

CONGRESSO DI ALLERGOLOGIA A COPENHAGEN

Al recente congresso europeo dell'EAACI, in Copenhagen si sono tenute molte interessantissime sessioni scientifiche.

In quest'articolo vi relazioniamo su una di queste.

Aspetti clinici dell'immunoterapia al veleno d'imenotteri.



Questa sessione era focalizzata su tre diversi aspetti della gestione dei pazienti allergici al veleno d'imenotteri: la prima sull'autogestione da parte dei pazienti (Bilò, Italia), la seconda sulla gestione delle reazioni indesiderate che insorgono in corso di trattamento desensibilizzante (Rueff, Germania), infine, una terza sul tema di quale sia il miglior schema di trattamento da seguire in questa patologia (Cichocka, Polonia).

Per quanto riguarda le **raccomandazioni per l'autogestione**, da fornire ai pazienti che hanno presentato una reazione allergica al veleno d'imenotteri, si raccomanda loro di dotarsi di un kit di emergenza composto da una siringa di adrenalina auto-iniетtabile, di compresse antiH1 e corticosteroidi ad azione rapida e di uno spray beta2-agonista per l'asma. Di queste tre raccomandazioni, l'unica che è considerata una raccomandazione di livello A è quella che riguarda l'adrenalina.

In un recente sondaggio, su 64 decessi per vespa pungiglione solo il 14% dei pazienti aveva utilizzato questo presidio immediatamente prima del decesso.

Le modalità di prescrizione saranno ridefinite nelle prossime nuove raccomandazioni di EAACI 2014, che sono attualmente in corso di stampa.

A chi va prescritta l'adrenalina?

- 1) ai pazienti precedentemente non trattati
- 2) ai pazienti in trattamento fino a quando non è stata raggiunta la dose di mantenimento.
- 3) esiste una controversia sulla prescrizione d'adrenalina in fase di mantenimento; dipende da diversi fattori predittivi d'efficacia clinica, compreso il conseguente rischio di reazione sistemica e la storia naturale d'allergia (vedi: un recente articolo di Rueff sulla rivista Clin Exp Allergy 2014).
- 4) in caso di mastocitosi.
- 5) nei pazienti che presentano una reazione sistemica, anche se sono risultati negativi ai tests.

Alcuni pazienti devono avere sempre in dotazione due penne:

- * coloro che presentano mastocitosi e un alto livello di triptasi basale;
- * coloro che hanno avuto una reazione quasi fatale;
- * coloro che non hanno facile l'accesso alle cure mediche;
- * gli obesi.

E' fondamentale, in tutti i casi, un'adeguata educazione sanitaria:

- a) per i medici: medici di base, pediatri, medici di emergenza (entrambi i segni clinici che la prescrizione di adrenalina e il ricorso sistematico alla prove allergiche);
- b) per i pazienti (quando e come iniettare, quali sono i passi fondamentali da attuare: in posizione supina, gambe elevata, ecc.).

Le reazioni indesiderate che avvengono durante la desensibilizzazione sono, secondo la Letteratura, nell'ordine tra 10 e il 35% dei casi.

I fattori di rischio, per queste reazioni, sono i seguenti:

- 1) Trattamenti con veleno d'api.
- 2) Mastocitosi.
- 3) Infezioni concomitanti.
- 4) Stress psico-vegetativo (attacco di panico).
- 4) Concomitante terapia con ACE-inibitori (dubbio).

In caso di reazione lieve o moderata si può ridurre la dose o considerare di rallentare la progressione d'iniezioni, distanziandole; in caso di reazione grave, riconsiderare il trattamento o iniziare adattando il protocollo.

Sono state elencate le diverse opzioni che abbiamo a disposizione:

- 1) curare qualsiasi altra patologia associata, preliminarmente.
- 2) sospendere l'immunoterapia;
- 3) cambiare il prodotto utilizzato (meno reazioni con prodotti non acquosi);
- 4) modificare la velocità di progressione; i protocolli convenzionali sembrano presentare meno reazioni rispetto gli schemi ultra-rush, ma non c'è consenso;
- 5) alcuni autori (Bousquet e altri) hanno proposto di aumentare le dosi di mantenimento (200 o 300 microgrammi per iniezione), altri, invece, hanno proposto di ridurle;
- 6) attuare un trattamento preventivo: gli antiH1 sono utili solo nelle reazioni lievi, gli antileucotrienici e i corticosteroidi sono inefficaci nel caso delle reazioni più gravi; rimane anti-IgE (omalizumab), per il quale molti autori ritengono che il loro uso preventivo sia utile per prima controllare le reazioni gravi. I protocolli di prevenzione delle reazioni che insorgono in corso d'immunoterapia sono molto vari e non c'è consenso unanime su tutti. Difatti, non vi sono evidenze assolute in questi casi e bisogna sempre considerare il costo aggiuntivo del trattamento complessivo.

Infine, per quanto riguarda il **miglior schema terapeutico** d'immunoterapia specifica, il relatore ha passato in rassegna i vari protocolli utilizzati (convenzionale, cluster, rush, ultra-rush) analizzandoli in termini di sicurezza, efficacia, costi, senza portare dati nuovi rispetto a quanto già presente in Letteratura.