

Il reflusso gastroesofageo tra fisiologia e patologia: le indicazioni NICE

Enrico Valletta, Martina Fornaro

UO di Pediatria, Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni, AUSL della Romagna, Forlì

The recent NICE guideline on paediatric gastroesophageal reflux disease (GERD) synthesizes the best literature evidences and usefully supports clinicians in the management of infants and children with GERD. It represents a further simplification in approaching a clinical condition in which the boundary between physiology and pathology is not always easy to understand and the risk of overdiagnosis and overtreatment is actual.

La recente linea guida del NICE sulla malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) in età pediatrica riassume sinteticamente le migliori evidenze della letteratura e fornisce un utile supporto pratico al pediatra nella gestione di lattanti e bambini con MRGE. È un ulteriore passo semplificativo nell'approccio a una condizione nella quale il confine tra fisiologia e patologia non è sempre facile da individuare e il rischio di un eccesso di diagnosi e di trattamento è concreto.

A meno di due anni dalla pubblicazione di un'estesa linea guida dell'*American Academy of Pediatrics* sulla gestione del reflusso gastroesofageo (RGE) nel bambino, il NICE britannico stila uno stringato documento che, schematicamente, cerca di ridelimitare il problema dando indicazioni molto pratiche su chi, quando e come indagare e trattare per un possibile RGE clinicamente rilevante^{1,2}. La sensazione è che, esauritasi l'onda di piena nei primi anni 2000 e ricondotto alle sue dimensioni funzionali il semplice RGE, la vera patologia da reflusso – e cioè la malattia da RGE (MRGE) – consista di numeri certamente più ridotti e si caratterizzi per contesti e manifestazioni cliniche che, se presenti, richiedono giustamente l'attenzione del pediatra.

RGE, MRGE e *marked distress*

Come sempre nei documenti che trattano questo tema, lo sforzo iniziale è distinguere, nei termini e nella sostanza, quello che è fisiologico (il RGE) da quello che è, o potrebbe essere considerato, patologico (la MRGE).

In quest'ultimo caso ci si devono aspettare oltre al reflusso anche i sintomi (segni di malessere o dolore) e/o i segni (esofagite, polmonite da aspirazione) di una complicanza di un certo rilievo. Nei bambini piccoli o disabili che non possono comunicare resta il problema di come interpretare o quantificare quello

che viene definito *marked distress* (evidente disturbo, importante malessere) perché potrebbe spingere a intraprendere qualche indagine in più.

È questo un elemento che viene ancora affidato alla sensibilità clinica di chi valuta il bambino nel suo contesto familiare e di abituali comportamenti.

Quando rassicurare

L'indicazione è di rassicurare i genitori sulla benignità del semplice RGE perché riguarda oltre il 40% dei lattanti, può essere frequente (anche più di 6 volte) nel corso della giornata e si risolve entro l'anno di vita nel 90% dei casi.

Il RGE non ha bisogno pertanto di ulteriori indagini.

Il discorso è diverso (e di questo è bene parlare con i genitori) se il vomito diventa a getto, biliare (verde o giallo-verde) o ematico, se il bambino appare molto sofferente (il *marked distress* di cui parlavamo), si alimenta con difficoltà o rallenta il ritmo di crescita.

Qualche attenzione in più merita anche il RGE che prosegue invariato oltre l'anno di vita.

Anche il pediatra deve rassicurarsi.

Non è ragionevole evocare il RGE in un bambino che non rigurgita ma che ha solo uno di questi sintomi: difficoltà di alimentazione, malessere, rallentamento della crescita, tosse cronica, raucedine o un singolo episodio di polmonite.

Quando sembra RGE ma può non esserlo

Possiamo ricordare sinteticamente alcune "bandierine rosse" che, in presenza del sintomo rigurgito, debbono far pensare anche ad altro: il vomito a getto della stenosi ipertrofica del piloro o quello biliare dell'occlusione intestinale, l'ematemesi, il sangue nelle feci o la diarrea cronica (allergia alle proteine del latte vaccino?), l'esordio dopo i 6-12 mesi o la disuria (infezione delle vie urinarie?), la febbre, la fontanella tesa o l'alterazione della coscienza/irritabilità (sepsi? meningite?), l'incremento anomalo della circonferenza cranica o il vomito/cefalea al mattino (idrocefalo? tumore cerebrale?).

Quando, invece, pensare a una (possibile) MRGE

Un lattante che rigurgita ha probabilmente un RGE complicato se c'è evidenza di esofagite o di polmonite ricorrente da aspirazione o se ha frequenti otiti medie (più di 3 episodi in 6 mesi). Nei bambini con disabilità neurologica le erosioni dentali sono un segno da considerare con attenzione.

La sindrome di Sandifer, con gli episodi di rotazione ed estensione del collo, resta una manifestazione patologica caratteristica del RGE. Nel bambino più grande e in grado di descrivere i propri sintomi, pirosi e dolore epigastrico o retrosternale sono segni affidabili di una MRGE.

Ci sono poi una miscellanea di situazioni o condizioni cliniche che debbono innalzare l'indice di sospetto per un RGE clinicamente rilevante e che sono riportate nella **tabella 1**. Il NICE dà anche indicazioni ugualmente schematiche e definite per l'impiego della diagnostica strumentale e/o radiologica che sono sintetizzate nella **tabella 2**.

Quale terapia per il RGE e la MRGE?

Il primo approccio al lattante con RGE deve essere prudente e conservativo.

tabella 1

Situazioni cliniche associate a maggiore frequenza di RGE

Condizione clinica	Note
Asma	Il RGE è più frequente in chi ha l'asma ma non è certo che ne sia la causa o che ne peggiori il decorso
Prematurità Storia familiare di RGE Ernia iatale Ernia diaframmatica operata Atresia esofagea operata Disabilità neurologica Obesità	In queste situazioni il rischio di MRGE è aumentato
Apnea o ALTE	Raramente sono secondarie a un RGE, ma l'eventuale relazione va considerata e, eventualmente, indagata

tabella 2

Indicazioni alla diagnostica strumentale

Indagine	Indicazioni
Rx digerente/prime vie (con contrasto)	<ul style="list-style-type: none"> • Vomito biliare (soprattutto se ricorrente) nel sospetto di un volvolo intestinale • Disfagia
EGDS	<ul style="list-style-type: none"> • Ematemesi • Melena • Disfagia • RGE che persiste oltre l'anno di vita • Persistente rallentamento della crescita in presenza di RGE evidente • Segni di malessere senza evidente spiegazione nei bambini con neurodisabilità • Dolore epigastrico o retrosternale che richiede terapia continuativa o che non risponde alla terapia • Difficoltà di alimentazione in presenza di evidente RGE • Anemia sideropenica senza evidente spiegazione • Sospetta sindrome di Sandifer
pH-metria (semplice o con impedenzometria)	<ul style="list-style-type: none"> • Polmoniti ricorrenti da possibile aspirazione • Episodi di apnea senza evidente spiegazione • Episodi convulsivi non epilettici senza evidente spiegazione • Infiammazioni delle alte vie aeree senza causa evidente • Erosioni dentali associate a neurodisabilità • Frequenti otiti medie • Possibile necessità di plastica antireflusso • Sospetta sindrome di Sandifer • Se si ritiene utile per valutare la soppressione acida in corso di terapia

Ferma restando l'indicazione a mantenere la posizione supina durante il sonno, viene raccomandato di verificare la tecnica di allattamento in un lattante al seno che mostri segni di disagio durante la poppata. Se l'allattamento è artificiale, si può iniziare riducendo la quantità di latte a ogni poppata e aumentandone la frequenza per poi passare all'uso delle formule ispessite o, successivamente, all'impiego dell'alginato per 1-2 settimane di prova. Se l'alginato è efficace si continua sospendendolo ogni tanto per

verificare se il problema è stato superato. Il rigurgito non complicato del lattante non giustifica il ricorso ai farmaci anti- H_2 (AH2) né agli inibitori di pompa (IPP).

Un trattamento *ex juvantibus* di 4 settimane con AH2 o IPP è invece giustificato nei bambini che non sono in grado di esprimersi (perché troppo piccoli o con neurodisabilità) se hanno un evidente RGE e almeno una delle seguenti condizioni: difficoltà di alimentazione senza apparente causa, evidente malessere e/o

rallentamento della crescita.

La medesima terapia farmacologica può essere proposta per analogo periodo di tempo nei bambini e adolescenti che riferiscono epigastralgia e/o dolore retrosternale persistente. Se i sintomi non si risolvono dopo le 4 settimane o se si ripresentano alla sospensione della terapia è probabilmente il momento di pensare all'esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS). Se si trova un'esofagite da reflusso è indicato proseguire il trattamento con AH2 o IPP, e l'EGDS può

essere ripetuta successivamente per verificare l'evoluzione delle lesioni.

In linea generale non c'è indicazione all'uso del domperidone, della metoclopramide o dell'eritromicina né nel RGE né nella MRGE.

Talora, può essere indicato intervenire in maniera più decisa sul disturbo dell'alimentazione e della crescita, impiegando anche la nutrizione per via enterale. L'impiego del sondino nasogastrico (o nasodigiale nei casi di intolleranza all'alimentazione gastrica e di grave rischio di aspirazione polmonare) ha come obiettivi la ripresa della crescita ponderale e il raggiungimento di un peso adeguato e deve essere sospeso non appena possibile.

L'indicazione alla funduplicatio chirurgica resta quella della MRGE intrattabile e grave dopo che la terapia farmacologica ha fallito e, segnatamente, nei bambini nei quali ogni altro provvedimento conservativo - inclusa l'alimentazione ispessita per via enterale - è risultata inefficace o impraticabile.

Prima di procedere all'intervento occorre, naturalmente, acquisire un quadro completo della situazione anatomico-funzionale con l'impiego ragionato di endoscopia, radiologia e pH-impedenzometria.

Infine, tre domande che attendono risposta...

Quali sono i sintomi di MRGE nel bambino neurodisabile?

La pratica prevalente oggi è quella di considerare e trattare il bambino neurodisabile come a elevato rischio di MRGE. Tuttavia gli studi che affrontano e cercano di quantificare il problema sono pochi e di scarsa qualità. C'è bisogno di ricerche che, attraverso un approccio più oggettivo (pH-metria), ci consegnino un dato reale di prevalenza e di rilevanza clinica.

L'idrolisato ha un ruolo nel trattamento del RGE/MRGE?

Nei lattanti con reflusso, allattati artificialmente, l'ipotesi di un'intolleranza alle proteine del latte è spesso affrontata con il passaggio all'idrolisato in formula. Le evidenze che questa pratica sia efficace e valga effettivamente il costo che comporta sono scarse. La strada è aperta per uno studio che consideri, in particolare, i lattanti con familiarità atopica e quelli nei quali ogni pratica conservativa non farmacologica si è dimostrata inefficace.

La plastica antireflusso (funduplicatio) riduce effettivamente il RGE?

Sembrirebbe una domanda oziosa, ma il *panel* del NICE ci dice che non è così. Se c'è una certa evidenza (ma non fortissima) che la chirurgia riduca il RGE, c'è molta meno certezza che sia efficace anche sul RGE occulto (quello che si ferma prima di diventare rigurgito vero e proprio). Anche questo è un ambito di ricerca nel quale l'impiego sistematico della pH-metria potrebbe darci indicazioni più precise.

... e un breve commento

Non sembrano esserci novità sostanziali in questo documento del NICE ma, piuttosto, la conferma di un approccio sempre più semplificativo e lineare al problema clinico del RGE/MRGE.

Resta la sensazione di una certa difficoltà nel definire i confini di una condizione spesso ai limiti tra fisiologia e patologia che può ancora indurre a fare molte cose in termini di diagnosi e trattamento pur con scarse evidenze forti disponibili.

Diversi aspetti richiederebbero ulteriore approfondimento, e anche questa linea guida andrebbe vista nel contesto delle revisioni critiche della letteratura che

l'hanno preceduta e che hanno via via messo in luce i molti dubbi e le poche certezze in questo ambito^{1,3-6}.

Ma nella nostra pratica clinica il messaggio sembra già essere stato ben recepito, riducendo sostanzialmente il "rumore di fondo" e concentrando l'attenzione sui non molti bambini che probabilmente soffrono davvero di una patologia da reflusso.

Corrispondenza

enrico.valletta@auslromagna.it

1. Lightdale JR, Gremse DA and Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. *Pediatrics* 2013;131:e1684-95.

2. NICE guideline. Gastro-oesophageal reflux disease: recognition, diagnosis and management in children and young people. 14 Gennaio 2015. nice.org.uk/guidance/ng1.

3. Vandenplas Y, Rudolph CD, Di Lorenzo C, et al. 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). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;49:498-547.

4. Tighe M, Afzal NA, Bevan A, et al. Pharmacological treatment of children with gastro-oesophageal reflux (Review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014;11: CD008550.

5. Chang AB, Lasserson TJ, Gaffney J, et al. Gastro-oesophageal reflux treatment for prolonged non-specific cough in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;1:CD004823.

6. Craig WR, Hanlon-Dearman A, Sinclair C, et al. Metoclopramide, thickened feedings, and positioning for gastro-oesophageal reflux in children under two years. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;5:CD003502.