



Società Italiana di
Allergologia, Asma ed
Immunologia Clinica

COVID-19 VACCINATION IN MASTOCYTOSIS: RECOMMENDATIONS OF THE EUROPEAN COMPETENCE NETWORK ON MASTOCYTOSIS (ECNM) AND AMERICAN INITIATIVE IN MAST CELL DISEASES (AIM)

Patrizia Bonadonna, Knut Brockow, Marek Niedoszytko, et al. Published: April 04, 2021, Jaci in Practice, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2021.03.041>

Recensione a cura di Tatiana Alicandro- Azienda Ospedaliera Universitaria di Modena, Università di Modena e Reggio Emilia

La mastocitosi è una neoplasia ematologica caratterizzata dall'espansione clonale di mastociti immunofenotipicamente e morfologicamente anomali e dal loro accumulo all'interno di uno o più organi. La presentazione clinica della mastocitosi varia pertanto a seconda degli organi interessati e in accordo con le linee guida WAO 2016 si distingue una mastocitosi cutanea, caratterizzata dal solo coinvolgimento cutaneo e una mastocitosi sistemica in cui uno o più organi sono interessati dalla patologia. Sars-Cov2 è il virus responsabile dell'infezione COVID 19 descritta per la prima volta nel 2019 a Wuhan, China. Diversi studi hanno evidenziato come la presenza di comorbidità tra cui le neoplasie, costituiscano un fattore prognostico negativo nell'infezione. Recentemente, diverse aziende hanno sviluppato diversi tipi di vaccini risultati essere efficaci nel combattere l'infezione da Sars-Cov-2. Tuttavia, seppure la frequenza di gravi effetti collaterali dovuti alla somministrazione del vaccino sia



Società Italiana di
Allergologia, Asma ed
Immunologia Clinica

bassa, vi è un acceso dibattito sulla sicurezza della vaccinazione in pazienti con gravi allergie e/o mastocitosi. In questo articolo i principali rappresentanti della European Competence Network on mastocytosis (ECNM) e American Initiative in Mast cell diseases (AIM) si sono espressi in merito ai rischi legati all'infezione, alla gestione e alle procedure da seguire, valutando i rischi e i benefici legati all'infezione da Sars-Cov 2 e alla somministrazione del vaccino nei pazienti con mastocitosi.

Primo aspetto fondamentale sottolineato in questa Expert opinion è che non vi è, ad oggi, un motivo valido per considerare i pazienti con mastocitosi a più alto rischio di contrarre l'infezione né di sviluppare una malattia con peggiore decorso e a maggior rischio di mortalità se confrontati con la popolazione generale; piuttosto, la severità del decorso è legata alla presenza di altri cofattori quali età, obesità, patologie cardiovascolari e altre comorbidità più in generale. Inoltre, non vi è evidenza per cui, l'utilizzo di farmaci antivirali e di altri farmaci utilizzati per trattare l'infezione, determinino il rilascio dei mediatori mastocitari e il peggioramento del quadro di mastocitosi. Un altro aspetto importante sottolineato in questo articolo riguarda i farmaci che assumono questi pazienti: frequentemente assumono terapie croniche che antagonizzano gli effetti svolti dal rilascio dei mediatori mastocitari quali antistaminici, antileucotrienici, cromoni e l'anticorpo monoclonale omalizumab (anti-IgE). Questi farmaci non esercitano effetti immunosoppressivi e non sembrerebbero ridurre l'efficacia della vaccinazione, per cui non costituiscono una controindicazione alla sua esecuzione e non devono essere sospesi prima del trattamento. Inoltre, l'Omalizumab è risultato efficace nel prevenire l'anafilassi e migliorare i sintomi cronici legati ai mediatori mastocitari nei pazienti non sufficientemente controllati



Società Italiana di
Allergologia, Asma ed
Immunologia Clinica

dalla terapia convenzionale. Pertanto i pazienti trattati con Omalizumab devono proseguire il trattamento e si suggerisce la somministrazione di una dose del farmaco una settimana prima della vaccinazione. Nei pazienti in cui vi è uno scarso controllo della patologia al momento della vaccinazione è consigliato dapprima di trattare i sintomi e rimandare la vaccinazione ad un secondo momento in cui vi sia un buon controllo. I pazienti con mastocitosi sistemica avanzata che ricevono polichemioterapia, cladribina (2CdA) o corticosteroidi ad alta dose sono ad alto rischio di contrarre un'infezione grave da Sars-Cov-2 e possono sviluppare una minore risposta vaccinale. Pertanto, i pazienti in cui è prevista una terapia intensiva e/o immunosoppressiva, dovrebbero essere vaccinati preferenzialmente prima di tale trattamento, valutando rischi e benefici legati al ritardo della somministrazione della terapia in merito alla tempistica della vaccinazione. Pazienti trattati con corticosteroidi a basso dose (< 10 mg al giorno), vitamina D, bisfosfonati o antistaminici dovrebbero avere una normale risposta anticorpale alla vaccinazione e non devono interrompere le terapie. Nel lavoro è inoltre consigliata per i pazienti ad elevato rischio di anafilassi, la premedicazione da eseguire almeno 30-60 minuti prima della vaccinazione. Gli antistaminici anti- H1 sono maggiormente consigliati ma possono essere anche utilizzati steroidi sistemici, antistaminici anti- H2, antileucotrienici seppur considerando il ruolo che i corticosteroidi possono avere nei confronti dello sviluppo della risposta immunitaria. Si consiglia comunque di eseguire la vaccinazione in ambiente protetto con personale in grado di riconoscere un eventuale anafilassi e in grado di intervenire tempestivamente e di prolungare il



Società Italiana di
Allergologia, Asma ed
Immunologia Clinica

tempo di attesa post-vaccinazione a 30 minuti o più per quei pazienti a maggior rischio di svilupparla.

Tutte le considerazioni presentate in questo lavoro si basano sull'esperienza dei singoli esperti nel campo e sono rivolte solo ad una popolazione adulta in quanto, ad oggi, non sono ancora disponibili vaccinazioni per quanto riguarda l'età pediatrica.

In conclusione, non vi è nessuna controindicazione nei pazienti con mastocitosi ad eseguire la vaccinazione ad eccezione della documentata ipersensibilità ai costituenti del vaccino stesso.