

REFLUSSO GASTRO-ESOFAGEO

Cosa è?

Con il termine Reflusso Gastro-Esofageo (RGE) si definisce un processo involontario determinato dal passaggio di materiale gastrico in esofago che si manifesta generalmente dopo il pasto in neonati sani, lattanti, bambini e adulti.

Il rigurgito post prandiale interessa il 40% dei lattanti, usualmente compare nelle prime 8 settimane di vita, il 5% di questi hanno 6 o più episodi al giorno.

Parliamo di malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) quando il reflusso determina sintomi tali da necessitare di una terapia medica o è associato a complicanze quali esofagite o broncoaspirazione. La prevalenza della MRGE aumenta in caso di familiarità per tale patologia, in bambini prematuri o con neurodisabilità, bambini obesi, e in casi di ernia diaframmatica o atresia esofagea operate. Il RGE può essere causa del 30% dei casi ALTE (apparent life threatening event).

Come si presenta:

Il passaggio di contenuto gastrico nell'esofago può essere seguito da **emissione di rigurgito**.

In molti casi, il rigurgito può rimanere occulto oppure essere percepito come **risalita di materiale gastrico** alla gola o alla bocca. Talvolta il rigurgito può essere più abbondante e manifestarsi come vomito alimentare. Nel lattante il reflusso può anche manifestarsi con pianto difficilmente consolabile, rifiuto del cibo e tendenza ad inarcare la schiena. Non sono necessarie ulteriori indagini o trattamento per RGE se il bambino senza rigurgito importante si presenta con uno solo dei seguenti sintomi:

- Difficoltà alimentare senza apparente causa organica (ovvero senza): rifiuto del cibo, conati di vomito o sintomi di tipo apnoico;
- Alterazione del comportamento;
- Rallentamento della curva di crescita;
- Tosse cronica;
- Raucedine.

Raccomandare comunque ai genitori di ritornare al controllo medico se dovessero comparire sintomi d'allarme (cosiddetti red flags o "bandiera rossa") che possono essere la spia di disordini organici sottostanti (Segni e Sintomi nella tabella di seguito riportata).

Quali esami di laboratorio eseguire:

Per la diagnosi di RGE non ci sono esami laboratoristici specifici, piuttosto in casi selezionati il Pediatra o lo specialista Gastroenterologo potranno discutere con la famiglia circa l'indicazio-

ne ad effettuare approfondimenti diagnostici in base all'età del bambino, ai sintomi e alla storia medica.

Come trattarlo in PS:

In PS si possono dare dei consigli pratici sulla gestione domiciliare del bambino con RGE.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

Organizzare un ricovero in un centro specialistico per eseguire un approfondimento diagnostico ed un eventuale esame endoscopico con biopsia se:

- Ematemesi (vomito ematico) non causato da apparente ingestione di sangue;
- Melena (feci picee, maleodoranti);
- Disfagia;
- Persistenza del rigurgito dopo il primo anno di vita;
- Alterazione della curva di crescita con persistenza del rigurgito;
- Rifiuto del cibo;
- Anemia ferro-carenziale non legata ad altre cause;
- Sospetto di Sindrome di Sandifer (torcicollo episodico con estensione e rotazione del collo).

Eseguire una ph-metria o ph-impedenzometria se:

- Microaspirazioni ripetute con polmonite chimica;
- Apnee senza altra causa;
- Episodi convulsivi non di origine epilettica;
- Infiammazioni croniche delle vie aeree superiori;

SEGNI E SINTOMI	IPOTESI DIAGNOSTICA	INTERVENTO TERAPEUTICO
GASTROINTESTINALI		
Vomito frequente a getto	Stenosi ipertrofica del piloro (> 2 mesi di vita)	Chirurgo Pediatra
Vomito biliare	Ostruzione intestinale/malrotazione	Chirurgo Pediatra
Ematemesi, ad eccezione di ingestione di sangue dopo epistassi o dal capezzolo in soggetti allattati al seno	Spia di un importante sanguinamento dall'esofago, stomaco o duodeno	Chirurgo Pediatra
Rigurgito o vomito ad esordio dopo il 6° mese o persistente fino ad un anno di vita	L'esordio tardivo deve far pensare a cause diverse dal RGE. Può essere anche spia di infezione delle vie urinarie	Valutazione Pediatrica (disidratazione?) e/o valutazione specialistica gastroenterologica Esame microbiologico delle urine
Sangue nelle feci	Gastroenteriti batteriche, intolleranza alle proteine del latte vaccino o patologie chirurgiche acute	Valutazione pediatrica (disidratazione?) e/o Chirurgo Pediatra
Distensione addominale, dolorabilità o massa palpabile	Occlusione intestinale o altra patologia chirurgica acuta	Chirurgo Pediatra
Diarrea cronica	Allergia alle proteine del latte vaccino	Valutazione gastroenterologica
SISTEMICI		
Febbre	Infezione sottostante	Valutazione clinica e coltura dei liquidi biologici
Disuria	Infezione delle vie urinarie	Valutazione clinica e urinocoltura
Fontanella gonfia	Aumento della pressione intracranica (meningite)	Valutazione specialistica urgente
Aumento crescente e rapido della circonferenza cranica (più di un centimetro a settimana) Cefalea e vomito mattutino	Aumento della pressione intracranica legata a idrocefalo o tumore cerebrale	Valutazione specialistica
Alterata risposta agli stimoli, letargia o irritabilità	Infezione meningea	Valutazione specialistica urgente

- Erosioni dentarie;
- Otitis medie ricorrenti;
- Eventuale indicazione all'intervento chirurgico;
- Sospetto di Sindrome di Sandifer.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

In assenza di sintomi cosiddetti "Red Flags" rassicurare i genitori che si tratta di una patologia benigna e che il 90% degli episodi di rigurgito si risolvono nel primo anno di vita senza nessuna necessità di ulteriori indagini o intervento medico.

Sono sufficienti linee conservative nella gestione domiciliare del RGE.

- Per i bambini allattati al seno, che rigurgitano spesso e piangono spesso, può essere utile il frazionamento dei pasti, preferendo pasti piccoli e frequenti a pasti abbondanti. Evitare la posizione supina subito dopo il pasto e assicurare la posizione semi-seduta con il busto rialzato di 30°- 40° rispetto al piano (sitting-up). Nel caso in cui tale provvedimento sia risultato inefficace, dopo rivalutazione pediatrica e sotto controllo pediatrico, può essere utile tentare per una o due settimane una terapia farmacologica a base di alginati. Nel caso in cui tale terapia risulti efficace, potrà essere protratta per un periodo più lungo, provando periodicamente la sospensione per valutare l'andamento dei sintomi. Verrà sospeso al momento della completa regressione dei sintomi.
- Per i bambini allattati artificialmente, che rigurgitano spesso e sono sintomatici, con pianto frequente, il pediatra curante può proporre i seguenti provvedimenti: modificazione del volume dei pasti (pasti più piccoli e frequenti, con quota complessiva giornaliera invariata); ricorso a latte addensato o aggiunta di un addensante alla formula (crema di riso); ricorso alla terapia con alginato se i provvedimenti dietetici non hanno avuto successo.

Non è indicato il trattamento con inibitori di pompa protonica (PPI) o antagonisti degli H2 recettori (anti H2) nei soggetti in cui rigurgito si presenta come sintomo isolato.

- Il trattamento farmacologico con PPI o anti-H2 è indicato in lattanti con esofagite da reflusso documentata o con diagnosi di MRGE mediante pH-metria o pH impedenzometria esofagea delle 24 ore;
- Programmare una valutazione specialistica con eventuale studio endoscopico se i sintomi non si risolvono o ricompaiono dopo l'interruzione della terapia;

Non utilizzare Domperidone, Metoclopramide o Eritromicina per i loro potenziali effetti avversi.

Nel **bambino in età scolare** in aggiunta alle indicazioni terapeutiche in precedenza riportate si può considerare di iniziare un trial terapeutico di 4 settimane con PPI o anti-H2 quando al rigurgito si associa a rifiuto del cibo, difficoltà nella deglutizione, irritabilità o deficit ponderale.

- Può essere inoltre programmata una valutazione specialistica con eventuale studio endoscopico se i sintomi non si risolvono o ricompaiono dopo l'interruzione della terapia.
- In casi di grave malnutrizione e deficit ponderale è possibile ricorrere all'alimentazione tramite sondino naso gastrico previa valutazione specialistica.

BIBLIOGRAFIA

1. Gastroesophageal Reflux Disease: Recognition, Diagnosis and Management in Children and Young People. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). National Institute for Health and Care Excellence (UK); 2015 Jan.
2. Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux. Tighe M, Afzal NA, Bevan A, Hayen A, Munro A, Beattie RM. Cochrane Database Syst Rev. 2014 Nov 24.
3. Pediatric gastroesophageal reflux clinical practice guidelines: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). Vandenooplas Y et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009 Oct.
4. Management of gastroesophageal reflux disease and erosive esophagitis in pediatric patients: focus on delayed-release esomeprazole. Guimarães EV, Guerra PV, Penna FJ. Ther Clin Risk Manag. 2010 Oct.
5. GER and GERD in children: to treat or not to treat? Quitadamo P, Ummarino D, Staiano A. Minerva Pediatr. 2015 Apr.

DOSAGGI TERAPEUTICI:

- Alginato:

- < 4.5 kg = 1 ml
- > 4.5 kg < 10 kg = 2,5 ml
- >10kg < 35 kg = 5 ml
- > 35 kg = 10 ml

Massimo quattro volte al giorno. Può essere aggiunto al latte, mentre per i bambini allattati al seno può essere sciolto nell'acqua e somministrato con un cucchiaino

- **Inibitori di pompa protonica:** 0.7 – 1.4 mg/kg/die in 2 somministrazioni, 30 minuti prima del pasto

- **Antagonisti degli H2 recettori:**
2 – 7 mg/Kg/die in 2 somministrazioni