

## Intolleranze alimentari tra il vero e il falso

**Francesco Nicolosi**

Medico di medicina generale  
Paternò (CT), AIMEF

*Le intolleranze alimentari costituiscono un'area controversa della medicina. C'è ancora molta incertezza sulla sintomatologia clinica e sulla diagnosi attraverso alcuni test proposti, che spesso mancano di evidenze scientifiche. La loro diffusione pone però il Mmg in forte difficoltà davanti alle richieste immotivate degli assistiti*

**D**a alcuni anni si discute molto di intolleranze alimentari, ma solo recentemente è esploso il fenomeno incontrollato della richiesta da parte dei nostri assistiti di sottoporsi ai più svariati test per la diagnostica allergologica, spesso privi di ogni fondamento scientifico. Questa situazione genera non poco imbarazzo, soprattutto a noi Mmg che quotidianamente vediamo nei nostri studi persone pilotate, che con fac-simili precompilati rilasciati dai laboratori, ci richiedono - in alcuni casi ci obbligano - di prescrivere ricette ricolme di patate, cipolle, melanzane, peperoncino, ecc. Questi episodi nascono anche del fatto che alcune aziende del settore laboratoristico, che producono i kit che consentono l'identificazione degli alimenti sospetti, hanno invaso il mercato, permettendo di fatto a molti laboratori di analisi cliniche di farne uso a prezzi contenuti.

### ■ Cenni storici

Negli anni Novanta, AP Kaplan dell'International Academy of Allergy and Clinical Immunology, pubblicò un articolo su "le allergie non allergiche", che sconvolse il mondo accademico, nonché le conoscenze tradizionalmente acquisite sulle allergie alimentari, affermando l'esistenza di molte sindromi allergico-simili, in cui non era stato possibile dimostrare la presenza di IgE.

Fino ad allora si riteneva che le malattie allergiche alimentari fossero mediate unicamente da una importante presenza di IgE e dallo scatenamento di un corteo sintomatologico a danno sia della mucosa intestinale sia di altri distretti corporei, caratterizzandone così la tipica espressione clinica.

Questo fu il primo passo che indusse i ricercatori a distinguere e separare

due classi di malattie:

- malattie allergiche intestinali propriamente dette nei riguardi di uno o più alimenti, mediate dalle IgE;
- intolleranze alimentari, che confermano l'esistenza di una serie di reazioni di ipersensibilità immunitarie simil-allergiche, mediate da altri fattori e non legate alle immunoglobuline E. Venne scoperto inoltre che le due sindromi avevano espressioni cliniche differenti: nelle malattie alimentari allergiche le reazioni sono a rapida e immediata insorgenza, tant'è da portare rapidamente anche allo shock anafilattico, mentre nelle intolleranze le manifestazioni evolvono molto più lentamente e possono scatenarsi anche dopo lunghi periodi di continua e ripetuta introduzione dell'alimento incriminato (latenza).

La continua e incessante stimolazione del sistema immunitario produce nell'intestino uno stato infiammatorio cronico, che dopo avere raggiunto il massimo di espressività e di tolleranza della mucosa, scatena la sintomatologia che non è tipica, anzi può mutare da soggetto a soggetto o procedere in modo del tutto subdolo e silente, anche per svariati anni.

### ■ Definizioni e test

Definire le intolleranze alimentari non è semplice, anzi a volte si ha l'impressione di trovarsi di fronte a un argomento che non ha alcunché di scientificamente valido o di dimostrato.

Prendiamo a prestito l'aforisma di Kaplan e diciamo che le intolleranze alimentari possono definirsi come la "allergie non allergiche" o meglio ancora come "ogni reazione avversa riproducibile che segue all'ingestione di un alimento o ad alcune delle sue compo-

nenti (proteine, carboidrati, grassi, conservanti) e comprende reazioni tossiche, metaboliche e allergiche". Nella realtà esistono un certo numero di pazienti che lamentano una serie di disturbi a carico del tratto intestinale che oggi si tende a definire intolleranza.

Per affrontare seriamente il problema dovremmo sottoporre il nostro paziente a test specifici. Attualmente quelli disponibili sono numerosi e di diversa applicazione (test citotossico, Vega test, Sarm test, Dria test, biorisonanza, sino all'analisi del capello e all'iridologia), ma tali metodiche non sempre sono supportate da serie evidenze scientifiche. I test diagnostici dovrebbero infatti dovrebbero rispondere a una serie di criteri, tra cui:

- **sensibilità:** affidabilità totale quando il test è positivo in un soggetto ammalato;
- **specificità:** la probabilità zero che un paziente sano risulti positivo.

Inoltre tali test sono limitati sia per la complessità degli alimenti (raramente un alimento è costituito chimicamente da un solo componente), sia essendo impossibile prendere in considerazione tutti gli alimenti, spesso i test vengono eseguiti per classi di alimenti, applicando un criterio ovviamente sbagliato.

È stato osservato per esempio che in alcuni pazienti in cui era stata individuata un'intolleranza verso alcuni alimenti, l'eliminazione forzata dalla dieta dei cibi risultati positivi ai test non migliorava la loro sintomatologia. Risultano veramente esigui i casi in cui procedendo con una dieta a eliminazione si ottiene un certo miglioramento.

Inoltre in soggetti sottoposti a test diversi tra loro sono stati ottenuti spesso risultati del tutto contrastanti tra loro. Perdipiù allorché le intolleranze

risultano molto estese, proporre una dieta ad hoc diventa un impegno complesso, tenendo presente che dobbiamo comunque consigliare una corretta alimentazione e garantire livelli di assunzione giornalieri di energia e nutrienti.

### ■ Diagnosi differenziale

Un capitolo a parte va dedicato all'intolleranza al glutine, celiachia, all'intolleranza al lattosio, al favismo e alla fenilchetonuria, rara malattia genetica, causata da mutazioni del gene responsabile della biosintesi della fenilalanina idrossilasi, l'enzima coinvolto nel metabolismo dell'aminoacido fenilalanina.

■ **Celiachia:** l'attuale disponibilità di una più facile diagnostica ha identificato una prevalenza di questa patologia molto maggiore rispetto al passato. Oltre alla prevalenza si è molto modificato il quadro clinico di una patologia che in passato era tipica dell'età pediatrica e oggi deve invece essere attentamente considerata nell'adulto. La malattia si manifesta con quadri clinici estremamente diversi e polimorfi ed è caratterizzata da sintomi gastrointestinali (dolore addominale ricorrente, stipsi, meteorismo) o da manifestazioni extragastrointestinali (anemia sideropenica, osteoporosi, ritardo di crescita, dermatite erpetiforme, sindrome di Guillain-Barré, aftosi buccale recidivante, infertilità, aborti ricorrenti), isolate o associate tra di loro. La diagnosi si effettua tramite precisi dosaggi sierologici: gli AGA (anticorpi antigliadina appartenenti alle classi IgA e IgG) e gli EMA (anticorpi antiendomio di classe IgA). Più recentemente è stato messo a punto il dosaggio di anticorpi anti-transglutaminasi, sempre di classe IgA. Nei soggetti risultati positivi ai test sierologici la biopsia intestinale fornisce la conferma diagnostica.

■ **Intolleranza al lattosio:** presente nel 25% della popolazione generale, è legata ad un deficit digestivo di lattasi generalmente acquisito. Si manifesta in seguito all'ingestione di latte con un quadro tipicamente intestinale (meteorismo, coliche e diarrea nei casi più gravi). Il test diagnostico (breath test) consiste nella somministrazione di un carico di lattosio, con la successiva

analisi gascromatografica della produzione di idrogeno nell'esalato.

■ **Favismo:** il deficit dell'enzima glucosio-6-fosfato deidrogenasi (G6PD), è una malattia metabolica ereditaria, comunemente di natura benigna. La complicazione clinica più frequente è l'anemia emolitica acuta con ittero, a carattere episodico, scatenata dall'ingestione di fave o dall'assunzione di alcuni farmaci. La malattia si diagnostica con la ricerca dell'enzima G6PD nei globuli rossi.

### ■ Riflessioni

La diagnosi di intolleranza è spesso una diagnosi che viene posta per esclusione, ed è possibile solo dopo avere eseguito una corretta diagnosi differenziale con le allergie alimentari. Una volta individuato l'alimento o gli alimenti sospetti si procede a una dieta a eliminazione della durata almeno di tre settimane per poterne valutare gli effetti benefici.

Ottenuto un certo beneficio si deve reintrodurre l'alimento sospeso e assistere alla ricomparsa dei sintomi, onde potere individuare se l'intolleranza è vera o presunta. Una delle più recenti definizioni recita che "dire che si è intolleranti a un cibo è una approssimazione scientifica inaccettabile". In genere non è mai un alimento in sé che può provocare intolleranza, bensì una molecola contenuta in esso o addirittura una frazione o un frammento, un additivo, un colorante o un conservante, parti infinitesime da non destare sospetto, ma che d'altro canto possono arrecare seri fastidi.

È stata notata una strana associazione o simbiosi nell'intestino dei soggetti affetti da intolleranze, dove è presente spesso una importante concentrazione di *Candida albicans* o un dismicrobismo con una presenza maggiore di *Escherichia coli* rispetto ad altre colonie, il cui significato clinico è ancora in fase di studio. Altre esperienze hanno evidenziato che in alcuni soggetti che hanno sviluppano intolleranze alimentari nei riguardi del pesce sono presenti amalgame e piombature dentali a base di mercurio, senza dimenticare il contenuto dello stesso elemento nei pesci del nostro mare, i cui fondali sono alta-

mente inquinati di sali mercuriali. Inoltre ci sono citazioni su alcuni prodotti di uso comune, come dentifrici che contengono sostanze altamente irritanti per l'intestino, soprattutto dei bambini, che potrebbero causare manifestazioni cliniche a distanza di tempo.

Va ricordato anche che altre volte i disturbi dell'apparato gastrointestinale non vengono causati da intolleranze, ma da disturbi emotivi, depressione e ansia. Situazioni psicologiche stressanti possono portare alcuni soggetti alla somatizzazione, con il coinvolgimento dell'apparato gastrointestinale, oppure possono essere coinvolti anche scorretti stili di vita, per esempio sedentarietà e abitudini voluttuarie, come mangiare velocemente porzioni abbondanti.

I farmaci e i loro eccipienti meriterebbero invece una trattazione a parte, in quanto l'argomento è vasto e complesso, ma anche in questo caso va segnalato che i test disponibili non sono affidabili.

### ■ Conclusioni

Se ogni cittadino si sottoponesse ad alcuni dei test proposti per l'accertamento delle intolleranze alimentari, si scoprirebbe inevitabilmente la positività per gran parte della popolazione. Se però poi volessimo procedere alla conferma diagnostica il risultato sarebbe inesistente. La classe medica ha individuato molte inconsistenze e contraddizioni sull'argomento. La speranza è che in un prossimo futuro si possa fare chiarezza portando ordine e scientificità su un problema di enorme portata, che può avere anche forti ripercussioni economiche sul servizio sanitario del nostro Paese. Inoltre una dieta equilibrata, che preveda l'eliminazione di cibi pericolosi per la salute e un consumo maggiore di verdura e frutta di stagione, unitamente al consumo di acqua, possibilmente non contaminata da residui di pesticidi, è alla base della prevenzione di numerose patologie. Gli alimenti che abbiamo a disposizione sono tantissimi, e ogni soggetto ha quindi un'ampia possibilità di scelte.

Bibliografia a pagina seguente

**BIBLIOGRAFIA**

- Bell I. Clinical Ecology. Common KP, Bolinas 1982.
- Braly J. Food allergy and nutrition. Keats, Connecticut, 1992.
- Brostoff J, Challacombe J. Food Allergy. Baillière Tindall, London 1987.
- Brostoff J, Gamlin L. Food Allergy and Intolerance. Bloomsbury, London 1989.
- Buist R. Food Intolerance. Prisma, S. Leandro 1984.
- Fennel PG. Cytotoxic test for food intolerance. *Lancet* 1983; 1: 989-90.
- Ferguson A. Food intolerance and allergy definition and spectrum of clinical features. *Bibl Nutr Dieta* 1991; 48: 17-23.
- Hill A. Against unsuspected Enemy. New Orizon, Bognor Regis 1980.
- Jackson JA, Riordan HD, Neatherly S. Comparison of two cytotoxic food sensitivity tests. *Am Clin Lab* 1991; 10: 20-1.
- Lewith G, Kenyon J, Dowson D. Allergy and Intolerance. Merlin Press, London 1992.
- Mandatori M, Rizzo C. Ecologia clinica e intolleranze alimentari. Tecniche Nuove, Milano 1993.
- Mandatori M. Manuale delle allergie e intolleranze alimentari. Tecniche Nuove, Milano, 1993.
- Philpott W, Kalita D. Brain Allergies. Keats, New Canaan 1980.
- Rees T, Walson D, Susan Lipscombe S et al. Studio sulle intolleranze alimentari su pazienti con emicrania nell'ambito dell'assistenza sanitaria nazionale. III Congresso "Headache Care for Practising Clinicians", ottobre 2004, Lisbona.
- Report of BSACI Special Interest Group. *Clin Exp Allergy* 1995; 25 (suppl 1): 1.
- Whorweel et al. IgG antibodies to foods in IBS. *Gut* 2005; 54:1204.
- [www.inran.it](http://www.inran.it)
- [www.epicentro.iss.it](http://www.epicentro.iss.it)