

Il reflusso gastroesofageo (RGE) è una condizione molto frequente nei bambini e addirittura fisiologica nei neonati dovuta essenzialmente a due condizioni e cioè l'alimentazione liquida e l'im maturità del *cardias*, una sorta di valvola posta nella zona di passaggio tra l'esofago e lo stomaco. Il reflusso gastro-esofageo consiste nel passaggio di contenuti gastrici (sia cibo che succhi gastrici) nell'esofago con o senza rigurgito e/o vomito.

Quando questa condizione è associata a sintomi allora si parla di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).

Reflusso gastroesofageo nel neonato e nei bambini: informazioni generali

Il reflusso gastroesofageo, come già detto, è un evento fisiologico nei neonati e nei lattanti che tende a risolversi spontaneamente tra i 12 e i 18 mesi.

Il picco massimo di incidenza del reflusso fisiologico del lattante si ha intorno al quarto mese, interessando circa il 70% dei bambini.

La causa più frequente è l'incontinenza dello sfintere esofageo inferiore cioè un anello muscolare che separa lo stomaco dall'esofago. Questa incontinenza può essere dovuta a vari fattori:

- nei neonati e nei lattanti solitamente abbiamo un'immaturità del tessuto muscolare oppure in caso di sfintere normale questo potrebbe comunque rilassarsi nel momento sbagliato magari per effetto di sostanze stimolanti assunte dalla madre (nel bambino allattato al seno) come la caffeina o la nicotina. Se poi si ha l'abitudine ad allattare il bambino in posizione sdraiata o lo si mette a dormire subito dopo la poppata oppure se si eccede con il quantitativo di latte il contenuto gastrico tenderà ugualmente a risalire. Anche l'allergia alle proteine del latte vaccino può contribuire allo sviluppo del reflusso gastroesofageo. Altre cause, più gravi ma per fortuna più rare di reflusso gastroesofageo nel neonato e nel lattante, sono alcuni disturbi ereditari del metabolismo (es. intolleranza ereditaria al fruttosio o la *galattosemia*), anomalie anatomiche come una stenosi (cioè un restringimento) dell'esofago, una malrotazione intestinale, una stenosi del piloro; in queste

condizioni il reflusso è solo un sintomo secondario.

- nei bambini e negli adolescenti la causa del reflusso è essenzialmente il persistere dell'immaturità del cardias che è poco tonico e quindi si rilassa nel momento sbagliato ma possono contribuire anche altri fattori come l'alterazione della motilità dell'esofago, un ritardo nello svuotamento gastrico, l'obesità e lo stress.

Reflusso gastroesofageo in neonati e bambini: i sintomi

Nella prima infanzia il sintomo più evidente del reflusso gastroesofageo è il rigurgito acido, i genitori molto spesso lo definiscono vomito ma in realtà è un vero e proprio rigurgito dal momento che mancano i conati e le contrazioni peristaltiche ed inoltre si presenta senza sforzo evidente (si parla infatti di "rigurgito felice").

Al rigurgito acido possono associarsi altri sintomi come:

- irritabilità
- pianto senza causa apparente verosimilmente legato al dolore
- disturbi del sonno
- crampi addominali
- vomito
- tosse stizzosa cronica (senza evidenza di problematiche respiratorie)
- stridore laringeo
- deficit di crescita
- *sindrome di Sandifer* cioè i lattanti hanno contrazioni e spasmi muscolari del capo con torcicollo associati ad inarcamento evidente della colonna vertebrale; questi episodi possono avere durata di 1-3 minuti e ripetersi anche una decina di volte nel corso della giornata.

Nei bambini più grandicelli invece il sintomo più frequente è la *pirosi* cioè il classico dolore di tipo urente (o bruciore) a localizzazione retrosternale, al centro del torace a cui può associarsi la tosse cronica e la raucedine per irritazione cronica delle corde vocali da parte del reflusso acido. Un altro sintomo abituale è la sensazione di "nodo in gola" cioè la

percezione continua di un corpo estraneo che porta il bambino ad avere la necessità Pediatrico deglutire "a vuoto" e di schiarirsi spesso la voce.

Il reflusso gastroesofageo continuo può avere delle complicanze tra cui le più diffuse sono:

- esofagite e gastrite cioè infiammazione cronica delle mucose di rivestimento dell'esofago e dello stomaco dovute proprio all'azione irritativa continua esercitata dall'acido che refluisce.
- faringite e laringite con raucedine dovute sempre all'azione dell'acido.
- polmonite da aspirazione (*ab ingestis*) di materiale acido o di cibo.
- nei casi di esofagite e gastrite più gravi si può avere la formazione di ulcere (molto rare nei bambini) che possono sanguinare dando anche problemi di anemizzazione.
- Le ulcere possono poi guarire con formazione di tessuto cicatriziale (un tessuto di riparazione dell'ulcera) che tende a determinare un restringimento del lume esofageo (stenosi)
- L'irritazione continua delle pareti dell'esofago può associarsi a una riduzione dell'assunzione di cibo da parte del bambino che lo fa come meccanismo di difesa perché si rende conto di stare meglio quando non mangia. Questo a lungo andare può comportare problemi di malnutrizione con perdita di peso.
- ALTE (*eventi apparentemente rischiosi per la vita*) legati all'aspirazione di cibo che si complicano con apnea, **laringospasmo** e possono evolvere in una crisi respiratoria anche fatale.

Leggi anche: [Laringospasmo nei bambini come affrontarlo sintomi e terapia](#)

Come capire se si tratta di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE)

L'approccio diagnostico va differenziato in relazione all'età del bambino, nei più grandicelli la diagnosi può essere sospettata in base ai sintomi descritti dal bambino e tentare anche una terapia empirica (si prova cioè con la terapia antireflusso pur senza la diagnosi di certezza) prima di ricorrere a indagini diagnostiche invasive.

Nei bambini più piccoli e nei neonati, incapaci di riferire correttamente i sintomi, è necessario procedere con le indagini strumentali, gli esami maggiormente utilizzati sono:

- ph-metria esofagea e gastrica: è l'esame più sensibile e specifico per l'accertamento della risalita di materiale acido dallo stomaco, consente di misurare il numero e la durata di tutti gli episodi di reflusso che si verificano nel corso della giornata. Si esegue mediante il posizionamento di un sondino naso-gastrico, sottile e flessibile, dotato di un sensore che misura il ph (quindi il grado di acidità nell'esofago e nello stomaco). Il sondino viene fatto passare attraverso il naso e la gola e raggiunge lo stomaco, viene tenuto in sede per 24 ore in modo da avere una registrazione continua. Normalmente il ph esofageo del bambino o del neonato non dovrebbe essere acido quindi la presenza di acido nell'esofago conferma il sospetto diagnostico di reflusso gastroesofageo.
- impedenziometria esofagea: rappresenta un'evoluzione della ph-metria esofagea, il meccanismo è lo stesso però consente di valutare sia il reflusso acido che quello non acido.
- esofago-gastro-duodenoscopia (EGDS) con eventuali biopsie: serve soprattutto per quantificare i danni prodotti alle mucose di rivestimento di esofago e stomaco in seguito all'esposizione prolungata al reflusso acido. E' un esame un po' fastidioso perché consiste nell'introdurre una sonda dotata di telecamera, facendola passare attraverso la bocca, nell'esofago e nello stomaco; attraverso questa sonda è possibile, se necessario, prelevare dei piccoli frammenti di tessuto (biopsie). Nel bambino questo esame viene fatto sempre in sedazione profonda.
- studio dell'apparato digerente con bario (o rx in bianco): viene utilizzato soprattutto quando si sospetti un reflusso dovuto a una malformazione dell'apparato digerente (stenosi dell'esofago, malrotazione intestinale). Questo esame consiste in uno studio radiografico dell'apparato digerente dopo aver fatto assumere al paziente una soluzione contenente bario (chiamata anche pasto baritato).
- scintigrafia di svuotamento gastrico: per l'esecuzione si fa bere al bambino una bevanda, solitamente il latte, marcata (a cui è stata aggiunta) con una piccola quantità di una sostanza radioattiva. Attraverso particolari strumenti si riesce a monitorare il "percorso" fatto dal latte attraverso l'apparato digerente. E' un esame che serve proprio per

quantificare i tempi necessari perché avvenga lo svuotamento gastrico e permette anche di valutare eventuali aspirazioni di materiale gastrico; è però un test diagnostico poco sensibile.

- laringo-tracheo-broncoscopia: è un altro esame un po' fastidioso, anche questo fatto dopo aver sedato il bambino. Viene riservato ai casi in cui si sospetti un'aspirazione di materiale acido con conseguenti polmoniti ab ingestis oppure per valutare l'irritazione causata alla laringe e alle corde vocali.
- ecografia dell'addome: non è un'indagine di elezione per la valutazione del reflusso a meno che non si sospetti una stenosi congenita del piloro (punto di comunicazione tra lo stomaco e il duodeno che è la prima parte dell'intestino tenue). La stenosi del piloro causa episodi di vomito a getto nel lattante che a volte potrebbero essere confusi con gli episodi di rigurgito da reflusso gastroesofageo.

Rimedi (anche naturali) per ridurre il reflusso gastroesofageo in neonati e bambini

Prima di ricorrere all'utilizzo dei farmaci nei bambini è sempre meglio iniziare col introdurre alcune modifiche comportamentali e valutare i benefici e l'eventuale persistenza dei sintomi.

Rimedi per neonati e lattanti, ecco cosa fare:

- fare pasti "più piccoli e frequenti" nel senso di ridurre il quantitativo di latte per ogni poppata ma aumentare il numero di poppate per garantire comunque l'apporto ottimale giornaliero di latte
- fare sempre la poppata con il bambino in posizione eretta mai disteso, tenerlo in questa posizione per almeno una trentina di minuti
- prima di metterlo nella culla assicurarsi che abbia fatto il "ruttino", questo accorgimento molto caro alle nonne è fondamentale per il benessere del lattante dal momento che permette all'aria deglutita (insieme al latte) e contenuta nello stomaco di fuoriuscire riducendo la pressione nello stomaco e aumentando la tenuta del cardias
- benché la posizione prona (a pancia in giù) sembrerebbe ridurre il numero degli episodi di reflusso è assolutamente da evitare perché si correla a un maggior rischio di eventi di

morte in culla

- per i bambini allattati al seno è necessario assicurarsi che la madre non faccia assolutamente uso di sostanze stimolanti (caffeine, teina, nicotina)
- per i neonati allattati con latte artificiale è possibile “ispessire” (addensare) la formula aggiungendo ½ cucchiaino di amido di riso (amido di mais, semi di carruba o farina di semi di carruba) ogni 30 ml di prodotto o utilizzare delle formulazioni specifiche chiamate appunto latte anti-reflusso (latte AR) ma quest’ultimo sembra ridurre di più gli episodi di rigurgiti piuttosto che di reflusso vero e proprio
- dibattuta invece la posizione con spalle e testa più in alto del bacino quando il bambino riposa (le linee guida raccomandano la sola posizione supina per il riposo del lattante)

Rimedi per bambini più grandi, gli accorgimenti da tenere:

- anticipare l’ora di cena
- evitare pasti abbondanti
- incentivare la perdita di peso (in caso di bambini sovrappeso)
- educarlo a dormire coricato sul lato sinistro del corpo e con il capo leggermente sollevato
- evitare di bere bibite gassate e succhi di frutta preconfezionati
- evitare alimenti troppo grassi
- limitare il consumo di cioccolata, menta, agrumi e pomodori

Terapia per la malattia da reflusso gastro-esofageo o MRGE

Nei casi di bambini che non migliorano con le modifiche comportamentali sarà necessario il ricorso ai farmaci. Esistono varie categorie di farmaci che agiscono con meccanismo diverso, vediamo le principali:

- antiacidi a base di alginato: nello stomaco i prodotti a base di alginato di sodio reagiscono con l’acido liberando acido alginico che gelifica formando uno strato viscoso sul materiale gastrico impedendone il reflusso. La durata dell’effetto terapeutico è di circa 4 ore per cui se ne consiglia la somministrazione dopo i pasti principali.
- procinetici: agiscono accelerando i tempi dello svuotamento gastrico e del transito

intestinale. Rientrano nella categoria dei procinetici la *Metoclopramide* e la *Levosulpride* il cui utilizzo in età pediatrica non è consigliato e il *Domperidone* che, nella malattia da reflusso, agisce anche aumentando il tono dello sfintere esofageo. L'utilizzo dei procinetici in età pediatrica è oggetto di numerose controversie per via dei possibili effetti collaterali perciò negli ultimi anni sono sempre più utilizzati degli integratori a base di zenzero dalle spiccate proprietà procinetiche.

- farmaci anti-H2 (di cui il principio attivo capostipite è la *Ranitidina*): senza entrare nei dettagli dei meccanismi di azione diciamo solo che gli anti-H2 agiscono bloccando l'azione dell'istamina su alcune cellule dello stomaco riducendo la produzione di succhi gastrici acidi. L'utilizzo di questa tipologia di farmaci è indicata in caso di conclamata malattia da reflusso gastroesofageo e non nel reflusso fisiologico del lattante e se ne sconsiglia l'impiego per lunghi periodi di tempo.
- farmaci inibitori di pompa protonica, PPI (di cui il principio attivo capostipite è l'*Omeprazolo*): inibiscono l'azione di un enzima (la cosiddetta pompa protonica) bloccando così la produzione di acido nello stomaco. La durata d'azione di questa classe di farmaci è di 18-24 ore per cui di solito vengono usati in monosomministrazione giornaliera. Il loro impiego in età pediatrica è comunque da limitare ai soli casi di effettiva necessità e per un breve periodo (preferibilmente non più di 2-3 mesi).

Infine, per dovere di completezza dell'informazione, si segnala che solo in pochissimi casi selezionati in cui il reflusso gastroesofageo può compromettere la vita del piccolo paziente è necessario il ricorso alla chirurgia. L'intervento chirurgico, detto *di funduplicatio*, consiste nel confezionamento di una sorta di valvola antireflusso tra esofago e stomaco che, tuttavia, ad oggi non dà esito risolutivo ma vi è un'ampia parte di pazienti che presenta una recidiva della MRGE.

Fonti:

[Gastro-oesophageal reflux disease in children and young people: diagnosis and management](#)

Linee guida per la malattia da reflusso gastro-esofageo in età pediatrica - Cartabellotta, Pescarin, Drago

Gastro-Esophageal Reflux in Children - Rybak, Pesce, Thapar, Borrelli

MSD Manual: Malattia da reflusso gastro-esofageo - William J. Cochran, MD, Associate, Department of Pediatrics, GI, and Nutrition, Geisinger Clinic; Clinical Professor, Department of Pediatrics, Temple University School of Medicine

Scritto da:

