

GUIDA PRATICA SULLE ALLERGIE

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE

Naso

Giuseppe Pingitore

Definizione

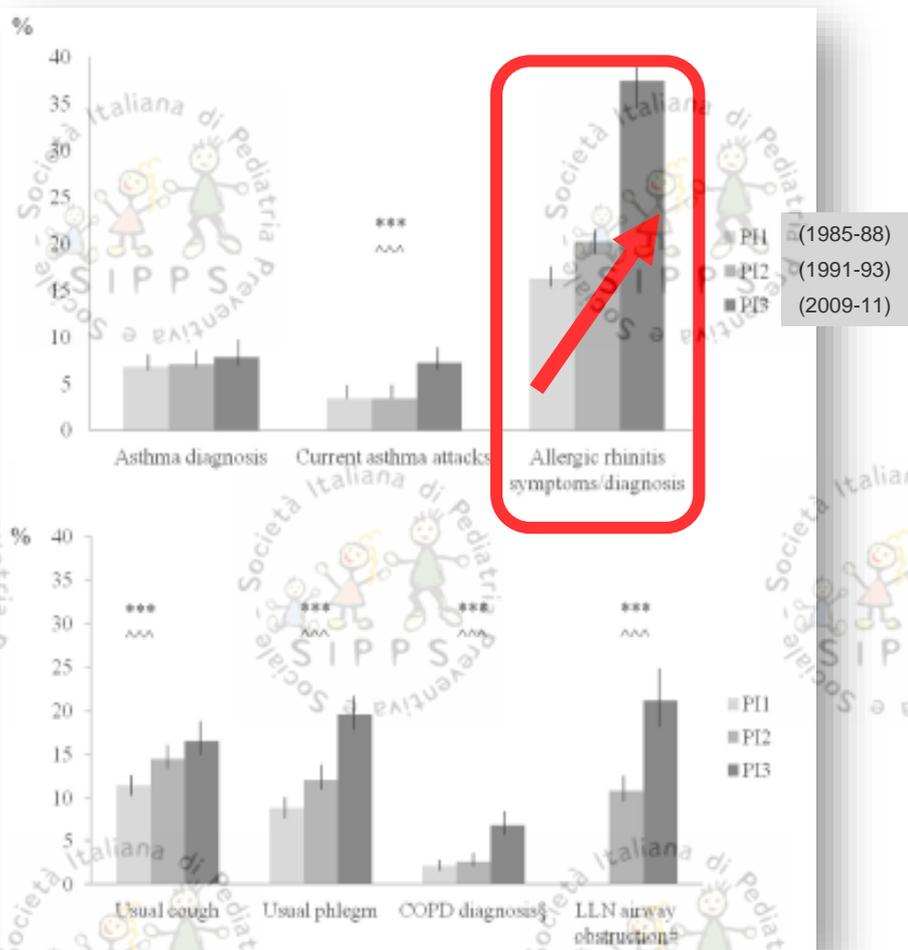
- La rinite allergica è una patologia della mucosa nasale indotta da un'inflammazione IgE-mediata conseguente all'esposizione allergenica



Epidemiologia

- La rinite allergica è un problema sanitario globale: colpisce dal 5 al 35% della popolazione, condiziona la vita sociale dei pazienti influenzando sul rendimento scolastico e lavorativo ed, infine, determina costi economici rilevanti.
- La sua prevalenza è tendenzialmente in aumento

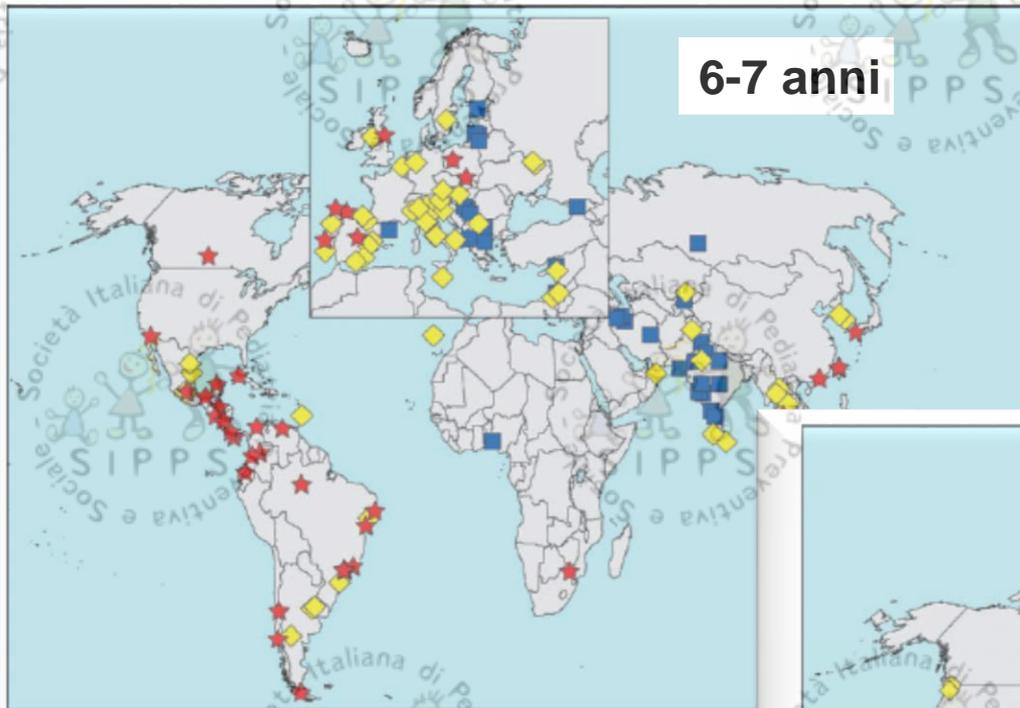
Respiratory symptoms/diseases prevalence is still increasing: a 25-yr population study



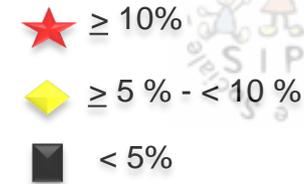
1985-88 (n: 3865), 1991-93 (n: 2841), 2009-11 (n:1620).

There was an increasing trend in prevalence rates of all respiratory symptoms/diseases throughout the surveys: current asthma attacks (1st – 3rd survey prevalence: 3.4-7.2%), **allergic rhinitis (16.2-37.4%)**, usual phlegm (8.7-19.5%) and COPD (2.1-6.8%) more than doubled.

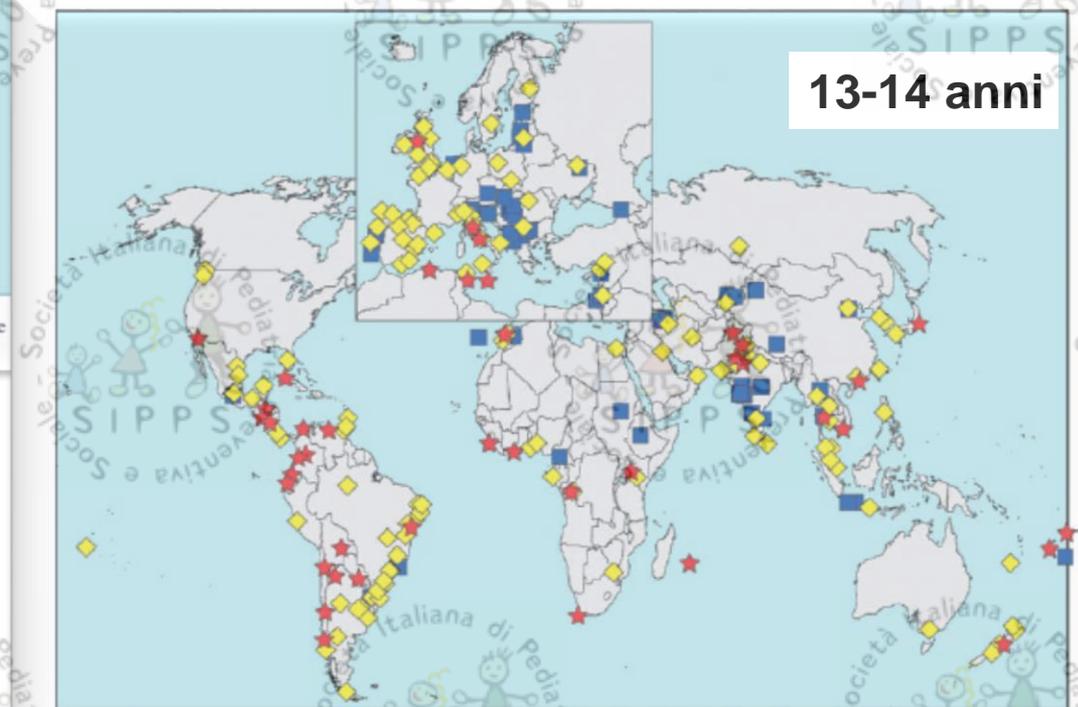
Prevalenza a livello mondiale nel bambino



6-7 anni



ITALIA: 5 – 15%

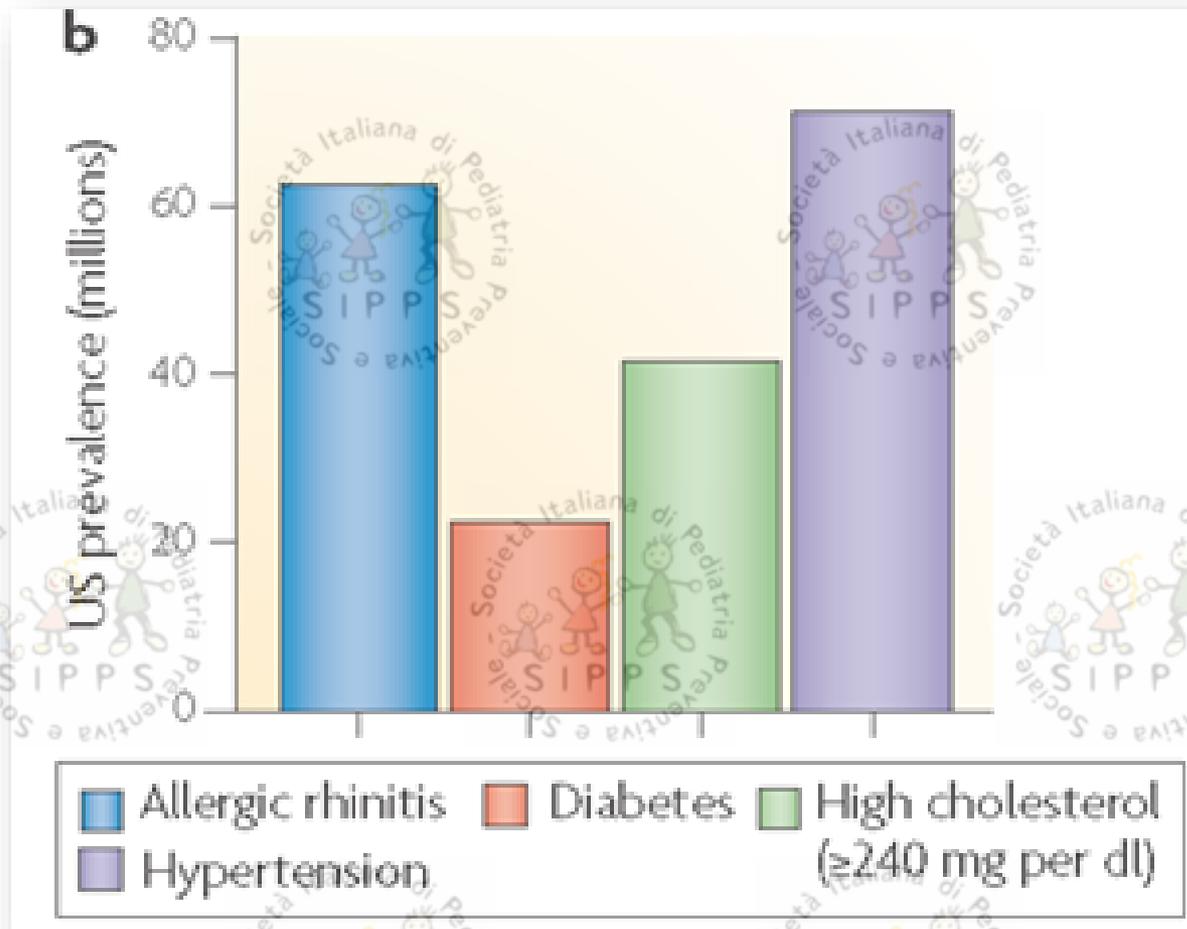


13-14 anni

Figure 3. Map of prevalence of current symptoms of rhinoconjunctivitis, 6- to 7-year age categories of $\geq 10\%$ (red stars), ≥ 5 to $< 10\%$ (yellow diamonds) and $< 5\%$ (blue squares).

Figure 1. Map of prevalence of current symptoms of rhinoconjunctivitis, 13- to 14-year age group. Symbols indicate prevalence categories of $\geq 20\%$ (red stars), ≥ 10 to $< 20\%$ (yellow diamonds) and $< 10\%$ (blue squares).

Prevalenze a confronto



Aumentano le forme più gravi

Spostamento da forme lievi a forme moderate/severe

Spostamento verso forme miste

Un maggior numero di pazienti diviene polisensibilizzato

Evoluzione verso forme resistenti al trattamento

- Severe Chronic Upper Airway Disease (SCUAD)

Indagine Europea

- 67.2% = moderata o severa
- 42.5% = persistente

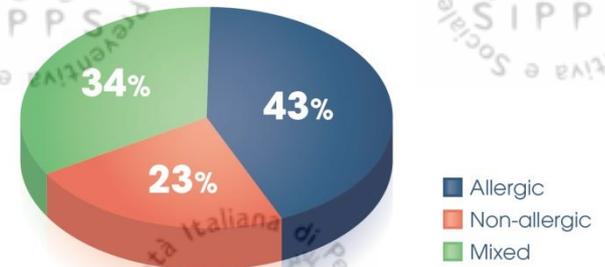


Grafico a torta: dati riferiti alle riniti non infettive

SCUAD = 30% circa dei pazienti con rinite allergica

I costi della rinite allergica

I costi totali dei pazienti non trattati opportunamente variano da **€ 55 a € 151 milioni annuali** includendo assenteismo e ridotta produttività.

Questo calcolo fornisce circa **€ 2,405/anno per ogni paziente non opportunamente trattato.**

Il costo del trattamento secondo linee guida sarebbe di circa **€ 125** per paziente all'anno, solo il 5% dei costi del non-trattamento.

Il trattamento adeguato dei pazienti allergici è fortemente cost-effective, con **un potenziale risparmio di circa € 142 milioni per anno entro l'EU.**

Zuberbier T, Lotvall J, Simoens S, Subramanian SV, Church MK. Economic burden of inadequate management of allergic diseases in the European Union: a GA(2) LEN review. Allergy 2014;69(10):1275-1279.

Sintomi

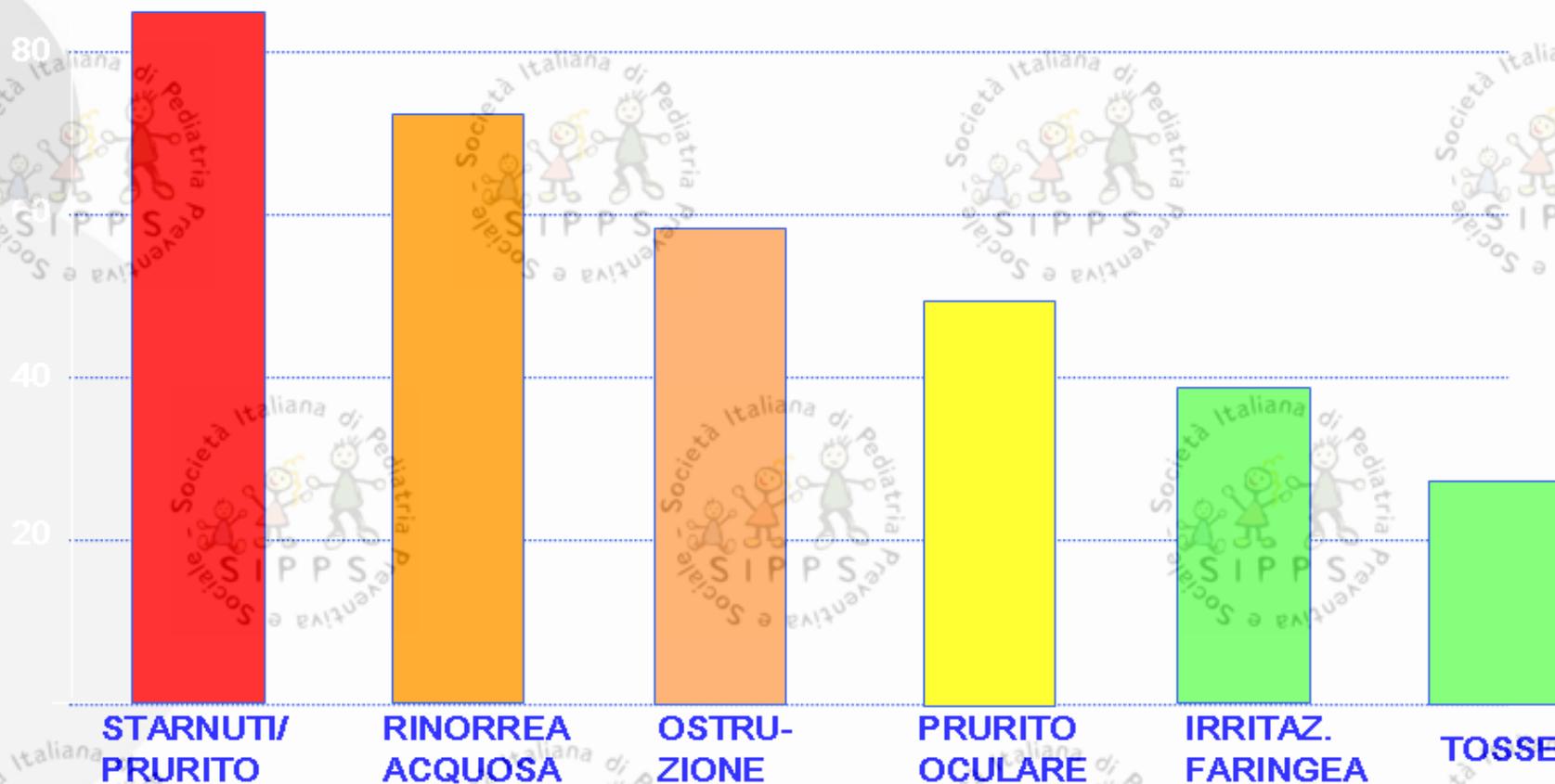
SINTOMI TIPICI DI RINITE ALLERGICA

- rinorrea acquosa
- starnuti a salve
- ostruzione nasale
- prurito nasale
- congiuntivite concomitante

SINTOMI NON TIPICI DI RINITE ALLERGICA

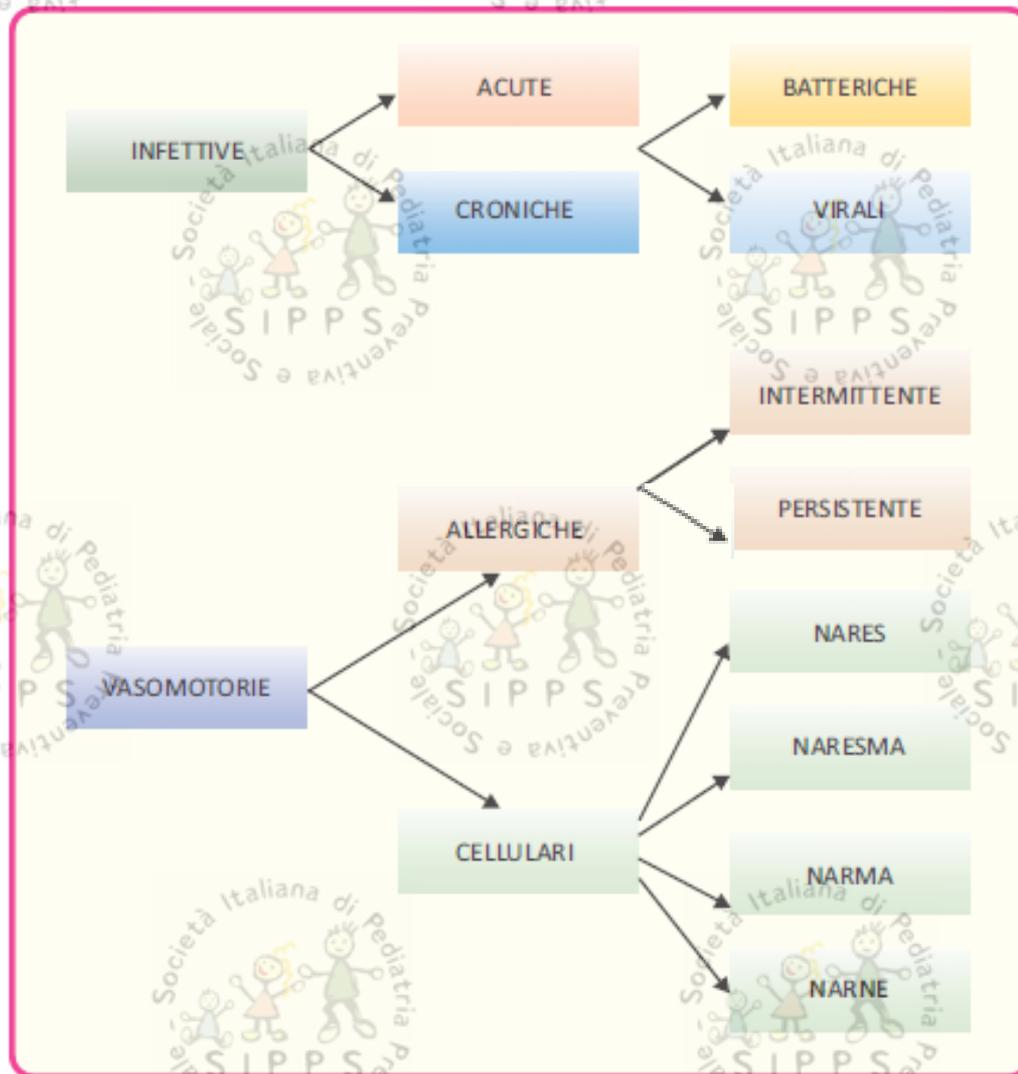
- sintomi unilaterali
- ostruzione nasale isolata
- rinorrea mucopurulenta
- rinorrea posteriore isolata
- dolore, anosmia
- epistassi ricorrenti

Frequenza di presentazione dei sintomi di rinite allergica al Medico di Medicina generale



Ryan D. Allergy 2008

Le riniti del bambino



Classificazione in base a durata e gravità



Intermittente

- . < 4 giorni/settimana
- . o < 4 settimane

Persistente

- . > 4 giorni/settimana
- . e > 4 settimane

Lieve

- sono conservato
- & nessuna limitazione nelle attività quotidiane
- & normale attività lavorativa o scolastica
- & non sintomi fastidiosi

Moderata-grave

uno o più dei seguenti

- . Alterazioni del sonno
- . Limitazioni delle attività quotidiane
- . Riduzione prestazioni lavorative/scolastiche
- . Sintomi gravi

Nei pazienti non trattati

Patogenesi della rinite allergica

Predisposizione
genetica
+
fattori ambientali

Esposizione all'allergene

Sensibilizzazione allergica

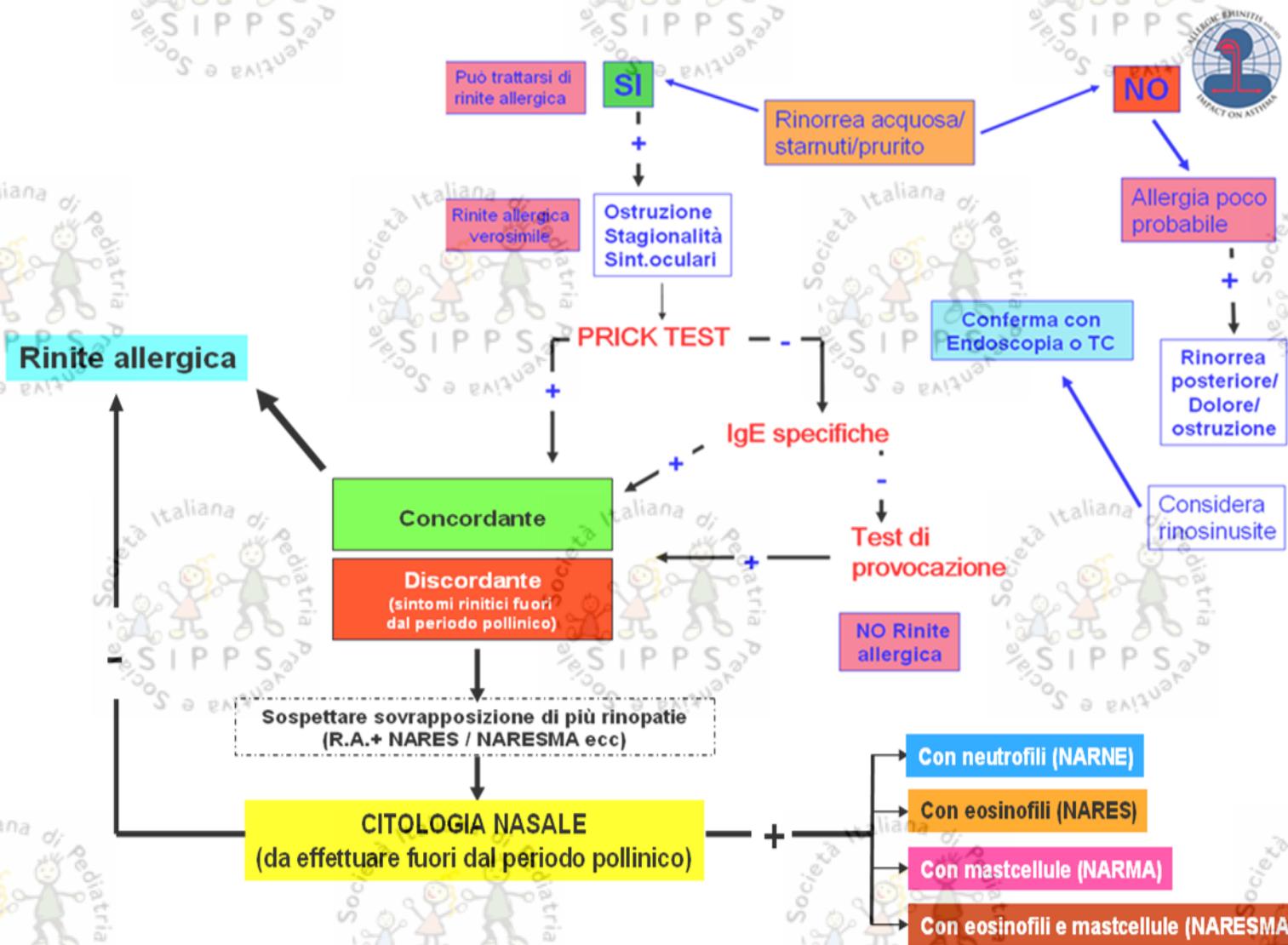
Fattori
ambientali

Flogosi allergica

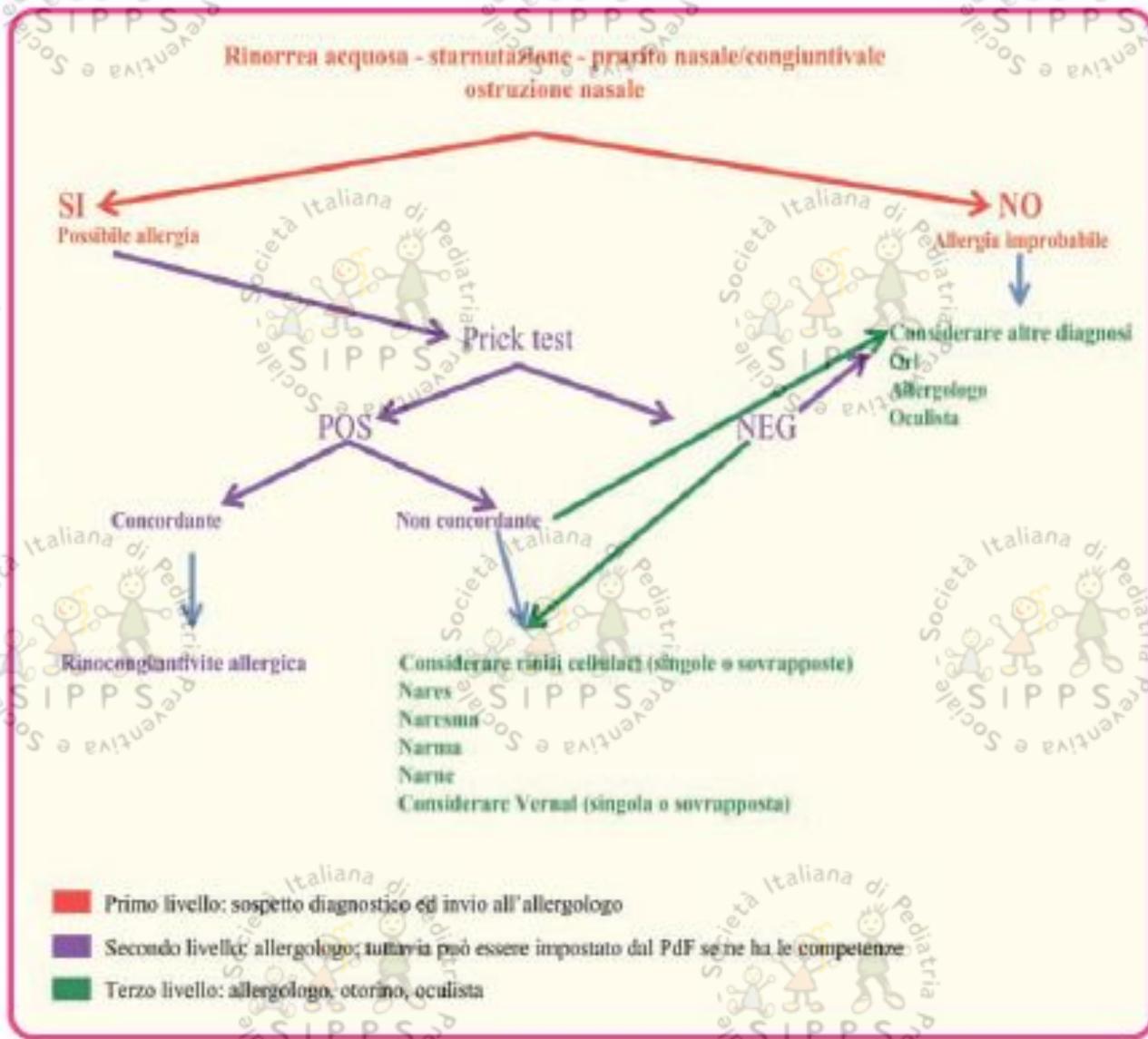
Manifestazioni cliniche



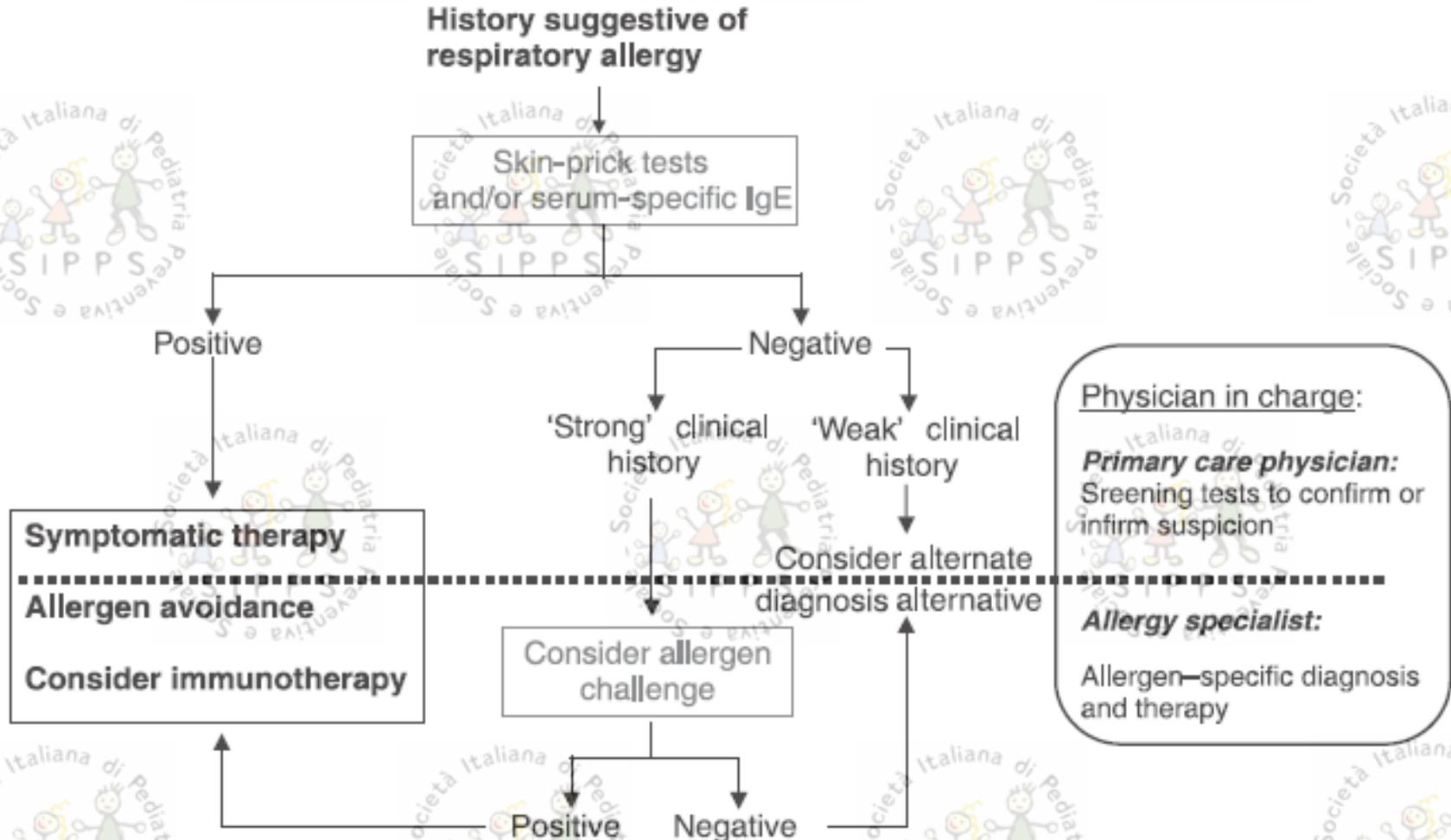
Algoritmo diagnostico



Algoritmo diagnostico e competenze

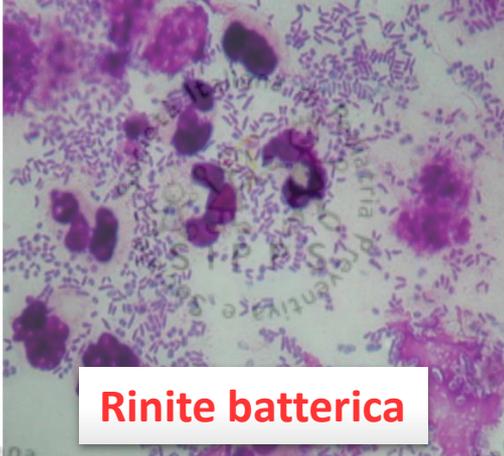


Breaking frontiers for better early allergy diagnosis





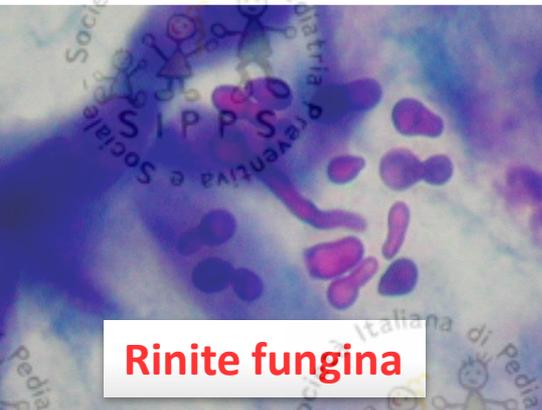
Rinite allergica



Rinite batterica



N A R E S



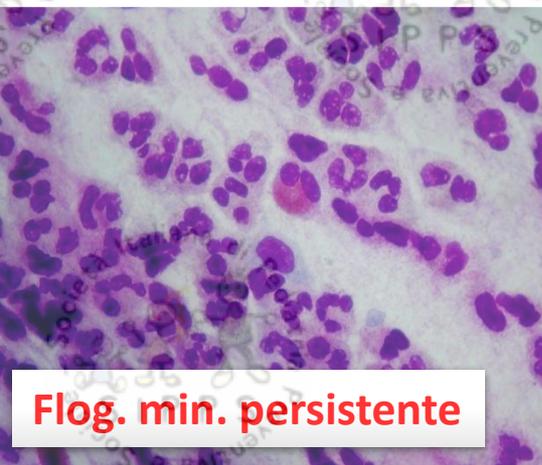
Rinite fungina



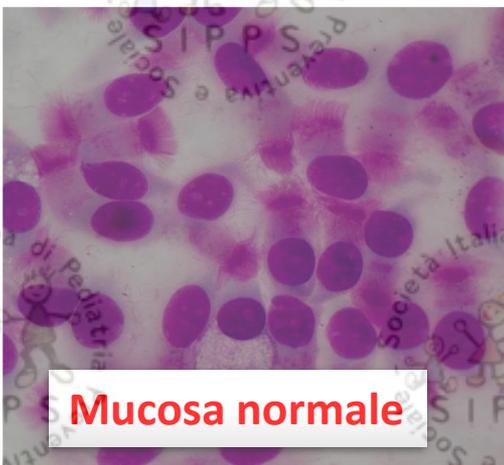
Metapl. mucipara



N A R E S M A



Flog. min. persistente



Mucosa normale



Mastocitosi nasale

ANAMNESI

PRICK TEST

ES. OBIETTIVO

IgE SIERICHE

**INDAGINI
BIOCHIMICHE**

**METODICHE
RADIOLOGICHE**

**STUDI
IMMUNOLOGICI**

**DIAGNOSI DI
RINITE ALLERGICA**

RINOMANOMETRIA

**ANALISI DELLA
FUNZIONE CILIARE**

**TEST PROVOCAZIONE
NASALE**

CITOLOGIA NASALE

Anamnesi

- Familiarità
- Durata e gravità dei sintomi
- Fattori precipitanti e aggravanti
- Stagionalità
- Caratteristiche dei sintomi
- Risposta alla terapia

Come indirizzare l'anamnesi

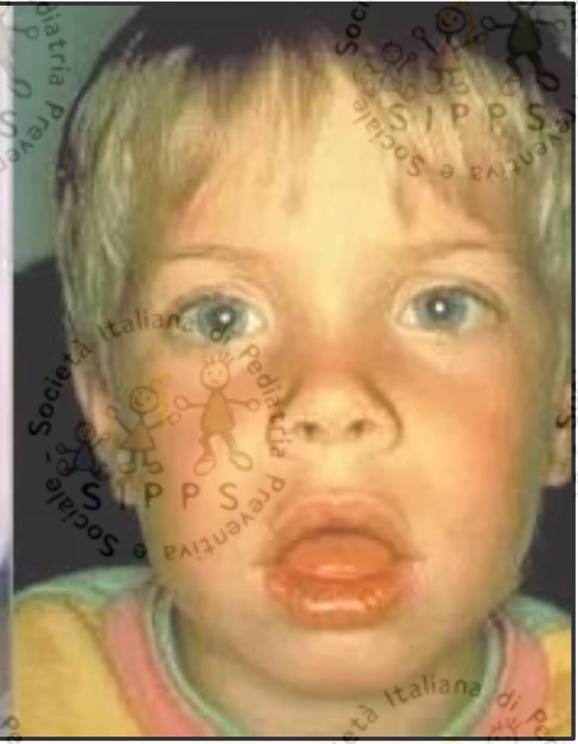
0. E' presente familiarità allergica?

1. E' presente qualcuno dei seguenti sintomi?

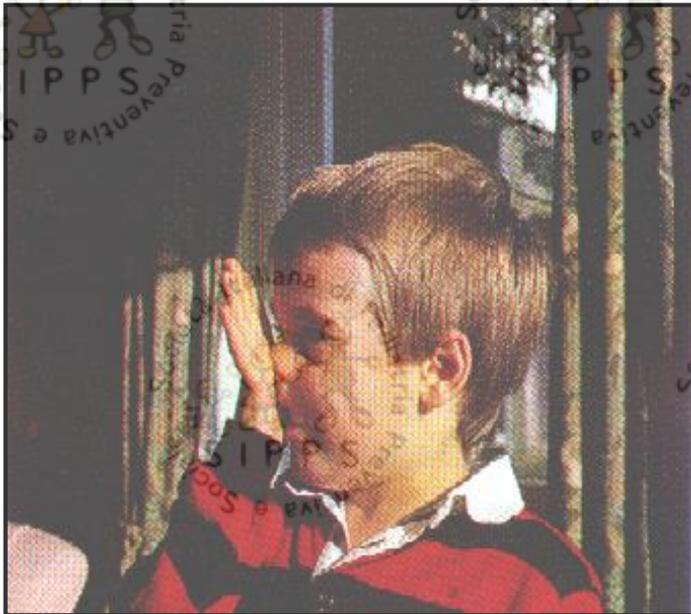
Sintomi solo in una narice	SI	NO
Secrezioni dense, di colore giallo o verdastro	SI	NO
Secrezioni che scendono in gola, specialmente con muco denso	SI	NO
Dolore facciale	SI	NO
Sanguinamenti dal naso	SI	NO
Perdita dell'olfatto	SI	NO
2 E' presente qualcuno di seguenti sintomi almeno un ora al giorno, in molti giorni consecutivi (o durante una particolare stagione dell'anno)?		
Rinorrea acquosa	SI	NO
Starnuti, anche a salve	SI	NO
Naso chiuso	SI	NO
Prurito nasale	SI	NO
Congiuntivite (occhi rossi o che prudono)	SI	NO

La presenza di uno o più sintomi della **domanda 1** suggerisce una natura non allergica dei sintomi e richiede valutazione specialistica. Dolore facciale, rinorrea purulenta e iposmia sono spesso associati a rinosinusite, ma non escludono la concomitanza di RA. La rinorrea acquosa con uno o più dei sintomi della **domanda 2** suggerisce fortemente la rinite allergica.

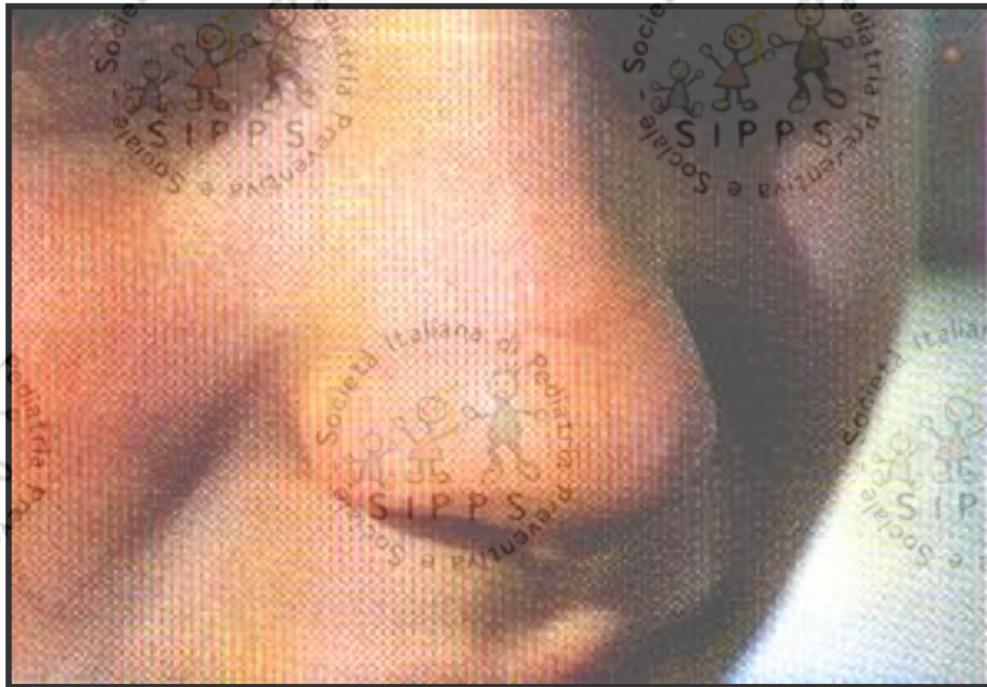
Respirazione orale



«saluto allergico»



«piega nasale di Dennie-Morgan»



Rinoscopia anteriore



Mucosa nasale di color rosa e di aspetto gelatinoso

Prick test



Prick test

- Test «in vivo»
- verifica se i mastociti cutanei del soggetto in esame possiedono IgE specifiche per l'allergene che si vuole testare



A quale età si possono effettuare i Prick-Tests?



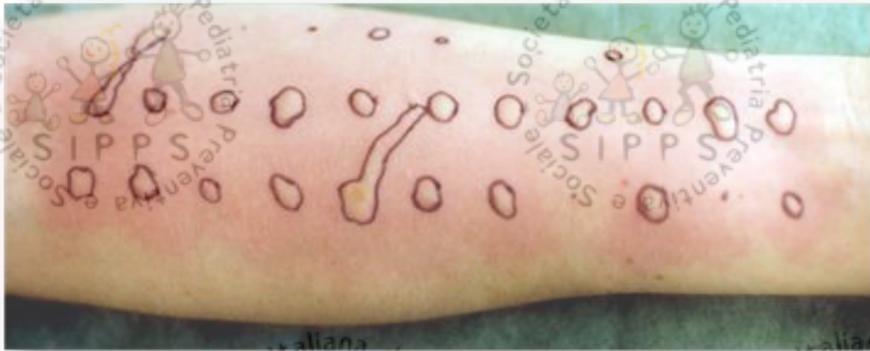
A quale età si possono effettuare i Prick-Tests?

- Si possono effettuare fin dai primi mesi di vita
- Le dimensioni del pomfo (allergenico e istaminico) sono più piccole
- Buona correlazione tra prick-test ed allergia anche nel lattante



Menardo JL, Bousquet J, et al. Skin test reactivity in infancy. *J Allergy Clin Immunol* 75:646-651, 1985

Cosa pensa il genitore di questo bambino?



Mio figlio è allergico a **TUTTO !!**
È grave ??



Bisogna spiegare che....

- il prick test va interpretato in base all'anamnesi e alla visita
- il prick può essere positivo (sensibilizzazione) ma il paziente può non avere sintomi
- tanti prick positivi non significano che "l'allergia è più grave"
- il valore diagnostico del prick test varia a seconda della situazione clinica....



Prick test e rinite allergica

- Storia clinica positiva + SPT positivi = **diagnosi confermata**
- Storia clinica negativa + SPT negativi = **diagnosi esclusa**
- Storia clinica negativa + SPT positivi = **sensibilizzazione**

- **Storia clinica positiva e SPT negativi = ??**
 - Interferenza farmacologica ?
 - Estratti scaduti ?
 - Allergeni non testati ? (es. scarafaggio, piante ornamentali)
 - Sensibilizzazione in fase iniziale ?
 - Allergia locale o d'organo ? (“entopia”)



Local allergic rhinitis: Concept, pathophysiology, and management

Carmen Rondón, MD, PhD,^a Paloma Campo, MD, PhD,^a Alkis Togias, MD, PhD,^b Wytse J. Fokkens, MD, PhD,^c Stephen R. Durham, MD, PhD,^d Desmond G. Powe, PhD,^e Joaquim Mullol, MD, PhD,^f and Miguel Blanca, MD, PhD^a *Málaga and Barcelona, Spain, Bethesda, Md, Amsterdam, The Netherlands, and London and Nottingham, United Kingdom*

J ALLERGY CLIN IMMUNOL
JUNE 2012

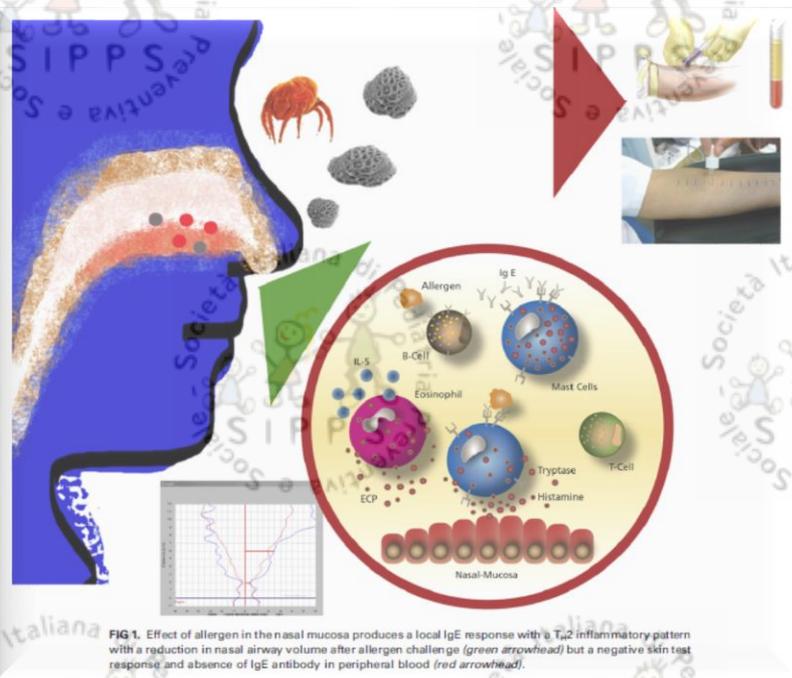


FIG 1. Effect of allergen in the nasal mucosa produces a local IgE response with a Th2 inflammatory pattern with a reduction in nasal airway volume after allergen challenge (green arrowhead) but a negative skin test response and absence of IgE antibody in peripheral blood (red arrowhead).

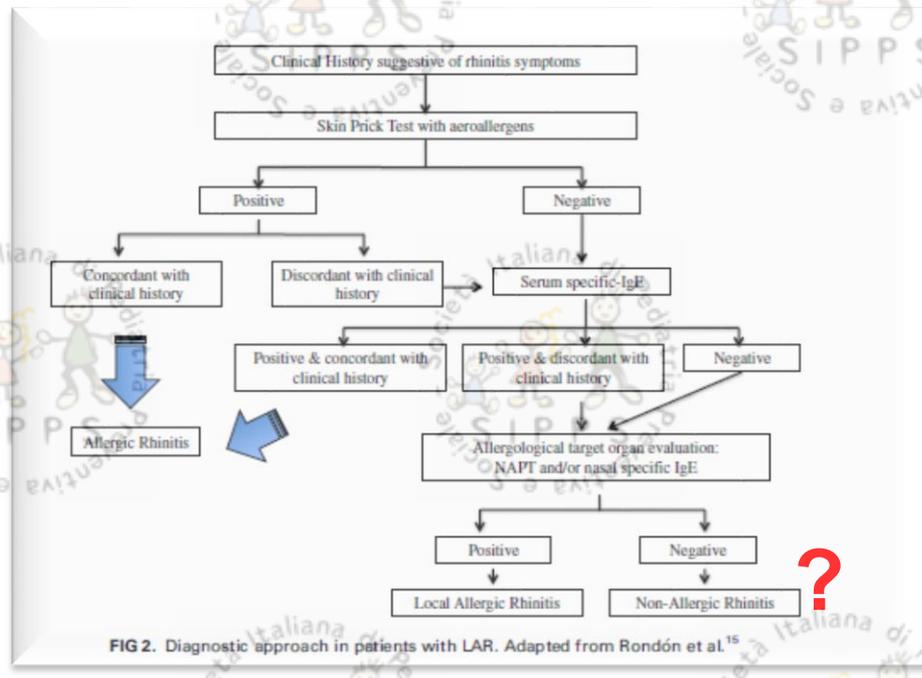


FIG 2. Diagnostic approach in patients with LAR. Adapted from Rondón et al.¹⁵

Aeroallergeni più frequenti

- **Stagionali**

- Pollini di graminacee, parietaria, artemisia
- Muffe “outdoor”: alternaria, cladosporium

- **Perenni**

- Acari (dermatophagoides pter. e farinae)
- Derivati epidermici (cane, gatto, cavallo)
- Muffe “indoor”: aspergillus, penicillium

App gratuita **POLLINIITALIA**



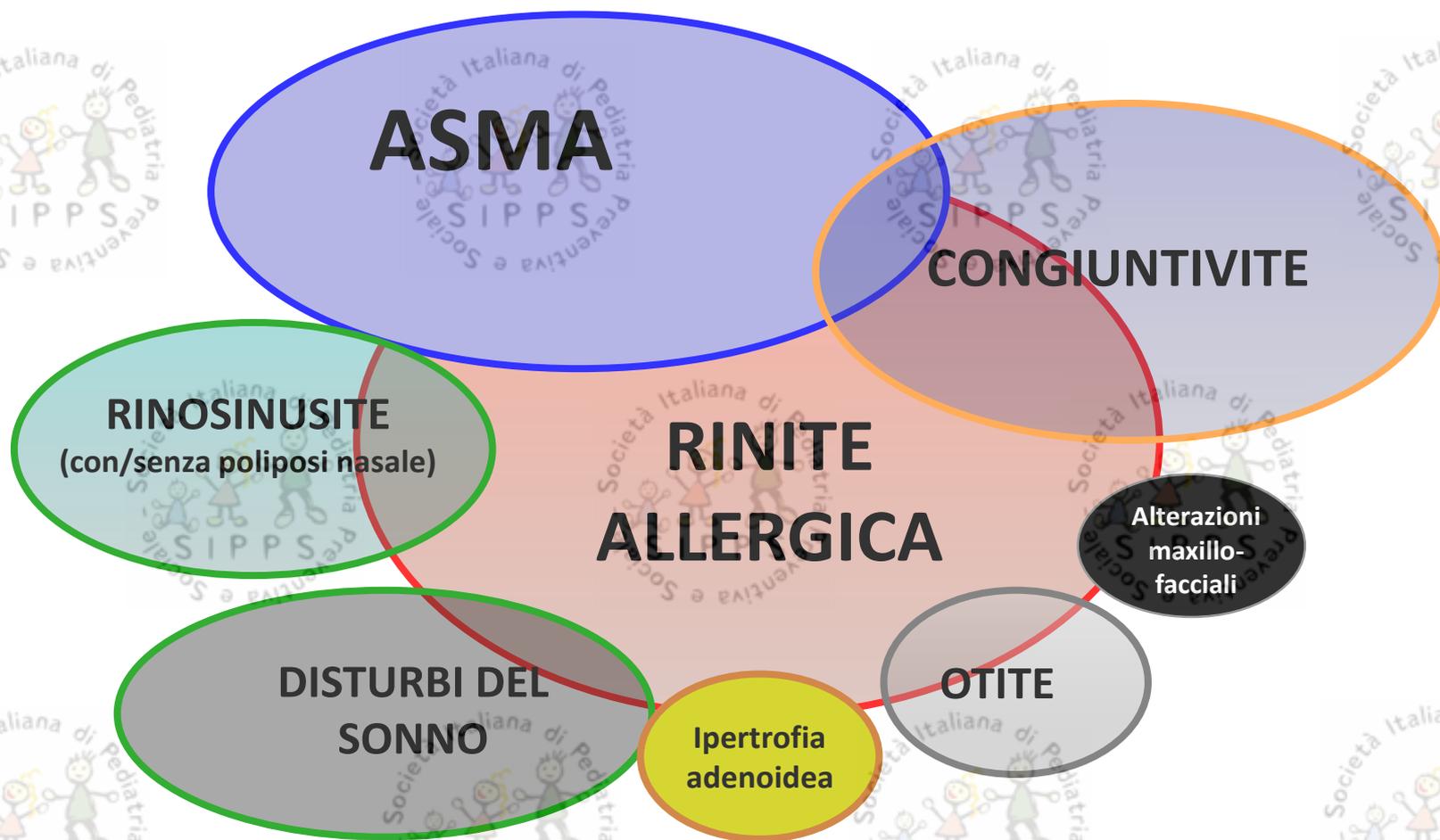
ASSOCIAZIONE ITALIANA DI AEROBIOLOGIA

[Istruzioni per l'uso](#) »



far click sull'immagine per ingrandirla

Comorbilità della rinite allergica



I 4 cardini dell'approccio terapeutico

**Allontanamento
dell'allergene**
*indicato
quando possibile*

Immunoterapia

- *efficacia*
- *prescrizione specialist.*
- *può modificare la storia naturale*

costi

Farmacoterapia

- *sicurezza*
- *efficacia*
- *facilità di somministrazione*

**Educazione del
paziente**
sempre indicata

Terapia della rinite allergica

Terapia aspecifica:

- Profilassi
- Trattamento farmacologico

Terapia specifica:

- Immunoterapia

Livelli di evidenza dell'efficacia di alcune misure di prevenzione

Misura	Effetto sui livelli di allergene	Effetto clinico
ACARI		
Coprimaterassi/cuscini	Ia	Ib
Lavaggio lenzuola a caldo (55-60°C)	IIb	IV
Rimozione tappeti	Ib	IV
Acaricidi	III	IV
Pulizia con aspirapolvere a filtri HEPA	IIb	IV
EPITELI ANIMALI		
Allontanamento animale da casa	IIb	IV
Allontanamento dalla stanza da letto	IIb	IV
Filtri aria HEPA	Ib	Ib
Lavaggio dell'animale	IIb	IV
Rimozione tappeti	IV	IV
Pulizia con aspirapolvere a filtri HEPA	IV	IV

Acari della polvere: misure preventive?

REVIEW ARTICLE

House dust mite avoidance measures for perennial allergic rhinitis: an updated Cochrane systematic review

U. Nurmatov¹, C. P. van Schayck^{1,2}, B. Hurwitz³ & A. Sheikh^{1,2}

¹Allergy & Respiratory Research Group, Centre for Population Health Sciences, University of Edinburgh, Edinburgh, UK; ²Department of General Practice, CAPHRI, Maastricht University, Maastricht, The Netherlands; ³Division of Health and Social Care Research, Department of English Language and Literature, King's College London, London, UK

et al. (26) Cross-over study 10–26 years with either allergic rhinitis or asthma equipped with HEPA

Interventions in Symptom and Quality of Life scores active treatment

Quality

Quality of Life (Der p1, Der p1 and Der m1) allergen level Rhinitis and asthma

C

Conclusions: Trials have tended to be small and of poor methodological quality, making it difficult to offer any definitive recommendations. Interventions that achieve substantial reductions in HDM load may offer some benefit in reducing rhinitis symptoms. Isolated use of HDM impermeable bedding is unlikely to prove effective.

et al. (26) controlled trial or asthma or both and confirmed mono-allergy to house dust mite placebo on days 0 and 90

medication use, twice-weekly PEF and monthly clinical assessment Dust HDM antigen concentration at days 0, 90 and 180

C

Moon and Choi (29) Open randomized controlled trial

30 subjects aged 6–31 with confirmed HDM rhinitis and no other concomitant allergy to common All subjects continued normal rhinitis treatment. In addition, they received either verbal advice on

Change in HDM load and daily rhinitis symptom scores from baseline and between groups



Terapia farmacologica: aderenza al trattamento

Un report dell'OMS segnala che nei paesi sviluppati in media il 50% dei pazienti non assume le medicine come prescritto.

*World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. 2003
Geneva, Switzerland*

Diversi fattori possono influenzare negativamente l'aderenza al trattamento nei pazienti con rinite

Numero di dosi giornaliere

Difficoltà di assunzione

Effetti collaterali

Regimi terapeutici complessi

Costi

Brüxner DJ, et al. Am J Manag Care. 2007

Marple BF, et al. Otolaryngol Head Neck Surg. 2007

Il trattamento dovrebbe essere il più semplice possibile, il paziente dovrebbe essere informato ed educato a proposito della patologia e dei farmaci e l'aderenza dovrebbe essere periodicamente verificata.

Approccio step-wise



Lieve
intermittente

Moderata-
grave
intermittente

Lieve
persistente

Moderata-
grave
persistente

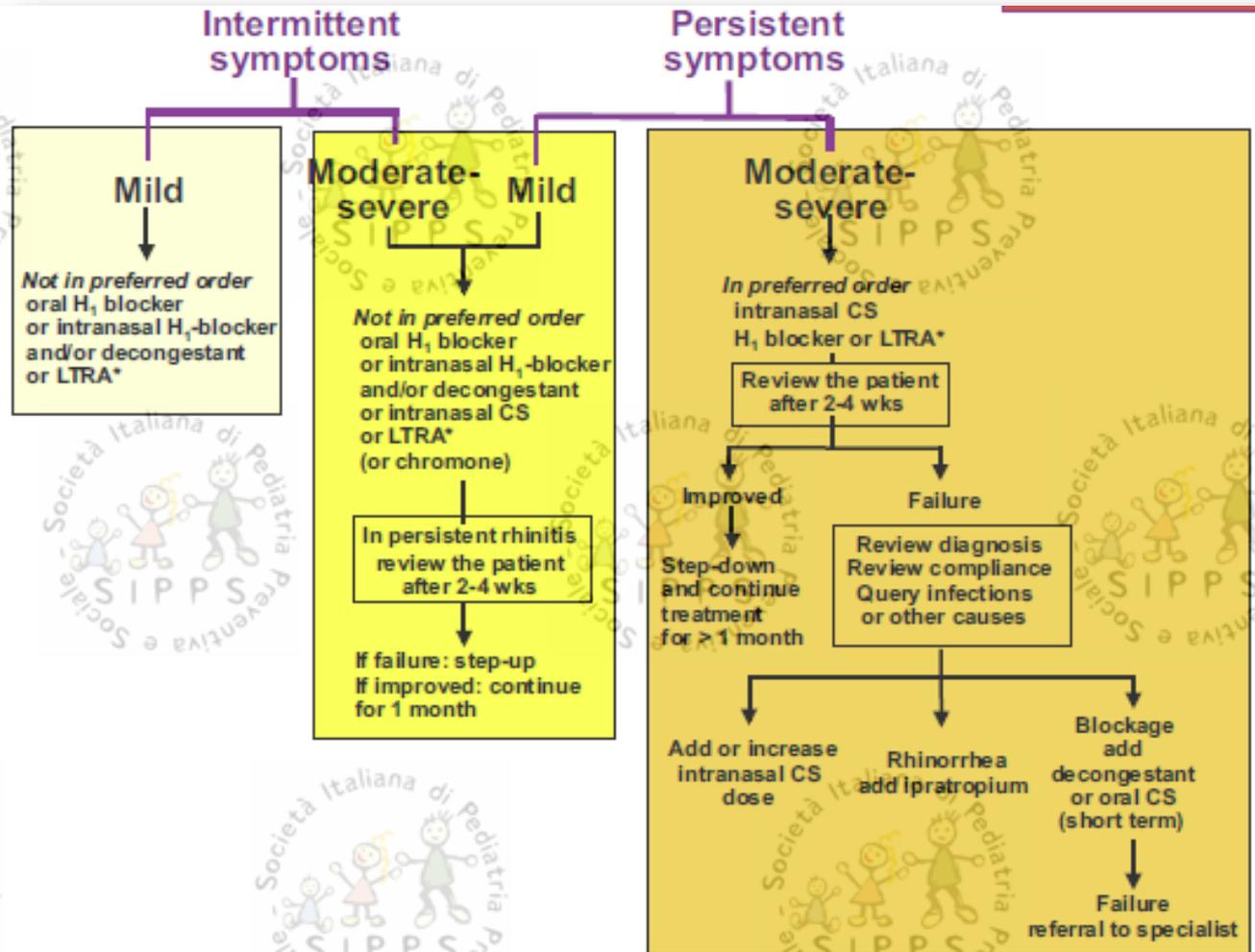
Steroide nasale
cromone nasale

Antistaminico non sedativo orale o locale

Decongestionante nasale (<10 giorni) o decongestionante orale

Allontanamento di allergeni e irritanti

Immunoterapia



Allergen and irritant avoidance may be appropriate

If conjunctivitis
 Add
 oral H1-blocker
 or intraocular H1-blocker
 or intraocular cromone
 (or saline)

Consider specific immunotherapy

Antistaminici H1 di I generazione

Classe	Descrizione	Esempi
Etilendiamine	Etilendiamine sono state il primo gruppo di antistaminici H1 ad essere sviluppati	Mepiramina Antazoline Mebidrolina (Incidal)
Etanolamine	La Difenidramina è stato il prototipo di questo gruppo. In questo gruppo si riscontrano significativi effetti anticolinergici, sedazione, mentre l'incidenza di effetti gastrointestinali è più ridotta	Difenidramina (Allergan, Benadryl) Carbinoxammina Doxilamina Clemastina (Tavegil) Dimenidrinato
Alchilamine	Le alchilamine presentano minori effetti sedativi e gastrointestinali, ma una significativa alta incidenza di effetti sul SNC	Feniramina (Inhiston) Clorfenamina (Trimeton) Dexclorfeniramina (Polaramin) Bromfeniramina (Ilvin, Diastil) Triprolidina Dimetindene (Fenistil)
Piperazine	Queste molecole sono strutturalmente correlate con la classe delle etilendiammine e con le etanolamine, e producono significativi effetti avversi di natura anticolinergica. Tali farmaci vengono utilizzati per combattere le vertigini, nausea e il vomito	Ciclizina (Marzine) Clorciclizina Idroxizina (Atarax) Meclizina Oxatomide (Tinset)
Triciclici e Tetraciclici	Strutturalmente correlati con gli antidepressivi triciclici	Prometazina (Farganesse, Fenazil) Alimemazina Ciproptadina (Periactin) Azatadina Ketotifene (Zaditen, Totifen)

Antistaminici H₁ di II generazione

Gli antistaminici anti-H₁ di II generazione, hanno un rapporto efficacia/sicurezza favorevole

Si differenziano dagli antistaminici di I generazione per:

- Maggiore potenza e selettività per H₁
- Maggiore durata d'azione
- Più rapido inizio d'azione

- Minore sedazione e disabilità
- Assenza di effetti anticolinergici

Antistaminici H1 di II generazione

Farmaco	Dose bambini	Dose adulti
Bilastina (<i>Ayrinal, Robilas</i>)	≥ 12 anni: 20mg/die	20mg/die
Cetirizina (<i>Zirtec, Cerchio</i>)	≥ 2-6 anni: 2,5mg x 2/die ≥ 6-12 anni: 5mg x 2/die >12 anni: 10mg/die	10mg/die
Desloratadina (<i>Aerius, Azomyr</i>)	≥ 6-12 anni: 2,5mg/die ≥ 12 anni: 5mg/die	5mg/die
Ebastina (<i>Kestine, Clever</i>)	≥ 12 anni: 10mg/die	10-20mg/die
Fexofenadina (<i>Telfast, Fixodin</i>)	≥ 12 anni: 180mg/die	180mg/die
Levocetirizina (<i>Xyzal, Levcetin</i>)	≥2-6 anni: 2,5mg/die ≥ 6-12 anni: 5mg/die >12 anni: 5mg/die	5mg/die
Loratadina (<i>Fristamin, Clarityn</i>)	>2-12 anni (con peso >30kg): 10mg/die	10mg/die
Mizolastina (<i>Mizollen, Mistamin</i>)	≥ 12 anni: 10mg/die	10mg/die
Rupatadina (<i>Rupafin, Pafinur</i>)	2-6 aa: 2,5 mg/die (soluzione 1mg/ml) ≥ 6-12 anni: 5mg/die	10mg/die

Corticosteroidi nasali

Tabella 1

Steroidi nasali: dosi raccomandate in pediatria

Molecola	Mometasone furoato	Fluticasone furoato	Fluticasone propionato	Budesonide	Beclometasone dipropionato
Biodisponibilità	<1%	≤1%	≤1%	11%	20%
Rapidità azione	7-11 ore	8 ore	8 ore	Da 24 ore a 2-3 giorni	2-3 giorni
Numero di erogazioni	60; 140	60; 120	60; 120	50; 100	100
Mcg per erogazione	50	27,5	50	50	100
Età	>6 anni	>6 anni	>4 anni	>6 anni	>6 anni
Dosaggio	50 mcg/die per narice	27,5 mcg/die per narice	50 mcg/die per narice	200 mcg/die per narice	200 mcg/die per narice
E.I. più frequenti	Cefalea, epistassi, faringite, bruciore al naso, irritazione e ulcerazione del naso	Epistassi, ulcerazione nasali, cefalea	Epistassi, secchezza/irritazione naso e gola, alterazioni olfatto e gusto, cefalea	Epistassi, irritazione nasale, starnuti, reazioni cutanee	Epistassi, secchezza/irritazione naso e gola, alterazioni olfatto e gusto, glaucoma, reazioni cutanee

Nuova indicazione pediatrica del Mometasone

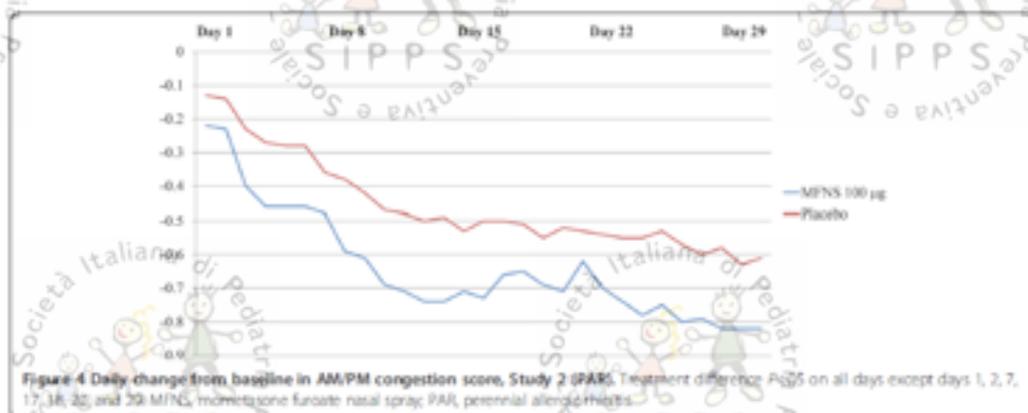
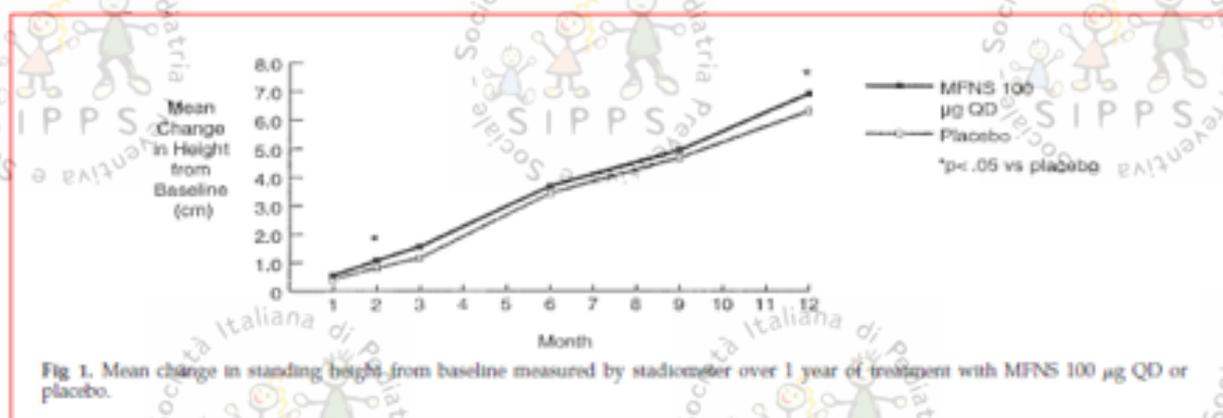


- Mometasone spray nasale è indicato nel trattamento dei sintomi della rinite allergica stagionale o perenne negli adulti e nei bambini dai 3 anni di età.

GU N° 14 del 2-2-2016

No effect on linear height over 12 months. Pediatrics, 2000

NESSUN EFFETTO MISURABILE SULLA CRESCITA LINEARE ANCHE IN ETA' PRECOLARE



EFFETTO SIGNIFICATIVO SULLA CONGESTIONE NASALE ANCHE NEI BAMBINI

Ages 3–11 years with perennial AR [PAR] ≥1 year)

FORZA DELLE RACCOMANDAZIONI PER ALCUNI FARMACI PER LA RINITE ALLERGICA



FARMACO	RINITE STAGIONALE		RINITE PERENNE	
	ADULTI	BAMBINI	ADULTI	BAMBINI
Antistaminico orale	A	A	A	A
Antistaminico nasale	A	A	A	A
Antistaminico oculare	A	A	B	B
Steroide nasale	A	A	A	A
Steroide orale	A	B	B	B
Steroide i.m.	A	B	B	B
Cromone nasale	A	A	A	B
Cromone oculare	A	A	B	B
NAAGA oculare	B	C	C	C
Decongestionante nasale	C	C*	C	C*
Decongestionante orale	A			
Decongestionante orale * antiH1	A	B*	B	B*
Anticolinergico			A	A

* Solo > 12 anni

Randomized placebo-controlled trial comparing fluticasone aqueous nasal spray in mono-therapy, fluticasone plus cetirizine, fluticasone plus montelukast and cetirizine plus montelukast for seasonal allergic rhinitis

VALORI MEDI (+ INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%) DELLE MEDIE DEI SINTOMI NASALI, NEL LORO COMPLESSO E SINGOLARMENTE ESAMINATI, DURANTE IL PERIODO DI OSSERVAZIONE (DA DI LORENZO ET AL, MODIFICATA)

TERAPIA	PTS	ONR	OND	RINORREA	STARNUTI	PRURITO
FTS	3 (2,8-3,1)	0,8 (0,7-0,9)	0,9 (0,8-0,9)	0,5 (0,5-0,6)	0,9 (0,8-0,9)	0,6 (0,5-0,7)
FTS + CTZ	2,8 (2,6-2,9)	0,7 (0,7-0,8)	0,8 (0,8-0,9)	0,6 (0,5-0,6)	0,8 (0,7-0,8)	0,5 (0,4-0,5)
FTS + MSK	3 (2,8-3,1)	0,7 (0,7-0,8)	0,8 (0,8-0,9)	0,6 (0,5-0,6)	0,8 (0,7-0,8)	0,6 (0,6-0,7)
CTZ + MSK	3,3 (3,1-3,5)	1,2 (1,2-1,3)	1,2 (1,2-1,3)	0,5 (0,5-0,6)	0,8 (0,8-0,9)	0,6 (0,6-0,7)
PLA	4,7 (4,5-4,9)	1,3 (1,2-1,3)	1,2 (1,1-1,3)	1,3 (1,2-1,3)	1,1 (1,1-1,2)	0,9 (0,8-0,9)

Legenda: PTS = punteggio totale dei sintomi; ONR = ostruzione nasale al risveglio; OND = ostruzione nasale diurna; FTS = fluticasone; CTZ = cetirizina; MSK = montelukast; PLA = placebo

Evidence-based Strategies for Treatment of Allergic Rhinitis

Jay M. Portnoy, MD, Tom Van Osdol, MD, and P. Brock Williams, PhD

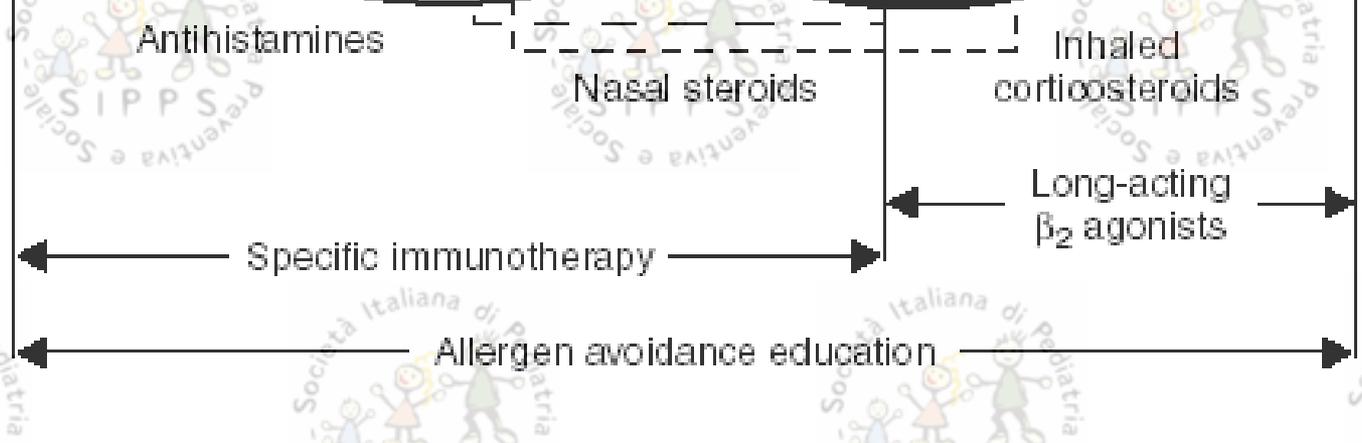
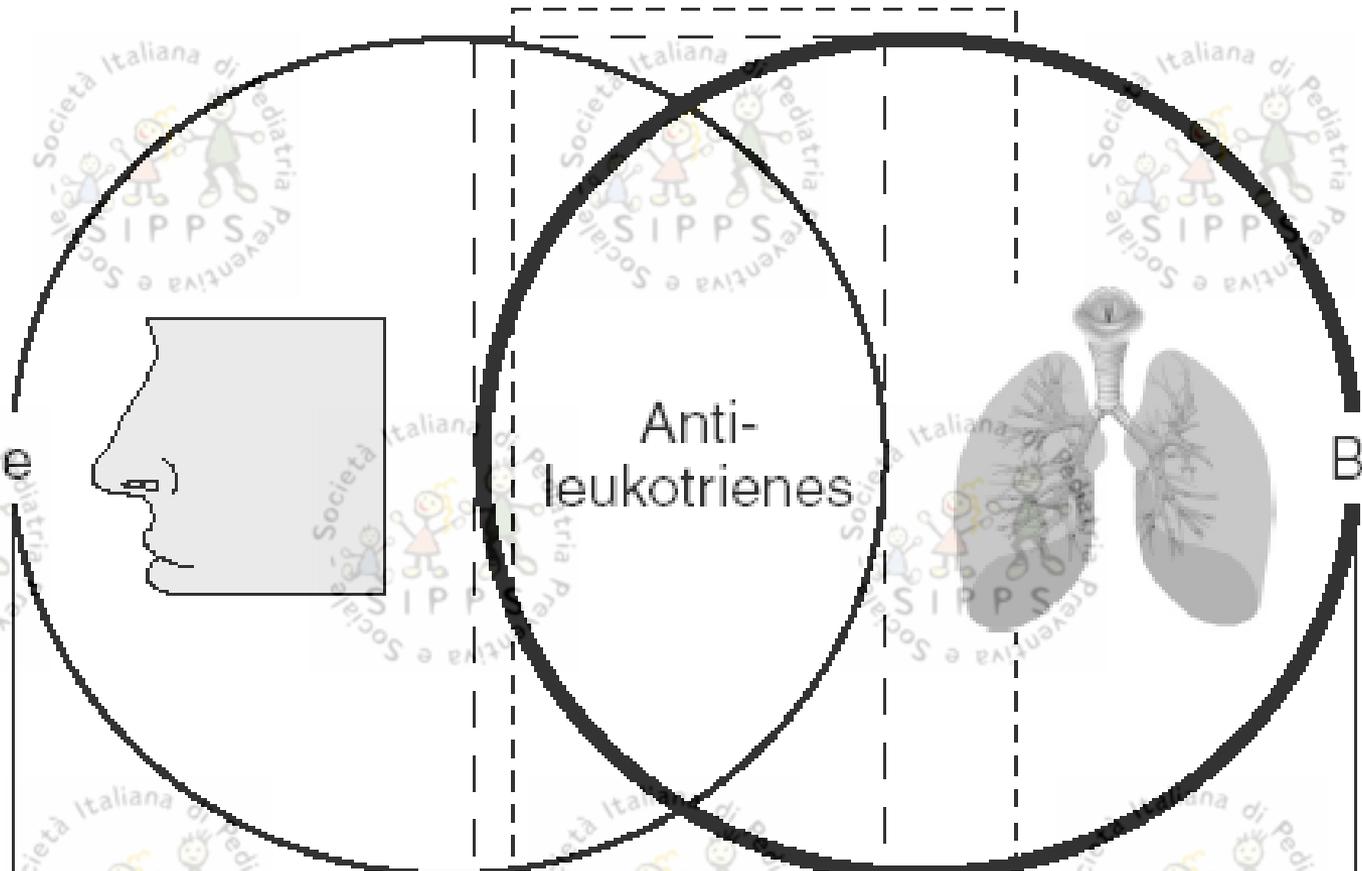
CURRENT **Allergy and Asthma** reports

2004, 4:439–446

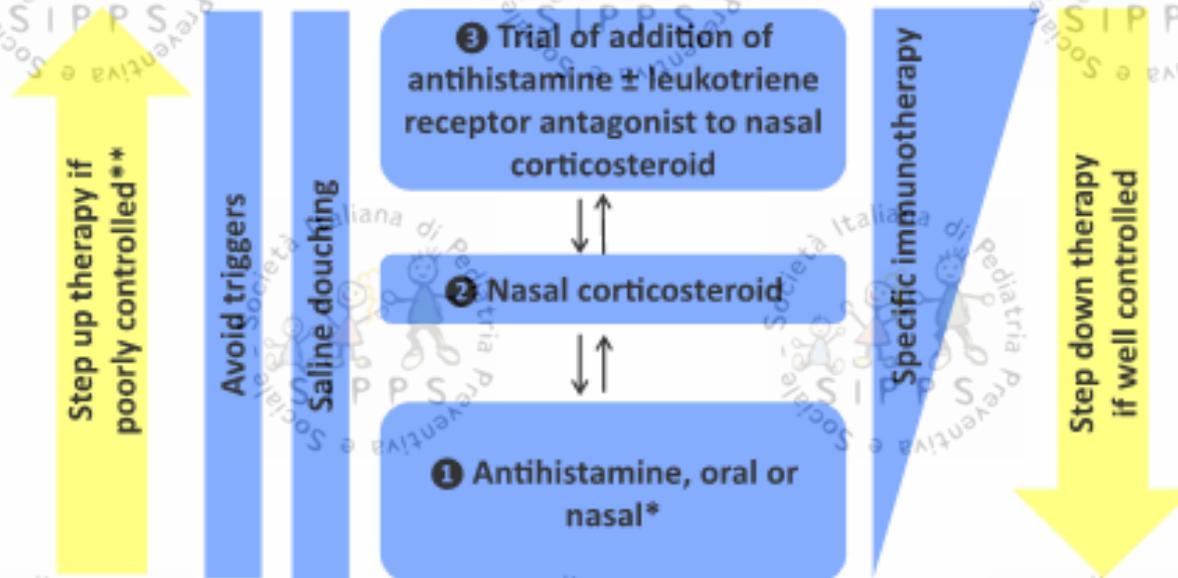
Treatment	Benefit	NNT	Harm	NNH
Antihistamine				
Cetirizine	0.112	8.9	0.03	33
Fexofenadine	0.066	15.2	0.013	77
Desloratadine	0.056	17.9	0.021	48
Loratadine	0.029	34.5	0.015	67
Class mean	0.066	15.2	0.02	51
Nasal sprays				
Triamcinolone	0.211	4.7	0.019	53
Fluticasone	0.168	6	0.015	67
Budesonide	0.207	4.8	0.03	33
Mometasone	0.33	3	0.019	53
Class mean	0.229	4.4	0.021	48
Nasal antihistamines				
Azelastine (daily)	0.16	6.3	0.031	32
Azelastine (twice daily)	0.2	5	0.046	22
Other				
Montelukast	0.07	14.3	0.006	167
Omalizumab	0.081	12.3	0.08	13
Immunotherapy	0.218	4.6	0.072	14

Steroidi nasali nella rinite allergica

- ▶ 1^a linea terapeutica nella rinite persistente moderato severa
- ▶ Sono i farmaci più efficaci sull'ostruzione nasale
- ▶ Sono sicuri, ma occorre valutare eventuali effetti inibitori sulla crescita staturale in caso di somministrazione contemporanea di steroidi in altri distretti corporei (naso, polmoni, orecchio)



Aspetti speciali: terapia in pediatria



Antistaminici orali di seconda generazione possono essere utilizzati dal secondo anno di vita

Antistaminici nasali possono essere utilizzati dal 12° anno di vita

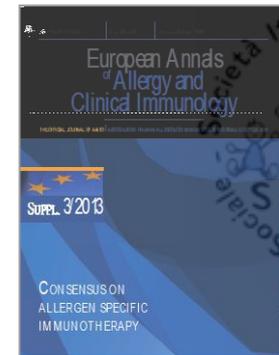
In Italia, gli steroidi nasali possono essere utilizzati dal terzo anno di vita (registrazione italiana)

Antileucotrieni possono essere utilizzati specialmente in caso di asma associato

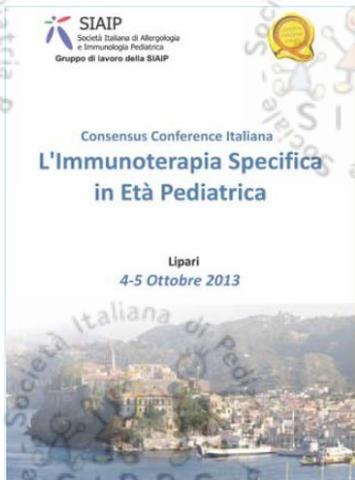
AIT: RECENTI DOCUMENTI ITALIANI

Italian Consensus on specific immunotherapy

- La via di somministrazione, SCIT o SLIT: ambedue hanno ampia evidenza di efficacia, la SLIT ha superiore sicurezza. La scelta deve essere discussa con il paziente dopo adeguata informazione.
- Il prodotto da utilizzare: l'efficacia dimostrata dai trial con un dato prodotto non può essere traslata ad altri, pur contenenti gli stessi allergeni, poiché le modalità di produzione degli estratti allergenici presentano ampie differenze e rendono i prodotti finali non paragonabili tra loro.



A. Musarra
M.B. Bilò
S. Bonini
G.W. Canonica



Sommario

**Immunoterapia con allergeni (AIT):
Consensus della Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica
(SIAIP) per la pratica clinica in pediatria**

Efficacy of Sublingual Immunotherapy for House Dust Mite Induced Allergic Rhinitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

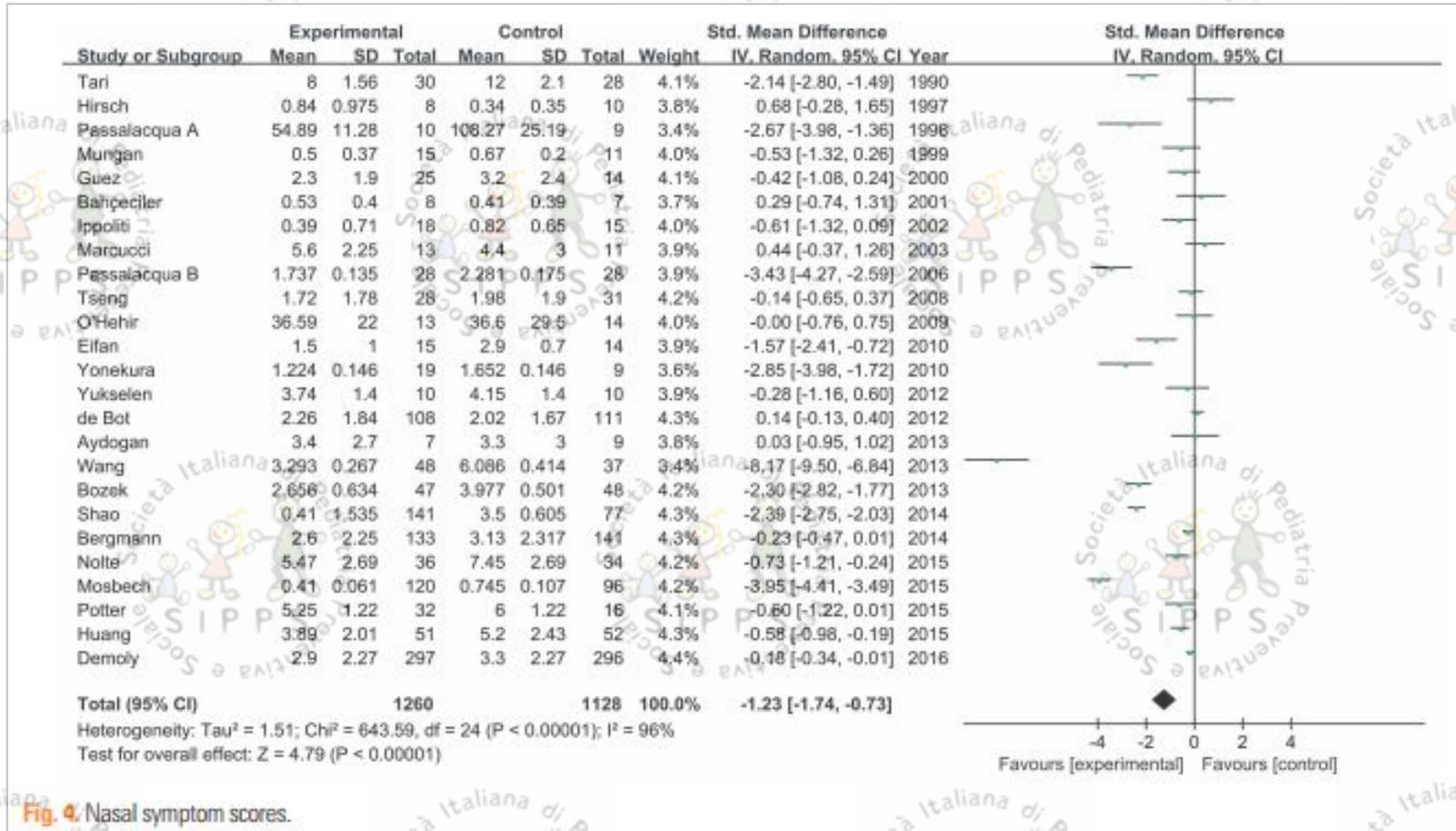


Fig. 4. Nasal symptom scores.

Efficacy of Sublingual Immunotherapy for House Dust Mite Induced Allergic Rhinitis: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials

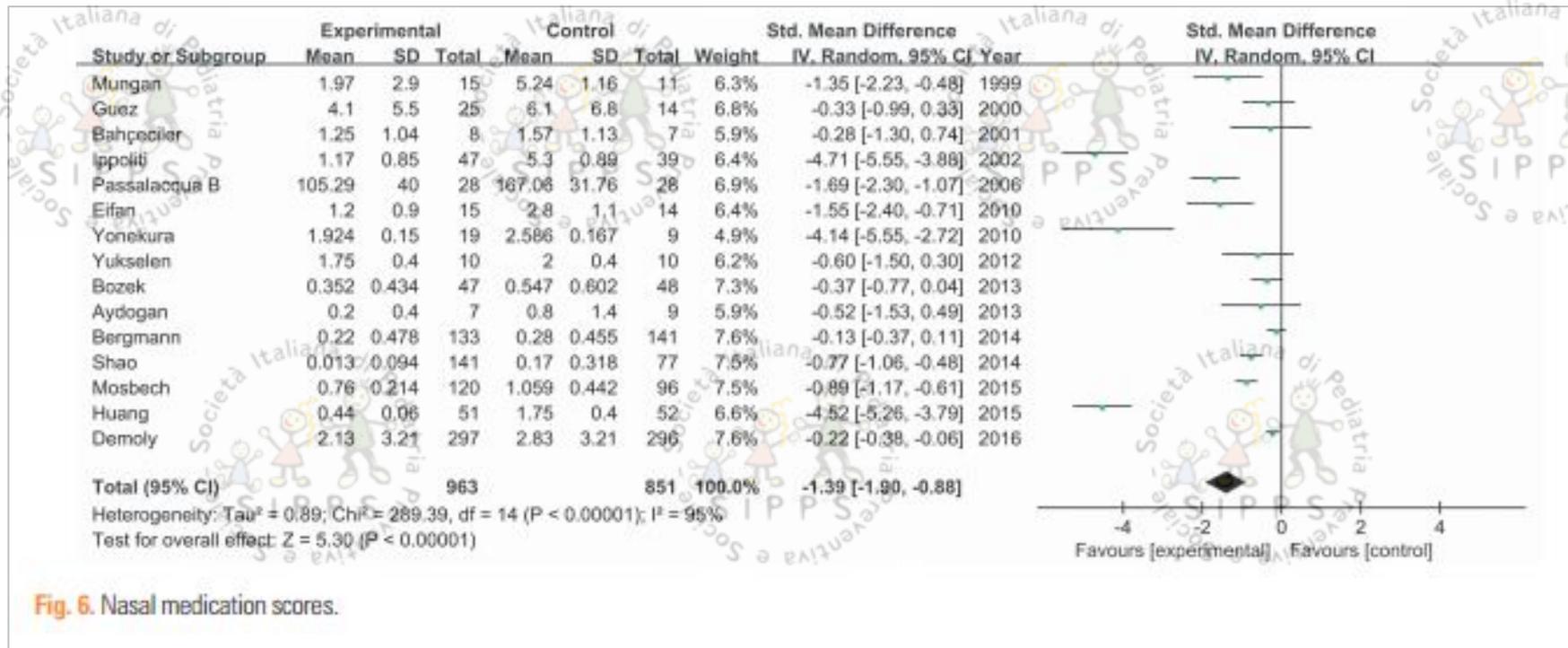


Fig. 6. Nasal medication scores.

AIT: prevenzione dello sviluppo di asma



Allergy immunotherapy for allergic rhinitis effectively prevents asthma: Results from a large retrospective cohort study

J Allergy Clin Immunol 2015 Dec;136(6):1511-6

Jochen Schmitt, MD, MPH,^a Kristin Schwarz,^a Erich Stadler,^a and Eike Gunther Wüstenberg, MD^b Dresden, Germany



118,754 pazienti con rinite allergica, senza asma

Nel 2006: 2431 ITS / 116,323 No ITS

Dal 2007 al 2012:

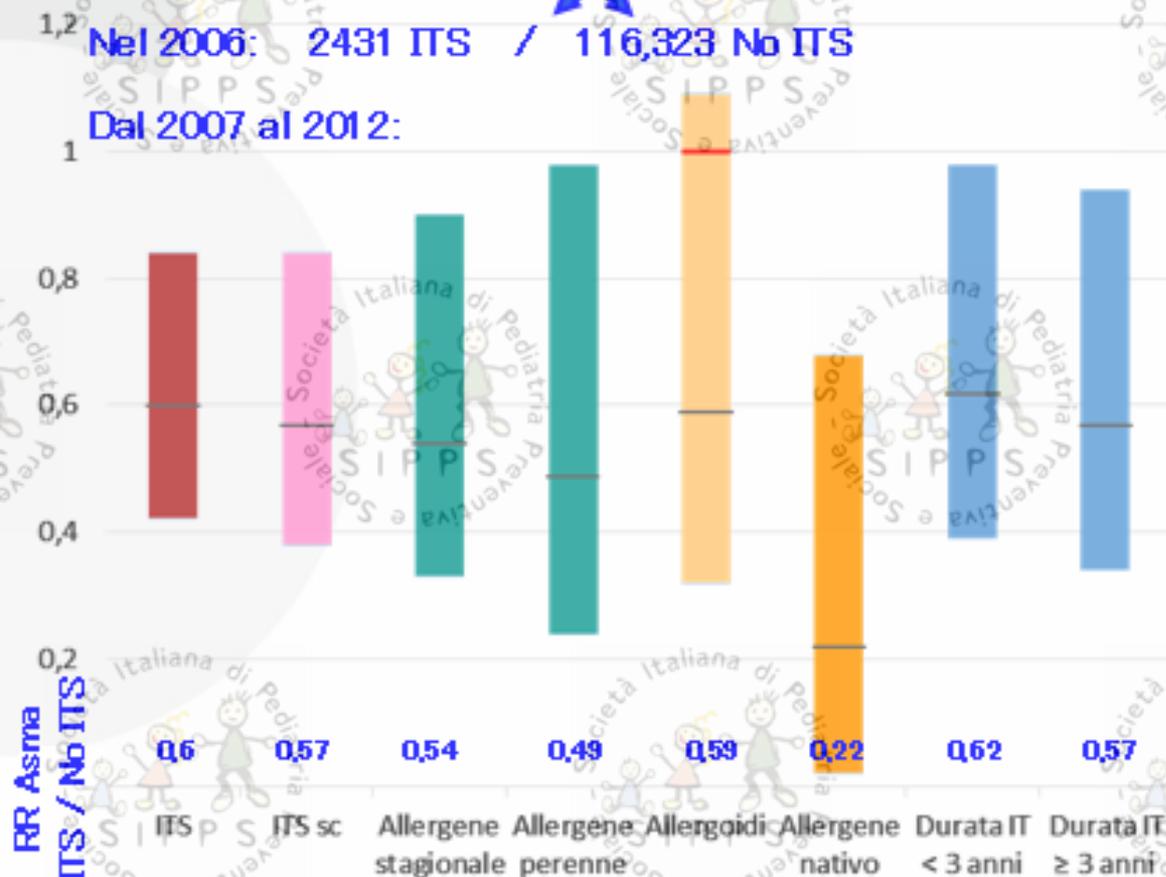


TABLE IV. Results of multivariate regression analysis: RRs of asthma in patients with AR

Exposure variable (reference)	Multivariate analysis (adjusted for age, sex, health care use because of AR, and prescribed antihistamines)		
	RR	95% CI	P value
Male sex (female)	1.09	0.99-1.20	.07
Age (per y)	0.98	0.97-0.98	<10 ⁻¹⁷
Prescriptions of antihistamines (none)			
First quartile	2.85	2.43-3.34	<10 ⁻¹⁷
Second quartile	1.99	1.74-2.28	<10 ⁻¹⁷
Third quartile	2.21	1.92-2.55	<10 ⁻¹⁷
Fourth quartile	2.26	1.95-2.63	<10 ⁻¹⁷
Health care use because of AR (first quartile)			
Second quartile	1.31	1.12-1.54	.00088
Third quartile	1.77	1.53-2.04	<10 ⁻¹⁷
Fourth quartile	1.83	1.57-2.15	<10 ⁻¹⁷
Exposure to AIT in 2006 (not exposed)	0.60	0.42-0.84	.003
Route of administration of SIT (no AIT)			
SCTT	0.57	0.38-0.84	.005
SLIT drops	0.43	0.14-1.33	.14
Combinations	1.22	0.52-2.90	.65
Kind of allergen of AIT (no AIT)			
Seasonal	0.54	0.33-0.90	.02
Perennial	0.49	0.25-0.98	.04
Combinations	0.88	0.47-1.63	.68
Preparation of AIT (no AIT)			
Modified allergens (allergoids)	0.59	0.32-1.09	.09
Native allergens	0.22	0.02-0.68	.009
Combinations	0.90	0.45-1.66	.73
Not classified	0.73	0.39-1.35	.35
Duration of AIT (no AIT)			
<3 y	0.62	0.39-0.98	.04
≥3 y	0.57	0.34-0.94	.03



DEFINIZIONE

La rinite allergica è una patologia della mucosa nasale indotta da una infiammazione IgE mediata conseguente all'esposizione allergenica.

SINTOMI TIPICI DI RINITE ALLERGICA

- Rinorrea acquosa
- Starnuti a salve
- Prurito nasale
- Ostruzione nasale
- Congiuntivite concomitante

CLASSIFICAZIONE (paziente non trattato)

Per durata dei sintomi

- Intermittente: < 4 giorni/settimana o < 4 settimane
- Persistente: > 4 giorni/settimana e 4 settimane

Per gravità dei sintomi

- Moderata-grave. Uno o più fra: alterazioni del sonno, limitazioni delle attività quotidiane, riduzione prestazioni lavorative/scolastiche, sintomi gravi.
- Lieve. Nessuna delle caratteristiche cliniche della forma moderata-grave.



DIAGNOSI

- Anamnesi personale (sintomi tipici) e familiare
- Rinoscopia anteriore
- documentazione della sensibilizzazione ad aeroallergeni e correlazione con la clinica

TERAPIA FARMACOLOGICA

- Prevalente ostruzione nasale: corticosteroide topico
- Prevalenti rinorrea e starnuti: antistaminico anti H1 non sedativo per os

FOLLOW-UP (controllo, non necessariamente visita, dopo 2-4 settimane)

- Se migliora: continua terapia precedentemente impostata
- Se non migliora: cambio o aggiunta di farmaco/invio a consulenza

COMORBILITA' RINITE-ASMA

- Nei pazienti con rinite persistente verificare la coesistenza di asma con anamnesi mirata (respiro sibilante, tosse secca, sintomi dopo esercizio, senso di oppressione al torace). Se positiva/suggestiva: spirometria. I pazienti con asma devono essere valutati per eventuale rinite concomitante.

IMMUNOTERAPIA SPECIFICA

- E' l'unico trattamento allergene orientato ad effetto precoce. Riduce i sintomi e il consumo di farmaci. Può modificare l'eventuale progressione da rinite ad asma. Ha un effetto long-lasting.

GUIDA PRATICA SULLE ALLERGIE

Napule è...

PEDIATRIA PREVENTIVA E SOCIALE



giuseppe.pingitore@gmail.com

