

## **Perché non escludere dalla dieta un alimento solo per la presenza di sIgE**

Comunemente, quando si parla di allergie alimentari si fa riferimento a quel gruppo di reazioni IgE-mediate che occorrono in seguito all'ingestione di un determinato alimento. Le reazioni IgE-mediate (o reazioni di ipersensibilità immediata, tipo I secondo la classificazione di Gell e Coombs), per definizione, rispondono ad alcuni requisiti: si verificano in tempi brevi (15-30 min, comunque massimo 2 ore) e in maniera riproducibile dopo esposizione all'antigene (allergene) che ne è causa. Nel caso delle allergie alimentari, i sintomi principali sono: cutanei (sindrome oro-allergica, orticaria e angioedema), gastrointestinali (vomito e diarrea), respiratori (starnuti, rinorrea, broncospasmo). Gli alimenti principali responsabili sono: latte vaccino, uovo di gallina, frutta secca, pesci e crostacei<sup>1</sup>, soia, con una prevalenza che varia a seconda della fascia di età in esame: latte vaccino e uovo di gallina prevalgono nei primi mesi-anni di vita, ma più avanti lasciano il posto agli altri alimenti in quanto la storia naturale di queste due allergie evolve in una buona percentuale dei casi con l'acquisizione della tolleranza.

Com'è noto, nel siero di un soggetto allergico, ad esempio, all'uovo, si ritrova un elevato livello di IgE specifiche nei confronti dell'uovo intero e delle sue principali proteine allergeniche (ovomucoide e ovoalbumina). Pertanto, potrebbe sorgere spontaneo pensare che sia sufficiente effettuare un prelievo ematico al proprio bimbo (magari anche prima dell'introduzione di un determinato alimento nella dieta, quasi una sorta di screening) per far diagnosi di allergia alimentare. In verità così non è, poiché sia i test cutanei (che individuano la presenza di una reazione IgE-mediata), sia la ricerca di IgE sieriche specifiche sono test dotati di elevata sensibilità ma di non altrettanto elevata specificità<sup>2</sup>. Tradotto in altri termini, sono test che risultano positivi con elevata probabilità in un soggetto allergico, ma che possono risultare tali anche in chi non è clinicamente allergico. Rischiano, cioè, di etichettare come allergico un soggetto che, di fatto, non lo è. A cosa è dovuto tutto ciò? Al fatto che il compito di questi test è rivelarci se un soggetto possiede nel proprio siero IgE specifiche dirette contro un determinato alimento e di quantificarle. Tuttavia, possedere IgE sieriche contro un alimento o alcune sue componenti non equivale ad essere allergico ad esso, ma attesta soltanto l'esistenza di una sensibilizzazione<sup>2</sup>. Si tratta, cioè, di una condizione necessaria ma non sufficiente.

Ma cosa comporta una diagnosi errata di allergia alimentare basandosi esclusivamente sulla presenza di IgE nel siero? Il rischio è quello di imporre al piccolo paziente una dieta di eliminazione assolutamente non necessaria. Ad oggi, infatti, l'unica terapia dell'allergia alimentare è quella dell'evitamento dell'alimento che ne è causa<sup>3</sup>. Tale dieta deve essere di evitamento "assoluto" (cioè dell'alimento responsabile e di tutti i cibi che lo contengano in tracce) ed è facile intuire quanto ciò possa rivelarsi impegnativo in una gestione familiare che oggi vede sempre più i bimbi consumare pasti lontani dalla supervisione genitoriale. Inoltre, una dieta di evitamento andrebbe correttamente impostata e riequilibrata da un nutrizionista: è importante infatti far sì che non vi siano privazioni di elementi nutrizionali importanti per la crescita e il benessere del piccolo, a causa dell'eliminazione di un alimento che ne è tradizionalmente fonte<sup>3</sup>.

Pertanto, secondo le linee guida, la diagnosi di allergia alimentare parte sempre e comunque dall'anamnesi, che ne è la chiave<sup>1</sup>. Successivamente, essa andrebbe confermata mediante test di provocazione orale (TPO) in ambiente medico controllato, che rappresenta il gold standard diagnostico. Tuttavia, nella pratica clinica è ormai universalmente accettato che, in presenza di una storia sintomatologica convincente, sia sufficiente confermare la diagnosi con esami di secondo livello quali, appunto, i test cutanei (skin prick test) e/o il dosaggio delle IgE sieriche specifiche<sup>1</sup>

(quest'ultimo sempre accompagnato dal dosaggio delle IgE sieriche totali). A questo punto, se la diagnosi viene confermata, viene prescritta la dieta di evitamento.

In conclusione, le IgE sieriche specifiche rappresentano un eccellente strumento che ci consente di confermare la diagnosi di allergia alimentare sospettata sulla base dei dati clinici. Esse, inoltre, ci aiutano nel monitorare l'andamento dell'allergia nel tempo: l'eventuale riduzione dei livelli di IgE sieriche, infatti, può guidarci nel decidere se e quando tentare la reintroduzione nella dieta dell'alimento incriminato. Evitare un alimento basandosi esclusivamente sulla presenza delle IgE sieriche è, invece, concettualmente sbagliato.

*Diana De Bellis*

## BIBLIOGRAFIA

1. Scott H. Sicherer, Katrina Allen, Gideon Lack, Steve L. Taylor, Sharon M. Donovan, Maria Oria. Critical Issues in Food Allergy: A National Academies Consensus Report; Pediatrics. 2017:140
2. Scott H. Sicherer, MD, Robert A. Wood, MD, and the SECTION ON ALLERGY AND IMMUNOLOGY. Allergy Testing in Childhood: Using Allergen-Specific IgE Tests. Pediatrics. 2012:129.
3. Marcello Giovannini, Enza D'Auria, Carlo Caffarelli, Elvira Verduci, Salvatore Barberi, Luciana Indinnimeo, Iride Dello Iacono, Alberto Martelli, Enrica Riva and Roberto Bernardini. Nutritional management and follow up of infants and children with food allergy: Italian Society of Pediatric Nutrition/Italian Society of Pediatric Allergy and Immunology Task Force Position Statement. Italian Journal of Pediatrics. 2014:40