



OSPEDALE S. CUORE DI GESÙ FATEBENEFRAATELLI
UOC PEDIATRIA-NEONATOLOGIA-UTIN



V GIORNATA DI
ALLERGOLOGIA ED
IMMUNOLOGIA
PEDIATRICA

1/2 APRILE 2011

Sala Conferenze
Ospedale Fatebenefratelli - Benevento

Allergia Alimentare

ad uso e consumo
del pediatra di
famiglia

L' indispensabile, il
lecito, il limite

Per andare subito al "sodo"

da notare il gioco di parole

- Il caso ha voluto che, dopo il lungimirante invito di Iride,
 - Che non poteva esser consapevole, correva ancora il 12 Ottobre 2010
- Marcello (ndr: Bergamini) abbia annunciato alla mailing list dell' APAL (www.apalweb.it)
 - La pubblicazione delle LG NICE (24 Feb 2011) sulla AA
- "Diagnosis and assessment of food allergy in **children** and young people **in primary care and community settings**"
 - Ne esistono anche una **guida breve** e una per i genitori prelevabili gratuitamente all' indirizzo www.nice.org.uk/guidance/CG116
 - Il documento indirizzato ai genitori spiega in modo molto semplice alcune cose e varrebbe la pena leggerlo per essere preparati a fronte di alcune delle domande che gli estensori suggeriscono di porre al medico
 - Per esempio



Questions that you or your child might like to ask your healthcare professional

- What type of food allergy might my child have?
- Please give me more details about the tests my child may have.
- Will allergy tests be painful or distressing for my child?
- How soon can my child be tested and how long will it take to get the results?
- If we are trying an elimination diet, how can I make sure my child has a healthy diet?
- Do I have to avoid the food(s) completely – even traces?
- What if the allergy tests are negative but my child still has symptoms?
- If we are being referred to a specialist can you explain why?



Benevento sugli scudi !

Assessment and allergy-focused clinical history

- What elements should be included in an allergy-focused clinical history taking, physical examination and child/parent food diaries to diagnose and assess food allergy (IgE-mediated, non-IgE-mediated or mixed IgE and non-IgE) effectively in children and young people?
 - Evidence review
 - Ten studies (.... **Simeone et al. 2008**;) were selected for this question
 - These studies included papers that had carried out some form of clinical history taking, and the factors they included in the clinical histories described can be seen in evidence statement

*Simeone D, Miele E, Boccia G et al.
Prevalence of atopy in children with chronic constipation.
Archives of Disease in Childhood 2008; 93: 1044-7.*



Chissà se ho operato la scelta migliore


- Decidendo di esporvi in breve queste LG
 - E, se dovesse rimaner tempo, qualche breve storiella avulsa alla fine
- Magari voi vi aspettavate
 - In caso di orticaria fate questo e non quest' altro
 - Se i prick hanno questo diametro fate quello e non quell' altro
 - L' adrenalina la dovete consigliare quando
 - I test rapidi costano tanto a test e si fanno così
- Ma ho pensato che
 - Queste cose magari le avete sentite più di una volta
 - E che le LG NICE sono proprio indirizzate ai medici delle cure primarie e forse vi incuriosiva sapere cosa credono che si debba sapere in quest' ambito dei così famosi esperti internazionali
- Perché se per caso saprete che tutto ciò che le LG NICE 2011 dicono che dovete sapere già lo sapevate,
 - sarebbe una bella soddisfazione, no ?



LG AA NICE Quick Reference - 1

Initial recognition

- Consider food allergy in a child or young person who
 1. has one or more of the signs and symptoms in box 1 (pay particular attention to **persistent symptoms that involve different organ systems**)

or 

 2. has had treatment for atopic eczema, gastro-oesophageal reflux disease or chronic gastrointestinal symptoms (including chronic constipation) **but their symptoms have not responded adequately**



Box 1 Signs and symptoms of possible food allergy ²	
IgE-mediated	Non-IgE-mediated
The skin	
<ul style="list-style-type: none"> ● Pruritus ● Erythema ● Acute urticaria (localised or generalised) ● Acute angioedema (most commonly in the lips and face, and around the eyes) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pruritus ● Erythema ● Atopic eczema
The gastrointestinal system	
<ul style="list-style-type: none"> ● Angioedema of the lips, tongue and palate ● Oral pruritus ● Nausea ● Colicky abdominal pain ● Vomiting ● Diarrhoea 	<ul style="list-style-type: none"> ● Gastro-oesophageal reflux disease ● Loose or frequent stools ● Blood and/or mucus in stools ● Abdominal pain ● Infantile colic ● Food refusal or aversion ● Constipation ● Perianal redness ● <u>Pallor and tiredness</u> ● Faltering growth plus one or more gastrointestinal symptoms above (with or without significant atopic eczema)
The respiratory system (usually in combination with one or more of the above symptoms and signs)	
<ul style="list-style-type: none"> ● Upper respiratory tract symptoms – nasal itching, sneezing, rhinorrhoea or congestion (with or without conjunctivitis) 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Lower respiratory tract symptoms (cough, chest tightness, wheezing or shortness of breath) 	
Other	
Signs or symptoms of anaphylaxis or other systemic allergic reactions	
² Note: this list is not exhaustive – the absence of these symptoms does not exclude food allergy.	

LG AA NICE Quick Reference - 2

History and examination

- **Do not offer allergy tests** without first taking an allergy-focused clinical history
 - A healthcare professional with the appropriate competencies (a GP or other healthcare professional) should take a clinical history using the **questions in box 2** (vedi subito dopo)
- Based on the clinical history, physically examine the child or young person, in particular for:
 - growth and physical signs of malnutrition
 - signs indicating allergy-related comorbidities (atopic eczema, asthma and allergic rhinitis)



Box 2 Allergy-focused clinical history

Ask about:

- any personal history of atopic disease (asthma, eczema or allergic rhinitis)
- any individual and family history of atopic disease (asthma, eczema or allergic rhinitis) or food allergy in parents or siblings
- details of any foods that are avoided and why
- presenting symptoms and other symptoms that may be associated with food allergy (see **box 1**), including:
 - age at first onset
 - speed of onset
 - duration, severity and frequency
 - setting of reaction (for example, at school or home)
 - reproducibility of symptoms on repeated exposure
 - what food and how much exposure to it causes a reaction
- cultural and religious factors that affect the child's diet
- who has raised the concern and suspects the food allergy
- what the suspected allergen is
- the child's feeding history, including age of weaning and whether they were breastfed or formula-fed (if the child is breastfed, consider the mother's diet)
- details of previous treatment, including medication, for the presenting symptoms, and the response to this
- any response to the elimination and reintroduction of foods.



I fattori religiosi

Katz et al, JACI 2011

- Those for whom no data were recorded (n = 371) were excluded
- Essere Ebrei è l'unico fattore di rischio per SEA individuato dagli autori

TABLE I. Demographics and risk factors of infants with FPIES and healthy infants

	Infants with FPIES (n = 44)	Healthy infants (n = 12,638)	<i>P</i> value
Sex: male	23/44 (52.3%)	6,409/12,638 (50.7%)	.836
Sex: female	21/44 (47.7%)	6,229/12,638 (49.3%)	
Gestational age (wk)	39.2 ± 1.6	39.2 ± 1.9	.801
Birth weight (kg)	3,246.1 ± 0.42	3,196 ± 0.55	.555
Maternal age (y)	30.34 ± 3.79	29.69 ± 5.23	.264
Type of delivery: PS	32/44 (72.7%)	10,696/12,638 (84.6%)	.003
Type of delivery: CS	14/66 (27.2%)	1,942/12,638 (15.4%)	
No. of siblings	2.32 ± 1.55	2.35 ± 1.53	.879
Dairy product consumption by mother	44/44 (100%)	12,531/12,638 (99.15%)	
Religion*: Jewish	43/44 (97.7%)	9,789/12,267 (78.9%)	.03
Religion: non-Jewish	1/44 (2.3%)	2,478/12,267 (20.2%)	
Age of CMP introduction (d)	57.68 ± 53.0	61.63 ± 92.45	.626

CS, Cesarean section; PS, partus spontaneous.

*In Israel the patient's religion is written down in the national identity card unless the citizen specifies "no religion." The non-Jewish population consists mostly of Arab Muslim mothers (62.6%) and Arab Christian mothers (5.5%), and for the rest, "no religion" was specified. Those for whom no data were recorded (n = 371) were excluded.



LG AA NICE Quick Reference - 3

When to consider referral - 1

- The child or young person has:
 - faltering growth with one or more gastrointestinal symptoms in box 1 (e se ci sarà tempo potrei leggervi una storiella al riguardo)
 - had one or more acute systemic reactions or severe delayed reactions
 - significant atopic eczema where multiple or cross-reactive food allergies are suspected by the parent or carer
 - possible multiple food allergies
- There is persisting parental suspicion of food allergy (especially where symptoms are difficult or perplexing) despite a lack of supporting history



LG AA NICE Quick Reference - 4

When to consider referral - 2

- Symptoms do not respond to a single-allergen elimination diet
- The child or young person has confirmed IgE-mediated food allergy and concurrent asthma
- Tests are negative but there is strong clinical suspicion of IgE-mediated food allergy



LG AA NICE Quick Reference - 5

Food allergy is suspected

- Offer age-appropriate information that is relevant to the type of allergy (IgE-mediated, non-IgE-mediated or mixed). Include:
 - the type of allergy suspected
 - the risk of a severe allergic reaction
 - any impact on other healthcare issues such as vaccination
 - the diagnostic process, which may include:
 - an elimination diet followed by a possible planned rechallenge or initial food reintroduction procedure
 - skin prick tests and specific IgE antibody testing and their safety and limitations
 - referral to secondary or specialist care
- Support groups and how to contact them



LG AA NICE Quick Reference - 6

IgE-mediated allergy is suspected

- Offer a skin prick test and/or blood tests for specific IgE antibodies to the suspected foods and likely co-allergens.
- Base choice of tests on:
 - the clinical history
 - the suitability of the tests (for the patient and their parent or carer) and
 - the availability of the tests
- Tests should be performed by healthcare professionals with appropriate competencies
- **Only undertake skin prick tests where there are facilities to deal with an anaphylactic reaction**
- Interpret test results in the context of clinical history
- **Do not use** atopy patch testing or **oral food challenges** to diagnose IgE-mediated allergy in primary care or community settings

... it was less well-standardised and more variable than other tests

.... the atopy patch test as inappropriate for the diagnosis of IgE-mediated food allergy



LG AA NICE Quick Reference – 6 bis

IgE-mediated allergy is suspected

- It was important to recommend that healthcare professionals should test **for the specific allergen suspected from the allergy-focused clinical history**
 - while also taking into account **possible cross-reactive** and co-reactive allergens
- **Batch testing should not be considered** in the recommendations



LG AA NICE Quick Reference – 6 tris

IgE-mediated allergy is suspected

- The GDG raised concerns about the competencies that healthcare professionals needed
 - to perform
 - read
 - and **interpret the results of the allergy tests**
- The safety of conducting the tests in the community was also highlighted as there is a risk of **anaphylactic reaction** with skin prick tests
 - The GDG held the view that the tests could be carried out in community settings where the **facilities are similar to those available for routine childhood vaccinations**



LG AA NICE Quick Reference - 7

Non-IgE-mediated allergy is suspected

- 1. Try eliminating the suspected allergen for 2–6 weeks, then reintroduce**
 - Consult a dietitian with appropriate competencies about nutritional adequacies, timings and follow-up
- 2. Taking into account socioeconomic, cultural and religious issues, offer information on:**
 - what foods and drinks to avoid
 - how to interpret food labels
 - alternative foods to eat to ensure a balanced diet
 - the duration, safety and limitations of an elimination diet
 - oral food challenge or reintroduction procedures, if appropriate, and their safety and limitations
- 3. If allergy to cows' milk protein is suspected, offer:**
 - food avoidance advice to breastfeeding mothers
 - information on appropriate hypoallergenic formula or milk substitute to mothers of formula-fed babies
- 4. Consult a dietitian with appropriate competencies**



Se vi pare che i punti 2, 3 e 4 dovrebbero valere anche per le forme IgE-mediate

Non-IgE-mediated allergy is suspected

- Try eliminating the suspected allergen for 2–6 weeks, then reintroduce. Consult a dietitian with appropriate competencies about nutritional adequacies, timings and follow-up.
- Taking into account socioeconomic, cultural and religious issues, offer information on:
 - what foods and drinks to avoid
 - how to interpret food labels
 - alternative foods to eat to ensure a balanced diet
 - the duration, safety and limitations of an elimination diet
 - oral food challenge or reintroduction procedures, if appropriate, and their safety and limitations.
- If allergy to cows' milk protein is suspected, offer:
 - food avoidance advice to breastfeeding mothers
 - information on appropriate hypoallergenic formula or milk substitute to mothers of formula-fed babies.Consult a dietitian with appropriate competencies.



LG AA NICE Quick Reference - 8

Alternative diagnostic tools

- Do not use the following alternative diagnostic tests in the diagnosis of food allergy:
 - vega test
 - applied kinesiology
 - hair analysis
- Do not use serum-specific IgG testing to diagnose food allergy



Come ho già detto, non solo PdF

- Seguono alcune storie la cui gestione non è stata condivisa da me
 - Ma naturalmente posso tranquillamente sbagliare
- E la gestione non era sempre compiuta da PdF



Joseph Dantoni, 7 mesi

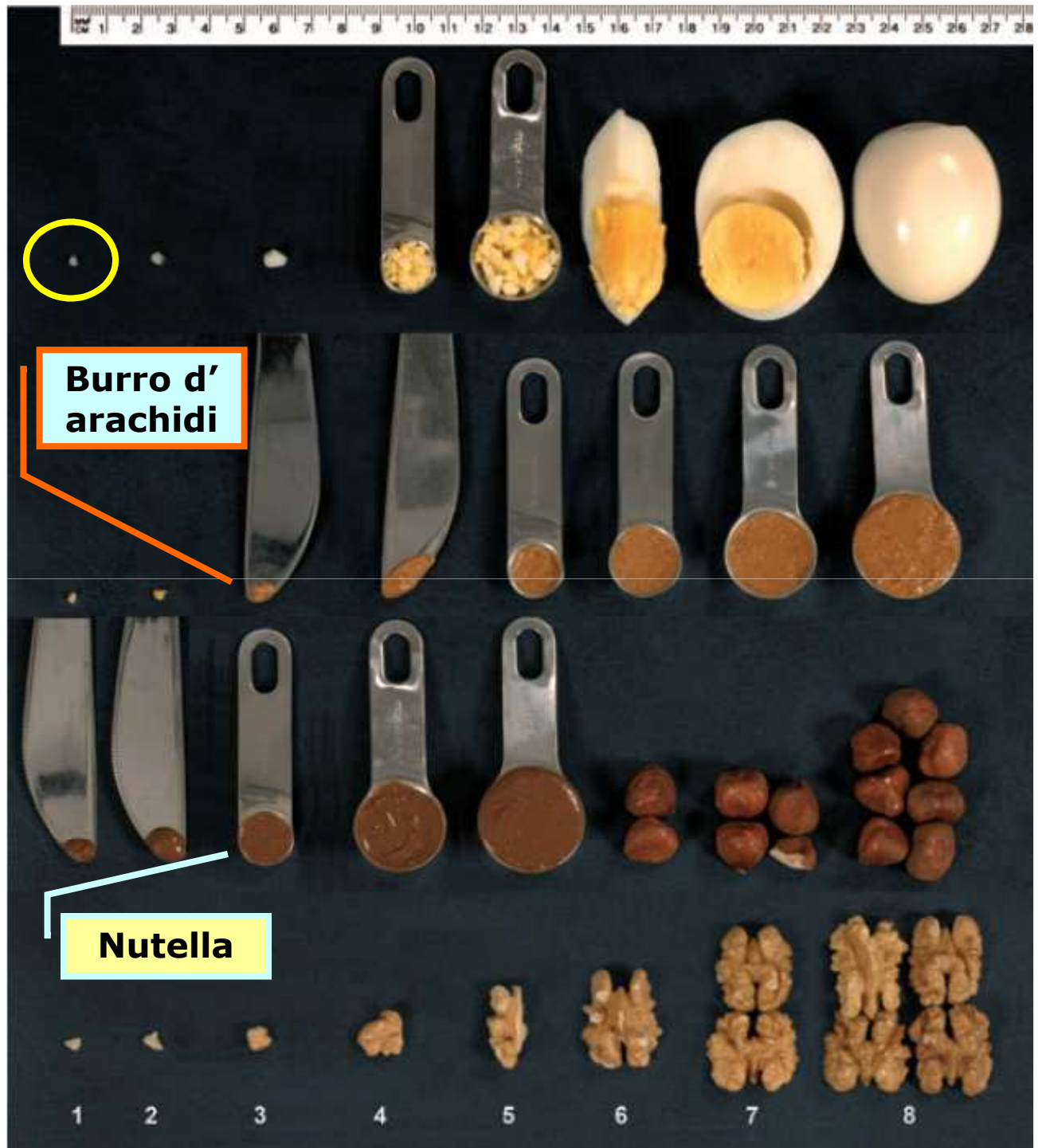
- Ha assunto aggiunte di latte formulato alla nascita, poi solamente latte materno con nutrice a dieta libera
- All'età di sei mesi (mentre soggiornava in una baita in montagna) ha assunto **una piccola quantità di Humana 1 e ha presentato pianto e angioedema delle labbra, ed eritema della regione periorale**
 - Vengono negate punture di insetti
 - La reazione si è rapidamente risolta
- **Dopo una settimana i genitori hanno provato il Mellin 1** (su suggerimento di una pediatra non curante) in piccola quantità (ma superiore a quella dell' Humana), a domicilio e con il Bentelan a portata di mano
 - E' stato anche effettuato il test di "strofinamento"
 - Non è successo nulla di male
- **Il pediatra curante ha disapprovato**
 - E, per punizione, ha chiesto i **prick test per vari alimenti "critici"** oltre che per latte vaccino



Mrs. BJ e le fotografie olandesi

Vlieg-Boerstra et al,
Allergy 2008

- In our study, we devised ready-to-use home introduction schedules for common allergenic foods in young children designed to avoid severe reactions at first exposure
- We propose that a maximum of one to three doses should be administered on 1 day, with a time interval of at least 1 h in between the doses when using the introduction schedules



Mrs. BJ, interessanti precisazioni

Vlieg-Boerstra et al, Allergy 2008

- Although it may be a matter of debate over the determination criteria as to which children these guidelines are to be used upon, they could be recommended for any child at risk who does not warrant first exposure under medical supervision
- **The physician's assessment of the individual child will decide whether the child should be referred for introduction under medical supervision or at home**
- The latter population will generally consist of children in whom there is an increased risk for food allergy, but in whom there is little suspicion for the specific food in question
- These children may be found for example in primary or secondary care centres, or may have older siblings with food allergy or atopic parents. **They may have atopic dermatitis**, or may be known with allergy to foods unrelated to the foods in question, such as cow's milk



Manno La Fagiana - 1

- Affetto da allergia respiratoria con aeroallergie
 - e seguito per questo motivo presso un centro di allergologia pediatrica
- Da qualche tempo comparsa di "dermatite" non pruriginosa alle guance e alle braccia
 - Visitato presso un centro di dermatologia, è stata suggerita l' esecuzione di test per allergie alimentari
- All' esame obiettivo si apprezza **cheratosi follicolare (o pilare)** di modesta entità alle braccia e, meno, alle guance



Caccia al tesoro

- Cercate la cheratosi follicolare (in inglese = follicular keratosis)

Box 1 Signs and symptoms of possible food allergy²

IgE-mediated	Non-IgE-mediated
The skin	
<ul style="list-style-type: none">● Pruritus● Erythema● Acute urticaria (localised or generalised)● Acute angioedema (most commonly in the lips and face, and around the eyes)	<ul style="list-style-type: none">● Pruritus● Erythema● Atopic eczema



17 Marzo – Festa dell' Unità d' Italia

- Mi tocca lavorare
 - Un collega e amico, di turno anche lui, mi sottopone un referto chiedendomene un parere
- Un bambino, figlio di conoscenti, assume Depakin per una forma di epilessia
 - Presenta una evacuazione di feci molli al giorno da quando lo assume
- Il pediatra curante ha chiesto alcuni esami
 - Tra cui sono risultati positive, a basso titolo, le IgE specifiche sieriche (metodo RAST in un laboratorio privato) per albume d' uovo, merluzzo, latte
- Il bambino ha sempre mangiato di questi alimenti regolarmente
 - **Il pediatra ne suggerisce l' eliminazione**



Micol La Marchesa, 11 mesi

4 sono troppi o appena sufficienti ?

- A 8 mesi ha ingerito palombo senza reazioni avverse. Dopo 3-4 giorni ha ingerito merluzzo senza reazioni avverse. Dopo altri 4-5 giorni ha ingerito sogliola senza reazioni avverse
 1. Dopo alcuni giorni ancora ha ingerito nuovamente merluzzo e ha vomitato due volte (vomito violento e improvviso) con iporeattività, seguito da diarrea
 2. Dopo alcuni giorni ha ingerito orata e ha vomitato due volte a distanza di 2 ore dall' inizio del pasto, con pallore e spossatezza associate, seguito da diarrea
 3. A distanza di pochi giorni, ha ingerito nuovamente sogliola
 4. e poi merluzzo e ha ripresentato (in entrambi i casi) vomiti ripetuti, con pallore, sudorazione fredda e spossatezza ("quasi svenuta"), sempre a distanza di 2 ore dall' inizio del pasto. La diarrea seguiva i vomiti
- Dal 22 gennaio non assume più pesce
 - La pediatra ha suggerito di riprovare tra qualche tempo, la madre ha letto un trafiletto di una rivista per mamme e ha sospettato la Sindrome da Enterocolite Allergica



Sindrome dell' Enterocolite Allergica

- E' una **grave** forma di ipersensibilità al cibo cellulo-mediata, non IgE-mediata, causata tipicamente dal **latte vaccino** e dalla **soia**
 - Possono essere, **più raramente**, coinvolti cibi solidi (uovo, **pesce**, **riso**, legumi, pollame)
- La SEA è caratterizzata da vomito e diarrea profusi, con progressione verso la disidratazione e lo **shock nel 20% dei pazienti**

Nowak-Wegrzyn et al, Pediatrics **2003**



SEA, in english = FPIES

- Sono molto suggestivi
 - **Vomito ripetuto** con esordio **2-6** ore dall' inizio dell' ingestione
 - **Stato letargico**, aspetto settico
 - **Risoluzione** dei sintomi **in poche ore**
 - Diarrea



L' INDISPENSABILE

Il 3-5 Novembre 2011 si terrà
la 10[^] edizione di

Diari

**Leggete il programma
che trovate sulla vostra
sedia, ne rimarrete rapiti**

Diari
ver. 2.011



Edizione Straordinaria

Roma, 3 - 5 Novembre 2011

Conosco Bell'Isa il 23 Febbraio scorso - 1

Allora era al mondo da 15 mesi

- La bimba presentò dal 4° mese, mentre assumeva latte materno e basta (con madre nutrice a dieta libera) → diarrea, flessione della curva di velocità di crescita ponderale, inappetenza, irrequietezza e risvegli frequenti
 - Test allergometrici per alimenti negativi, urinocoltura positiva (raccolta mediante mitto intermedio) con terapia antibiotica conseguente (ecografia renale normale)
- Persistendo il problema, a 9 mesi fa un sacco di esami presso un centro di gastroenterologia pediatrica e ne esce con la diagnosi di MRGE (storia suggestiva più Rx digerente con ernia iatale e reflusso a pieno canale)
 - Terapia con Lempidex e poi Ranidil + dieta priva di proteine del latte
 - Si risolvono diarrea e velocità di crescita, si riduce un pò l'agitazione



Conosco Bell'Isa il 23 Febbraio scorso - 2

Allora era al mondo da 15 mesi

- Bell'Isa viene condotta da un secondo gastroenterologo pediatra che
 - Esplicita i suoi dubbi sulla reale presenza di una MRGE
 - Conferma comunque la terapia farmacologica con il Ranidil e la dieta priva di proteine del latte vaccino
 - Elimina dalla dieta di Bell'Isa anche i legumi (perchè della famiglia della soia che è un alimento allergizzante), le uova e la carne aviaria, la mela
 - Suggerisce di reintrodurre, dopo altri 3 mesi, gradualmente le PLV
- I genitori di Bell' Isa seguono i suggerimenti ma 2 giorni dopo l' assunzione di due cucchiaini di parmigiano l' agitazione della bimba peggiora (soprattutto quella notturna)
 - A causa della momentanea indisponibilità del 2° gastroenterologo
 - Ne cercano un 3°
- Bell' Isa ha 13 mesi



Conosco Bell'Isa il 23 Febbraio scorso - 3

Allora era al mondo da 15 mesi

- Il 3° afferma di non credere ad una MRGE primaria, ma solamente "secondaria" ad un' allergia alimentare (AA) ancora non ben identificata. E pertanto
 - Interrompe il Ranidil
 - Conferma la dieta di eliminazione in toto
 - e suggerisce lo Zaditen come anti-AA generico
- Bell' Isa lo assume dunque dalla fine di Dicembre 2010
 - Le cose che sono decisamente migliorate da quando assume lo Zaditen sono l'agitazione e l'appetito
 - La velocità di crescita e la diarrea si erano già normalizzate 6 mesi prima
- Adesso la ragazza vuol sapere a cosa è dunque allergica e che deve fare con la dieta



Bell'Isa, se si potesse concilierei **3 Cose**

1. La diagnosi di MRGE
2. La relazione causale con una AA
3. La tempistica della dieta di eliminazione



Senza trucco e senza inganno

LG ACAAI-NIAID, JACI Dic 2010

- Anafilassi

- Gastrointestinale

- Ipersensibilità gastrointestinale immediata
- Esofagite eosinofila
- Gastroenterite eosinofila
- Proctite/proctocolite
- Enterocolite
- Sindrome Orale Allergica

APAL

- Cut

-
-

La MRGE non c'è

E, per inciso, neanche l'otalgia

- Dermatite da contatto
- Orticaria da contatto

- Respiratorio

- Rinite
- Asma

Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings

NICE, JACI Feb 2011

A pag. 7

- 1.1.2 Consider the possibility of food allergy in children and young people whose symptoms **do not respond adequately to treatment** for:
 - atopic eczema
 - **gastro-oesophageal reflux disease**
 - chronic gastrointestinal symptoms, including chronic constipation

La MRGE
c'è

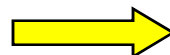
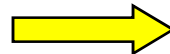
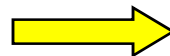
Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings

NICE, JACI Feb 2011

- **Recommendation 1.1.1**

- Consider the possibility of food allergy in children and young people who have one or more of the following signs and symptoms in table 1

Non-IgE-mediated
Gastro-oesophageal reflux disease
Loose or frequent stools
Blood and/or mucus in stools
Abdominal pain
Infantile colic
Food refusal or aversion
Constipation
Perianal redness
Pallor and tiredness
Faltering growth in conjunction with at least one or more gastrointestinal symptoms above (with or without significant atopic eczema)



Le LG DRACMA (sull' APLV)

Fiocchi et al (tra cui almeno un gastroenterologo pediatra, Riccardo Troncone, nella versione di JACI), PAI 2010 e JACI 2010

- Le manifestazioni miste e non-IgE-mediate



I. Atopic dermatitis
A. Immediate-onset reactions
B. Late-onset reactions
II. Non IgE-mediated gastrointestinal reactions
Gastro-oesophageal reflux disease (GERD)
Crico-pharyngeal spasm
Pyloric stenosis
Allergic eosinophilic oesophagitis (EoE)
Cow's milk protein-induced enteropathy
Constipation
Severe irritability (colic)
Food protein-induced gastroenteritis and proctocolitis
III. non - IgE-mediated respiratory reactions
Heiner's syndrome



Di converso, 2 colonne come Hugh e Scott ...

Sicherer et al, JACI 2010

- **IgE-mediate**

- Orticaria, angioedema
- Sindrome Orale Allergica
- Rinite e Asma
- Anafilassi (anche quella dopo sforzo fisico)

- **Miste**

- Dermatite atopica
- Gastroenteropatie eosinofile

- **Cellulo-mediate**

- Enterocolite
- Proctite

Se la proctite è cellulo-mediate i prick test non si devono chiedere, no ?

APAL

Adapted from Nielsen et al

Nielsen et al, JPGN 2004

- Infatti Erasmo voleva aggiungere un' altra cosa
 - Che nei bambini con MRGE e APLV "associata"
 - Togliere e rimettere il latte vaccino non modifica il tracciato pHmetrico
- Non mi pare propriamente una cosuccia
 - In merito alla ricerca di un rapporto causale tra MRGE e APLV

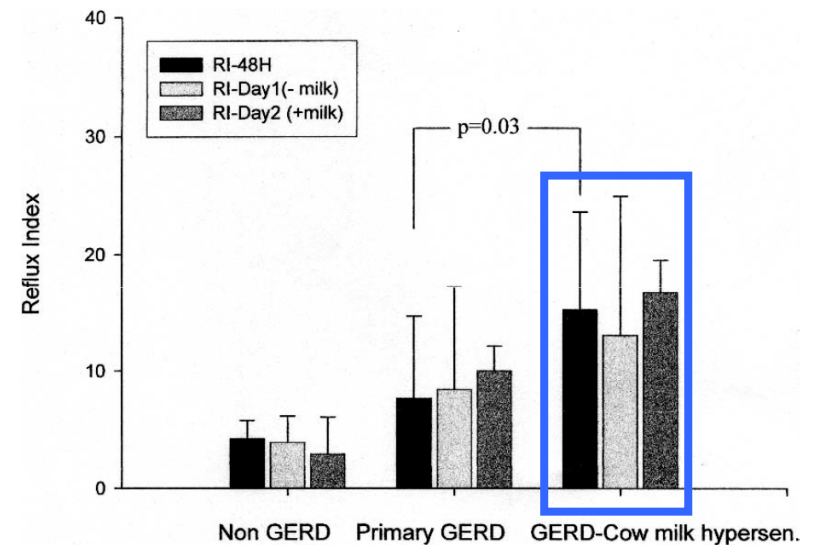


FIG. 2. Reflux index at primary diagnostic evaluation. A significant difference was observed between the Primary GERD and the GERD-Cow milk hypersensitivity group ($P = 0.03$) for the 48-hour recording. No statistically significant differences between the two recording days (- versus + milk) were observed for any of the groups. Bars denote median value (error bars represent 75th percentile)

MRGE e APLV da Diari ver. 2.004 - 1

- Nei bambini con MRGE probabilmente si può riscontrare una APLV più frequentemente che nei bambini senza MRGE
 - quanto più frequentemente non saprei proprio dire
- Che l' APLV sia implicata nella genesi della MRGE, e che quindi una dieta priva di proteine del latte vaccino sia utile, non è cosa che si possa dire con ragionevole sicurezza



MRGE e APLV da Diari ver. 2.004 - 2

- Neanche tuttavia mi sento di escluderlo ancora una volta con sicurezza
 - la situazione è decisamente definibile come "grigia"
- Quindi, se:
 - **la diagnosi di MRGE è corretta**
 - i disturbi sono di un certa entità (almeno 7 allo score di Susanna Orenstein per esempio)
 - e la terapia non dietetica non comporta benefici
- Eliminare le proteine del latte vaccino dalla alimentazione del bambino per 4-6 settimane mi sembra ragionevole
 - a patto di garantire **un follow up adeguato**



Diagnosis and assessment of food allergy in children and young people in primary care and community settings

NICE, JACI Feb 2011

Non-IgE-mediated allergy is suspected

- Try eliminating the suspected allergen for **2–6 weeks**,

Then Reintroduce



L' INDISPENSABILE

Il 3-5 Novembre 2011 si terrà
la 10[^] edizione di

Diari

Diari
ver. 2.011



Edizione Straordinaria

Roma, 3 - 5 Novembre 2011