

MeB – Pagine Elettroniche

Volume II

Settembre 1999

numero 7

PROTOCOLLI IN PEDIATRIA AMBULATORIALE

Reflusso gastroesofageo

Stefano Martellosi

Le difficoltà e le incertezze che il medico "pratico" (in ambulatorio) trova nella diagnosi e gestione del rigurgito sono dovute alla grande prevalenza del reflusso semplice o funzionale (vedi oltre definizione), che interessa circa il 10% dei lattanti, alla possibilità che la malattia da reflusso sia presente anche in assenza di un vero rigurgito, e al fatto che il reflusso non trattato, provocando la flogosi esofagea (esofagite), non permetta la naturale maturazione della giunzione esofago-gastrica e mantenga e aggravi il reflusso.

La pH-metria gastroesofagea ci ha permesso sia di diagnosticare più precocemente e in un numero più elevato di bambini il reflusso, sia di sospettarne la presenza in una serie di "disturbi" come gli episodi di ALTE (apparent life threatening event) dove il rigurgito può anche mancare, e inoltre di comprendere come il reflusso in sé sia un evento fisiologico necessitante di una valutazione quantitativa (tempo di reflusso > 10%) e come la definizione di patologia non sia un tutto o nulla, ma che i limiti con il fisiologico siano sfumati.

In effetti i limiti di normalità variano con l'età e la pH-metria in molti casi deve essere correlata con i disturbi clinici (apnea, tosse, pianto) per cui la decisione terapeutica è in molti casi anche in ospedale una sintesi tra la clinica e il "tracciato".

Inoltre, molti dei sintomi riferibili a reflusso sono comuni ad altre "patologie" del lattante, come l'IPLV e le coliche gassose, e questi sono sempre raccontati dai genitori e raccolti dal pediatra (raramente visti), i quali filtrano i comportamenti del bambino attraverso la propria ansia e la propria cultura.

Il protocollo è un tentativo di cercare delle linee guida basate sul problema clinico per un approccio diagnostico terapeutico ambulatoriale.

DEFINIZIONE

Il reflusso gastroesofageo (GER) definisce il passaggio involontario del contenuto gastrico in esofago e può essere distinto in:

GER semplice o funzionale: fenomeno fisiologico-maturativo che interessa circa il 10% dei lattanti e più (se consideriamo le richieste di intervento al pediatra di libera scelta) nei primi mesi di vita; i rigurgiti sono caratteristicamente post prandiali, nel quadro di un benessere generale del piccolo.

La risoluzione è spontanea nel giro di qualche mese, generalmente non va trattato, a meno che non disturbi troppo la

"cenestesi della famiglia", nel qual caso oltre alla tranquillizzazione possono essere intrapresi piccoli accorgimenti di gestione, come il consiglio di mantenere il lattante in posizione semiverticale per 15 minuti dopo il pasto (bambino appoggiato al braccio) o, se l'allattamento è con formula, quello di provvedere affinché non venga ingerita troppa aria durante la suzione (tettarella a fori piccoli, bocca che aderisce bene alla tettarella).

Malattia da GER: essenzialmente legata agli effetti del reflusso, a volte presente senza rigurgiti (come nelle crisi di apnea) e che interessa circa 1:500, 1:100 lattanti; è il reflusso che dobbiamo saper sospettare e trattare a seconda dei sintomi; non sempre la pH-metria è necessaria e molto può essere fatto anche in ambulatorio.

GER secondario: da cause meccanico/ostruttive, sostanzialmente stenosi ipertrofica del piloro, ma anche più raramente membrana duodenale; cause infettive, caratteristicamente l'infezione urinaria nel lattante piccolo; malattie metaboliche, rare e con sintomi e segni associati (deficit neurologico, organomegalia); ma la causa sicuramente più frequente di GER secondario è l'intolleranza alle proteine del latte vaccino (IPLV).

PROTOCOLLO

Valutazione clinica ambulatoriale e primi tentativi *ex adiuvantibus*.

Consideriamo 4 distinte situazioni:

- a) rigurgito "felice"
- b) rigurgito "infelice"
- c) apnea da sveglia
- d) sospetto reflusso in bambino con paralisi cerebrale

Alle tre diverse condizioni corrisponderanno 3 approcci differenti:

A) RIGURGITO "FELICE"

Il lattante ha frequenti rigurgiti, prevalentemente postprandiali, ma cresce bene e non è disturbato, o solo in maniera tollerabile = si tratta di un GER semplice, che non richiede trattamento.

- Per il primo atto terapeutico (la tranquillizzazione della famiglia) è necessario un lungo colloquio.
- L'uso dell'inspessente non deve essere un atto automatico, può essere utilizzato, come cosmetico, quando le "parole non bastano", inattuabile (e sconsigliato) negli allattati al seno.

B) RIGURGITO "INFELICE"

Il paziente presenta rigurgiti a distanza dal pasto (rigurgito prima della nuova poppata) e/o, anche senza rigurgiti importanti, presenta pianto postprandiale, e/o interruzione del pasto, e/o interruzione della poppata e/o rifiuto del cibo, e/o pianto durante il rigurgito, e/o flessione della curva ponderale.

- Si tratta probabilmente di GER patologico, ma non è esclusa una IPLV con scarso o senza GER, e coliche: DD orientativa, nel GER pianto ai pasti, nelle coliche pianto pomeridiano > serale > notturno accompagnato da flati, eventualmente con feci mucose. Gli esami non sono necessari ma possono essere utili: sangue nelle feci, emocromo per eosinofili, prick test o anticorpi antilatte. Fa testo la clinica: se sono presenti eczema, stipi o diarrea l'ipotesi di IPLV viene rafforzata; comunque andrà iniziata dieta senza proteine del latte (soia).
- Se il trattamento dietetico non riesce (entro 7 giorni) senza interromperlo aggiungere un procinetico: cisapride come primo farmaco, 0.8-1 mg/kg/die frazionato in 4 dosi 15 minuti prima dei pasti (non superare le dosi e non utilizzare nei prematuri o nei cardiopatici).
- Se è stato iniziato il solo procinetico ma senza efficacia, anche in assenza di segni e sintomi di sospetto per IPLV, prima di intraprendere altri esami, iniziare dieta di eliminazione per 7 giorni.
- Se il disturbo non si risolve è opportuno l'avvio in ospedale per approfondimenti che comprenderanno la pH-metria e, se questo è positivo, l'endoscopia (vedi punti c e d).

C) APNEA DA SVEGLIO

Se il lattante di età inferiore ai sei mesi, a breve distanza dal pasto, quando viene sottoposto a manovre che aumentano la pressione intraddominale (cambio del pannolino), arresta il respiro, si fa congesto con gli occhi sbarrati e ipertono e la crisi si risolve con pallore intenso e ipotonia, sei sicuro che si tratti di una "apnea da sveglia" (awake apnea) riconducibile a GER.

- Iniziare subito trattamento con procinetico e anti-H2 (ranitidina 8 mg/kg/die suddivisa in due dosi giornaliere), anche senza ricoverare. Il trattamento andrà mantenuto fino ai 10 mesi.
- Se il disturbo mantiene una sufficiente severità è opportuno l'invio in Ospedale. Qui l'iter di scelta sarà:
 - 2A) Lattante che presenta un episodio di apnea, associato ad alterazione del colorito (cianosi e/o pallore), cambiamento del tono muscolare (di solito flaccidità) soffocamento o ostruzione che dia la sensazione di un "pericolo immediato per la vita" o lattante trovato esanime che viene rianimato dai genitori (episodio di ALTE). In tutti i lattanti con un episodio di ALTE deve essere sospettato un GER, anche in assenza di rigurgiti (ed è la regola) ed eseguita anche una pH-metria esofagea. La terapia nei casi con GER accertato dovrà sempre prevedere sia il procinetico che l'anti-H2, e per la gravità del

quadro e per l'azione irritante dell'acidità gastrica sui recettori laringei ed esofagei con attivazione di un riflesso vaso-vagale.

- 2B) La presenza nel bambino grandicello di dolore retrosternale "che risale", prevalentemente notturno, urente, con sensazione di "acido in bocca" è fortemente sospetto per esofagite, l'equivalente nel lattante sono le crisi di pianto, soprattutto notturne o durante il pasto, l'interruzione ed il rifiuto dello stesso e la ruminazione, la crescita non è mai brillante. La positività per sangue occulto (magari con anemia sideropenica) rafforza la diagnosi, la presenza di franca ematemesi o di "macchie scure sul cuscino" rende la diagnosi urgente. L'esame da chiedere è l'endoscopia esofagea-gastrica in grado di valutare il grado di esofagite e l'eventuale presenza di ernia iatale. La terapia sarà necessariamente completa: procinetico e anti-H2, la pH-metria trova indicazione nel follow-up dei casi severi per valutare il successo della terapia medica. Nella terapia dell'esofagite severa o nei casi refrattari, prima di passare il caso al chirurgo, va utilizzato l'omeprazolo (1 mg/kg/die in due dosi).

D) SOSPETTO REFLUSSO IN BAMBINO CON PARALISI CEREBRALE

Nel cerebropatico, e soprattutto nei soggetti con tetraparesi spastica con grave scoliosi, il reflusso andrà più cercato che sospettato (interessando fino al 75% dei soggetti). I sintomi più frequenti sono i disturbi dell'alimentazione con rifiuto del pasto e inappetenza, il calo ponderale, le crisi di dolore che possono presentarsi con urla o con crisi "atipiche" e l'anemizzazione. Il trattamento medico deve essere aggressivo e deve essere iniziato precocemente, anche senza una conferma strumentale (endoscopia), utilizzando sempre l'anti-H2 o l'omeprazolo, prima dell'instaurarsi di una esofagite grave e di ernia iatale in modo da risparmiare l'intervento chirurgico, che sebbene a volte inevitabile, è gravato da molti insuccessi.

PS: non vengono menzionati nella diagnostica l'ecografia per la sua scarsa sensibilità e soprattutto specificità (rispettivamente del 80% e 34% nella nostra esperienza) e la radiologia per la sua scarsa sensibilità (se confrontata con la pH-metria), peraltro la radiologia è un ottimo esame per il follow-up dei casi complicati (stenosi esofagee "dilate").

Due parole sui lattanti antirigurgito (e non antireflusso): il loro uso non trova un conforto sufficiente in letteratura dove peraltro esistono segnalazioni che l'ispessimento dei pasti sia dannoso nei casi di esofagite per il ridotto cleaning esofageo, inoltre oltre alla presenza dell'ispessimento contengono anche un rapporto caseina/sieroproteine diverso dai lattati adattati e simile a quello del latte vaccino ed un basso contenuto in grassi, fattori che di per sé sia favoriscono lo svuotamento gastrico sia, provocando la formazione di caglio, impediscono il rigurgito.