

MeB – Pagine Elettroniche

Volume V

Dicembre 2002

numero 10

CONTRIBUTI ORIGINALI - CASI CONTRIBUTIVI

GER-IPLV-ASMA: un caso clinico

Paola Gianino, Patrizia Longo, Maria Cristina Zambelli,
Anna Laccisaglia, Martina Costamagna

*Dipartimento di Scienze Pediatriche e della Adolescenza, O.I.R.M.,
Università di Torino.*

IL CASO

Chiara nasce alla 31^a settimana di gestazione per PROM, da parto cesareo; peso 1375 g, APGAR 3/5. A causa della sua prematurità rimane in Ospedale per un mese e durante questo periodo viene effettuato inizialmente un allattamento misto per ipogalattia materna e poi un allattamento artificiale esclusivo.

Il giorno successivo alla dimissione Chiara ha una crisi di apnea nel sonno preceduta da una eruttazione; la madre riporta immediatamente la bambina in Ospedale, i medici ritengono che si sia trattato di un'apnea da rigurgito e la dimettono consigliando postura anti-reflusso.

Nelle settimane successive i rigurgiti e le apnee si ripetono e il medico curante, nell'ipotesi di un GER, consiglia un latte AR, postura anti-reflusso, domperidone e ranitidina, senza però che si verifichi alcun miglioramento.

Dai 3 ai 6 mesi Chiara viene ricoverata ben 5 volte per bronchite asmatica; ogni volta con la terapia broncodilatante e cortisonica, la bambina migliora, ma non appena si sospende la terapia, si verifica una ricaduta.

Nel corso di questi ricoveri vengono eseguiti esami ematologici di routine: nella norma, Rx torace: aspetto iperspanso dei campi polmonari, ECG con valutazione del Q-T: nella norma, test del sudore: negativo, Rx transito esofago-stomaco (ripetuto 2 volte!): movimenti della deglutizione coordinati, non segni di reflusso gastro-esofageo. Vengono anche eseguiti test allergologici (Ig E totali 18UI/ml (vn. < 23), Ig E specifiche per PLV: negative); viene comunque effettuato un tentativo dietetico con latte di soia: per qualche tempo la situazione migliora nettamente; ma dopo alcune settimane tutto ritorna come prima, per cui viene reintrodotta il latte adattato.

Chiara continua a rigurgitare e ad avere molto spesso broncospasmo. Le sue condizioni generali però sono nonostante tutto buone, per cui la famiglia viene tranquillizzata, dicendo che la bambina è una "happy wheezing" e che con il tempo tutto si risolverà. Ma la madre trascorre le sue giornate e le notti a osservare se la bambina rigurgita o "fischia": ed è a questo punto che la bambina giunge alla nostra osservazione. Della storia di Chiara ci colpisce che le sue bronchiti asmatiche non sono mai precedute da rinite, che la bambina inizia a

tossire e a "fischiare" improvvisamente, già durante o subito dopo il pasto e che il broncospasmo spesso si risolve spontaneamente dopo poco tempo (5 minuti-2 ore); che a volte, durante il pasto, la bambina impallidisce e le sue estremità diventano molto fredde, che la crescita della bambina ultimamente sta rallentando e che il fratello maggiore è un allergico (rinite, congiuntivite, asma da graminacee).

Tutto ciò ci fa pensare che alla base dei disturbi di Chiara possa esserci una allergia alle PLV, per cui decidiamo di passare a una formula a base di proteine altamente idrolizzate, ma... durante i primi due pasti la bambina ha una crisi di pallore e sudorazione fredda e dopo il terzo pasto vomita. Che fare? Insistiamo nella nostra ipotesi e iniziamo una dieta completamente priva di ogni tipo di latte e derivati, associando del calcio e della vitamina D per os. In pochi giorni i rigurgiti diminuiscono e il broncospasmo non si manifesta più. Sospendiamo anche la terapia antireflusso, che non era mai stata interrotta, senza che si verifichi alcuna ricaduta.

La diagnosi è stata confermata con un test di scatenamento eseguito dopo un mese di dieta di eliminazione. La bambina ha acquisito la tolleranza alle PLV dopo un anno, durante il quale non ha mai presentato rigurgiti né broncospasmo.

IL CONTRIBUTO

E' noto che il reflusso gastro-esofageo può essere causa di apnee e di crisi ricorrenti di broncospasmo per microaspirazione di materiale gastrico nelle vie aeree o per stimolazione dei recettori vagali esofagei da parte del pH acido con conseguente broncospasmo riflesso (1). In questo caso la sintomatologia asmatiforme ricorrente è poco responsiva al trattamento tradizionale, ma migliora con la terapia antireflusso.

Ma nel caso della nostra paziente il GER non è mai stato dimostrato; certo, una pHmetria esofagea delle 24 ore avrebbe potuto dare maggiori informazioni, ma non è stata eseguita perché il riscontro di un reflusso non avrebbe comunque spiegato l'assoluta mancanza di miglioramento clinico con la terapia.

Ora un GER intrattabile può essere causato da una allergia alle PLV. In base agli studi attuali, si ritiene che circa il 15-40 % dei GER sia secondario a una IPLV (2,3). E' quindi possibile che la nostra paziente avesse crisi ricorrenti di broncospasmo provocate da un GER intrattabile, a sua volta causato da una IPLV.

E' però anche possibile che il GER sia stato esso stesso causa di sensibilizzazione alle PLV e del conseguente broncospasmo ricorrente: in effetti è stata descritta la possibilità che la microaspirazione di alimenti nelle vie aeree porti in soggetti predisposti ad una sensibilizzazione ad allergeni alimentari

con attivazione dei linfociti T locali presenti nel tessuto linfoido peribronchiale e produzione di Ig E specifiche che rimangono in loco legate alle mastcellule; la successiva introduzione dell'allergene alimentare scatena l'asma (4). Non è quindi fuori luogo ipotizzare che Chiara avesse un GER (tra l'altro frequente nel prematuro) che all'inizio ha provocato apnee e successivamente ha portato, per microaspirazione nelle vie aeree, a una sensibilizzazione alle PLV per cui poi, ogni volta che la bambina ingeriva il latte, si scatenava una crisi di broncospasmo..

La "luna di miele " con il latte di soia è stata da noi interpretata come un'ulteriore prova dell'APLV: è possibile che la bambina si sia poi allergizzata anche alle proteine della soia.

Va fatta un'ultima considerazione: la nostra paziente non ha tollerato neanche l'idrolisato spinto: in effetti in circa il 10% dei bambini con APLV anche le formule altamente idrolizzate possono scatenare sintomi.

Bibliografia

- 1) Vandenplas Y: Asthma and Gastroesophageal reflux. J Pediatr Gastroenterol Nutr 24: 89-99, 1997.
- 2) Milocco C, Salvatore CM, Dell'Antonia M: Reflusso gastroesofageo e allergia alle proteine del latte vaccino. Medico e Bambino 5, 22/294-26/298, 1996.
- 3) Iacono G, Carroccio A, Cavataio F: Gastroesophageal reflux and cow's milk allergy in infants: A prospective study. J Allergy Clin Immunol 97, 822-27, 1996.
- 4) Meer S, Groothuis JR, Harbeck R: The potential role of gastroesophageal reflux in the pathogenesis of food- induced wheezing. Pediatr Allergy Immunol 7:167-170, 1996.