Allergia al veleno di insetti

Con l'arrivo della stagione primaverile si intensificano le uscite e le attività ricreative all'aperto e torna, puntualmente, a diffondersi la "fobia" per le punture d'insetto. Ogni anno numerose persone vengono punte da api, vespe e calabroni. Questi insetti, appartenenti alla famiglia degli Imenotteri, quando pungono iniettano nella vittima il loro veleno. Nella maggior parte dei casi le punture si risolvono spontaneamente con arrossamento, gonfiore e bruciore locali che possono durare al massimo qualche ora. Una piccola percentuale di soggetti può invece sensibilizzarsi al veleno di questi insetti e sviluppare reazioni allergiche anche severe.

Prevalenza

La prevalenza delle reazioni sistemiche da punture di imenotteri risulta compresa tra lo 0.4-0.8% della popolazione pediatrica e il 5% della popolazione adulta; di queste ultime circa l'1% è di tipo anafilattico. Se vengono considerate anche le reazioni allergiche di tipo locale la percentuale arriva al 19%.

Maggiormente colpite dall'allergia al veleno di imenotteri, risultano le categorie particolarmente esposte come gli apicoltori, gli agricoltori, i residenti in zone rurali e coloro che per lavoro o per hobby svolgono attività all'aperto. Il maggior numero di reazioni allergiche è riscontrabile nella popolazione maschile di età inferiore a 30 anni. Tuttavia il rapporto tra esposizione e rischio di malattia appare condizionato da alcuni fattori.

Gli apicoltori professionisti, punti frequentemente (almeno 50 punture per stagione) raramente sviluppano reazioni, poiché la quantità complessiva di veleno ricevuta li sottopone verosimilmente ad una *"iposensibilizzazione naturale"*. Un intervallo tra due punture successive inferiore a due mesi, costituisce invece un fattore di rischio significativo per l'insorgenza di manifestazioni allergiche. Le reazioni più gravi si documentano prevalentemente in individui anziani poiché le condizioni cliniche generali, soprattutto cardiocircolatorie, influenzano negativamente la prognosi.

Cause

In Italia gli imenotteri pungitori sono rappresentati dalle famiglie dei Vespidi (Giallone, Polistes e Calabrone) e degli Apidi (Ape e Bombo).

La *Vespa o Giallone* è la più diffusa nel nostro paese; misura fino a 1,5 cm in lunghezza, ha l'addome tipicamente a strisce gialle e nere, quasi privo di peluria. Di solito nidifica nel terreno sotto le rocce o tra le radici degli alberi. E' attratta dall'odore degli alimenti, per cui entra frequentemente a contatto con l'uomo.

Il *Polistes* è caratterizzato da un corpo più affusolato rispetto alle altre specie di Vespidi e da zampe più lunghe, i nidi sono generalmente collocati in posizione elevata (grondaie, finestre, rami di albero…) e hanno un caratteristico aspetto cartaceo.

Il *Calabrone* è il Vespide di più grandi dimensioni (fino a 3 cm), è di colore ruggine e nidifica di solito nei tronchi di alberi o nei solai.

L'*Ape* raggiunge la dimensione di circa 1,5 cm, ha il corpo ricoperto di peluria ed un colore marrone scuro con bande addominali dorate. L'ape muore dopo la puntura lasciando nella cute il pungiglione con il sacco velenifero.

Il *Bombo* si distingue dall'ape per le sue maggiori dimensioni, per il corpo rotondeggiante e tozzo e per la sua livrea nera con strisce gialle o arancioni.

Manifestazioni cliniche

Un soggetto allergico al veleno di imenotteri può sviluppare una manifestazione clinica compresa tra reazione locale (arrossamento e gonfiore con diametro superiore a 10 cm e durata maggiore di 24 ore) e lo shock anafilattico.

Generalmente l'allergia al veleno di insetti è caratterizzata dalla seguente storia clinica: dopo una prima puntura l'individuo allergico inizia a produrre gli anticorpi IgE, in grado di reagire con il veleno dell'insetto (di solito una reazione allergica severa non si manifesta mai alla prima puntura); Dopo la seconda puntura di un insetto della stessa specie o simile, il veleno reagisce con gli anticorpi IgE prodotti in risposta alla precedente puntura; Il legame del veleno con le IgE provoca il rilascio di sostanze come istamina e altre sostanze responsabili della reazione allergica.

Le reazioni sistemiche di regola si verificano repentinamente, raramente oltre i 30 minuti, e la rapidità dell'insorgenza è quasi sempre correlata alla gravità della manifestazione. Il quadro clinico delle reazioni sistemiche è variabile e influenzato da numerosi fattori quali le condizioni di salute dell'individuo colpito, gli organi e apparati interessati.

Il paziente allergico può avvertire in rapida successione vampate di calore, orticaria e più raramente sintomi quali nausea, crampi addominali, vomito e nel sesso femminile dolore pelvico. Possono quindi presentarsi in rapida successione sintomi respiratori provocati dal "rigonfiamento" della laringe (il soggetto fa fatica a parlare, ha l'impressione di soffocare, gli manca l'aria) e cardiovascolari (accelerazione del battito cardiaco e forte abbassamento della pressione arteriosa). Lo shock anafilattico può anche essere mortale.

Tra i vari aspetti non va sottovalutato quello psicologico: il paziente allergico al veleno di imenotteri vive spesso in uno stato di angoscia che incide pesantemente sulla qualità della vita e sull'attività lavorativa.

Storia naturale

I numerosi studi prospettici e retrospettivi hanno evidenziato che l'allergia al veleno di imenotteri è una malattia che tende ad una remissione clinica spontanea: dopo una manifestazione sistemica, in occasione di una nuova puntura, solo il 40 - 60% dei pazienti reagirà ancora. I fattori che determinano questo fenomeno non sono tuttora noti, anche se l'evoluzione clinica appare sfavorevolmente condizionata da una complessa interazione di variabili quali: severità della reazione, età adulta, breve intervallo di tempo intercorso dall'ultima reazione.

I pazienti che reagiscono alle punture successive presentano una sintomatologia tendenzialmente simile a quelle dell'esordio. Questa peculiarità risulta particolarmente evidente negli individui con anamnesi di reazioni locali i quali, dopo successiva puntura, solo nel 5% dei casi svilupperanno una sintomatologia sistemica.

La prevenzione

Le più comuni norme di prevenzione sono riportate schematicamente nella tabella seguente. A parte queste è inoltre opportuno indossare un casco integrale e guanti per andare in motocicletta. Infine, in caso di puntura di ape rimuovere immediatamente il pungiglione attraverso un rapido raschiamento dell'unghia o con una lama, evitando di comprimere o spremere il sacco velenifero tra le dita.

Norme di comportamento per ridurre il rischio di esposizione a punture di insetti
• Evitare di indossare abiti di colore sgargiante o con disegni floreali.
• Evitare movimenti bruschi se si è avvicinati da api o vespe.
• Non usare cosmetici profumati, lacca per capelli o essenze odorose.
• Fornirsi di insetticidi da tenere anche in macchina.
• Conservare con cura e ben chiusi i rifiuti domestici, evitare le aree adibite alla loro raccolta.
• Usare cautela quando si lavora all'aperto, in soffitta o sui cornicioni dei tetti.
• Usare cautela quando si cucina o si mangia all'aperto (non bere drink o bevande dolcificate, non lasciare scoperti alimenti).
• All'aria aperta indossare adeguate protezioni (scarpe,maniche lunghe, pantaloni e guanti).
• Applicare le zanzariere alle finestre di casa.
• Far bonificare da personale specializzato eventuali nidi nei pressi della propria abitazione.

Diagnosi e terapia

E' indispensabile che i pazienti con una reazione severa a puntura di insetto si rivolgano ad un centro specialistico allergologico. Attraverso la raccolta anamnestica e adeguati accertamenti diagnostici lo specialista è in grado di stabilire se la reazione era di tipo allergico, identificare l'insetto responsabile, valutare il grado di rischio e delineare le migliori strategie terapeutiche.

La storia clinica non permette quasi mai di identificare l'imenottero responsabile.

I test cutanei, eseguiti con la metodica del prick test e delle intradermoreazioni, utilizzando i veleni dell'ape, vespa, polistino e calabrone consentono generalmente di formulare una diagnosi corretta. I risultati delle indagini diagnostiche sono prive di valore prognostico, non esiste cioè nessun rapporto tra grado di positività, gravità della reazione e rischio futuro.

Ai pazienti che hanno manifestato orticaria, soffocamento e collasso cardiocircolatorio con documentata positività dei test diagnostici, viene raccomandata l'immunoterapia specifica con veleni purificati, che rappresenta l'unico presidio terapeutico in grado di garantire una protezione pressoché completa in caso di nuova puntura.

L'immunoterapia prevede una prima fase, detta di incremento, che consiste nella somministrazione graduale di piccole dosi di veleno per raggiungere il dosaggio protettivo di 100 microgrammi (corrispondenti a circa due punture di ape e 4 di vespa). Questa prima fase può durare fino a tre mesi se vengono utilizzati protocolli di trattamento tradizionale o da 1 a 7 giorni se si impiegano schemi di induzione rapida (*"rush therapy"*). Se la dose di mantenimento viene tollerata senza problemi, l'intervallo tra un'iniezione e l'altra viene allungato gradualmente fino

a somministrazioni mensili. La durata minima del trattamento è di cinque anni. L'effetto protettivo si ottiene comunque subito dopo avere terminato la prima fase di incremento.

Tutti gli schemi adottati risultano efficaci, caratterizzati da un'incidenza media di reazioni sistemiche non trascurabile, pari al 10%, che nella maggior parte dei casi sono però di lieve entità clinica e si risolvono senza nessun trattamento farmacologico.

Un aspetto importante è rappresentato dalla maggiore frequenza di reazioni osservabile utilizzando il veleno di ape rispetto a quello di vespidi. Le cause di questo fenomeno non sono ancora del tutto note, ma il recente impiego di estratti purificati, sia per terapia acquosa che ritardo, ha significativamente migliorato la tollerabilità così che la differente incidenza di reazioni tra i due veleni risulta minima.

I pazienti particolarmente sensibili devono munirsi di piastrina informativa e di farmaci (adrenalina, antistaminici, steroidi) per autogestire correttamente una eventuale terapia di emergenza. In particolare, a meno che non ci siano controindicazioni mediche, l'adrenalina dovrebbe essere prescritta a tutti i pazienti che abbiano avuto una reazione sistemica a seguito di una puntura di insetto.

La somministrazione rapida di questo farmaco, di prima scelta nella prevenzione dell'anafilassi, si correla ad una significativa riduzione della mortalità. E' bene che per la prevenzione delle complicazioni (talvolta anche gravissime) i pazienti ricevano istruzioni precise sull'automedicazione con antistaminici, cortisonici ed adrenalina autoiniettabile da parte dello specialista allergologo.