

DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI

Tanti anni fa, a Cesena, organizzammo un incontro sulla storia naturale delle malattie (Giunta AM, et al. *Medico e Bambino* 1983;2:236); una di queste, misteriosa allora come ora, è la malattia dei dolori addominali ricorrenti (DAR), correlata allora (e ancora oggi), dagli studi di follow-up di Apley (*Brit Med J* 1973;3:7) e di Christensen e Mortensen (*Arch Dis Child* 1975;50:110), con la sindrome del colon irritabile dell'adulto, e in bilico, allora come oggi, tra il sospetto (da affrontare "per esclusione") di una patologia organica e quello di un substrato emotivo o quanto meno funzionale, sulla base di una iperalgesia (Alfven G. *Acta Paediatr* 1993;82:481), di una ipermotilità intestinale (Richtie JA. *BMJ* 1980;281:377), di una ipersensibilità alla distensione gassosa delle anse (Lasser RB, et al. *N Engl J Med* 1975;293:524) e/o agli acidi biliari (Raask Madsen, et al. *Gut* 1977;18:57). Alla fine degli anni Ottanta, con la "scoperta" dell'*Helicobacter pylori*, l'ipotesi organica ebbe una esplosiva rimonta, per venir poi rinnegata sempre più duramente (Blercker U, et al. *Acta Paediatr* 1996;85:1156). Gli ultimi dati in favore della organicità dei DAR, trascurati successivamente nella letteratura e dimenticati, per inciso, anche nella bibliografia del lavoro di Kokkonen e collaboratori che qui recensiamo, si riacciano strettamente a quest'ultimo sia per la metodologia (endoscopica) che per i risultati: alta prevalenza di lesioni gastroduodenali (dnnd?) o esofagee (reflusso?) (Van de Meer SB, et al. *Acta Paediatr* 1992;81:137; Van de Meer SB, et al. *Arch Dis Child* 1990;65:1311).

Mucosal pathology of the foregut associated with food allergy and recurrent pains in children

KOKKONEN J, RUUSKA T, KARTTUNEN TJ, NIIMIMAEKI A
Acta Paediatr 2001;90:16

Sono stati studiati 84 bambini, di età tra 1,5 e 15 anni (età media 7,9 anni), venuti consecutivamente all'osservazione, nel corso di un anno, di due ospedali universitari (Oulu e Tampere) per DAR di almeno 3 mesi di durata. Tutti questi bambini, oltre a un questionario (mirato prevalentemente alla descrizione della qualità dei sintomi e alla eventuale compresenza di storia o di atopia e/o di allergia alimentare), hanno ricevuto una gastroduodenoscopia (con biopsia sul duodeno, sull'antro gastrico e sul terzo inferiore dell'esofago), e sono stati sottoposti a un prick test per pneumo- e trofo-allergeni e a un patch test per trofo-allergeni, a una conta di eosinofili e a un dosaggio delle IgE totali. I soggetti con una storia pregressa o sospetta di allergia alimentare furono sottoposti a una dieta di eliminazione/scatenamento in aperto.

28 soggetti su 84 (33%) risposero positivamente alla prova di eliminazione/scatenamento (11 con il solo latte, 10 con cereali, 7 con cereali + latte); in 6 casi anche altri trofo-allergeni erano coinvolti, e in 5 di questi si trattava dell'uovo.

38 soggetti dimostrarono alterazioni all'endoscopia (esofagite, gastrite erosiva, duodenite erosiva, iperplasia linfonodulare). Queste alterazioni nel loro insieme (17/28 contro 21/56), e specialmente la iperplasia linfonodulare (9/28 contro 3/56), erano significativamente più frequenti nei bambini con allergia alimentare dimostrata in vivo (eliminazione/scatenamento) che nei bambini senza allergia dimostrata.

Le alterazioni istologiche erano presenti con eguale frequenza nei soggetti con allergia alimentare dimostrata che nei restan-

ti. L'alterazione più comune era rappresentata dalla infiltrazione eosinofila, meno comunemente linfocitaria o monocitaria. Nella maggior parte dei soggetti con allergia alimentare (61%) i DAR si accompagnavano a disturbi dell'alvo (feci molli); 1/3 di essi aveva avuto dermatite atopica; il 60% (e solo il 20% dei non allergici) aveva almeno una positività ai prick test; e il 50% (e solo il 10% dei non allergici) avevano una positività per il patch test (per lo più verso cereali). Queste differenze sono statisticamente significative.

Gli Autori concludono che l'allergia alimentare deve essere considerata tra le cause organiche maggiori di dolore addominale ricorrente; ritengono che l'allergia alimentare possa essere causa o concausa anche di quei casi di DAR in cui, pur in presenza di alterazioni endoscopiche e/o istologiche, non è stato possibile evidenziarlo col test di eliminazione/scatenamento. In ogni modo, il fatto che alterazioni endoscopiche e/o istologiche si ritrovino nei bambini con DAR porta alla conclusione che la natura di questo disturbo sia sostanzialmente organica; tra le cause organiche possibili, almeno per le alterazioni riscontrate in sede esofagea, il reflusso gastro-esofageo è considerato essere una delle più probabilmente implicate.

Commento

Dunque, ancora una volta, il pensiero medico si ritorce (si contorce?) su se stesso. L'allergia alimentare, troppo invocata negli anni Settanta e Ottanta, e forse troppo rinnegata negli anni Novanta, si riaffaccia con nuove evidenze. Qui è in gioco verosimilmente una allergia cellulo-mediata, o prevalentemente cellulo-mediata, come dimostrano in parte i patch test e in parte i T-linfociti intraepiteliali gamma/delta che lo stesso gruppo ha ritrovato nei bambini con l'allergia alimentare "tardiva" (Kokkonen, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000;31, Suppl.2:61). Comunque, sempre di allergia si tratterebbe; e la significatività e la coerenza interna dei dati, l'autorevolezza dei gruppi di ricerca e la credibilità della stessa rivista su cui la ricerca è stata pubblicata, non ci consentono di banalizzare il suggerimento.

Ma poi, in pratica, cosa faremo? Forse continueremo a fare quello che abbiamo fatto sinora: a trascurare. In realtà, anche se (come tutto sommato non abbiamo difficoltà a credere), fosse davvero così, che una ipersensibilità alimentare immuno-mediata sia alla base dei DAR, sarebbe davvero giusto pensare a una dieta di eliminazione: così impegnativa, come può esserlo, per noi, una eliminazione dei cereali; e quanto protratta? In fondo, anche per le coliche gassose, per le quali le evidenze di una eziopatogenesi allergica sono ancora più forti, l'idea di "lasciar perdere" (almeno quando è possibile), in modo da permettere al bambino di raggiungere la fisiologica tolleranza, è prevalsa negli ultimi anni in molti di noi.

Ma varrà lo stesso discorso anche per questa forma un po' speciale di allergia alimentare "tardiva".

La risposta ci dovrebbe venire dalla storia naturale, che è però ambigua, e che ci dice che nella maggior parte dei casi i disturbi scompaiono o si attenuano con l'arrivo dell'adolescenza, ma anche (vedi nell'introduzione) che poi, nel 50% dei casi, i DAR riaffiorano in età adulta sotto forma di quella Sindrome del Colon Irritabile che è una delle cause più comuni di "discomfort" e anche di ricovero ospedaliero. Allora? Pensare a un intervento più mirato? A una desensibilizzazione? Meglio, ancora una volta, trascurare, in attesa di studi (e certezze?) che, forse, verranno.

Comunque un problema (anche di comportamento) che non si chiude, e che, semmai, si riapre.