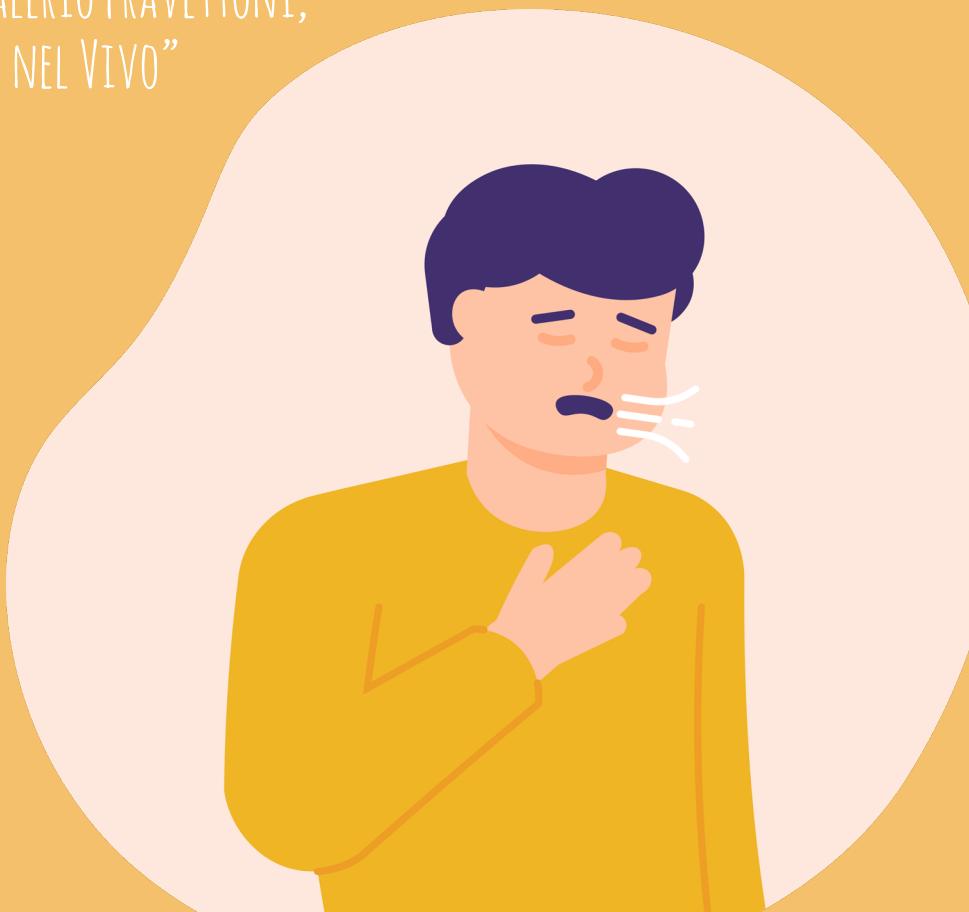




La reazione anafilattica... dalla A alla Z

.....

CON LA SUPERVISIONE DEL DR. VALERIO PRAVETTONI,
ESPERTO ALLERGOLOGO DI “PUNTO NEL VIVO”



A

Anafilassi

Anafilassi, una parola temuta che fa riferimento a una grave reazione allergica che, se non trattata con immediatezza, può essere anche pericolosa per la vita.

Compare all'improvviso, solitamente dopo pochi secondi/minuti dall'esposizione a un allergene a cui il soggetto è positivo; il sistema immunitario, riconoscendo la sostanza introdotta come fortemente "nemica", rilascia una serie di sostanze chimiche infiammatorie e vasoattive (tra cui, l'istamina) che portano a una importante vasodilatazione con un calo della pressione sanguigna, a una grave restrizione delle vie respiratorie e a un'altra serie di sintomi, come vomito, orticaria, alterazioni del battito cardiaco, ecc.

Comunemente, si parla di reazione anafilattica. Lo shock anafilattico è una reazione anafilattica di particolare gravità, con importante calo della pressione e conseguente alterazione degli organi vitali per diminuita perfusione sanguigna, in genere con perdita di coscienza.

CURIOSITÀ

Il rischio che si verifichi l'anafilassi aumenta con l'età ed è maggiore nelle persone di sesso maschile. Si registra, secondo una recente indagine, un tasso più alto nelle regioni del sud e nelle isole.



*http://www.allergicamente.it/2020/05/primo-studio-italiano-su-anafilassi-mortale-allergia-farmaci-punture-di-imenotteri/#_ftnref1

Bambini

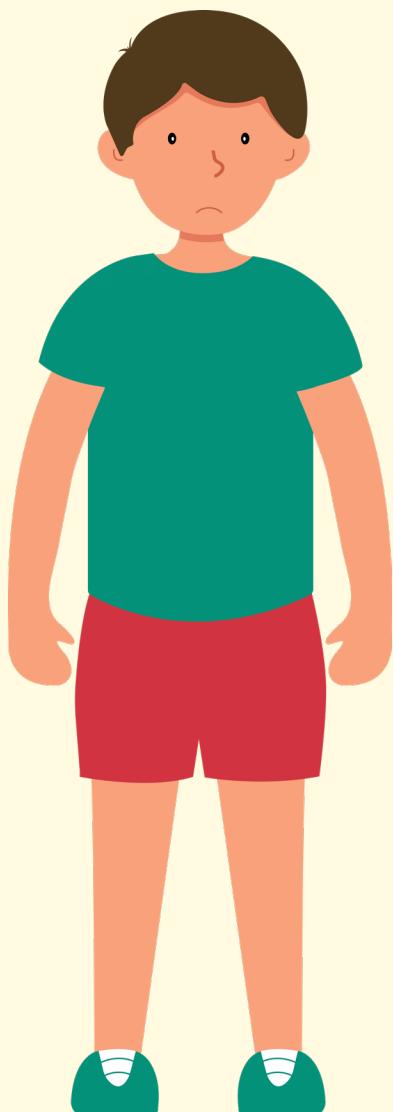
In età pediatrica, l'anafilassi può insorgere dopo una vaccinazione, con l'assunzione di un farmaco o di un alimento a cui si è allergici (come uova, latte o frutta a guscio), o dopo la puntura di insetti (imenotteri).

Importante, è seguire subito il cosiddetto approccio ABCDE per il primo soccorso, posizionando il **bambino** in modo da agevolare la respirazione, allontanandolo dall'allergene causale (ove possibile), monitorando respiro e battito cardiaco, mentre si attendono i soccorsi che procederanno con la somministrazione della dose corretta di adrenalina, trattamento di elezione in caso di reazione anafilattica.

LO SAI CHE...

L'adrenalina non è altro che una catecolamina sintetizzata dal surrene.

Una volta secreta, si lega ai recettori adrenergici, portando a una naturale vasocostrizione dei vasi periferici e alla broncodilatazione, andando così, se somministrata anche dall'esterno, a contrastare gli effetti della reazione anafilattica.



Cortisone

Il **cortisone** nei casi di anafilassi è utile? Si tratta di un farmaco di "seconda scelta", essendo l'adrenalina il farmaco di prima scelta, ma comunque importante nel trattamento di tutte le allergie, in quanto il suo tempo di azione è piuttosto lungo (anche un'ora). Dunque, deve essere impiegato in un secondo momento, nelle fasi successive del soccorso, per mantenere stabile il paziente.

La reazione anafilattica in alcuni casi può essere "bifasica", cioè dopo aver superato una prima fase di anafilassi, si presenta una nuova anafilassi a distanza di qualche ora. Sicuramente protettiva su questa seconda fase è l'adrenalina, molto probabile, ma non ancora certa, l'azione protettiva del cortisone.

LO SAI CHE...

Il cortisone è un ormone naturale che, come l'adrenalina, è rilasciato nel sangue dalle ghiandole surrenali in momenti di stress. Qualora assunto, ha la funzione di inibire la formazione di sostanze chimiche infiammatorie, come le prostaglandine e la liberazione di istamina.



*<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20584003/>

Dermatite allergica

Parliamo di **dermatite allergica** (da contatto) quando compare un'eruzione cutanea, che si manifesta con chiazze rosse, vescicole, desquamazione e prurito, in sintesi una infiammazione cutanea localizzata alla regione del contatto.

La reazione può essere improvvisa, quando si viene in contatto con una sostanza irritante (alcune piante o degli acidi blandi), mentre quella conseguente all'esposizione a metalli (nickel, cromo, cobalto, oro), a gomma, lattice, profumi, cosmetici, farmaci per uso locale, sostanze di uso professionale (ad esempio, resine), richiede del tempo per manifestarsi (da ore a giorni, in base al grado di sensibilizzazione).

In alcuni casi, dopo il contatto con certe sostanze a cui il soggetto è fortemente allergico, soprattutto se la cute interessata è già lesionata (vedi bambini con dermatite atopica), si può arrivare alla reazione anafilattica per il passaggio dell'allergene oltre la barriera cutanea, con l'attivazione del sistema immunitario e la liberazione dei mediatori dell'anafilassi.

In caso di reazione anafilattica, la persona colpita può manifestare anche una eruzione cutanea, essendo una reazione allergica generalizzata, in grado di coinvolgere più apparati, incluse cute o mucose.

In questi casi, si tratterà di arrossamento cutaneo e orticaria (o angioedema), se sono interessate le mucose.

ZOOM

Quali sono le sostanze che scatenano con maggiore probabilità una dermatite allergica? Troviamo: nichel, lattice, tinte per capelli, resina di formaldeide, edera velenosa, profumi.



*<http://www.allergicamente.it/allergie/cutanee/>

Esercizio fisico

Sì, anche l'**esercizio fisico**, se intenso, in alcune persone può generare reazioni allergiche gravi dette "da sforzo". Una buona forma fisica, certamente, può prevenirne lo sviluppo, assieme a un'attività sportiva svolta con gradualità.

Dobbiamo però distinguere l'asma da sforzo fisico dall'anafilassi da esercizio fisico. L'asma da sforzo fisico, che si verifica anche in molti atleti, in genere regredisce spontaneamente (se non vi sono altre patologie soggiacenti). Molti degli atleti che ne soffrono attuano un allenamento massimale prima di una gara, per far comparire la dispnea che, come detto prima, regredisce spontaneamente. Successivamente, vi è un periodo "refrattario" per cui durante la gara questi atleti non presenteranno più asma da sforzo. L'asma da sforzo si manifesta più facilmente in condizioni di temperatura particolari, cioè quando l'aria è fredda, secca o umida.

Esiste poi una forma particolare, l'"anafilassi da sforzo fisico". Questa forma si verifica in soggetti sensibilizzati ad alcuni alimenti i quali, se assunti entro un paio di ore dallo sforzo fisico, determinano una reazione allergica che può andare dall'orticaria fino all'anafilassi, proprio mentre il soggetto sta eseguendo l'attività fisica.

Naturalmente, deve esserci la combinazione dell'alimento a cui il soggetto è sensibilizzato più lo sforzo fisico. L'uno in assenza dell'altro non scatena la reazione, nel senso che l'alimento assunto senza sforzo o lo sforzo senza l'assunzione dell'alimento non scatenano la sintomatologia.

La prima entità nosologica è stata dimostrata per il grano, con sensibilizzazione alla omega-5-gliadina. Altri alimenti però sono stati in seguito identificati, come quelli contenenti le lipid transfer protein o i crostacei.

CURIOSITÀ

L'anafilassi da sforzo fisico compare solo se in combinazione all'assunzione precedente di alimenti come farinacei e gamberi, o alimenti ricchi di lipid transfer protein.



*<https://www.ecarf.org/en/sport-kann-allergische-reaktionen-ausloesen/>

Farmaci

Quando si ha uno shock anafilattico, l'azione repentina dei soccorsi e l'assunzione di **farmaci** fanno la differenza.

Solitamente, tra le soluzioni somministrate troviamo l'adrenalina, che può essere inoculata per via intramuscolare (anche per autosomministrazione, con appositi dispositivi) o per via endovenosa (nelle forme gravi e solo in presenza di un medico, in quanto la via endovenosa può presentare effetti collaterali), in caso di edema laringeo e broncospasmo.

Anche l'ossigeno, via maschera facciale, può servire ai pazienti con anafilassi, per contrastare l'eventuale difficoltà respiratoria. Alle donne in gravidanza che presentano una reazione anafilattica, l'ossigeno va sempre comunque somministrato.

Altri farmaci impiegati sono l'antistaminico, per alleviare la reazione allergica, e il cortisone, per un effetto antinfiammatorio. Si rammenta, come detto sopra, che questi farmaci costituiscono un presidio di secondo livello, essendo il farmaco cardine dell'anafilassi l'adrenalina.

ZOOM

Per i soggetti gravemente allergici, quindi, più a rischio di presentare una reazione anafilattica, può essere utile disporre di un kit d'emergenza per l'anafilassi (pensando, ad esempio, alle punture d'imenottero). Non solo la persona affetta, ma anche chi è vicino (parenti e caregivers) a un soggetto allergico deve sapere come usare correttamente i farmaci per le emergenze.



*<https://www.allergy.org.au/patients/allergy-treatment/adrenaline-for-severe-allergies>

Gonfiore

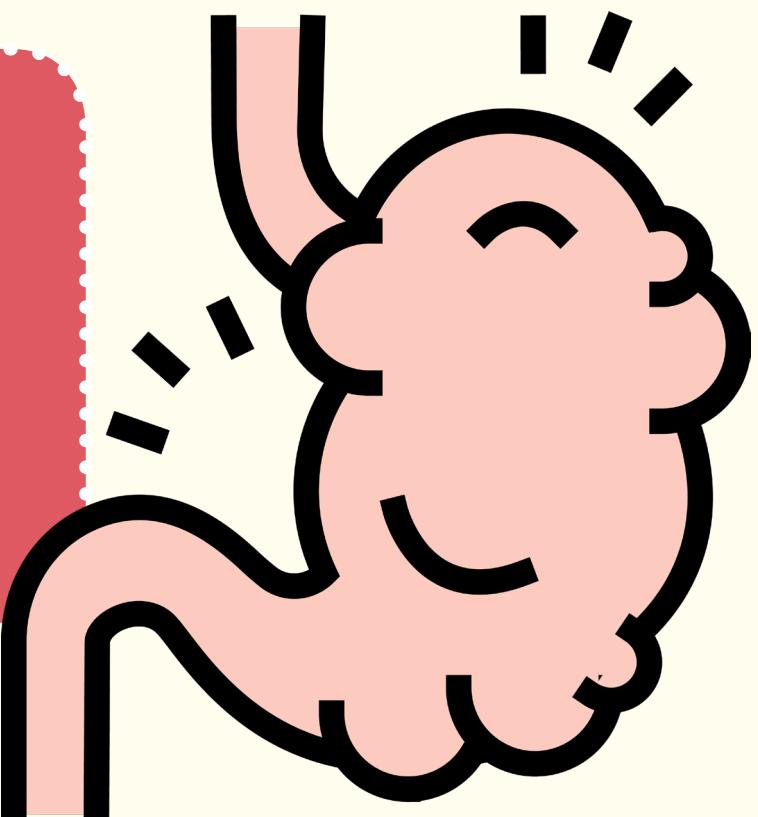
Gonfiore o angioedema: si tratta, in genere, di un rigonfiamento dei tessuti mucosi, ma può interessare anche quelli sottocutanei, generato da un aumento della permeabilità vascolare.

Solitamente, il gonfiore interessa il viso nella regione periorbitaria, le labbra e/o la lingua, ma può insorgere anche al dorso delle mani o dei piedi, o ai genitali. In genere, è preceduto da una sensazione pungente più che da prurito, quando si verifica alla pianta dei piedi è particolarmente doloroso, per la mancanza di spazio dove sviluppare il gonfiore.

Pericoloso è l'edema delle vie aeree superiori, in particolare la glottide. Può causare stridore laringeo, calo del tono della voce ma, nelle forme gravi, anche dispnea. In alcuni casi, le vie aeree possono risultare completamente ostruite, con pericolo per la vita del paziente.

LO SAI CHE...

Il gonfiore di origine allergica, solitamente, è di breve durata: da poche ore a un massimo di tre giorni. L'edema, anche in assenza di trattamento, non lascia alcun segno sulla pelle.



*<https://www.aafa.org/angioedema>

Help

"Help, aiuto!": è proprio il caso di dirlo, quando una reazione allergica peggiora in breve tempo, assumendo i tratti di una anafilassi. Ricordiamo, quindi, cosa fare per soccorrere repentinamente chi ne ha bisogno:

- Chiamare il 118 (o 112)
- Dare al personale paramedico i dettagli dei sintomi e delle condizioni in cui il soggetto da soccorrere si trova
- Non chiudere la telefonata né lasciare da sola la persona in difficoltà
- Cercare di tranquillizzare la persona colpita
- Non dare alcun liquido da bere
- Se la persona è cosciente, metterla in posizione antishock, sollevando le gambe in modo da favorire l'afflusso di sangue al cuore
- In caso di dispnea, tenere il busto un po' sollevato da terra

ZOOM

Se è disponibile un autoiniettore di adrenalina, somministrare una prima dose. Una seconda dose può essere somministrata dopo 5-15 minuti dalla prima, se i sintomi non migliorano, mentre si è in attesa dei soccorsi.





iniezione

Come detto, l'**iniezione** di adrenalina in certi casi è un vero e proprio salva-vita. La dose di adrenalina necessaria a contrastare l'anafilassi è solitamente iniettata per via intramuscolare, nel muscolo vasto laterale della coscia, cioè sul lato esterno della coscia (per intenderci, a metà strada da un'ipotetica piega di un pantalone e la cucitura laterale del pantalone stesso, giusto all'altezza dove la mano arriverebbe a toccare la coscia).

A seconda dei dispositivi, nei cartridge-based sarà sufficiente, dopo aver tolto la sicura del dispositivo, premere lo stesso sulla coscia; per i dispositivi syringe-based, dopo aver tolto la sicura, il dispositivo andrà solo appoggiato alla coscia e premuto il tasto rosso che compare sotto la sicura una volta tolta.

Si rammenta che, se vi è un pannicolo adiposo piuttosto spesso, sarà opportuno premere molto i dispositivi sulla coscia per schiacciare il pannicolo adiposo e permettere di iniettare l'adrenalina all'interno del muscolo.

Una volta iniettata l'adrenalina, dopo pochi minuti compariranno i primi effetti di dilatazione dei bronchi, aumento della frequenza cardiaca e del volume sistolico, vasocostrizione periferica e deviazione del flusso sanguigno verso gli organi vitali, i muscoli, il fegato, il miocardio e il cervello.

LO SAI CHE...

Esiste una dose corretta di adrenalina che va somministrata al paziente, per evitare controindicazioni. Nel caso di pazienti pediatrici, la dose corretta è di 0.01 mg/kg per via intramuscolare, fino ad un peso di 30 kg (esistono dispositivi pediatrici che erogano 0.15 mg di adrenalina); dopo tale peso si utilizza l'erogatore da adulti che eroga 0.30 mg di adrenalina.

Nei casi di elevata massa corporea muscolare o in caso di particolare gravità della reazione, esiste un erogatore da 0.50 mg di adrenalina.



*https://www.salute.gov.it/resources/static/ministero/usmaf/ACLS_giugno_2010/situazioni_particolari.pdf

Lattice

L'allergia al **lattice** può, in alcuni casi, scatenare l'anafilassi. I soggetti più a rischio sono i lavoratori che entrano spesso a contatto con la sostanza, come gli operatori sanitari.

Le donne pare siano maggiormente predisposte all'allergia, ma anche i soggetti con pregresse allergie alimentari a banana, kiwi, avocado, castagna, arachidi, ecc., in quanto questi alimenti contengono uno degli allergeni del lattice (che comunque deriva da una pianta, la Hevea brasiliensis).

Come riconoscerla? Orticaria, gonfiori, dermatite da contatto, rinite, asma e congiuntivite possono essere segni di allergia al lattice.

CURIOSITÀ

Valutando i dati di positività dei test allergometrici, pare che in Italia a esserne colpiti siano il 3% della popolazione. Tra i bambini, si possono avere riscontri maggiori, soprattutto in quelli con spina bifida che vengono sottoposti a vari interventi chirurgici sin dalla tenera età.



*<http://www.allergiciallattice.org/>

Morte

La **morte**, purtroppo, può avvenire in conseguenza di una reazione anafilattica, se non trattata correttamente.

Secondo una indagine condotta da AAIITO, chiamata “Fatal anaphylaxis in Italy: Analysis of cause-of-death national data, 2004-2016”, nel periodo esaminato, sono stati riscontrati 392 casi certi di anafilassi mortale corrispondenti a un tasso di mortalità di 0.51 per milione di persone per anno.

Lo studio ha dimostrato come nel nostro Paese la causa principale di morte per anafilassi sia rappresentata dai farmaci, responsabili del 74% dei casi certi, con un tasso complessivo di 0.43 casi per milione di persone ogni anno. L'anafilassi fatale causata da punture di imenotteri è poi la seconda causa di morte.

ZOOM

Quali sono i farmaci responsabili? In Italia, non ci sono dati precisi per avere una risposta. Al contrario, esaminando la situazione nel Regno Unito, si evidenzia che la causa sia imputabile agli anestetici generali e, in Francia, agli antibiotici.



*<http://www.allergicamente.it/2020/05/primo-studio-italiano-su-anafilassi-mortale-allergia-farmaci-punture-dimenotteri/>



Nella storia

Facciamo un salto indietro nella **storia**. Il primo esempio di anafilassi potrebbe essere quello accaduto nell'antico Egitto al faraone Menes (tra il 3.640 e il 3.300 a.C.), morto a seguito di una puntura di vespa, mentre era in viaggio sul Nilo.

Ma è solo nel 1902 che gli studiosi Portier e Richet descrissero il fenomeno, studiando un gruppo di cani a cui erano state somministrate tossine di anemone marino. Undici anni dopo, il patologo Charles Robert Richet ottenne il Premio Nobel per le sue scoperte sull'anafilassi.

LO SAI CHE...

La parola "anafilassi" deriva dalle parole greche ἀνά (ana - "contro"), e φύλαξις (fulaxis - "protezione"), ad indicare una risposta di difesa dell'organismo contro una sostanza considerata "nemica", l'allergene.



*https://www.riaponline.it/wp-content/uploads/2019/05/02_Vierucci-1.pdf

Orticaria

Quando si ha una reazione allergica, più o meno grave, spesso si manifesta la cosiddetta **orticaria**, ovvero un'eruzione cutanea con pomfi di varie dimensioni, prurito, fastidio o dolore.

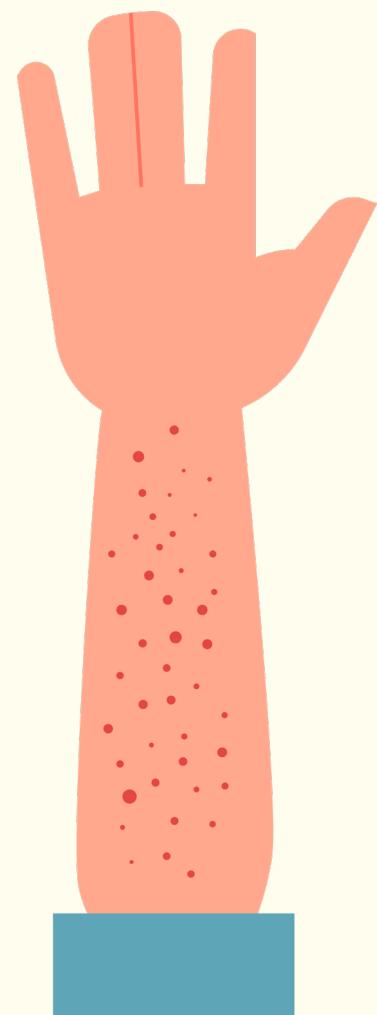
Ciò accade perché si ha una immediata attivazione del sistema immunitario e la cellula mastocita libera l'istamina, sostanza che provoca la comparsa dei pomfi e del prurito.

L'orticaria è uno dei primi sintomi e compare in circa il 90% delle reazioni anafilattiche. Per questa ragione, è bene tenerla in adeguata considerazione quando si presenta, ponendo attenzione ad eventuali altri sintomi e segni a carico dei quattro apparati target dell'anafilassi (cutaneo/mucoso, gastroenterico, cardiovascolare, respiratorio).

Chiaramente, l'orticaria in quanto tale si verifica molto più frequentemente dell'anafilassi, quindi va rammentato che un'orticaria non è sempre il primo sintomo di una reazione anafilattica, limitandosi generalmente a essere una forma solo cutanea.

ZOOM

Le principali allergie che generano orticaria sono: l'allergia ai peli di animali, alle punture di insetto, ai farmaci e ad alcuni alimenti, quali frutti di mare, pesce e frutta secca.



*<https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/skin-hair-and-nails/urticaria-hives>

Profilassi

Quando un paziente è allergico, può essere necessario attuare delle azioni preventive, per scongiurare l'insorgenza di reazioni gravi. Parliamo di **profilassi** antiallergica che, solitamente, si segue in caso di esami contrastografici, TAC e RMN.

ZOOM

Per la profilassi antiallergica si consiglia l'assunzione - sotto stretto consiglio medico - di cortisone e antistaminico, già nei giorni precedenti l'esame che si dovrà eseguire.



Q

quadro clinico

Parliamo ora di **quadro clinico** in caso di anafilassi. Sintomi da tenere in considerazione tra i prodromi della reazione anafilattica sono ipotensione, orticaria, tachicardia, angioedema, cianosi, difficoltà respiratorie e, nei casi più gravi, episodio sincopale (perdita di coscienza).

Va sottolineato che tale quadro clinico può presentarsi in pochi minuti e i pazienti possono manifestare anche convulsioni e non rispondere agli stimoli.

ZOOM

Il quadro di anafilassi grave si presenta piuttosto rapidamente. In genere, però, i sintomi dell'anafilassi hanno una certa progressione, permettendo di poter intervenire con presidi medici.



*<https://www.fondacioneseroni.org/stili-di-vita/allergie/quadri-clinici-principali/anafilassi/>

Reazione allergica

La reazione anafilattica è la conseguenza di una **reazione allergica** o da ipersensibilità a una sostanza. Di cosa si tratta? Di un'anomala ed eccessiva risposta immunitaria a sostanze in realtà generalmente non pericolose determinata dal legame tra l'allergene e le immunoglobuline E (anticorpi dell'allergia), che a loro volta scatenano il rilascio di mediatori chimici, tra cui l'istamina, da mastociti e basofili.

Nella maggior parte dei pazienti, i sintomi di allergia compaiono dopo pochi minuti dal contatto con un allergene, al massimo entro 30/60 minuti, per poi scomparire dopo una appropriata terapia medica (farmaco cardine, l'adrenalina).

CURIOSITÀ

Si può essere allergici proprio a tutto (o quasi)! Sapevate che Harrison Schmitt, astronauta famoso per aver camminato sulla Luna, era allergico alla polvere lunare? Dopo la celebre passeggiata, rientrato a bordo e tolto la tuta lunare, Harrison iniziò a starnutire, ad avere gli occhi rossi e fastidio alla gola, per un paio d'ore. Il famoso geologo lunare era allergico proprio alla Luna!



*<https://journalallergy.com/>

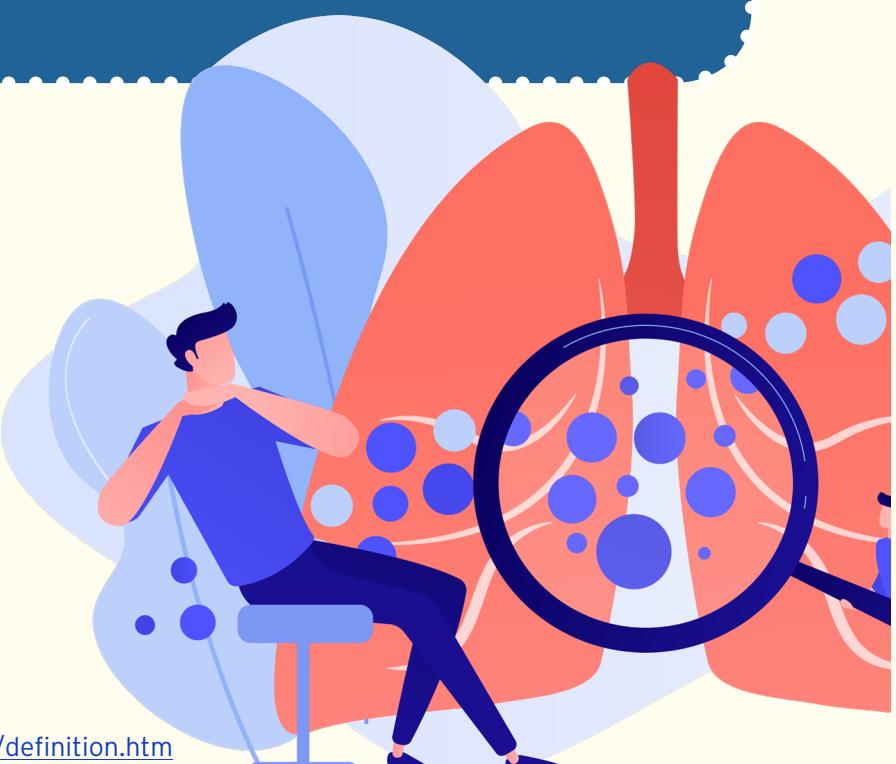
Shock

Si parla tanto di “**shock**” anafilattico ma cosa si intende per “shock”? Lo si usa per far riferimento a una reazione anafilattica molto grave, che tende a manifestarsi con vasodilatazione arteriosa, aumento della permeabilità capillare, broncocostrizione e importante calo della pressione, tale da determinare ipoperfusione degli organi vitali e quindi una situazione definita di shock.

Lo shock anafilattico è la fase più grave di una reazione anafilattica, quindi quando si è avuta una reazione anafilattica senza arrivare allo shock, definiamola solo reazione anafilattica.

LO SAI CHE...

In generale, in medicina, si parla sempre di shock quando si manifestano sintomi precisi come aumento della frequenza cardiaca e importante calo della pressione arteriosa, sudorazione fredda e perdita di coscienza.



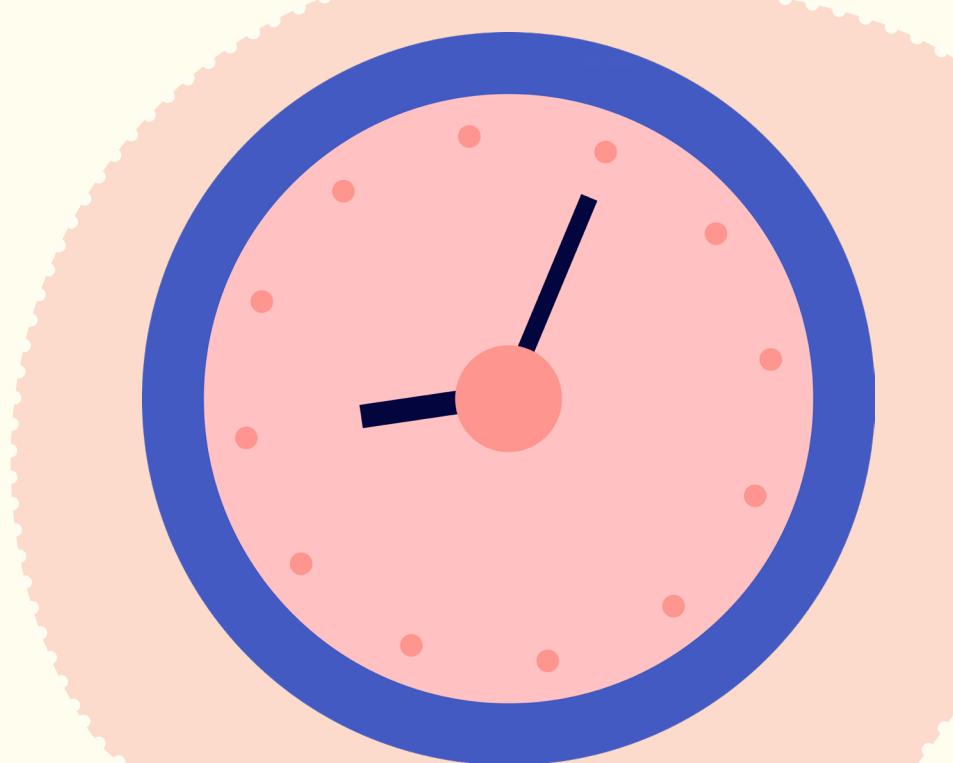
*<https://www.medicinenet.com/shock/definition.htm>

T_{em}po

Quando si ha a che fare con uno shock anafilattico il **tempo** è tutto. Per questo, come sottolineato, è necessario chiamare subito i soccorsi, il 118 o il 112, e definire al telefono il quadro clinico del soggetto colpito. Se disponibile, la somministrazione immediata di adrenalina può fare la differenza.

ZOOM

Ricordiamo che l'anafilassi può manifestarsi dopo qualche ora, con sintomi analoghi (anafilassi bifasica). Opportuno è tenere in osservazione il paziente per un minimo di 8 ore dopo la risoluzione dell'anafilassi, anche fino a 24 ore nei casi di anamnesi positiva per precedente reazione bifasica.



Utile avere

Adrenalina (epinefrina per gli anglosassoni) è il farmaco più importante da avere con sé, se si è a rischio di reazione anafilattica. Si tratta di un potente vasocostrittore e broncodilatatore, in grado di aumentare la pressione sanguigna e di liberare le vie respiratorie in caso di broncospasmo. Non dimentichiamo anche cortisone e antistaminico, farmaci certamente di seconda scelta, sono comunque validi ausili nella reazione anafilattica.

L'autoiniettore di adrenalina andrebbe portato sempre con sé e conservato in un luogo sicuro e fresco. Come conservare l'adrenalina? A una temperatura inferiore a 25°C in contenitori ermeticamente chiusi, nella confezione originale per proteggere il medicinale dalla luce. Dispositivi per il trasporto e la conservazione dell'adrenalina sono reperibili in farmacia o su internet.

ZOOM

Ribadiamo che, se si soffre di allergia, è utile avere sempre a portata di mano (o con sé) oltre al cortisone anche un antistaminico; questo farmaco agisce bloccando l'istamina, sostanza rilasciata dalle cellule del sistema immunitario, quando l'organismo entra in contatto con l'allergene.



*<https://www.britannica.com/science/epinephrine>

Vaccino

Se ne parla tanto, considerando gli effetti avversi che il **vaccino** anti-Covid potrebbe avere. In generale, sono molto rari i casi di shock anafilattico a seguito di una vaccinazione.

Come sottolineato dal Ministero della Salute, prima della vaccinazione è necessario chiedere alle persone se abbiano avuto in passato reazioni allergiche gravi/ anafilassi o se si sappia di essere ipersensibili a un componente specifico del vaccino. Rinite allergica, allergie alimentari e asma non sono una controindicazione alla vaccinazione.

Nei casi più a rischio, si applica una particolare profilassi (solo con antistaminici) e un monitoraggio post vaccinale più lungo dei 15 minuti previsti.

La terapia iposensibilizzante specifica per allergie respiratorie (es. graminacee, betulla, acari della polvere, ecc.) o per allergia al veleno di imenotteri, comunemente ma erroneamente chiamata “vaccino”, non è una controindicazione alla vaccinazione anti-Covid19.

Nei casi di immunoterapia iniettiva sottocutanea, sarà opportuno distanziare le due terapie, quella iposensibilizzante e il vaccino per COVID-19, almeno di 36-48 ore, per non incorrere nel rarissimo caso di reazione anafilattica, con il conseguente dubbio di quale delle due terapie sia responsabile della reazione.

ZOOM

Seguiti dal proprio medico di fiducia, i soggetti con allergia ad alcune sostanze potrebbero seguire una profilassi con antistaminico, nei giorni prima e subito dopo il vaccino. Le linee guida italiane però la suggeriscono solo nei pazienti affetti da patologia dei mastociti (mastocitosi) o da orticaria cronica. Inoltre, essendoci alcuni eccipienti (PEG, o polietilenglicole, macrogol e polisorbato 80) responsabili delle reazioni allergiche ai vaccini COVID-19, solo nei casi in cui si sospetti una reazione verso tali sostanze, potrebbe essere consigliata una valutazione allergologica precedente la vaccinazione per COVID-19.



*<https://aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-covid-19>



zecca

Chiudiamo con una super curiosità: il morso di **zecca** (con l'注射 tramite la saliva di una sostanza anticoagulante nell'ospite punto) può rendere i soggetti allergici alla carne rossa poco cotta o cruda, generando una sensibilizzazione all'alfa-Gal, una sostanza presente nella parte grassa della carne di tutti gli animali ad eccezione dei volatili e dei pesci.

La prima zecca ritenuta causa di tale allergia è stata l'*Amblyomma americanum*, tipica della parte sud-orientale degli Stati Uniti; in seguito, sono state identificate altre zecche scatenanti l'allergia, sia nei paesi europei (*Ixodes ricinus*) sia sudamericani o orientali.

Questo tipo di allergia è molto particolare, perché la reazione anafilattica si verifica molte ore dopo l'assunzione di carne rossa poco cotta, questo pare sia dovuto al fatto che l'allergene, che come detto si trova nella parte grassa dell'alimento, come tutti i grassi viene assorbito per via linfatica.

Il sistema linfatico poi entra nel circolo sanguigno a livello del dotto toracico e, pertanto, sono richieste ore prima che l'allergene venga riversato nel sangue e scateni l'allergia.

Il nome del disturbo è "sindrome alfa-GAL", ovvero allergia ritardata da consumo di carni rosse.

ZOOM

Non esiste una cura precisa per la sindrome descritta, se non quella di evitare l'assunzione di carni rosse poco cotte. Inoltre, anche i latticini potrebbero in questi casi causare qualche problema. Buona notizia per gli amanti della carne? Secondo i dati, parrebbe che la sindrome tenda a regredire in un alcuni anni.



*<https://www.allergologico.it/glossario/la-sindrome-alfa-gal.html>

pazienti.it

in collaborazione con



PUNTO NEL VIVO È LA CAMPAGNA DI INFORMAZIONE
SULL'ALLERGIA AL VENO DI IMENOTTERI.

www.puntonelvivo.it