

IL RUOLO DELLE ALLERGIE/ INTOLLERANZE ALIMENTARI NASCOSTE NELLE MALATTIE CRONICHE

Da Alan R. Gaby, M.D.

Abstract

Un ampio elenco di letteratura medica c'indica che le allergie alimentari ritardate sono le cause frequenti di una gran quantità di problemi fisici e mentali. Le allergie ritardate possono essere "smascherate" mediante una dieta d'eliminazione, seguita dall'introduzione di un cibo alla volta. Anche se il concetto d'allergia alimentare ritardata è ancora controverso, l'evidenza suggerisce come l'identificare ed evitare cibi allergizzanti possa evitare un gran numero di problemi medici comuni e difficile da trattare.

Rev 1998;3(2):90-100

Introduzione

Le allergie alimentari sono bene riconosciute nella medicina clinica come causa scatenante d'attacchi d'asma, edemi e orticaria, e come fattore contribuente nei casi d'eczema e rinite. Questi tipi di reazioni allergiche si considerano mediate da anticorpi IgE, e normalmente possono essere diagnosticati da un'anamnesi storia medica e con i test skin-prick o RAST (IgE). Un altro tipo di reazione allergica alimentare, quella chiamata ritardata o nascosta, è causa di controversie da molti anni. Alcuni medici hanno osservato come le allergie alimentari ritardate sono una causa comune (o un fattore scatenante) di un ampio elenco di problemi fisici ed emozionali. Secondo una statistica, almeno un 60% della popolazione soffre di qualche tipo d'allergia alimentare non evidente. E' stato dimostrato come molti sintomi e problemi abbiano una significativa componente allergica. Vedi [Tavola 1](#). Inoltre, molti ricercatori dubitano dell'importanza delle allergie alimentari ritardate per problemi di salute, e alcuni negano persino la loro esistenza com'entità clinica.

Tavola 1

Sintomi o legati a componenti allergiche

Fatica	enuresi
Emicrania	epilessia
Sindrome del colon irritabile	eczema
Problemi di cistifellea	psoriasi
Artrite	ulcere aftoidi
Asma	otite media
Rinite	infezioni ricorrenti
Deficit di attenzione/iperattività	

Gli scettici enfatizzano che molte delle condizioni correlate alle allergie fluttuano in severità e hanno una componente psicologica significativa. E' per questo che è difficile distinguere fra una vera reazione ad un cibo e la risposta condizionata (psicologica) o una spontanea esagerazione dei sintomi. E' stato fatto notare che questi sintomi provocati da alimenti non possono essere denominati allergie se non si può dimostrare l'esistenza di un meccanismo immuno-mediato. Anche se è vero che tante reazioni agli alimenti potrebbero essere catalogate meglio come intolleranza alimentare, useremo il termine "allergia" in quest'articolo, per riferirci a reazioni avverse ad un cibo.

I fattori della connessione tra l'allergia alimentare e la malattia portano come argomento che le allergie alimentari ritardate sono spesso trascurate, perché difficili da identificare. Contrariamente ad una più ovvia reazione d'ipersensibilità immediata, che può provocare asma o shock anafilattico, una reazione alimentare ritardata spesso può presentarsi molte ore dopo o persino alcuni giorni.

Identificare una relazione causa-effetto tra l'ingestione di cibi specifici e lo sviluppo dei sintomi è più complicato, dalla tendenza della gente ad assuefarsi a cibi cui è allergica. Numerosi clinici hanno osservato quella denominata "sindrome d'allergia-assuefazione", e sembra che sia quella descritta da Selye sul "l'adattamento generale" come risposta allo stress. In ogni modo, i pazienti hanno un sollievo temporaneo dopo aver assunto cibi che in seguito sono causa dei loro sintomi cronici. Questa risposta paradossale può far diventare inutile un'anamnesi medica e i diari alimentari come strumento per rivelare le allergie ritardate.

Le allergie alimentari ritardate possono essere spesso smascherate con una dieta di eliminazione. Dopo che un paziente è stato sottoposto ad una dieta ipoallergenica per un periodo (normalmente da una a tre settimane), i sintomi cronici spariscono o migliorano e l'organismo torna da uno stato d'allergia-assuefazione (corrispondente allo stato d'adattamento di Selye), a un aumento della sensibilità e stato di allerta (corrispondente allo stato d'allarme di Selye). In questo stato di ipersensibilità l'ingestione di un alimento non tollerato provoca una reazione rapida ed esagerata, permettendo al paziente d'identificare gli allergeni previamente sospettati. Vedi [tavola 2](#) per un elenco di cibi comunemente associati alle allergie e intolleranze alimentari.

Tavola 2

Alimenti più comunemente associati alle allergie

Latte e latticini	agrumi
Frumento	maiale
Uova	segale
Mais	manzo
Cioccolata	pomodoro
Tè	arachidi
Caffè	orzo
Zucchero	nocciole
Lievito	frutti di mare
soia	

Idealmente, le ricerche sulle allergie alimentari ritardate dovrebbero essere condotte con una sperimentazione di tipo doppio-ceco e placebo, per fare in modo di trovare risposte al placebo e fluttuazioni spontanee nella severità dei sintomi. Alcune delle ricerche usate in quest'articolo hanno usato uno studio doppio-ceco, e la maggioranza di loro ha dimostrato l'importanza delle allergie ritardate nell'eziologia di certe condizioni croniche. La maggior parte degli altri studi su allergie alimentari non ha seguito controlli con placebo. In ogni modo, i risultati di questi studi sono stati spesso impressionanti, specialmente in relazione a quelli eseguiti con delle terapie convenzionali. Ciò che segue è una selezione di studi sulla relazione esistente fra le allergie alimentari e certe sintomatologie che si presentano spesso in medicina.

Emicrania

Le allergie alimentari sono considerate come causa di emicrania sin da 1930. In uno studio su 55 pazienti sofferenti di emicrania, l'eliminazione di cibi allergizzanti, associata a cure di supporto, diede come risultato l'eliminazione totale o parziale dei sintomi in 29 pazienti (52,7%) ed un miglioramento generico in altri 21 (38,2%). Anche in uno studio condotto nel 1935, il 66,3% di 127 pazienti sofferenti di emicrania è risultato un miglioramento totale o parziale dei loro sintomi dopo aver seguito una dieta di eliminazione. Heymann indicò in 1952 che le reazioni al cibo erano la causa delle emicranie su 15 di 20 pazienti. Speer trovò anche che alcuni cibi (principalmente latte, cioccolata, cola e mais) erano la causa comune di emicranie.

Egger et al. sottoposero 88 bambini che soffrivano di frequenti emicranie severe ad una dieta anallergica a base principalmente in un solo tipo di carne (agnello o pollo), un carboidrato (riso o patata), un frutto (banana o mela) e un vegetale (brassicaceae), acqua e integratori di vitamine e calcio per 3-4 settimane. I pazienti che non migliorarono furono sottoposti a una seconda dieta anallergica, con alimenti diversi dalla prima. 78 bambini si sono completamente rimessi seguendo la prima o la seconda dieta e altri 4 ha migliorato notevolmente (risultato totale 93%). Degli 82 pazienti che migliorarono, 74 svilupparono sintomi dopo essere tornati alla dieta precedente; 40 di questi 74 parteciparono a sperimentazioni in prove di doppio-cieco e placebo, che confermò il ruolo eziologico delle allergie alimentari. La maggior parte dei pazienti reagì a molti alimenti. Cinquantacinque alimenti diversi erano la causa di sintomi, i più comuni dei quali furono (numero di pazienti reattivi fra parentesi): latte di mucca (27), uova (24), cioccolata (22), arance (21), e frumento (21).

Grant studiò 60 pazienti con una storia di emicranie frequenti e ricorrenti. La durata media di questa malattia fu di 18 anni per le donne e 22 anni per gli uomini. Ogni paziente consumò una dieta anallergica per 5 giorni, a base di due alimenti a basso rischio (normalmente agnello e pera), e bevvero solo acqua minerale. Le emicranie sparirono al quinto giorno nella maggior parte dei casi, dopo di che i cibi furono testati individualmente. La media degli alimenti che scatenano sintomi, per paziente fu di dieci (intervallo 1-30). I cibi che più frequentemente causano di sintomi furono: frumento (78%), arancia (65%), uova (45%), tè e caffè (40% ognuno), cioccolata e latte (37% ognuno), manzo (35%), mais, canna da zucchero e lievito (33% ognuno), funghi (30%) e piselli (28%). Nel momento in cui furono evitati gli alimenti risultati positivi, tutti i pazienti migliorarono. Il numero di mal di testa mensili del gruppo scese da 402 a 6, e l'85% dei pazienti si liberarono completamente dei mal di testa.

Monro et al. evidenziò come alcune delle emicranie indotte dal cibo sono vere reazioni allergiche (in opposizione ad essere mediate da componenti vasoattivi). 9 pazienti con emicrania indotte dal cibo furono trattati con una sperimentazione doppio-cieca con sodio cromo glicato (un farmaco che blocca la degranolazione dei mastociti e le reazioni allergiche) o con un placebo, unito a cibi previamente identificati come induttori di sintomi. Il sodio cromo glicato sodico fu significativamente più efficace del placebo nella prevenzione delle emicranie. Il trial con alimenti dannosi diede la sintomatologia tipica delle reazioni Ig-E; questo veniva prevenuto con un trattamento preparatorio con sodio cromo glicato, ma non con placebo.

Artrite

Kaufman, nel 1953 menzionò le allergie alimentari de come un fattore causale in alcuni casi di artrite. O'Banion in uno studio rivelò come, in tre pazienti con artrite reumatoide, l'eliminazione dei cibi allergizzanti dalla dieta, fu seguita da una completa scomparsa dei dolori artritici.. Ratner et al. mostrarono il caso di una ragazza di 14 anni con una storia di 6 anni di artrite reumatoide giovanile che recuperò dopo l'eliminazione qualsiasi proteina del latte di mucca, dalla dieta. I sintomi riapparvero con la loro reintroduzioni nella dieta (due volte inavvertite e due provocate).

Hicklin et al. somministrarono una dieta di eliminazione a 22 pazienti con artrite reumatoide. 20 i pazienti (91%) notarono una miglioramento nei loro sintomi, e 19 notarono che alcuni alimenti erano la causa di ricadute. La media di sensibilità alimentari per paziente era di 2,5%.

Ratner et al. studiarono 15 donne e 8 uomini affetti da artrite reumatoide (n.19) o psoriatca (n.4). I pazienti furono istruiti nel togliere dalla loro dieta latte e derivati e carne di manzo. 7 pazienti divennero asintomatici dopo 3-4 settimane dall'inizio della dieta, e questi pazienti ebbero dei sintomi più evidenti quando reintrodussero i latticini nella loro dieta. Gli altri 16 pazienti non migliorarono. I pazienti che migliorarono erano tutte donne, sieronegative, e intolleranti al lattosio. Questi risultati suggeriscono che una dieta nella quale vengono esclusi i latticini e la carne di manzo è valida per le donne intolleranti al lattosio con artrite reumatoide sieronegativa o psoriatca.

In un altro studio, 27 pazienti con artrite reumatoide furono sottoposti ad un digiuno parziale, seguito da prove con alimenti specifici. Gli alimenti che davano dei sintomi furono evitati, come cibi di origine animale, zucchero raffinato, agrumi, conservanti, caffè, tè, alcool, sale e spezie piccanti. Un gruppo di controllo di 26 pazienti seguirono una dieta normale. Dopo 4 settimane, il primo gruppo mostrò un significativo miglioramento nel numero di dolori articolari, indice articolare di Ritchie, numero di edemi, livello di dolore, durata dell'intorpidimento mattutino, livello di sedimentazione and proteina C-reattiva. Nel gruppo di controllo solo il livello del dolore score migliorò significativamente. I benefici nel gruppo che seguì la dieta erano ancora presenti un anno dopo. Questi risultati suggeriscono che un digiuno parziale, seguito da una dieta lactovegetariana che elimini gli alimenti che possono causare sintomi, è di gran valore nel trattamento dell'artrite reumatoide.

Beri et al. trattarono 27 pazienti con artrite reumatoide una dieta di eliminazione-e-prova. Dei 14 pazienti che completarono il programma della dieta, 10 (71%) mostrarono un miglioramento clinico significativo.

Darlington trattò 70 pazienti con artrite reumatoide identificando ed eliminando i cibi causa di sintomi. Di questi 70 pazienti, il 19% stette bene e non necessitò di alcuna medicazione durante un periodo tra 1,5-5 anni (media 37 mesi). Gli alimenti che più comunemente diedero dei sintomi furono: mais (56%), frumento (54%), bacon-maiale (39%), arance (39%), latte, avena (37% ognuno),segale (34%), uova, manzo, caffè (32% ognuno), malto (27%), formaggio, uva (24% ognuno), pomodoro (22%), arachidi, zucchero di canna (20% ognuno), burro, agnello, limone, e soia (17% ognuno).

In un trial doppio-cieco di 10 settimane, 26 pazienti con artrite reumatoide cronica progressiva, seguirono una dieta sperimentale che escludeva additivi, conservanti, frutta, carne rossa, spezie, uova, e formaggi, o una "dieta placebo", che escludeva cibi selezionati fra i maggiori gruppi di alimenti. 2 degli 11 pazienti che consumarono la dieta sperimentale migliorarono significativamente; in ogni modo, non ci furono differenze significative tra i due gruppi in termini di miglioramento clinico o cambiamenti dei parametri di laboratorio. La mancanza di benefici

significativi in questo studio può essere dovuta al fatto che la dieta sperimentale non escludeva alcun alimenti che facilmente possono dare intolleranza come frumento, mais, uova, zucchero e caffè.

Sindrome del colon irritabile

Circa 189 pazienti con sindrome di colon irritabile seguirono una dieta di eliminazione per tre settimane. La dieta eliminava latte e derivati, cereali, agrumi, patate, tè, caffè, alcool, additivi e conservanti. 91 pazienti (48,2%) migliorarono. Trials seguenti con alimenti specifici diedero dei sintomi in 73 dei 91 pazienti; di questi, 72 rimasero in buona salute, seguendo una dieta modificata una media di 14,7 mesi. Dei 98 pazienti che non migliorarono con la dieta di eliminazione, solo 3 stavano bene ad un follow-up. Il numero di intolleranze alimentari variava da 1 a 19. I cibi più comunemente implicati furono: latte e derivati (40,7%), cipolla (35,2%), frumento (29,7%), cioccolata (27,5%), caffè (24,2%), uova (23,3%), nocciole (18,0%), agrumi (17,8%), tè (17,6%), segale (17,6%), patate (15,4%), orzo (13,3%), avena (12,1%) e mais (11,1%).

In un altro studio, 21 pazienti con sindrome del colon irritabile limitarono la loro dieta per una settimana a un solo tipo di carne, un solo tipo di frutta, e acqua minerale. In 14 di questi pazienti, i sintomi sparirono con la dieta d'eliminazione. Prove con alimenti specifici identificarono i seguenti cibi scatenanti (numero di pazienti fra parentesi): frumento (9), mais (5), latticini (4), caffè (4), tè (3) e agrumi (2). Sei pazienti fecero prove con alimenti introdotti per via parenterale doppio-cieco. In tutti i casi, il test doppio-cieco confermò l'intolleranza alimentare. I cambiamenti nell'istamina del plasma, i complessi immunitari e la quantità di eosinofili furono simili dopo prove con cibi causa di sintomi e cibi controllo, indicando che queste reazioni alimentari probabilmente non erano immunomediatae.

Colite ulcerosa

Nel 1942, Andresen studiò 50 pazienti con colite ulcerosa. Egli scoprì che nel 67% dei pazienti la causa era l'intolleranza alimentare e tutti mostrarono una risposta soddisfacente alle modifiche nelle loro diete. Rowe e Rowe rivelarono che il 49,4% di 170 pazienti con colite ulcerosa potevano essere trattati con successo con una semplice terapia antiallergica, senza bisogno di cortisone o altri farmaci.

Rider e Moeller iniettarono estratti di frumento, uova e latte nella mucosa rettale di 20 pazienti con colite ulcerosa. L'80% dei pazienti mostrò una reazione positiva (edema, eritema, ingrossamento capillare) ad almeno uno degli estratti alimentari. A 15 pazienti di quelli che avevano avuto una risposta positiva al test furono prescritte diete di eliminazione degli alimenti che davano reazione. Quattordici di loro (93%) ebbero una remissione completa o un miglioramento significativo.

Rudman et al. misero 4 pazienti, sofferenti di morbo di Crohn, ad una dieta senza glutine e lattosio per 12 giorni, dopo i quali provarono ad introdurre 5-20 gr./giorno di glutine per altri 12 giorni. Si svilupparono diverse reazioni incluso melena, febbre, dolori addominali, diarrea, steatorrea e nausea in tutti i casi, dopo 4-9 giorni dall'inizio dell'introduzione del glutine. In tutti i casi i sintomi perdurarono dopo 2-4 settimane dopo aver tolto il glutine.

In un altro studio 50 pazienti con colite ulcerosa furono sottoposti a caso a una dieta senza latte o a una dieta controllata per un anno. Durante il periodo seguente, il 38% dei pazienti che

seguivano una dieta senza latte non ebbero ricadute, in rapporto al 21% di quelli a dieta controllata. Il 12% dei pazienti della dieta senza latte ebbero 3 o più ricadute in rapporto al 33% di quelli a dieta controllata (analisi statistica non presentata).

Jones et al. somministrando una dieta elementare o una nutrizione parenterale ebbero una remissione in 20 pazienti con il morbo di Crohn. Dopo aver sperimentato queste remissioni, i pazienti furono sottoposti a caso a una dieta controllata (ad alto contenuto in fibra e carboidrati non raffinati) o a testare specifici alimenti escludendo dalle loro diete quelli alimenti individuati come causa di sintomi. Sette dei dieci pazienti che seguivano una dieta di esclusione ebbero una remissione per 6 mesi, di fronte a nessuno dei 10 pazienti di controllo (<0.5%). In uno studio aperto, 51 di 77 pazienti con una dieta d'esclusione stettero bene per un periodo di 51 mesi. Dopo 2 anni, il 65% di questi pazienti erano ancora in remissione. I cibi che davano i sintomi più comuni erano frumento, derivati del latte, brassicaceae (broccoli, cavolo, cavolfiore, etc.), mais, lievito, pomodoro, agrumi e uova.

In un altro studio, 21 pazienti con il morbo di Crohn in fase acuta furono assegnati a caso a ricevere 1) prednisolone o 2) una dieta di base seguita dall'introduzione graduale di alimenti dopo 4 settimane. La valutazione del processo della malattia dopo 4 e 12 settimane, mostrò che il gruppo che seguì la dieta di base migliorò, sotto alcuni aspetti, più del gruppo trattato con il cortisone. Questi risultati suggeriscono che l'eliminazione degli antigeni alimentari dalla dieta può indurre remissione in pazienti con il morbo di Crohn in fase acuta.

In uno studio del 1993, furono esaminati 136 pazienti sofferenti di morbo di Crohn in fase acuta e furono sottoposti a una dieta di base. Dei 93 pazienti che continuarono la dieta per 14 giorni, 78 (84%) ebbero una remissione e allora furono scelti a caso per ricevere cortisonici o un trattamento dietologico. Il gruppo della dieta fu istruito ad introdurre un nuovo cibo ogni giorno, e ad escludere tutti gli alimenti che causavano i loro sintomi. La durata media della remissione fu di 7,5 mesi nel gruppo della dieta, di fronte ai 3,8 mesi nel gruppo dei cortisonici. Fra i pazienti che seguirono la dieta, il 45% non ebbe sintomi per almeno 2 anni.

Asma

Nell'1959, Rowe e Young parlarono di 95 pazienti nei quali l'asma era stata trattata con successo eliminando cibi allergizzanti dalle loro diete. Su pazienti con età superiore ai 55 anni, le allergie alimentari sembravano essere la sola causa di asma nel 40%. La sensibilità agli additivi alimentari, come metabisolfiti, tartrazine (FD&C colorante giallo #5), sodio bezoato e diossido sulfurico, sono implicati come fattori attivanti dell'asma.

In un'altro studio, 188 bambini sotto l'anno d'età con rinite allergica e/o asma bronchiale furono sottoposti a una dieta d'eliminazione per 6 settimane. Il 62% dei pazienti ebbe un recupero totale dei sintomi, e un'altro 28% ebbe un miglioramento parziale. Il 40% dei bambini che erano migliorati ebbero una ricorrenza dei sintomi dopo la reintroduzione di determinati cibi.

Hoj et al. assegnarono a caso una dieta elementare libera di antigeni o una dieta controllata per due settimane a 41 pazienti con asma severo, in una prova a doppio-cieco. In 1 di 16 pazienti del gruppo controllo si osservò un miglioramento, mentre che nel gruppo che consumò la dieta elementare furono 9 su 21 ($p < 0,05$). In un altro studio su 107 pazienti con asma perenne, 60 (56%) ebbero una risposta asmatica all'ingestione di uno o più alimenti.

Altri ricercatori non hanno riscontrato una relazione fra l'allergia alimentare e l'asma. In uno studio, solo il 9% di 300 pazienti asmatici avevano una storia, positivi allo skin o IgE- test (RAST). In ogni modo, medici che lavoravano con allergie alimentari ritardate hanno trovato che la relazione tra l'anamnesi, lo skin tests e l' IgE RAST può risultare fuorviante in molte allergie clinicamente significative.

In un altro studio, 18 bambini e adulti con asma consumarono in un ordine a caso una di due diete diverse per due periodi separati di tre settimane. La dieta 1 (basata sulla dieta libera di cereali di Rowe) consisteva in cibi che si ritiene producano asma solo raramente. La dieta 2 conteneva cibi che si ritiene producano asma comunemente, incluso cereali, latte, uova e frutti di mare. La quantità di reazioni asmatiche e le richieste di medicinali furono simili durante i due periodi di dieta e la maggior parte dei pazienti non trovarono benefici in nessuna delle diete.

Ulcera aftoide

20 pazienti che avevano sofferto di ulcera aftoide ricorrente per una durata media di 11,2 anni, seguirono una dieta senza glutine. In 5 pazienti (25%) le ulcere sparirono completamente, e tutti loro ebbero ulcere ricorrenti dopo aver reintrodotta il glutine. In un altro studio, a 17 pazienti con ricorrenti ulcere aftoidi che non avevano risposto alle terapie convenzionali, fu prescritta una dieta d'eliminazione. Dei 12 pazienti che seguirono la dieta per 6-8 settimane, 4 non ebbero più sintomi e 1 ebbe un miglioramento importante. In 4 di questi 5 pazienti, fu identificato un alimento che, quando veniva eliminato dalla dieta, dava un miglioramento significativo o una risoluzione completa delle ulcere aftoidi. Risultati simili furono rilevati da altri ricercatori.

Nolan et al. studiarono 21 pazienti con ulcere aftoidi ricorrenti. Ogni paziente fu testato su allergie ad alimenti, additivi, aromi e oli essenziali. Venti dei ventuno pazienti presentarono reazioni positive a uno più di uno dei seguenti elementi (numero dei pazienti fra parentesi): acido benzoico (11); formaldeide (8); nickel, dicromato, miscela di profumi, methyl methacrylate (2 ognuno); parabenzene, acido sorbico, fosforo, mercurio, balsamo di Peru (1 ognuno). Evitando gli allergeni che erano risultati positivi nel test si riscontrò un miglioramento in 18 pazienti, per un periodo da 6 mesi a 6 anni.

Nefropatia

Venne seguito uno studio su 6 bambini (di età compresa fra 10-13 anni) con una nefropatia idiopatica. Si eliminò il prednisone e fu data una dieta elementare. Dopo che la proteinuria scese a 500 mg/24h o meno nei giorni consecutivi (normalmente fra 3 e 10 giorni), i pazienti provarono il latte di mucca. La prova del latte riportò ad un ritorno della proteinuria ed un edema in 4 pazienti. La prova del latte fu accompagnata anche da un'alterazione acuta del complemento C3 del plasma in tutti e 6 i pazienti. Questi risultati suggeriscono che l'allergia al latte può svolgere un ruolo nella patogenesi della nefropatia idiopatica.

In un'altra ricerca, una bambina di 6 anni con dermatite herpetiforme, celiaca e nefropatia, mostrò una risoluzione di tutti e tre problemi dopo aver iniziato una dieta senza glutine. Altri ricercatori hanno confermato il ruolo delle allergie alimentari nella nefropatia idiopatica.

Problemi di cistifelia

Studi su animali hanno mostrato che la cistifellea può essere un organo bersaglio nelle reazioni allergiche. In uno studio clinico eseguito su 69 pazienti affetti da calcoli alla cistifellea o con sindrome post colecistectomia furono sottoposti ad una dieta a base di carne di manzo, segale, soia, riso, ciliegie, pesca, albicocca, barbabietola e spinaci. Non si stabilirono restrizioni sul quantità di grasso. Tutti i 69 pazienti smisero di soffrire dei sintomi dopo una settimana di dieta, con un apparente miglioramento dopo tre, cinque giorni. Le uova, il maiale e la cipolla erano i cibi che più frequentemente davano dei problemi, provocando reazioni per ogni singolo alimento nel 93%, 64% e 52% dei pazienti, rispettivamente. La media di sensibilità alimentari per pazienti fu di 4,4 (da 1 a 9).

Otite ricorrente

Centoquattro bambini sofferenti di otite purulenta furono studiati per identificare le eventuali allergie alimentari usando test cutanei, test IgE specifici e prove con alimenti. I bambini che avevano allergie evidenti eliminarono gli alimenti sospettosi per 16 settimane, dopo di cui si fecero prove su alimenti individuali. Ottantuno (78%) bambini avevano allergie alimentari evidenti. L'eliminazione degli alimenti allergizzanti diede in un miglioramento significativo all'otite nell'86% dei pazienti (documentato con timpanometria). Settanta bambini fecero prove con alimenti individuali; su questi, la reintroduzione degli alimenti allergizzanti provocò la ricorrenza dell'otite sierosa nel 94% dei casi. Altri ricercatori hanno anche trovato che il controllo sul cibo e le allergie ambientali riducevano notevolmente l'indice di ricorrenza dell'otite nei bambini.

Deficit d'attenzione - Iperattività (ADHD)

Ventitre bambini iperattivi eliminarono latte, frumento, uova, cocco, mais, zucchero e coloranti dalla loro dieta per una settimana. Dodici di questi (52%) mostrarono un miglioramento moderato o importante. I cibi e i coloranti che scatenavano il comportamento iperattivo nei test individuali furono rimossi dalla loro dieta permanentemente. Con questa restrizione selettiva, la scomparsa dei sintomi persistette per almeno 12 settimane in 11 di 17 pazienti.

In un altro studio, 26 bambini con ADHD furono sottoposti a una dieta di eliminazione. Si trovò miglioramento in 19 di loro (73%). Sulle prove, tutti i bambini che erano migliorati reagivano a tre o più additivi alimentari. Queste reazioni si confermarono ripetutamente con prove a doppio-cieco, indicando che i risultati non erano dovuti a un effetto placebo. Un'altra prova a doppio-cieco e due open trials produssero gli stessi risultati.

L'importanza dei coloranti alimentari artificiali e altri additivi alimentari nell'eziologia del ADHD fu suggerita per primo da Feingold. Diversi studi sull'ipotesi di Feingold hanno prodotto risultati contrastanti, da reazioni avverse minori a nessuna reazione in assoluto. Si fa notare che gran parte della ricerca sugli additivi alimentari e l'ADHD soffre di una metodologia poco valida. Per esempio, in uno studio, un biscotto di cioccolato fu usato come placebo, una scelta sbagliata poiché i bambini iperattivi reagiscono al cioccolato. In altri studi sugli effetti dei coloranti alimentari, rimasero nella dieta i più importanti allergeni. Il fatto di non escludere questi allergeni comuni può aver mascherato l'effetto avverso degli additivi.

Altre manifestazioni all'allergia

Altre manifestazioni legate all'allergia che possono far decidere di eliminare gli alimenti allergizzanti sono fatica, enuresi, orinazione frequente, epilessia, bruxismo, coliche infantili, eczema, psoriasi, orticaria, purpura, trombocitopenia, obesità, bronchite cronica, rinite, e neuropatia IgA. Queste condizioni sono state discusse in altri studi.

Test diagnostici per allergie

Le allergie alimentari possono essere identificate usando una dieta di eliminazione, seguita da prove individuali di alimenti. Anche se le prove a doppio-cieco e le prove controllate di placebo sono preferibili, possono non essere realizzabili nella tipica situazione in cui si trova il paziente. Fortunatamente le prove ora disponibili sono abbastanza affidabili.

Sono disponibili molti test ematici che misurano gli anticorpi con estratti di alimenti individuali. Misurare il livello di anticorpi IgE può essere di aiuto per identificare le reazioni allergiche classiche (come quelle che risultano in asma acuta e orticaria). I livelli di IgE non sembrano di essere indicatori affidabili delle allergie alimentari ritardate. Sono disponibili anche test che misurano gli anticorpi IgG4 specifici per alimenti. In ogni modo, mentre c'è l'evidenza che gli anticorpi del gruppo degli IgG4 lavorano come anticorpi stimolanti di sintomi, il gruppo degli IgG4 sembrano anche contenere anticorpi bloccanti, che possono prevenire reazioni allergiche. In conseguenza, le basi teoriche per misurare gli anticorpi IgG4 sono questionabili. In questo momento non esistono studi adeguati che indichino l'incidenza di falsi positivi e falsi negativi per questi test.

Un altro test, conosciuto come ALCAT, misura l'aggregazione delle piastrine e i cambiamenti nei globuli bianchi del sangue dopo averli messo a contatto mescolare con estratti alimentari. L'ALCAT si è mostrato affidabile nell'identificazione delle reazioni agli additivi alimentari. In ogni modo, in un test per le allergie alimentari su 18 dei 74 positivi (24,3%) furono falsi positivi, e 21 di 68 negativi (30,9%) furono falsi negativi.

I test di provocazione vengono usati da alcuni specialisti per diagnosticare le allergie alimentari. Questa procedura comprende la somministrazione intradermica o sublinguale di varie diluizioni di estratti alimentari. Una procedura simile si usa per "neutralizzare" o desensibilizzare le allergie. Anche se l'efficacia di questo metodo è stata dimostrata da prove con uno studio doppio-cieco, altri non sono riusciti a trovare effetti soddisfacenti, e i test di provocazione e la neutralizzazione sono ancora delle tecniche discusse.

Conclusione

Le allergie alimentari sono importanti e, spesso trascurate, cause (o fattori scattanti) di un ampio elenco di disordini fisici e mentali. La routine dell'uso delle diete d'eliminazione, nella pratica clinica, può incrementare in un modo significativo il livello di risposta in molte condizioni mediche difficili da trattare.