

UN TRATTAMENTO CHE NON PUÒ ASPETTARE:
L'ANAFILASSI SISTEMICA NEL BAMBINO
UN EVENTO CHE RICHIEDE URGENZA E APPROPRIATEZZA

Giovanni Cavagni

(Unità Operativa Complessa di Allergologia - Dipartimento di Medicina Pediatrica – Ospedale Bambino Gesù – Roma)

L'anafilassi sistemica è una sindrome clinica, manifestazione potenzialmente grave di malattia allergica; è caratterizzata da una sequenza di eventi, per lo più conseguenti alla liberazione di mediatori sotto il controllo delle IgE, che evolvono improvvisamente e possono mettere in pericolo la vita del bambino. In alcuni casi i meccanismi non sono ancora ben definiti e si parla di reazioni anafilattoidi o anafilassi idiopatica.

I sintomi compaiono immediatamente dopo l'esposizione all'allergene a cui il paziente è sensibilizzato, a volte con un quadro inizialmente modesto che giunge al culmine, comunque, entro 2 ore. Spesso i primi sintomi sono: sensazione di formicolio, prurito e senso di calore al cuoio capelluto, ai palmi e alle piante dei piedi. A questi possono seguire rapidamente rossore al volto, diffuso o a chiazze, orticaria, angioedema, starnuti, rinorrea, raucedine, stridore inspiratorio, sintomi di broncospasmo, crampi addominali, vomito, diarrea, perdita di coscienza, ipotensione, shock. se non si interviene prontamente e in modo appropriato, può sopraggiungere l'evento mortale che è più spesso dovuto all'ostruzione acuta delle vie respiratorie, ma può conseguire anche all'insufficienza cardio-respiratoria.

Numerose sostanze possono causare anafilassi: *alimenti* (latte, uovo, pesce, crostacei, arachidi, noci, kiwi.....). A volte la reintroduzione volontaria o casuale di un alimento dopo o in corso di dieta di esclusione può determinare lo scatenamento di reazione anafilattica; *farmaci, mezzi diagnostici e additivi alimentari* (più spesso in causa una reazione pseudo-allergica o anafilattoide); *veleni* di imenotteri o di serpenti; *estratti allergenici*. Un aspetto particolare riguarda *l'anafilassi indotta dallo sforzo fisico*: la sintomatologia compare entro 30-60 minuti dall'inizio dell'esercizio e, in oltre la metà dei casi, l'assunzione di alimenti è indispensabile per lo scatenamento del quadro. Secondo studi recenti, nel bambino il rapporto con il cibo sarebbe nella maggior parte dei casi dovuto ad una reazione IgE-mediata.

La drammaticità e la rapida progressione dei sintomi deve richiamare l'attenzione del pediatra non tanto al riconoscimento dell'evento scatenante ma soprattutto all'intervento immediato; la valutazione della natura della reazione, della diagnosi retrospettiva e del trattamento a lungo termine può essere rimandata a dopo la risoluzione dell'episodio acuto.

L'anafilassi acuta è troppo spesso sottovalutata e non trattata in modo appropriato; ciò dipende prevalentemente dalla rarità dell'evento per il pediatra di famiglia e dalla confusione derivante dai messaggi contrastanti sulle indicazioni, sul ruolo, sulla via e sulla dose di adrenalina da somministrare.

L'adrenalina, come farmaco salvavita deve avere un ruolo centrale nel trattamento acuto dell'anafilassi.

Nelle linee guida a riguardo dell'adrenalina si sottolinea che:

- quando è indicata, può essere somministrato a tutti i bambini a qualsiasi età;
- la via di somministrazione consigliata è quella intramuscolo (diluita 1/1000)

Nei casi a rischio (gravi allergie alimentari o punture di insetto) i genitori devono essere accuratamente istruiti per l'uso di *adrenalina con apposito autoiniettore* da praticare al primo segno di reazione allergica, senza aspettare sintomi gravi (parte esterna della coscia, anche attraverso i vestiti, tenere ferma la siringa per 10 secondi dopo la fuoriuscita dell'ago: Fastject Junior 0,16 mg per bambini fino a 20 kg, Fastjekt 0,33 mg; validità 18 mesi a temperatura ambiente). Questo pratico strumento non è spesso conosciuto dai genitori o non sufficientemente istruiti nel suo uso appropriato da parte dei pediatri.

Superata l'emergenza che nella quasi totalità dei casi, grazie all'adrenalina, l'uso degli *antistaminici anti-H1* (Clorfeniramina 0,2-0,35 mg/kg e.v. diluita in 10 ml di fisiologica) risulterà vantaggioso; i *corticosteroidi* a questo punto saranno preziosi per contrastare l'infiammazione che si sarà andata strutturando e per il trattamento a lungo termine degli effetti dovuti all'agente scatenante (idrocortisone 15 –20mg e.v. o Metilprednisolone 1-2 mg/kg e.v. inizialmente e prednisone 2-5mg os nelle ore successive); *broncodilatatori* per via aerosolica consentono di ridurre lo spasmo della muscolatura bronchiale.

Infine le linee guida raccomandano la prevenzione: evitando l'esposizione alla fonte allergica riconosciuta in causa; cercando di usare strumenti di riconoscimento dei bambini a rischio di shock, utilizzando braccialetti o placche che riportano la sostanza pericolosa e come intervenire.

Il 1° messaggio importante è quello di sensibilizzare la famiglia a far sì che l'autoiniettore di adrenalina accompagni il bambino in ogni luogo da lui frequentato specie in strutture abituali come la scuola; il 2° che i familiari si garantiscano che, in loro assenza, vi sia un personale istruito circa il riconoscimento dei segni di una reazione anafilattica e sulla tecnica di somministrazione dei farmaci specie sull'uso dell'autoiniettore.

Bibliografia essenziale

Editorial Managing acute anaphylaxis – new guidelines emphasise importance of intramuscular adrenaline. BMJ, 319, 1, 1999

Vademecum allergologico per il pediatra – a cura del gruppo di studio di immunologia pediatrica SIP Ed. CIS 1993

Sicherer SH et al Use assessment of self-administered epinephrine among food-allergic children and pediatricians. Pediatrics 105, 359, 2000.

Koremlat P. et al. A retrospective study of epinephrine administration for anaphylaxis: how many doses are need? Allergy. Asthma Proc. 20, 383, 1999

SIAIP – Anafilassi in pediatria a cura di M. Calvani, F. Cardinale, A. Martelli, et al. Springer – Verlag 2007