

## ALLERGIA ALLE PROTEINE DEL LATTE VACCINO

L'allergia alle proteine del latte vaccino (**APLV**) è una condizione patologica caratterizzata da una risposta allergica ad alcune proteine contenute nel latte vaccino (soprattutto caseina e beta-lattoglobulina) e va tenuta distinta dall'intolleranza al latte vaccino, definita come idiosincrasia al lattosio (principale zucchero contenuto nel latte) per deficit di lattasi (enzima intestinale deputato alla sua digestione).

L'APLV clinicamente si manifesta con sintomi **cutanei, gastrointestinali, respiratori** e può addirittura portare a manifestazioni di tipo anafilattico.

L'età media d'inizio della sintomatologia è intorno ai tre mesi, ma la malattia può insorgere anche più precocemente.

Si possono avere reazioni di tipo immediato (quali anafilassi, orticaria, eczema, asma), reazioni intermedie (come il vomito e la diarrea) che insorgono dopo 1-20 ore dall'ingestione dell'allergene, e reazioni tardive che si presentano dopo 20 ore dall'assunzione dell'alimento scatenante.

Nei lattanti con sintomi di APLV è possibile arrivare ad una diagnosi certa mediante l'esecuzione di test cutanei specifici (Prick-test e Prick by Prick), il dosaggio nel sangue delle IgE specifiche (RAST), l'utilizzo di diete di eliminazione.

Importante è la **prevenzione**, cioè cosa è necessario fare per evitare che possa insorgere questo fastidioso problema. Innanzitutto bisogna individuare le categorie maggiormente a rischio (essenzialmente i lattanti con doppia familiarità allergica, soprattutto di tipo alimentare); quindi si raccomanda alla madri di allattare al seno il loro bambino e di allattarlo il più a lungo possibile; si escludono dalla loro dieta proteine del latte vaccino e dell'uovo durante l'allattamento, e si inizia lo svezzamento in modo molto graduale con una dieta ipoantigenica. Alle mamme, inoltre, è raccomandato di eseguire un'attenta bonifica ambientale per acari della polvere, muffe, fumo di sigaretta ed epiteli animali. Queste regole valgono anche qualora un'APLV si sia già manifestata, soprattutto la raccomandazione di continuare ad allattare al seno. Se l'allattamento al seno non fosse possibile, sarà necessario utilizzare dei sostituti del latte materno: il latte cosiddetto "idrolisato spinto" in caso di APLV con sintomi gastrointestinali, ed eventualmente il latte di soia in caso di APLV senza sintomi gastrointestinali.

Nell'allergia alle proteine del latte gli alimenti sostitutivi attualmente disponibili sono:

- **Idrolisati:** si chiamano così perché le loro proteine hanno subito un processo di idrolisi mediante trattamento al calore, idrolisi enzimatica, ed un processo post-idrolisi di ultrafiltrazione.

In questo modo alla fine questi lattini contengono l'80-100% di peptidi con peso molecolare inferiore ai 1500 Dalton, cioè frammenti proteici incapaci di dare reazioni in vitro ed in vivo. Sono indicati nei casi in cui è sconsigliato utilizzare un latte di soia o quando compaiono segni d'intolleranza alle proteine del latte di soia, sono

adeguati dal punto di vista nutrizionale, hanno una buona efficacia ma purtroppo una scarsa palatabilità ed un elevato costo.

- **Latte di soia:** viene prodotto utilizzando le proteine isolate della soia, con aggiunta di grassi (oli vegetali come soia, cocco, mais, girasole, palma), carboidrati (saccarosio, amido di mais, tapioca), vitamine ed oligoelementi. Viene raccomandato in caso di APLV con manifestazioni che non siano gastrointestinali, ma è sconsigliato nelle forme di APLV con sintomatologia gastrointestinale, nella rialimentazione dopo diarrea acuta, nella prevenzione delle allergie. Questo tipo di latte non contiene proteine animali, ma vegetali, derivate appunto dalla soia e può provocare anch'esso una sensibilizzazione nel 20% dei bambini trattati.
- **Diete con carne preparata in casa,** hanno una buona palatabilità, costano poco, ma devono essere integrate con calcio e vitamine.
- **Diete elementari:** costituite da prodotti a base di aminoacidi, molto efficaci ma molto costose e molto sgradevoli.
- **Latte di capra:** poco usato perché contiene proteine simili a quelle del latte di mucca e va sempre integrato con acido folico, di cui è privo.
- **Latte d'asina:** difficile da trovare, molto costoso, ma molto ben tollerato e di ottimo gusto.
- **Latti ipoallergenici (HA):** in uso da molti anni. Non hanno dimostrato evidenti vantaggi, infatti non si è dimostrato che abbiano la reale capacità di proteggere dalla allergia al latte vaccino. Sono comunque di gusto poco gradevole e discretamente costosi.

Una volta stabilita la dieta appropriata ed ottenuto il miglioramento dei sintomi, è opportuno chiedersi se la dieta senza latte e latticini dovrà essere seguita per tutta la vita o se col tempo si stabilirà una "tolleranza". Generalmente la maggioranza dei bambini (almeno il 75%) diviene tollerante raggiunti i 3 anni di età, soprattutto quei bambini con sintomi non IgE mediati. È importante ricordarsi che molto spesso, purtroppo, si esaurisce l'allergia alimentare e compare invece l'allergia ai principali allergeni inalanti (pollini, acari della polvere, epitelio di animali, muffe).