

Lavori originali

LE ALLERGOPATIE RESPIRATORIE NELLA PROVINCIA DI REGGIO EMILIA

F. MENZELLA, A. ROGGERI, N. FACCIOLOGO, G. FERRARI, M. G. SCACCHETTI, L. ZUCCHI

U. O. C. Pneumologia - Arcispedale Santa Maria Nuova - Reggio Emilia

RIASSUNTO

Introduzione

L'incidenza e la severità delle allergopatie respiratorie e delle altre patologie atopiche sono in aumento. Inoltre, il 20-40% dei soggetti rinitici presenterebbe asma, mentre il 30-90% degli asmatici sarebbe affetto anche da rinite.

Metodi

Abbiamo valutato 600 pazienti (308 femmine, 292 maschi, età media 35 anni, range 2-80) affetti da asma e/o rinite allergica. E' stata effettuata una valutazione clinica comprendente anamnesi, esame obiettivo, skin prick tests, spirometria.

Risultati

Il 23,5% era affetto da asma e rinite, il 20,3% solo da asma e il 38% da oculorinite. Il 29% presentava una monosensibilizzazione, mentre il 71% era poliallergico. Infine, l'80,3% degli asmatici presentava sintomi persistenti, contro il 47,8% dei rinitici ($p=0.000$).

Conclusioni

I nostri dati evidenziano un elevato numero di soggetti in cui le due patologie sono associate. La quasi totalità dei pazienti è risultata poliallergica. Inoltre, la stragrande maggioranza degli asmatici presentava sintomi cronici, fatto spiegabile con l'alta incidenza di sensibilizzazione agli acari e/o di polisensibilizzazioni.

RESPIRATORY ALLERGIES IN REGGIO EMILIA AREA

SUMMARY

Background

The incidence and severity of allergic respiratory diseases and other atopic disorders are increasing. 20 to 40% of patients affected with rhinitis would be asthmatics as well, while 30 to 90% of asthmatics would be affected also with rhinitis.

Methods

We evaluated 600 patients (308 females, 292 males, mean age 35 years, range 2-80) with asthma and/or allergic rhinitis. They underwent a thorough clinical evaluation including history, physical examination, skin prick tests and spirometry.

Results

23,5% of patients was affected with both asthma and rhinitis, 20,3% only with asthma and 38% only with rhino-conjunctivitis. 29% of them was sensitized only to one allergen, while 71% showed sensitisation to multiple allergens. Symptoms were perennial in 80,3% of asthmatics patients while only 47,8% of patients affected with rhinitis reported chronic symptoms

Conclusions

Our data show that asthma and rhinitis are associated in a high percentage of subjects. The vast majority of patients had sensitisation to multiple allergens. Most of the

asthmatics had chronic symptoms, probably due to the high incidence of sensitisation to house dust mites and of multiple sensitisations

Key Words: allergy, asthma, rhinitis, symptoms

INTRODUZIONE

L'asma bronchiale è una malattia cronica infiammatoria delle vie aeree che colpisce circa 100 milioni di persone a livello mondiale.

Numerosi studi clinici hanno evidenziato come l'asma bronchiale, la rinite allergica e le altre patologie atopiche stiano aumentando di prevalenza e gravità; l'asma colpisce una percentuale compresa fra il 4% e l'11% della popolazione generale mentre la rinite allergica ha una prevalenza che varia fra 10% e il 30% (1,2).

La rinite allergica è l'allergia respiratoria con la prevalenza maggiore, poiché attualmente colpisce dal 10% al 30% degli adulti e il 40% dei bambini, anche se è probabile che sia un dato sottostimato, poiché molti non ricorrono a cure mediche.

Secondo lo studio policentrico TOSCA (Tridimensional Observational Study on Clinical Allergy), la rinite, negli studi prospettici del 2001, rispetto a quelli retrospettivi del 2000, è apparsa aumentata dal 37,1% al 53% e la congiuntivite dal 54% al 69,9% nei soggetti atopici esaminati (3).

L'incidenza di tale patologia sembra notevolmente aumentata negli ultimi decenni, soprattutto nelle nazioni industrializzate, forse a causa del cambiamento ambientale; è stato dimostrato ad esempio, che i prodotti della combustione dei motori diesel favoriscono l'insorgenza di allergopatie respiratorie, agendo come adiuvanti sulla sintesi delle IgE (3).

L'asma bronchiale si associa frequentemente alla rinite (30-40% dei casi), sia all'inizio che a distanza di anni dall'esordio dei sintomi, ed anche in assenza di sintomi bronchiali è spesso documentabile la presenza di iperreattività bronchiale aspecifica (4). Studi retrospettivi hanno messo in evidenza che è la rinite che più spesso precede l'asma. I pazienti con rinite persistente sembrano avere livelli più elevati di iperreattività bronchiale aspecifica rispetto a quelli con rinite intermittente, anche in assenza di sintomi clinicamente evidenti (5).

Sono state ipotizzate diverse teorie riguardo i meccanismi patogenetici: riflesso naso-bronchiale, scolo retro-nasale, assorbimento di cellule e mediatori dal naso nella circolazione sistemica, riduzione della funzione di filtro

del naso.

Attualmente si tende a considerare l'asma e rinite come manifestazioni di una stessa patologia delle vie aeree ("One airway- One disease"); infatti, il 20-40% dei soggetti rinitici presenta asma, mentre il 30-90% degli asmatici è affetto anche da rinite (6-8).

Lo scopo dello studio è stato quello di valutare la comorbidità della rinite allergica e dell'asma in una popolazione prevalentemente di giovani adulti, valutando al contempo il numero e il tipo di sensibilizzazioni allergiche nelle due patologie.

METODI

Abbiamo valutato tutti i pazienti afferiti al nostro ambulatorio di allergologia respiratoria in un periodo compreso fra settembre 2004 e maggio 2005 e affetti da asma e/o rinite allergica (600 pazienti, 308 femmine, 292 maschi, età media 35 anni, range 2-80).

La diagnosi di rinite è stata posta in base alla presenza di episodi ricorrenti di rinorrea, starnutazione, congestione e prurito nasale, con o senza scolo retronasale. La diagnosi di asma allergico era stata posta per il riscontro di almeno tre episodi di broncospasmo associato alla positività del test allergometrico cutaneo e/o di laboratorio (dosaggio delle IgE specifiche).

È stata poi eseguita una valutazione comprendente l'esame obiettivo, i test allergometrici cutanei, la spirometria basale e il test di provocazione bronchiale con metacolina. I tests allergometrici cutanei sono stati effettuati con estratti commerciali (Lofarma S.p.A., Milano), con un pannello allergenico che comprendeva gli acari della polvere (*Dermatophagoides farinae* e *D. pteronyssinus*), gatto, cane, mix graminacee, mix Compositae, *Parietaria officinalis*, betulla, cipresso, lanciaiola, *Alternaria tenuis*, *Cladosporium*. Controllo positivo (istamina 10 mg/ml) e negativo (soluzione glicerosalina). Gli skin tests sono stati applicati sulla superficie volare dell'avambraccio utilizzando lancette di 1 mm (Morrow Brown- Allergy Therapeutics S.p.A.). La reazione cutanea è stata letta dopo 15 minuti, e paragonata al controllo positivo. Un diametro medio di ± 3 mm è stato considerato positivo. L'eventuale terapia antistaminica è stata sospesa almeno 1 settimana prima dello skin test.

Per valutare i parametri respiratori abbiamo effettuato una spirometria basale mediante spirometro computerizzato Sensormedics VMax 20, facendo effettuare al paziente 3 tentativi e ottenendo quindi per ogni paziente 3 curve flusso-volume correttamente eseguite, al fine poi di scegliere la migliore.

ANALISI STATISTICA

La frequenza delle sensibilizzazioni ai diversi allergeni è stata espressa come percentuale sul totale.

Un valore di $p < 0.05$ è stato considerato statisticamente significativo, calcolato mediante test del chi-quadro di Pearson.

I calcoli sono stati elaborati tramite software SPSS (Statistical Program for Social Sciences, SPSS Inc., Chicago, Illinois 60606).

RISULTATI

Esordio: Il 33,3% dei soggetti esaminati aveva un'età inferiore ai 17 anni, il 50,8% aveva un'età compresa fra 18 e 40 anni, mentre il 22,2% oltre i 41 anni. L'81,8% dei soggetti con età compresa fra 1 e 17 anni è risultato positivo allo skin test, il 69,3% di quelli con età fra 18 e 40 anni e il 49,2% oltre i 41 anni ($p=0.000$).

Il 23,5% era affetto da asma e rinite, il 20,3% solo da asma e il 38% da oculorinite.

Sensibilizzazioni: Il 29% presentava una sola sensibilizzazione (20,7% graminacee, 54,5% acari), mentre il 71% era poliallergico.

Per quanto riguarda gli allergeni stagionali, il 45,5% dei pazienti presentava sensibilizzazione alle graminacee, il 21,7% alla parietaria, il 14% alle cupressacee, il 25,3% alle betulacee, l'8,3% alle composite (Figura 1). Infine, riguardo agli allergeni perenni, gli acari erano presenti nel 47,7%, il gatto nel 19,7%, il cane nel 15,1%, l'alternaria nel 12,7% e il cladosporium nel 6,4% (Figura 2).

Nell'87,1% dei pazienti il FEV1 è risultato superiore all'80%. Per quanto riguarda i pazienti asmatici, il 58,8% presentava una anamnesi familiare positiva, contro il 45,9% dei rinitici. Infine, l'80,3% degli asmatici presentava sintomi persistenti, contro il 47,8% dei rinitici ($p=0.000$).

CONCLUSIONI

I nostri dati evidenziano a Reggio Emilia una frequenza di asma e rinite sovrapponibile ai dati della letteratura, con un elevato numero di soggetti in cui le due patologie sono associate (9-10). La quasi totalità dei pazienti è risultata poliallergica, con una importanza significativa della familiarità (soprattutto per l'asma). Inoltre, la stragrande maggioranza degli asmatici presentava sintomi cronici, fatto spiegabile con l'alta incidenza di sensibi-

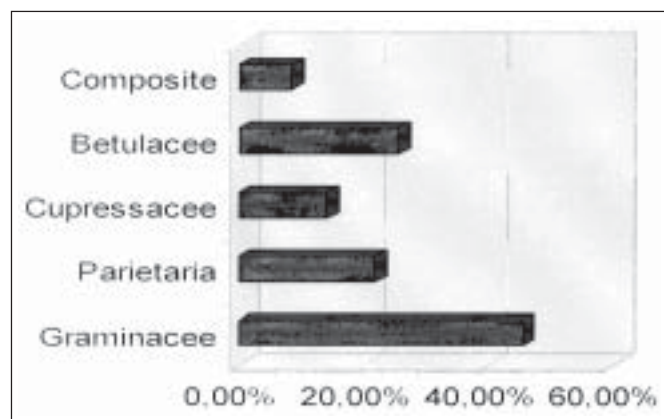


Figura 1 - Percentuale di pazienti con sensibilizzazione ad allergeni stagionali

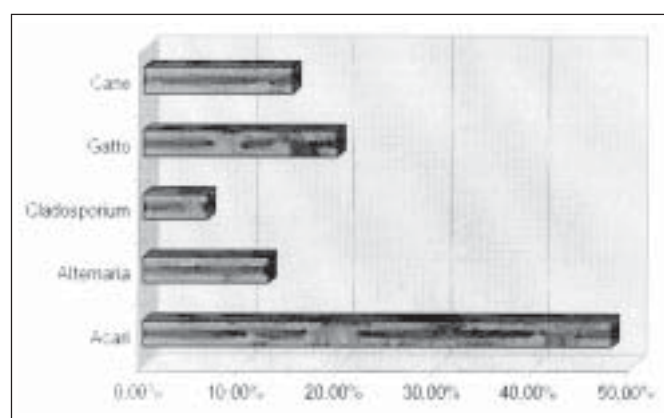


Figura 2 - Percentuale di pazienti con sensibilizzazione ad allergeni perenni

lizzazione agli acari e/o di polisensibilizzazioni. Gli allergeni indoor, specialmente gli acari della polvere, sono i più comuni allergeni per gli asmatici atopici; è quindi fondamentale che tali soggetti adottino misure specifiche per evitare o ridurre la loro esposizione agli allergeni per i quali sono sensibilizzati (11). Le sensibilizzazioni per gli allergeni outdoor sono meno frequenti, e sono rappresentate in quasi la metà dei casi dalle graminacee; da notare anche una elevata percentuale di soggetti allergici a betulacee e cupressacee, che fanno parte del gruppo delle pollinosi emergenti, provocate da pollini che erano considerati minori fino a 10 anni fa, e che invece attualmente rivestono una elevata importanza epidemiologica e clinica (12-14).

Questo dimostra come i soggetti affetti da allergopatie respiratorie vadano sempre studiati sia per l'asma che per la rinite, ed inoltre necessitino di uno scrupoloso follow-up. Questo perché, come già detto, le alte e basse vie ae-

ree fanno parte di un'unica entità anatomo-funzionale, con la presenza delle stesse cellule e mediatori proinfiammatori.

Oltre al trattamento convenzionale con antistaminici, antileucotrienici, steroidi sia per via inalatoria che sistemica, broncodilatatori, nuove terapie come gli anticorpi monoclonali anti-IgE che agiscono nelle fasi iniziali della cascata allergica, prevenendo l'inizio del processo infiammatorio sia nell'asma che nella rinite allergica, possono rappresentare una opzione promettente per il trattamento di queste condizioni (15,16).

BIBLIOGRAFIA

1. Von Mutius E. *The rising trends in asthma and allergic disease*. Clin Exp Allergy 1998; 28 (Suppl. 5): 45-9.
2. Leynaert B, Neukirch F, Demoly P, Bousquet J. *Epidemiologic evidence for asthma and rhinitis comorbidity*. J Allergy Clin Immunol 2000;106:S201-S205.
3. CNR Neurologia e Medicina Molecolare. *Tridimensional Study on Clinical Allergy "Tosca"*, Roma 2001.
4. Diaz-Sanchez D, Tsien A, Casillas A, Dotson AR, Saxon A. *Enhanced nasal cytokine production in human beings after in vivo challenge with diesel exhaust particles*. J Allergy Clin Immunol. 1996; 98: 114-23.
5. Madonini E, Briatico-Vangosa G, Pappacoda A, Macca-gni G, Cardani A, Saporiti F. *Seasonal increase of bronchial reactivity in allergic rhinitis*. J Allergy Clin Immunol. 1987; 79: 358-63.
6. Verdiani P, Di Carlo S, Baronti A. *Different prevalence and degree of nonspecific bronchial hyperreactivity between seasonal and perennial rhinitis*. J Allergy Clin Immunol. 1990; 86 (4 Pt1):576-82.
7. Townley RG, Kiboneka A. *Allergic rhinitis: relationship to asthma: similarities, differences, and interactions*. Ann Allergy Asthma Immunol. 1998;80: 137-9.
8. Passalacqua G, Ciprandi G, Canonica GW. *United airways disease: therapeutic aspects*. Thorax 2000;55 (Suppl. 2):S26-7.
9. Simons FE. *Allergic rhinobronchitis: the asthma-allergic rhinitis link*. J Allergy Clin Immunol. 1999;104 (3 Pt 1):534-40.
10. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; Aria Workshop Group; World Health Organisation. *Allergic rhinitis and its impact on asthma*. J Allergy Clin Immunol. 2001;108 (Suppl 5):S147-334.
11. Boulet LP, Turcotte H, Laprise C, Lavertu C, Bedard PM, Lavoie A, Hebert J. *Comparative degree and type of sensitization to common indoor and outdoor allergens in subjects with allergic rhinitis and/or asthma*. Clin Exp Allergy 1997; 27: 52-9.
12. Asero R. *Analysis of new respiratory allergies in patients monosensitized to airborne allergens in the area north of Milan*. J Investig Allergol Clin Immunol. 2004;14:208-13.
13. Stevens WJ, Ebo DG, Hagendorens MM, Bridts CH, De Clerck LS. *Is the prevalence of specific IgE to classical inhalant aeroallergens among patients with respiratory allergy changing? Evidence from two surveys 15 years apart*. Acta Clin Belg. 2003;58:178-82.
14. Italian Association of Aerobiology. *An epidemiological survey of Cupressaceae pollenosis in Italy*. J Investig Allergol Clin Immunol. 2002;12:287-92.
15. Humbert M, Beasley R, Ayres J, Slavin R, Hebert J, Bousquet J et al. *Benefits of omalizumab as add-on therapy in patients with severe persistent asthma who are inadequately controlled despite best available therapy (GINA 2002 step 4 treatment): INNOVATE*. Allergy 2005;60:309-16.
16. Berger WE. *Monoclonal anti-IgE antibody: a novel therapy for allergic airways disease*. Ann Allergy Asthma Immunol. 2002; 88:152-60; quiz 161-2,208.

Corrispondenza:

Dott. Francesco Menzella
U.O.C. Pneumologia Arcispedale Santa Maria Nuova,
Viale Risorgimento 81, 43100 Reggio Emilia.
Tel. 0522295949-296073
Fax 0522296182
e-mail: menzella.francesco@asmn.re.it