

Cinque cose da sapere su... le allergie a farmaci

Five things to know about... drug allergy

Marilisa Piccolantonio¹, Tecla Mastronuzzi²

¹SIMG Foggia, ²SIMG coordinatrice macroarea prevenzione



Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article:

Cinque cose da sapere su... le allergie a farmaci
Rivista SIMG 2025;
32 (02):56-58.

© Copyright by Società Italiana dei Medici di Medicina Generale e delle Cure Primarie.



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

1. Perché le allergie ai farmaci interessano la Medicina Generale?

Il medico di medicina generale (MMG) è spesso il primo riferimento in caso di una reazione avversa a farmaci, che dal punto di vista del paziente viene generalmente identificata come "allergia"¹.

I software gestionali utilizzati in Medicina Generale includono sistemi di allarme per le allergie ai farmaci.

Le allergie ai farmaci sono reazioni avverse che si manifestano con il coinvolgimento del sistema immunitario, appartengono al gruppo delle reazioni tipo B, dose-indipendenti e imprevedibili (**Figura 1**), e necessitano di corretta diagnosi.

Il MMG svolge un ruolo chiave nell'individuazione dei pazienti da inviare ad approfondimenti diagnostici, nella determinazione del farmaco responsabile e nella selezione di alternative terapeutiche adeguate. Inoltre, eliminare farmaci senza una valutazione approfondita può ridurre le opzioni terapeutiche a disposizione del paziente². Ad esempio, etichettare erroneamente come "allergia" una reazione avversa ad un antibiotico può condurre a un uso eccessivo di antibiotici di seconda linea, contribuendo all'aumento dell'antibiotico-resistenza, una problematica di salute pubblica di crescente rilevanza. Meno del 10% dei pazienti etichettati come allergici alle penicilline, lo sono realmente^{3,4}.

2. Quali quadri clinici sono correlati ad una vera allergia al farmaco?

La reazione all'assunzione del farmaco si verifica raramente in presenza del MMG che per effettuare una corretta diagnosi deve avvalersi di una serie di dati anamnestici, che vanno raccolti con grande precisione. Una reazione allergica a farmaci si può presentare con sintomi locali o sistemici, con o senza coinvolgimento muco-cutaneo, e può essere immediata o non immediata.

Le reazioni immediate compaiono entro 1-6 ore

dall'assunzione del farmaco e possono manifestarsi con orticaria, angioedema, rinite, congiuntivite, broncospasmo, sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, diarrea) fino allo shock anafilattico, caratterizzato dal coinvolgimento del distretto cardiovascolare con importante ipotensione^{5,6}.

Le reazioni non immediate, la cui manifestazione può avvenire oltre un'ora dall'assunzione del farmaco, include quadri clinici eterogenei prevalentemente dermatologici: orticaria a comparsa ritardata, eruzioni maculo-papulari, eritema fisso, vasculite, malattie bollose con pustolosi esantematica acuta generalizzata (AGEP) e un particolare quadro di eritema simmetrico delle pieghe sottoposte a flessione con intertrigine (riassunte dall'acronimo inglese "SDRIFE"). Anche in questo caso possono essere coinvolti altri organi e apparati. Ricordiamo anche la temibile DRESS, acronimo di *Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms*, spesso associata all'assunzione di sulfamidici e antiepilettici⁷.

3. Come si fa diagnosi di ipersensibilità a farmaco?

L'anamnesi deve escludere fattori confondenti come infezioni virali, farmaci che inducono broncospasmo (β -bloccanti, solfiti), accumulo di bradichinina (ACE-inibitori) o alterazioni del metabolismo dell'acido arachidonico (aspirina, FANS). L'EAACI (*European Academy of Allergy and Clinical Immunology*) suggerisce di raccogliere i seguenti dati¹:

- Data della reazione
- Nome del farmaco coinvolto e motivo della prescrizione
- Numero di dosi assunte prima della reazione
- Intervallo di tempo intercorso fra l'ultima dose assunta e il manifestarsi della reazione
- Natura e descrizione dei sintomi
- Trattamento necessario alla loro risoluzione
- Tempo di remissione

- Farmaci assunti al momento della reazione e immediatamente dopo
- Condizioni sottostanti (orticaria cronica, rinosinusite cronica...)

Il MMG può richiedere esami di primo livello (istamina, triptasi e IgE totali) e valutare il coinvolgimento di altri organi (epatite, insufficienza renale, neutropenia, ecc.), e quindi indirizzare il paziente a uno specialista nei casi dubbi e in quelli complessi, in particolare per reazioni agli anestetici, o nel caso di pazienti immunodepressi o con patologie che richiedono frequenti terapie antibiotiche (es. fibrosi cistica).

Le linee guida NICE sulla diagnosi e management dell'allergia a farmaci⁶ sottolineano l'importanza di condividere le informazioni relative alla sospetta allergia a farmaci con tutti i medici responsabili del percorso di cura del paziente.

4. È possibile prevenire le allergie ai farmaci?

Non esiste una prevenzione classica, poiché si tratta di reazioni imprevedibili. Tuttavia, è possibile adottare misure precauzionali per evitare che si ripresenti:

- **Sospendere i farmaci sospetti**, valutando sempre il rapporto rischio-beneficio.
- **Segnalare i casi rilevanti** al Comitato per la Valutazione dei Rischi in Farmacovigilanza (PRAC).
- **Fornire al paziente un elenco di farmaci alternativi** e segnalare i casi in cui non esistano opzioni terapeutiche valide.

5. Come trattare un'allergia a farmaco?

La terapia della fase acuta non differisce da quella delle altre patologie allergiche con manifestazioni simili (cutanee, respiratorie, generali).

- Le **reazioni cutanee tipo orticaria** vengono trattate con antistaminici e cortisonici con accesso e osservazione in Pronto Soccorso per le forme più acute e diffuse.
- Le **reazioni di tipo anafilattico** vengono trattate con adrenalina intramuscolo, ossigenoterapia, infusione endovenosa di liquidi, somministrazione di antistaminici e di cortisonici, adeguata osservazione clinica in Pronto Soccorso e suc-

cessivo, eventuale, ricovero ospedaliero.

- Le **reazioni sistemiche, di tipo non immediato**, possono variare molto in intensità e manifestazioni cliniche. Le **reazioni lievi** di tipo eczematoso possono necessitare unicamente di terapia steroidea locale. Le **reazioni cutanee diffuse** a tipo rash maculo papuloso necessitano di solito di antistaminici e cortisonici per bocca per un congruo periodo di tempo. Le gravi reazioni cutanee, con coinvolgimento anche di altri organi e apparati (es. Necrolisi Epidermica Tossica, sindrome di Stevens-Johnson, sindrome DRESS) necessitano, solitamente, di ricovero ospedaliero con esecuzione di esami ematologici e di trattamento di supporto, costituito da liquidi, farmaci cortisonici ed antistaminici per via sistemica.

In alcuni casi selezionati è possibile proporre una desensibilizzazione⁸ sottoponendo il paziente a somministrazione di dosi crescenti del farmaco indagato fino all'induzione di tolleranza, senza disturbi, di una dose terapeutica. Tale procedura deve essere eseguita in ambiente specialistico.

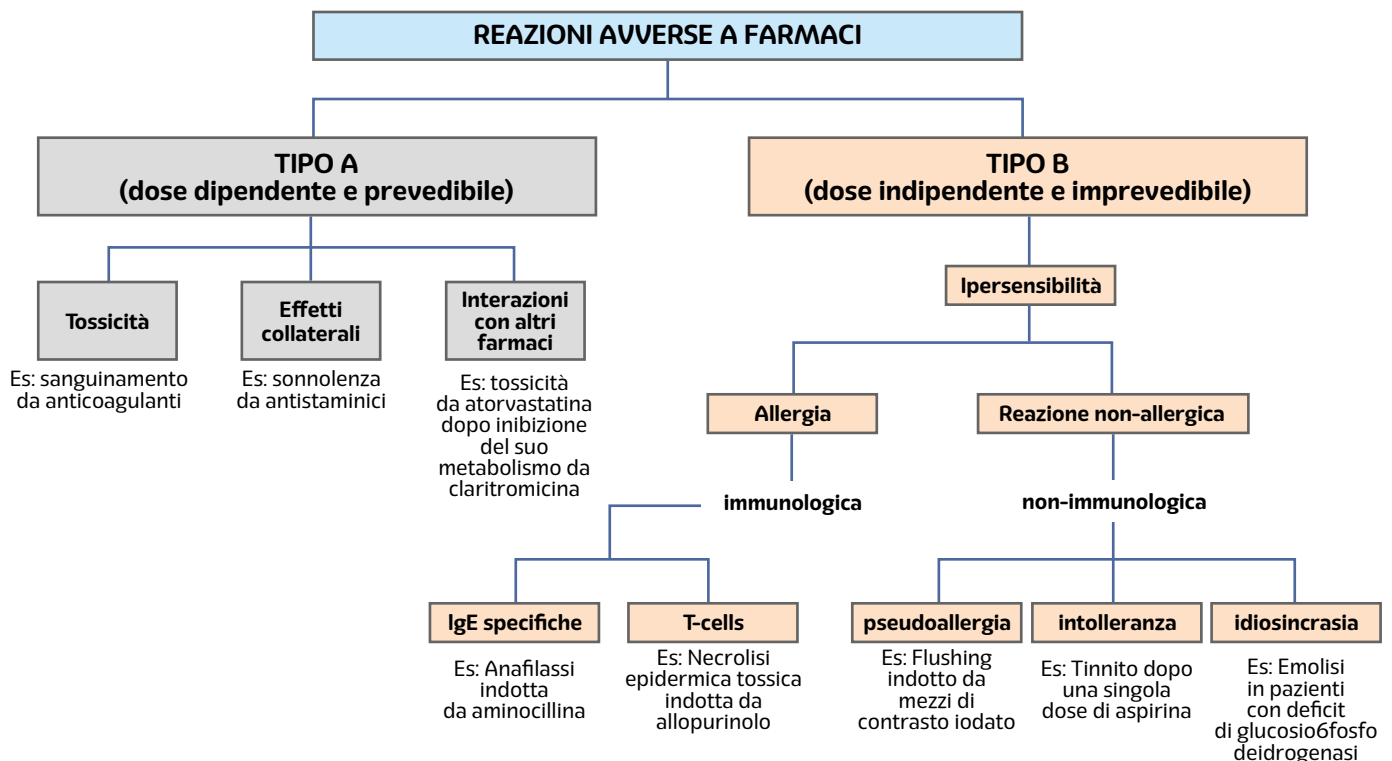


Figura 1 - Reazioni avverse a farmaci. Adattata da¹

La desensibilizzazione è una pratica che può risultare utile nel campo oncologico dove sono possibili reazioni avverse a farmaci chemioterapici, consentendo di conservare opzioni terapeutiche di prima linea. La desensibilizzazione può rivestire un importante ruolo in Cardiologia per quei pazienti che necessitano di terapie antiaggreganti.

Bibliografia

1. Doña I, et al. An EAACI task force report: recognising the potential of the primary care physician in the diagnosis and management of drug hypersensitivity. *Clin Transl Allergy* 2018;8:16.
2. Cabrera M, et al. Current allergy educational needs in primary care. Results of the EAACI working group on primary care survey exploring the confidence to manage and the opportunity to refer patients with allergy. *Allergy* 2022;77:378-87.
3. Demoly P, et al. International Consensus on drug allergy. *Allergy* 2014;69:420-37.
4. Krishna MT et al. A multicentre observational study to investigate feasibility of a direct oral penicillin challenge in de-labelling 'low risk' patients with penicillin allergy by non-allergy healthcare professionals (SPACE study): Implications for healthcare systems. *J Infect* 2024;88:106116
5. Drug allergy: diagnosis and management Clinical guideline 2014 www.nice.org.uk/guidance/cg183
6. Bilò MB, et al. Anaphylaxis. *Eur Ann Allergy Clin Immunol* 2021;53:4-17.
7. Lee EY, et al. Diagnosing and managing DRESS amidst remaining uncertainty. *J Allergy Clin Immunol Pract* 2025:S2213-2198(25)00190-4.
8. Cortellini G, et al. Clinical approach on challenge and desensitization procedures with aspirin in patients with ischemic heart disease and nonsteroidal anti-inflammatory drug hypersensitivity. *Allergy* 2017;72:498-506.