

LA DIAGNOSI NELLE ALLERGIE ALIMENTARI E RESPIRATORIE

Federica Rota



L'allergia nelle ultime decadi ha assunto le caratteristiche fenomenologiche di una vera e propria epidemia. In modo particolare l'allergia alimentare (AA) ha acquisito una notevole importanza sia per l'opinione pubblica che per tutto l'ambiente medico, particolarmente per i pediatri e per le famiglie in quanto riscontrabile già nei primi mesi di vita e con lo svezzamento. Le reazioni conseguenti all'assunzione di alimenti sono da anni al centro di un vasto dibattito che ne investe gli aspetti epidemiologici, patogenetici e clinici. Purtroppo la complessità dei meccanismi coinvolti, la variabile espressività clinica e le obiettive difficoltà diagnostiche hanno generato dubbi interpretativi e un rilievo ingiustificato a tesi prive di una solida base sperimentale. Il fatto che i disturbi alimentari rappresentino un problema molto avvertito dalla popolazione ha portato a sovrastimarne la frequenza, sottostimando, al contempo, le conseguenze psicologiche e nutrizionali di interventi dietetici del tutto inappropriati.

Si definisce reazione avversa a un alimento

ogni reazione indesiderata e imprevista che fa seguito all'ingestione di un alimento. Tali reazioni possono essere suddivise in reazioni di tipo tossico e in reazioni da ipersensibilità. Le reazioni di tipo tossico sono causate da sostanze che possono contaminare gli alimenti e si contraddistinguono per essere dose-dipendenti. Le reazioni da ipersensibilità sono reazioni generalmente imprevedibili, vengono divise in reazioni di natura allergica quando è possibile evidenziare un meccanismo immunologico, sia esso IgE o non IgE-mediato, e in reazioni di natura non allergica.

Le reazioni da ipersensibilità di natura non allergica comprendono quelle definite anche come intolleranze alimentari, che possono essere da deficit enzimatici (intolleranza al lattosio, deficit di glucosio-6-fosfato-deidrogenasi), farmacologiche (presenza di istamina o sostanze istamino-liberatrici), o indefinite (possibile natura psicologica).

La prevalenza dell'allergia alimentare, cioè di quella quota di reazioni avverse ad alimenti che hanno alla base un meccanismo immunitario, è



circa il 6% in età pediatrica e il 3,7% negli adulti; questo contrasta con approssimativamente il 20% della popolazione che altera la propria dieta per una “percepita” reazione avversa ad alimenti.

Il latte, le uova, le arachidi, il pesce, la soia e il frumento sono responsabili di circa il 90% delle reazioni allergiche ad alimenti in età pediatrica. Le arachidi, il pesce, i molluschi e le nocchie sono invece responsabili di circa l’85% delle reazioni allergiche ad alimenti negli adulti.

L’iter diagnostico in caso di sospetta reazione avversa a un alimento inizia con un’accurata storia clinica e con l’esame obiettivo, durante i quali è fondamentale identificare il o gli alimenti sospetti, l’eventuale concomitanza di fattori scatenanti

(esercizio fisico), le modalità con cui si è assunto l’alimento (cotto, crudo), la gravità e la tempistica con cui i sintomi si sono sviluppati.

I Prick Test sono il primo esame diagnostico che si esegue, utilizzando gli estratti allergenici disponibili in commercio, oppure è possibile eseguirli con l’alimento fresco (Prick by Prick) qualora l’estratto non sia disponibile o qualora si voglia testare l’alimento crudo o cotto. I Prick Test sono attendibili a qualsiasi età poiché la cutipositività è correlata con il grado di sensibilizzazione.

Gli Atopy Patch Test con allergeni alimentari possono essere un’indagine utile in pazienti con sospetta allergia alimentare, ma attualmente non vengono raccomandati nella routine perché sono necessari ulteriori studi di validazione e standardizzazione. Il dosaggio delle IgE specifiche rappresenta il passo complementare o l’alternativa ai Prick Test per effettuare la diagnosi di allergia alimentare in casi particolari come la presenza di dermatiti estese, spiccato dermatografismo o terapie in atto che interferiscono con l’esecuzione dei Prick Test (es. antistaminici).

È importante ricordare che la presenza di IgE specifiche non vuol dire necessariamente “malattia allergica”.

Altre metodiche di laboratorio estremamente nuove e sofisticate impiegate come indagini di secondo e terzo livello includono l'Allergene Microarray e il Test di Attivazione dei Basofili. Queste metodiche hanno consentito un aumento delle conoscenze dei meccanismi patogenetici alla base delle patologie immuno-allergiche, permettendo diagnosi estremamente specifiche, precoci e approcci terapeutici mirati.

Fondamentali per la diagnosi di allergia alimentare sono la dieta di eliminazione diagnostica e il test di provocazione orale. Dopo aver eliminato dalla dieta l'alimento sospetto per un tempo congruo e aver verificato la regressione dei sintomi si procede al test di provocazione orale (TPO) con l'alimento in causa. Questo test, quando effettuato in doppio cieco controllato con placebo (DBPFC), rappresenta il gold standard nella diagnosi di allergia alimentare. Tuttavia per la difficoltà di esecuzione di quest'ultimo, più frequentemente il TPO viene eseguito "in aperto" quindi sia il medico che il paziente sanno cosa si somministra.

In sintesi, la diagnosi di allergia alimentare si deve effettuare con procedure scientifiche per fornire informazioni adeguate alla famiglia, evitare false malattie e/o stati di ansia che possono degenerare in isolamento o iperprotezione del bambino e attuare una terapia corretta ed efficace.

La prevalenza delle 3 maggiori patologie allergiche (rinite, asma, dermatite atopica) coinvolge circa il 20% della popolazione generale con tendenza all'incremento. In Italia in particolare, l'asma interessa circa il 9% dei bambini e il 10% degli adolescenti. L'asma bronchiale è una malattia cronica delle vie aeree caratterizzata da ostruzione bronchiale di solito reversibile spontaneamente o in seguito a terapia e da iperreattività bronchiale. Nella patogenesi di queste alterazioni partecipano numerosi meccanismi, in particolare infiltrazione di cellule infiammatorie, rilascio di mediatori e rimodellamento delle vie aeree.

Clinicamente l'asma, si manifesta con dispnea, respiro sibilante, tosse, senso di costrizione toracica, la cui intensità varia in rapporto alla entità dell'ostruzione bronchiale e al grado della sua percezione da parte del paziente.



La diagnosi si basa sull'anamnesi, l'esame obiettivo e le prove di funzionalità respiratoria; sono inoltre molto importanti le indagini per identificare i fattori di rischio. La spirometria è cruciale per identificare l'ostruzione al flusso aereo e monitorare la risposta alla terapia e l'andamento della malattia. Insieme ad altre valutazioni, come la misurazione dell'Ossido Nitrico esalato, consente di predire la comparsa di esacerbazioni sia nell'adulto che nel bambino. In molti casi anche con Volume Espiratorio Forzato nel primo Secondo (FEV1) nella norma è importante eseguire il test di reversibilità con salbutamolo. Nei casi dubbi il test di provocazione bronchiale aspecifico (es. test da sforzo) è un utile ausilio diagnostico. È compito dell'allergologo identificare tra i fattori di rischio che portano all'insorgenza di asma il ruolo degli allergeni respiratori. Dopo aver effettuato un'attenta valutazione anamnestica si eseguono gli Skin Prick test come indagine di primo livello utilizzando estratti allergenici standardizzati.

Anche in tema di allergia respiratoria le nuove tecniche di diagnostica molecolare consentono di definire meglio il profilo allergenico del singolo paziente e questo risulta di estremo interesse poiché permettono di discriminare tra co-sensibilizzazione e cross-reazione e di identificare i pazienti più idonei all'immunoterapia. ■