

Valeria Dipasquale, Claudio Romano
UOC di Gastroenterologia Pediatrica e Fibrosi Cistica
Università di Messina

[FAKE NEWS]

Il lattante che rigurgita: quasi sempre un “happy spitter”

Intorno al rigurgito nel lattante nascono e si diffondono numerose false notizie, alcune delle quali potenzialmente “allarmanti”.

Eppure, nella maggioranza dei casi, il lattante che rigurgita è semplicemente immaturo dal punto di vista funzionale, è un “happy spitter”: un “rigurgitante felice”.

Bibliografia

1. Ciciora SL, Woodley FW. Optimizing the use of medications and other therapies in infant gastroesophageal reflux. *Paediatr Drugs* 2018;20:523-37.
2. Hegar B, Dewanti NR, Kadim M, et al. Natural evolution of regurgitation in healthy infants. *Acta Paediatr* 2009;98:1189-93.
3. Ito S. Drugs for children. *Clin Pharmacol Ther* 2017;101:704-6.
4. van Wijk MP, Benninga MA, Dent J, et al. Effect of body position changes on post prandial gastroesophageal reflux and gastric emptying in the healthy premature neonate. *J Pediatr* 2007;151:585-90.
5. Corkins GK, Shurley T. What's in the bottle? A review of infant formulas. *Nutr Clin Pract* 2016;31:723-9.
6. Tighe MP, Afazal NA, Bevan A, et al. Current pharmacological management of gastro-esophageal reflux in children: an evidence-based systematic review. *Paediatr Drugs* 2009;11:185-202.

L “RIGURGITO”, espressione di reflusso gastroesofageo (GER), è una condizione presente in circa il 40% dei lattanti sani e rappresenta, nella maggior parte dei casi, un evento fisiologico correlato a immaturità funzionale. La rassicurazione e l'educazione dei genitori, in assenza di segnali d'allarme, rappresentano gli obiettivi di un adeguato management. La terapia non farmacologica rappresenta l'approccio più adeguato per una condizione che si autolimita spontaneamente ma che determina ansia e preoccupazione nella famiglia.

Fake news

1. Il lattante che rigurgita ha un GER e presenta maggiore rischio di esofagite. Il rigurgito del lattante è secondario al passaggio di materiale contenuto nello stomaco (latte, muco, succhi gastrici) a livello esofageo. Questa condizione è correlata a rilasciamenti inappropriati dello sfintere esofageo inferiore (RTIES), cioè della struttura anatomica che impedisce, in condizioni normali, il ritorno verso l'alto del contenuto gastrico. È presente nel 40% circa dei lattanti e si autolimita in genere

entro i 18 mesi. Tale condizione è frequente nel periodo post-prandiale nel lattante. Essa non è espressione di una condizione patologica o di una malattia da reflusso gastroesofageo, non merita trattamento farmacologico (alginato, inibitori della secrezione acida, ispessenti, formule speciali) in assenza di segnali d'allarme.¹ Studi prospettici hanno escluso che i lattanti con rigurgito abbiano un maggiore rischio di sviluppare sintomi o complicanze acido-correlate nei successivi anni di vita.²

2. Il lattante con rigurgito con associato pianto inconsolabile ha una malattia da reflusso gastroesofageo. Il pianto inconsolabile, il sonno disturbato, le difficoltà ad alimentarsi sono sintomi frequentemente associati nel lattante con GER, ma raramente sono espressione di una patologia acido-correlata (esofagite), se la crescita ponderale è regolare. L'allattamento materno deve essere proseguito, bisogna evitare la sovralimentazione, e non vi è indicazione ad utilizzare formule speciali o avviare terapia farmacologica.

3. I farmaci inibitori della secrezione acida sono utili nel trattamento del rigurgito del



lattante. Non vi sono evidenze che l'utilizzo di farmaci anti-H₂ o inibitori della pompa protonica siano utili nel trattamento del lattante con rigurgiti. In particolare, i farmaci inibitori della pompa protonica sono off-label al di sotto del 1° anno di vita.³

4. La postura è utile nel ridurre la frequenza dei sintomi e il rischio di complicanze (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS). Non è stato dimostrato

alcun rapporto tra frequenza dei rigurgiti e rischio di SIDS nel lattante. La terapia posturale non è raccomandata nella gestione del lattante con GER, mentre appare più utile la postura durante i pasti e nella prima ora dopo il pasto.⁴

5. Le formule AR o ispessite sono indicate nel trattamento del lattante con rigurgito. Vi sono scarse evidenze sull'indicazione ad utilizzare una formula ispessita nel controllo e nel trattamento del rigurgito del lattante. Gli ispessenti a base di

cereali (riso) possono contenere elevati livelli di arsenico inorganico e non devono superare 100 parti per bilione (Food and Drugs Administration). Gli studi sull'utilizzo dell'amido di semi di carruba come ispessente sono stati eseguiti solo su lattanti > 42 settimane di vita, mentre la gomma di xanthano è stata validata solo in bambini di età superiore ad 1 anno.⁵ L'utilizzo di una formula AR si accompagna ad un aumento dell'apporto calorico (32 Kcal/100 ml) con maggiore rischio di sovrappeso.

6. La terapia farmacologica con alginati è raccomandata nel lattante con rigurgito.

La terapia con alginati non è indicata, in prima istanza, nella gestione del lattante con rigurgito, e l'efficacia nel GER è stata validata solo su popolazione adulta. L'unica indicazione nella popolazione adulta è la presenza del sintomo piroso o *heartburn*. Essi neutralizzano l'acido e possono contenere sali di magnesio o calcio o alluminio, bicarbonato di Na o K.⁶

IN CONCLUSIONE, la gestione del rigurgito nel lattante sano prevede solo la rassicurazione e il monitoraggio clinico. Vi sono scarse evidenze sull'utilizzo di terapie non farmacologiche (ispessenti e postura), mentre non vi è spazio per la terapia farmacologica (inibitori della secrezione acida). "To spread the news" è l'obiettivo principale di ogni messaggio di formazione, con lo scopo di migliorare il livello e la qualità delle cure ■