

## **Reazioni avverse ad alimenti:**

### **Enterocolite allergica, patologia in rapida crescita in Italia**

L'enterocolite allergica, è una manifestazione di reazione avversa ad alimenti, tipica di pazienti pediatrici, non-IgE-mediato scatenato dall'ingestione di specifiche proteine alimentari, è tuttora poco caratterizzata ed è in costante crescita nel nostro Paese, soprattutto negli ultimi anni.

È una reazione non-IgE mediata, quindi con Prick e RAST negativi

Uno studio recente retrospettivo - coordinato da Stefano Miceli Sopo, del Policlinico Gemelli, Università del Sacro Cuore, Roma (Clin Exp Allergy, 2012) - ha meglio definito le caratteristiche demografiche, gli agenti eziologici, le caratteristiche cliniche, i trattamenti e gli outcome. Lo studio nell'arco di tempo di 7 anni (2004-2010) ha coinvolto 3 centri che hanno reclutato 66 bambini affetti dalla patologia gastroenterica.

Soprattutto fra il 2008 ed il 2010 i ricercatori hanno osservato un aumento significativo delle diagnosi di enterocolite allergica. Sono state indentificati ben 165 episodi di enterocolite allergica.

Gli alimenti che con maggior frequenza hanno svolto il ruolo scatenante sono stati : il latte vaccino nel 65% dei casi, seguito in ordine decrescente per frequenza da pesce, uova, riso, soia, mais, pollo, latte di capra

Nella maggior parte dei casi si è osservata una reazione ad un singolo alimento (quasi nel 85% dei casi osservati)

Il tempo medio trascorso dall'ingestione all'insorgenza dei sintomi è stato misurato in 2,4 ore, e il disturbo più frequente (98%) è costituito dal vomito. Da sottolineare che diversamente dalle forme IgE-mediate, in cui i sintomi compaiono immediatamente o pochi minuti dopo aver assunto il latte, questi casi sono caratterizzati dalla comparsa del vomito dopo circa due ore dalla assunzione dell'alimento in causa.

Al vomito può accompagnarsi anche dopo 5-6 ore dalla ingestione dell'alimento incriminato, diarrea (con presenza o meno di sangue), possibile letargia ed ipotensione (nel 15% dei casi), ed è stato descritto un aumento periferico dei polimorfonucleati. A volte la sintomatologia non viene direttamente associata all'assunzione dell'alimento sia per l'intervallo lungo tra assunzione dell'alimento e la sintomatologia (da 1 a 3 ore) sia per la mancanza di associate lesioni cutanee di orticaria o angioedema, come pure l'assenza di sintomi respiratori di tipo allergico ed è così non infrequente che vengano interpretati, come fatti infettivi gastrointestinali. L'ipotesi di allergia alimentare quando anche sospettata viene poi spesso abbandonata per la negatività del prick e delle IgE specifiche. Di fatto questa è una allergia "particolare".

Si tratta di una reazione con patogenesi non ancora completamente chiara, anche se sembrano coinvolti i linfociti T e il TNF- $\alpha$ . La diagnosi, una volta conosciuta la condizione, è puramente clinica e spesso non è necessario un test di scatenamento. Questo si rende invece utile per definire l'acquisita tolleranza che, di norma, avviene verso i tre anni di età anche se con percentuali meno elevate rispetto a quelle dell'allergia IgE mediata. Il test di provocazione deve essere fatto in ambiente

protetto, organizzato ad affrontare l'ipotensione e lo shock, e con schemi diversi da quelli adottati comunemente nell'allergia IgE mediata.

Tra i pazienti diagnosticati tramite test di provocazione orale, il 78% ha avuto una reazione dopo aver ingerito un'intera porzione del cibo trigger per età.

Il 48% dei bambini (n=32) ha sviluppato tolleranza all'età media di 29 mesi e l'età in cui si è raggiunta la tolleranza per il latte vaccino è risultata significativamente inferiore rispetto a quella degli altri alimenti (24 vs 53 mesi) osservati come "trigger" dell'enterocolite allergica.