per contro, per un operatore poco esperto, la diagnosi può non essere immediata di fronte a sintomi anche di lieve entità e che si possono presentare in combinazione non costante. Inoltre, il bambino non sempre è in grado di riferire appropriatamente i sintomi, ma manifesta irritabilità, pianto, agitazione o sonnolenza.
Nel dipartimento di Emergenza, è possibile ricorrere ad un supporto diagnostico di laboratorio mediante dosaggio di alcuni mediatori, tra cui la triptasi ha il miglior valore predittivo positivo (picco 60-90 minuti dall'inizio della reazione, da dosare entro 1-2 ore e 24 ore dopo l'anafilassi).
Una volta riconosciuta, la gestione dell'anafilassi deve iniziare con l'allontanamento della causa nota o sospetta come fattore scatenante. È fondamentale valutare il circolo, lo stato delle vie aeree ed il respiro, lo stato di coscienza, la cute. I parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione) devono essere monitorati in continuo, anche dopo la stabilizzazione del paziente. Se è necessario, e possibile, si deve somministrare ossigeno mediante maschera e soluzioni cristalloidi, dopo aver reperito un accesso venoso.

L'Autore dichiara di non avere alcun conflitto di interesse rispetto agli argomenti trattati nell'articolo.

Qualche ora dopo l'iniziale risoluzione dei sintomi, questi possono ricomparire, senza ulteriore esposizione al trigger, configurando il quadro, poco comune, di anafilassi bifasica. Per tale motivo, se possibile, il paziente dovrebbe essere sempre mantenuto in osservazione per almeno quattro ore, dopo la risoluzione dell'episodio.

Trattamento farmacologico: l'adrenalina è il farmaco di prima scelta

L'adrenalina è il trattamento di scelta per l'anafilassi, senza nessuna controindicazione assoluta [1]. L'adrenalina ha effetto vasocostrittore, inotropo e cronotropo positivo, contrasta l'edema della mucosa respiratoria e l'ipotensione; inoltre stabilizza la membrana di basofili e mastocellule. Va somministrata per via intramuscolare, a livello del vasto laterale alla dose di 0,01 mg/kg, alla diluizione 1:1000 (dose massima 0,5 mg in età pediatrica, 0,5 mg in adolescenti e adulti). Se inefficace, può essere ripetuta una seconda dose dopo 5-15 minuti.
L'eventuale somministrazione di corticosteroidi e di antistaminici anti-H1 rappresenta un trattamento di seconda scelta e non dovrebbe mai ritardare la somministrazione di adrenalina. Infatti non esiste evidenza che tali farmaci agiscano sull'anafilassi. I corticosteroidi sono inoltre tradizionalmente utilizzati per prevenire l'anafilassi bifasica o protratta, pur rimanendo sempre farmaci di seconda linea. I β2-agonisti come il salbutamolo possono migliorare l'effetto dell'adrenalina in caso di broncospasmo importante.

Inquadramento diagnostico e gestione domiciliare

La gestione del paziente con anafilassi non si esaurisce con la risoluzione dell'episodio acuto, ma dovrebbe prevedere la presa in carico dal punto di vista allergologico, con valutazioni che confermino l'allergia al sospetto trigger [1]. Infatti, i fattori scatenanti sospettati durante l'episodio acuto spesso non rappresentano la reale causa di anafilassi. La valutazione del paziente dovrebbe comprendere anche una completa anamnesi con particolare attenzione alle comorbidità (per esempio asma, mastocitosi) o cofattori (esercizio fisico, assunzione di FANS) che potrebbero aumentare il rischio di reazioni severe.
I test diagnostici dovrebbero essere eseguiti almeno 4 settimane dopo l'episodio acuto di anafilassi per permettere alle mastocellule di ripristinare la loro attività [4]. La diagnosi eziologica può essere supportata da indagini sierologiche (dosaggio IgE specifiche), da test cellulari (che misurano i mediatori rilasciati) o dal Test di Attivazione dei Basofili (utili nella diagnosi di allergia a farmaci: βlattamici o FANS per cui non è disponibile il dosaggio delle IgE specifiche). I test *in vivo* usati comunemente sono i test cutanei e il test di provocazione orale, che devono essere eseguiti secondo protocolli stabiliti e da personale esperto.
Una volta confermata la diagnosi eziologica il paziente deve evitare scrupolosamente il contatto con l'allergene che ha scatenato l'anafilassi e deve essere istruito sul riconoscimento e sulla gestione di un eventuale nuovo episodio, specialmente se vive o si reca in zone con difficile accesso ai servizi sanitari. Il presidio terapeutico raccomandato sul territorio è l'adrenalina autoiniettabile (150 mcg per i pazienti tra 7,5 e 25 kg e 300 mcg per pazienti di peso superiore a 25 kg), che tutti i pazienti a rischio e con indicazione alla prescrizione devono ricevere, previo addestramento all'utilizzo. Deve essere istruito anche il personale, scolastico e non, che si prende cura di bambini con pregressa anafilassi.

Commento

L'anafilassi non può essere considerata un'evenienza rara. Pertanto, qualunque medico dovrebbe saperla prontamente riconoscere e trattare.
Sebbene i medici dell'assistenza sanitaria primaria abbiano sul territorio un ruolo fondamentale nella prevenzione e nel trattamento dell'anafilassi, pochi studi hanno analizzato la gestione di tale patologia a questo livello. Questi, per la maggior parte, mettono in luce che medici di medicina generale, personale sanitario e anche pediatri incontrano difficoltà nel riconoscimento della diagnosi, nel trattamento con adrenalina (modalità e dose di somministrazione) e nella successiva prescrizione di adrenalina autoiniettabile [5]. Pertanto è necessaria una maggiore consapevolezza tra gli operatori sanitari che dovrebbero ricevere adeguata formazione per la diagnosi e il trattamento.
Secondo quanto emerge dalle ultime linee guida sull'Anafilassi della Società Australiana di Immunologia ed Allergologia Clinica, sarebbe utile dotare ciascun paziente di un *action plan* tascabile in cui vengano esplicitati i provvedimenti da attuare in caso di reazione anafilattica [6].
Altro spunto di riflessione, in particolare per un pediatra, che emerge dalla *Review* in esame, è che gli adolescenti sono a maggior rischio di reazioni anafilattiche per il loro atteggiamento incline alla trasgressione di regole e restrizioni e per il ritardo nella richiesta di aiuto. Potrebbe quindi essere utile per migliorare la compliance e l'outcome fornire materiale educazionale ai pazienti e ai genitori anche attraverso l'utilizzo di Internet, di social media e di applicazioni mobili, come è stato dimostrato in qualche recente studio [7].

Bibliografia

1 Alvarez-Perea A, Tanno LK, Baeza ML. How to manage anaphylaxis in primary care. Clin Transl Allergy 2017;7:45.

2 Panesar SS, Javad S, De Silva D, et al. The epidemiology of anaphylaxis in Europe: a systematic review. Allergy 2013;68:1353-61.

3 Simons FER, Ardusso LR, Bilò M, et al. International consensus on (ICON) anaphylaxis. World Allergy Organ J2014;7:9.

4 Mayorga C, Celik G, Rouzaire P, et al. In vitro tests for drug hypersensitivity reactions: an ENDA/EAACI Drug Allergy Interest Group position paper. Allergy 2016;71:1103-34.

5 Kastner M, Harada L, Waserman S. Gaps in anaphylaxis management at the level of physicians, patients, and the community: a systematic review of the literature. Allergy 2010;65:435-44.

6 ASCIA Guidelines 2017. Acute management of annaphylaxis.

7 Gallagher M, Worth A, Cunningham-Burley S, et al. Strategies for living with the risk of anaphylaxis in adolescence: qualitative study of young people and their parents. Prim Care Respir J 2012;21:392-7.