



Nestlé
Prodotti
Focus del Nutrizionista

Pediatria

Piano Nutrizionale
Percorsi diagnostici

News

Interviste

alimentazione in *evolu*

Linee Guida

Biblioteca

Casi Clinici

Slide Kit

Letteratura

Servizi

Slide Kit

Alimentazione del
lattante nato da parto
cesareo

Il lattante nato
pretermine o di basso
peso

Svezzamento

I probiotici

Il dolore addominale in
età pediatrica

Allergie Alimentari

Obesità

Allergie Alimentari

[Scarica il documento](#)



Definizione

Secondo una stima recente, circa il 20-25% della statunitense riferisce di aver dovuto modificare le alimentari a causa di un'allergia. In realtà, spesso intolleranza alimentare, molto più frequente e talvolta distinguibile dall'allergia stessa. E lo stesso vale a popolazione adulta italiana.



Definizione

Secondo la classificazione proposta dall'American Allergy and Immunology, accettata universalmente, **allergico alimentare** è una manifestazione patologica aversa e sostenuta da una reazione di tipo immunitario, caratterizzata dalla formazione di anticorpi - IgE - allergene-specifici geneticamente predisposti (cosiddetti atopici). Il **intolleranza alimentare**, invece, viene riservato alle forme di reazione avverse agli alimenti nelle quali non è dimostrabile una patogenesi IgE mediata.



MECCANISMO PATOGENETICO

Il meccanismo eziopatogenetico che sostiene tutte le reazioni avverse agli alimenti dipende dalla suscettibilità individuale ad alcuni cibi ed è alla base della loro definizione più precisa. I meccanismi che causano allergia vera sono in genere immunologici, mentre quelli che causano intolleranza possono essere di natura enzimatica, di tipo farmacologico oppure di tipo sconosciuti.



EPIDEMIOLOGIA

Diversi studi confermano che le allergie alimentari percentuali comprese tra il **2% e il 2,5%** della popolazione **adulta**, dunque sono relativamente rare rispetto alle allergie respiratorie dell'atopia, che colpiscono il 10-20% della popolazione. Più interessante è l'epidemiologia delle allergie alimentari che riguarda i primi 2 anni di vita. Se si considerano le stime dei rapporti europei parlano di una prevalenza compresa fra lo **0,3 e il 7,5%** nei bambini **al di sotto dei 2 anni**, quando la barriera intestinale è ancora immatura.



ALLERGENI PIU' COMUNI

Gli allergeni alimentari sono in maggioranza molecole proteiche e oltre ad essere sperabili secondo le categorie sono anche distinti in base al meccanismo patogenetico di sensibilizzazione: 1) **allergeni completi** (latte e proteine dei crostacei e del pesce) 2) **"non sensitizzanti"** (allergeni vegetali che cross-reagiscono con pollini).



CLINICA

L'allergia **alle proteine del latte vaccino** è la più delle allergie alimentari. Al di sotto dei 2 anni interessa bambini e in oltre la metà dei casi inizia entro il primo al massimo entro i primi 2-3 mesi; in seguito le riducono fino a scomparire generalmente all'età di adulti. Anche **l'allergia all'uovo**, soprattutto all'età una delle forme di allergia più frequenti nei bambini e tende ad attenuarsi col passare degli anni;



CLINICA

Vi sono forme di allergia in pediatria che sono da in quanto le manifestazioni cliniche riguardano organi differenti e la sintomatologia è scatenata da allergeni di provenienza compresi quelli dagli alimenti. La più comune di queste è la **dermatite atopica** o eczema costituzionale, l'espressione cutanea dell'atopia, condizione genetica determinata, che predispone allo sviluppo di manifestazioni reattive/allergiche a carico di vari organi ed apparati (asma bronchiale, rinite e congiuntivite allergica). È una allergia frequente che colpisce circa il 30% della popolazione pediatrica.



DIAGNOSI

Se **l'anamnesi** può essere risolutiva in molti casi di allergia di tipo pronto o immediato, più difficile può essere smascherare l'alimento sospetto (nelle forme reattive mediate) o da immunocomplessi. **L'esame obiettivo** può essere utile per lo stato nutrizionale (talora compromesso in presenza di malassorbimento) o da diete incongrue e non controllate. **challenge test orali** consistono nella somministrazione dell'alimento/additivo sospettato. Sono utili per la diagnosi patogenetica di una sostanza (proteina alimentare) quando gli altri test disponibili sono negativi o poco precisi oppure nel caso di polisensibilizzazioni.



DECISIONE TERAPEUTICA

Il **DBPCFC** (double-blind placebo controlled food challenge) conferma la diagnosi nel 30-40% dei pazienti con allergia alimentare. Altri **test immunologici** per la diagnosi di allergia alimentare sono: in vivo il **prick test**, in vitro il **RAST** e l'aumento di mediatori dell'infiammazione quali **prostaglandina**, **prostaglandina**, **prostaglandina** e **triptasi**. Per la diagnosi di allergia alimentare successiva conviene applicare la dieta di eliminazione e infine il test di scatenamento. **scatenamento** in doppio cieco può essere eseguito in ambiente ospedaliero. In età pediatrica gli scatenamenti sono di 3° livello.



TERAPIA

L'unico trattamento universalmente accettato per le allergie alimentari consiste nell'evitare il cibo scatenante, il paziente (e dei suoi familiari) e attenta considerazione delle occulti di allergeni. La terapia dietetica consiste in diete di eliminazione mirate. L'eliminazione del cibo dovrebbe condurre alla scomparsa delle manifestazioni. Lo stabilire il piano dietetico deve essere inoltre indagato attraverso reazioni crociate tra alimenti in causa ed altri appartenenti alla famiglia botanica, anche se il riscontro diagnostico spesso non corrisponde alla comparsa di manifestazioni.

TERAPIA NEL NEONATO E BAMBINO ATOPICO

Nei lattanti che presentano atopia e diatesi allergica fortemente positiva si deve favorire l'allattamento materno protrahendolo il più possibile. Lo svezzamento va programmato con la scelta di alimenti speciali. Nel caso di impossibilità dell'allattamento al seno si possono introdurre alimenti formulati. Vi sono studi che promuovono la prevenzione.



delle allergie nei casi di atopia del lattante anche se le manifestazioni sono minori



ALLERGIE CROCIATE (EMERGENTI)

Si è evidenziato che circa il **10% dei bambini con pollinosi**, può manifestare un'**allergia crociata** dovuta ad una proteina con caratteristiche simili, o alcuni pollini, che in alcuni tipi di frutti. Può accadere che un bambino sensibile alle Graminacee possa manifestare un'allergia mangiando un arancio o un pomodoro, o un bambino con allergia a Parietaria può reagire in modo eccessivo (arrossamenti, prurito linguale, etc) quando mangia delle ciliegie. Vedi la tabella con i vegetali che danno più spesso reazioni crociate.

Fonti:

- "Le allergie alimentari" , *Corso di allergologia e immunologia clinica ; anno 2001; Prof. Paolo Emilio Manconi ; Università di Cagliari*
- Peter J Milla Dismotilità ed allergie *Bollettino SIGEP, n2, 2001*
- A. Vierucci, A. Cianferoni, E. Novembre "Anafilassi: diagnosi trattamento e gestione" *Pediatr (Ijpp) 2001; 27: 501-506*
- A. Wesley Burks The spectrum of food hypersensitivity: Where does it end? *Journal of Allergy and Clinical Immunology 133: 175-6*
- J. Carsten Bindslev Food allergy *BMJ 1998, 316*
- American Gastroenterological Association Medical Position Statement: Guidelines for the Evaluation of Food Allergies *AGA, November 12, 2000 - Gastroenterology 2000; 117: 1025*
- Simon H Murch L'allergia alimentare in età pediatrica: aspetti immunologici *Journal of Allergy and Clinical Immunology n3, 2000*