

GIMBE[®]

Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze

Evidence-Based Medicine Italian Group

Workshop

Evidence-based Medicine

Le opportunità di un linguaggio comune 3^a ed.

Como, 1-2 aprile 2006



Sezione di Como

Workshop Clinici Interattivi (2)

La diagnostica del paziente allergico.

Troppi test a tutti i pazienti?

Carmen Sampietro

Marina Russello

Scenario Clinico

- La signora Giovanna è un avvocato di 43 anni, sposata e senza figli.
- Familiarità per allergie:
 - la mamma alla lanolina
 - la nonna materna presenta dermatopatie multiple e asma estrinseco stagionale.
- Anamnesi fisiologica, normopeso, fumatrice da 20 anni, normotesa, ciclo mestruale regolare.
- Anamnesi patologica remota: ricovero per polmonite a 2 anni, tonsillectomia a 6 anni

Scenario Clinico

- Giunge alla mia osservazione nel gennaio 2002 perchè da 3-4 mesi sono comparse improvvisamente - senza alcuna causa scatenante - chiazze eritematose rilevate "a colpo di frusta", intensamente pruriginose, non migranti, in sede laterocervicale, sottomandibolare e sovraclaveare bilaterale.
- Da qualche giorno le chiazze si sono estese alle guance
- Nel sospetto di allergia, la signora Giovanna ha già eliminato - senza alcun beneficio - profumi, cosmetici, gioielli ed abiti a collo alto e sostituito i detergenti per il corpo con altri "ipoallergenici".

Scenario Clinico

- Mi riferisce di attraversare un periodo difficile per motivi familiari, professionali ed economici...
- L'anamnesi farmacologica è negativa e l'alimentazione è abbastanza irregolare (orari, scatolette....), ma invariata da anni.
- La signora Giovanna, tuttavia, essendo una donna molto impegnata, non vuole perdere tempo nell'eseguire test diagnostici, che ritiene inutili

Scenario Clinico

- Mi limito, pertanto, a prescrivere controlli ematochimici di routine ed un trattamento con steroide + antistaminico (triamcinolone + clorfenamina): 1 cpr 2 volte/die.
- La signora Giovanna lo usa per un mese con modesto miglioramento: il prurito si è attenuato e l'eritema si è ridotto, senza tuttavia scomparire del tutto.

2. Allergie

A. Avresti richiesto una consulenza specialistica

1.No

2.Sì, una consulenza dermatologica

3.Sì, una consulenza allergologica

4.Sì, entrambe

Scenario Clinico

- Prescrivo una visita allergologica, ma la signora Giovanna preferisce rivolgersi ad un dermatologo, che conferma la diagnosi di dermatite da contatto e la terapia orale in corso, aggiungendo:
 - una crema cortisonica
 - una costosa crema idratante-emolliente di preparazione magistrale (usata solo una volta perchè antiestetica).

CLINICAL QUESTIONS



B. Condividi la decisione dello specialista sui trattamenti topici?

1. Sì

2. Non avrei prescritto la crema al cortisone

3. Non avrei prescritto la preparazione magistrale

4. No

Guidelines for care of contact dermatitis

J.BOURKE, I.COULSON* AND J.ENGLISH†

*Departments of Dermatology, South Infirmary, Victoria Hospital, Cork, *Burnley General Hospital and †the Queen's Medical Centre, Nottingham, NG7 2UH, U.K.*

Accepted for publication 1 September 2001

Summary

These guidelines for the management of contact dermatitis have been prepared for dermatologists on behalf of the British Association of Dermatologists. They present evidence-based guidance for treatment, with identification of the strength of evidence available at the time of preparation of the guidelines, including details of relevant epidemiological aspects, diagnosis and investigation.

Topical corticosteroids

- Topical corticosteroids, soap substitutes and emollients are widely accepted as the treatment of established contact dermatitis.
- There is one study demonstrating a marginal benefit of the use of a combined topical corticosteroid/antibiotic combination in infected or potentially infected eczema (Quality of evidence IV) (Strength of recommendation C).
- There is an open prospective randomized trial demonstrating the long-term intermittent use of mometasone furoate in chronic hand eczema (Quality of evidence I) (Strength of recommendation B).

After-work creams

- After-work creams appear to confer some degree of protection against developing irritant contact dermatitis.
- There are controlled clinical trials showing benefit in the use of soap substitutes and after-work creams in reducing the incidence and prevalence of contact dermatitis (Quality of evidence I) (Strength of recommendation A).
- They should be encouraged and made readily available in the workplace.

Scenario Clinico

- Dopo due settimane, la signora Giovanna torna in ambulatorio: le lesioni sono sempre presenti e, negli ultimi giorni, si sono estese anche al dorso, dove è visibile un'ampia area iperemica, accompagnata da lesioni da grattamento.
- La signora, molto disturbata dal prurito, soprattutto notturno, ha, nel frattempo, eseguito gli esami già prescritti:
 - Emocromo: modesta eosinofilia 6.3%
 - Dosaggio IgE totali 118 ku/ml (v.n. < 100)
 - Nella norma PCR, sideremia, glicemia, funzionalità epatica e renale
 - Negative urinocoltura e ricerca di parassiti nelle feci

CLINICAL QUESTIONS



**C. Considerato il quadro clinico della signora
Giovanna, ritieni appropriato richiedere ulteriori
test allergologici?**

1.No

2.Sì

D. Quale, tra i seguenti test allergologici, avresti prescritto?

1. Skin prick test (SPT)
2. Test intradermici
3. IgE specifiche (RAST)
4. Test di provocazione
5. Patch test (epicutaneo)

E. Quale, tra i seguenti test allergologici, ritieni inappropriato per la signora Giovanna?

1. Skin prick test (SPT)
2. Test intradermici
3. IgE specifiche (RAST)
4. Test di provocazione
5. Patch test (epicutaneo)

Allergy: the unmet need

A blueprint for better patient care



Royal College of Physicians

June 2003

- Contact dermatitis may be due to allergy, irritation or both.
- This disorder is usually managed by a dermatologist, but allergists need to recognise it.
- Contact dermatitis on body sites other than the hands is usually due to allergic mechanisms. However, on the hands the distinction between allergic and irritant contact dermatitis can be difficult to make but is very important.
- Irritant contact dermatitis of the hands is one of the most common occupational skin diseases.
- Chronic irritation produces an eczematous dermatitis, which can be indistinguishable from an allergic contact dermatitis.

- The standard diagnostic method for testing is the patch test which evokes a 48-hour eczematous reaction.
- The patch test shows the presence of sensitised T lymphocytes.
- Contact dermatitis is not due to IgE antibody.

The mainstay of diagnosis in allergic contact dermatitis is the patch test. This test has a sensitivity and specificity of between 70 and 80%¹⁵ (*Quality of evidence II.ii*) (*Strength of recommendation A*).

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Skin prick test (SPT)	Rapid <i>in vivo</i> test, normally performed on forearm using standardised commercial liquid extracts lightly pricked into the epidermis. Inexpensive and can be read after a short interval.	Detects specific IgE bound to mast cells. Allergen reacts with specific IgE antibodies on skin mast cells producing a wheal and flare at the site, if positive.	Testing against pollens, animal dander, house dust mite, moulds, insect venom, foods, latex and certain drugs.	Must be interpreted in context of clinical history as positive results reveal sensitivity not necessarily symptomatic allergy. Positive and negative controls are essential.

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Intradermal testing	As for SPTs but requires a higher level of technical expertise to inject allergen solution into the dermis.	Detects specific IgE bound to mast cells. More allergen injected. Larger oedematous reaction.	Now that potent extracts are available for SPTs, intradermal testing has few clinical advantages and can be associated with adverse reactions.	Widely used in North America as an alternative to SPTs, but Europe favours SPTs.

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Total serum IgE	Total serum IgE antibodies are measured in the laboratory.	IgE antibodies are involved in immediate allergy, but allergen-specific IgE is far more clinically relevant.	Useful in interpreting specific IgE tests measured in blood.	In isolation, a total serum IgE does not have diagnostic value but should stimulate further investigations.

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Allergen-specific IgE	Allergen-specific IgE antibodies in serum bind to immobilised allergen. The traditional RAST has been replaced by immunoassays namely ELISA.	Identification of allergen-specific IgE in the laboratory.	Can be used as a substitute for SPTs but is expensive and results are usually not rapidly available.	Interpret in the light of the clinical history. Low values must be interpreted with caution especially if the total serum IgE is high.

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Challenge tests	Double-blind placebo-controlled food challenge (DBPCFC) involves giving a concealed test food where the subject and the test supervisor are unaware which is the adulterated dish.	To confirm or refute adverse food reactions whilst minimising extraneous influences.	When specific IgE not available or not involved. Where there is a discrepancy between the clinical history and specific IgE by SPTs and/or blood tests. To determine resolution of allergy.	DBPCFCs are extremely time consuming although remain the gold standard for the diagnosis of adverse food reactions. Open challenges are notorious for their misleading results.

Table 9.1 Tests used in allergy diagnosis

Test	How is test performed?	Rationale	Indication	Interpretation/limitations
Patch testing	A standard battery of non-irritating allergens is applied to healthy skin (usually the back) under an occlusive dressing. The tests are usually read at 48 and 72 hours.	Sensitised white blood cells (T lymphocytes) traffic to the skin in contact with the allergen to produce local inflammation.	Used in the diagnosis of allergic contact dermatitis to substances such as nickel, dyes and latex. Performed in dermatology departments.	Must be read by an experienced physician and interpretation can be problematical as no positive control is possible.

Scenario Clinico

- Considerata la persistenza del quadro clinico, la signora Giovanna promette di andare dall'allergologo, ma l'appuntamento è ancora lontano e vuole “subito qualcosa”.
- Trovandola sempre più stressata, prescrivo alprazolam 0.25 mg x 3, ma la signora, per timore di eccessiva sedazione, lo assume solo prima di andare a letto.
- Prescrivo, inoltre, una fiala di triamcinolone retard 40 mg

Scenario Clinico

- Lo steroide per via parenterale produce un drammatico miglioramento in 24 ore, ma dopo 10 giorni la signora Giovanna torna in ambulatorio perché la dermatite si è presentata “in tutta la sua floridità”.
- In attesa dell'imminente controllo allergologico, consiglio di sospendere qualunque terapia steroidea ed anti-istaminica.

Scenario Clinico

- Il collega allergologo esegue i prick test (per alimenti ed inalanti) e i patch test (epicutanei) che risultano negativi.
- Tuttavia, nota una marcata (+++++) risposta all'istamina e consiglia una dieta povera in tiramina (evitare latticini, alcuni insaccati, liofilizzati ecc..) per due mesi.

Scenario Clinico

- La paziente segue i consigli dietetici, assume l'antistaminico per 2 settimane, riducendo gradualmente le dosi, sotto il mio controllo, fino a sospenderlo.
- Analogamente si comporta con la benzodiazepina.
- Dopo 2 mesi reintroduce a dosi crescenti gli alimenti proibiti e la sua dermatite si risolve molto prima dei suoi problemi esistenziali.
- Gode attualmente di ottima salute, pronta a ripetere il triamcinolone iniettivo al bisogno

CLINICAL QUESTIONS



F. Ritieni che la dieta abbia contribuito alla risposta terapeutica?

1.No

2.Sì