

L'allergia alle proteine del latte vaccino (APLV o CMA Cow's Milk Allergy per gli anglosassoni) rappresenta la forma di allergia alimentare più diffusa nei primi 3 anni di età con una prevalenza del 2-3% e un picco d'insorgenza tra i 3 e i 5 mesi.

Secondo la SIP (Società Italiana di Pediatria) le diagnosi di APLV e di intolleranza al lattosio, negli ultimi anni, sono aumentate considerevolmente però spesso si tratta di diagnosi errate basate più sulla percezione da parte dei genitori o sulla scorretta interpretazione dei sintomi che su validati test di laboratorio.

Cos'è l'APLV e quali sono i sintomi nei bambini?

L'allergia alle proteine del latte vaccino nel bambino è una reazione immunomediata cioè regolata dal sistema immunitario che reagisce in maniera anomala in seguito all'esposizione ad una o più proteine del latte vaccino (solitamente caseina e beta-lattoglobulina). In oltre la metà dei casi le reazioni avverse dell'APLV sono mediate dalle IgE (immunoglobuline E), una classe di anticorpi che interviene in maniera specifica nelle reazioni allergiche. Le reazioni IgE mediate sono dette anche di ipersensibilità di tipo 1, si caratterizzano per una rapida comparsa dei sintomi, entro massimo 30 minuti dall'ingestione del latte, e sono quelle più gravi. Le forme IgE mediate molto spesso si associano ad altre forme di allergie alimentari (uova, arachidi, soia), alla dermatite atopica o all'asma. Negli altri casi le reazioni non sono legate all'azione delle IgE bensì ad altre cellule come i linfociti (ipersensibilità di tipo 4) o immunocomplessi con le IgA o le IgG (ipersensibilità di tipo 3) e possono comparire anche a distanza di giorni, manifestandosi con sintomi meno gravi.

E' nei meccanismi immunitari alla base dell'APLV che risiede la differenza sostanziale con l'intolleranza al lattosio in cui i sintomi sono legati alla carenza di un enzima, la lattasi, e non sono mediate dal sistema immunitario.

Vuoi sapere di più sull'intolleranza al lattosio?

Leggi anche: [Intolleranza al lattosio: cause e sintomi](#)

In base ai meccanismi immunologici scatenanti possiamo distinguere 3 tipologie di reazioni sia in termini di gravità che di insorgenza d'azione, che sono:

- **Gravi:** sono le reazioni definite anche immediate che compaiono entro massimo 30 minuti. Le reazioni di tipo immediato sono: l'orticaria, l'angioedema, lo shock anafilattico, l'edema della laringe, l'eczema, il distress respiratorio acuto.
- **Moderate:** sono le reazioni intermedie che si manifestano da 1 a 20 ore dopo l'ingestione dell'antigene. Le più frequenti sono: vomito, diarrea, coliche addominali, reflusso gastro-esofageo.
- **Lievi:** sono le reazioni tardive che si manifestano dopo almeno un giorno dall'assunzione dell'alimento. Tra queste abbiamo sintomi gastrointestinali (come nelle forme moderate) e cutanei, nei casi in cui non si giunge a una diagnosi in tempi brevi le reazioni lievi possono "cronicizzarsi" causando un deficit di crescita, la sindrome enterocolitica allergica, l'esofagite eosinofila, l'enteropatia con ipoalbuminemia.

Abbiamo visto che i sintomi dell'allergia alle proteine del latte vaccino sono molteplici, questo spiega in parte anche molti i casi di diagnosi errate. I più frequenti sono:

- vomito
- orticaria
- gonfiore a bocca, viso, laringe e glottide
- rush cutanei ed eczemi
- dispnea
- diarrea a volte con presenza di sangue nelle feci
- coliche addominali
- [reflusso gastro-esofageo](#)
- prurito
- eruzioni cutanee pruriginose (spesso localizzate intorno alla bocca)
- tosse stizzosa

- lacrimazione eccessiva e rinite
- irritabilità
- pianto eccessivo e frequente

Ecco come capire se si tratta di APLV

Secondo le linee guida DRACMA (Diagnosis and Rationale for Action Against Cow's Milk Allergy), universalmente accettate per lo studio dell'APLV, la diagnosi di certezza di allergia alle proteine del latte vaccino parte da un sospetto e termina con un test di provocazione orale per alimenti (TPO) o test di scatenamento o challenge.

Nei lattanti con sintomi suggestivi di APLV il percorso diagnostico può partire dai test cutanei specifici (Prick test), dal dosaggio delle IgE specifiche (RAST) però questi test sono gravati da possibili errori sia come falsi positivi nel senso che possono risultare positivi in bambini che tollerano il latte e sia come falsi negativi nel senso che possono essere negativi anche in presenza di allergia alimentare. Perciò nel sospetto di allergia alle proteine del latte vaccino l'unico test considerato gold standard per la diagnosi continua ad essere il TPO (sia per le forme IgE mediate che nelle altre); l'unica eccezione sono i bimbi con anamnesi di anafilassi nei quali è sufficiente il riscontro di un Prick Test o RAST positivo anche perché il TPO in questi bambini potrebbe risultare estremamente rischioso.

Il TPO oltre ad essere utilissimo per la diagnosi di APLV riveste un ruolo fondamentale anche per stabilire se dopo un periodo, di almeno 4 settimane, di abolizione totale dalla dieta di alimenti contenenti proteine del latte vaccino, il bambino ha sviluppato una tolleranza. In questi casi il test consiste nella reintroduzione dell'alimento incriminato nella dieta del bambino per valutarne la reazione. Ovviamente deve essere fatto in ambiente protetto, solitamente in regime di day-hospital, soprattutto per quei bambini che hanno manifestato reazioni di tipo immediato (cioè IgE mediate). L'esecuzione del TPO per valutare la tolleranza è basata sul principio che molte allergie alimentari, tra cui appunto quella al latte, tendono col tempo a scomparire e quindi per questi pazienti risulterebbe inutile, oltre che dannoso, continuare con una dieta di privazione. Esistono dei casi in cui però la riesposizione fallisce, nel senso che il bambino presenta nuovamente reazioni avverse dopo l'esecuzione del TPO

(anche dopo la dieta di eliminazione), sono solitamente quei bambini che hanno livelli di IgE molto elevati; in questi casi si continua con la dieta di privazione e si ripete il TPO dopo 6-12 mesi (sarà l'allergologo a stabilire le tempistiche).

Rimedi: il trattamento dell'APLV nel neonato e bambino

E' inutile dirlo che la prima raccomandazione è quella di proseguire l'allattamento al seno per un tempo congruo perché il latte materno contiene una minore quantità di proteine del latte mentre è ricco di immunomodulatori "naturali" che permettono una più adeguata differenziazione della flora intestinale riducendo l'incidenza di casi di APLV rispetto ai bambini allattati con formula o con allattamento misto.

Nei casi di impossibilità a proseguire l'allattamento al seno, soprattutto per carenza del latte materno, nei lattanti a rischio atopico ed in quelli affetti da allergia alle proteine del latte vaccino (APLV) l'unica possibilità è quella di optare per i *latti speciali* che consentono di evitare l'esposizione agli allergeni e hanno un apporto corretto e bilanciato di sostanze nutritive. Le tipologie di latte speciale più utilizzate comprendono:

1. le formule idrolizzate: sono quelli in cui le proteine del latte sono state praticamente frammentate al fine di renderle meno allergizzanti. In queste formule l'idrolisi può essere totale (eHF) oppure parziale (pHF). Gli eHF, in cui le proteine oltre ad essere state idrolizzate sono state sottoposte anche a un processo di filtrazione, rappresentano la prima scelta nei bambini con diagnosi di APLV perché si sono dimostrati efficaci in oltre il 90% dei casi. Nonostante i trattamenti a cui sono sottoposti queste formule conservano un buon profilo nutrizionale ma hanno come contro la palatabilità non sempre ottima. Gli idrolisati parziali non sono indicati nei casi di APLV in cui si siano avute reazioni IgE mediate, sono più utilizzati in modo preventivo per i bambini atopici.
2. le formule a base di aminoacidi: sono una valida alternativa per i bambini che hanno mostrato forme di ipersensibilità anche agli eHF o in quelli che hanno avuto gravi reazioni IgE mediate.
3. le formule a base di soia: si ottiene aggiungendo alle proteine della soia una miscela di grassi (olio di soia, di cocco, di girasole, di mais), carboidrati (amido di mais, saccarosio,

tapioca), vitamine e sali minerali. L'utilizzo del latte di soia è indicato solo dopo i 6 mesi di età per il rischio di allergie (infatti l'allergenicità delle proteine della soia si attesta intorno al 20-35%) ed inoltre c'è la possibilità di trovare proteine derivate da soia transgenica per cui spesso si preferiscono le formule a base di idrolisati del riso.

4. i latti di altre specie animali: il latte di pecora, capra e bufala non può essere utilizzato nei bambini con APLV perché alcune delle proteine in essi contenute hanno struttura simile a quella delle proteine del latte vaccino per cui potrebbero causare reazioni analoghe per un fenomeno chiamato di cross-reattività. Esistono in letteratura studi di tollerabilità incoraggianti per quel riguarda il latte di asina, cavalla e cammella (quest'ultimo ovviamente non consigliabile nel nostro paese) che però necessitano ancora di approfondimenti circa la garanzia di adeguato apporto nutrizionale. In Italia gli studi si stanno focalizzando sul latte d'asina (vi è anche un [progetto patrocinato dall'ospedale Meyer di Firenze](#)) che sembra essere quello più simile al latte materno tranne che per il quantitativo di grassi che è più basso per cui nello studio è stata prevista l'aggiunta al latte dell'olio di oliva.

Scritto da:

[Dott.ssa Cristina Pepe](#)



CERCHI UN **PEDIATRA A CASA?**

11:29
Elenco Medici
Seleziona uno o più medici e attendi il primo che risponderà
SELEZIONA TUTTI

<input type="radio"/>		Dott. Iva Trevisano Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Domenico Arcuri Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Maria Pia Panicucci Non Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Gaetano Padovano Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Marzio Calabresi Disponibile	
<input type="radio"/>		Dott. Sebastiano Cremonesi Non Disponibile	

SCARICA L'APP

  

Fonti:

The global impact of the DRACMA guidelines cow's milk allergy clinical practice. *World Allergy Organ Journal* - January 2018

www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29308116

Cow's milk allergy: towards an update of DRACMA guidelines. *World Allergy Organ Journal* - November 2016 -

www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5109783/

L'allergia alle proteine del latte: le Linee Guida DRACMA - *Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica*- Gennaio 2011

Revisione delle linee guida DRACMA - *Supplemento Rivista di Immunologia e Allergologia Pediatrica* - Febbraio 2012