

Alergiile de vară

Dr. Alina
Bălăceanumedic specialist
Alergologie și Imunologie
Clinică
Medicis, Timișoara
www.medicis.ro

Abstract

The main cause of allergies in summer time is the grains, grasses and weeds pollen; among these, the ragweed pollen has a great potential of sensitivity and triggers severe forms of allergic rhinitis. The diagnosis of pollen allergy is based on the correlation between the presence of symptoms and diagnostic tests; regarding the treatment, we must highlight the importance of specific immunotherapy, the only treatment option which modifies the natural progression of the disease. Other allergic reactions in the summer time are the oral allergy syndrome and the Hymenoptera venom allergy.

Keywords: pollen, allergic rhinitis, oral allergy syndrome, Hymenoptera venom allergy

Rezumat

Principala cauză de alergie în timpul verii este polenul de cereale, graminee și ierburi; dintre acestea polenul de ambrozia prezintă un potențial mare de sensibilizare și declanșează forme severe de rinită alergică intermitentă. Diagnosticul alergiei la polen se bazează pe concordanța dintre prezența simptomelor și testele diagnostice, iar în ceea ce privește tratamentul, trebuie subliniată importanța imunoterapiei specifice, singura opțiune terapeutică ce modifică evoluția naturală a bolii. Alte reacții alergice în timpul verii sunt sindromul de alergie orală și alergia la venin de hymenoptere.

Cuvinte-cheie: polen, rinită alergică intermitentă, sindrom de alergie orală, alergie la venin de hymenoptere

Bolile alergice prezintă o reală problemă de sănătate la nivel mondial din cauza creșterii prevalenței acestora în ultimele decenii. Se estimează că peste 20% din populația lumii suferă de boli alergice de tip imediat (IgE mediate), iar la nivel european, până în 2015, unul din doi europeni va suferi de o boală alergică⁽¹⁾.

Principala cauză de alergie în timpul verii este polenul de cereale, graminee (iarba de gazon, golomăț, păiuș, timoftică) și ierburi (urzică, măcriș, pătlagină, pelin, iarba pârloagelor). O importanță deosebită trebuie acordată polenului de ambrozia (iarba pârloagelor), din cauza cantității foarte mari prezente în atmosferă în perioada iulie-septembrie. Această plantă prezintă un potențial mare de sensibilizare și de declanșare a unor forme severe de boli alergice. O singură plantă produce în medie 108 grăuncioare de polen și a fost raportat că valoarea critică pentru declanșarea simptomelor la majoritatea pacienților sensibilizați este de 20 grăuncioare de polen per m³ aer⁽²⁾.

Cea mai comună manifestare cauzată de sensibilizarea la polen este **rinita alergică intermitentă**, caracterizată prin simptome ca: strănut în salve (cel mai caracteristic simptom), rinoree apoasă, obstrucție nazală și prurit nazal ce apar în perioada de polenizare. Foarte frecvent se asociază pruritul ocular și al bolții palatine, lacrimație, fotofobie, injectarea sclerei și a conjunctivei, chemozis, iar în cazurile mai severe poate apărea tusea seacă (datorată senzației de iritare la nivelul gâtului și a drenajului posterior al secrețiilor nazale), wheezingul, disfonia și uneori manifestări cutanate de tipul urticariei sau dermatitei de contact^(3,4). În cazul obstrucției nazale severe, aceasta se poate asocia cu cefalee, dureri otice, pierderea mirosului și gustului din cauza afectării drenajului sinusurilor paranazale și al trompelor lui Eustachio. În cazurile de rinită moderat-severă se asociază slăbiciune, indispoziție, iritabilitate, fatigabilitate, grețuri și disconfort abdominal (din cauza

înghițirii secrețiilor mucoasei în exces). Simptomele apar și se repetă periodic, în relație cu sezonul de polenizare, iar intensitatea lor variază direct proporțional cu concentrația de polen din aer, fiind mai severe dimineața, în zilele însorite și cu vânt.

Diagnosticul alergiei la polen se bazează pe concordanța dintre prezența simptomelor alergice și testele diagnostice⁽⁶⁾, și anume:

1. **Testele in vivo (testarea cutanată prick)**, mai sensibilă și mai specifică decât testele *in vitro*, reprezintă metoda diagnostică de primă intenție, având și avantajul unor costuri mult mai reduse și rezultate imediate (15- 20 minute de la testare)^(5,7). Există însă și cazuri în care testele *in vitro* au prioritate: la pacienții care nu-și pot întrerupe tratamentul, la cei care au istoric de sensibilitate foarte mare (evitând astfel apariția unor reacții locale extinse sau chiar a șocului anafilactic) sau la pacienții care prezintă dermografism sau afecțiuni cutanate acute.

2. **Testele in vitro (dozarea serică a IgE specific pentru un anumit alergen)** se bazează pe evidențierea anticorpilor de tip IgE împotriva alergenului testat. Măsurarea IgE-ului total nu are valoare diagnostică pentru rinita alergică.

Studiile au demonstrat că pot apărea rezultate pozitive (atât la testele *in vivo*, cât și *in vitro*) la indivizi care nu prezintă simptomatologie, în acest caz, rezultatele fiind irelevante clinic.

Trebuie subliniat faptul că testele diagnostice au o importanță majoră în stabilirea diagnosticului de rinită alergică pentru că, de foarte multe ori, aceasta este dificil de diferențiat de o rinită infecțioasă (banala "răceală"), de cea cauzată de factori iritanți (fum de țigară, poluanți, parfumuri) sau de modificările de mediu (modificări de presiune sau temperatură).

Tratamentul rinitei alergice se bazează pe: evitarea sau minimalizarea expunerii la alergenul declanșator, tratamentul farmacologic și tratamentul imunologic (imunoterapia specifică).



Evitarea expunerii la polen este aproape imposibil de realizat, dar se pot lua măsuri de minimalizare a contactului cu acesta:

- evitarea activităților în aer liber în zilele cu concentrații crescute de polen: vânt, zile senine (în special dimineața și seara);
- evitarea aerisirii locuinței în timpul perioadei de polenizare;
- evitarea uscării hainelor în aer liber (granulele de polen se pot depune pe acestea);
- utilizarea filtrelor de polen și a aparatelor de aer condiționat;
- purtarea ochelarilor de soare pentru limitarea contactului cu polenul în zona ochilor;
- purtarea unor măști faciale speciale dotate cu filtru de polen.

Principalele clase de medicamente utilizate în tratamentul rinitei alergice sunt antihistaminicele orale și intranasale, corticosteroizii locali, cromonele locale, decongestionantele, anticolinergicele. Medicația utilizată se administrează cel mai frecvent pe cale orală sau intranasală, eficacitatea diferă de la un pacient la altul și nu are efect după întreruperea tratamentului.

Tratamentul imunologic - **imunoterapia specifică sau desensibilizarea** - este singurul tratament curativ disponibil ce modifică evoluția naturală a bolilor alergice și constă în administrarea de extracte alergice standardizate în doze progresiv crescând până la o doză de întreținere ce se menține pe o perioadă de 3-5 ani. Scopul desensibilizării este de a induce toleranța imunologică față de alergenul sensibilizant. Modalitatea de administrare este subcutanată (SCIT), sublinguală (SLIT) și recent, sub formă de tablete. Beneficiul imunoterapiei este că suprimă simptomele pe o durată lungă de timp, scade nevoia de medicație și previne evoluția spre forme de boală mai severă. Dezavantajele imunoterapiei sunt perioada lungă de tratament, costul crescut (în România, tratamentul nu este decontat de Casa Națională de Asigurări de Sănătate) și riscul efectelor adverse^(8,9).

O altă formă de alergie în sezonul de vară este **sindromul de alergie orală sau „polen-food syndrome”**. Manifestările clinice apar din reactivități încrucișate între alergenii din polen și unele fructe și legume crude. S-a demonstrat că polenul de copaci, graminee și ierburi conține proteine cu structură similară cu cea a proteinelor din anumite alimente. Aceste proteine sunt recunoscute de sistemul imun al pacienților sensibilizați la polen și astfel se poate declanșa reacția alergică⁽¹⁰⁾.

Simptomele sindromului de alergie orală includ prurit și edem al buzelor, mucoasei bucale, limbii și gâtului, disfonie și uneori senzație de sufocare. De obicei apar la câteva minute de la ingestia de alimente, sunt de intensitate ușoară sau medie și dispar în decurs de o oră fără să necesite tratament. De precizat că nu toți pacienții cu alergie la polen prezintă sindrom de alergie orală.

Câteva exemple de alergie încrucișată:

- polen de graminee - țelină, pepene, portocale, roșii, piersici;
- polen de ambrozia - banană, castravete, pepene, semințe de floarea-soarelui, dovleac;
- polen de artemisia - morcov, țelină, pătrunjel.

Înțepăturile de insecte pot, de asemenea, cauza reacții alergice mai ales în perioada de vară. Comparativ cu alergiile produse de polen, acestea sunt mai puțin frecvente, dar pot fi extrem de severe (deces prin edem glotic, colaps circulator, șoc anafilactic). În țara noastră, insectele responsabile de reacții alergice sunt albinele și viespile și fac parte din clasa hymenopterelor alături de bondari, tăuni și furnici.

Veninul hymenopterelor conține substanțe cu calități toxice (amine vasoactive) și alergizante (proteine și enzime cu greutate moleculară mare)⁽¹¹⁾. Reacțiile toxice nu presupun implicarea sistemului imun, apar după un număr mare și simultan de înțepături, iar intensitatea simptomelor este direct proporțională cu doza de venin inoculată.

Manifestările clinice imediate cuprind reacții locale normale sau fiziologice, reacții locale extinse (edem și eritem intens, pe o arie extinsă) și reacții sistemice generalizate (de la urticarie și angioedem sever până la șoc anafilactic). Pot apărea și reacții tardive de tip boala serului, vasculită, encefalită⁽¹²⁾.

Diagnosticul reacțiilor alergice se face prin testare cutanată cu extract de venin (metodă periculoasă pentru pacient) sau prin dozarea IgE specifice.

Tratamentul reacțiilor locale extinse include antihistaminice, comprese reci și eventual cure scurte de corticosteroizi orali. Reacțiile sistemice trebuie tratate ca orice reacție anafilactică: administrare de adrenalină, tratament suportiv și transport la departamentul de urgență⁽¹¹⁾.

Și în cazul alergiei la venin de insecte trebuie subliniată importanța imunoterapiei specifice, care s-a dovedit foarte eficientă în prevenirea reacțiilor severe; aceasta este indicată pacienților cu reacții sistemice și teste cutanate pozitive. ■

Bibliografie

1. R. Pawankar, G. W. Canonica, St. T. Holgate, R. F. Lockey: WAO White Book on Allergy 2011-2012: Executive Summary.
2. Bergmann K.C., Werchan D., Zuberbier M.M. The threshold value of Ambrosiapollen inducing acute nasal reactions is very low. *Allergo J.* 2008; 17: 375-376.
3. Bousquet J., Boushey H.A., Busse W.W., Canonica G.W., Durham S.R., Irvin C.G., et al. Characteristics of patients with seasonal allergic rhinitis and concomitant asthma. *Clin Exp Allergy* 2004;34:897-903.
4. Schumacher M.J., Silvis N.G. Airborne contact dermatitis from Ambrosia deltoidea (triangle-leaf bursage).
5. J. Bousquet, N. Khaltaev, A. A. Cruz Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008, *Allergy* 2008; 63 (Suppl. 86): 8-160.
6. Eigenmann P.A. Diagnosis of allergy syndromes: do symptoms always mean allergy? *Allergy* 2005;60(Suppl.79):6-9.
7. Haydon R.C. Allergic rhinitis--current approaches to skin and in vitro testing. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008 Apr;41(2):331-46.
8. Simons F.E. Advances in H1-antihistamines. *N Engl J Med* 2004;351:2203-221
9. Ring J, Gutermuth J. 100 years of hyposensitization: history of allergen-specific immunotherapy (ASIT). *Allergy*. 2011 Jun;66(6):713-24.
10. Egger M., Mutschlechner S., Wopfner N., Gadermaier G., Briza P., Ferreira F. Pollen-food syndromes associated with weed pollinosis: an update from the molecular point of view. *Allergy*. 2006 Apr;61(4):461-76.
11. Jeana Rodica Radu. Alergiile reagenice și imunoterapia specifică cu vaccinuri alergice. Editura Medicală Amaltea 1998.
12. Golden D.B. et al Stinging insect hypersensitivity: a practice parameter update 2011. *J Allergy Clin Immunol.* 2011 Apr;127(4):852-4.