

ASMA ALLERGIE



**Le allergie:
conoscerle per curarle**

LE PATOLOGIE ALLERGICHE SONO IN GRADUALE E COSTANTE AUMENTO

LE MANIFESTAZIONI PIÙ COMUNI SONO L'ASMA BRONCHIALE (ESPRESSIONE CLINICA DI MALATTIA ALLERGICA CON COINVOLGIMENTO DEI BRONCHI), LA RINITE (CHE SPESSO COESISTE CON L'ASMA E RIGUARDA PIÙ DI UN QUARTO DI TUTTI I SOGGETTI CHE SI RIVOLGONO ALLA RETE OSPEDALIERA DI ALLERGOLOGIA DELLA

REGIONE PIEMONTE) E LA DERMATITE ATOPICA (PRIMA MANIFESTAZIONE CLINICA DI QUELLA CHE, NEGLI ANNI SUCCESSIVI O NELL'ETÀ ADULTA, SARÀ UNA VERA E PROPRIA MALATTIA ALLERGICA RESPIRATORIA IN CUI COESISTERANNO ANCHE ASMA BRONCHIALE E RINITE).

ASMA^{ALLERGIE}



La finalità di questo opuscolo è di fornire notizie corrette sulle patologie allergiche per capire se sia necessario rivolgersi ad uno Specialista in Allergologia e Immunologia Clinica.

LA MARCIA ALLERGICA

La storia naturale della malattia allergica, intesa come malattia sistemica e non d'organo, ha origine in un **deficit maturativo del sistema immunitario**. A seguito di un successivo tentativo di **compenso, che prevede un coinvolgimento**

sequenziale, preordinato, di organi e apparati diversi, verranno a configurarsi nel tempo quadri clinici differenti (dermatite atopica, allergia alimentare, rinite e asma bronchiale) in rapporto al distretto interessato (rispettivamente cute, mucosa intestinale, mucose respiratorie).

ALLERGIA

*L'allergia consiste in una **reazione abnorme del sistema immunitario** che si estrinseca in una esagerata produzione di anticorpi (IgE) e/o di cellule contro sostanze naturali (allergen/antigeni) presenti nell'ambiente, che vengono riconosciute erroneamente come estranee e pericolose.*

Anche se chiunque nel corso della vita può andare incontro a manifestazioni allergiche attraverso un processo di "sensibilizzazione", ci sono alcuni individui (atopici) che sono costituzionalmente più a rischio.

In tale predisposizione allergica hanno un ruolo determinante alcuni fattori:

FATTORI EREDITARI

RISULTANO A MAGGIOR RISCHIO DI ALLERGIA FRATELLI E FIGLI DI ALLERGICI. LA PROBABILITÀ DI SVILUPPARE ALLERGIA PER QUESTI ULTIMI È DEL 70% QUANDO ENTRAMBI I GENITORI SIANO ALLERGICI E SALE ADDIRITTURA ALL'80% QUALORA ESSI SOFFRANO DELLA MEDESIMA FORMA ALLERGICA. IL RISCHIO DECRESCHE POI PROGRESSIVAMENTE NEL CASO IN CUI AD ESSERE ALLERGICO SIA UNO SOLO DEI GENITORI, UN FRATELLO O ALTRO PARENTE STRETTO.



FATTORI AMBIENTALI

L'INSORGENZA DEI DISTURBI ALLERGICI PUÒ ESSERE FAVORITA DA:

- ESPOSIZIONE RIPETUTA E PROLUNGATA A FUMO DI SIGARETTA, PELO DI ANIMALI, POLVERE DI CASA, INQUINANTI AERODISPERSI E "PARTICOLATO", ECC.
- ASSUNZIONE PRECOCE DI ALCUNI ALIMENTI (LATTE VACCINO, PROTEINE DELLE UOVA O DEL PESCE).

CONSIGLI PER PREVENIRE L'ALLERGIA

Se per il momento risulta impossibile contrastare l'insorgere dell'allergia intervenendo sul patrimonio genetico, si può invece ritardare, e perfino prevenire, la comparsa delle manifestazioni allergiche grazie ad una adeguata **igiene ambientale**.

Ecco alcuni esempi di come questo possa essere realizzato:

- Non fumare in casa
- Pulire gli ambienti con particolare cura nella rimozione di polvere, epiteli e peli di animali domestici
- Allattare esclusivamente al seno per i primi 4-6 mesi di vita
- Le uova (soprattutto l'albume) dovrebbero essere introdotte nella dieta il più tardi possibile (non prima dei 12 mesi)

ED È PROBABILMENTE DI NUOVO NELLE CONDIZIONI AMBIENTALI DEI PRIMI ANNI DI VITA DA RICERCARE LA CAUSA DELL'**AUMENTATA PREVALENZA** DELLA PATOLOGIA ALLERGICA, REGISTRATA NEL CORSO DEGLI ULTIMI DECENNI IN TUTTI I PAESI INDUSTRIALIZZATI. AD ESSERNE INTERESSATI SONO PARTICOLARMENTE BAMBINI E ADOLESCENTI PER I QUALI IL DECLINO DELLE INFEZIONI, GIUSTIFICATO FRA L'ALTRO DALLE MIGLIORATE CONDIZIONI IGIENICHE E DAL DIFFUSO IMPIEGO DI **ANTIBIOTICI**, RISULTEREBBE CRUCIALE PER L'ORIENTAMENTO DEL SISTEMA IMMUNITARIO VERSO UNA RISPOSTA DI TIPO ALLERGICO.

In Italia l'allergia, con circa 15 milioni di persone affette (oltre il 25% dell'intera popolazione nazionale), rappresenta ad oggi la terza causa di malattia cronica (ISTAT).

- La prevalenza della **Dermatite Atopica** è aumentata nel corso degli anni dal 5 al 15% (con insorgenza nei primi 5 anni di vita nel 90% dei casi).
- Un incremento è stato registrato anche per le **allergie alimentari**. Secondo alcuni studi la prevalenza della malattia si attesterebbe intorno al 2% della popolazione, con maggiore frequenza in corrispondenza dei primi anni di vita (8% sotto i 3 anni) ma con una percezione della patologia ben più alta (20%) del suo riscontro effettivo.
- Si stima che il 5-10% della popolazione sia affetto da **Congiuntivite Allergica**, il 15-20% da **Rinite Allergica**, il 5-8% da **Asma bronchiale**.

MALATTIE ALLERGICHE A LOCALIZZAZIONE CUTANEA

Dermatite da contatto

Oltre che frequente a livello di popolazione generale essa rappresenta una delle più comuni forme di malattia professionale.

Le manifestazioni interessano le sedi cutanee a contatto con gli allergeni/apteni. Sintomi caratteristici della fase acuta sono prurito, edema, eritema e la comparsa di vesciolette in seguito alla rottura delle quali si formano delle lesioni crostose. L'esempio più diffuso di questa malattia è senza dubbio quello della dermatite da nichel, che interessa particolarmente la popolazione di sesso femminile.

Dermatite atopica

E' una malattia infiammatoria persistente/cronica, localizzata alla cute ma espressione di un disordine immunitario sistemico. Le lesioni, di solito intensamente pruriginose, compaiono a gittate successive. Nei primi due anni di vita prevalgono le forme acute e subacute (caratterizzate da eritema, papule, vescicole, essuda-

DIAGNOSI

Dopo una attenta **valutazione clinico-anamnestica**, l'iter diagnostico in caso di sospetta Dermatite Atopica (peraltro sovrapponibile in gran parte a quello delle altre manifestazioni allergiche) prevede l'esecuzione di:

- **Test allergologici/Prick test**, con allergeni ambientali e/o alimentari
- Dosaggio di IgE totali e specifiche (PRIST, RAST, ELISA)
- Eventuale valutazione del fenotipo immunitario (popolazioni e linee cellulari)
- Eventuale **dieta di eliminazione** diagnostica
- Eventuale Test di scatenamento con alimenti



zione ed escoriazione) con localizzazione preferenziale a mento, fronte, zona retroauricolare, guance e regioni estensorie degli arti.

Nelle età successive compaiono invece lesioni croniche (croste e lichenificazione) che interessano tipicamente mani, polsi, caviglie e superfici flessorie degli arti.

Per via del carattere persistente della malattia, per la presenza di intenso prurito e per le implicazioni emotive che ad essa si accompagnano la qualità di vita risulta

notevolmente compromessa.

La storia naturale della malattia iniziata nella prima infanzia presenta una tendenza allo spontaneo miglioramento intorno al 3-5° anno di vita.

Essa, anche nei casi di regressione spontanea, rappresenta comunque la prima tappa della **“marcia allergica”** ed in quanto tale è importante poterne prevedere (e cercare di prevenire) l'evoluzione verso le forme cliniche respiratorie.

In caso di Dermatite Atopica le probabilità di sviluppare allergie respiratorie sono pari al 50-70% e la presenza di allergia alimentare risulta prognosticamente sfavorevole.

TERAPIA

In ambito terapeutico gli interventi possono essere di tipo:

- dietetico
- igienico ambientale e personale
- sintomatico/antinfiammatorio, utilizzando farmaci e altri provvedimenti terapeutici per uso topico/locale e per via sistemica
- maturativo/patogenetico sul sistema immunitario e quindi sulle cause della malattia allergica.

Orticaria

Consiste in una eruzione cutanea caratterizzata dalla comparsa di elementi rilevati, circoscritti, variabilmente pruriginosi e fugaci (**pomfi**), riconducibili ad una situazione di edema del derma **superficiale**.

Tra le numerose varianti, in relazione ai possibili stimoli che la possono scatenare, si ricordano quelle da agenti fisici, da alimenti, da contatto, da medicinali e da agenti infettivi.

Si calcola che circa il 15-20% della popolazione generale, almeno una volta nella vita, possa andare incontro ad una manifestazione clinica di questo tipo.

Angioedema

Cambia la sede di interessamento rispetto all'orticaria, con un coinvolgimento degli strati **profondi** di cute o mucose.

Risulta decisamente impressionante in quella che è la sua localizzazione più frequente, ossia al viso che, diffusamente tumefatto, può presentare palpebre chiuse e labbra assai voluminose.

Quando il processo si estende alla gola può risultare pericoloso causando, più raramente e nei casi più gravi, difficoltà respiratorie.



REAZIONI AVVERSE AD ALIMENTI

Si definisce **allergia** alimentare una reazione avversa nei confronti di alimenti che, una volta ingeriti, vengano erroneamente riconosciuti come estranei da parte del sistema immunitario.

L'**intolleranza** consiste invece in una reazione avversa agli alimenti senza che vi sia un coinvolgimento del sistema immunitario.

Tra le intolleranze più comuni sono da ricordare l'**intolleranza al lattosio** ed il favismo, entrambe dovute a deficit enzimatici.

Differente ancora il discorso sulla **celiachia** (reazione del sistema immunitario nei confronti del glutine) che sfugge all'inquadramento nelle due precedenti classi e che forse andrebbe considerata come un particolare tipo di malattia autoimmune.

I principali alimenti responsabili di allergie alimentari, anche se variano con l'età del paziente, sono: latte vaccino, uova, arachidi, frutta secca, pesce, crostacei, grano e soia. Nella prima infanzia sono più comuni le allergie nei confronti di alimenti di derivazione animale, nell'adulto nei confronti di alimenti vegetali.

Oltre ai cibi anche gli additivi impiegati dall'industria per la loro conservazione possono rappresentare un fattore scatenante le manifestazioni cliniche.

La sintomatologia varia in rapporto a quelli che sono gli organi ed apparati interessati: orticaria e dermatiti di vario tipo (cute), nausea, vomito, diarrea, coliche addominali, reflusso gastroesofageo (apparato gastroenterico), rinite e asma (apparato respiratorio), fino alla forma più grave di reazione allergica: lo shock anafilattico.

Ed è proprio ai soggetti con pregressa storia di anafilassi che deve essere dedicata la massima attenzione, dal momento che la reazione allergica è generalmente **dose-indipendente** (le manifestazioni cliniche possono insorgere anche in seguito all'ingestione di quantità minime dell'alimento).



A supporto dei gravi allergici c'è anche la tecnologia più evoluta che, attraverso la "platoonizzazione" (dotazione di un micro-chip contenente il profilo clinico dell'allergico) ed il sistema "Track all" (sistema di lettura automatica delle etichette inteso a risolvere il problema dei cosiddetti "allergeni nascosti"), mira ad offrire loro una sempre maggiore sicurezza.

La "PLATOONIZZAZIONE"



L'Osservatorio per le Gravi Reazioni Allergiche della Regione Piemonte registra e monitora le reazioni avverse più gravi attraverso le segnalazioni fatte da tutti gli operatori della Rete. La segnalazione del caso grave all'Osservatorio permette agli operatori dei vari Servizi di Allergologia della Rete, nei casi di pregressa anafilassi, di prescrivere e fornire direttamente al paziente l'adrenalina autoiniettabile. A conclusione dell'iter diagnostico vengono inviati i dati clinici definitivi all'Osservatorio, che li mette a disposizione del Data base e di tutti gli operatori del 118, in modo tale che possano essere disponibili nel momento dell'emergenza. La procedura di segnalazione da parte degli operatori della Rete di allergologia è ormai operativa da più di 3 anni. Nel corso del 2008 verrà attivato il collegamento con il 118 e si procederà alla cosiddetta "platoonizzazione", ossia la fornitura di una tessera con microchip a ogni soggetto allergico grave: le informazioni della card potranno essere decodificate (attraverso appositi lettori) dagli addetti del 118 che si trovassero a soccorrere il paziente in caso di shock anafilattico.

Il sistema "TRACK ALL"

E' basato sulla creazione di una banca dati in cui vengono catalogati gli ingredienti di un determinato gruppo di alimenti, in vendita presso supermercati o negozi, univocamente identificati attraverso il codice a barre.

Il sistema informatico, incrociando questi dati con il profilo del soggetto allergico, consentirebbe di indicare istantaneamente se un dato prodotto sia adatto o meno per quel determinato paziente.

Si tratta anche in questo caso di un progetto in fase avanzata. Grazie alla consulenza della Rete di Allergologia piemontese, dei tecnologi alimentari e degli esperti della grande catena distributiva, è stato messo a punto il software necessario alla gestione della banca dati e lo si sta testando su terminali di lettura già in commercio.

Da non dimenticare poi la possibilità di reazioni crociate non solo tra alimenti ma anche tra pollini e alimenti, e la possibilità di una sensibilizzazione multipla, ossia verso più alimenti.

Tutto ciò contribuisce sicuramente a rendere intricata la problematica delle allergie alimentari che tuttavia prevede, nel corso della loro storia naturale, anche la possibilità di una guarigione spontanea.

Nei bambini, infatti, la tolleranza nei confronti di alimenti in precedenza eliminati dalla dieta sopraggiunge, in un intervallo di tempo compreso tra uno e cinque anni, per la maggior parte degli allergici a latte, uovo e grano. Nel caso di allergia alle proteine del latte vaccino (APLV) l'acquisizione della tolleranza sarebbe stimata nella misura del 92% dei casi entro i 5-10 anni.

Per quel che riguarda invece l'allergia a frutta secca, arachidi, pesci e le manifestazioni allergiche che insorgono in età adulta generalmente si osserva il loro persistere per tutto il corso della vita.

ALLERGIE ALLE PUNTURE DI IMENOTTERI

Le più frequenti sono quelle che si manifestano successivamente alla puntura da parte di vespe, api e calabroni.



La sintomatologia può essere di tipo locale, con arrossamento e gonfiore talvolta molto intensi nella sede di inoculo del veleno, oppure sistemico, con perdita di coscienza, difficoltà respiratoria, gonfiore di gola e/o lingua, orticaria generalizzata e, nei casi più gravi, shock anafilattico.

A causa degli esiti potenzialmente letali di questa manifestazione allergica, in caso di puntura di soggetti di cui sia nota la sensibilizzazione al veleno di imenotteri, si rendono opportuni l'immediato ricorso alle cure in Pronto Soccorso o, qualora ciò non sia possibile, la autosomministrazione dei farmaci salvavita (adrenalina autoiniezzabile) di cui essi stessi dovrebbero essere muniti in virtù del loro stato di gravi allergici.

REAZIONI AVVERSE A FARMACI

Rappresentano un fenomeno in costante incremento per via dell'aumentato consumo di medicinali.

Tra i farmaci maggiormente in causa risultano gli antibiotici, in particolare peni-

cilline e loro derivati, e antiinfiammatori non steroidei (FANS), come l'aspirina. La sintomatologia di più frequente riscontro è data da forme cutanee (dermatiti e orticaria-angioedema), respiratorie (rino-congiuntivite e broncospasmo) e sistemiche (shock).

MALATTIE ALLERGICHE

A LOCALIZZAZIONE RESPIRATORIA E CONGIUNTIVITE



Congiuntivite allergica

Gli agenti principalmente responsabili di questa forma allergica, spesso associata alla rinite o all'asma bronchiale, sono il polline, gli acari, gli epiteli animali e le muffe. È un disturbo caratterizzato da arrossamento, lacrimazione e prurito di entrambi gli occhi che presentano secrezioni che non sono mai purulente.

Rinite allergica

È una malattia infiammatoria cronica localizzata a livello nasale, ma espressione di un disordine immunitario, la cui sintomatologia tipica consiste in frequenti starnuti con prurito a livello di palato e naso, che spesso “cola ed è chiuso” (presenza di secrezione nasale chiara, acquosa, accompagnata da senso di ostruzione).

Caratteristica, specie dei bambini, è la gestualità con cui il naso viene strofinato, con un movimento della mano diretto dal basso verso l'alto, nota come “saluto allergico”.

La Rinite Allergica può essere **stagionale e/o intermittente**, se causata ad esempio dai pollini, oppure **perenne/persistente**, qualora si manifesti durante tutto l'anno, come avviene quando a causarla sono gli acari o la presenza di un animale domestico. L'asma e la rinite allergica possono essere ritenute espressione di un'unica malattia infiammatoria sistemica, localizzata alle basse e alte vie respiratorie, tanto che è stato coniato il termine “**One Airway Disease**” (malattia di un'unica via respiratoria).

È stato inoltre dimostrato che la rinite allergica espone i soggetti predisposti ad un rischio 8 volte superiore di sviluppare asma.

Pertanto una persona affetta da rinite può sviluppare asma nel caso in cui la rinite non sia adeguatamente trattata, dove per “adeguatamente” si intende il non limitare l'intervento terapeutico ai soli **farmaci sintomatici** (antistaminici, corticosteroidi nasali, decongestionanti, cromoni e antileucotrienici - secondo quanto indicato dalle linee guida ARIA, acronimo anglosassone di Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) ma il ricorrere a dei trattamenti in grado di arrestare la “**marcia allergica**”, quali per esempio l'**immunoterapia specifica** (ITS) di cui si dirà successivamente.



ASMA BRONCHIALE

L'asma bronchiale allergico è una **malattia infiammatoria cronica**, localizzata ai bronchi, ma espressione di un processo sistemico, la cui sintomatologia ricorrente (affanno e sibilo respiratorio, tosse, senso di costrizione toracica) è conseguente ad un **restringimento del calibro delle vie aeree**, per la presenza di broncospasmo, infiltrato infiammatorio e ipersecrezione mucosa, con conseguente ostacolo al passaggio dell'aria.

VA SICURAMENTE RIBADITA, ANCHE IN AMBITO ASMATICO, L'IMPORTANZA DI UNA FAMILIARITÀ (PRESENZA DI ALTRE PERSONE ALLERGICHE IN FAMIGLIA) E QUINDI DI UNA PREDISPOSIZIONE GENETICA (ATOPIA).

SU QUESTA CONDIZIONE VERREBBERO AD AGIRE, COME FATTORI CAUSALI, VARI TIPI DI ALLERGENI (ASMA BRONCHIALE ALLERGICO) RENDENDO COSÌ CLINICAMENTE MANIFESTA LA MALATTIA.

Allergeni respiratori

Acari

Gli acari della polvere rappresentano la principale causa di asma. Dal momento che si concentrano preferenzialmente in materassi, coperte, tappeti, moquettes, tendaggi e peluches, è principalmente a questi che deve essere **diretta la bonifica ambientale** (che deve essere comunque considerata solo un provvedimento complementare alla terapia e non risolutivo).

Pollini

Non tutti i pollini possono causare asma; in Italia i principali responsabili sono **graminacee, betulacee, oleacee, composite** (tra cui l'ambrosia, soprattutto in Lombardia e Piemonte) e **urticacee** (parietaria). Dal momento che la fioritura delle diverse specie varia da regione a regione e secondo le condizioni climatiche della stagione, è opportuno affidarsi ai calendari pollinici per cercare di evitare le zone con una maggiore concentrazione atmosferica dei pollini a cui si è allergici.

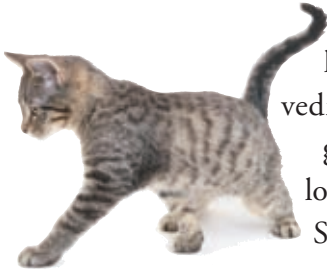
In tutto il **mondo** sono circa **150 milioni** le persone che soffrono di asma

In **Italia** i malati sono circa **3 milioni e mezzo** (di questi si stima che 1/3 pratici una terapia "corretta", 1/3 non si curi e 1/3 non sappia neanche di essere malato)

La percentuale della **popolazione pediatrica interessata** dalla malattia è pari al 10% (da segnalare che nella prima infanzia l'asma rappresenta la più comune causa di malattia)

Animali domestici

Gli allergeni, presenti a livello di loro derivati epidermici, urine e saliva, possono essere responsabili delle manifestazioni asmatiche, per cui talora si rende necessario l'allontanamento dell'animale dalla casa dell'allergico. In certi casi (ad esempio per il gatto) questo non è un provvedimento comunque risolutivo in quanto l'allergene principale del gatto persiste a livelli significativi anche per oltre 5 anni dopo l'allontanamento dell'animale.



Si può sensibilizzare al gatto anche chi non ha l'animale in casa.

Allergeni alimentari

Anche se molto meno frequente di quanto comunemente ritenuta, la possibilità di un broncospasmo acuto che insorge in seguito ad ingestione di allergeni alimentari va attentamente valutata in considerazione della sua potenziale gravità.

FATTORI NON ALLERGICI SCATENANTI IL BRONCOSPASMO

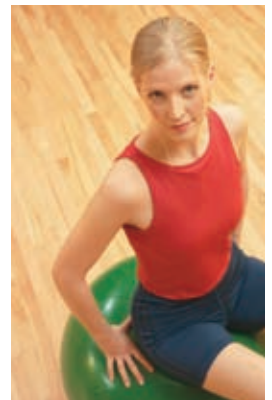
Le infezioni

Quelle che per alcuni sarebbero delle banali infezioni delle vie respiratorie, quali raffreddore o influenza, in individui allergici, costituzionalmente predisposti o con malattia allergica non curata in modo corretto, possono condurre alla comparsa o all'aggravamento della sintomatologia asmatica.

L'attività fisica (asma da sforzo)

Anche lo sport rientra tra i fattori in grado di scatenare l'asma.

Oggi, grazie ad alcuni opportuni accorgimenti, quali per esempio la pratica di esercizi di riscaldamento e la possibilità di una premedicazione con alcuni farmaci (broncodilatatori a rapida azione, antileucotrienici, ecc.) somministrati prima dello sforzo fisico, anche il soggetto asmatico può svolgere una regolare attività sportiva senza particolari restrizioni (andranno evitati solamente gli sport da cui deriva un pericolo in caso di interruzione per l'eventuale sopraggiungere di una crisi asmatica e quelli che si svolgono in condizioni estreme, come per esempio il paracadutismo e gli sport subacquei).



I farmaci

Alcuni farmaci, tra cui l'aspirina ed altri FANS, possono scatenare crisi asmatiche anche molto gravi. Altri farmaci che peggiorano l'asma bronchiale sono i beta bloccanti.

Gli agenti sensibilizzanti di origine professionale

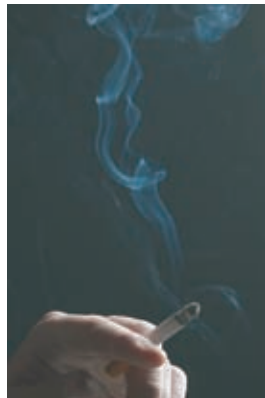
Anche in ambiente lavorativo possono essere presenti delle sostanze in grado innescare o aggravare la malattia.

Gli ormoni sessuali femminili

Variazioni dei livelli degli ormoni sessuali femminili, quali quelle che si verificano in alcune fasi del ciclo mestruale oppure durante la gravidanza e la menopausa, rientrano tra i possibili fattori di rischio dell' asma.

RGE

Anche il reflusso gastroesofageo, seppur raramente e principalmente in età pediatrica, può determinare un aggravamento della sintomatologia asmatica. Ciò si verificherebbe a seguito dell'azione irritante/riflessa che il materiale acido gastrico andrebbe ad esercitare a livello delle vie aeree.



Tra gli altri possibili fattori scatenanti o aggravanti vanno inoltre annoverati:

Inquinamento atmosferico e fumo di tabacco

Clima (aria fredda, nebbia)

Peso corporeo (obesità)

Stati emotivi (stress)

DIAGNOSI

In questo ambito bisogna distinguere la diagnosi di malattia dalla diagnosi di causa.

La **diagnosi di malattia** è soprattutto **clinica** e fondamentale risultano il colloquio con il medico e la visita, volti a mettere in luce la tipologia dei sintomi e la correlazione tra possibili fattori scatenanti e comparsa della sintomatologia.

Per la conferma ci si deve inoltre avvalere del supporto dei test di funzionalità respiratoria .

TEST DI FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA

*La misura dell'ostruzione del flusso d'aria a livello bronchiale, particolarmente in fase espiratoria, viene eseguita secondo due modalità principali: la **spirometria** e la misura del **PEF** (picco di flusso espiratorio). Quest'ultima, essendo eseguibile anche a domicilio dal paziente stes-*

so, è particolarmente indicata per la gestione domiciliare della malattia.

*In caso di presenza di ostruzione respiratoria deve essere eseguito il **test di broncodilatazione o reversibilità**. In caso invece di assenza di ostruzione può essere eseguito il **test di provocazione bronchiale aspecifico**.*

La **diagnosi di causa** è basata sui test allergologici che possono essere eseguiti sia in vivo (cioè direttamente sul paziente) come il **prick test**, sia in vitro (cioè mediante **indagini di laboratorio**) a cui si è già fatto precedentemente cenno.



esame spirometrico

Una volta individuata la causa dell'asma bronchiale sarà possibile instaurare una corretta **prevenzione** ed una corretta **terapia** rivolta da un parte al controllo dei sintomi e dall'altra ai meccanismi di formazione della malattia.

PREVENZIONE

Per prevenire le manifestazioni dell'**asma bronchiale**, oltre alla possibilità dell'eliminazione dei fattori scatenanti o aggravanti la malattia (farmaci, fumo, agenti irritanti professionali, ecc.), si può ricorrere ad alcune strategie che prevedano la somministrazione occasionale di farmaci (la premedicazione a cui si è fatto riferimento a proposito dell'asma da sforzo) e vaccini (vaccinazione antinfluenzale).

Ma una volta individuata la sensibilizzazione allergica nei confronti di un determinato allergene, si dovrà provvedere al suo allontanamento con una serie di misure specifiche che variano da caso a caso (per esempio, in caso di allergia agli acari, si dovrà provvedere ad areare le stanze rimuovendo il più possibile la polvere, ad eliminare i tappeti e ad usare presidi quali i coprimaterassi e i copricuscini impermeabili).

TERAPIA

Sintomatica

Per il controllo della malattia è necessario che il trattamento sintomatico venga condotto con farmaci che devono essere assunti con regolarità e che la sua efficacia venga costantemente verificata (anche mediante l'ausilio di semplici test quali per esempio l'**ACT - Asthma Control Test**) ai fini di un eventuale suo adeguamento.

ACT - Il Test per il Controllo dell'Asma è un semplice test per persone, con più di 12 anni, affette da asma. Si basa su 5 quesiti, rispondendo ai quali si ricava un punteggio utile a determinare qual è il livello di trattamento indicato.

Esistono varie opzioni terapeutiche che, anche sulla base di quanto indicato dalle più recenti linee guida GINA (Global Initiative for Asthma), possono essere suddivise in:

- **Farmaci antiasmatici di fondo** (in particolare farmaci anti-infiammatori quali gli steroidi inalatori e gli antileucotrienici), che vanno usati regolarmente al fine di prevenire la sintomatologia.
- **Farmaci antiasmatici al bisogno** (ad esempio broncodilatatori a breve durata d'azione), da impiegare qualora la sintomatologia sia in atto.

Causale**Immunoterapia specifica**

L'immunoterapia specifica (ITS) è la sola terapia ad oggi **in grado di modificare il decorso naturale della malattia allergica**, agendo sul sistema immunitario (da cui la denominazione "impropria" di vaccino) e venendosi quindi a configurare quale terapia causale dell'asma.

Nel caso di immunoterapia tradizionale (iniettiva) vengono eseguite iniezioni sottocutanee a livello della porzione superiore del braccio (deltoide) con dosi progressivamente crescenti nella fase iniziale e poi costanti nella fase di mantenimento. Nel caso di immunoterapia non iniettiva le somministrazioni avvengono invece per via sublinguale (mediante gocce o compresse).

La finalità, per entrambi i tipi di immunoterapia, è comunque quella di ottenere una tolleranza specifica da parte del sistema immunitario nei confronti di un particolare allergene e di indurre un miglioramento della funzionalità del sistema immunitario.

Da segnalare l'entrata in commercio di un vaccino registrato come farmaco, nei primi mesi del 2008, in una nuova formulazione in compresse, con azione per ora circoscritta alle allergie da graminacee.

Un ciclo standard di immunoterapia dura solitamente dai 3 ai 5 anni, tempo necessario per consolidare il beneficio clinico dell'immunoterapia. Allo stato attuale questa risulta indubbiamente l'opzione terapeutica migliore.

Consentirebbe infatti non solo di ridurre gradualmente la sintomatologia ma addirittura di interferire sull'evoluzione della malattia allergica respiratoria garantendo anche un notevole miglioramento della qualità di vita a fronte di effetti collaterali praticamente nulli.

OMALIZUMAB

Si tratta di un *anticorpo monoclonale* che, agendo selettivamente sulle *IgE*, interferisce con il meccanismo alla base dell'attacco asmatico di natura allergica. La somministrazione del farmaco, per via sottocutanea, viene effettuata in ambiente ospedaliero con frequenza quindicinale o mensile.

Il miglioramento della sintomatologia, benché possa essere immediatamente successivo all'inizio della cura, generalmente sopraggiunge dopo circa 4 mesi dal suo avvio. L'indicazione a questa terapia è per ora limitata alle persone di età superiore ai 12 anni con asma bronchiale grave non controllato dalle abituali terapie.

SE È VERO CHE L'ASMA NON PUÒ ESSERE "GUARITA", ESSENDO CONDIZIONATA DA UN TERRENO GENETICO, È PERÒ ALTRETTANTO VERO CHE **PUÒ ESSERE OTTIMAMENTE GESTITA GRAZIE ALLE TERAPIE OGGI A DISPOSIZIONE CON PRESSOCHÉ TOTALE REGRESSIONE DELLE MANIFESTAZIONI CLINICHE ANCHE PER LUNGHI PERIODI DI TEMPO**, GARANTENDO AI PAZIENTI UN'OTTIMA QUALITÀ DI VITA.

VA SOTTOLINEATO CHE ESISTE UNA **POTENZIALE EVOLUTIVITÀ DELL'ASMA BRONCHIALE** CHE, SE NON ADEGUATAMENTE CONTROLLATA, COL PERSISTERE E PROCEDERE DELL'INFIAMMAZIONE PUÒ PORTARE ATTRAVERSO UN PROCESSO DI "RIMODELLAMENTO" DELLE VIE AEREE AD UN AGGRAVAMENTO IRREVERSIBILE DELLA FUNZIONALITÀ RESPIRATORIA.

*Asmallergie è un'associazione senza scopo di lucro con finalità di tipo educativo, formativo e divulgativo che opera nell'ambito della disciplina "allergologica e immunologica" e quindi si occupa di **patologie allergiche**, con particolare riferimento alle **malattie allergiche respiratorie**.*

Con questo intento l'associazione si impegna nella promozione ed organizzazione di campagne di informazione, conferenze, convegni, programmi formativi ed altre occasioni di incontro, rivolte non solo agli operatori sanitari ma anche a pazienti, ai loro familiari ed a tutti coloro che a queste problematiche risultino interessati. L'importanza di questi obiettivi è amplificata dall'attualità delle tematiche trattate in relazione alla sempre maggiore diffusione delle patologie allergiche che va assumendo ormai proporzioni epidemiche.

*Il Presidente di Asmallergie è il Dott. Gianni Cadario, Direttore S.C. Allergologia e Immunologia Clinica dell'A.S.O.U. S. Giovanni Battista di Torino, anche coordinatore insieme al Dott. Maurizio Galimberti, della **Rete Ospedaliera di Allergologia della Regione Piemonte**.*

La Rete Regionale Ospedaliera di Allergologia

In Regione Piemonte è attiva da qualche anno la Rete Ospedaliera di Allergologia con l'Osservatorio Regionale per le Gravi Reazioni Allergiche che è attualmente una realtà diffusa su tutto il territorio piemontese e fornisce agli utenti una serie di prestazioni clinico assistenziali, di base e complesse, oltre a raccogliere dati epidemiologici e clinici atti a fotografare le necessità dei soggetti allergici. Tale rete online, unica a livello europeo, è in grado di elaborare dati epidemiologici certi su tutte le patologie allergiche e di fornire assistenza ai soggetti allergici gravi.

COMITATO SCIENTIFICO DI ASMA ALLERGIE

BEATRICE FABIO - otorinolaringoiatria

BELLIERO BRUNO - informatica e telematica

BIGNAMINI ELISABETTA - pneumologia pediatrica

BUCCA CATERINA - pneumologia

CADARIO GIANNI - allergologia e immunologia clinica

CALABRESE GIORGIO - scienze della nutrizione

GALIMBERTI MAURIZIO - allergologia e immunologia clinica

GOITRE MASSIMO - dermatologia

PLATTER LUCIANO - scienze farmaceutiche

SCIOLLA NICO MARIA - pediatria e allergologia

UBERTI MARZIO - medicina di famiglia e allergologia

MASPOLI MARIA - Assessorato tutela della salute e sanità, Regione Piemonte

Associazione Pazienti: segreteria di coordinamento, tel. 011 6604284

Si ringraziano per aver sostenuto le attività in corso



L'opuscolo è stato realizzato con il patrocinio di
Federfarma Torino - Associazione Titolari di Farmacia della Provincia di Torino



ASMALLERGIE

www.asmallergie.it - asmallergie@gmail.it

Sede legale: c/o Farmatributi - via S. Anselmo, 14 - 10125 Torino

Sede operativa: c.so Sebastopoli, 37 - 10134 Torino



ASMALLERGIE