

La storia di Carlo Alberto

Francesco Paravati



Carlo Alberto, 13 anni

ha una storia clinica di **dermatite atopica da APLV** insorta al 5° mese e risoltasi nel 2° anno di vita,

da quel momento aveva goduto di buona salute, le manifestazioni allergiche si erano limitate a tre episodi di **orticaria acuta** (le cui cause non erano state chiarite) ed a sintomi **oculorinitali** intermittenti



Quali esami eseguireste?

1. Prick test
2. Prist (IgE totali)
3. Rast (IgE specifiche)
4. Emocromo
5. Atopy Patch test (APT)

ESAMI

10 anni

- esami ematochimici di routine normali
- spirometria basale e dopo broncodilatazione normali
- SPT per inalanti ed alimenti
graminacee (9 mm), olivo (6 mm), pomodoro (6 mm)
[istamina 5mm]

Consigliammo al ragazzo una terapia farmacologica (*la madre aveva rifiutato ITS*) e poi lo perdemmo di vista.

Due anni dopo presentò due nuovi episodi di **orticaria acuta** a poca distanza l'uno dall'altro, legati all'assunzione di castagne.



Le nuove indagini allergologiche evidenziarono:

- **SPT:** Graminacee (10 mm), olivo (6 mm) composite (5 mm), cipresso (3mm), pomodoro (6mm), mandorla (3mm) [*istamina 5mm*]
- **p+p.:** pomodoro (7 mm), castagna (9 mm), nocciola (3 mm), mandorla (4 mm) [*istamina 5,5mm*]
- **Cap Rast :**
pomodoro 6.09 kU/L, castagna 9.56 kU/L, mandorla 1.08 kU/L



Quale terapia proporreste?

1. **Dieta**
2. **Dieta + probiotico**
3. **Dieta + antistaminico**
4. **Dieta + cortisonico (bassa dose per breve periodo)**

ESAMI

12 ANNI

Alla luce dei risultati ottenuti venne quindi consigliata una dieta di esclusione ed un trattamento con antistaminici, provvedimenti che impedirono la comparsa di nuovi episodi di orticaria



Storia clinica

- Un anno dopo in primavera cominciarono a manifestarsi nuovi sintomi: **dolori addominali** ricorrenti, qualche episodio di **diarrea** talvolta associato a dolore colico perievacuativo localizzato ai quadranti addominali inferiori e inappetenza
- successivamente, in estate, due episodi di **rettorragia** con feci normali; il secondo, molto più importante del primo, ha determinato il ricovero presso la nostra U.O.



Emocromo:

GR 3.760.000,

Hb 9.2,

Ht 34,

GB 8.640 (N48, L35, M4, E12, B1)

**VES, PCR, azotemia, glicemia, creatinina
transaminasi, bilirubina, Ca, P, fosfatasi alc.
elettroforesi proteica e protidemia, sideremia,
transferrina, ferritina, IgG, IgA, IgM,
a1glicoproteina, PT, PTT, fibrinogeno, ANA ,
ANCA, ASCA, calprotectina, coprocultura,
urinocoltura: nella norma o negativi**



è opportuno eseguire ulteriori indagini diagnostiche o strumentali?

- 1. Ecografia addominale**
- 2. Rx tenue seriato per os**
- 3. Ricerca parassiti (giardia) su aspirato gastrico**
- 4. Endoscopia del tratto digestivo superiore**
- 5. Endoscopia colonrettale**
- 6. Altro**



Indagini diagnostiche (strumentali)

Nella norma o negativi

- Ecografia addominale
- Rx tenue seriato per os
- Ricerca parassiti (giardia) su aspirato gastrico
- Endoscopia del tratto digestivo superiore



Rettocolonscopia

“...intensa iperemia a chiazze della mucosa del retto e del primo tratto del sigma che appare edematosa e friabile; presenza a livello dell’ultima parte del retto di alcune piccole lesioni aftose e di modeste lesioni emorragiche a carattere puntiforme”



Biopsia intestinale

“...la normale struttura della mucosa appare ben conservata; **presenza di numerosi aggregati eosinofili a carattere focale**, infiltranti la tonaca muscolare, la lamina propria ed in misura minore l'epitelio”



Conclusioni diagnostiche

La valutazione dei vari elementi in nostro possesso (*anamnestici, clinici, strumentali e di laboratorio*) e la possibilità di escludere altre cause di eosinofilia ha consentito formulare la diagnosi di

COLITE EOSINOFILA



Eosinophilic Gastrointestinal Disorders - EGIDs -

Rothenberg M E - JACI 2004

- eterogeneo gruppo di affezioni caratterizzate dalle presenza di un importante **infiltrato eosinofilo nella mucosa intestinale in assenza di cause note di eosinofilia.**
- Sono classificate in base alla localizzazione dell'infiltrato eosinofilo (*esofagite eosinofila, gastrite eosinofila, gastroenterite eosinofila, colite eosinofila*)
- In età pediatrica possono manifestarsi sia nel lattante che nel bambino e l'adolescente



Eosinophilic Gastrointestinal Disorders - EGIDs -

Rothenberg M E J.A C.I 2004

I sintomi, comuni a molte altre patologie intestinali, sono influenzati dalla sede, dal grado di infiltrazione e dalla severità della flogosi

Dolori addominali

Diarrea

Vomito

Malassorbimento

Ipoalbuminemia

Scarsa crescita

Ostruzione

Anoressia

Disfagia

Sangue nelle feci

Edemi

Ascite

Calo ponderale

Perforazione



Eosinophilic - associated Gastrointestinal Disorder

Guajardo JR - J Pediatr.2002,141:576-581

La diagnosi di EGIDs è soprattutto **istologica** (considerato che non è raro trovare reperti endoscopici di normalità, l'esame bioptico è essenziale) ma non esistono criteri istologici universalmente accettati; per diagnosticare le GE è tuttavia necessario considerare:

- ✿ il numero degli eosinofili e la loro localizzazione nella parete intestinale
- ✿ la concomitante presenza di alterazioni strutturali della parete intestinale
- ✿ **l'assenza di segni patologici indicativi di altre malattie**



Clinical Aspects of Gastrointestinal Food Allergy in Childhood

Sicherer SH Pediatrics 2003;111:1609-1616

La C. E. è abitualmente una patologia **non IgE-mediata** può manifestarsi precocemente nei primi mesi di vita, in lattanti in buona salute, con l'emissione di sangue rosso vivo nelle feci (proctocolite) oppure rendersi evidente nell'età dell'adolescente o in giovani adulti

nel lattante **le proteine del LV e quelle della soia** sono gli antigeni più frequentemente implicati nell'insorgenza dei sintomi che si manifestano spesso anche nel bambino allattato al seno e, talvolta, anche in quelli che assumono formule a base di idrolisati di caseina



Conclusioni

Nel sospetto che la causa fosse l'allergia alimentare Carlo Alberto è stato sottoposto per circa sei mesi a dieta di esclusione ma i risultati non sono stati soddisfacenti

Ciò ha fatto ipotizzare come fattore causale la non costante osservazione della dieta di esclusione o l'azione di altri alimenti non identificati oppure, più probabilmente, l'esistenza di altri meccanismi immunologici non IgE-mediati

Nel caso in esame ha poi assunto un'importanza rilevante la mancanza di una chiara correlazione clinica tra i sintomi e l'assunzione degli alimenti specifici



Conclusioni

E' stata intrapresa pertanto una terapia farmacologica con **beclometasone dipropionato** che ha migliorato notevolmente il quadro clinico ed endoscopico, ottenendo un buon controllo dei sintomi

Carlo Alberto è attualmente in buona salute; si sottopone a periodici controlli considerato che la storia naturale della malattia non è ancora ben documentata

