



L'ORTICARIA ACUTA E CRONICA



NB. Le informazioni riportate di seguito non possono in alcun modo sostituirsi alla diagnosi, alla cura e al trattamento da parte del tuo medico.

L'orticaria è uno dei disturbi cutanei più frequenti che affligge sia bambini che adulti e può essere innescata o favorita da molteplici cause. Nell'immaginario comune l'orticaria è un fenomeno sempre scatenato da un fattore allergico (soprattutto alimentare) ma in realtà è molto più spesso determinata da altre cause (anche più di una contemporaneamente) che rendono complessa l'identificazione dell'evento scatenante.

In base a un criterio temporale si distinguono forme acute, che insorgono rapidamente e scompaiono nel giro di qualche ora o giorno e forme croniche, che persistono oltre sei settimane.

L'orticaria acuta prevale nell'infanzia

L'assunzione di farmaci (analgesici, antinfiammatori o antibiotici) o la presenza di comuni infezioni virali (sindromi influenzali, mononucleosi, epatiti virali), batteriche (faringiti, infezioni delle vie urinarie) o parassitarie sono le principali cause di orticaria in età pediatrica.

Anche le allergie alimentari dell'infanzia (soprattutto latte e uovo) sono una causa frequente di orticaria acuta pediatrica poiché talvolta l'alimento a cui il bambino è allergico viene assunto erroneamente in un alimento complesso (Es. una merendina). Oppure semplicemente l'assunzione di alimenti ricchi di istamina (senza che il bambino sia veramente allergico) quali fragole, condimenti vari, crostacei, pesci e additivi alimentari può indurre fenomeni orticarioidi acuti.

Seguono poi in ordine di frequenza cause quali le punture di insetto (imenotteri, zanzare, altro) o il contatto con sostanze chimiche e irritanti, o stimoli fisici (caldo, freddo, sole).

In molti casi non è possibile identificare una causa specifica e l'orticaria viene definita "idiopatica".

L'orticaria cronica

La forma cronica, si definisce tale quando i ponfi sono presenti quotidianamente o quasi per oltre sei settimane. Occorre più frequentemente nella popolazione adulta, con prevalenza del 15-20% circa, con maggior espressione nel sesso femminile (rapporto di circa 2:1). L'orticaria cronica è talvolta sottostimata e sottovalutata ma può essere anche molto disturbante, fino ad incidere sulla qualità di vita di chi ne soffre influenzandone negativamente le attività quotidiane e le relazioni interpersonali.

L'andamento dell'orticaria cronica è caratterizzato da fasi acute che si alternano a fasi di miglioramento con andamento imprevedibile che può durare mesi o anni. L'evento che occorre più frequentemente, tuttavia, è la remissione spontanea dell'orticaria dopo un certo periodo.

Tra le più frequenti cause si considerano: le infezioni virali o batteriche, incongrua reazione ad uno o più farmaci in associazione, reazioni avverse a prodotti usati per l'igiene (saponei detersivi o creme), alimenti e raramente allergeni inalanti. Frequenti sono le così dette orticarie croniche di tipo fisico.

Le orticarie croniche di tipo fisico

Rappresentano fino al 25% delle forme croniche di orticaria (5-10% nei bambini). Le manifestazioni, in genere, sono limitate alle aree cutanee esposte al fattore scatenante ma non sono rare le forme generalizzate.

Tra gli esempi più frequenti:

- L'orticaria *colinergica* così chiamata perché si manifesta dopo liberazione di acetilcolina, un mediatore normalmente contenuto nelle cellule nervose cutanee. Questo fenomeno può osservarsi spesso dopo uno sforzo fisico molto intenso o in conseguenza della pressione esercitata sulla cute da un oggetto pesante ed è favorito dalla traspirazione. Anche una semplice doccia può contribuire all'eruzione orticarioide, generalmente di breve durata.
- L'*orticaria da freddo*, di frequente riscontro nei soggetti sensibili al freddo quando maneggiano oggetti refrigerati, rimangono in ambiente esterno per qualche tempo o entrano in una stanza con l'aria condizionata
- L'*orticaria da contatto con l'acqua (aquagenica)*, che conduce a forme generalizzate di orticaria quando ci si tuffa nell'acqua (soprattutto fredda). In tal senso chi ne è affetto deve immergersi lentamente in piscina o nel mare per evitare una vasodilatazione repentina che potrebbe essere pericolosa.
- L'*orticaria da calore*, eccezionale, localizzata solo nel punto in cui si applica una fonte di calore.
- L'*orticaria solare* che colpisce tutte le parti del corpo esposte al sole, il classico eritema solare ne è un esempio comune.

Altre forme croniche

- In altri casi l'orticaria può essere espressione di un'altra malattia, per esempio: vasculiti (infiammazione dei vasi sanguigni), lupus eritematoso (malattia autoimmune), alcune affezioni del sistema endocrino (alterazione degli ormoni tiroidei) o metabolico (iperuricemia), celiachia.

L'orticaria allergica

Quando l'orticaria ha natura allergica le caratteristiche sono tali da renderne in genere più facile il riconoscimento. Può essere dovuta a un farmaco o a un alimento, o anche allergeni presenti nell'aria (polline, polveri). In genere si tratta di una forma acuta e solo raramente cronicizza.

L'orticaria allergica compare presto e si esaurisce presto!

- L'attacco può manifestarsi dopo pochi minuti o entro 2 ore dopo uno stimolo (assunzione di un alimento, di un farmaco, puntura di insetto etc) e si esaurisce in poche ore (massimo 24-48 h).

- La gravità dell'attacco non dipende dalla quantità dell'alimento ingerito (anche piccole dosi possono scatenare una reazione seria).
- La presenza di allergie note o la familiarità allergica può predisporre a orticaria allergica.

Talvolta si confonde l'orticaria allergica da alimento specifico con l'orticaria innescata in modo aspecifico da alimenti (orticaria da cibi ricchi di istamina). Nel primo caso il paziente è allergico ad un alimento specifico ed esiste una relazione di causa-effetto tra l'ingestione del cibo e la reazione orticarioide: il paziente mangia gamberetti e poco dopo compare l'orticaria! Nel secondo caso non esiste una relazione stretta tra alimento e orticaria. Talvolta il paziente manifesta orticaria se mangia un alimento e talvolta, pur mangiandolo non ha reazioni.

Alcuni cibi ricchi di istamina di cui è meglio non eccedere

• fragole, agrumi, melone, banane • frutta esotica • frutta secca • pomodoro (fresco e in conserva) • spinaci • legumi (piselli, ceci, fave, fagioli) anche conservati • formaggi stagionato e fermentati (grana, gruviera, gorgonzola, pecorino, provolone forte e altri) • albume d'uovo • cacao/cioccolato • pesce fresco conservato (tonno, sardine, acciughe, aringhe, salmone) • crostacei e frutti di mare • funghi • salumi e insaccati • dadi per brodo • coca-cola, vino (soprattutto rosso), birra

Come si fa la diagnosi di orticaria?

La diagnosi si basa soprattutto sulla storia personale e clinica del soggetto (anamnesi dettagliata) e sulle caratteristiche di manifestazione della malattia.

Nei casi che lo richiedano, il medico prescrive test di laboratorio e/o allergologici adeguati alla specifica situazione. Non sempre le cutireazioni per alimenti (Prick test) possono essere eseguite poiché la spiccata reattività cutanea dei soggetti con orticaria porta a una non corretta lettura del test. In questi casi l'allergologo potrà eventualmente indicare la ricerca degli anticorpi IgE specifici nel sangue (RAST) se ritenuto opportuno.

Che cosa si può fare in caso di forte prurito?

Gli attacchi acuti di orticaria possono avere anche regressione spontanea.

Le forme croniche invece, poiché di lunga durata spesso richiedono un trattamento farmacologico.

Se possibile e se individuata, rimuovere la causa scatenante è di fondamentale importanza!

Il trattamento antistaminico è di prima scelta. Un breve ciclo con cortisone è senza dubbio indicato nelle forme molto severe o se la sintomatologia pruriginosa è estremamente fastidiosa. Associare una dieta povera di alimenti ricchi di istamina attualmente non è considerato risolutivo ma può contribuire al miglioramento clinico. Si sottolinea che sia il cortisone che gli antistaminici sono farmaci che devono essere prescritti dal medico in considerazione della sintomatologia, dell'età del paziente e del peso corporeo dello stesso. In genere il trattamento è sistemico (compresse o iniezioni) e solo raramente locale (topico) (creme, unguenti). Nelle forme croniche il trattamento antistaminico può essere prolungato anche per molti mesi ma sempre secondo indicazione medica.

L'orticaria può essere in alcuni casi specifici il sintomo d'esordio di uno shock anafilattico che tuttavia è un evento acuto che si complica con altri sintomi (respiratori, gastroenterici, cardio-vascolari) nel breve periodo e che richiede trattamento in Pronto Soccorso.

In generale invece l'orticaria è una manifestazione fastidiosa ma benigna e non grave e in tal senso l'eccessiva preoccupazione del paziente può ulteriormente peggiorare il prurito. Consultare il medico permetterà di valutare e trattare l'orticaria in modo corretto ed efficace.

Fonti

1. Orticaria – **SIAIP** (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica);
2. The etiology of different forms of urticaria in childhood. Sackesen C et al, *Pediatr Dermatol* 2004, 21(2): 102-8;
3. Acute urticarial in infancy and early childhood: a prospective study. Mortureux P et al, *Arch Dermatol* 1998, 134(3): 319-23;
4. Childhood acute urticarial in northern and southern Europe shows a similar epidemiological pattern and significant meteorological influences. Kostantinou GN et al, *Pediatr Allergy Immunol* 2011, 22: 36-42;
5. Urticaria and urticarial related skin condition/disease in children. Novembre E et al, *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2008, 40(1): 5-13;
6. Childhood urticaria. Marrouche N e Grattan C, *Curr Opin Allergy Clin Immunol* 2012, 12(5): 485-90;
7. The general characteristics of acute urticaria attacks and the factors predictive of progression to chronic urticaria. Comert S et al, *Allergol Immunopathol*, ottobre 2012;
8. Quality of life assessment in patients with chronic urticaria. Fusel de Ue AP et al, *An Bras Dermatol* 2011, 86(5): 897-904;
9. Urticaria and quality of life. Grob JJ e Gaudy-Marqueste C, *Clin Rev Allergy Immunol* 2006, 30(1): 47-51;
10. Chronic urticaria. Grattan CE, Sabroe RA, Greaves MW, *J Am Acad Dermatol*. 2002;46(5):645-57