



Allergia alimentare

Introduzione

Le reazioni avverse agli alimenti riconoscono diverse cause e solo una parte di esse ha base allergica. Possono essere a grandi linee distinte reazioni con **meccanismo immunologico**, nelle quali cioè interviene il sistema immunitario soprattutto con la produzione di anticorpi, e reazioni **non immunologiche**. Le allergie alimentari vere e proprie sono mediate da una risposta immunitaria, mentre altri tipi di reazioni hanno ad es. meccanismi tossici (intrinseca proprietà dell'alimento stesso, come per i funghi velenosi), enzimatici (deficit di produzione o di attività di un enzima, cioè di una proteina con un'azione specifica, come nell'intolleranza al lattosio, in cui lo zucchero del latte, il lattosio appunto, non viene assorbito per carenza di lattasi) o... Contrariamente a quanto solitamente si crede, gli additivi alimentari sono una causa abbastanza rara di reazioni alimentari avverse, essendo stati dimostrati in meno dell'1% dei bambini.

Tra le reazioni di tipo immunologico sono comprese anche particolari condizioni come ad es. l'intolleranza al glutine o celiachia, in cui la risposta alterata che si attiva è scatenata dall'assunzione di glutine e porta alla produzione di anticorpi di tipo IgA e IgG oltre all'attivazione di meccanismi cellulari responsabili del danno specifico.

L'allergia alimentare

Nel vasto e variegato panorama delle manifestazioni allergiche infantili, vanno innanzi tutto divise quelle di tipo **immediato**, in cui i principali attori sono anticorpi di classe IgE, dalle reazioni **ritardate**, in cui di solito il meccanismo che sta alla base è un'attivazione cellulare.

Le reazioni IgE mediate sono le meglio conosciute e le più temute, perché possono provocare sintomi importanti come lo shock anafilattico. E' fondamentale a tale proposito sottolineare che questo tipo di reazioni è appunto immediato, deve cioè avvenire subito dopo aver assunto l'alimento offeso e comunque, per convenzione, entro due ore. Reazioni che si manifestano dopo molte ore o giorni dall'ingestione di un determinato alimento non possono essere classificate come IgE mediate. Inoltre, pur essendo in qualche modo dipendenti dalla quantità ingerita soprattutto per determinare la gravità del sintomo, si tratta di fenomeni che si possono attivare anche per minime contaminazioni e che si manifestano per lo più ad ogni contatto con l'alimento.

Questa condizione interessa circa il 6% dei bambini dei primi anni di vita e tende a risolversi spontaneamente nella maggior parte di essi verso i 3 anni. In Italia gli alimenti maggiormente interessati da questo tipo di allergia sono il latte vaccino e l'uovo, soprattutto l'albume. Si stima che l'allergia al latte vaccino interessi circa il 2,5% dei bambini nel primo anno di vita mentre quella all'uovo circa l'1,3. Dopo i 3 anni, solo il 15-20% di questi bambini è ancora allergico e superati i 6 anni, più passa il tempo minori sono le chance di spontanea acquisizione della tolleranza. L'allergia IgE mediata ad altri alimenti, quali ad es. il pesce o la frutta secca, tende a persistere più a lungo e l'acquisizione spontanea della tolleranza si verifica in un numero inferiore di casi.

La prevenzione

Negli ultimi decenni la problematica dell'allergia alimentare è divenuta sempre più rilevante, interessando una percentuale sempre maggiore di individui, soprattutto nei primi anni di vita. Particolarmente frequente è l'ipersensibilità alimentare nei bambini affetti da eczema moderato o grave (condizione peraltro molto comune, che interessa oltre il 10% dei lattanti) essendo dimostrabile in oltre un terzo di essi. Questa osservazione, oltre all'evidenza di una familiarità nei casi di allergia alimentare e di atopia in genere, ha indotto i paesi occidentali (europei ed anglosassoni) negli ultimi 40 anni ad applicare programmi di prevenzione nei soggetti potenzialmente a rischio (figli di mamme atopiche, bambini con eczema precoce), basati essenzialmente sull'evitamento degli alimenti più allergizzanti e sulla ritardata introduzione degli stessi nella dieta dei lattanti. Recenti acquisizioni stanno però completamente ribaltando queste indicazioni e suggeriscono che il ritardo nell'introduzione dei cibi solidi possa essere controproducente, perché

ostacola i meccanismi di acquisizione della tolleranza alimentare, specie nei bambini con dermatite eczematosa, in cui l'alterazione della barriera cutanea favorisce la sensibilizzazione allergica attraverso la via transcutanea. Al momento attuale quindi, non è più raccomandabile che i bambini a rischio allergico ritardino l'introduzione dei solidi nella dieta. E' invece ragionevole proporre anche in essi un divezzamento secondo le normali tappe, come per tutti i lattanti senza fattori di rischio. In linea di principio l'allattamento materno va incoraggiato in tutti i neonati, e l'introduzione di cibi diversi dal latte va evitata nei primi 3 mesi di vita. Laddove il latte materno sia carente vanno prescritte formule adattate (latte in polvere) e comunque a partire dal quarto-quinto mese, pur mantenendo il latte materno (o artificiale), possono essere introdotti altri alimenti, in quantità gradualmente crescenti, compatibilmente con i gusti e le competenze del singolo bambino.

La diagnosi

Per giungere alla diagnosi di allergia alimentare è fondamentale raccogliere in maniera molto precisa e scrupolosa le informazioni sulla storia del bambino, visitarlo con altrettanta cura, scegliere in maniera oculata i test diagnostici e/o le diete di eliminazione a cui sottoporlo.

Un'analisi molto attenta della storia del soggetto indirizza verso il sospetto diagnostico più probabile. Alle volte sono proprio i dettagli raccolti minuziosamente che permettono di arrivare alla corretta diagnosi, con un'analisi della sequenza temporale degli eventi, dei sintomi riferiti, degli alimenti ingeriti, l'eventuale attività fisica svolta, ecc...

Ci sono numerosi test diagnostici che possono dare utili informazioni, ma quello che è ancora considerato il gold standard della diagnosi di allergia alimentare è il test di provocazione orale (TPO), cioè la somministrazione dell'alimento in questione in dosi crescenti, osservando la comparsa di eventuali sintomi immediati o ritardati. Questo test resta insostituibile nei casi di sospette reazioni ritardate (di solito gastrointestinali o cutanee), condizioni in cui non ci sono test in vivo o in vitro in grado di ottenere una diagnosi precisa.

Invece, nel caso delle reazioni immediate, se la storia è molto suggestiva, ad es. per ingestione di un solo alimento e comparsa dopo pochi minuti di sintomi allergici, e si riscontra la positività per gli anticorpi di tipo IgE verso quello specifico alimento, molto spesso viene consigliata una dieta di eliminazione e si può soprassedere all'esecuzione del TPO.

Il test più semplice da effettuare è il Prick test, che consiste nell'applicazione sull'avambraccio di diversi estratti, (alimentari e inalanti), ai fini di verificare, dopo una piccola puntura della cute, l'eventuale comparsa di una reazione locale. La reazione si esprime con la formazione di un pomfo circondato da un eritema e va confrontata con il controllo positivo costituito dall'istamina. E' positivo se il pomfo raggiunge almeno i 3 mm. Il Prick test non è effettuabile se il soggetto assume terapia antistaminica, perché i farmaci antistaminici inibiscono la formazione del pomfo e possono dare un risultato falsamente negativo. Questo è un primo limite del Prick, che necessita appunto della sospensione di un eventuale trattamento con antistaminici almeno 5 giorni prima dell'esecuzione del test. Inoltre non sempre è possibile dimostrare con un Prick test qual è il componente responsabile, soprattutto perché non abbiamo a disposizione estratti alimentari validi e affidabili per tutti i possibili alimenti. Un po' ci si aiuta con il cosiddetto Prick by Prick, ovvero si esegue il test usando invece che un estratto dell'alimento, l'alimento fresco sospettato di essere la causa della reazione osservata.

Le IgE specifiche per un certo allergene possono essere ricercate anche attraverso un prelievo di sangue. Questo test viene chiamato comunemente RAST ed ha lo stesso significato dal punto di vista allergologico del Prick test. Il RAST è preferibile quando il soggetto stia assumendo terapia antistaminica e quando il pannello di allergeni da testare sia particolarmente esteso. E' accettato meno volentieri dai bambini, perché richiede un prelievo di sangue ed il risultato viene solitamente espresso con un numero che corrisponde a diverse classi di positività, di solito da classe 0 (negativo) a classe 6 (IgE specifiche molto elevate).

E' molto importante sottolineare per entrambi questi test Prick e RAST, che il riscontro di una positività in assenza di sintomi legati al contatto con quel determinato alimento, non è sufficiente a diagnosticare un'allergia alimentare ma solo una sensibilizzazione e non indica la necessità di una dieta di eliminazione dell'alimento in questione, che anzi potrebbe essere controproducente.

Molto recentemente sono stati introdotti nuovi test diagnostici più sofisticati, basati su tecniche di ingegneria molecolare. Con queste metodiche è possibile ricercare IgE specifiche non verso un estratto purificato dall'allergene in questione, ma comunque piuttosto "grezzo", ma verso singole specifiche particelle dell'allergene prodotte con tecniche molto fini. Questi test non sono ancora a disposizione in tutti i laboratori, ma solo in centri specializzati, si eseguono su prelievo ematico e si chiamano ISAC o Immuno CAP). E' giustificato che venga richiesto in situazioni selezionate e l'interpretazione dei risultati, piuttosto complicata, richiede una valutazione da parte di allergologi esperti in materia. Resta quindi in questo momento un test di livello superiore.

La reattività crociata

La presenza di allergia verso un alimento non implica necessariamente che si debba avere reazione contro altri alimenti della stessa famiglia. Per esempio meno del 5% dei bambini allergici all'uovo reagisce clinicamente alla carne di pollo, anche in presenza di test cutanei e/o RAST positivi, e solo il 10% circa degli allergici al latte vaccino non può assumere carne di manzo o vitello. Non è quindi corretto estendere la dieta di eliminazione ad altri possibili alimenti, in assenza di un effettivo riscontro clinico di allergia anche verso di essi.

Il fenomeno della reattività crociata comunque esiste ed è dato dal fatto che la sensibilizzazione a un certo allergene ambientale o alimentare può comportare il riconoscimento di componenti in altri allergeni con cui condivide una simile struttura.

Il più tipico tra questi fenomeni riguarda la cross-reattività tra alcuni pollini ed alcuni alimenti vegetali: ad es. soggetti allergici al polline delle betullacee possano presentare sintomi allergici soprattutto a carico della bocca e del faringe in seguito all'ingestione di mela, pesca, ciliegie, albicocche. Questo fenomeno prende il nome di sindrome orale allergica.

Un altro esempio e' quello del lattice, con cui alcuni bambini possono venire in contatto a seguito di procedure che richiedono l'uso di guanti, che cross reagisce con numerosi frutti quali castagna, melone, fico, uva, ananas, banana e kiwi. Si spiega così perché talvolta alcuni disturbi possono protrarsi nel tempo o viceversa comparire anche in assenza di un'esposizione diretta alla fonte nota di un allergene.

I test complementari: l'opinione della medicina ufficiale

Negli ultimi anni, parallelamente all'aumento di tutte le malattie allergiche nel mondo occidentale, si e' assistito ad un sempre più frequente ricorso, sia da parte dei medici che da parte dei pazienti, alle metodiche diagnostiche cosiddette "alternative" o "complementari". I sostenitori di tale approccio ritengono che esista una vastissima gamma di segni e sintomi attribuibili all'ingestione di certi alimenti, ma non inquadrabili nelle forme di allergia classica immediata e non diagnosticabili con i Prick o il RAST. I sintomi che appartengono ai questi così detti quadri di "intolleranza alimentare" deriverebbero per lo più da un'azione nociva causata dall'accumulo nel tempo dei cibi offendenti e per questo spesso non sarebbero facilmente ricollegabili all'alimento che li determina. Quindi la correlazione fra alimento sospetto e disturbo non e' così evidente come nelle allergie, ma e' subdola e difficilmente identificabile.

Le intolleranze alimentari comprendono i disturbi più vari come la cefalea, la stanchezza-affaticabilità, l'aumento ponderale o l'incapacità di perdere peso anche seguendo le diete più drastiche, disturbi intestinali di varia natura (diarrea, stipsi, acidità gastrica, gonfiore addominale, flatulenza), sintomi cutanei (prurito, secchezza della pelle, foruncoli). Inoltre i meccanismi patogenetici che dovrebbero stare alla base di questi disturbi, non sono noti, diversamente da quanto accade delle allergie propriamente dette, di cui ben si conosce l'azione dei principali "attori", ovvero le IgE specifiche, i linfociti e le citochine coinvolte.

L'impossibilità di definire i meccanismi responsabili delle intolleranze alimentari porta come conseguenza l'assenza di un test diagnostico specifico e al contrario apre la strada all'introduzione di numerose indagini, spesso costose e assolutamente prive di basi scientifiche. Tra esse ricordiamo ad es. il test kinesiologico, basato su una presunta riduzione della forza muscolare indotta dall'allergia, l'analisi del capello e i test elettrodermici, come il Vega, basati sul presupposto, mai dimostrato, di variazioni della corrente elettrica cutanea in seguito al contatto con alimenti non tollerati, ma anche test apparentemente più "tecnici" come il test citotossico, in cui dopo esecuzione di un prelievo di sangue, vengono isolati i linfociti, messi a

contatto con estratti di alimenti e ne viene valutata la capacità proliferativa, come misura della sensibilità a quello specifico alimento. Ancora una volta va sottolineato che non ci sono studi scientifici a supporto del valore diagnostico di queste indagini, e al contrario diversi studi ne hanno dimostrato la assoluta inattendibilità.

La terapia

Di fronte ad un'allergia alimentare accertata e caratterizzata da sintomi immediati (orticaria, angioedema, difficoltà di respiro, dolore addominale, vomito, fino allo shock anafilattico) dopo ingestione di un alimento, la dieta di eliminazione per un certo periodo di tempo è tutt'oggi obbligatoria.

E' bene sottolineare che l'allergia alimentare deve essere certa, o perché la storia clinica, spesso estremamente suggestiva in questi casi, viene confermata dalla positività del Prick o del RAST, o perché la diagnosi è stata posta dopo esecuzione di un test di provocazione orale con l'alimento sospetto, risultato positivo.

Nel tempo una buona parte dei bambini allergici acquisisce spontaneamente la tolleranza, con un calo delle IgE specifiche e l'evidenza clinica di una progressiva capacità di assumere l'alimento prima escluso dalla dieta. La reintroduzione deve passare quasi sempre attraverso una prova, ovvero un test di provocazione (o challenge) in cui il bambino in ambiente protetto riceve dosi crescenti dell'alimento offendente e se ne osservano le eventuali reazioni.

Nei pochi casi che non riescono a raggiungere spontaneamente la tolleranza, cominciano ad essere sempre più concrete le prospettive di induzione della tolleranza, attraverso dei protocolli di desensibilizzazione orale, protocolli per il momento effettuati solo da Centri Specializzati e ritenuti eticamente proponibili solo per alimenti comuni, nutrizionalmente importanti e molto difficilmente evitabili, come il latte vaccino, l'uovo e il frumento.

Nei casi in cui invece si sospetti un'allergia alimentare ma i sintomi non siano immediati, è ragionevole proporre un periodo di dieta di eliminazione diagnostica, di 2-4 settimane, che deve essere seguito da una reintroduzione dell'alimento con evidenza di ripresa degli eventuali disturbi. E' questo il caso delle forme con sintomi gastrointestinali, quali ad es. le coliti allergiche dei lattanti, caratterizzate da emissione di feci muco-ematiche, soprattutto se accompagnate da rallentamento della crescita, o delle enteropatie eosinofile.

La dieta di eliminazione non deve invece essere più considerata un elemento cardine nel trattamento dell'eczema, come sottolineano le più recenti linee guida internazionali sull'argomento. L'eczema infatti dipende da molteplici fattori, soprattutto una disfunzione costituzionale della barriera cutanea ed caratterizzato da periodi di miglioramento e ricadute non strettamente dipendenti dall'alimentazione. La dieta di eliminazione spesso non produce alcun beneficio tangibile e al contrario rischia di distogliere l'attenzione dal corretto trattamento della dermatite, basato sull'uso topico di preparati cortisonici. Inoltre esiste un concreto rischio che la dieta, impedendo il riconoscimento dell'alimento da parte del sistema immunitario disposto lungo l'intestino, favorisca proprio nei soggetti eczematosi l'insorgenza di allergie immediate, IgE mediate, anche se eseguita per brevi periodi di tempo.