



Reazioni avverse ad alimenti

Come diagnosticarle, curarle e cosa non fare

Gianni Cadario

direttore Struttura Complessa Allergologia e Immunologia Clinica (Centro di riferimento regionale per patologie allergiche ad alta complessità e sede dell'Osservatorio Regionale per le gravi reazioni allergiche) - Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista (Molinette) - Torino

Il problema delle "reazioni avverse" o "reazioni da ipersensibilità" ad alimenti è sempre stato di difficile trattazione. L'approccio diagnostico, non semplice per sua natura, è stato sempre ulteriormente complicato da atteggiamenti non equilibrati, oscillanti tra la negazione e la sovrastima del fenomeno.

È difficile fornire dati precisi sulla reale prevalenza (cioè quanti casi sono presenti nell'ambito di una popolazione considerata) delle reazioni da ipersensibilità ad alimenti, siano esse di natura allergica o non allergica, principalmente in relazione al fatto che la percezione soggettiva nei confronti di tali reazioni è largamente influenzata da fattori psicologici. Circa 1/3 della popolazione americana modifica la propria alimentazione nella convinzione di avere un'allergia o un'intolleranza alimentare. Un ormai famoso studio epidemiologico condotto nel Regno Unito su 20.000 persone e pubblicato sulla rivista scientifica *Lancet* nel 1994, ha evidenziato che oltre il 20% dei soggetti interrogati riteneva di manifestare reazioni indesiderate in seguito a ingestione di alimenti mentre un esame diagnostico più approfondito su questi individui confermava la presenza di un'allergia o un'intolleranza alimentare solo nel 1,4-1,8%. Uno studio olandese, pubblicato nello stesso anno sul *Journal of*



I vari test allergologici, come il prick test, sono eseguiti all'inizio dell'iter diagnostico

Allergy and Clinical Immunology e condotto su 1.500 adulti, riportava una prevalenza (riferita) di reazioni da ipersensibilità ad alimenti pari al 12,4% con conferma diagnostica solo nel 0,8%.

Come si classificano. Le reazioni avverse ad alimenti possono essere suddivise in *reazioni alimentari tossiche* e *reazioni alimentari non tossiche o da ipersensibilità*, dipendenti dalla predisposizione individuale e di cui fanno parte le *allergie* (reazioni da ipersensibilità riconducibili a un processo di sensibilizzazione immunitaria) e le *intolleranze* alimentari (reazioni da ipersensibilità riconducibili a meccanismi non mediati dal sistema immunitario): di tipo enzimatico (intolleranza al lattosio), di tipo farmacologico (secondarie all'ingestione di varie amine vasoattive contenute negli alimenti o di vari additivi) eccetera.

Come si manifestano. I sintomi che devono far ipotizzare la presenza di un'allergia o un'intolleranza alimentare possono essere di vario tipo: quadri clinici di tipo gastroenterico (sintomi conseguenti all'azione diretta dell'alimento sul tratto gastroenterico come vomito, diarrea acuta e cronica, dolori addominali, sindromi da malassorbimento con calo ponderale ecc.)

oppure quadri clinici che interessano altri organi e apparati, conseguenti all'assorbimento sistemico dell'alimento allergenico: sintomi a carico della cute (orticaria, angioedema ecc.), sintomi a carico dell'apparato respiratorio (rinite, asma bronchiale ecc.), sintomi a carico dell'apparato cardiocircolatorio (ad esempio lo shock anafilattico) eccetera.

Come si diagnosticano. La diagnosi di allergia o intolleranza alimentare, in caso di *sintomi persistenti-cronici*, si basa soprattutto sulla "storia clinica del paziente" che deve essere raccolta in modo estremamente accurato e da parte di personale esperto. Il sospetto clinico deve essere quindi confermato attraverso la dimostrazione di una correlazione cronologica plausibile tra ingestione di determinati alimenti e comparsa delle manifestazioni cliniche. Questo si ottiene inizialmente mediante l'adozione di determinate diete cosiddette "di eliminazione" e "di reintroduzione" compilando un diario clinico accurato. I vari test allergologici, nell'ambito di questo tipo di sintomatologia (persistente/cronica), sono procedure diagnostiche di secondo livello utili solo a dimostrare il tipo di meccanismo patogenetico attraverso cui agisce l'alimento (o il gruppo di alimenti) precedentemente individuato con le diete. Se invece si tratta di *sintomi acuti ed occasionali* l'identificazione dell'alimento responsabile è generalmente più facile. I vari test allergologici, come il *prick test* per alimenti con estratti del commercio, il *prick-by-prick* con alimenti freschi, il *dosaggio delle IgE specifiche per allergeni alimentari e determinanti allergenici*, sono eseguiti all'inizio dell'iter diagnostico. In taluni casi selezionati è utile (a volte necessario e indispensabile per definire la diagnosi) eseguire, in ambiente protetto (ospedale), il test di provocazione specifico (*challenge*) orale con alimenti o con additivi alimentari.

I test da non fare. Un elemento di confusione diagnostica è rappresentato dal frequente ricorso, soprattutto negli ultimi anni, a procedure diagnostiche cosiddette "alternative" che si propongono di identificare alimenti responsabili di "intolleranze alimentari": Test elettrodermici (*Vega test, Sarm test, Bio-strength test* e varianti), Kinesiologia applicata (*Dria test*), York Food Scan (*IgG specifiche per alimenti*), *Test leucocitotossico* (o *test di Bryan*), Analisi del capello (*Hair analysis*), Iridologia, *Test di provocazione/neu-*

tralizzazione (intradermico e s.l.), *Pulse test* e *Test del riflesso cardiaco-auricolare*, Biorisonanza.

È curioso notare che molti di questi test sono "vecchi" di decenni e hanno avuto, già in passato, risposte negative circa la loro attendibilità. Nonostante questo, molti individui si sottopongono a queste metodiche, probabilmente suggestionati dalla "facile esecuzione" e dall'illusione di risolvere facilmente il problema diagnostico. Sono abitualmente eseguiti da "non specialisti", cultori di medicine non tradizionali e generalmente privi di una specifica cultura allergologica. Si sottolinea come queste procedure siano tendenzialmente pericolose in quanto all'individuazione (erronea) di un alimento come responsabile di "intolleranze alimentari" conseguono inutili restrizioni dietetiche in grado di determinare sia deficit nutrizionali sia comportamenti alimentari che innescano problematiche psicologiche nell'ambito della vita di relazione, che riducono la qualità di vita e rappresentano risposte sbagliate a disagi psicologici che sono ovviamente da trattare in modo diverso. Ma l'aspetto più negativo di questi test è quello di attribuire a una falsa "intolleranza alimentare" l'origine di alcuni sintomi che possono anche dipendere da patologie più gravi (ad es. tumori intestinali) che in questo modo vengono diagnosticate con molto ritardo.

Come si curano. Dal punto di vista terapeutico l'eliminazione dalla dieta dell'alimento allergizzante rappresenta il teorico trattamento elettivo per prevenire ulteriori reazioni. La completa eliminazione dalla dieta dell'alimento responsabile non è sempre facilmente attuabile nella pratica quotidiana, sia perché può essere un componente essenziale della dieta ed



essere molto diffuso nella composizione dei cibi (ad esempio latte e uova) sia perché possono essere di difficile identificazione i cosiddetti "allergeni nascosti". Infatti durante i processi di lavorazione degli alimenti, alcune proteine (derivanti da altri cibi) possono contaminarli ed essere quindi ingerite inavvertitamente in piccole quantità. Alcuni allergeni alimentari possono quindi essere contenuti in cibi diversi ("allergeni nascosti" o "hidden foods"). In questi casi, anche se l'allergia alimentare è stata correttamente diagnosticata e l'alimento è stato correttamente eliminato dalla dieta, i sintomi persistono. Negli Usa uno studio su un gruppo di pazienti allergici alle noccioline ha evidenziato che il 75% dei pazienti ingeriva, inavvertitamente, allergeni di derivazione dalle noccioline nell'ambito dei 5 anni di osservazione. Gli alimenti possono essere

"nascosti" per vari motivi: ricette, particolari confezioni, contaminazione, alimenti usati per prepararne altri.

Alcuni esempi: cioccolato fondente (latte come contaminazione da macchinari industriali), salsiccia (latte come contaminante), hot dog (latte come contaminante), hamburger (soja), gelati, prodotti di pasticceria, caramelle, salse per carni, dolciumi (noci, noccioline, arachidi, mandorle), condimenti per insalata, meringhe, sorbetti, salse, vino, zuppe commerciali (albume, tuorlo, ovalbumina, ovomucoide).

Alcuni ritengono che possa essere praticato, in casi selezionati, un *trattamento desensibilizzante specifico*. In passato questo tipo di trattamento è stato tentato per via parenterale (iniezioni) con pesanti effetti collaterali e modesti risultati clinici. In tempi successivi è stata praticata la "desensibilizzazione specifica" per via orale, soprattutto nei bambini. Tali procedure non sono comunque pratiche

terapeutiche diffuse sia perché non sono procedure codificate e standardizzate sia perché una graduale e spontanea acquisizione di tolleranza nei confronti degli alimenti allergizzanti si verifica nella stragrande maggioranza dei casi (un'acquisita tolleranza spontanea dopo i 3 anni di età è cioè un evento frequente). In tempi recenti sono stati sperimentati anche nuovi trattamenti. Alcuni pazienti sono stati trattati, per ora in modo sperimentale, con *anticorpi monoclonali anti-IgE* (cioè con anticorpi diretti contro gli anticorpi dell'allergia). Questo primo studio è stato condotto su 84 pazienti americani, allergici alle arachidi, ed è stato possibile ottenere un sostanziale aumento della dose soglia di sensibilità all'arachide da un livello approssimativamente equivalente a 1/2 arachide (178 mg) a uno quasi equivalente a 9 arachidi (2805 mg), un risultato che si traduce in una significativa protezione nei confronti di ingestioni occulte e/o involontarie di arachidi.

Alimenti geneticamente modificati. La tecnica del Dna ricombinante è attualmente utilizzata in varie e importanti coltivazioni per aumentarne la resistenza nei confronti delle aggressioni ambientali. Al momento diverse decine di specie vegetali sono state sottoposte con successo a procedure di ingegneria genetica. Una tra le principali preoccupazioni relative alla sicurezza dei cibi transgenici riguarda la problematica riguardante la loro potenziale allergenicità. Il caso più noto è quello della soja modificata con un gene della noce brasiliana che è stata in grado di determinare un evento anafilattico in un paziente allergico alla noce dopo aver ingerito la soja senza essere informato della sua nuova e nascosta allergenicità. Il rischio di trasferimento di geni allergenici in un alimento diverso da quello originale è quindi reale. Va peraltro evidenziato che le stesse procedure di ingegneria genetica potrebbero privare gli alimenti di quelle sequenze genetiche in grado di codificare le proteine allergeniche disinnescando in tal modo la loro allergenicità. Secondo molti studiosi la tecnica del DNA ricombinante è la tecnologia a minore impatto ambientale tra quelle utilizzate dall'uomo fin dall'origine della sua civilizzazione e gli ipotetici rischi sono certamente inferiori ai possibili benefici. Gli alimenti geneticamente modificati sono cioè un "nuovo strumento" biologico, una "nuova opportunità" tecnologica e il problema, come sempre, sta nel controllo e nel corretto utilizzo delle biotecnologie.

