







































































































# Hypersensitivity reactions to NSAIDs

## Clinical Picture

### REAZIONI RITARDATE

#### Reazioni bollose (erithema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis)

- Si tratta di rari ma gravi quadri cutanei associati ad alta mortalità, che insorgono da una a otto settimane dopo l'assunzione del farmaco.
- Sono reazioni caratterizzate da ampia necrosi dei cheratinociti, determinata dalla azione dei linfociti T citotossici con attivazione dei recettori di apoptosi (FAS e FAS ligando).
- I FANS più spesso in causa sono rappresentati dagli oxicam, fenilbutazone e anche gli inibitori della COX-2

# Hypersensitivity reactions to NSAIDs

## Clinical Picture

### REAKZIONI RITARDATE

Reazioni bollose (erithema multiforme, Stevens-Johnson syndrome, toxic epidermal necrolysis)





# Hypersensitivity reactions to NSAIDs

## Clinical Picture

### REAZIONI RITARDATE

#### *Acute Generalized Exanthematous Pustolosis: AGEP*

- Si tratta di una rara manifestazione cutanea caratterizzata da pustole sterili disseminate. Generalmente la pustolosi inizia al viso e alle aree flessorie delle pieghe, diventando rapidamente diffusa e complicandosi con febbre, leucocitosi massiva e talora eosinofilia.
- Le pustole sono intraepidermiche e contengono granulociti neutrofili, circondati da un infiltrato di T linfociti.
- Sono descritti casi associati a celecoxib e ibuprofene

# Hypersensitivity reactions to NSAIDs

## Clinical Picture

### REAZIONI RITARDATE

#### Acute Generalized Exanthematous Pustulosis: AGEP



# Le reazioni di ipersensibilità agli antinfiammatori non steroidei

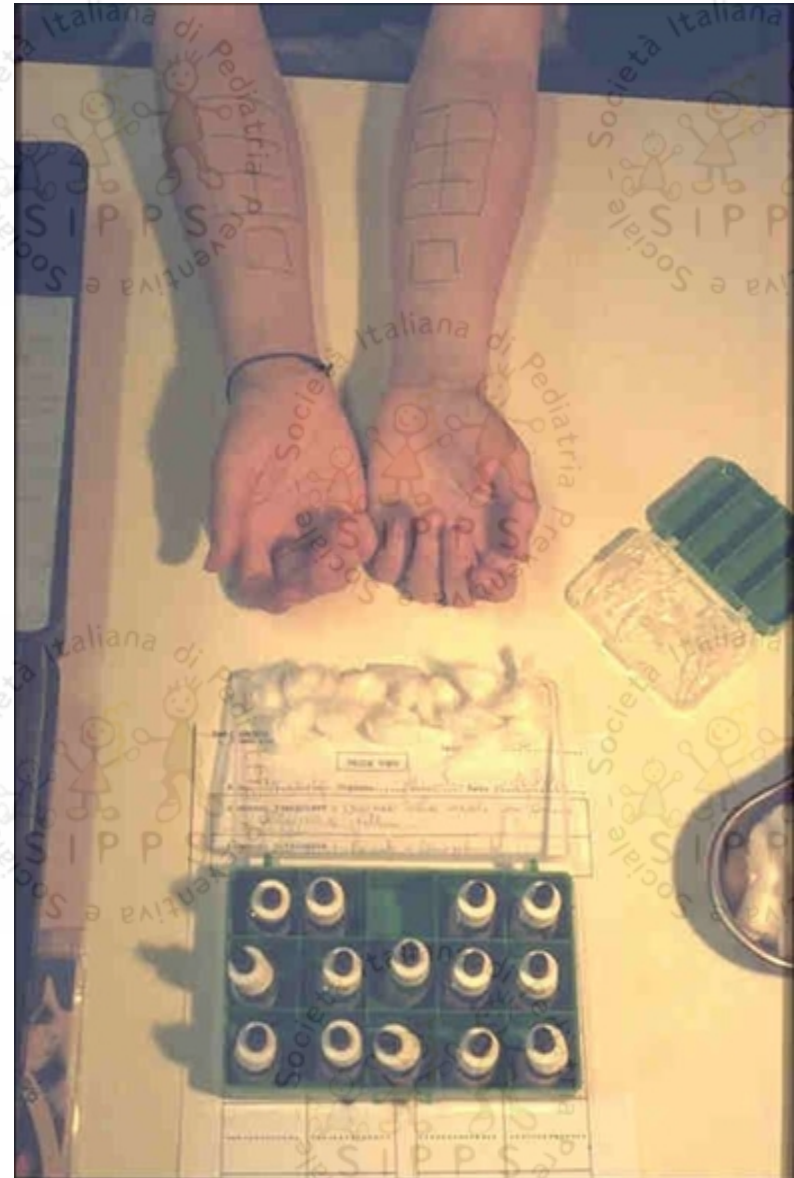
*a cura della Commissione Farmaci e Latice della SIAIP*

Silvia Caimmi<sup>1</sup>, Fabrizio Franceschini<sup>2</sup>, Carlo Caffarelli<sup>3</sup>, Diego G. Peroni<sup>4</sup>,  
Giuseppe Crisafulli<sup>5</sup>, Roberto Bernardini<sup>6</sup> *(coordinatore)*

# DIAGNOSI

# DIAGNOSI

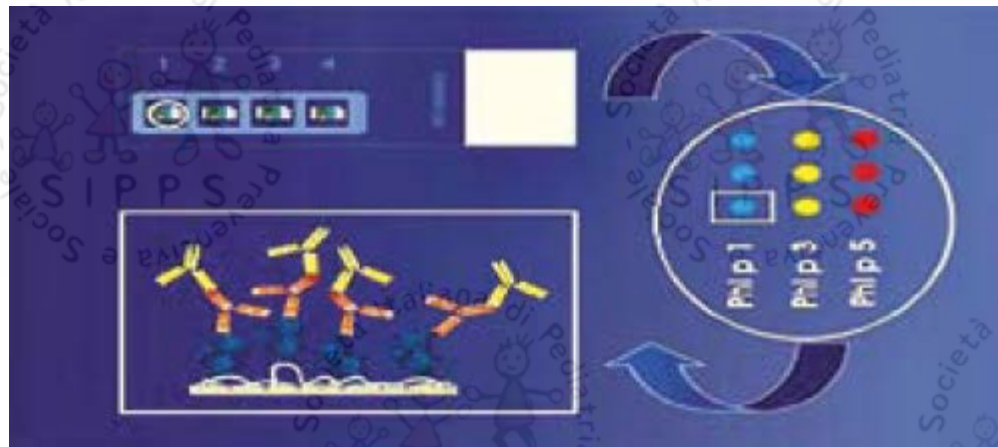
- **Test cutanei** – I test cutanei a lettura immediata per i FANS (prick, intradermoreazione) non sono standardizzati e possiedono una sensibilità bassa e variabile da un farmaco a un altro.
- Anche i test cutanei a lettura ritardata, **(intradermoreazione e patch test)**, nonostante possiedano un valore diagnostico migliore, non sono validati.



# DIAGNOSI

*Test in vitro – IgE specifiche sieriche per FANS sono state identificate solo in rari casi, per cui non è possibile determinare la sensibilità e la specificità di questo test*

Il valore diagnostico del test di liberazione dell'istamina, del test di liberazione dei leucotrieni (CAST: cellular antigen stimulation test) e del test di attivazione dei basofili (BAT), è scarso



# DIAGNOSI

## TEST DI PROVOCAZIONE ORALE

Rappresenta il *gold standard* diagnostico

I test di provocazione possono essere eseguiti

- per la conferma diagnostica di una sospetta reazione di ipersensibilità a un FANS
- per la ricerca di farmaci alternativi nei pazienti con allergia documentata.

Vanno effettuati in ambiente ospedaliero, per via orale nella maggior parte dei casi.

Il test consiste nella somministrazione di dosi progressivamente crescenti del farmaco da testare.

# DIAGNOSI

## TEST DI PROVOCAZIONE ORALE

Nel bambino i dosaggi da utilizzare non sono standardizzati, per cui ci sembra ragionevole soprattutto nel bambino della prima infanzia utilizzare la dose cumulativa standard di 10mg/kg per ASA, paracetamolo e ibuprofene e di 2,5 mg/kg per nimesulide

Il test viene iniziato somministrando 1/10 della dose cumulativa e successivamente si procede con aumenti ogni 30 minuti pari a 2/10 e poi 7/10 della cumulativa. In caso di anamnesi di reazioni anafilattiche si parte da dosi inferiori (pari a 1/100 o a 1/1.000 della dose cumulativa) e si procede con incrementi più gradualmente. Dopo l'ultima dose è necessario tenere il bambino in osservazione per almeno 3 ore.









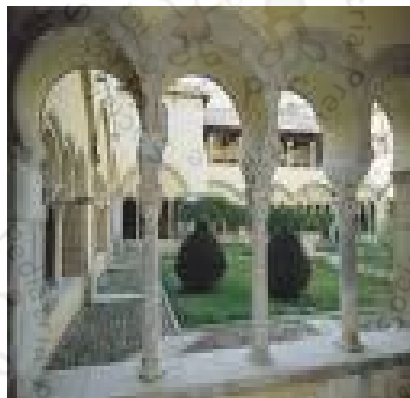












**BENEVENTO**  
**GRAZIE**

