



127/2006

L'uso del kit all'adrenalina nell'allergia alimentare

Pouessel G., Deschildre A., Castelain C. et al
**Parental knowledge and use of epinephrine auto-injector
 for children with food allergy**

Pediatr. Allergy Immunol. 2006; 17: 221-226.

Unité de pneumologie-allergologie pédiatrique,
 Clinique de Pédiatrie,
 Hôpital Jeanne de Flandre,
 CHRU de Lille

Service de Pédiatrie,
 Hôpital Schaffner,
 Lens

Pharmacie Centrale,
 CHRU de Lille,
 France

Corrispondenza:
 A. Deschildre,
 Unité de pneumologie-allergologie pédiatrique,
 Clinique de Pédiatrie,
 Hôpital Jeanne de Flandre,
 CHRU de Lille,
 2, Ave Oscar Lambret
 59037 Lille,
 France

e-mail: adeschildre@chru-lille.fr

Abbiamo imparato dall'editoriale di Giovanna Monti sul numero scorso di A&A quanto sia laborioso il percorso all'uso proprio e pronto dell'autoiniettore di adrenalina nelle emergenze dell'allergia alimentare dell'infanzia. Il presente lavoro ne è una conferma, benché provenga da un Paese come la Francia dove il bambino a rischio di reazione anafilattica da alimenti gode di un programma preventivo personalizzato che coinvolge le scuole ed il loro personale insegnante, medico e paramedico.

Si tratta di uno studio prospettico basato sull'invio di un questionario che ha raggiunto 152 famiglie e che ha permesso, alla fine, di avere i dati completi di 111 bambini dall'età media di anni 6,5.

Il più comune allergene alimentare in causa risultò essere l'arachide con 89 casi (*questa priorità, da tempo presente nella Francia del Nord, rappresenta una netta differenza rispetto all'Italia, NdR*), seguito dall'uovo con 39 casi e dal latte vaccino con 10 casi. Emerse pure che soltanto al 90% dei genitori dei 111 bambini era stato dimostrato praticamente l'uso dell'autoiniettore di adrenalina. Ciò era avvenuto nel 69% dei casi ad opera dello specialista, in un altro 25% del farmacista, nel 5% del medico di famiglia e in un ultimo caso dell'infermiera. La dimostrazione era stata fatta nel 76% dei casi con un dummy ad uso didattico e nel 49% anche con istruzioni scritte o soltanto con queste.

Che cosa hanno tratto dalle dimostrazioni i genitori? Per saperlo, gli studiosi di Lille hanno chiesto loro di elencare il o i sintomi che indicavano il pronto uso dell'iniezione ed essi ne hanno nominato talora soltanto uno, alle volte più d'uno. Il 23% ha parlato soltanto di difficoltà respiratoria, il 41% ha nominato questa più l'edema diffuso, il 38% ha indicato anche il collasso (debolezza) e il 48 ha nominato tout court lo shock anafilattico.

Dei 107 bambini su 111 che frequentavano la scuola, un po' più della metà godevano di un progetto di prevenzione personalizzato. Inoltre il 72% aveva effettivamente a disposizione un autoiniettore di adrenalina e il 60% un kit di emergenza completo, cioè, oltre l'adrenalina, un β_2 inalabile, più un cortisonico e un antiistaminico iniettabili, cosa che gli autori ritengono più che utile, necessaria. Ricordano infatti che nell'86% dei decessi per anafilassi alimentare la grave broncocostrizione è un aspetto preminente e ben 13 dei bambini in studio erano asmatici conclamati.

Risultò, in conclusione, che i genitori dei bambini a rischio avevano un'insufficiente cognizione degli estremi del rischio e delle modalità del pronto intervento. Essi, secondo gli autori, dovrebbero ricevere istruzioni più pregnanti e dettagliate e soprattutto più di frequente rinfrescate dai medici che gestiscono il *personalized care project* nelle scuole.

Un ultimo dato: entro la coorte studiata vi fu un solo caso di effettivo uso del kit di adrenalina: si trattò di un bambino con allergia all'uovo e minacciosa comparsa di asma ed edema diffuso da erranea ingestione.