

L'interazione tra predisposizione genetica e condizionamento ambientale ha fatto registrare nell'ultimo decennio un incremento delle malattie allergiche a danno soprattutto di bambini e adolescenti, che risultano le fasce di età più colpite. Un numero elevato di queste allergie è di carattere alimentare. Vediamo come si esprime la letteratura scientifica a riguardo.

Cosa sono le allergie alimentari

Per allergie alimentari (AA) si intendono tutte le manifestazioni allergiche (cutanee, respiratorie, gastroenteriche, oculari, ematologiche, ecc.) determinate da alimenti. Le allergie alimentari IgE-mediate sono tuttora le meglio definite. Esse sono dovute a una **riposta errata del sistema immunitario** che riconosce come "nemiche" alcune sostanze normalmente "innocue" presenti nei cibi, chiamate antigeni o allergeni. Al riconoscimento di tali sostanze, le immunoglobine E (IgE), ossia un tipo di anticorpi del sistema immunitario che difendono l'organismo da virus e parassiti, si attivano nel tentativo di eliminarle, liberando prodotti dell'organismo, come l'istamina, che provocano l'infiammazione in diverse parti del corpo. **L'allergia alimentare, come tutte le altre malattie allergiche, è familiare:** si **eredita** la capacità di produrre una quantità esagerata di anticorpi IgE che reagiscono con quelle sostanze. La maggior parte degli allergeni alimentari è rappresentata da proteine, ma possono esservi anche piccole molecole non proteiche (apteni) che possono essere trasformate in antigeni se si uniscono a una molecola adatta, chiamata vettore.

Le cause

Il bambino può sensibilizzarsi ad antigeni alimentari e quindi sviluppare malattie allergiche attraverso varie vie:

- in utero (il che spiega anche come mai alcune allergie si possono manifestare sin dalla nascita, all'introduzione del latte vaccino);
- attraverso il latte materno;
- allo svezzamento.

In **età pediatrica** le allergie alimentari sono **molto frequenti** (incidenza media del **5%**, in aumento) per via dell'immaturità della cosiddetta "barriera di protezione" intestinale. Tale condizione può predisporre più facilmente al passaggio di molecole di derivazione alimentare attraverso la mucosa intestinale e il loro riconoscimento come antigeni con conseguenti reazioni allergiche.

Man mano che l'apparato gastroenterico matura, esso è in grado di difendersi meglio contro gli allergeni, tant'è che **dopo i 5-8 anni** di vita i sintomi delle allergie alimentari in molti bambini **si attenuano** o addirittura scompaiono. Non è un caso che l'incidenza delle allergie alimentari è del 4-6% nei bambini, dell'1-2% nell'adolescenza e meno dell'1% negli adulti.

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

Le allergie alimentari possono anche manifestarsi in seguito ad **infezioni del tratto gastrointestinale** che facilitano la penetrazione di antigeni alimentari. Inoltre **l'ingestione di alcol aumenta l'assorbimento di antigeni alimentari**, motivo quest'ultimo per cui negli adolescenti si possono manifestare reazioni allergiche in concomitanza dell'assunzione di alcol e determinati alimenti.

La maggior parte dei bambini con AA nel corso del tempo è destinata a tollerare latte, uova, soia e frumento, molto più difficile è che arrivino a tollerare noci, nocciole e arachidi. Livelli iniziali elevati di IgE dirette contro un determinato alimento si associano ad un minore tasso di risoluzione dei sintomi nel tempo.

Le manifestazioni cliniche

Le AA possono avere un ampio spettro di manifestazioni cliniche. In ordine di gravità, troviamo:

1) Anafilassi indotta da cibo

Insorge rapidamente dopo l'ingestione dell'alimento e, se non trattata, può portare alla morte; in alcuni casi può essere indotta da esercizio fisico svolto entro 2 ore dall'assunzione dell'alimento.

2) Manifestazioni gastrointestinali, a loro volta caratterizzate da:

- ipersensibilità gastrointestinale acuta: si manifesta con vomito entro pochi minuti dall'ingestione dell'alimento, con diarrea e dolori addominali entro qualche ora;
- esofagite e gastrite eosinofila: si manifesta nei bambini con difficoltà ad alimentarsi, vomito, sintomi da reflusso gastroesofageo, dolore addominale; negli adolescenti anche con disfagia ed arresto del bolo alimentare nell'esofago;
- proctocolite allergica: si manifesta nei lattanti con sangue e muco nelle feci, senza diarrea e vomito;
- enterocolite allergica: si manifesta nei lattanti con vomito e diarrea cronici e ritardo di crescita;
- angioedema degli organi addominali (vedi oltre).

3) Manifestazioni cutanee, che sono anche le più frequenti:

- orticaria acuta: le lesioni compaiono poco dopo l'ingestione di cibo e sono caratterizzate dalla comparsa di piccole macchie sulla pelle (pomfi) a bordi spessi e pruriginose;
- angioedema: gonfiore (edema) non pruriginoso del sottocute (volto, mani, glutei, genitali), degli organi addominali o delle vie aeree superiori; quando coinvolge queste ultime (angioedema laringeo) si tratta di una emergenza medica.

Sia l'angioedema che l'orticaria sono caratteristiche comuni dell'anafilassi

- dermatite atopica (o eczema atopico);
- dermatite allergica da contatto caratterizzata da prurito, eritema, vescicole.

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e Il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

Esiste anche un'orticaria da contatto, non mediata dalle IgE bensì dovuta alla assunzione di alimenti istaminoliberatori per la quale si rimanda alla scheda "Istamina negli alimenti: alimentazione ed orticaria".

4) Manifestazioni respiratorie

Le manifestazioni respiratorie delle AA si verificano per lo più nel corso di reazioni allergiche sistemiche e sono un indicatore di grave anafilassi. Raramente la AA può manifestarsi con sintomi respiratori isolati come rinite ed asma. Vi è anche una rara malattia, la sindrome di Heiner, che si manifesta in bambini piccoli con sintomi respiratori, gastrointestinali, anemia e ritardo di crescita, per lo più associata alla allergia al latte.

Esiste inoltre la cosiddetta **"sindrome orale allergica"** che si verifica nella maggior parte dei soggetti allergici ai pollini, caratterizzata da sintomi che insorgono entro pochi minuti, al massimo entro un'ora dal contatto con il cibo (frequentemente con frutta e verdura cruda). Tali sintomi sono essenzialmente prurito e pizzicore oro-faringei con comparsa di prurito al palato, vescicole della lingua, della mucosa orale, edema delle labbra e, nei casi più gravi, edema della glottide. In questi casi non possiamo parlare di allergie alimentari vere e proprie, bensì di **allergie "crociate" ad allergeni contenuti in alcuni tipi di frutta e di verdura**, non identici ma simili a quelli che si trovano in alberi ed erbe (l'elenco degli alimenti cross reagenti con i pollini potete trovarlo nella scheda "Allergie ai pollini e alimentazione" - <http://www.educazionenutrizionale.granapadano.it/it/alimentazione-per-tutti/schede-alimentazione-e-patologie/schede/adulti/allergia-ai-pollini-e-alimentazione>).

Le allergie alimentari più comuni

Le allergie più comuni sono quelle a **uova, latte, pesce, nocciole, arachidi, fragole, cioccolato, soia, frumento**. Allergie meno frequenti sono quelle a mele, pere, pesche, kiwi, banana, noce, carota, sedano, crostacei. Ci sono anche quelle più rare, come quelle provocate da cibi etnici cui non si è abituati, o che possono essere scatenate da cibi che normalmente hanno pochissimo potere allergizzante. Viene considerata rara un'allergia che coinvolge meno di 5 bambini su 10 mila.

La diagnosi

Se la reazione allergica risulta ritardata, la diagnosi non sempre è facile. Per tale motivo la SIAIP (Società Italiana di Allergologia e Immunologia Pediatrica), ha deciso di istituire un **«registro» delle allergie alimentari rare in età pediatrica**, in cui far confluire da tutti gli ospedali le schede informatizzate relative ai segni e ai sintomi, al trattamento e ai risultati raggiunti.

La diagnosi di AA è solitamente sospettata dal Pediatra sulla base della storia clinica dei sintomi e della visita medica; può essere poi confermata presso Centri di Allergologia Pediatrica eliminando l'alimento e/o gli alimenti sospetti, con successiva somministrazione degli stessi per la prova di scatenamento (dopo almeno due settimane di dieta specifica e di risoluzione del quadro clinico).

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e Il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

I **test cutanei** e il **dosaggio delle IgE** specifiche per gli alimenti sospettati sono di supporto diagnostico, mentre non vi è alcuna evidenza di utilità nell'uso di tecniche non validate scientificamente quali i test delle cosiddette "intolleranze alimentari".

La diagnosi di allergia alimentare grave in un bambino si associa spesso a elevati livelli di ansia, ridotta qualità di vita e limitazioni della vita sociale nel bambino e nei genitori. Una forte empatia da parte dei sanitari, un'educazione terapeutica che fornisca informazioni chiare e complete sulla gestione del bambino e ove necessario un supporto psicologico possono ridurre la possibilità di reazioni gravi e migliorare la qualità di vita del bambino e della famiglia.

Prevenzione primaria

Un corretto programma per prevenire l'allergia alimentare consiste nel favorire **l'allattamento al seno** che, soprattutto nei bambini a rischio di atopia, ossia con predisposizione a sviluppare alcune reazioni allergiche, dovrebbe essere prolungato almeno fino al 6° mese di vita. Al contrario, diversamente da quanto ritenuto in passato, non ha alcun effetto protettivo sulla comparsa di patologie allergiche nei bambini evitare l'assunzione di alimenti potenzialmente allergizzanti durante la gravidanza e/o l'allattamento (al contrario, potrebbe addirittura sortire l'effetto opposto). Vi è inoltre un ampio dibattito scientifico sull'opportunità di ritardare l'introduzione di alimenti a maggior potenziale allergizzante in bambini a rischio (es. figli di genitori allergici); gli orientamenti più recenti inducono a ritenere non utile ritardare tale introduzione.

Accorgimenti nutrizionali nei bambini e adolescenti con allergie alimentari

Evitare gli alimenti ai quali il bambino e l'adolescente è sicuramente allergico rappresenta la prima e più importante misura terapeutica. **L'attenta lettura delle etichette** degli alimenti confezionati e le indicazioni date dallo specialista Allergologo consentono di ridurre drasticamente la possibilità di andare incontro a reazioni potenzialmente pericolose. Particolare **attenzione** va posta alla **preparazione degli alimenti** nelle cucine allo scopo di evitare contaminazioni; nelle mense scolastiche il SIAN (Servizio di Igiene degli Alimenti e Nutrizione) delle ASL predispone protocolli di decontaminazione degli ambienti e preparazione separata dei piatti destinati a bambini allergici.

Tuttavia, malgrado la prudenza, sono purtroppo frequenti esposizioni accidentali (dovute a ingestione non intenzionale, errori di lettura delle etichette, alimenti non dichiarati in etichetta, e contaminazione degli altri alimenti con l'allergene, ecc). Circa **il 50% delle reazioni allergiche** si verificano **quando gli alimenti sono somministrati da persone diverse dai genitori**. Per questo motivo è indispensabile che bambini ed adolescenti che hanno una storia di allergie grave o potenzialmente grave abbiano **sempre con sé una dose di adrenalina con auto-iniettore**, e che genitori, parenti, educatori, amici siano informati sulla necessità di somministrare senza indugi l'adrenalina non appena compaiono i primi sintomi, senza aspettare che si scateni una reazione anafilattica che potrebbe avere conseguenze letali.

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

La terapia si basa anche sull'utilizzo di farmaci antistaminici e- in alcuni casi – di terapie immunologiche (anti-IgE). Un altro aspetto spesso sottovalutato è rappresentato dal rischio di malnutrizione conseguente a diete di eliminazione eccessivamente rigide. Questo si verificava più frequentemente in passato, quando era consigliato evitare non solo gli alimenti ai quali il bambino era sicuramente allergico, ma anche tutti quelli più strettamente correlati con cui c'è un pericolo di reazioni crociate (vedi sotto).

Le linee guida della corretta alimentazione nei soggetti allergici

Le attuali linee guida non consigliano più di evitare gli alimenti con potenziale di reazioni crociate nei bambini gravemente allergici, ma solo **un consumo prudente**, tenendo sempre **adrenalina a disposizione**.

E' tuttavia consigliabile che la dieta di bambini ed adolescenti con allergie alimentari venga prescritta e monitorata congiuntamente dall'allergologo e dal nutrizionista onde evitare carenze nutrizionali, con l'utilizzo di integratori ove necessario. In particolare, l'allergia al latte si può associare al rallentamento della crescita staturale e alla carenza di calcio.

Nei bambini con allergia alle uova occorre prestare attenzione alle vaccinazioni, in quanto alcuni vaccini (in particolare quello antinfluenzale) possono contenere tracce di proteine dell'uovo. Non risultano segnalazioni di allergie legate alla presenza di lisozima (proteina dell'uovo) nel Grana Padano DOP; questo è stato confermato da uno studio condotto dall'Università Cattolica su soggetti con allergia accertata alle proteine dell'uovo (Iaconelli et al, 2008).

Alimenti a rischio di reazioni crociate

Come abbiamo detto, individui sensibilizzati per alcuni alimenti presentano spesso reazioni crociate verso altri cibi strettamente correlati. Dal punto di vista pratico il paziente con allergia alimentare deve quindi conoscere il gruppo di appartenenza dell'alimento al quale è allergico ed usare cautela quando mangia per la prima volta un altro alimento dello stesso gruppo.

Esempi di reazioni crociate tra i vari alimenti

ANIMALI

Mammiferi (carne/latte): mucca, capra, maiale, coniglio, pecora.

Uccelli (carne/uova): pollo, oca, anitra, gallina, tacchino.

Pesci: merluzzo, pesce gatto, sgombro, salmone, trota, sardina, tonno.

Crostacei: aragosta, granchio, gambero, gamberetto, gambero d'acqua dolce.

Molluschi: cozze, vongole, ostriche, capesante, molluschi.

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l e Il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

FRUTTA

Cucurbitacee: melone, cocomero, melassa, popone, zucca.

Rosacee: mandorla, albicocca, ciliegia, pesca, prugna, caco.

Agrumi: pompelmo, limone, lime, mandarino, arancia, clementina.

Noci: noce brasiliana, noce americana, nocciola, mango, pistacchio.

Fagacee: castagna, noce di faggio.

VEGETALI

Leguminose: fagioli, piselli, lenticchie, arachidi, liquirizia, soia, tamarindo, cacao.

Brassicacee: broccoli, cavoletti di bruxelles, cavolo, cavolfiore, rafano, rapa, crescione.

Ombrellifere: anice, comino, carota, sedano, coriandolo, prezzemolo.

Solanacee: melanzana, pepe, patata, pomodoro, chili, tabacco.

Graminacee: orzo, mais, riso, segala, grano, avena.

Liliacee: asparagi, aglio selvatico, aglio, porro, cipolla.

Alloro: avocado, cannella, canfora.

Girasole: carciofo, lattuga, girasole

È importante anche sottolineare la possibilità che la sensibilizzazione ad alcuni frutti e vegetali possa essere associata alla sensibilizzazione ad altri alimenti appartenenti alla stessa famiglia botanica ed anche alla sensibilizzazione con cibi non correlati.

Alimenti e cross-reattività documentata

Mela: patata, carota, polline di betulla.

Carota: sedano, anice, mela, patata, segale, frumento, ananas, avocado, polline di betulla.

Cereali: frumento, segale, orzo, avena, granturco, riso, polline di graminacee.

Merluzzo: anguilla, sgombro, salmone, trota, tonno.

Latte di mucca: latte d'asina, latte di capra, latte di altri animali simili.

Uova: albume, lisozima, tuorlo, ovoalbumina, ovomucoide.

Aglio: cipolla, asparago.

Piselli: lenticchie, liquirizia, semi di soia, fagioli bianchi, noccioline americane, finocchio.

Pesca: albicocca, prugna, banana.

Noce americana: noccioline, noce, noce brasiliana.

Riso: cereali, granturco, polline di segale.

Gamberetto: granchio comune, aragosta, calamaro, gambero, acari.

(Fonte: www.allergyverona.it)

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo

Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

Decalogo per il bambino allergico

Gli esperti dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Roma e Federasma hanno stilato un decalogo a "misura di bambino" per riconoscere, trattare e prevenire le malattie causate da allergia (non solo quella alimentare).

Il documento, presentato il 19 febbraio 2010, in occasione della quinta edizione della Giornata del Bambino Allergico è consultabile online al sito:

<http://www.ospedalebambinogesu.it/Portale2008/Default.aspx?IDItem=4491>

Avvertenze: Le informazioni riportate in questa scheda sono puramente indicative e la loro applicabilità ai casi individuali deve tassativamente essere valutata caso per caso dal Medico Curante sulla base del quadro clinico specifico. Queste informazioni non costituiscono prescrizione medica. Gli Autori, l'editore OSC Healthcare S.r.l. e Il Consorzio per la Tutela del Grana Padano, non si assumono alcuna responsabilità in merito ad eventi avversi che dovessero verificarsi in caso di applicazione incongrua del contenuto della presente scheda nutrizionale.

Autore: Dott.ssa Cinzia Baldo
Supervisione Scientifica a cura della Dott.ssa Maria Letizia Petroni, medico nutrizionista clinico

