

*a cura del dott. Piero Polcino, Specialista in Pediatria; Esperto di sub-specialità pediatriche quali: Allergo-Immunologia; Dermatologia; Malattie delle alte e basse vie respiratorie. Responsabile Ambulatorio di Dermatologia Pediatrica presso l'A.O. "G. Rummo" di Benevento*



Dott. Piero Polcino

La Rinite Allergica ha una frequenza elevata. Colpisce circa il 10% dei bambini ed il 20% degli adolescenti-adulti. Si va da soggetti con forme tanto lievi da non necessitare di terapia, a soggetti con forme che per gravità e persistenza richiedono grossa esperienza da parte del pediatra competente in allergologia per poter essere curati al meglio.

Prima dei tre anni di vita la Rinite Allergica è raramente osservabile nei suoi sintomi più tipici, molto più spesso, invece, comincia a manifestarsi appena prima dell'età scolare e raggiunge il picco di massima espressione clinica in età adolescenziale (11-14 anni).

Al riguardo mi preme evidenziare che il divenir positivo delle prove allergiche cutanee (PRICK-TEST) o anche delle prove allergiche su sangue (RAST) avviene mediamente 2 o 3 anni prima che inizino i classici sintomi clinici, per cui se un bambino dell'età prescolare, in cui si sospetti una rinite di natura allergica, risulta negativo ai PRICK, si può escludere che quella rinite sia dovuta ad allergia., e non rifugiarsi invece, nella errata ma non del tutto ancora abbandonata convinzione, anche da qualche allergologo pediatra o dell'adulto, che "il bambino è troppo piccolo per fare prove allergiche" e perciò non risulta positivo. Al massimo, la reazione cutanea sarà ancora di piccola dimensione (più piccolo è il bambino, più piccola è la reazione visibile), ma MAI sarà del tutto negativa nel soggetto affetto da allergia anche nel primo anno di vita.

La sensibilizzazione ad un allergene (acaro, polline, muffa) dipende sia da fattori genetici che ambientali. Tramite la genetica, infatti, è possibile capire perché esistono, di fatto, famiglie in cui tutti presentano Rinite Allergica alle graminacee ed altre dove tutti invece sono allergici alla parietaria (erba di muro).

I fattori ambientali sono costituiti da:

- Il tipo di allattamento ricevuto;
- Le infezioni;
- La più o meno precoce esposizione ad un tipo di allergene (mese di nascita);
- L'inquinamento;

- Il tempo di esposizione.

In età pediatrica, tra tutti questi elencati, il più importante è : Il tempo di esposizione all'allergene. Questo, di fatto, spiega perché il bambino, nel corso degli anni prescolari-scolari, presenti positività ai PRICK, prima agli allergeni perenni (presenti e quindi respirati per gran parte dell'anno) quali: Acari della polvere di casa; Parietaria; Epiteli (peli e piume) di animali che vivono costantemente in casa e poi agli allergeni stagionali (presenti e quindi respirati solo per qualche mese all'anno) quali: Pollini di graminacee e oleacee; Muffe.

Inoltre, tra gli stessi pollini, in base al luogo in cui si vive, ad esempio SUD o NORD, ci si allergizza prima verso quelli a più larga diffusione (al Sud: Parietaria) e poi a quelli a più bassa diffusione. Altrettanto importante è la lunghezza del periodo di impollinazione: ci si allergizza prima ai pollini a maggior durata di impollinazione (Oleacee, Graminacee, Parietaria) e poi a quelli con più breve periodo di impollinazione (Alberi) ed è proprio in base a questa ultima osservazione che in età pediatrica gli allergici ai pollini degli alberi sono estremamente vari.

## **Classificazione**

La Rinite Allergica viene comunemente classificata in:

### **1. RINITE ALLERGICA PERENNE**

La Rinite Allergica Perenne è la forma più frequente nei primi dieci anni di vita. L'acaro delle polveri di casa (nome scientifico DERMATOPHAGOIDES PTERONYSSINUS), gli epiteli di gatto o cane (ma solo se l'animale vive in una o più case frequentate quotidianamente dal bambino), la parietaria (solo se il soggetto vive in zone in cui la stessa è presente: vecchie mura, etc.) sono, in pratica, gli unici allergeni che, personalmente, testo quando eseguo i PRICK ai bambini in cui sospetto una rinite di possibile natura allergica e che presentino sintomi in quasi tutti i mesi dell'anno. Solo agli adolescenti-adulti aggiungo anche gli "Alberi" presenti nella nostra regione.

La Rinite Allergica da Acari inizia a dare disturbi evidenti in media, dopo i 4 anni di età e raggiunge la massima espressione negli anni della scuola dell'obbligo.

Il sintomo più specifico, quello che io chiamo campanello d'allarme, in accordo con la Scuola di Allergologia Pediatrica dell'Università di Trieste, da cui deriva la mia formazione allergologica, è la cosiddetta toilette nasale mattutina: il bambino si sveglia al mattino, scende giù dal letto e comincia a fare serie di starnuti e contemporaneamente a strofinarsi energicamente il naso con il palmo della mano e a corrugare bocca e naso, continuando a farlo, nei casi più importanti, anche nelle successive ore della mattina.

Tale "toilette" è dovuta al fatto che gli acari che vivono nel materasso e nel cuscino, in quanto si nutrono della desquamazione della nostra pelle, durante le ore di sonno notturno vengono respirati/aspirati dal naso del bambino allergico, causandone infiammazione e chiusura. In pratica, i sintomi mattutini citati (starnuti e strofinii) sono manovre fatte nel tentativo di riaprire il naso.

Detto del sintomo più rappresentativo, mi preme sottolineare altri tre aspetti fondamentali nella comprensione delle problematiche legate alla Rinite Allergica Perenne;

a) La componente occhi (congiuntivite con lacrimazione e prurito) è quasi del tutto assente nella rinite

allergica da acaro, essendo invece, sempre e obbligatoriamente presente ai fini della giusta diagnosi, nella Rinite Allergica primaverile da Pollini.

b) L'inflammatione cronica aumenta anche la sensibilità della mucosa nasale a svariati fattori esterni non allergenici quali: cambi bruschi di temperatura, fumo di sigarette o camino, polveri inerti ( per esempio gesso della lavagna), per cui si possono scatenare quasi in egual maniera i disturbi tipici della chiusura nasale.

c) I sintomi della Rinite Allergica Perenne sono in generale meglio sopportati dai bambini che dagli adulti, questo comporta spesso una sottovalutazione sia da parte dei genitori che del medico dei disturbi collegati all'ostruzione cronica del naso con conseguente ritardo nella diagnosi.

Vanno pertanto valorizzati per il giusto sospetto diagnostico i sintomi di seguito elencati, più o meno associati tra di loro, e tutti causati dalla chiusura nasale cronica e dalla conseguente anomala respirazione a bocca aperta:

1. Facile stancabilità psico-fisica diurna per sonno disturbato e quindi poco riposante.
2. Insuccesso scolastico da difficoltà di attenzione-concentrazione per i continui sintomi nasali.
3. Problemi psico-sociali: Insegnanti e compagni disturbati dai rumori nasali e dall'alitosi, poco gradevole.
4. Perdita dell'appetito per nausea conseguente alla frequente deglutizione del muco nasale.
5. Mal di gola, difetti di olfatto e a volte disturbi del linguaggio.
6. Alterazioni nello sviluppo del massiccio facciale con malocclusione dentaria secondaria.

## **2. RINITE STAGIONALE**

Verso gli 8-9 anni di età (raramente prima) aumenta il numero di bambini che presenta sintomi da Rinite Allergica, che si manifestano, o soltanto nei mesi primaverili (Rinite stagionale), oppure che durante la primavera si sovrappongono ai sintomi rinitici già presenti in autunno/inverno.

La sintomatologia naso-oculare può variare ampiamente:

1. da stagione a stagione in rapporto alle condizioni climatiche: se la primavera è molto piovosa si avrà un minor numero di pollini circolanti nell'aria (la pioggia li abbatte a terra) e quindi minor reattività clinica;
2. nell'ambito della stessa primavera il polline è più presente nell'aria nelle giornate secche e ventose;
3. in dipendenza dal luogo in cui si vive: vi è maggior concentrazione di pollini in pianura che non in collina/montagna, nei piccoli paesi che non nelle grandi città.

## **3. RINITE ALLERGICA EPISODICA**

Come la stagionale, è caratterizzata dai sintomi naso-oculari, ma i pazienti affetti li presentano solo episodicamente. Ad esempio è tipica dei soggetti allergici al pelo di animali che non hanno l'animale in casa, ma che ogni volta che lo contattano in casa di amici/parenti manifestano crisi naso-oculari immediate ed esplosive.

Nei casi predetti la componente occhi è ancora più eclatante con imponente gonfiore palpebrale e infiammazione congiuntivale (chemosi).

Anche il soggetto moderatamente allergico può presentare rinite episodica, con sintomi manifesti solo in presenza di grosse quantità di allergene (gita in campagna in giornata secca e ventosa per gli allergici ai pollini, oppure dormire fuori casa su materassi vecchi per gli allergici all'acaro).

## **PREVENZIONE E TERAPIA**

Mi preme sottolineare subito che al riguardo darò indicazioni precise e dettagliate sulle misure da adottare per evitare l'allergene in causa. Darò invece, solo delle indicazioni di massima sulla terapia farmacologica, in quanto questa va mirata paziente per paziente, in base all'importanza dei sintomi presentati.

La cura della rinite allergica si basa, quindi, su due momenti fondamentali:

1. Evitare il contatto con l'allergene in causa (prevenzione).
2. Terapia farmacologica.

## **PREVENZIONE**

### **? ALLERGIA ALL'ACARO**

#### ***1 – Utili ed indispensabili: fodere antiallergiche copri materasso e cuscino.***

Riducono di molte centinaia di volte la quantità di acaro inspirato dando un evidentissimo beneficio clinico.

Le uniche fodere che hanno proprietà antiallergiche dimostrate, ossia totale impermeabilità agli acari, comfort per il paziente essendo morbide e traspiranti, durata superiore ai venti anni, sono quelle in microfibra a trama fitta, ossia con pori che non debbono avere un diametro superiore a 10 millimicron.

In Italia, in commercio, ve ne è un solo tipo che risponde a queste caratteristiche, tutte le altre (in tessuto non tessuto o di altro materiale) hanno un modestissimo effetto di barriera antiacaro e quindi, in pratica, modestissima efficacia clinica.

Con questo tipo di fodere l'acaro, come ben si può comprendere, non può più uscire dal materasso-cuscino per nutrirsi delle squamette della nostra pelle e quindi essere respirato-inspirato dal soggetto allergico.

Da tenere inoltre ben presente che l'uso di queste fodere, libera dalla schiavitù di eliminare dalla stanza da letto tappeti, tende, etc, perché l'acaro non potendo uscire più dal materasso-cuscino non andrà a depositarsi sopra di essi (Journal of Allergy and Clinical Immunology 2007).

#### ***2 – Abbastanza utili: apparecchi aspirapolvere.***

Vanno usati una volta a settimana specie sui divani, ma debbono essere quelli dotati di filtro HEPA, i comuni aspirapolvere con sacchetto di carta e non muniti di filtro sono addirittura controproducenti: i pori dei sacchetti sono così grandi da far fuoriuscire qualsiasi allergene aumentandone quindi la concentrazione nell'aria inspirata dal soggetto allergico. In alternativa ad essi, meglio usare gli stracci umidi per eliminare la polvere.

#### ***3 – Inutili: acaricidi (sostanze chimiche che ucciderebbero l'acaro).***

Nessuno studio scientifico ne ha mai dimostrato l'efficacia, tra l'altro una volta messe su materasso e

cuscino le fodere antiallergiche, risulta del tutto inutile l'uso dell'acaricida. Personalmente non li consiglio mai.

**4 – Assolutamente insufficienti allo scopo: materassi di lattice o di altro tipo spacciati dalla pubblicità come antiallergici.**

I materassi in lattice, dopo poche settimane di uso contengono acari da 4 a 8 volte in più di qualsiasi altro materasso (sic!). Tra l'altro il soggetto allergico potenzialmente potrebbe allergizzarsi al lattice stesso.

**5 – Utile: lavare coperte e lenzuola ogni 4-6 settimane a temperatura superiore a 60 gradi.**

A tale temperatura gli acari eventualmente residuati nelle stesche vengono uccisi.

**? ALLERGIA AL PELO DEGLI ANIMALI**

Purtroppo, a mio avviso, l'unica misura efficace è non avere l'animale in casa, nel contempo mi piace sottolineare che gli animali che vivono fuori casa non causano problemi di rilievo e possono essere mantenuti. Nel caso specifico di allergie al pelo di gatto è utile coprire il materasso-cuscino con le fodere antiallergiche in quanto il pelo del gatto viene introdotto nella casa del soggetto allergico perché presente sui vestiti di amici-parenti che posseggono l'animale ed il pelo può incastrarsi sulle fibre esterne del materasso-cuscino.

**? ALLERGIA AI POLLINI**

Ritengo opportuno durante la primavera:

1. evitare il più possibile gite in campagna nelle giornate primaverili secche e ventose e quindi a più forte concentrazione pollinica nell'aria respirata;
2. tenere porte e finestre chiuse nelle ore della giornata più ricche di pollini aereodispersi (metà mattinata e metà pomeriggio);
3. evitare di usare frequentemente biciclette o motorini;
4. evitare di viaggiare in macchina a finestrini aperti: utile far montare sulla stessa gli appositi filtri antipolline;
5. evitare luoghi in cui nella giornata è stata tagliata l'erba di recente e quindi messa in circolazione quantità rilevante di pollini;
6. praticare lavaggio dei capelli ogni sera: i pollini durante il giorno si depositano sui capelli venendo poi respirati durante la notte.

**? ALLERGIE ALLE MUFFE**

1. bonificare gli ambienti domestici con sostanze antimuffe (va già bene lavare "le macchie" con la comune candeggina);
2. diminuire nettamente le piante di appartamento;
3. deumidificare gli ambienti.

**TERAPIA FARMACOLOGICA**

- **RINITE ALLERGICA PERENNE**

Il naso chiuso è causato da infiammazione-ostruzione per cui, a mio giudizio, la terapia migliore è costituita dai cortisonici spray intranasali. Quelli di ultima generazione hanno bassissima biodisponibilità (ne arriva poco nel sangue) per cui possono essere usati per periodi prolungati senza avere importanti effetti collaterali. Discretamente utili, mai in mono terapia, gli antistaminici perché agiscono poco sulla componente infiammazione-ostruzione ma prevalentemente sulla componente secretoria (starnuti, prurito e rinorrea), assai poco presente nella rinite perenne.

- **RINITE ALLERGICA STAGIONALE**

Gli antistaminici di terza e quarta generazione sono in questo caso i farmaci di prima scelta. Vanno iniziati appena si manifestano i primi sintomi della rinite. Tengo ad evidenziare che giudico poco efficace e nello stesso tempo scorretto quando vedo prescriberli solo al bisogno per periodi brevissimi e non in maniera continuativa essendo, tra l'altro, privi di effetti collaterali così come riportato in tutte le linee guida internazionali.

Due parole su una categoria di farmaci attualmente molto di moda nella penna di tanti allergologi e che personalmente non prescrivo mai: gli antileucotrieni. I lavori apparsi negli ultimi anni nella letteratura internazionale, e mi riferisco a quelli non sovvenzionati dalle aziende farmaceutiche produttrici dei farmaci suddetti, ci dicono che forse funzionano ma sicuramente in misura assai limitata, ad esempio apportano un miglioramento del 5% del nasal score, che tradotto in parole povere significa che il soggetto allergico che in assenza di qualsiasi terapia fa 100 starnuti al giorno prendendo questi farmaci ne fa 95. Il gioco vale la candela?

Per finire accennerò brevemente ai cosiddetti vaccini anti allergici del linguaggio popolare (immunoterapia), che debbono essere somministrati per almeno 3-5 anni, con notevole esborso economico.

Negli ultimi anni se ne è molto ridimensionato l'uso non tanto perché non diano un seppur modesto beneficio clinico, ma quanto perché questo beneficio scompare del tutto a breve distanza (1-2 anni per l'acaro, 2-3 anni per i pollini, come segnalato ormai da svariati studi scientifici). Il gioco vale la candela? Tra l'altro l'associazione delle misure di prevenzione con le giuste terapie ben condotte e mirate su ogni singolo paziente (durata, dosaggi e oculata strategia di associazione) hanno in pratica escluso il bisogno di ricorrere alla immunoterapia se non per casi particolari e quindi assai raramente.

Concludo dicendo che la prevenzione e la terapia attuate in età pediatrica-adolescenziale possono essere trasportate quasi integralmente anche in età adulta.

*fonte: In Salute (Emimedia Edizioni)*