

AGGIORNAMENTO SCIENTIFICO

# PIÙ ATTENZIONE A SOSTITUIRE IL LATTE VACCINO

In presenza di una intolleranza o di una vera e propria allergia al latte vaccino trovare un'alternativa è indispensabile, ma non tutte le soluzioni sono ugualmente efficaci e sicure. È questa la direzione comune verso cui tendono, seppur nella loro diversità, due articoli pubblicati di recente su prestigiose riviste internazionali. Gli Archives of Disease in Childhood hanno infatti dato spazio alle nuove linee guida elaborate dall'Act Against Allergy Taskforce per la gestione dell'allergia alle proteine del latte vaccino (CMA) nei lattanti che sono più restrittive rispetto a quelle proposte dall'American Academy of Pediatrics Association (AAP). Pediatrics con lo studio realizzato dai ricercatori della Purdue University dell'Indiana (USA) ha invece preso in considerazione i pazienti più grandicelli e i rischi per la salute delle ossa che soprattutto le femmine corrono quando a torto o a ragione credono di essere intolleranti al latte.

“L'allergia al latte vaccino nei lattanti è un problema complesso che può manifestarsi con un'ampia gamma di sintomi diversi. Il trattamento deve quindi adattarsi ai vari livelli di gravità del disturbo” ha detto Yvan Vandenplas, pediatra alla Vrije Universiteit Brussel e portavoce dell'AAAT. Nelle linee guida che lui e il suo gruppo hanno elaborato si legge che nei lattanti con sospetta intolleranza al latte dovrebbero essere considerate solo formulazioni di documentata ipoallergenicità come gli idrosilati proteici spinti (eHF) o gli aminoacidici (AAF) e nelle forme gravi sarebbe meglio limitarsi a queste ultime. L'uso di formulazioni basate sul latte di altri mammiferi (pecora, bufalo, cavallo, cammello o capra) non è raccomandabile per il rischio di cross-reattività, così come non è da consigliare il latte di soia a causa della possibile intolleranza secondaria. I sostituti del latte a base di cereali, legumi e noci non sono poi da considerare per il loro scarso valore nutrizionale. Queste indicazioni come si diceva sono più restrittive rispetto alle che consentono l'uso di formulazioni a base di idrosilati proteici parziali e il latte di soia almeno per i casi meno gravi. Tuttavia i primi provocano reazioni allergiche significative in una percentuale di casi ritenuta elevata, il latte di soia contrariamente a quanto si crede da problemi a più del 60 per cento dei bambini. Paul V. Williams, del Northwestern Allergy and Asma Center di Seattle che ha collaborato alle ultime linee guida dell'AAP ha comunque fatto sapere che “in questo tipo di decisioni si deve sempre tener conto anche del fattore economico e le formulazioni ipoallergizzanti se l'uso in un paziente non è più che giustificato non lo sono”. Al di là delle indicazioni generali d'uso i pediatri dovrebbero comunque acquisire maggiore familiarità con le formulazioni per l'alimentazione nell'infanzia disponibili in commercio perché come ha dimostrato recentemente Teitelbaum allo stato attuale sono insoddisfacenti anche tra gli esperti in gastroenterologia e nutrizione.

Il problema delle alternative al latte comunque sembra non esaurirsi con lo svezzamento. Leann Matlik e i colleghi della Purdue University hanno scoperto che alle ragazzine delle scuole medie basta pensare di essere intolleranti al latte per modificare la loro alimentazione ed esporsi così al rischio concreto di sviluppare l'osteoporosi. Ma la cosa più sconcertante è che più della metà di loro è assolutamente sana da quel punto di vista. Infatti, delle circa 250 ragazze sottoposte sia al questionario sulla percezione dell'intolleranza al latte sia al test clinico per verificarne la presenza (breath test) ben 47 si autodefinivano intolleranti, ma solo 18 lo erano realmente. Nonostante questa evidente discrepanza tra convinzioni delle partecipanti e realtà, i questionari sulle abitudini alimentari hanno rivelato che l'introito di calcio, alimentare e non, delle “presunte intolleranti” era inferiore alle loro coetanee “sane per convinzione” tanto da aver già compromesso il benessere delle loro ossa. Alla mineralometria risultava infatti che le teenager “presunte intolleranti” avevano una minore densità ossea in ogni sede misurata (vertebre L2-L4, anca e collo femorale) con una differenza evidente e significativa almeno alla colonna lombare.

“Basta una semplice percezione non supportata da fatti concreti per modificare in peggio le abitudini alimentari delle ragazzine, col risultato che una considerevole porzione per altro sana di loro, va incontro a seri danni fisici. Bisognerebbe spiegare a queste fanciulle che non digerire qualche volta il latte non significa essere intolleranti” ha commentato Matlik. “E considerando che l'incidenza del disturbo “vero” tende ad aumentare con

l'età è indispensabile che convinzioni sbagliate non minino la formazione di uno scheletro sano in un periodo così delicato”.

**Fonti:**

*Vandenplas Y et al. Guidelines for the diagnosis and management of cow's milk protein allergy in infant. Arch Dis Child 2007;92:902-908.*

*Teitelbaum JE, Lagmay JP. Familiarity of pediatricians with different commercially available neonatal and infant formulas. Clin Pediatr (Phila) 2007;46(5):418-23.*

*Matlik L et al. Perceived Milk Intolerance Is Related to Bone Mineral Content in 10-to 13-Year-Old Female Adolescents. Pediatrics 2007;120:e669-e667.*