

IL VOMITO

DEFINIZIONI:

Reflusso gastro-esofageo (RGE)	Passaggio del contenuto gastrico nell'esofago
Malattia da RGE (MRGE)	Sintomi clinici o complicazioni determinati dal RGE
Rigurgito	Passaggio del RGE in orofaringe o nel cavo orale, non forzato e involontario
Vomito	Espulsione del contenuto gastrico refluito dalla bocca

RIGURGITO DEL LATTANTE

- Rigurgito ≥ 2 /die per ≥ 3 settimane
 - No conati di vomito, ematemesi, aspirazione, apnea, deficit di accrescimento, disfagia o difficoltà ad alimentarsi, anomalie posturali
- È fisiologico nel lattante sano e non deve essere spiegabile con la presenza di malattie metaboliche o neurologiche.

Eziologia: immaturità SEI e motilità gastrointestinale

Alimentazione liquida (latte)

Posizione sdraiata

Terapia: decubito prono dopo i pasti (posizione antirigurgito)

Cereali addizionati al latte

Pasti frequenti e di piccolo volume

MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Eziopatogenesi:

incompetenza dello SEI, brachiesofago, incoordinazione antro-pilorica (dismotilità) con rilasciamenti transitori inappropriati dello sfintere esofageo inferiore, ripetute riduzioni graduali di tono ('drifts') dello sfintere esofageo inferiore e ridotta peristalsi del corpo esofageo

Epidemiologia:

frequente nei primi 3-4- mesi di vita, max postprandiale. Frequente nei portatori alla nascita di fistola esofago-tracheale chirurgicamente trattata e nelle neuropatie SNC.

Clinica:

Manifestazioni della MRGE nel lattante

- Comuni/Tipiche:
 - rigurgito spontaneo
 - agitazione durante/dopo i pasti
 - inarcamento dorsale
 - pianto

- **Rare/Atipiche:** irritabilità
rifiuto del pasto
singhiozzo
scarso accrescimento
bradicardia/ipotonia
problemi respiratori
apnea
stridore
tosse, wheezing
polmonite ricorrente
ematemesi
sindrome di Sandifer (Distonia in torsione parossistica, poco dopo i pasti, di breve durata. Risoluzione con la cura della MRGE ma possibile coesistenza con danno neurologico o disordine metabolico.

Manifestazioni della MRGE nel bambino

- **Comuni/Tipiche:** pirosi retrosternale
rigurgito acido
dolore epigastrico
disfagia
rifiuto del cibo
nausea
- **Rare/Atipiche:** problemi respiratori
laringite, raucedine
asma, wheezing
tosse cronica
polmonite ricorrente
sinusite cronica
erosioni dentarie
stenosi esofagea
esofago di Barrett

Diagnosi:

Vomito: pasto opaco

Dolore: endoscopia & biopsie

Ematemesi: endoscopia

Disfagia: fluoroscopia

Sintomi respiratori: pH-metria, scintigrafia, pneumografia, impedenzometria

Sindrome di Sandifer: endoscopia, pH-metria

Terapia:

Farmacologia:

- Anti-secretivi PPI (OME 1-4 mg/kg/die) 1-2 somministrazioni
anti-H2 (RAN 10-20 mg/kg/die) 2-3 somministrazioni
- Procinetici domperidone (0.5-1 mg/kg, 20'-30' prima dei pasti)
Alginato (Gaviscon®) 0.5-1 mg/kg, dopo i pasti

Di supporto:

Terapia posturale anti-Trendelenburg 30°

supina
laterale

Formula ispessita (formula "AR", aggiunta di fibra)

Pasti 'piccoli' e più frequenti

Chirurgica:

Funduplicatio gastrica (molto efficace)

- fallimento o effetti collaterali significativi della terapia medica
- necessità di terapia medica cronica
- disfunzione oro-faringea
- ↑ Morbilità, mortalità, fallimento se malattia del SNC e/o malattia respiratoria cronica

VOMITO DA ALLERGIA ALIMENTARE:

Sospettare se:

- Manifestazioni non-GI (dermatite, rinite, SOA)
- Altre manifestazioni GI (enteropatia, colite, stipsi)
- Storia familiare di atopia
- Eosinofilia
- Tests allergologici +
- Pattern pH-metrico fasico

Esofagite eosinofila

- Bambini > lattanti
- Sintomi tipo MRGE
- pH-metria normale
- Atopia comune
- Eosinofili, IgE ↑: 20-60%
- Istologia: >20 eos/HPF, noduli biancastri della mucosa esofagea (granulomi eosinofili)
- Terapia: dieta di esclusione ± steroidi

SINDROME DELLA RUMINAZIONE:

- Esordio a 3-8 mesi
- Contrazioni ripetute di muscoli addominali, diaframma e lingua
- Rigurgito orale o esterno
- No nausea o agitazione
- No nel sonno o durante interazioni con persone
- Non risposta a terapie

VOMITO:

riflesso nervoso caratterizzato dall'emissione forzata di contenuto gastrico attraverso la bocca.

Diverse forme:

V. incoercibile: incontrollabile, urgente. Di solito gastroenteriti, infezioni generalizzate.

V. abituale: più volte al giorno per >15 giorni; si manifesta tipicamente nel lattante. Senza altri sintomi può essere parafisiologico.

V. ciclico: episodi ricorrenti e stereotipati di nausea e vomito, separati da intervalli di completo benessere. Almeno 3 episodi in assenza di malattie organiche documentabili. Sospettare sindrome di Munchausen. (ipocac sirup)

V. a getto: non preceduto da sintomi prodromici (nausea). Preoccupante per possibile manifestazione di ipertensione endocranica. (Glioma pontino dell'infanzia, medulloblastoma se associata sindrome simil-influenzale)

V. metabolico: Esordio precoce, letargia, coma, Ipo-/ipertono, convulsioni, acidosi, ipoglicemia, iperammoniemia, chetosi, ritardo psicomotorio, epatomegalia, genitori consanguinei. (alt. Metabolismo mitocondriale, deficit di OCT)

Terapia sintomatica del vomito

- Anti-emetici (*p.r. o e.v.*)
 - anti-dopaminergici (D₁)
 - anti-serotoninergici (5HT₃)
 - anti-tachikinergici (NK₁)
- Idratazione
 - soluzione gluco-salina
- Steroidi (desametasone)
- H₂-antagonisti o PPI
- Sedazione

STENOSI IPERTROFICA DEL PILORO NEL LATTANTE

Ipertrofia marcata della muscolatura liscia dello sfintere pilorico, ad eziopatogenesi ignota, congenita.

1/1000 NV, maschi.

Esordio tra 20 e 50 giorno di vita con VOMITO ALIMENTARE DOPO OGNI PASTO, VIOLENTO, A GETTO, non accompagnato a dolore.

Segni di disidratazione, alcalosi metabolica ipocloremica, perdita di peso, ev. ittero/subittero.

masserella palpabile in IC DX (piloro stenotico) se il lattante sta fermo... è patognomonica.

Altrimenti passare all'ecografia (gold standard).

Terapia solo chirurgica (miotomia longitudinale dello sfintere pilorico). In attesa dell'intervento sondino nasogastrico per evitare il vomito.