Allergie alimentari

Data 07 giugno 2008
Categoria scienze_varie

Una messa a punto sulle allergie alimentari.

Spesso il paziente, di fronte a qualche sintomo "strano" che non si riesce a inquadrare, domanda se per caso non si tratti di un'allergia alimentare.
Classicamente le allergie alimentari fanno parte del quadro più vasto delle reazioni avverse agli alimenti. A parte le reazioni tossiche che si verificano dopo l'assunzione di determinate sostanze (tossine batteriche, veleni naturali, sostanze chimiche, ecc.), le reazioni avverse agli alimenti vengono distinte in reazioni immunomediate (allergie alimentari vere e proprie) e reazioni non immunomediate (intolleranze alimentari).
A loro volta le allergie alimentari possono verificarsi con un meccanismo IgE mediato oppure non IgE mediato, mentre le intolleranze alimentari riconoscono meccanismi in parte conosciuti (si pensi per esempio alla intolleranza al lattosio ove si ha un deficit enzimatico a livello della mucosa intestinale, o alla celiachia in cui si ha un danno della mucosa digestiva legato al glutine) e in parte non noti. La prevalenza delle intolleranze e delle allergie alimentari non è ben determinata: le prime sono sicuramente più frequenti, tanto che si ritiene che un soggetto su cinque nel corso della vita possa andar incontro ad uno o più episodi di intolleranza alimentare. Le vere allergie alimentari sono molto meno frequenti, anche se quelle più comuni sembrano in aumento. Gli alimenti più spesso responabili di allergie alimentari sono il latte, le uova, i crostacei, il pesce, la frutta secca, le fragole.
Una storia familiare positiva per atopia costituisce un fattore di rischio per allergia alimentare IgE mediata.

Isintomi
Di solito si pensa ad una allergia oppure ad una intolleranza alimentare se dopo l'ingestione di determinati cibi compaiono sintomi gastrointestinali (diarrea, dolore addominale, meteorismo, nausea e/o vomito) oppure sintomi caratteristici di una reazione allergica (asma, oculorinite, orticaria, prurito, edema angioneurotico, eczema atopico) Tuttavia si possono avere anche sintomi generali che più difficilmente vengono messi in relazione ad una allergia alimentare come per esempio febbricola, astenia, artralgie, anemia, ecc.
Le allergie alimentari possono essere responsabili anche di casi gravi (talora mortali) di anafilassi. I cibi più spesso in causa sono le noccioline e il pesce.

Ladiagnosi
Il primo approccio diagnostico deve basarsi sull'anamnesi. E' buona norma pensare ad una possibile allergia o intolleranza alimentare di fronte a sintomi aspecifici o sistemici difficilmente inquadrabili. Ovviamente l'anamnesi è importante se si riesce a evidenziare un' associazione costante tra la comparsa del sintomo e l'ingestione dell'alimento incriminato. Tuttavia non sempre è facile sia per la scarsa collaborazione del paziente sia per l'intrinseca difficoltà di trovare un legame tra cibo e sintomo. In caso di sospetto si richiede il **prick test cutaneo** che si esegue con estratti standardizzati dei vari alimenti. L'esame successivo è il RAST, vale a dire la ricerca di **IgE specifiche.** Entrambi i test però sono gravati da falsi negativi e da falsi positivi. Il valore predittivo negativo del test è molto elevato (secondo alcune stime si aggira sul 95%) mentre il valore predittivo positivo è molto più basso (circa 50%). Anche per il dosaggio delle IgE specifiche il valore predittivo negativo è elevato mentre quello positivo è più modesto. Comunque se è vero che una loro positività è suggestiva ma non dimostrativa di allergia alimentare, questa non si può escludere con matematica certezza se sono negativi. Bisogna considerare inoltre che in molti casi le allergie alimentari non sono IgE mediate: in questi casi entra in gioco per esempio l'immunità cellulare che comporta delle reazioni di tipo ritardato. Queste possono talora essere dimostrate con i **patch test.**
Gli esperti sono comunque concordi nel ritenere che il mezzo diagnostico migliore siano le **diete di eliminazione** : la risposta a queste diete permette di solito una diagnosi di "quasi"certezza. Il paziente viene sottoposto ad una dieta base ipoallergenica e poi vengono reintrodotti uno alla volta i vari alimenti mentre il soggetto deve registrare in un apposito diario la comparsa dei sintomi. Una volta individuato l'alimento ritenuto responsabile dell'allergia si può avere la prova del nove della sua colpevolezza con un test di scatenamento. Nel caso le reazioni allergiche che il paziente ha avuto siano state gravi (crisi asmatiche, anafilassi) si sconsiglia di eseguire la dieta di provocazione: è consigliabile far riferimento ad un ambiente specialistico ove verrà valutata l'opportunità di eseguire un test di provocazione orale previo ricovero che consente una eventaule terapia rianimatoria.
Sono stati proposti vari altri esami alternativi (tra cui il test citotossico, il VEGA test, il test del capello, ecc.) ma mancano evidenze scientifiche che ne documentino l'efficacia diagnostica.

Laterapia
Ovviamente la terapia etiologica prevede l'astensione dall'alimento incriminato, ma spesso la compliance non è ottimale. E' stato visto che, soprattutto nei bambini, una dieta prolungata priva dell'alimento colpevole dell'allergia può consentire, col tempo, la sua reintroduzione senza che ricompaiano i sintomi. Questo fenomeno, seppur meno frequentemente, è stato descritto però anche negli adulti.
In molti casi le diete non vengono seguite in modo scrupoloso oppure talora l'allergia può riguardare diversi alimenti o ancora, pur se sospettata un'allergia alimentare, non si riesce a individuare chiaramente il cibo responsabile. Si può ricorrere allora ad una terapia sintomatica a base di antistaminici, chetotifene, cromoglicato di sodio, steroidi (la cui utilità però è limitata dai gravi effetti collaterali in caso di trattamenti prolungati). Sono stati proposti anche i probiotici, gli

anticorpi anti - interleukine, l'immunoterapia (che però può essere gravata da gravi reazioni anafilattiche per cui va decisa di volta in volta dello specialista allergologo e praticata in ambiente protetto).
Nel caso il paziente sia a rischio di shock anafilattico deve essere dotato di adenalina pronto uso.

Laprevenzione
La prevenzione delle allergie alimentari è ancora ai suoi primi passi. Comunque è raccomandata l'esclusiva alimentazione al seno fino al 5°-6° mese di vita e l'introduzione ritardata, nel bambino piccolo, di alimenti allergizzanti come pesce e uova . E consigliabile anche una dieta ipoallergenica durante la gravidanza e l'allattamento se la madre ha una storia di eczema atopico o di patologia allergica.

RenatoRossi

Referenze

1. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2712
2. http://www.pillole.org/public/aspnuke/news.asp?id=2663
3. Sicherer SH. Manifestations of Food Allergy: Evaluation and Management. Am Fam Phys 1999 Jan 15; 59:415