



Consensus: istruzioni per l'uso

Maria Carmen Verga



Struttura della relazione

Perché una Consensus 1

The half-life of medical knowledge

Perché una Consensus 2

L'appropriatezza

Perché una Consensus 3

La lingua

Perché una Consensus 4

L'analisi della letteratura

Perché una Consensus 5

La semplificazione

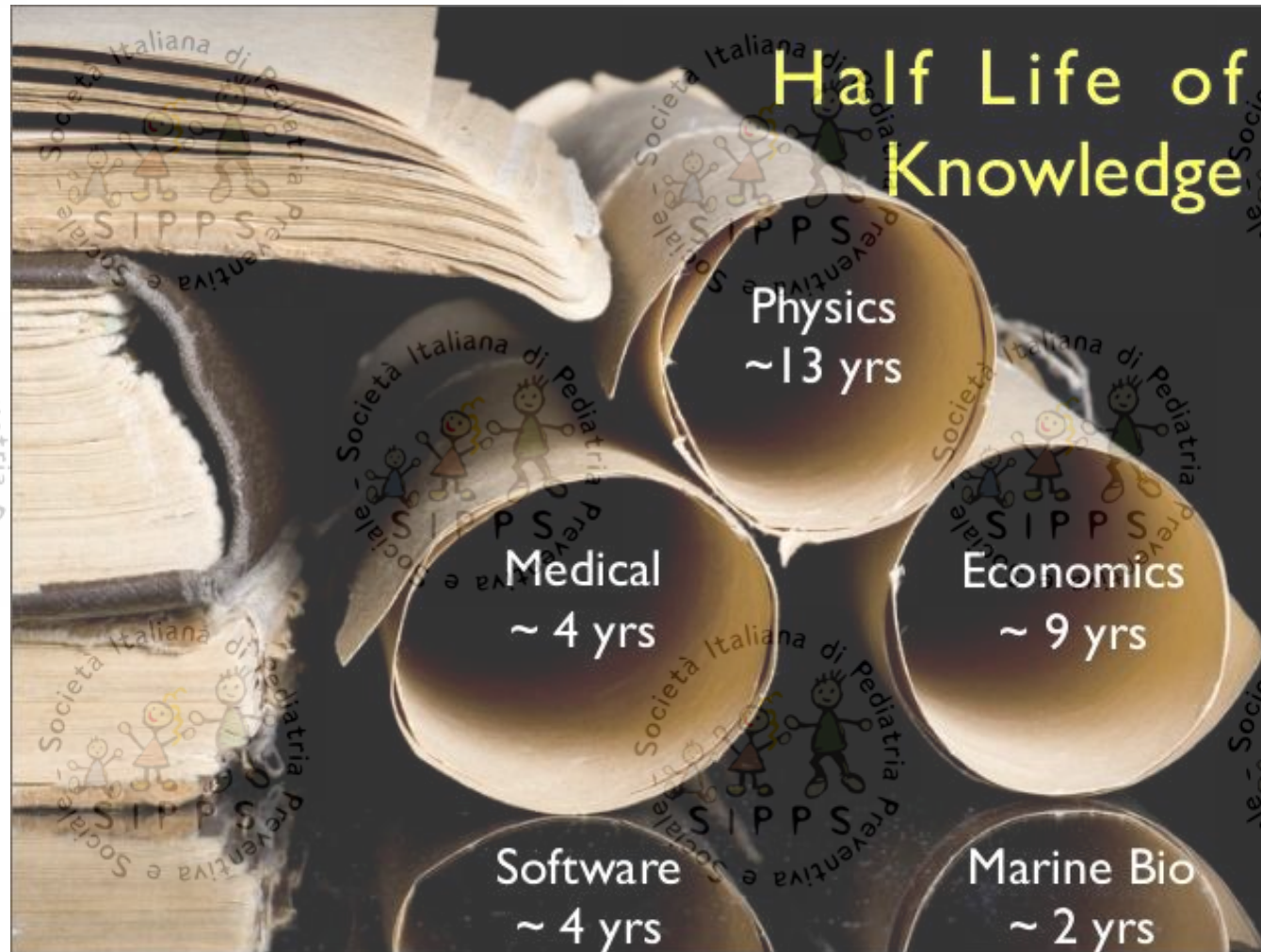
Perché una Consensus 6

La multidisciplinarietà e l'indipendenza editoriale

Consensus SIPP S: istruzioni per l'uso

Perché una Consensus

1. The half-life of medical knowledge

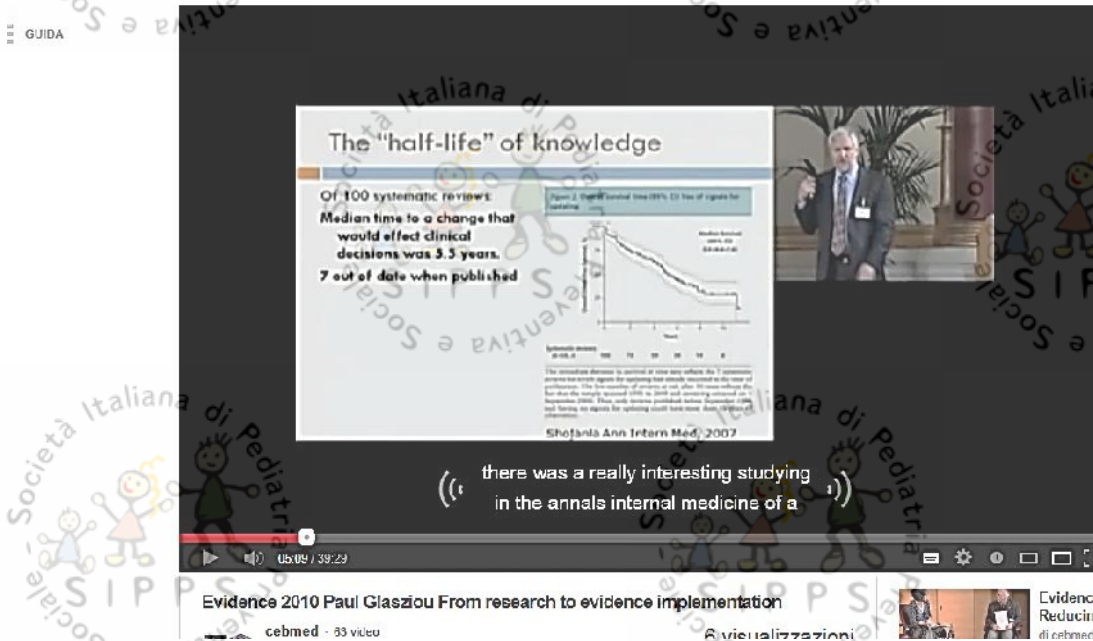


Staff Profiles



Prof Paul Glasziou
MRCGP, FRACGP, PhD, MBBS,
pglaszio@bond.edu.au
Prof Paul Glasziou
Professor
Faculty of Health Sciences and Medicine
Bond University QLD 4229
Australia

Evidence 2010 Paul Glasziou From research to evidence implementation



The "half-life" of knowledge

Of 100 systematic reviews:
Median time to a change that would effect clinical decisions was 5.5 years.
7 out of date when published

Figure 2. Graph: Median time (95% CI) for updates for updating...
Median time to update: 5.5 years (95% CI 4.5-6.5)

Shojania Ann Intern Med. 2007

there was a really interesting studying in the annals internal medicine of a

Evidence 2010 Paul Glasziou From research to evidence implementation
cebmed · 33 video
6 visualizzazioni

Evidence 2010 Reducing waste di cebmed

http://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=uqDShdSqmg0

Can we keep up to date?



The number of diseases/diagnoses

NLM MetaThesaurus - 875,255 concepts

Diagnosis Pro (www.diagnosispro.com) - 1 disease per day for 40 years

- 13,000 diseases;
- 30,000 abnormalities (symptoms, signs, tests)

orphanet

The portal for rare diseases and orphan

Rare diseases

Orphan

Clinics

Diagnostic tests

Research and trials

Patient organisations

Directory of resources

Other information

How many rare diseases are there ?

There are thousands of rare diseases. To date, six to seven thousand rare diseases have been found and approximately 5,000 new diseases are discovered each week in the medical literature. This number also depends upon the accuracy of the

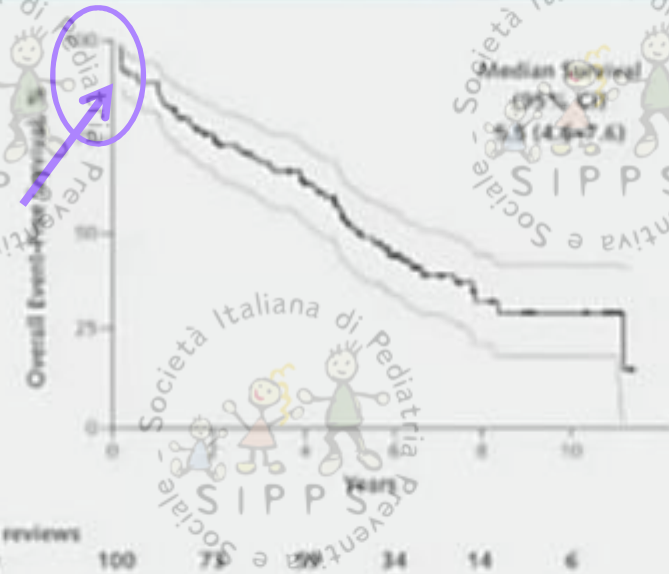
The "half-life" of knowledge

Of 100 systematic reviews

Median time to a change that would effect clinical decisions was 5.5 years.

7 out of date when published

Figure 2. Overall survival time (95% CI) free of signals for updating.



The initial decrease in survival at time zero reflects that 7 systematic reviews

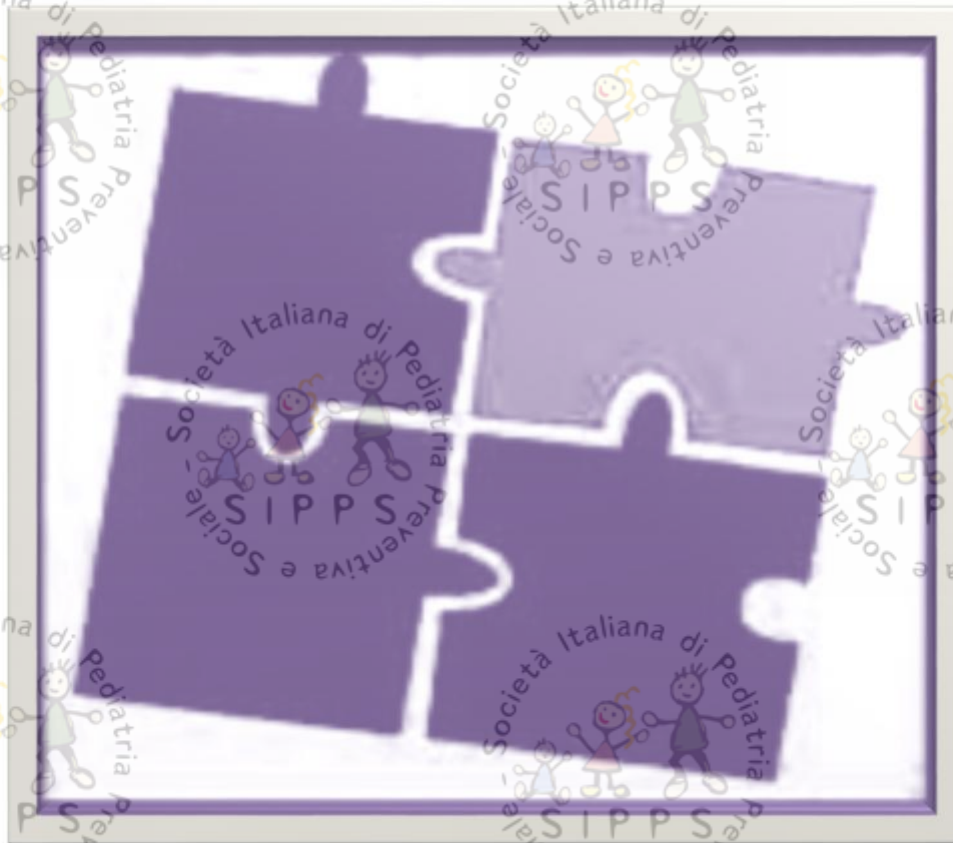
7/100 RS devono essere aggiornate già al momento della pubblicazione!

The advance of medical knowledge



Perché una Consensus

2. L'appropriatezza



L'appropriatezza in medicina

E' l'insieme degli strumenti valutativi che consentono di identificare le prestazioni realmente necessarie per il paziente, ovvero quelle il cui costo è giustificato, in quanto apportano un reale beneficio alla salute del paziente

Appropriatezza e pediatria: una sfida possibile?

Tommaso Langiano D.G., AOU Meyer, Firenze

Consumo delle risorse sanitarie

Organizzazione dei servizi \implies Appropriately organizzativa

Decisioni dei clinici \implies Appropriately clinica



Appropriatezza clinica

Consiste nell'adottare soltanto le azioni che, alla luce delle prove scientifiche disponibili, sono realmente necessarie per le condizioni cliniche del paziente

Less is More di JAMA

The Journal of the American Medical Association

JAMA Internal Medicine

Formerly *Archives of Internal Medicine*

[Home](#) [Current Issue](#) [All Issues](#) [Online First](#) [Topics](#) [CME](#) [Multimedia](#)

Topics >

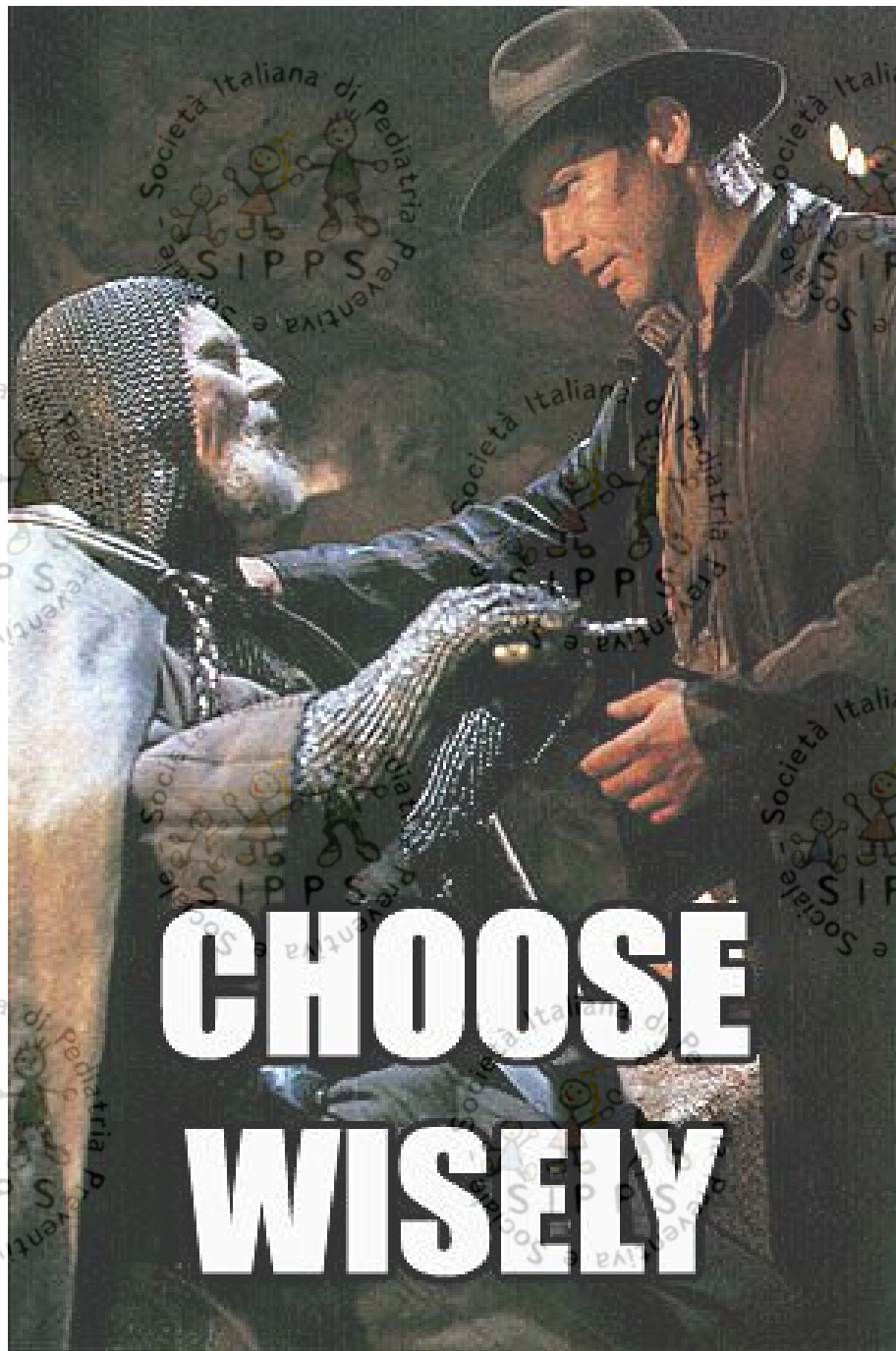
Topics

Less Is More

Most recent content is listed first. The collection includes content published from 1998 forward.

Perspectives | June 10, 2013 **FREE**

<http://archinte.jamanetwork.com/collection.aspx?categoryid=6017>



**CHOOSE
WISELY**



Choosing Wisely dell'ABIM

American Board of Internal Medicine Foundation

The logo for 'Choosing Wisely' features the words 'Choosing' and 'Wisely' stacked vertically. To the left of the text is a vertical bar composed of five colored squares: yellow, green, blue, teal, and purple. The text is in a bold, sans-serif font.

**Choosing
Wisely**

An initiative of the ABIM Foundation

About the ABIM Foundation:

The mission of the ABIM Foundation is to advance medical professionalism to improve the health care system. We achieve this by collaborating with physicians and physician leaders, medical trainees, health care delivery systems, payers, policymakers, consumer organizations and patients to foster a shared understanding of professionalism and how they can adopt the tenets of professionalism in practice.



To learn more about the ABIM Foundation, visit www.abimfoundation.org.

www.choosingwisely.org

Specialty Society Lists of Five Things Physicians and Patients Should Question (for physicians):

- American Academy of Allergy, Asthma & Immunology
- American Academy of Family Physicians
- American Academy of Hospice and Palliative Medicine
- American Academy of Neurology
- American Academy of Ophthalmology
- American Academy of Otolaryngology – Head and Neck Surgery Foundation
- American Academy of Pediatrics
- American College of Cardiology
- American College of Obstetricians and Gynecologists
- American College of Physicians
- American College of Radiology
- American College of Rheumatology
- American Gastroenterological Association

- American Geriatrics Society
- American Society for Clinical Pathology
- American Society of Clinical Oncology
- American Society of Echocardiography
- American Society of Nephrology
- American Society of Nuclear Cardiology
- American Urological Association
- Society for Vascular Medicine
- Society of Cardiovascular Computed Tomography
- Society of Hospital Medicine – Adult Hospital Medicine
- Society of Hospital Medicine – Pediatric Hospital Medicine
- Society of Nuclear Medicine and Molecular Imaging
- The Society of Thoracic Surgeons

17 Società Scientifiche hanno elaborato una lista di almeno 90 test e procedure comuni, ma spesso non necessari, molti dei quali prescritti per un peculiare tipo di paziente:

quello asintomatico!

"Sometimes patients request a treatment they don't need,"

Dr. William Zoghbi, MD, president of the American College of Cardiology

"It takes much longer to dissuade a patient from asking for test than actually ordering the test."

to change the mindset in physicians and patients alike that "more is better," which leads to wasteful spending and sometimes puts the patient at risk.

"What you're talking about is a culture change,"

ABIM President and Chief Executive Officer, Dr. Cassel

Choosing Wisely

An initiative of the ABIM Foundation

American Academy of Pediatrics

DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™



Five Things Physicians and Patients Should Question

1 Antibiotics should not be used for apparent viral respiratory illnesses (sinusitis, pharyngitis, bronchitis).

Although overall antibiotic prescription rates for children have fallen, they still remain alarmingly high. Unnecessary medication use for viral respiratory illnesses can lead to antibiotic resistance and contributes to higher health care costs and the risks of adverse events.

2 Cough and cold medicines should not be prescribed or recommended for respiratory illnesses in children under four years of age.

Research has shown these products offer little benefit to young children and can have potentially serious side effects. Many cough and cold products for children have more than one ingredient, increasing the chance of accidental overdose if combined with another product.

3 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the immediate evaluation of minor head injuries; clinical observation/Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) criteria should be used to determine whether imaging is indicated.

Minor head injuries occur commonly in children and adolescents. Approximately 50% of children who visit hospital emergency departments with a head injury are given a CT scan, many of which may be unnecessary. Unnecessary exposure to x-rays poses considerable danger to children including increasing the lifetime risk of cancer because a child's brain tissue is more sensitive to ionizing radiation. Unnecessary CT scans impose undue costs to the health care system. Clinical observation prior to CT decision-making for children with minor head injuries is an effective approach.

4 Neuroimaging (CT, MRI) is not necessary in a child with simple febrile seizure.

CT scanning is associated with radiation exposure that may escalate future cancer risk. MRI also is associated with risks from required sedation and high cost. The literature does not support the use of skull films in the evaluation of a child with a febrile seizure. Clinicians evaluating infants or young children after a simple febrile seizure should direct their attention toward identifying the cause of the child's fever.

5 Computed tomography (CT) scans are not necessary in the routine evaluation of abdominal pain.

Utilization of CT imaging in the emergency department evaluation of children with abdominal pain is increasing. The increased lifetime risk for cancer due to excess radiation exposure is of special concern given the acute sensitivity of children's organs. There also is the potential for radiation overdose with inappropriate CT protocols.

Too Much Medicine del BMJ

British Medical Journal

BMJ Campaign

 **TOO MUCH
MEDICINE**

BMJ

Ha lo scopo di denunciare la minaccia per la salute umana rappresentata dalla **overdiagnosis** e lo spreco di risorse per cure non necessarie (**overtreatment**)

<http://www.bmj.com/too-much-medicine>



"a pill for every ill," and "an ill for every pill."

Barbara Mintzes

Aprile 2002

<http://www.bmj.com/content/324/7342>



Conference partners



BMJ partner in the forthcoming international scientific conference

Preventing Overdiagnosis

September 2013 in Hanover, New Hampshire

www.preventingoverdiagnosis.net

VOX POPULI

Evidence 2010 Paul Glasziou Fr...

(1) Virgilio Mail



Effettua la ricerca



Condividi

Altro >>



Dopodomani avrei una relazione a Napule è sul perché di una Consensus. Ancora devo cominciare a p



Senza stare a perderci tempo, per quello che vi viene in mente, quali sono i motivi per cui si scrive una Consensus?

E, soprattutto, perché uno dovrebbe leggerla? 😁



Le risposte di Marcello Bergamini

From: marcello.bergamini

Sent: Thursday, April 21, 2016 5:19 PM

To: vergasa@virgilio.it

Cc: [GIOVANNI SIMEONE](#)

Subject: Re: Fwd:

E' proprio quello a cui pensavo in questi giorni!

In sintesi, a parte l'ovvio e meritorio scopo di redigere una sintesi ragionata della letteratura su di un intero campo della conoscenza medica, o pediatrica nella fattispecie:

Perché una Consensus

3. La lingua

La letteratura internazionale è in lingua inglese e, purtroppo, la lettura di un articolo in Inglese non è semplice per tutti, in Italia



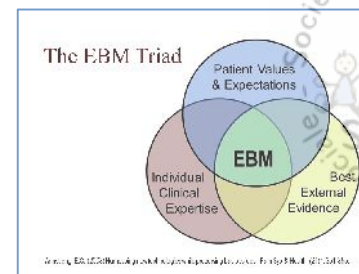
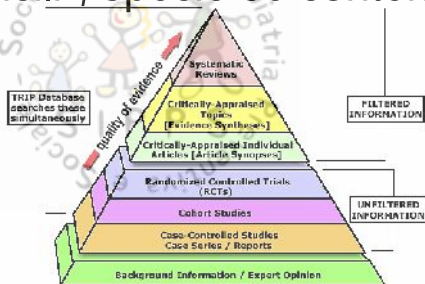
Perché una Consensus

4. L'analisi della letteratura

La letteratura primaria viene letta dagli esperti in modo "diffuso" e non analitico ... e a questi in genere non interessa più di tanto condividere il proprio sapere in ambiti più generali rispetto al cosiddetto loro orticello

Essa viene letta dai non esperti solo in occasioni eccezionali, con efficacia informativa prossima allo zero

La letteratura secondaria, per essere interpretata al meglio, richiede conoscenze, esperienza e pratica che solo in pochi possono avere avuto il tempo e la voglia di acquisire (anche le LG, se sono fatte bene e quindi sono evidence-based possono risultare "difficili", specie se contengono RS)



Perché una Consensus

5. La semplificazione

La modalità di fare evidence-base nelle Consensus è "soft", può essere facilmente compresa da molti, anche se non hanno grosse competenze di epidemiologia e statistica e EBM.

Ma il livello del rigore, pur nella non-totale-sistematicità delle revisioni, è più che garantito!



In primis sono state ricercate le sintesi di evidenze, Linee Guida (LG) evidence-based e Revisioni Sistematiche (RS). La ricerca è stata poi completata, secondo il principio di saturazione teorica, con gli Studi Primari pubblicati successivamente a quelli inclusi nelle RS e con quelli considerati rilevanti.

Ricerca delle Linee Guida

1. GIMBE

(Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze); Getting evidence; BD Linee Guida; NICE, SIGN, National Guideline Clearinghouse, CMA Infobase, NZ Guideline Group, Prodigy, PNLG

2. PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Stringa di ricerca: "systematic[sb] AND (functional gastrointestinal disorders children OR regurgitation OR rumination OR cyclic vomiting OR infant colic OR diarrhea OR dyschezia OR constipation)"
Filters activated: Guideline, Practice Guideline, published in the last 5 years, Child: birth-18 years, Infant: birth-23 months

3. Società scientifiche

ESPGHAN http://espgan.med.up.pt/index.php?option=com_content&task=view&id=37&Itemid=119
SIGENP <http://www.sigenp.org/show/lineguida/14>

Ricerca delle Revisioni Sistematiche e degli studi primari

1. GIMBE (Gruppo Italiano di Medicina Basata sulle Evidenze); Getting evidence;
BD di Revisioni sistematiche:
Cochrane Library, CDSR - Cochrane Database of Systematic Reviews,
DARE - Database of Abstract of Review of Effects

2. PubMed <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Clinical queries
Systematic Reviews e Clinical Study
Stringhe di ricerca:

a. systematic[sb] AND

b. (Therapy/Broad[filter]) AND

((gastric regurgitation OR gastroesophageal reflux) AND (food hypersensitivity OR Breastfeeding OR Infant Formula OR dietary supplement))

((gastric regurgitation OR gastroesophageal reflux) AND (diet therapies OR Patient Care Management OR Medication Therapy OR prognosis))
((cyclic vomiting syndrome) AND (food hypersensitivity OR Life Style OR Prognosis))

systematic[sb] AND ((cyclic vomiting syndrome) AND (dietary supplement OR diet therapies OR Patient Care Management OR Medication Therapy Management))

((Colic OR infantile colic) AND (food hypersensitivity OR Breastfeeding OR Infant Formula OR dietary supplement))

((Colic OR infantile colic) AND (diet therapies OR Patient Care Management OR Medication Therapy Management OR massage OR prognosis))

((Diarrhea OR Dyschezia) AND (food hypersensitivity OR gastroenteritis OR Breastfeeding OR Infant Formula OR dietary supplement))

((Diarrhea OR Dyschezia) AND (diet therapies OR rectal stimulation OR anus stimulation))

((functional diarrhea OR functional diarrhoea OR dyschezia) AND (Functional diarrhea AND gastroenteritis))

((Functional diarrhea OR dyschezia) AND food hypersensitivity)
((Functional diarrhea OR dyschezia) AND milk formula)

(functional diarrhea AND (therapy

Perché una Consensus

6. La multidisciplinarietà e l'indipendenza editoriale

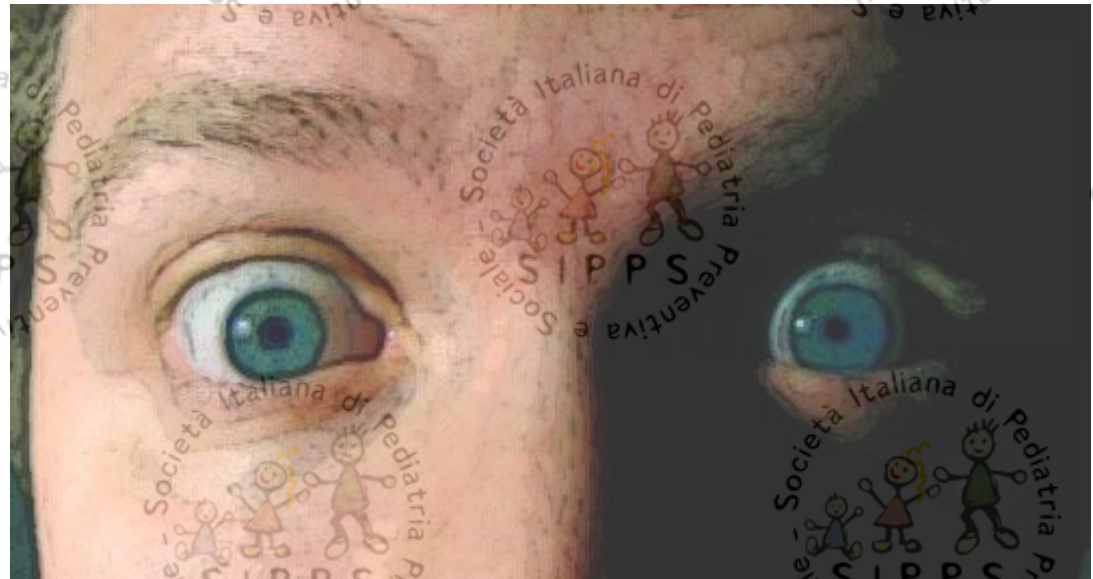
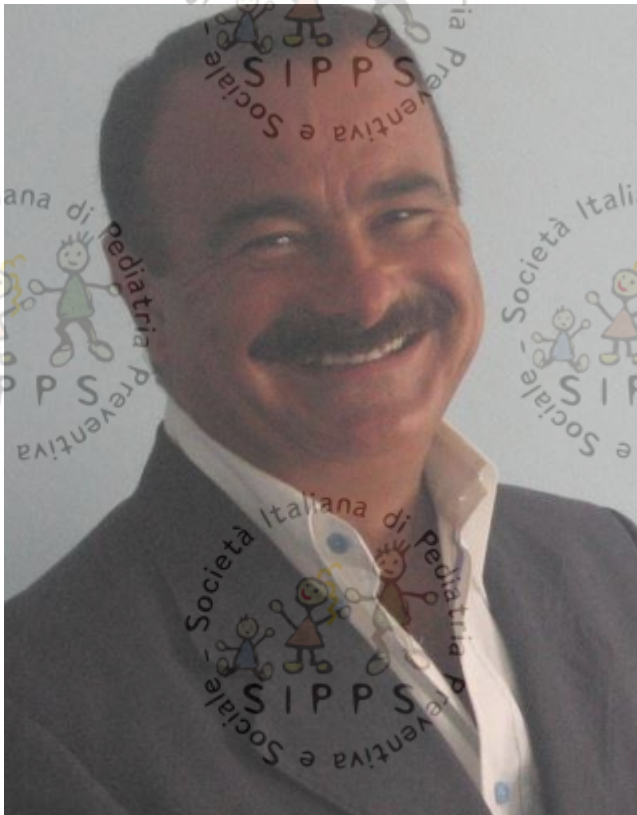
Riunisce più Società Scientifiche, che possono anche essere di area non pediatrica, incrementando la condivisione e la multidisciplinarietà.

Riunisce figure professionali e culturali (stakeholders) molto diverse fra loro (universitari, ospedalieri, pdf, nutrizionisti etc, etc, etc),



...figure che tendenzialmente non hanno, per questa specifica attività scientifica, conflitti di interesse, economici ma anche intellettuali, se non quelli correlati alle prospettive di pubblicazione più o meno buona del lavoro di gruppo

Collegato al punto precedente è il fatto che si tratta di un lavoro assolutamente volontario...



Parola d'ordine

Implementazione e fruibilità!





Consensus SIPPSS: istruzioni per l'uso

Aggiornamento

Identificazione di quesiti specifici

3 livelli di consultazione

Aggiornamento

SINDROME DEL VOMITO CICLICO

Definizione

La Sindrome del Vomito ciclico (Cyclic Vomiting Syndrome, CVS) è un disordine funzionale gastrointestinale caratterizzato da episodi ricorrenti, stereotipati, di intensa nausea e vomito, intervallati da periodi di completo benessere.⁴⁰ Gli episodi acuti hanno una durata variabile, da poche ore a qualche giorno (fino a 10 giorni), e frequentemente si associano ad altri sintomi quali letargia, pallore, anoressia, cefalea, fotofobia e dolori addominali. In età pediatrica, l'incidenza è di circa 3.15/100.000 casi/anno, per cui la CVS sembra essere più frequente di quanto si pensasse in precedenza e il sesso femminile risulta essere maggiormente colpito (F:M=3:2).⁴⁰ Sebbene la CVS sia stata per anni considerata un'entità clinica caratteristica dell'età pediatrica, recenti studi hanno riportato una frequenza significativa anche in età adulta della CVS. L'età media alla diagnosi è intorno a 5 anni, generalmente molto ritardata rispetto alla comparsa dei primi sintomi. La CVS si associa caratteristicamente ad una storia familiare di emicrania.⁴¹ In età pediatrica, la CVS ha un impatto negativo sulla qualità di vita, essendo essa causa di frequenti ospedalizzazioni durante la fase acuta e, di conseguenza, causa della significativa compromissione sia delle attività sociali quotidiane che del rendimento scolastico.⁴² È stato calcolato che ogni bambino con CVS ha un impatto economico sul Sistema Sanitario americano di circa 17.000\$/anno.⁴³

Criteri diagnostici

La CVS rientra nel gruppo dei disturbi funzionali gastrointestinali, e nel 2006 sono stati pubblicati i criteri diagnostici (Roma III).⁴⁴ Nel 2008 però la North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN), nel corso di

una consensus conference, ha implementato i criteri diagnostici affinché si migliorasse sia l'approccio diagnostico che terapeutico.⁴⁴

La diagnosi è basata sui seguenti criteri clinici:

1. presenza di almeno 5 attacchi, in qualunque periodo di tempo, oppure 3 attacchi in un periodo di 6 mesi;
2. episodici attacchi di intensa nausea e vomito di durata compresa tra 1 hr e 10 giorni, intervallati da un periodo di benessere di almeno 1 settimana;
3. modalità di presentazione dei sintomi stereotipata nel singolo paziente;
4. frequenza degli episodi di vomito $\geq 4/h$;
5. ripresa delle normali condizioni di salute (completo benessere) durante i periodi intercritici;
6. assenza di altre patologie

Patogenesi

Sebbene le prime descrizioni della sindrome risalgano alla metà del XIX secolo, l'eziopatogenesi rimane tuttora poco conosciuta. Differenti meccanismi sono stati ipotizzati negli ultimi anni, quali mutazioni del DNA mitocondriale ("mtDNA"), responsabile del deficit nella produzione cellulare di energia, una attivazione anomala dell'asse ipotalamo-ipofisario ("HPA axis"), che generalmente è coinvolta nel meccanismo dello stress, e disfunzioni del sistema nervoso autonomo (SNA).^{47,48}

È stata proposta una teoria eziopatogenetica unificante in base alla quale stress psicologici, stress fisici (es. febbre, infezioni respiratorie ricorrenti, intensa attività fisica, ciclo mestruale) e particolari alimenti (cioccolato e formaggi) possano determinare una alterata produzione di corticotropin-releasing factor (CRF) con conseguente anomala attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisario. Il CRF inibisce la motilità gastroduodenale, mediante l'attivazione dei neuroni inibitori nel nucleo motore dorsale del vago, e au-

menta il tono adrenergico, mediante l'attivazione del locus coeruleus nel pavimento laterale del 4° ventricolo, come confermato da una aumentata concentrazione di ACTH, catecolamine e cortisolo durante sia la fase prodromica che la fase acuta. L'incapacità di aumentare la produzione di energia, che è generalmente richiesta durante le condizioni di stress, come conseguenza delle mutazioni di mtDNA, predispone i pazienti all'inizio di un ciclo emetico e perpetua le disfunzioni dei neuroni del SNA, a causa delle loro elevate richieste energetiche.⁴⁹

Manifestazioni cliniche

La CVS ha un tipico pattern temporale on-off ed è caratterizzata da 4 differenti fasi:⁵¹

1. **Fase intercritica**, caratterizzata da un pieno benessere, con assenza assoluta di sintomi, che può durare settimane o mesi;
2. **Fase prodromica**, caratterizzata da astenia, cambio di umore, ansia, dolore addominale e cefalea, che può durare minuti o ore. Durante tale fase il bambino è ancora in grado di assumere farmaci per via orale;
3. **Fase emetica**, durante la quale i sintomi più comuni sono una nausea intensa, conati e vomito. Altri sintomi associati sono anoressia, pallore, letargia, modificazione della temperatura corporea, prostrazione, dolore addominale, fotofobia, intolleranza agli odori, diarrea, posture anomale ed ipertensione arteriosa nella variante di Sato. Gli episodi possono durare da ore a giorni (fino a 10 giorni), con una media di 24-27 hr. La frequenza delle fasi acute varia da 1 episodio fino a 70 episodi/anno con una media di 12 episodi/anno, ed il numero di episodi emetici durante il singolo attacco ("cycle") è di almeno 4 episodi/hr per almeno 1 hr. Generalmente la fase emetica insorge durante le prime ore della giornata (2-4 del

Identificazione di quesiti specifici

Coliche infantili

- Ci può essere una relazione con le allergie alle proteine del Latte Vaccino (APLV)?
- Sono utili le restrizioni dietetiche alla madre che allatta?
- E' utile la somministrazione di probiotici, prebiotici e sinbiotici (supplementi)?
...etc.....

COUNSELLING

L'esistenza umana è un'"esistenza sociale", sostenevano Sameroff ed Emde²⁴ (1989) affermando la dipendenza dello sviluppo fisico e psicologico dei bambini dalle cure dei loro familiari e considerando gli attori come parti di un sistema interattivo che si influenzano reciprocamente. L'interazione genitore-bambino è infatti fondamentale per la loro relazione perché permette uno scambio sul piano comportamentale, affettivo ed emozionale.²⁵

La ricerca in psicologia dello sviluppo negli ultimi anni ha definito la qualità e la tipologia delle relazioni come fattori determinanti per lo sviluppo sano. I risultati di numerosi studi hanno permesso di acquisire maggiore consapevolezza riguardo alla capacità di elaborazione delle prime esperienze da parte dei bambini e di comprendere che i comportamenti messi in atto non sono banali, casuali o passivi ma sono messaggi con una forte connotazione comunicativo-relazionale che deve essere efficacemente compresa e interpretata dalla figura di accudimento. Come adulti, genitori, pediatri o altri professionisti dobbiamo essere pronti a rispondere in modo sensibile ai segnali

figlio e utilizzando routine comunicative per accompagnare le azioni di cura). In questo modo la madre permette che sia lui a dirigere le prime forme di interazione, creando un format dialogico che si sviluppa sull'intreccio delle proprie risposte con quelle del bambino. Questa sintonizzazione potrebbe, tuttavia, non verificarsi se la mamma è poco attenta e modulerà i suoi interventi esclusivamente in base ai suoi umori e desideri, in un certo senso tenderà ad operare una distorsione dei segnali comunicativi del bambino o ad interpretarli alla luce dei propri bisogni e, in alcuni casi, a non rispondervi affatto; pertanto una figura di accudimento non responsiva e poco sensibile potrebbe causare nel bambino risposte inappropriate ai propri bisogni e creare così i presupposti per l'instaurarsi di disagi o disturbi. Una visione "biopsicosociale" di questo tipo può rappresentare per il pediatra un'utile chiave di lettura per meglio comprendere e contestualizzare situazioni critiche o di disagio che il bambino sperimenta spesso in assenza di evidenze cliniche. Come sostenuto anche nel documento *The Road to Rome*,²⁶ è

Da un punto di vista sociologico, oltre che psicologico, si potrebbe considerare l'ipercura un fattore volto ad accrescere la domanda di salute, in relazione al continuo sviluppo nella ricerca medica e alla facile accessibilità alle fonti di informazioni. Inoltre, sempre più spesso accade che le famiglie abbiano un figlio unico, sul quale i genitori, o altri familiari, canalizzano tutto il loro desiderio di dare cura. Tale atteggiamento può diventare patologico e può produrre nel bambino sintomi che, forse, non avrebbe.

Non sempre la "sensibilità" in un determinato ambito dello sviluppo si adatta anche in altri ambiti. Ad esempio potrebbero esserci genitori molto pronti e sensibili nel fornire adeguate stimolazioni sotto il profilo cognitivo ma incapaci di gestire pianti inconsolabili, ipereccitazione, crisi di collera difficoltà o disordini nell'alimentazione, ecc.

Nel caso in cui i genitori sottopongano all'attenzione medica il loro bambino, bisogna chiedersi se il loro problema è la preoccupazione per ciò che sta dietro al pianto o una difficoltà psico-relazionale.



3 livelli di consultazione

- Sintesi delle raccomandazioni (4 pagine!!!!)
- Capitoli in extenso
- Box di approfondimento

➤ Sintesi delle raccomandazioni

➤ Capitoli in esteso

➤ Box di approfondimento

Rigurgito

Criteri diagnostici

Presenza in un lattante di età compresa tra 3 settimane e 12 mesi di **tutti** i seguenti criteri:
• 3 o più episodi di rigurgito al giorno per 3 o più settimane
• Assenza di conati di vomito, emetemesi, aspirazione, apnea, arresto di crescita, difficoltà ad ingoiare o a deglutire o posture anomale.

Ci può essere una relazione con le allergie alle proteine del Latte Vaccino (APLV)?

La prevalenza di APLV nei lattanti con rigurgito è ancora controversa anche per una difficile distinzione clinica tra queste due condizioni. In assenza di segni di allarme (concomitante broncospasmo, ritardo di crescita, alvo diarroico e spiccata irrequietezza ed irritabilità) non è giustificato porre il sospetto di APLV.

Sono utili le restrizioni dietetiche alla madre che allatta?

Non ci sono evidenze di efficacia sulle diete di eliminazione della madre nutrice, anche nel lattante a rischio di atopica.

SINTESI DELLE RACCOMANDAZIONI

Grazie al tranquillo profilo di sicurezza possono essere incluse tra le misure da suggerire per il sollievo dai sintomi, al fine di ridurre le ansie della famiglia. Le formule estesamente idrolizzate (eHE) non sono indicate nel rigurgito funzionale.

Sono utili i prodotti "addensanti"?

I cereali ed i prodotti addensanti possono comportare meteorismo e maggiore intake calorico. Il loro utilizzo non è raccomandato.

Qual è il ruolo della terapia farmacologica?

Nel rigurgito funzionale non c'è indicazione alla terapia farmacologica, prima di tutto per la sostanziale benignità del disordine e per la mancanza di prove di efficacia e sicurezza dei farmaci più comunemente proposti. Le prove di efficacia sull'alginato sono limitate nel lattante per cui se ne consiglia la prescrizione solo nel caso in cui il disordine comporti importante e persistente fastidio ed in caso di insuccesso dello stepped-care approach (successive raccomandazioni comportamentali e variazioni dietetiche). Gli anti-H2 e gli inibitori di pompa protonica, questi ultimi off-label nei lattanti, non sono raccomandati in assenza di diagnosi di MRGE. Non è raccomandato il domperidone per la

Qual è il ruolo degli accorgimenti posturali e degli interventi ambientali?

Si raccomanda di mantenere il lattante in posizione supina per ridurre il rischio di SIDS. Non sono raccomandate la posizione anti-Trendelenburg e quella laterale. Si raccomanda di evitare il fumo passivo.

Qual è l'evoluzione della malattia?

I rigurgiti si riducono fisiologicamente a 6-7 mesi e si risolvono, nel 90% dei lattanti al 12°-14° mese.

Sindrome della Ruminazione Infantile

Criteri diagnostici

- Contrazioni ripetute dei muscoli addominali, diaframma e lingua
- Rigurgito nella bocca di contenuto gastrico, espettorato, o rideglutito
- 3 o più dei seguenti criteri:
 - Insorgenza tra i 3 e gli 8 mesi
 - Non rispondente a terapia anti-reflusso, farmaci anticolinergici, cambiamenti della formula, alimentazione con sondino o per via gastrostomica

► Sintesi delle evidenze

► Capitoli in extenso

► Box di approfondimento

RIGURGITO DELL'INFANZIA

Definizione

Il rigurgito è il ritorno involontario di contenuto gastrico in faringe, in o fuori dalla bocca.²⁶⁻²⁸

Il rigurgito è generalmente senza sforzo e non proiettivo. Nel lattante il reflusso gastroesofageo (RGE) è, fisiologicamente, molto frequente e si associa spesso a rigurgito orale, che è un RGE che si estende al cavo orale. Il rigurgito e il RGE non sono, per sé, fenomeni patologici e sono spesso confusi con il vomito (risposta motoria coordinata autonoma e volontaria con forzata, a getto, espulsione del contenuto gastrico dalla bocca) e con la Malattia da RGE (MRGE) che si verifica solo nel caso in cui il RGE determini sintomi disturbanti /problematici o complicanze.²⁶⁻²⁸

Fisiopatologia

Il RGE si verifica prevalentemente quando lo sfintere esofageo inferiore (SEI o LES) "si rilassa" in maniera inappropriata (ovvero non successivamente ad una deglutizione) o quando la sua pressione è ridotta o non si incrementa in risposta ad un aumento della pressione addominale. Il RGE ed i rigurgiti sono molto frequenti nel lattante per l'alto volume di liquidi (latte) che assume, la limitata lunghezza dell'esofago, la posizione spesso orizzontale, etc. Meccanismi di difesa per limitare la MRGE includono la resistenza della mucosa, la motilità e la clearance esofagea²⁹

La persistenza dei sintomi e la progressione a complicanze non è predicibile su base individuale ma è più frequente in alcune categorie di pazienti (cerebropatici oppure con malformazioni esofagee, fibrosi cistica, obesità, voluminosa emiaistale o, fattore ancora controverso, prematurità).^{27,30}

Criteri diagnostici

La maggioranza dei lattanti con RGE, in assenza di altri sintomi o segni di allarme, non necessita di valutazioni specialistiche, esami o terapia ma unicamente di consigli e rassicurazioni ai genitori e a chi li accudisce.²⁷⁻²⁹ Il rigurgito (anche frequente, abbondante, a distanza dal pasto o associato a pianto, singhiozzo, inarcamenti, disturbi di alimentazione o del sonno) non è una condizione necessaria né sufficiente per porre diagnosi di MRGE²⁶⁻²⁸ (Sherman)(Vandenplas 2009)(Lightdale)(NICE). Nelle linee guida ESPGHAN, NASPGHAN e AAP la condizione necessaria per la terapia farmacologica in un lattante che rigurgita è la presenza di esofagite o pH (impedenzometria) patologica^{27,28} esami da riservarsi solo in presenza di segnali di allarme (vedi tabella I).^{27,28} I criteri di Roma III definiscono rigurgito funzionale del lattante la presenza di 2 o più rigurgiti al giorno per 3 o più settimane in un lattante sano in assenza di conati, ematemesi, aspirazione, apnea, scarsa crescita, difficoltà di alimentazione o di deglutizione o posture anomale.³¹ Il rigurgito non complicato in un lattante per il resto sano è considerato come una tappa di sviluppo e non una malattia.³¹ Più della metà dei lattanti sani rigurgitano quotidianamente nei primi mesi di vita e solo una piccola percentuale rigurgita ancora a 10-12 mesi. Tuttavia, "il rigurgito eccessivo" (più di 4 episodi al giorno) è spesso motivo di preoccupazione dei genitori e di consultazione pediatrica ma non dovrebbe essere confuso con la MRGE, non essendo né un sintomo sensibile né specifico,³² ma nella stragrande maggioranza dei casi fisiologico ed a risoluzione spontanea nel primo anno di vita. In alcuni casi i rigurgiti frequenti possono essere secondari ad altre condizioni, come

l'allergia alimentare, le infezioni, le malattie respiratorie o neurologiche, che vanno pertanto escluse.²⁶⁻²⁸

Segni e sintomi d'allarme

Nel lattante che rigurgita vanno considerati segni/sintomi gastrointestinali e generali che possono rappresentare un'indicazione chirurgica oppure specialistica (gastroenterologia, allergologica, neurologica, Tabella I).²⁶

Tabella 1. Segni e sintomi di allarme in un lattante con rigurgito

Segni e Sintomi	
Esordio >6 mesi o persistenza dopo l'anno	Esame neurologico anormale / alterata reattività
Ematemesi / Ematochezia / Molana	Posizioni anomale del capo/schiena o S. Sandifer
Vomito biliare o persistente/ricorrente	Epatosplenomegalia
Diarrea o stipsi cronica	Scarsa crescita o calo ponderale
Febbre	Anemia
Convulsioni	Micro/macrocefalia o rapido aumento della circonferenza cranica (> 1 cm per settimana)
Infezioni respiratorie/otiti ricorrenti	Distensione o resistenza o massa addominale
Pianto inconsolabile persistente	Documentata/sospetta sindrome genetica/metabolica
Inappetenza	Desaturazioni/apnee/ALTE gravi o persistenti

Esami diagnostici e criteri d'invio a consulenza specialistica

La maggioranza dei lattanti con rigurgiti, in assenza di sintomi o segni di allarme, necessita unicamente di consigli e rassicurazioni.^{26-28,32} Una valutazione specialistica gastroenterologica andrebbe considerata, in particolare, in caso di: sindrome

Box 1. Asse cervello-intestino-microbiota intestinale

Nel corso degli ultimi anni è emerso il ruolo cruciale del cosiddetto **asse intestino-cervello**, sia in ambito fisiologico che patogenetico. Tale sistema anatomico-funzionale è un complesso network di comunicazione bidirezionale che, attraverso vie nervose (sistema centrale, simpatico, parasimpatico e metasimpatico), metaboliche, ormonali e immunitarie (citochine e chemiochine), permette al cervello di regolare numerose funzioni intestinali (sensibilità viscerale, motilità, assorbimento, secrezione, risposte immunitarie) e al tratto gastro-intestinale di modulare quelle cerebrali.^{86,87}

Il microbiota del canale digerente, prevalentemente concentrato nel colon (microbiota intestinale) è una biomassa di cellule batteriche il cui numero sovrasta di 10 volte quello delle cellule eucariote dell'organismo umano. Il microbiota intestinale riveste un ruolo cruciale nel modulare la comunicazione nell'ambito dell'asse intestino-cervello, tanto da indurre alcuni Autori ad integrare il termine con il neologismo *brain-gut-enteric microbiota axis*.^{88,89} A tal proposito va ricordato che la biomassa batterica intestinale produce molecole neuroattive quali serotonina, melatonina, GABA (acido gamma amino butirrico), adrenalina, noradrenalina, dopamina, istamina e acetilcolina.⁹⁰

Un esempio paradigmatico dell'associazione consequenziale disbiosi intestinale/disregolazione asse encefalo-intestino/disordine funzionale gastro-intestinale è rappresentato dalla sindrome del colon irritabile.⁹¹ Studi su modelli animali *germ-free* hanno dimostrato che nel corso delle prime epoche di vita la composizione del microbiota intestinale regola lo sviluppo e la funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA, hypothalamic-pituitary-adrenal axis): pattern microbici aberranti o quantitativamente carenti determinano una sensibile attivazione dell'HPA.⁹²

È stato ipotizzato che disturbi flogistici e funzionali gastro-intestinali siano influenzati dalle vie di segnale mediate dal fattore di rilascio della corticotropina (Corticotropin Releasing Factor, CRF), neuromone ipotalamico responsabile della stimolazione dell'asse HPA. L'incremento del CRF e l'attivazione della via di segnale del suo recettore periferico CRF² induce ipermotilità e iperalgesia intestinale attraverso il sistema nervoso enterico (metasimpatico) che controlla la peristalsi gastro-intestinale con i plessi sottomucoso di Meissner e mioenterico di Auerbach e, attraverso il reclutamento di mastociti, l'incremento della permeabilità intestinale, la translocazione batterica e l'accesso di antigeni endoluminali al sistema immunitario mucosale (GALT).⁹³

Le comunità microbiche che compongono il microbiota intestinale costituiscono un complesso ecosistema il cui metabolismo, insieme al ricco corredo genetico (microbioma), interagisce con l'organismo ospite attraverso uno stretto rapporto simbiotico. I batteri comunicano tra loro grazie alla produzione di molecole di segnale extracellulari definite *autoinducers* (*quorum sensing*) e con le cellule eucariotiche (*interkingdom signaling*) attraverso sostanze quali insulina, peptidi, monoamine e *epidermal growth factor*.

Nella genesi dei disordini gastro-intestinali è stata coimputata l'alterazione quali-quantitativa della composizione del microbiota e della barriera mucosale. Il microbiota intestinale eubiotico risulta fondamentale per il mantenimento e ripristino dell'integrità della barriera intestinale. La disbiosi microbica intestinale riscontrata in lattanti affetti da coliche (riduzione di lattobacilli, incremento di *E. coli* e *Klebsiella*),^{94,95} favorirebbe il passaggio di antigeni batterici e alimentari, un'aberrante funzione immuno-mucosale (disregolazione immunitaria) e uno stato di infiammazione locale. Citochine pro-infiammatorie (TNF- α , IL-1 β , IL-6), indotte dalla disbiosi, determinerebbero l'apertura delle *tight junction* attraverso l'attivazione del fattore nucleare NF κ B. Specifici ceppi probiotici sarebbero in grado di mimare l'attività omeostatica dei commensali del microbiota eubiotico.⁹⁶

➤ Sintesi delle evidenze

➤ Capitoli in extenso

➤ Box di approfondimento



Human Early Life Prevention (HELP[©])

Prevenzione precoce delle malattie non trasmissibili e promozione di un corretto sviluppo neurocognitivo



Grazie

