



Cute, naso, bronchi: quando sospettare un'allergia?

Iride Dello Iacono

Benevento

CUTE: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?



Food Allergy

Institute of Allergy and Infectious Disease

...d, treat, and prevent infectious, immunologic, and allergic diseases.

Food Intolerances

GUIDELINES FOR THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF FOOD ALLERGENS

2010

Adverse Food Reaction

Intolleranza alimentare

Immune Mediated
(Food Allergy and Celiac Disease)

Non-Immune Mediated
(Primarily Food Intolerances)

IgE Mediated
(e.g. acute urticaria, oral allergy syndrome)

Non-IgE Mediated
(e.g. food protein-induced enteropathy, celiac disease)

Mixed IgE and non-IgE Mediated (e.g. eosinophilic gastroenteritis)

Cell Mediated
(e.g. Allergic Contact Dermatitis)

Metabolic
(e.g. lactose intolerance)

Pharmacologic
(e.g. caffeine)

Toxic (e.g. scombroid fish toxin)

Other / Idiopathic / Undefined
(e.g. sulfites)

FOOD ALLERGY

TIPI DI REAZIONI IMMUNOLOGICHE

Presenza
delle IgE

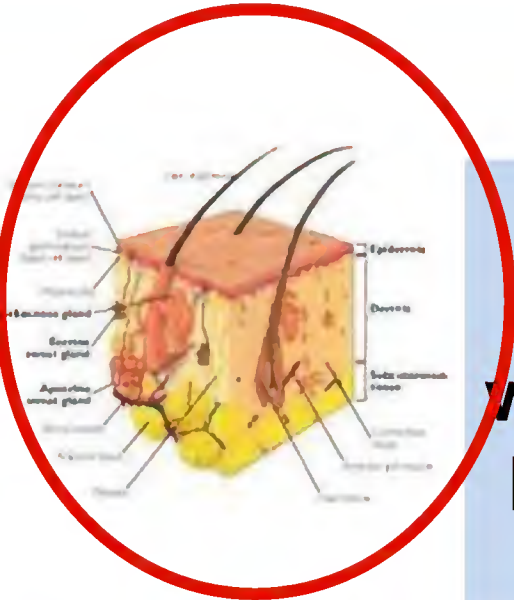
IgE-mediated reactions

IgE mediated (acute onset)	Acute urticaria/angioedema <i>Contact urticaria</i>	Food commonly causes acute (20%) but rarely chronic urticaria. Direct skin contact results in lesions. Rarely this is due to direct histamine release (nonimmunologic).	Primarily "major allergens" (see text) Multiple
	Anaphylaxis	Rapidly progressive, multiple organ system reaction can include cardiovascular collapse.	Any but more commonly peanut, tree nuts, shellfish, fish, milk, and egg
	Food-associated, exercise-induced anaphylaxis	Food triggers anaphylaxis only if ingestion is followed temporally by exercise.	Wheat, shellfish, and celery most often described
	Oral allergy syndrome (pollen-associated food allergy syndrome)	Pruritus and mild edema are confined to oral cavity and uncommonly progress beyond the mouth (~7%) and rarely to anaphylaxis (1% to 2%). Might increase after pollen season.	Raw fruit/vegetables; cooked forms tolerated; examples of relationships: birch (apple, peach, pear, carrot), ragweed (melons)
	Immediate gastrointestinal hypersensitivity	Immediate vomiting, pain	Major allergens

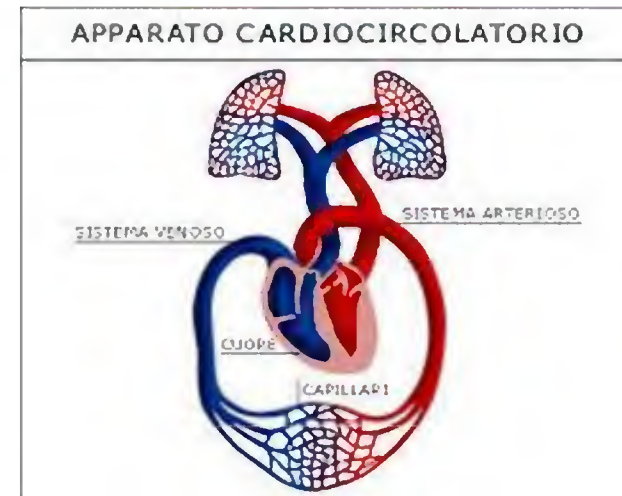
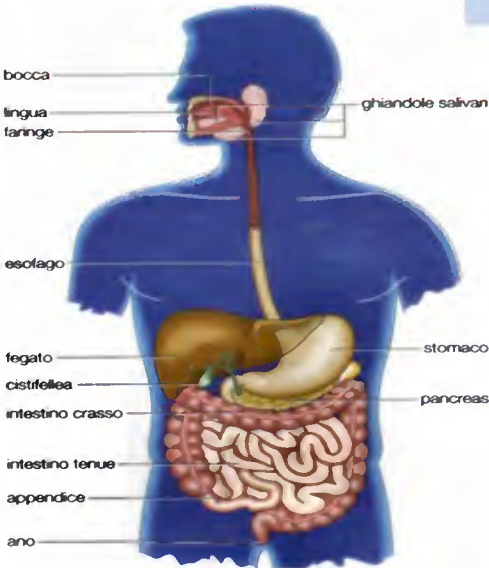
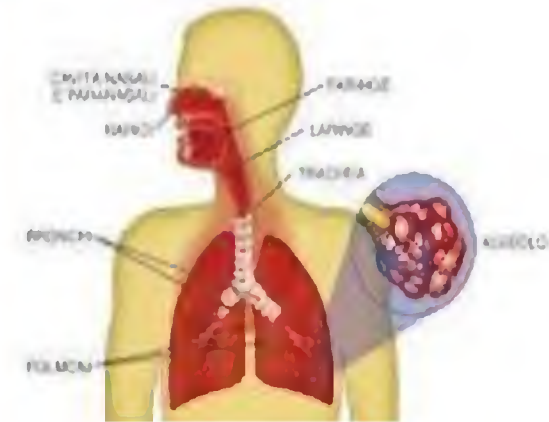
I FENOTIPI CLINICI DELL'ALLERGIA ALIMENTARE

Reazioni allergiche IgE-mediate	Reazioni allergiche non IgE-mediate o cellulo-mediate	Reazioni allergiche miste IgE e non IgE-mediate
Orticaria-angioedema acuto	Proctite/proctocolite allergica indotta da proteine alimentari	Esofagite/gastroenterite eosinofila
Orticaria da contatto	Enterocolite allergica indotta da proteine alimentari (FPIES)	Dermatite atopica
Anafilassi	Sindrome enteropatica indotta da proteine alimentari	
Anafilassi cibo-dipendente esercizio-indotta	Dermatite allergica da contatto (DAC)	
Sindrome orale allergica	Sindrome di Heiner	
Ipersensibilità immediata gastrointestinale		

IgE-mediated reactions



IgE-mediated symptoms develop within minutes to 1 to 2 hours of ingesting the food.



History

Quality of life related to urticaria and emotional impact

Associated subjective symptoms of lesion, e.g. itch, pain

Relationship to the menstrual cycle

Family and personal history regarding urticaria, atopy

Associated angioedema

Previous or current allergies, infections, internal diseases, or other possible causes

Shape, size, and distribution of wheals



Psychosomatic and Psychiatric diseases

Diurnal variation

Gastric/intestinal problems (stool, flatulence)

Frequency and duration of wheals

Observed correlation to food

Previous therapy and response to therapy

Time of onset of disease

Occurrence in relation to weekends, holidays, and foreign travel

Surgical implantations and events during surgery

Induction by physical agents or exercise

Use of drugs (NSAIDs, injections, immunizations, hormones, laxatives, suppositories, ear and eye drops, and alternative remedies)

Smoking habits

Type of work

Hobbies

Stress (eustress and distress)

Urticaria: “You’re Probably Just Allergic to Something”

Jordan Smallwood, MD

Pediatr Ann. 2016

Urticaria is a common symptom seen in pediatric patients, and it has multiple allergic and nonallergic causes. Unfortunately, it is far too common that when children present acutely for urticaria, they are told that it is an “allergy.” This statement often leads to increased anxiety while the patient waits to be evaluated by an allergist/immunologist.

ORTICARIA ACUTA

Unless allergen strongly suggested by history

*Come, quando, quante volte, in che
circostanze, rapporto con alimenti,
punture di insetto,
farmaci, altro*



ORTICARIA ALLERGICA

- Quando
ragioni
sospette
l'orticaria
ad un
IgE-m

3 REGOLE DI MASSIMA:
- SUBITO
- SEMPRE
- CONTATTO CON ALLERGENI
(ALLERGENI NASCOSTI)

ORTICARIA ALLERGICA

SUBITO

**Compare da pochi minuti
a massimo due ore**



ORTICARIA ALLERGICA

SEMPRE

**ma con molte eccezioni
legate alla possibilità di una
tolleranza parziale in
relazione alla dose ed alla
formulazione dell'alimento**



ORTICARIA ALLERGICA

**ALLERGENI
NASCOSTI**



ORTICARIA ALLERGICA DA VELENO DI IMENOTTERI



ORTICARIA ALLERGICA DA VELENO DI IMENOTTERI



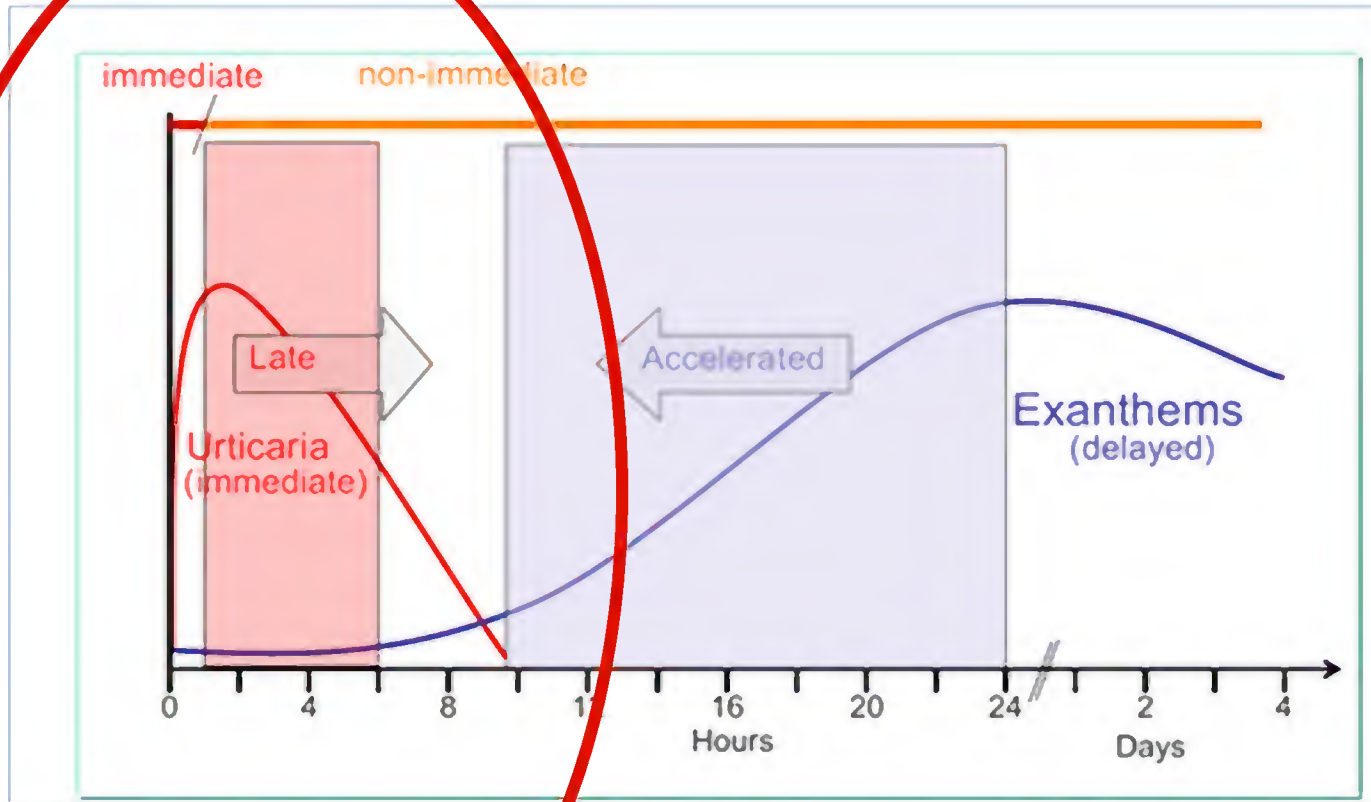
- Riconosce un meccanismo immunologico di tipo IgE-mediato
- Il quadro clinico varia dalla reazione locale estesa, all'orticaria-angioedema generalizzato fino alla anafilassi
- Di regola si verifica entro trenta minuti dalla puntura

ORTICARIA DA FARMACI

Tab. II. Classificazione di Gell & Coombs (da Pichler, 2003 ¹⁰, mod.).

Classificazione di Gell e Coombs adattata	Tipo di risposta immunitaria	Caratteristiche fisiopatologiche	Segni clinici	Intervallo normale di comparsa dei sintomi
Tipo I	Ig E	Attivazione di mastociti e basofili	Shock anafilattico, angioedema orticaria, broncospasmo	Da qualche minuto a 1 ora dall'ultima assunzione (necessaria una sensibilizzazione)
Tipo II	Ig G o FcR	Citotossicità dipendente della FcR	Citopenia	Da 5 a 15 giorni
Tipo III	IgG o IgM e complemento o FcR	Deposito di immunocomplessi	Malattia sierica, orticaria, vasculite lupus-indotta	7-8 gg per la m.sierica 7-21 gg per le vasculiti
Tipo IV a	Th1 (IFN- γ)	Attivazione di monociti	Eczema	*5-21 giorni
Tipo IV b	Th2 (IL-4 e IL-5)	Infiammazione eosinofila	Esantema maculo-papuloso e bolloso	*2-6 settimane per le sindromi di ipersensibilità (DRESS)
Tipo IV c	Linfociti T citotossici (perforine, granzima B, FasL)	Lisi dei cheratinociti mediata dai linfociti T CD4- o CD8-	Esantema maculo-papuloso e bolloso e pustoloso	*Meno di 2 gg per l'EPF 7-21 gg per le sindromi di Stevens-Johnson e di Lyell
Tipo IV d	Linfociti T (IL-8/CXCL8)	Reclutamento e attivazione dei neutrofili	Pustolosi esantematica acuta generalizzata (PEAG)	*Meno di 2 giorni

ORTICARIA DA FARMACI



IgE-mediated reactions

Test di provocazione

Dieta di eliminazione diagnostica

IgE s

SPT

Esame obiettivo

Anamnesi accurata



SENSIBILIZZAZIONE

EQUIVALE A

E' allergico
o no?

NON

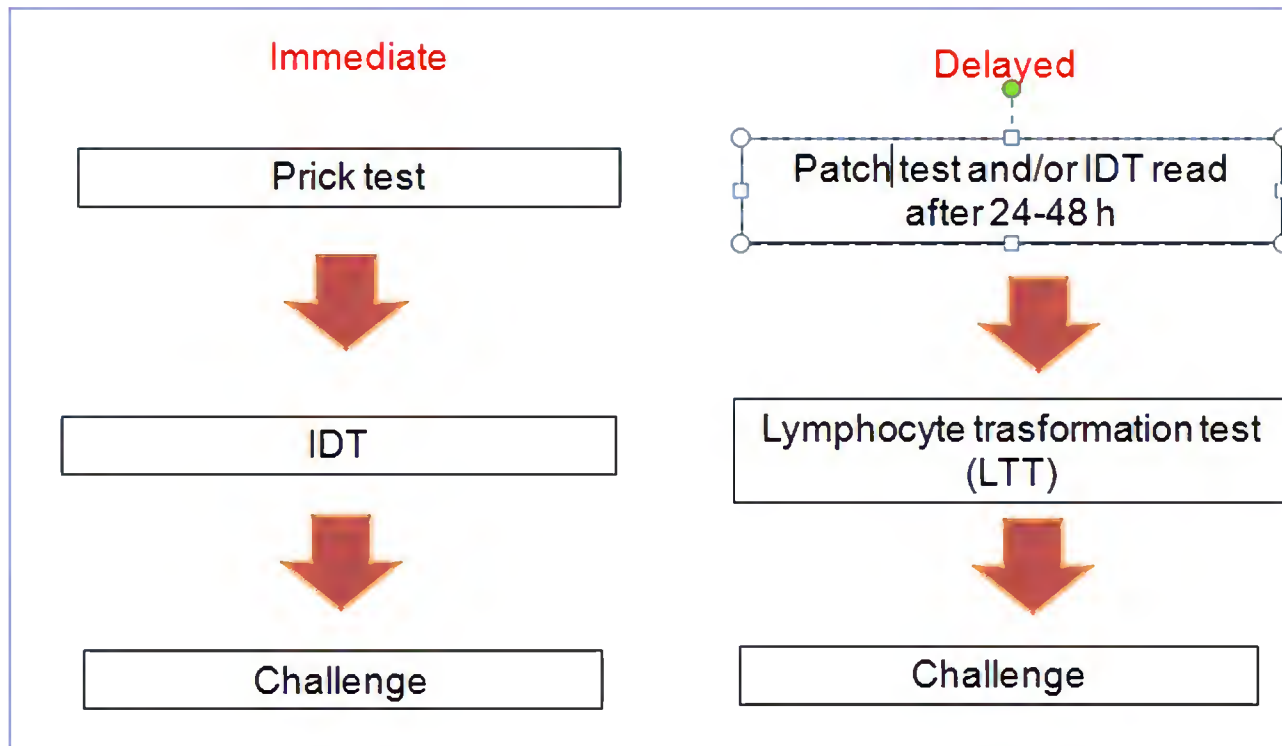
SI



TEST CUTANEI

Nel caso di reazioni immediate i tests cutanei (prick test, intradermoreazioni a lettura immediata) rappresentano l'approccio diagnostico validato. Vanno realizzati dopo almeno 4-6 settimane dalla manifestazione allergica e in assenza di assunzione di farmaci che possano interferire con i risultati (es: antistaminici).


La loro determinazione a distanza di sei mesi dalla reazione potrebbe risultare negativa



ICON: food allergy.

Burks AW, Tang M, Sicherer S, Muraro A, Eigenmann PA, Ebisawa M, Fiocchi A, Chiang W, Beyer K, Wood R, Hourihane J, Jones SM, Lack G, Sampson HA.

Specific food-induced allergic conditions

IgE mediated (acute onset)	Acute urticaria/angioedema	Food commonly causes acute (20%) but rarely chronic urticaria.	Primarily “major allergens” (see text)
	Contact urticaria	Direct skin contact results in lesions. Rarely this is due to direct histamine release (nonimmunologic).	Multiple
	Anaphylaxis	Rapidly progressive, multiple organ system reaction can include cardiovascular collapse.	Any but more commonly peanut, tree nuts, shellfish, fish, milk, and egg
	Food-associated, exercise-induced anaphylaxis	Food triggers anaphylaxis only if ingestion is followed temporally by exercise.	Wheat, shellfish, and celery most often described
	Oral allergy syndrome (pollen-associated food allergy syndrome)	Pruritus and mild edema are confined to oral cavity and uncommonly progress beyond the mouth (~7%) and rarely to anaphylaxis (1% to 2%). Might increase after pollen season.	Raw fruit/vegetables; cooked forms tolerated; examples of relationships: birch (apple, peach, pear, carrot), ragweed (melons)
	Immediate gastrointestinal hypersensitivity	Immediate vomiting, pain	Major allergens

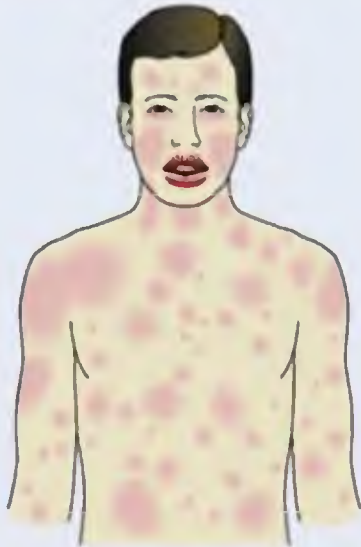
World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Clinical criteria for diagnosis

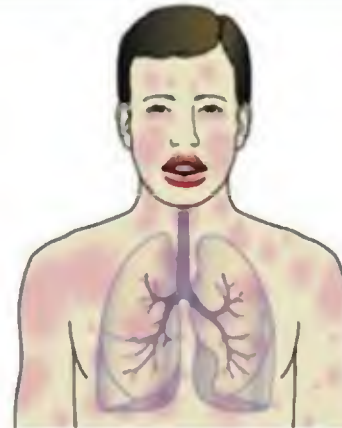
Anaphylaxis is highly likely when any one of the following three criteria is fulfilled:

1

Sudden onset of an illness (minutes to several hours), with involvement of the skin, mucosal tissue, or both (e.g. generalized hives, itching or flushing, swollen lips-tongue-uvula)



AND AT LEAST ONE OF THE FOLLOWING:



Sudden respiratory symptoms and signs
(e.g. shortness of breath, wheeze, cough, stridor, hypoxemia)



Sudden reduced BP or symptoms of end-organ dysfunction (e.g. hypotonia [collapse], incontinence)

La Storia di Marika



- Marika è un'adolescente che, in due episodi successivi è stata condotta in PS per una manifestazione improvvisa, caratterizzata da prurito generalizzato, intenso formicolio alle mani ed ai piedi, orticaria-angioedema generalizzato, senso di costrizione alla gola. La seconda volta, la ragazza stava giocando a pallavolo viene chiamato il 118 ed in ambulanza, perde quasi coscienza. In PS parlano di anafilassi. Non viene praticata adrenalina né dai medici del 118 né in PS ma cortisonici per via sistemica ed antistaminici

La Storia di Marika

Anamnesi: ha assunto 2 ore prima arachidi, ma ...”le ha sempre mangiate”

SPT e PbP positivi per arachidi; IgEs Unicap positive per Ara h9: LTP arachidi

Interrogata con quesito mirato ricorda che, anche prima dell’altro episodio, aveva assunto arachidi e poi era andata a correre



MARIKA E' SENSIBILIZZATA ALLA LTP DELLE ARACHIDI

La Storia di Marika



Challenge con arachidi seguito da sforzo fisico: POSITIVO
Diagnosi: anafilassi cibo e sforzo dipendente (FREIA da LTP)

La Storia di Marika

- Qualche mese dopo la ragazza va in discoteca con amici e per non rischiare mangia solo una pizza margherita
- Dopo cena si scatena a ballare e.....avverte i primi sintomi: **prurito generalizzato, formicolio alle mani, orticaria-angioedema e vomito.**
- Si pratica adrenalina autoiniettiva, si stende a terra e dice all'amica di chiamare il 118
- Quando arrivano i soccorsi è quasi tutto passato

La Storia di Marika

- Scopriremo poi che ha mangiato una pizza condita con olio di ARACHIDE!!!!

**IL TERZO EPISODIO SI PUO' DEFINIRE
ANAFILASSI?**

World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis is highly likely when any one of the following three criteria is fulfilled:

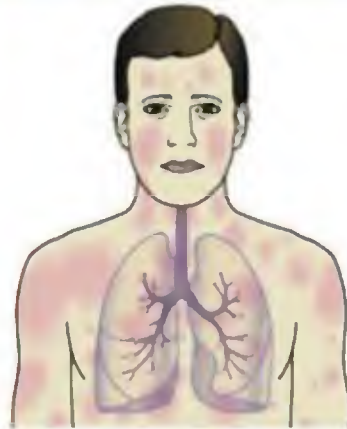
CR

2

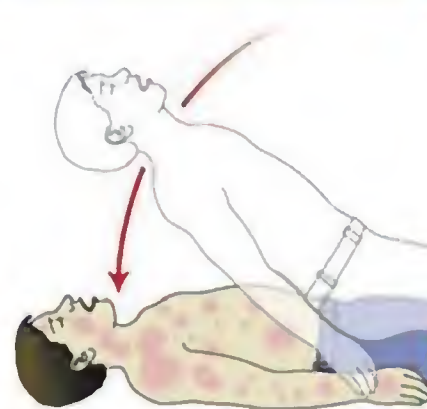
Two or more of the following that occur suddenly after exposure to a *likely allergen or other trigger*^{*} for that patient (minutes to several hours):



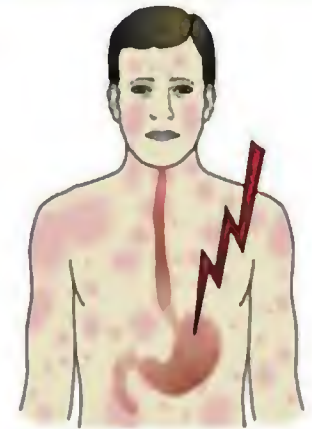
Sudden skin or mucosal symptoms and signs (e.g. generalized hives, itch-flush, swollen lips-tongue-uvula)



Sudden respiratory symptoms and signs (e.g. shortness of breath, wheeze, cough, stridor, hypoxemia)



Sudden reduced BP or symptoms of end-organ dysfunction (e.g. hypotonia [collapse], incontinence)



Sudden gastrointestinal symptoms (e.g. crampy abdominal pain, vomiting)

* For example, immunologic but IgE-independent, or non-immunologic (direct mast cell activation)

World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis is highly likely when any one of the following three criteria is fulfilled:

OR

3

Reduced blood pressure (BP) after exposure to a *known allergen*** for that patient (minutes to several hours):



Infants and children: low systolic BP (age-specific) or greater than 30% decrease in systolic BP***



Adults: systolic BP of less than 90 mm Hg or greater than 30% decrease from that person's baseline

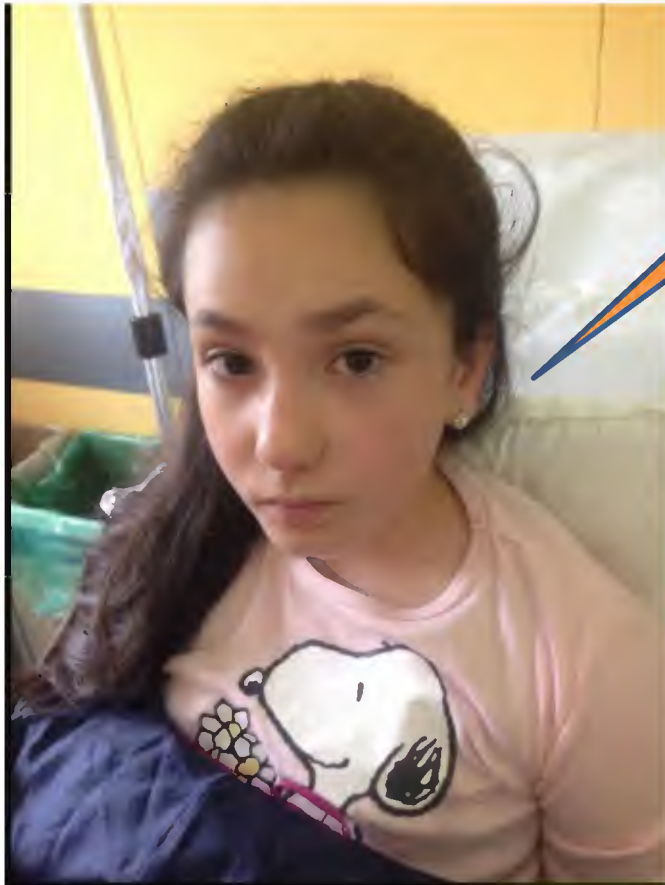
** For example, after an insect sting, reduced blood pressure might be the only manifestation of anaphylaxis; or, after allergen immunotherapy, generalized hives might be the only initial manifestation of anaphylaxis.

*** Low systolic blood pressure for children is defined as less than 70 mm Hg from 1 month to 1 year, less than $(70 \text{ mm Hg} + [2 \times \text{age}])$ from 1 to 10 years, and less than 90 mm Hg from 11 to 17 years. Normal heart rate ranges from 80-140 beats/minute at age 1-2 years; from 80-120 beats/minute at age 3 years; and from 70-115 beats/minute after age 3 years. In infants and children, respiratory compromise is more likely than hypotension or shock, and shock is more likely to be manifest initially by tachycardia than by hypotension.

La madre riferisce reazioni Orticaria-Angioedema e difficoltà respiratoria dopo assunzione di tonno da 1 mese (in passato lo aveva sempre mangiato)

SPT e PbP con Tonno: **NEGATIVI**
IgEs Tonno: Negative

TPO
Dopo 10 g di tonno



TPO



TPO



TPO



Sindrome da intossicazione da sgombroidi (histamine fish poisoning)

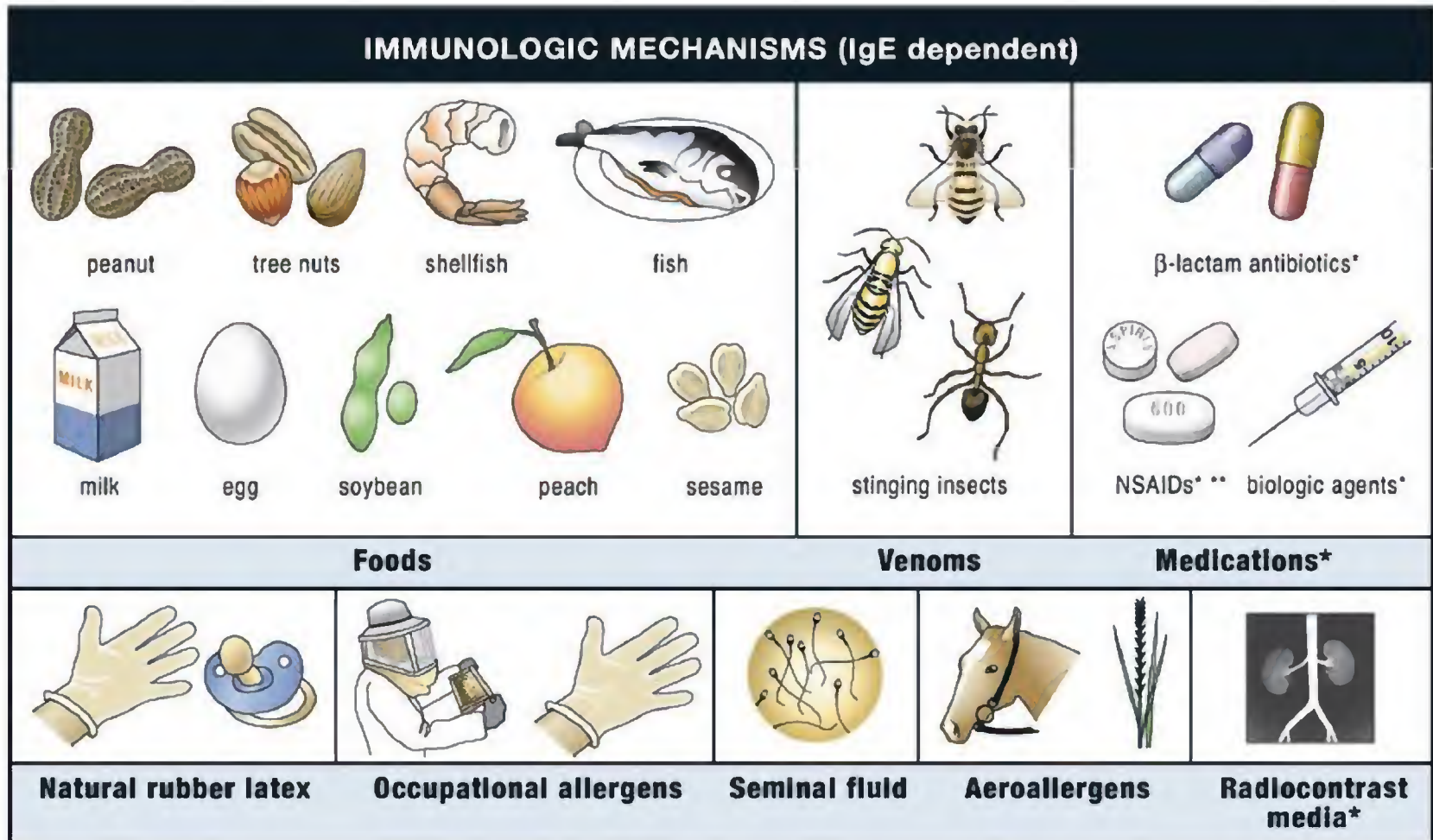


Causata dal consumo di prodotti ittici contenenti alti livelli di istamina, o altre amine vasoattive o altri composti. In genere descritta come secondaria alla ingestione di pesce avariato ma anche di formaggi o di carni contaminate da amine biogeniche, dovute alla crescita di batteri aventi enzimi decarbossilanti l'istidina o altri aminoacidi.



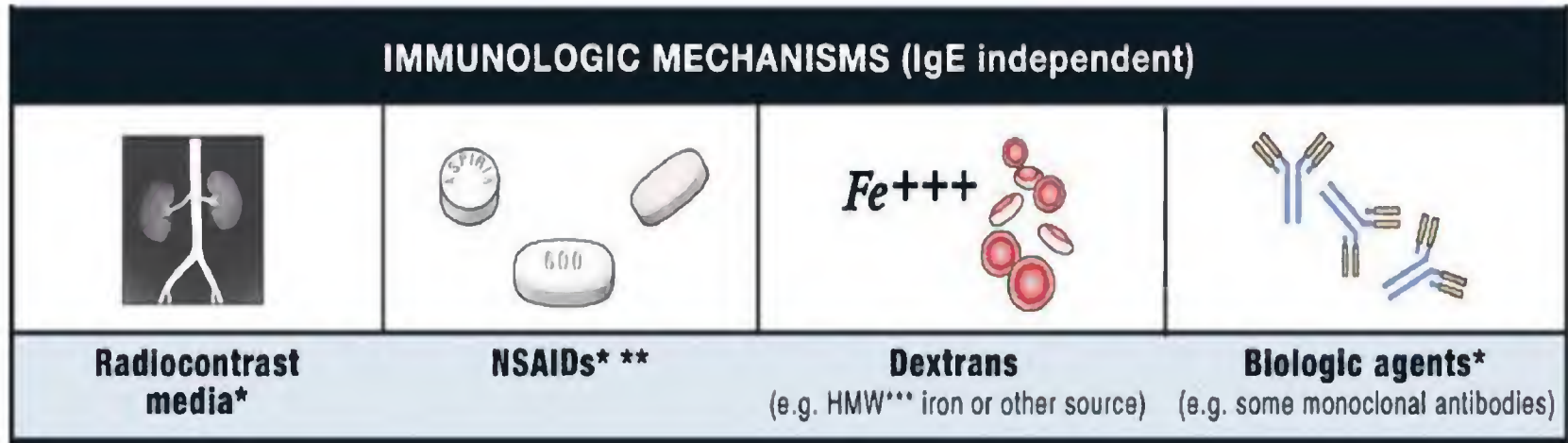
World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis mechanisms and triggers



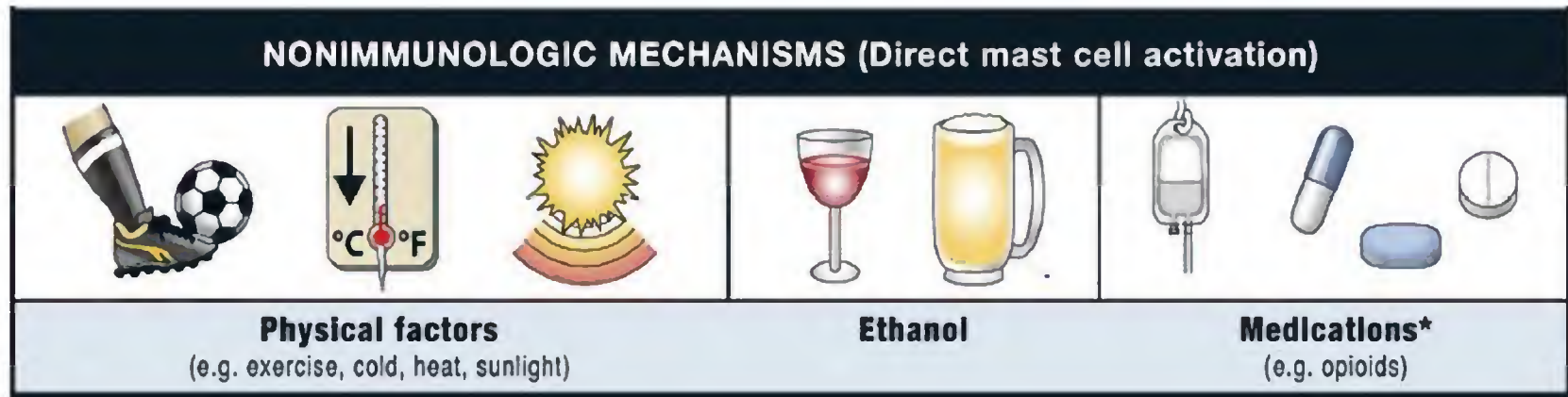
World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis mechanisms and triggers




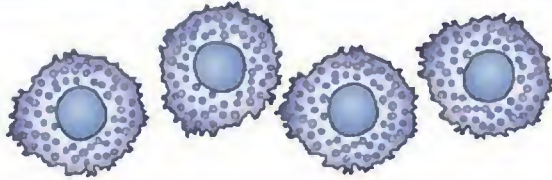
World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis mechanisms and triggers



World Allergy Organization Guidelines for the Assessment and Management of Anaphylaxis

Anaphylaxis mechanisms and triggers

IDIOPATHIC ANAPHYLAXIS (No apparent trigger)	
	
Previously unrecognized allergen?	Mastocytosis/clonal mast cell disorder?
*Trigger anaphylaxis by more than one mechanism	**NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs ***HMW, high molecular weight

NASO: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?

Allergic
Rhinitis and its
Impact on
Asthma



PROGETTO MONDIALE ARIA. AGGIORNAMENTO ITALIA



GARD Participant

Linee-Guida Italiane
Firenze, 9 Marzo 2017

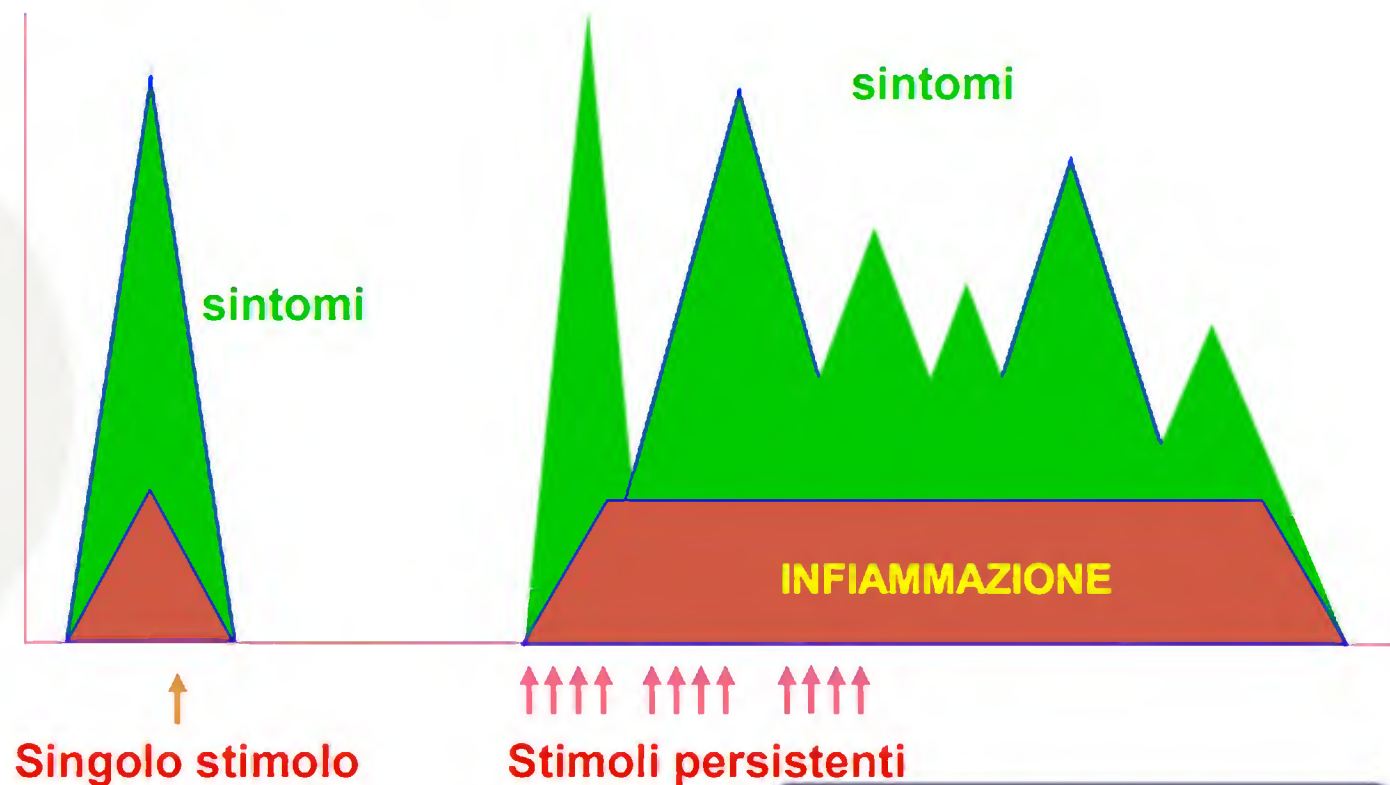
DEFINIZIONE DI RINITE ALLERGICA

Patologia della mucosa nasale indotta da un' infiammazione IgE-mediata conseguente all'esposizione allergenica.

E' caratterizzata clinicamente da rinorrea, starnuti, prurito e ostruzione, reversibili spontaneamente o in seguito a terapia.

INFIAMMAZIONE PERSISTENTE

Se lo stimolo allergenico è protratto nel tempo (come nell'esposizione naturale), l'inflammation allergica diventa cronica. L'inflammation mucosale è in larga parte responsabile dell'ostruzione



INFIAMMAZIONE PERSISTENTE

Intermittente

- . < 4 giorni/settimana
- . o < 4 settimane

Persistente

- . > 4 giorni/settimana
- . e > 4 settimane

Lieve

Tutte le seguenti

- Sonno conservato
- Nessuna limitazione nelle attività quotidiane
- Normale attività lavorativa o scolastica
- Non sintomi fastidiosi

Moderata-grave

uno o più dei seguenti

- Alterazioni del sonno
- Limitazioni delle attività quotidiane
- Riduzione prestazioni lavorative/scolastiche
- Sintomi gravi

Nei pazienti non trattati

SINTOMI TIPICI E NON TIPICI DI RINOCONGIUNTIVITE ALLERGICA

SINTOMI TIPICI DI RINITE ALLERGICA

- rinorrea acquosa
- starnuti a salve
- ostruzione nasale
- prurito nasale
- congiuntivite concomitante

SINTOMI TIPICI DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA

- sintomi di rinite concomitante
- sintomi bilaterali
- lacrimazione
- prurito congiuntivale
- iperemia

SINTOMI NON TIPICI DI RINITE ALLERGICA

- sintomi unilaterali
- ostruzione nasale isolata
- rinorrea mucopurulenta
- rinorrea posteriore isolata
- dolore, anosmia
- epistassi ricorrenti

SINTOMI NON TIPICI DI CONGIUNTIVITE ALLERGICA

- completa assenza di rinite
- sintomi unilaterali
- fotofobia
- bruciore oculare o dolore
- secchezza della congiuntiva

COME INDIRIZZARE L'ANAMNESI

0. E' presente familiarità allergica?

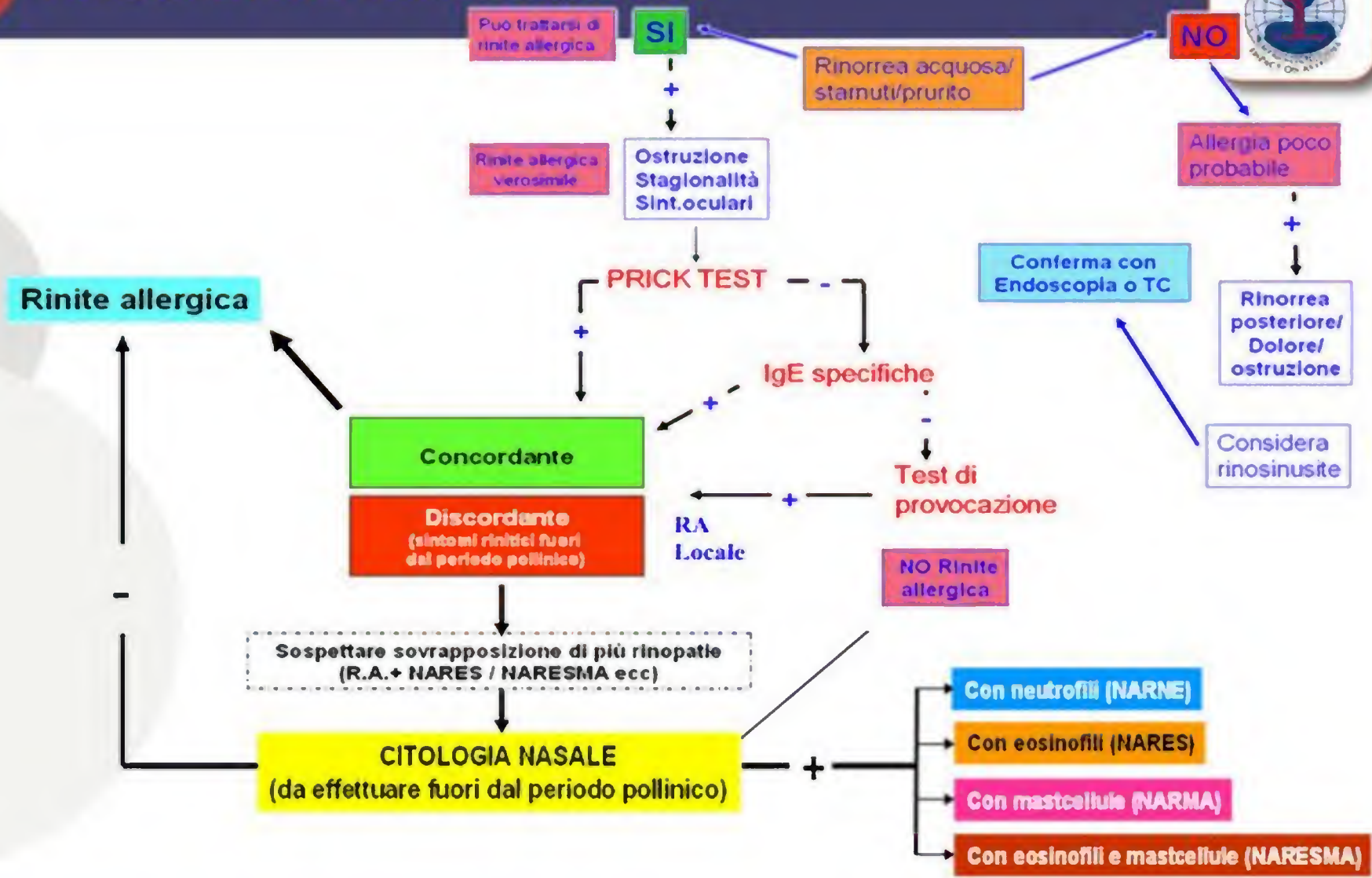


1. E' presente qualcuno dei seguenti sintomi?		
Sintomi solo in una narice	SI	NO
Secrezioni dense, di colore giallo o verdastro	SI	NO
Secrezioni che scendono in gola, specialmente con muco denso	SI	NO
Dolore facciale	SI	NO
Sanguinamenti dal naso	SI	NO
Perdita dell'olfatto	SI	NO
2 E' presente qualcuno di seguenti sintomi almeno un ora al giorno, in molti giorni consecutivi (o durante una particolare stagione dell'anno)?		
Rinorrea acquosa	SI	NO
Starnuti, anche a salve	SI	NO
Naso chiuso	SI	NO
Prurito nasale	SI	NO
Congiuntivite (occhi rossi o che prudono)	SI	NO

La presenza di uno o più sintomi della domanda 1 suggerisce una natura non allergica dei sintomi e richiede valutazione specialistica. Dolore facciale, rinorrea purulenta e iposmia sono spesso associati a rinosinuita, ma non escludono la concomitanza di RA. La rinorrea acquosa con uno o più dei sintomi della domanda 2 suggerisce fortemente la rinite allergica.





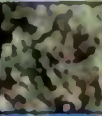
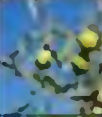

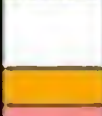




ALGORITMO DIAGNOSTICO



Calendario pollinico in Italia (Nord, Centro, Sud)



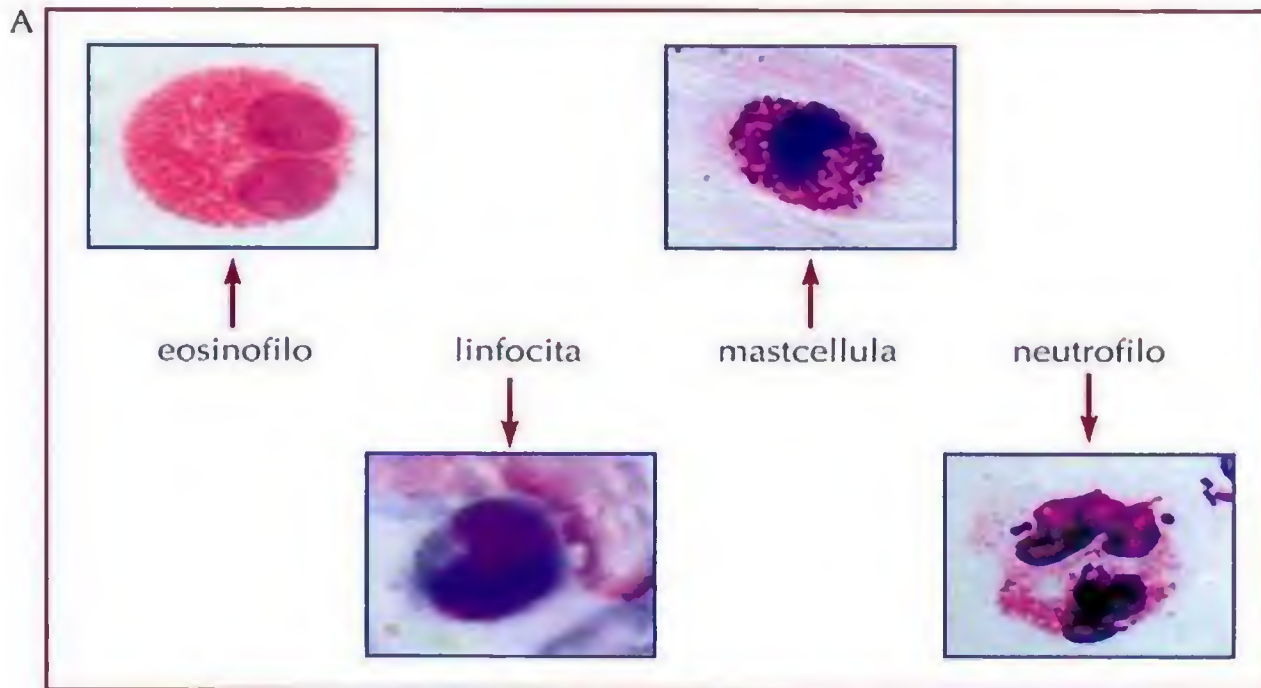
			Gen	Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
	NOCCIOLO	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	BETULLA	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	GRAMINACEE	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	ARTEMISIA	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	AMBROSIA	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	CIPRESSO	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	OLIVO	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
	PARIETARIA	NORD												
		CENTRO												
		SUD												
Concentrazione pollinica														
			Medio/Bassa											
			Elevata											

CITOLOGIA NASALE

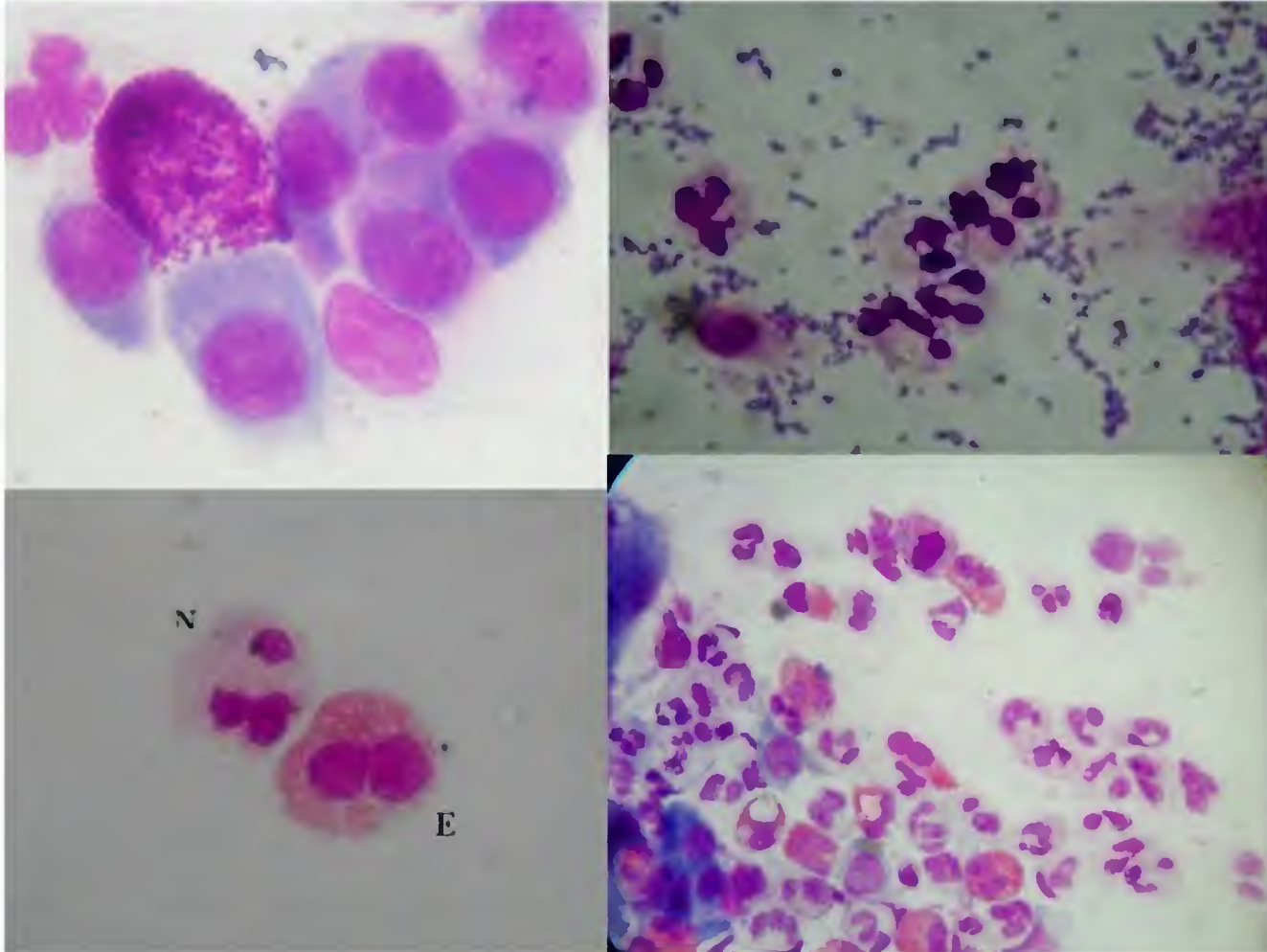


**Terzo medio del turbinato inferiore
ZONA OTTIMALE del prelievo**

CITOLOGIA NASALE



CITOLOGIA NASALE



BRONCHI: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?



BRONCHI: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?

DEFINIZIONE DI ASMA

L'asma è una malattia eterogenea, caratterizzata generalmente da infiammazione cronica. È definita da una storia di sintomi respiratori quali respiro sibilante, dispnea, sensazione di costrizione toracica e/o tosse che variano nel tempo e in intensità, insieme a una variabile limitazione al flusso espiratorio.

BRONCHI: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?

FENOTIPI DI ASMA

L'asma è una malattia eterogenea che riconosce differenti meccanismi patogenetici. In base alle diverse caratteristiche demografiche, cliniche e/o fisiopatologiche, è possibile identificare sottogruppi o cluster definiti "fenotipi di asma."⁵⁻⁷

- *Asma allergico*: è il fenotipo più facilmente identificabile, che spesso esordisce durante l'infanzia e si associa ad una storia personale e/o familiare di malattie allergiche come eczema, rinite allergica o allergie ad alimenti o farmaci. L'esame citologico dell'espettorato indotto spesso rivela un'inflammatione di tipo eosinofilo. I pazienti con questo fenotipo di solito rispondono bene al trattamento con corticosteroidi inalatori (ICS).

BRONCHI: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?



Test allergologici

La presenza di atopia aumenta la probabilità che un paziente con sintomi respiratori abbia asma allergico, ma questo aspetto non è specifico di asma né è presente in tutti i fenotipi di asma. Lo stato atopico può essere identificato mediante prick test o misurando le immunoglobuline E (IgE) specifiche nel siero.

Il prick test per i comuni allergeni ambientali è semplice e rapido da eseguire e, quando effettuato da personale esperto con estratti standardizzati, è economico e ha un'alta sensibilità.

BRONCHI: QUANDO SOSPETTARE UN'ALLERGIA?

Test allergologici

La misurazione delle IgE specifiche non è più affidabile del test cutaneo ed è molto più costosa, ma la si può preferire per quei pazienti non collaboranti, in quelli con malattie dermatologiche estese o la cui storia suggerisca un rischio di anafilassi.



La presenza di positività ai test cutanei o alle IgE specifiche, tuttavia, non significa che sia l'allergene a causare i sintomi - la correlazione tra esposizione ad allergeni e comparsa dei sintomi deve essere confermata dall'anamnesi del paziente..

Wheezing ed allergia alimentare

• Scenario Clinico

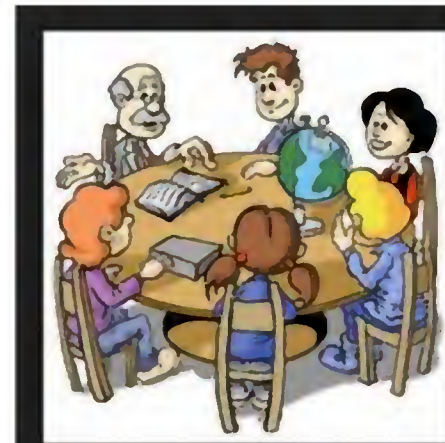
- *Giovanni ha 16 mesi. Nato a termine, da parto eutocico con PN di Kg 3.450. Assenza di sofferenza neonatale.*
- *All'età di 4 mesi viene diagnosticata una bronchiolite e, da allora, ogni 3 settimane, presenta wheezing di media entità. Negli intervalli il bambino sta bene. La madre soffre di Asma Bronchiale Allergica e da piccola, a causa di una Dermatite Atopica (DA), è stata messa a dieta priva di latte. Giovanni non ha ancora eseguito nessun esame (SPT e/o IgEs verso alcun alimento o inalante). I genitori chiedono all'allergologo se è pensabile che un wheezing che ricorre ogni 3 settimane, di media entità, (quindi che necessita di corticosteroidi orali + beta-2 short acting) possa essere legato ad una AA.*

CAT

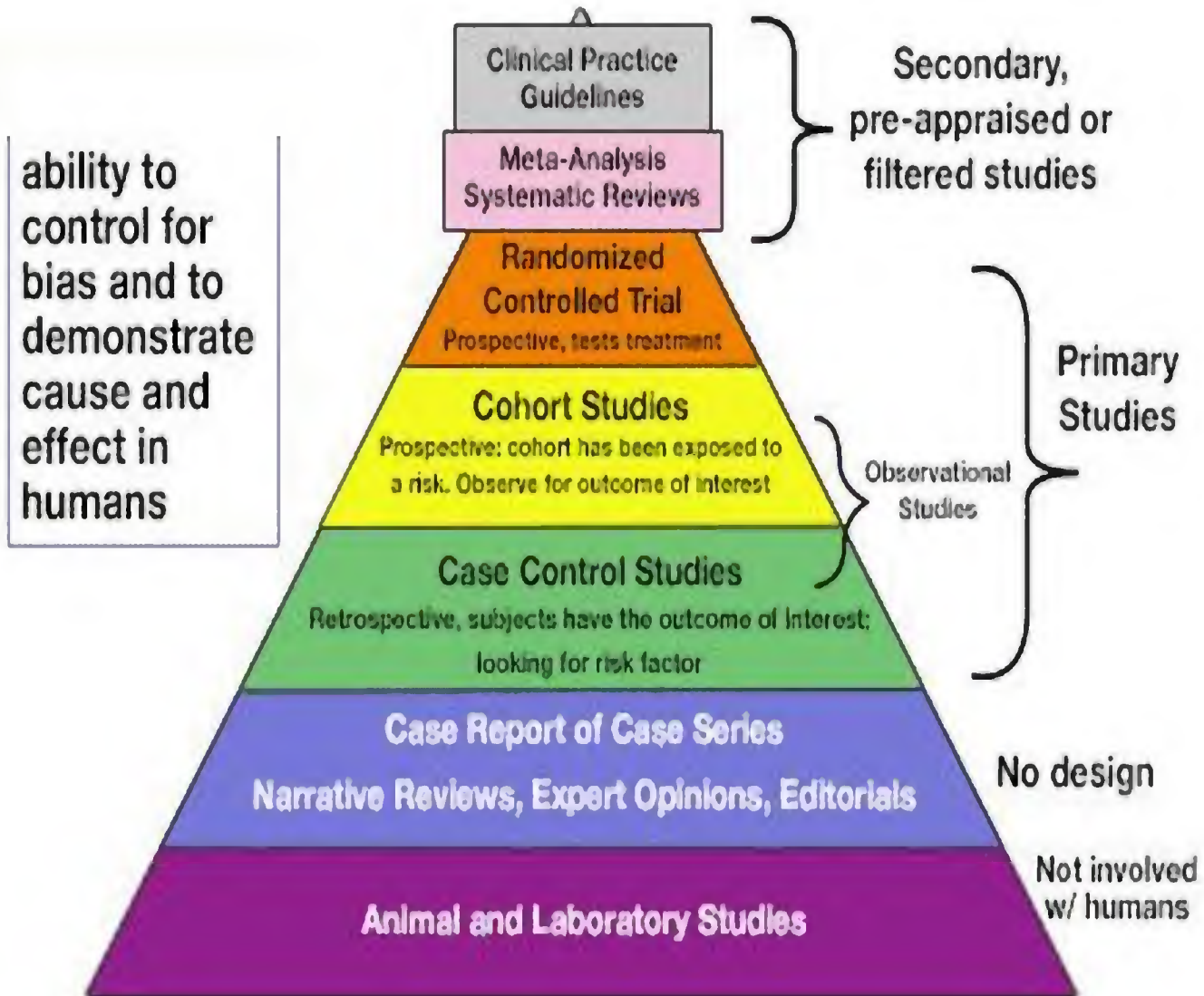
P (POPOLAZIONE) *“In un bambino a rischio familiare di atopia, sano e a dieta libera da sempre mantenuta senza problemi, che a 4 mesi ha sofferto di un episodio di una Bronchiolite ...*

I (INDICATORE) *con quale probabilità gli episodi ricorrenti di wheezing di media intensità di cui ha sofferto di recente con la frequenza di uno ogni 3 settimane*

O (OUTCOME) *possono essere causati da una AA, specificamente da una Allergia alle Proteine del Latte Vaccino (APLV)?*



Heirarchy of Research Designs & Levels of Scientific Evidence



FOOD ALLERGY

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

[National Institute for Health and Clinical Excellence \(UK\)](#); 2011 Feb.

Indica, in generale, una visita allergologica specialistica qualora il bambino abbia una AA IgE-mediata documentata ed asma ricorrente, senza alcuna altra indicazione.



FOOD ALLERGY

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

Allergy. 2014 Aug;69(8):1008-25. doi: 10.1111/all.12429. Epub 2014 Jun 9.

EAACI food allergy and anaphylaxis guidelines: diagnosis and management of food allergy.

Muraro A¹, Werfel T, Hoffmann-Sommergruber K, Roberts G, Beyer K, Bindslev-Jensen C, Cardona V, Dubois A, duToit G, Eigenmann P, Fernandez Rivas M, Halken S, Hickstein L, Høst A, Knol E, Lack G, Marchisotto MJ, Niggemann B, Nwaru BI, Papadopoulos NG, Poulsen LK, Santos AF, Skypala I, Schoepfer A, Van Ree R, Venter C, Worm M, Vlieg-Boerstra B, Panesar S, de Silva D, Soares-Weiser K, Sheikh A, Ballmer-Weber BK, Nilsson C, de Jong NW, Akdis CA; EAACI Food Allergy and Anaphylaxis Guidelines Group.

Non vi è alcuna menzione al rapporto tra food allergy e wheezing



FOOD ALLERGY

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE



doi: 10.1111/cea.12302

Clinical & Experimental Allergy, 44, 642–672

© 2014 John Wiley & Sons Ltd

BSACI GUIDELINES

BSACI guideline for the diagnosis and management of cow's milk allergy

D. Luyt¹, H. Ball¹, N. Makwana², M. R. Green¹, K. Bravin¹, S. M. Nasser³ and A. T. Clark³

¹University Hospitals of Leicester NHS Trust, Leicester, UK, ²Sandwell and West Birmingham Hospitals NHS Trust, Birmingham, UK and ³Cambridge University Hospital NHS Foundation Trust, Cambridge, UK

Non vi è alcuna menzione al rapporto tra food allergy e wheezing

WHEEZING AND ASTHMA

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE

2017 GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention

**In patients with confirmed food allergy, it is important to assess for asthma.
Children with food allergy have a four-fold increased likelihood of having asthma compared with children without food allergy. Refer patients with suspected food allergy or intolerance for specialist allergy assessment.**



WHEEZING AND ASTHMA

CLINICAL PRACTICE GUIDELINE



SIGN 141 • British guideline on the management of asthma

Non vi è alcuna menzione al rapporto tra food allergy e recurrent wheezing

META-ANALYSIS SYSTEMATIC REVIEWS

BMJ Open A systematic review of associations between environmental exposures and development of asthma in children aged up to 9 years

S Dick,¹ A Friend,² K Dynes,² F AlKandari,² E Doust,³ H Cowie,³ J G Ayres,^{1,4}
S W Turner²

2014

Studia l'associazione fra numerose "esposizioni" (di cui molte di natura "alimentare") e lo sviluppo di Asma acuto o wheezing ricorrente.

Non indaga, tuttavia, sulla relazione diretta tra assunzione di un alimento e wheezing ricorrente che è ciò che a noi interessa conoscere in relazione allo scenario clinico che abbiamo di fronte.

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Early-Life Risk Factors for Childhood Wheeze Phenotypes in a High-Risk Birth Cohort

Caroline J. Lodge, PhD¹, Sophie Zaloumis, PhD¹, Adrian J. Lowe, PhD^{1,2}, Lyle C. Gurrin, PhD¹, Melanie C. Matheson, PhD¹,
Christine Axelrad, BAppSc², Catherine M. Bennett, PhD³, David J. Hill, FRACP², Clifford S. Hosking, FRACP⁴,
Cecilie Svanes, PhD^{5,6}, Michael J. Abramson, PhD⁷, Katrina J. Allen, PhD^{2,8}, and Shyamali C. Dharmage, PhD^{1,2}

J Pediatr 2014;164:289-94).

Si tratta di un lavoro di follow-up a 12 anni che valuta l'effetto sui diversi fenotipi di wheezing di differenti fattori di esposizione nelle prime epoche di vita nella popolazione Melbourne Atopy Cohort Study (MACS) , costituita da 620 bambini ad alto rischio di allergia, già inserita in un precedente RCT.

Tra i fattori “alimentari” presi in considerazione la sensibilizzazione ad allergeni alimentari a 12 mesi sembrerebbe associata ad un aumentato rischio del fenotipo intermediate-onset wheeze [RR= 2.77 (1.56-4.94)] ; tuttavia, l'analisi aggiustata per il fattore “sensibilizzazione ad aeroallergeni” risulta in una riduzione del rischio per *Food sensitization* = - 41% , per cui anche per questo fenotipo il RR corretto non è statisticamente significativo RR=1.63(0.922.88)].

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Pediatric Pulmonology 51:787–795 (2016)

The Impact of Food Allergens on Airway Responsiveness in Schoolchildren With Asthma: A DBPCFC Study

Aneta Krogulska, MD, PhD,^{1*} Jarosław Dynowski, MD, PhD,¹ Magdalena Jędrzejczyk, MD,¹
Izabela Sardecka, MD,¹ Beata Małachowska, MD,² and Krystyna Wąsowska-Królikowska, MD, PhD¹

Si propone di studiare l'impatto degli allergeni alimentari sui sintomi respiratori e sulla reattività bronchiale in una popolazione di 362 bambini asmatici in età compresa tra 6-18 anni.

Selezionati 50 pazienti asmatici con sospetto di concomitante AA, sulla base della storia clinica e della positività delle IgEs e sottoposti a DBPCFC, preceduto e seguito da una spirometria e da un challenge di inalazione di metacolina.

22 positivi al challenge alimentare: gruppo attivo;

18, negativi al challenge: gruppo di controllo.

Gli Autori concludono che gli allergeni alimentari raramente costituiscono trigger di reazioni asmatiche in bambini affetti da asma allergico; pur tuttavia, questi allergeni potrebbero accrescere la reattività bronchiale, nonostante manchino evidenti segni respiratori e/o una riduzione del FEV₁.

RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL

Food allergy is associated with recurrent respiratory tract infections during childhood

Katarzyna Woicka-Kolejwa¹, Magdalena Zaczeniuk¹, Paweł Majak¹, Kamila Pawłowska-Iwanicka¹, Monika Kopka¹, Włodzimierz Stelmach², Joanna Jerzyńska¹, Iwona Stelmach¹

¹Department of Pediatrics and Allergy, Medical University of Lodz, Lodz, Poland

²Department of Social and Preventive Medicine, Medical University of Lodz, Lodz, Poland

Adv Dermatol Allergol 2016; XXXIII (2): 109–113

DOI: 10.5114/ada.2016.59151

E' uno studio retrospettivo che indaga sulla relazione AA ed aumentato rischio di Infezioni Respiratorie Ricorrenti (IRR) delle alte e basse vie respiratorie e di asma. L'analisi include i dati di 280 bambini fino a 10 anni di età in cui l'AA IgE-mediata era stata diagnosticata durante 18 mesi di osservazione. In bambini di età compresa tra 1 e 2 anni la sensibilizzazione alla β -lattoglobulina incrementa il rischio di IRR (OR =3,91, 95% CI:1,03-14,87).

WHEEZING E ALLERGIA ALIMENTARE

CONCLUSIONI DELLA NOSTRA RICERCA

- Le prove di un' associazione causale fra introduzione di alimenti e broncospasmo, nel bambino a rischio familiare per atopia, sono sostanzialmente inesistenti.
- Unico studio quello derivato dal MACS, in cui la sensibilizzazione ad alimenti ad 1 anno di vita non è risultata associata in modo SS allo sviluppo di nessuno dei 4 fenotipi di asma



WHEEZING E ALLERGIA ALIMENTARE

CONCLUSIONI

• Non e' raccomandato indagare su una AA in un bambino con wheezing ricorrente e con storia familiare di atopia, in assenza di una clinica che evidenzi un rapporto causale tra l'ingestione di un alimento e la comparsa di sintomi respiratori





GRAZIE

