

MeB – Pagine Elettroniche

Volume X

Dicembre 2007

numero 10

APPUNTI DI TERAPIA

C'è un'iperprescrizione di farmaci contro il rigurgito?

Giorgio Bartolozzi

Membro della Commissione Nazionale Vaccini

Indirizzo per corrispondenza: bartolozzi@unifi.it

Negli anni 1998-1999 i lattanti con rigurgito rappresentavano il 14% dei pazienti che affluivano a un centro specialistico di New Orleans nella Louisiana: il 40% di questi lattanti assumeva farmaci contro la malattia da reflusso gastro-esofageo (GERD) e/o latte fortemente idrolizzati. Negli anni 2006-2007, questo tipo di lattanti aveva raggiunto il 23% di tutti gli accessi e il 90% di loro riceveva farmaci anti-malattia da GERD e/o formule fortemente idrolizzate.

Per studiare questo incomprensibile aumento di prescrizioni è stata condotta una ricerca per valutare la diagnosi e il trattamento di lattanti con rigurgito persistente che giungevano a un servizio pediatrico di gastroenterologia (Khoshoo V, Edell D, Thompson A, Rubin M. Are we overprescribing anti-reflux? Medications for infants with regurgitation? *Pediatrics* 2007;120:946-9).

Sono stati studiati 64 lattanti con rigurgito persistente, senza alterazioni dello sviluppo neurologico, senza malattie sottostanti e esposizione a fumo passivo. 44 di loro sono stati studiati per la determinazione del pH esofageo.

Questi erano i quadri clinici presentati dai bambini:

- 37 lattanti (57,8%) avevano solo rigurgiti
- 10 (15,6%) avevano rigurgiti e irritabilità
- 10 (15,6%) avevano rigurgiti e problemi alimentari
- 7 (10,9%) avevano rigurgiti e sintomi respiratori

La maggior parte dei bambini (89%) cresceva alla velocità di oltre 15 g al giorno. Il 40,6% dei lattanti assumeva oltre 120 kcal/kg. In molti venivano usate sostanze ispessenti (81,3%) e farmaci antireflusso (90,6%). Una formula fortemente idrolizzata veniva estensivamente usata (60,9%).

Solo 4 dei 44 studi del pH hanno mostrato reflussi acidi anormali; 42 di questi 44 bambini stavano prendendo farmaci antireflusso.

Altre eziologie erano:

- Stenosi ipertrofica del piloro: 4 casi
- Acidosi tubulare renale: 1 caso

La sospensione dei medicamenti non comportò un peggioramento dei sintomi nella maggior parte dei lattanti, sottoposti a pH-metria..

Viene concluso che la maggior parte dei lattanti che assumevano farmaci antireflusso non avevano il quadro classico della GERD. Meno del 20% dei bambini aveva una patologia sottostante per spiegare il quadro clinico, come un vero GERD, una stenosi ipertrofica del piloro o una acidosi tubulare renale.

Vi sono varie ragioni che possono aver indotto all'uso precoce di farmaci antireflusso:

- Mancanza di esecuzione di esami semplici per la diagnosi di GERD da parte del pediatra di famiglia, più pronto all'uso di farmaci specifici;
- Ansietà dei genitori per la persistenza dei sintomi con conseguente propensione all'uso di farmaci;
- Atteggiamento aggressivo delle Aziende produttrici di farmaci anti-acidi che ha condotto a un difetto di diagnosi differenziale fra reflusso gastro-esofageo e malattia da reflusso gastro-esofageo.

E' risultata evidente durante lo studio un'alterazione della percezione da parte dei genitori del volume del rigurgito del loro bambino: questa alterazione ha portato a esagerare la quantità del rigurgito che è stato amplificato di 5-6 volte (5 ml di rigurgito sono stati valutati come 30 ml). Per un lattante con rigurgito persistente, senza bandiere rosse (scarso accrescimento, pianto eccessivo, irritabilità, problemi alimentari, raucedine, tosse cronica, disturbi del sonno o ematemesi) il medico deve insistere con i genitori per un atteggiamento conservativo (lieve ispessimento degli alimenti, posizione corretta, evitare il fumo di sigaretta, prova con una dieta ipoallergenica) al fine di ridurre l'ansia dei genitori.

CONSIDERAZIONI PERSONALI

Quanto sta accadendo oggi per il reflusso gastro-esofageo mi fa venire in mente quanto accadeva una ventina di anni fa per le infezioni delle vie urinarie: anche allora distruggevamo le diagnosi con una frequenza quattro volte superiore a quella di porre nuove diagnosi.

Oggi è frequentissimo incontrare un lattante di qualche mese, che ha un normale reflusso acido, mangia volentieri, cresce bene, ha un ottimo sviluppo psico-motorio, ma viene trattato con miscele ispessenti e con farmaci, detti antireflusso, come la ranitidina e l'omeprazolo. Sono questi, farmaci di alto profilo, efficaciper specifiche indicazioni, che hanno cambiato in senso favorevole la vita di un numero elevatissimo di persone con problemi esofago-gastrici, ma che hanno poco o nessun effetto sul semplice rigurgito del lattante.

Ci si dimentica, nel momento in cui sono prescritti questi farmaci, della differenza sostanziale che esiste fra reflusso semplice e GERD e come, spesso, basta dare un semplice consiglio sulla posizione anti-reflusso per ottenere immediatamente un miglioramento come qualità e come frequenza dei

rigurgiti. I genitori si preoccupano di questa emissione più o meno frequente di rigurgito e sono portati a considerarle come più grandi di quanto in effetti non siano: 5 ml di rigurgito (un cucchiaino) vengono giudicati come 30 ml (due cucchiaini grandi).

I curanti italiani, a differenza di quelli citati nella pubblicazione, qualche esame lo chiedono prima di prescrivere farmaci, ma chiedono un esame, che, secondo il parere di grandi specialisti, non è utile per la diagnosi di GERD: l'indagine ecografica. I servizi la eseguono quanto richiesto e le diagnosi di reflusso si sprecano.

Queste situazioni sono talmente frequenti che ritengo utile un formale richiamo a livello nazionale. Qualche mese fa ho ascoltato una brillante presentazione, che il prof. Ventura di Trieste ha tenuto a Perugia sull'argomento e le sue conclusioni sono molto vicine a quelle riportate nella pubblicazione e che ho commentato. A Pisa ho sentito anche il prof. Cucchiara arrivare a conclusioni simili. Forse spetta proprio alla Società Italiana di Gastroenterologia Pediatrica di esprimere il proprio parere in proposito.