Alimentazione del bambino e sviluppo di sintomi atopici

Data 21 maggio 2009
Categoria pediatria

Ribadito il ruolo protettivo dell'allattamento al seno e la necessità di non introdurre alimenti solidi prima dei 4 mesi.

Una serie di lavori studiano la relazione tra alimentazione del bambino nel primo periodo di vita e sviluppo di sintomi atopici.

Uno studio di coorte realizzato in Olanda si è posto l'obiettivo di verificare il potenziale effetto dello stato allergico materno sulla relazione tra durata dell'allattamento al seno e sviluppo di manifestazioni atopiche nei primi 2 anni di vita.

Sono stati per questo motivo utilizzati i dati della coorte "Koala" e quelli di un gruppo di bambini nati da madri con stile di vita definito "alternativo" identificate grazie a contatti con negozi di cibo biologico, medici e infermiere antroposofici, scuole Steineriane.

Le informazioni sono state raccolte grazie a questionari somministrati alla 34a settimana di gestazione e a 3, 7, 12 e 24 mesi dopo la nascita. Le IgE totali e specifiche materne e del bambino venivano valutate rispettivamente durante la gravidanza e a 24 mesi.

L'esposizione all'allattamento materno è stata definita in base alla durata (mai allattato al seno, da 0 a 3 mesi, da 4 a 7 mesi, da 7 a 9 mesi, più di 9 mesi); la storia di allergia della madre era classificata in 3 categorie:

1) non allergica e non asmatica;

2) allergica ma non asmatica;

3) asmatica, a prescindere da altre malattie allergiche.

Sono stati arruolati 2705 bambini di cui il 93% (2516) ha completato il questionario a 2 anni e il 30% (818) ha ricevuto la vista domiciliare (con prelievo per IgE). 476 soggetti provenivano dal gruppo "alternativo" e 2229 da quello "convenzionale".

185 bambini alimentati con formule ipoallergeniche tra la nascita e i primi 3 mesi sono stati esclusi dalle analisi. In questo gruppo infatti era presente un rischio maggiore di eczema nei primi 2 anni di vita rispetto ai neonati che non hanno ricevuto tali formule ma questo dato poteva esser spiegato da un meccanismo di causalità inversa (il latte ipoallergenico veniva introdotto dopo la comparsa delle manifestazioni cutanee).

I risultati dell'analisi multivariata hanno messo in evidenza che una maggior durata dell'allattamento al seno (AS) era associata ad un rischio più basso di eczema nei bambini di mamma non allergica e non asmatica (p per trend=0.01) e a una modesta riduzione del rischio nei bambini di madri allergiche ma non asmatiche (p per trend =0.14). Nessuna associazione è stata invece evidenziata per le madri asmatiche. Un AS prolungato diminuiva il rischio di wheezing ricorrente indipendentemente dallo stato allergico della madre.

Gli autori concludono che la relazione tra AS ed eczema nei primi due anni di vita è modificata dallo stato allergico della madre. L'effetto protettivo del latte materno sul wheezing ricorrente può essere spiegato dalla protezione nei confronti delle infezioni respiratorie.

Lo studio ha il limite importante di aver definito l'allattamento materno solo in base alla sua durata, non tenendo in alcun conto il problema della quantità (esclusività o meno). L'esposizione all'AS non può in questo modo essere valutata in maniera appropriata e quindi i risultati del lavoro sono fortemente limitati.

Un editoriale di accompagnamento sottolinea i limiti del lavoro e ne presenta i risultati alla luce delle altre evidenze disponibili sull'argomento. Viene in particolare sottolineato che esistono 2 revisioni sistematiche della letteratura del 2001 che affermano con forza il possibile ruolo protettivo del latte materno nei bambini con atopia.

Il secondo lavoro è uno studio prospettico su una coorte di neonati realizzato in Germania con l'obiettivo di valutare l'associazione tra tempo di introduzione di cibi solidi nei primi 12 mesi e comparsa di eczema nei primi 4 anni di vita.

La coorte è costituita da 2 gruppi: il primo (definito gruppo di intervento) era stato coinvolto in un precedente trial controllato randomizzato che aveva studiato l'effetto di 3 formule idrolisate sullo sviluppo di allergia. In questo trial erano stati reclutati 2252 bambini con storia familiare di allergia. Le madri erano state incoraggiate ad allattare al seno per almeno 4 mesi, a non introdurre nella dieta del bambino alimenti solidi nei primi 4 mesi e successivamente a introdurre solo 1 nuovo alimento alla settimana, evitando nel primo anno quelli potenzialmente allergizzanti (latte vaccino, latticini, uovo, pesce, pomodoro, noci). Alla sospensione dell'allattamento materno i bambini ricevevano in maniera

randomizzata una formula comune e 3 diverse formule idrolisate. Il secondo gruppo era costituto da 3759 lattanti senza storia familiare di allergia o i cui genitori non avevano accettato di partecipare al trial. Questo gruppo non aveva ricevuto alcuna raccomandazione sull'alimentazione.

I bambini sono stati seguiti fino al 4° anno di vita con questionari annuali. Due sono stati gli esiti valutati, l'eczema diagnosticato da un medico e l'eczema sintomatico (prurito), presente nelle sedi classiche di dermatite atopica, ricorrente o durato più di 6 mesi nel 1° anno e più di 2 settimane dal 2° al 4° anno di follow up. L'esposizione (AS e introduzione di cibi solidi) è stata valutata in maniera retrospettiva alla fine del 1° anno di vita. La perdita al follow up è stata abbastanza elevata (14% nel gruppo di intervento e 25% nell'altro). I due gruppi erano chiaramente diversi per storia familiare di allergia e per pratiche di alimentazione.

I risultati hanno messo in evidenza una maggiore frequenza di eczema nel gruppo di intervento rispetto al gruppo di controllo ($p<0.001$). L'analisi multivariata non ha evidenziato associazione tra eczema e tempo di introduzione dei cibi solidi o diversità dei solidi introdotti.

Gli autori concludono che, rispetto alla prevenzione dell'eczema, i risultati dello studio non supportano né una ritardata introduzione dei cibi solidi oltre il 4° mese, né una ritardata introduzione dei cibi solidi più potenzialmente allergenici oltre il 6° mese di vita.

Lo studio presenta diversi problemi metodologici (la raccolta retrospettiva delle informazioni sull'alimentazione, la perdita al follow up, l'inclusione di un gruppo di intervento che ha ricevuto formule speciali). Anche questo lavoro è commentato nell'editoriale di J Pediatr già segnalato. Vi viene sottolineato che le evidenze in letteratura sono discordanti e 2 revisioni sistematiche del 2006 riportano come una più precoce introduzione nella dieta del lattante di cibi solidi (ad esempio nei primi 4 mesi) sia un possibile fattore di rischio per lo sviluppo di eczema, con evidenze più incerte rispetto alle altre forme di atopia.

Pediatrics ha pubblicato uno studio molto simile al precedente, di coorte e sempre realizzato in Germania. In questo caso sono stati studiati 2073 bambini della coorte LISA, reclutati alla nascita e seguiti fino all'età di 6 anni con questionari somministrati a 6 mesi e poi a 1, 1,5, 2, 4 e 6 anni. A 2 e 6 anni i bambini sono stati anche visitati ed è stato eseguito un prelievo per IgE specifiche. Oltre all'eczema (sintomatico e diagnosticato da un medico) venivano raccolte con questionario informazioni su asma e rinite allergica. La storia alimentare veniva valutata a 6 mesi (AS, tempi e modalità di svezzamento). Sono state raccolte informazioni su stato allergico dei genitori e sulla loro scolarità.

La coorte reclutata alla nascita comprendeva 3097 neonati mentre informazioni complete sull'alimentazione e sugli esiti di atopia erano disponibili per 2073 bambini (perdita del 33%). Informazioni sulla sensibilizzazione a inalanti erano invece disponibili a 6 anni per 1123 bambini (perdita del 64% rispetto alla coorte originale).

I risultati hanno messo in evidenza come l'introduzione ritardata di cibi solidi (dopo i 4 o 6 mesi di vita) non fosse associata con una probabilità ridotta di asma, rinite allergica o sensibilizzazione verso cibi o inalanti all'età di 6 anni. La relazione tra il tempo di introduzione dei cibi solidi e eczema non è risultata essere invece chiara.

Anche questo studio quindi conferma l'incertezza esistente su questo tema.

Si riportano infine le principali conclusioni di un Clinical Report pubblicato su Pediatrics che riassume i principali aspetti relativi alla prevenzione dell'atopia nel bambino attraverso interventi dietetici precoci.

Il documento è stato predisposto dal Committee on Nutrition e dalla Section on Allergy and Immunology dell'American Academy of Pediatrics. Non sono riportati dettagli su come sia stata realizzata la revisione della letteratura.

Le evidenze al momento disponibili sono riassunte dai seguenti punti:

1) ci sono evidenze insufficienti sul ruolo di restrizioni dietetiche della madre in gravidanza o durante l'AS nella prevenzione delle malattie atopiche nel bambino;

2) per il bambino ad alto rischio di atopia e per i primi 2 anni di vita, ci sono evidenze a favore di un ruolo protettivo dell'AS esclusivo per almeno 4 mesi (rispetto all'alimentazione con formula comune) sullo sviluppo di dermatite atopica e allergia al latte vaccino;

3) ci sono evidenze che l'AS esclusivo per almeno 3 mesi protegga rispetto al wheezing nel primo periodo di vita, mentre, nei bambini ad alto rischio di atopia, non ci sono evidenze convincenti rispetto alla protezione verso l'asma allergica dopo i 6 anni di vita;

4) nei bambini ad alto rischio non allattati al seno in maniera esclusiva per 4-6 mesi o alimentati con formula, ci sono modeste evidenze che l'uso di formule idrolisate (soprattutto se spinte) possano ritardare o prevenire la dermatite atopica;

5) non ci sono evidenze convincenti sul ruolo di formule a base di soia nella prevenzione dell'allergia;

6) sebbene i cibi solidi non dovrebbero essere introdotti prima di 4-6 mesi di vita, non ci sono evidenze

convincenti che una loro introduzione ritardata oltre questo periodo porti ad un effetto protettivo significativo sullo sviluppo di atopia; questa considerazione vale anche per gli alimenti considerati altamente allergizzanti (pesce, uova, ecc);

7) per i bambini dopo i 4 e 6 mesi di vita ci sono dati insufficienti a supporto dell'effetto protettivo di qualsiasi intervento dietetico.

I quattro lavori riportati affrontano un problema quotidiano per il pediatra, dibattuto in letteratura da lunga data, ma con prese di posizione e comportamenti molto difformi nelle raccomandazioni e nella pratica. La nuova presa di posizione della Committee on Nutrition e dalla Section on Allergy and Immunology dell'American Academy of Pediatrics, riassunta nei 7 punti indicati, in modo autorevole e basata sull'evidenza, è auspicabile che riconduca il problema, nella pratica clinica, nei confini della assoluta ragionevolezza.

Poche cose servono (allattare al seno, non introdurre cibi solidi prima di 4 mesi, meglio non prima di 6); il resto è inutile e probabilmente rischioso.

Referenze

Snijders BE, Thijs C, Dagnelie PC, et al. Breast-Feeding Duration and Infant Atopic Manifestations, by Maternal Allergic Status, in the First 2 Years of Life (KOALA Study). J Pediatr 2007;151:347-51.
Sicherer SH. Food for thought on prevention and treatment of atopic disease through diet. J Pediatr 2007;151:331-3.
Filipiak B, Zutavern A, Koletzko S, et al; GINI-Group. Solid Food Introduction in Relation to Eczema: Results from a Four-Year Prospective Birth Cohort Study. J Pediatr 2007;151:352-8.
Zutavern A, Brockow I, Schaaf B, et al; LISA Study Group. Timing of Solid Food Introduction in Relation to Eczema, Asthma, Allergic Rhinitis, and Food and Inhalant Sensitization at the Age of 6 Years: Results From the Prospective Birth Cohort Study LISA. Pediatrics 2008; 121: e44-e52.
Greer FR, Sicherer SH, Burks AW. Effects of early nutritional interventions on the development of atopic disease in infants and children: the role of maternal dietary restriction, breastfeeding, timing of introduction of complementary foods, and hydrolyzed formulas. Pediatrics 2008;121(1):183-91.
Miceli Sopo S. I cibi solidi nella dieta del bambino. Serve tardarne l'introduzione ai fini della prevenzione delle allergie? Medico e Bambino 2008;27:21-26.
Fiocchi A. Alimenti solidi, evidenze liquide? Non direi. Medico e Bambino 2008;27:27-31

Contenuto gentilmente concesso da: Associazione Culturale Pediatri (ACP) - Centro per la Salute del Bambino/ONLUS CSB - Servizio di Epidemiologia, Direzione Scientifica, IRCCS Burlo Garofolo, Trieste; tratto da: Newsletter pediatrica. Bollettino bimestrale- Agosto-Ottobre 2007.