

# A

## ALLERGLOGIA

### La rinite in età pediatrica

*Federica Rota*

Nel mese di aprile 2016, presso l'Hotel Ritz di Roma è stato organizzato un incontro di aggiornamento dedicato in modo particolare ai medici pediatri, nell'ambito delle iniziative riguardanti il "polo pediatrico" nato presso la Bios alcuni anni fa e attivamente operante. Complice l'inizio della stagione primaverile e delle principali fioriture, si è parlato della rinite in età pediatrica e degli aspetti diagnostico-terapeutici ad essa connessi, sottolineando ancora una volta l'impegno della Bios nel campo della formazione e aggiornamento medico. Di seguito vengono riportati i punti più importanti trattati nel convegno e relativi ai vari aspetti diagnostico-terapeutici.

La rinocongiuntivite allergica è una patologia della mucosa nasale e congiuntivale indotta da un'inflammatione IgE-mediata conseguente ad esposizione allergenica. La rinite allergica, in particolare, è un problema sanitario globale in continuo aumento in tutto il

mondo: colpisce dal 5 al 35% della popolazione, con una massima incidenza in età adolescenziale, condiziona la vita sociale dei pazienti influenzando sul rendimento scolastico e lavorativo e, infine, determina costi economici rilevanti.

La prevalenza in Italia ai 6-7 anni è del 6,3% salendo al 15,6% dai 13 ai 14 anni dimostrando un trend in crescita. Tra i fattori di rischio, oltre alla predisposizione genetica, occorre menzionare le condizioni socio-economiche, la dimensione familiare e l'ordine di genitura (essere primogenito), l'ambiente urbano, l'esposizione ad inquinanti ambientali outdoor ed indoor, l'esposizione a fumo di tabacco durante la gravidanza e nel primo anno di vita, l'esposizione agli allergeni perenni indoor, la storia personale di infezioni o di atopia, la nascita durante la stagione pollinica, il ritardo nella scolarizzazione ( $\geq 4$ anni), l'obesità, l'uso di farmaci e le variazioni climatiche<sup>[1]</sup>.



Tra la moltitudine dei lavori che ha analizzato l'influenza dei diversi fattori ambientali, nel favorire l'espressione clinica della malattia, è stato emblematico un recente studio finlandese su una larga coorte di bambini sani che, contrariamente all'atteso, ha riscontrato che una precoce introduzione degli alimenti complementari al latte materno non solo non aumenta il rischio di sviluppare malattie allergiche a 5 anni di età, ma addirittura sembrerebbe diminuirlo<sup>[2]</sup>. Ancora contrariamente all'atteso, un altro lavoro sulla stessa popolazione finlandese ha evidenziato che, in bambini con familiarità allergica, l'aver animali in casa fin dalla nascita riduce, paradossalmente, il rischio di sviluppare malattie allergiche a 12 anni di età<sup>[3]</sup>.

Sintomi tipici della rinite allergica sono: rinorrea, ostruzione nasale, prurito nasale, starnutazione; quando vi è anche la presenza della sintomatologia congiuntivica questa è caratterizzata da lacrimazione e prurito oculare. I sintomi sono reversibili spontaneamente o con appropriato trattamento.

Gli allergeni più frequentemente in causa sono le Graminacee, la Parietaria, l'Artemisia, l'Ambrosia, l'Olivo, la Betulla con prevalenze diverse in base alla distribuzione geografica ed infine gli acari e gli animali domestici. In rapporto con l'allergene in causa, ci sono inoltre altre importanti differenze nelle manifestazioni cliniche: i sintomi legati all'allergia agli acari sono tipicamente più espressi nella stagione au-

tunno-invernale (ambienti chiusi) e a contatto con il materiale lettereccio, mentre nel pollinosico i sintomi ricorrono a ogni primavera e sono più espressi all'aria aperta. Oltre a questo, nella rinite da pollini prevalgono i sintomi "irritativi" (starnuti, abbondante secrezione acquosa nasale, iperemia/prurito congiuntivale e al palato molle), mentre in quella da acari prevalgono i disturbi ostruttivi. Infine, è ben noto che l'allergico all'acaro presenta la sintomatologia soprattutto al risveglio, quando "appoggia i piedi giù dal letto" (e non durante le ore del sonno, come si potrebbe ritenere), mentre il pollinosico manifesta la sintomatologia rinica specialmente fuori casa e con diversa intensità in rapporto alle variabili concentrazioni del polline durante l'arco della giornata.

Un aspetto estremamente importante in ambito pediatrico è la progressione e/o la coesistenza con l'asma; è pertanto estremamente importante che il bambino con rinocongiuntivite allergica abbia una diagnosi e una terapia precoce per interferire sulla progressione della malattia allergica, la cosiddetta "**marcia allergica**". Nel contempo deve essere valutata l'eventuale coesistenza dell'asma.

Nel differenziare le varie forme di rinite nel bambino va ricordato che in età prescolare sono più frequenti le forme infettive e nelle età successive quelle allergiche. È bene infatti sottolineare che nell'età prescolare i fattori che incidono sul naso "sempre chiuso" sono molteplici; tra i primi le infezioni respiratorie ricorrenti e le alterazioni anatomiche, come l'ipertrofia adenoidea e le parafisiologiche o scorrette conformazioni del maxillo-facciale con secondario, più o meno marcato, palato ogivale e strettezza delle cavità nasali.

La congiuntivite allergica, rappresenta la manifestazione più comunemente associata alla rinite e interessa circa la metà dei pazienti, soprattutto quelli con rinite da pollini o da epiteli di animali.

Un'altra manifestazione relativamente comune, che troviamo associata alla rinite allergica primaverile, è la cosiddetta **sindrome orale allergica (SOA)** che si caratterizza per la comparsa di disturbi alla mucosa orofaringea a seguito dell'ingestione di frutta e altri vegetali crudi: pizzicore, bruciore, prurito, fino a un lieve edema alle labbra.

Questa condizione è dovuta alla sensibilità allergica verso panallergeni condivisi tra i pollini e alcuni

vegetali. Il più delle volte il fastidio avvertito è lieve e non espone a rischi di gravi reazioni sistemiche; in ogni caso non impedisce di mangiare la frutta cotta, in quanto queste proteine sono denaturate anche dal calore. La diagnosi di rinite allergica si basa sulla concordanza tra dati clinici suggestivi e test diagnostici. I test cutanei (skin prick test) rappresentano l'indagine diagnostica di primo livello per la facile applicabilità, sensibilità, specificità e costo economico contenuto.

La ricerca di IgE allergene specifiche su siero potrà essere indicata in caso di discordanza tra anamnesi e test cutanei, o marcato dermografismo o dermatite atopica diffusa o ancora in pazienti in terapia con farmaci antistaminici. Per la diagnosi differenziale delle varie forme di rinite, sia nell'adulto che nel bambino è importante prendere in considerazione l'endoscopia nasale a fibre ottiche e la citologia nasale. La **citologia nasale** è una metodica non invasiva che riveste particolare utilità per distinguere i vari tipi di rinopatie sia nell'adulto che nel bambino e consente dunque di stabilire una terapia mirata ed efficace in quei pazienti che presentano il cosiddetto "naso ribelle".

Grazie a questo esame è possibile differenziare le rinopatie infiammatorie da quelle infettive, le rinopatie allergiche da quelle non allergiche e le rinopatie batteriche da quelle virali e micotiche. Per quanto riguarda le forme allergiche la prevenzione ambientale è una misura sempre utile da adottare a seconda dell'allergene in causa. In particolare per quanto riguarda l'acaro della polvere sembrerebbe più indicato un approccio globale che comprende il controllo dell'umidità e della ventilazione dell'ambiente, l'uso di adeguati coprimaterassi e copricuscini e di aspirapolveri con filtri HEPA.

La terapia farmacologica della rinite allergica deve essere impostata considerando la severità e la durata dei sintomi, l'efficacia, la disponibilità e il costo dei farmaci e le scelte del paziente. È proposto un approccio graduale in base alla severità e alla durata dei sintomi. Occorre ricordare che gli antistaminici agiscono prevalentemente sul sintomo rinorea e prurito nasale mentre gli steroidi nasali topici sono più efficaci sul sintomo ostruzione. Gli antistaminici e gli steroidi topici nasali sono pertanto i farmaci cardine della terapia della rinite allergica.

Gli antileucotrienici possono essere utilizzati se



coesistono sintomi di asma bronchiale; e possono migliorare il beneficio ottenuto con la terapia con anti-staminici e/o steroidi topici. L'immunoterapia specifica è il solo trattamento che permette attraverso una modulazione del sistema immunitario del paziente di alterare il corso naturale della rinite allergica e di ottenere la remissione per lungo tempo. L'ITS può essere somministrata per via sottocutanea (SCIT) o sublinguale (SLIT). La prescrizione dell'ITS richiede una precisa diagnosi di malattia IgE-mediata valutando la correlazione tra sensibilizzazione e sintomi.

Per utilizzare al meglio l'immunoterapia speci-

fica soprattutto in quei soggetti "polisensibili" che altrimenti verrebbero sconsigliati dall'effettuare tale approccio terapeutico oggi possono essere impiegate metodiche di laboratorio estremamente nuove e sofisticate come l'Allergene Microarray.

Le nuove tecniche di diagnostica molecolare consentono di definire meglio il profilo allergenico del singolo paziente e questo risulta di estremo interesse poiché discriminando tra co-sensibilizzazione e cross-reazione è possibile scegliere l'immunoterapia più idonea per il singolo paziente con risultati sicuramente migliori rispetto al passato.

#### **Bibliografia**

1. Progetto ARIA - Rinite Allergica e suo impatto sull'Asma. [www.progetto-aria.it](http://www.progetto-aria.it)
2. Nwaru BI, Takkinen HM, Niemelä O, et al. Introduction of complementary foods in infancy and atopic sensitization at the age of 5 years: timing and food diversity in a Finnish birth cohort. *Allergy* 2013;68(4):507-16.
3. Lodge CJ, Lowe AJ, Gurrin LC, et al. Pets at birth do not increase allergic disease in at-risk children. *Clin Exp Allergy* 2012;42(9):1377-85.