

Avoidance or exposure to foods in prevention and treatment of food allergy?

Prescott S, Bouygue GR, Videky D, Fiocchi A.

Curr Opin Allergy Clin Immunol 2010; 10: 258-266

L'articolo è "simpaticamente" strutturato come un processo ed è la risposta a Jennifer Kim e Scott Sicherer, che pubblicano nello stesso numero di *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. L'argomento chiave è *esclusione o esposizione*, e la discussione verte su **quale debba essere l'atteggiamento da tenere nella gestione del paziente con allergia alimentare (AA)**, sia nella prevenzione sia nel trattamento. Gli autori si sentono chiamati in causa per difendere l'aspetto "conservate" del dibattito, fronteggiando un atteggiamento più "liberale" dei colleghi.

Per quanto riguarda la questione "prevenzione primaria", prende la parola (o la penna) la Prescott. *"Il caso è chiaro e semplice. **Gli allergeni non sono la causa dell'epidemia allergica, né tramite la loro presenza né tramite la loro assenza. Essi sono probabilmente degli innocenti spettatori e sono altre le cause, molto più probabili, da analizzare.**"* Attualmente vi è consenso internazionale sulla probabile inutilità dell'esclusione dalla dieta degli alimenti "a rischio" per prevenire la comparsa di allergie, osservando quindi un atteggiamento "**neutrale**". Alcuni studi recenti sembrano invece suggerire una maggiore efficacia dell'**esposizione precoce**. Vengono presentati due studi recenti: quello di *Du Toit* (JACI 2008; 122: 984) che ha osservato una minor incidenza di allergia alle arachidi nei bambini israeliani che introducono prima l'arachide rispetto ai bambini inglesi, e quello di *Fox* (JACI 2009; 123: 417) che ha dimostrato che un'alta esposizione ambientale alle arachidi favorisce l'insorgenza di allergia alle arachidi. Secondo la Prescott però entrambi questi studi hanno dei bias di selezione e pertanto i risultati vanno interpretati con cautela. Di nuovo entra poi in scena lo studio **LEAP** di *Lack*, ed anche in questo caso la Prescott (anche lei in curiosa attesa) suggerisce un bias nella selezione dei pazienti, che sono tutti non ancora sensibilizzati.

La Prescott ammette onestamente di essere molto coinvolta in questo dibattito poiché il suo gruppo sta portando avanti un RCT in doppio cieco in bambini ad alto rischio allergico, in cui viene somministrato precocemente l'uovo ad una parte dei partecipanti. A 12 mesi tutti i bambini verranno rivalutati per comparare l'incidenza di allergia all'uovo nei 2 gruppi. Lo stesso gruppo sta anche conducendo un protocollo simile in un gruppo di bambini con eczema moderato, per valutare quale sia l'effetto di uno svezzamento precoce.

La questione, apparentemente semplice ("*Svezzare precocemente e prevenire le allergopatie*"), non è però così semplice. L'allergia è il risultato di complesse interazioni gene/ambiente e sarebbe importante capire anche come ottenere un ambiente più *tollerogenico*. Sicuramente in questo contesto entrano in gioco anche **l'ipotesi igienistica e l'effetto epigenetico** di altri fattori (come la Vit A, gli antiossidanti, i folati), che vanno ulteriormente indagati.

A corollario viene portato anche un testimone "**esperto**", Wesley Buck, che così commenta: *"...il principio per cui lo svezzamento precoce previene l'AA rimane per*

ora senza prove e non vi è sufficiente evidenza per tramutare questa teoria in pratica”.

Per quanto riguarda invece la questione “trattamento dell’AA” interviene Fiocchi che inizia sottolineando che: “...*miriamo ad una esclusione clinicamente rilevante sotto la soglia di reattività, che è sicuramente individuale*”; d’altro canto anche “...*l’esposizione necessaria per indurre la tolleranza ha una soglia individuale*”, concetto confermato dall’osservazione della possibile tolleranza dell’alimento cotto ma non crudo o di piccole quantità di alimento. E’ interessante notare come gli stessi autori che propongono la concessione di alimento cotto sono i primi ad ammettere che loro ci **penserebbero due volte** prima di dar corda alle richieste dei pazienti a proposito della reintroduzione o della introduzione profilattica a nonostante le evidenze pubblicate del contrario.

Sicuramente l’approccio dell’**esclusione** è il prodotto di un **compromesso**, una strategia di base e un atto di equilibrio nella gestione dell’AA. La completa esclusione di un alimento è impossibile, nei bambini in particolare, per contaminazioni, lettura errata degli ingredienti, ingestioni accidentali ed anche deliberate infrazioni alla dieta. Alcuni alimenti, poi, sono difficili da eliminare completamente: latte, uovo, frumento, noci sono allergeni ubiquitari.

Non è quindi vero che scegliere la dieta di esclusione equivale a scaricare le responsabilità sul paziente per la scarsa conoscenza del problema (come suggeriscono Kim e Sicherer) ma è un atteggiamento basato sul **principio della precauzione in assenza di incontrovertibili prove che l’esposizione accorci o allunghi la durata dell’AA**.

Vi sono alcuni studi che suggeriscono che una dieta di esclusione a lungo termine possa peggiorare la prognosi dell’AA esponendo il paziente a reazioni allergiche severe alla riesposizione. E’ anche vero, però, che la maggior parte dei bambini che viene messa in dieta di esclusione supera la propria AA. **Come individuare questi diversi fenotipi di pazienti è però ancora in fase di studio.**

Che fare quindi? L’immunoterapia orale per alimenti sicuramente migliora la qualità di vita dei pazienti, anche se rimangono ancora pochi chiari i meccanismi immunologici che sottostanno a questa “acquisizione indotta” di tolleranza.

E per chiudere, anche su questo argomento vengono consultati due esperti, Sampson, che rimane comunque scettico sebbene cauto, e lo stesso Sicherer che conclude: “Per adesso, ai genitori possiamo dire che non vi sono prove che le loro scelte alimentari hanno causato l’AA nel figlio, e che è giustificato una più approfondita discussione sui rischi e benefici della dieta di esclusione”.

francescasaretta@yahoo.it