

Allattamento al seno: scienza e conformismo

SAMUELE NAVIGLIO

Scuola di Specializzazione in Pediatria, Clinica Pediatrica, IRCCS Materno-Infantile "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Finalmente una visione lucida, giovane, ragionevole e scientifica, sull'allattamento al seno.

Questo numero di *Medico e Bambino* dà ampio spazio a tre interventi sull'allattamento al seno: due sulle pagine elettroniche, a cura di Uga e coll., ne approfondiscono il potenziale biologico e i possibili vantaggi per il bambino dal punto di vista dello sviluppo del sistema immunitario, mentre l'articolo di Giusti (pag. 42) ci propone una riflessione sulle peculiarità della ricerca e della comunicazione scientifica in questo ambito, evidenziandone i paradossi e le contraddizioni.

La scienza dell'allattamento al seno è sostenuta da innumerevoli studi che ne enfatizzano i benefici effetti sia in termini psico-relazionali che in quelli più strettamente biologici e nutrizionali¹. È stato calcolato che l'implementazione dell'allattamento esclusivo al seno per 6 mesi e complementare fino all'anno di vita nei Paesi in via di sviluppo potrebbe prevenire il 13% della mortalità infantile mondiale².

L'elenco dei componenti del latte materno potenzialmente benefici è lungo e impossibile da riassumere. Esso contiene, tra gli altri, numerosi ormoni, fattori di crescita cellulare, mediatori del sistema gastrointestinale, immunoglobuline, leucociti, citochine, sostanze dal potere antimicrobico e allo stesso tempo sostanze favorevoli alla colonizzazione intestinale da parte di microrganismi favorevoli³⁻⁶. Nei neonati pretermine è stato dimostrato che il latte materno favorisce lo sviluppo e la maturità della mucosa intestinale, ed è in grado di ridurre il rischio di sepsi e di enterocolite necrotizzante⁷. Senza dimenticare poi la presenza di sostanze con effetto antinfiammatorio e promuoventi l'acquisizione della tolleranza

immunologica, che danno al latte materno la dignità di un vero e proprio organo immunologico accessorio⁸. E anche in questo senso possono essere letti gli articoli di Uga e coll. sulle pagine elettroniche.

La seconda e non meno importante qualità del latte materno è il suo valore nutrizionale⁹. È noto che la sua composizione è adattata alle necessità del bambino in crescita, con l'importante eccezione della vitamina D, della quale è raccomandata la supplementazione¹⁰. L'allattamento al seno inoltre favorisce l'autoregolazione dell'assunzione da parte del bambino, cosicché gli allattati al seno presentano una curva di crescita tendenzialmente diversa da quella dei bambini allattati con latte di formula, in particolare una crescita ponderale più lenta dopo i 3 mesi di vita¹¹. La capacità di modulare la crescita del tessuto adiposo in una fase di fisiologica iperplasia cellulare potrebbe stare alla base della ridotta frequenza di obesità infantile negli allattati al seno.

Dobbiamo continuare a sorprenderci di tutto questo? Non è che ogni dimostrazione della superiorità del latte materno non è altro che la scontata conferma dell'ineludibile principio evolutivistico della selezione delle caratteristiche vantaggiose per la specie? In milioni di anni di spinte evolutive, infatti, la composizione del latte materno non può che essere stata calibrata nel modo più efficace per la nutrizione del cucciolo di uomo¹². E, di fatto, non desta alcuna sorpresa l'apprendere che l'allattamento al seno materno è la forma di nutrizione più vantaggiosa per i cuccioli di qualsiasi specie di mammifero¹³. Non di rado le evidenze scienti-

fiche sulla superiorità dell'allattamento al seno appaiono tautologiche e scontate e in alcuni casi forzate e poco sostenibili. L'evidenza di un rapporto causa/effetto tra allattamento al seno e prevenzione di condizioni patologiche multifattoriali dell'età adulta come le malattie cardiovascolari, le performance cognitive e comportamentali, il profilo lipidico o la pressione sistolica, poggia su studi quantomeno discutibili sia perché non si tratta mai di studi randomizzati controllati (nei fatti impossibili nel caso dell'allattamento al seno) sia per la debolezza metodologica degli studi stessi, data dall'enorme distanza temporale tra l'esposizione e la valutazione dell'effetto e dalla difficoltà di quantificare il peso di un altissimo numero di variabili confondenti. Questi studi, inoltre, sono spesso relativamente deboli e non dotati della sufficiente numerosità. Senza dimenticare che esiste sicuramente un ampio bias di pubblicazione, sicché noi siamo a conoscenza solo degli studi positivi e non di quelli inconcludenti.

Ma anche qualora fosse possibile eseguire studi di numerosità adeguata e più corretti sul piano metodologico, quale e quanta sarebbe l'utilità effettiva dei risultati in confronto all'entità delle risorse consumate? Non c'è evidenza alcuna che la pratica dell'allattamento al seno, che tutti noi pediatri dobbiamo sostenere come compito primario, sia stata positivamente influenzata dagli studi che dimostrano i suoi benefici a lungo e lunghissimo termine. Ciononostante questi studi continuano a essere pubblicati distraendo la ricerca da questioni più rilevanti, pratiche e tuttora insolite dell'alimentazione infantile.

Come ad esempio la questione delle strategie di supporto all'allattamento al seno e delle difficoltà che tutt'oggi esso incontra sia nei Paesi in via di sviluppo che in quelli occidentali. O della sua durata ottimale e del possibile valore aggiunto della alimentazione complementare. Occorre a questo fine lasciarsi guidare da una assoluta onestà scientifica, senza apriorismi, prendendo in considerazione tutte le evidenze disponibili. Come ad esempio quelle che suggeriscono un effetto protettivo sulla sensibilizzazione allergica della precoce introduzione degli antigeni alimentari ("io mi svezzo da solo"), in piena contraddizione con precedenti raccomandazioni che caldeggiavano l'introduzione ritardata degli alimenti ritenuti più allergizzanti come uova e pesce^{14,15} e più in generale di tutti i cibi solidi. L'esposizione relativamente precoce agli antigeni alimentari della mucosa intestinale è un evento critico nel favorire l'acquisizione della tolleranza, specie se avviene sotto la "guida" del latte materno⁸, ed è ragionevole supporre che sia quello che è sempre accaduto nella vita reale del cucciolo d'uomo^{16,17}. Attualmente, su queste problematiche, così rilevanti per il lavoro quotidiano del pediatra e per la salute dei bambini, gli studi sono poco numerosi e le raccomandazioni delle diverse società scientifiche, come l'ESPGHAN, l'*American Academy of Pediatrics* e l'OMS stessa, sono discordanti e non sempre basate sull'evidenza scientifica^{18,19}. Non abbiamo bisogno di ulterio-

ri studi sugli effetti tanto lontani nel futuro quanto improbabili di quella che sappiamo già essere l'alimentazione migliore possibile per il cucciolo dell'uomo. Abbiamo bisogno che la scienza dell'alimentazione al seno si orienti, in maniera più libera e meno conformista, a darci altre risposte, più pratiche e perciò più rilevanti, sulle questioni ancora aperte (o che oggi si aprono) della nutrizione infantile. Di qua e di là dal mare...

Conflitto di interesse: nessuno

Indirizzo per corrispondenza:

Samuele Naviglio

e-mail: samuele.naviglio@gmail.com

Bibliografia

1. Ip S, Chung M, Raman G, et al. Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. *Evid Rep Technol Assess (Full Rep)* 2007;(153):1-186.
2. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362:65-71.
3. Hettinga K, van Valenberg H, de Vries S, et al. The host defense proteome of human and bovine milk. *PLoS One* 2011;6:e19433.
4. Liao Y, Alvarado R, Phinney B, Lönnnerdal B. Proteomic characterization of specific minor proteins in the human milk casein fraction. *J Proteome Res* 2011;10:5409-15.
5. Garofalo R. Cytokines in human milk. *J Pediatr* 2010;156:S36-40.
6. Lönnnerdal B. Bioactive proteins in human

milk: mechanisms of action. *J Pediatr* 2010;156:S26-30.

7. Schanler RJ, Shulman RJ, Lau C. Feeding strategies for premature infants: beneficial outcomes of feeding fortified human milk versus preterm formula. *Pediatrics* 1999;103:1150-7.

8. Verhasselt V. Neonatal tolerance under breastfeeding influence. *Curr Opin Immunol* 2010;22:623-30.

9. Emmett PM, Rogers IS. Properties of human milk and their relationship with maternal nutrition. *Early Hum Dev* 1997;49:S7-28.

10. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012;129:e827-41.

11. Agostoni C, Grandi F, Gianni ML, et al. Growth patterns of breast fed and formula fed infants in the first 12 months of life: an Italian study. *Arch Dis Child* 1999;81:395-9.

12. Oftedal OT. The evolution of milk secretion and its ancient origins. *Animal* 2012;6:355-68.

13. Stevens CE, Hume ID. Digestion of carbohydrate, lipids and protein, and the absorption of end products. In: *Comparative Physiology of the Vertebrate Digestive System*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2004.

14. Joseph CLM, Ownby DR, Havstad SL, et al. Early complementary feeding and risk of food sensitization in a birth cohort. *J Allergy Clin Immunol* 2011;127:1203-10.e5.

15. Prescott SL, Smith P, Tang M, et al. The importance of early complementary feeding in the development of oral tolerance: concerns and controversies. *Pediatr Allergy Immunol* 2008;19:375-80.

16. Berin MC, Sicherer S. Food allergy: mechanisms and therapeutics. *Curr Opin Immunol* 2011;23:794-800.

17. Fox AT, Sasieni P, du Toit G, Syed H, Lack G. Household peanut consumption as a risk factor for the development of peanut allergy. *J Allergy Clin Immunol* 2009;123:417-23.

18. Agostoni C, Braegger C, Decsi T, et al. Breast-feeding: A commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:112-25.

19. World Health Organization. The optimal duration of exclusive breastfeeding: report of an expert consultation. Geneva: World Health Organization, 2001.