



La malattia da reflusso gastroesofageo in ambito pediatrico

Dott. F. Cisarò

Il reflusso gastro-esofageo (RGE) è definito come passaggio del contenuto gastrico in esofago, con o senza rigurgito o vomito, e si parla di malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE) quando tale risalita di materiale causa una sintomatologia o complicanze. La MRGE è definita refrattaria se non risponde ai trattamenti terapeutici ottimali entro 8 settimane.

I segni e sintomi della MRGE si definiscono come generali (irritabilità, difficoltà nella crescita e nell'alimentazione, sindrome distonico-parossistica di Sandifer, erosioni dentali, anemia), gastro-intestinali (pirosi, rigurgito, dolore epigastrico, ematemesi, disfagia, odinofagia, esofagite, esofago di Barrett) e respiratori, questi ultimi più difficilmente distinguibili da quelli di pertinenza allergico-oto-pneumologica (wheezing, stridore, tosse, asma, otite, apnea, disfonia).

Per la diagnosi ci si attiene alle ultime linee guida pubblicate nel 2018, che definiscono gli esami strumentali più idonei ai fini diagnostici, anche differenziali rispetto ad altre patologie.

La pH-impedenziometria delle 24 ore è l'indagine più routinaria e ha messo in secondo piano la pH-metria, mentre l'ultrasonografia è meno praticata. La pratica endoscopica è più utile per valutare le complicanze o l'avvenuta guarigione nel post-terapia. La manometria esofagea è più utile qualora si sospettino patologie motorie esofagee.

La pH-impedenziometria permette di eseguire una preliminare diagnosi differenziale tra NERD (MRGE non erosiva), ipersensibilità esofagea al reflusso e pirosi funzionale. Tale suddivisione è fondamentale per decidere la terapia da applicare.

La gestione della MRGE prende in considerazione innanzitutto l'alimentazione, rispetto alla qualità e alla natura del cibo (latte formula ispessiti) poi l'approccio posturale (posizioni più idonee da far assumere al bambino) e infine il trattamento farmacologico, indicato solo se in presenza di complicanze. I farmaci più comuni sono gli inibitori di pompa protonica (IPP), maggiormente efficaci dopo i 12 mesi di vita, poi gli antiacidi (idrossidi di Mg e Al o magaldrato) non indicati nella terapia cronica ma al bisogno e per brevi periodi, specie in bambini più grandi.

I sali di alginato sono di uso più frequente, fungono da barriera alla risalita del materiale gastrico. I procinetici sono controindicati, almeno fino ai 10 anni di vita. Tra gli antiacidi (anti-H2) si usa solo la famotidina, mentre la ranitidina non si usa più.

Gli IPP, tra i 5 in commercio, sono indicati dopo l'anno di vita solo l'omeprazolo e l'esomeprazolo, gli altri solo dopo i 10-12 anni di vita (lansoprazolo, pantoprazolo e rabeprazolo). Non sviluppano tachifilassi a differenza degli anti-H2.

Laddove non ci sia risposta alla terapia farmacologica, si può ricorrere anche alla terapia chirurgica, consistente in una plastica anti-reflusso, che però si associa ad un 20-30% di complicanze.

Il Dottor Cisarò descrive anche l'analisi e la gestione terapeutica della MRGE associata a:

- ALTE (Apparent Life-Threatening Event, eventi pericolosi per la vita dei lattanti al di sotto dell'anno d'età, come l'interruzione dell'attività respiratoria, soffocamento od ostruzione delle vie aeree con conseguente cianosi) secondo linee guida;
- disturbi dello spettro autistico (Autism Spectrum Disorder-ASD);
- patologie ORL (soprattutto tosse);
- fibrosi cistica;
- deficit neurologici congeniti.