



Dieta ristretta di eliminazione per l'ADHD: lo studio INCA

fonte: *www.thelancet.com* Vol 377 5 Febbraio 2011

di: *Jaswinder Kaur Ghuman (*) - Traduzione a cura di Maurizio Prisco*

Trattamenti psicofarmacologici e psicosociali per l'iperattività da deficit di attenzione (ADHD) sono basati sui fatti. Tuttavia, le preoccupazioni circa gli effetti collaterali degli psicofarmaci, gli ostacoli all'accesso e l'impegno necessario per i trattamenti psicosociali, spesso portano a considerare altri interventi.¹ Un tale intervento si basa sul principio che l'ipersensibilità o intolleranza ad alimenti o additivi è un fattore di rischio per l'ADHD.²

In *The Lancet*, Lidy Pelsser e colleghi³ hanno riportato un esperimento randomizzato in due fasi (INCA) tenendo a dieta o sotto controllo un gruppo di 100 bambini con diagnosi di ADHD, di età compresa tra 4-8 anni e non scelti in base a eventuali intolleranze alimentari. Dopo un periodo di riferimento di 2 settimane, i bambini sotto controllo sono stati inseriti in una lista d'attesa e hanno continuato a mangiare normalmente, e i loro genitori hanno ricevuto consigli su una sana alimentazione tenendo un diario del comportamento dei propri figli. Il gruppo sottoposto a dieta ha subito uno studio clinico di 5 settimane con una dieta ristretta di eliminazione di pochi alimenti oligoantigenici (riso, carne, verdure, pere, acqua) integrata con alimenti specifici come patate, frutta e grano. Dei 41 bambini del gruppo sottoposto a dieta che hanno completato la fase 1, 17 (41,5%) non hanno mostrato alcuna risposta comportamentale alla dieta fino alla fine della seconda settimana e la loro dieta è stata ulteriormente limitata a pochi alimenti. Alla fine della fase 1, i sintomi dell'ADHD e il disturbo oppositivo provocatorio sono aumentati significativamente nel 64% dei bambini nel gruppo a dieta mentre non è stato rilevato alcun aumento in quelli sotto controllo. Quelli che hanno risposto alla fase 1 hanno poi subito un test alimentare a doppio cieco incrociato in ordine casuale di 2 settimane ciascuno di tre alimenti ad alto IgG e tre a basso IgG aggiunti alla dieta di eliminazione o la dieta con pochi alimenti. La selezione degli alimenti a basso e alto IgG si è basata sui singoli livelli di IgG di 270 cibi diversi. La ricaduta dei sintomi dell'ADHD si è verificata con il primo, secondo o entrambi i test alimentari in 19 dei 30 bambini che sono entrati nella fase incrociata (fase 2). Da livelli di IgG negli alimenti non è stato possibile predire quale alimento potrebbe portare a un effetto negativo sul comportamento, perché un ugual numero di cibi ad alto e basso IgG ha determinato una ricaduta dei sintomi di ADHD.

Gli studi con diete ristrette di eliminazione sono complessi e impegnativi. Lo studio di Pelsser e colleghi è stato ben progettato e ben fatto, ha mostrato benefici con una dieta di eliminazione sotto supervisione, e fornisce un'ulteriore opzione di trattamento per alcuni bambini affetti da ADHD. Lo studio fornisce anche una prova contro il vantaggio di utilizzare i livelli di IgG nel sangue (una pratica comune nella medicina complementare) per determinare quali cibi inneschino i sintomi di ADHD. Tuttavia, è importante notare che il 36% dei bambini o non ha risposto alla dieta di eliminazione o non è risultato conforme nella fase 1. Inoltre, vi sono stati almeno altri 16 bambini idonei che non sono stati motivati a far parte dello studio. Per aiutare a fornire orientamenti agli operatori e alle famiglie sulle opzioni appropriate per i loro bambini, sarebbe utile sapere per quali bambini è possibile prevedere una risposta alla dieta.

Le valutazioni in cieco nello studio di Pelsser e colleghi erano basate su informazioni fornite dai genitori. Tuttavia, i genitori e gli insegnanti erano a conoscenza del fatto che i loro bambini stessero seguendo o meno la dieta di eliminazione durante la fase 1, e che i bambini entrati a far parte della fase 2 hanno ricevuto gli alimenti test



(l'unica informazione nascosta a genitori e insegnanti era quella riguardante il fatto se i cibi fossero ad alto o basso contenuto di IgG). Pertanto, sia nel gruppo sotto controllo che in quello a dieta, le credenze e le aspettative di genitori e insegnanti circa i cambiamenti nei sintomi di ADHD potrebbero essere state influenzate da queste conoscenze. Quindi, è importante utilizzare misure più oggettive per i risultati del trattamento di tali indagini.

Nella fase 2, i sintomi dell'ADHD si sono presentati in 19 dei 30 bambini (63%) in risposta agli alimenti test. Non sappiamo quale dei sei alimenti tra quelli di test abbia causato l'ipersensibilità, né se alcuni dei restanti 264 alimenti possa causare fenomeni di ipersensibilità nei 19 bambini che hanno avuto una ricaduta e negli 11 che non hanno avuto ricadute durante la fase 2. Per fornire una guida alle famiglie e per evitare inutili restrizioni dietetiche per lunghi periodi, è importante individuare i cibi incriminati. Inoltre, Pelsser e colleghi hanno riportato solo i benefici a breve termine della restrizione dietetica; tuttavia, il mantenimento dei benefici nel tempo e gli eventuali effetti a lungo termine della dieta di eliminazione sullo stato nutrizionale del bambino non sono noti.

Feingold² per primo ha introdotto l'idea che molti bambini siano sensibili ai salicilati alimentari e a coloranti, aromi e conservanti alimentari aggiunti artificialmente, e che eliminando le sostanze illecite si potrebbero migliorare l'apprendimento e i problemi comportamentali, compresa l'ADHD.

Studi sulla popolazione hanno segnalato suscettibilità comportamentali ai coloranti e ai conservanti alimentari artificiali nei bambini con o senza ADHD.^{4, 5} I produttori alimentari sono sempre più sotto pressione da parte dei gruppi di consumatori e ricercatori che chiedono di evitare questi additivi e/o di includere sull'etichetta un avvertimento sugli effetti indesiderati sull'attività e l'attenzione dei bambini.⁶

Gli studi sulla dieta di eliminazione suggeriscono suscettibilità comportamentali a cibi comuni con o senza salicilati.

I genitori dei bambini con ADHD dovrebbero essere messi a conoscenza delle ricerche sulla suscettibilità comportamentale agli alimenti comuni e agli additivi in alcuni bambini. Per i genitori interessati, una strategia attenta sulla dieta di eliminazione può essere attuata soprattutto nei bambini più piccoli, perché la dieta di eliminazione può essere più pratica e più efficace nei bambini più piccoli a causa di un migliore controllo della dieta da parte di chi si prende cura di loro.^{7, 8} Una prova di dieta di eliminazione deve essere attuata solo sotto la supervisione del professionista sanitario del bambino e di un nutrizionista per garantire che durante la crescita i bambini non soffrano di carenze nutrizionali dovute alla dieta restrittiva.^{7, 8} Sulla base delle preferenze dei genitori, la restrizione alimentare può essere effettuata in proprio o con i trattamenti standard raccomandati per l'ADHD.

La diagnosi di sensibilità alimentare è complessa, può richiedere diverse settimane, e può essere onerosa da attuare per le famiglie. La dieta ristretta può essere testata per 2-5 settimane.^{3, 8} Se ci sono benefici, i cibi limitati possono essere nuovamente aggiunti settimanalmente, un componente alla volta, per identificare i cibi problematici da escludere da una dieta permanente meno restrittiva. A mio parere, una dieta di eliminazione rigorosa non deve continuare per più di 5 settimane senza osservare alcun beneficio evidente per via dei tempi, degli sforzi e delle risorse necessarie per attuare la dieta ristretta e perché gli effetti a lungo termine di dieta di eliminazione sullo stato nutrizionale del bambino non sono conosciuti.

Per fare passi in avanti in questo campo e fornire un orientamento clinico per medici e genitori, gli studi futuri dovranno individuare i particolari alimenti incriminati responsabili della reazione di ipersensibilità, includere misure dei risultati più oggettive



e funzionali, rivolgersi alle predizioni sulla risposta o sulla mancata risposta, rivolgersi all'efficacia a lungo termine e alla tollerabilità della dieta restrittiva, valutare la composizione nutrizionale della dieta di eliminazione, valutare l'impatto a lungo termine della dieta di eliminazione sullo stato nutrizionale del bambino, e riferire sulla conformità, sull'approvazione e sul livello di facilità o difficoltà nel mantenere la dieta restrittiva.

(*) *Child and Adolescent Psychiatry, University of Arizona, Tucson, AZ 85724, USA*
jkghuman@email.arizona.edu

Dichiaro di non avere conflitti di interesse.

1 Dulcan MK, Benson RS. AACAP official action: summary of the practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1311-17.

2 Feingold BF. Hyperkinesis and learning disabilities linked to artificial food flavors and colors. *Am J Nurs* 1975; 75: 797-803.

3 Pelsser L, Frankena K, Toorman J, et al. Effect of a restricted elimination diet on the behaviour of children with attention-deficit hyperactivity disorder (INCA study): a randomised controlled trial. *Lancet* 2011; **377**: 494-503.

4 Bateman B, Warner JO, Hutchinson E, et al. The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. *Arch Dis Child* 2004; **89**: 506-11.

5 McCann D, Barrett A, Cooper A, et al. Food additives and hyperactive behaviour in 3-year-old and 8/9-year-old children in the community: a randomised, double-blinded, placebo-controlled trial. *Lancet* 2007; **370**: 1560-67.

6 European Parliament and Council of the European Union. Regulation (EC) No 1333/2008 of the European Parliament and of the Council of 16 December 2008 on food additives. Dec 31, 2008.

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2008:354:0016:0033:en:PDF>
(accessed Jan 29, 2011).

7 Ghuman J, Arnold L, Anthony B. Psychopharmacological and other treatments in preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: current evidence and practice. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2008; **18**: 413-47.

8 Stevens L, Kuczek T, Burgess J, Hurt E, Arnold L. Dietary sensitivities and ADHD symptoms: thirty-five years of research. *Clin Pediatr (Phila)*