

Un bambino di due anni che rifiuta il cibo e vomita

ZEMIRA CANNIOTO, FEDERICO MARCHETTI, EGIDIO BARBI, ALESSANDRO VENTURA

Clinica Pediatrica, IRCCS "Burlo Garofolo", Università di Trieste

Tra allergia alimentare, reflussi e altri fantasmi del passato, si cerca di neutralizzare i fantasmi del presente.

Giunge alla nostra osservazione F, un bambino di 2 anni e mezzo con una storia poco chiara. Il filo conduttore del suo problema è stato un disturbo dell'alimentazione, caratterizzato dal rifiuto associato a facilità al vomito, cominciato, ci viene riferito, intorno al 4° mese di vita e associato a numerosi altri disturbi mal descritti e specificati (dalla diarrea alle apnee notturne, alla scarsa crescita). L'insieme dei suoi disturbi ha portato pediatra e centro di riferimento a orientarsi per una allergia al latte associata a malattia da reflusso (GERD) e nei fatti, dall'inizio della storia al momento della nostra osservazione, il bambino aveva eseguito ripetute endoscopie digestive (con reperti per lo più dubbi e poco esplicativi, tranne il primo che parlava chiaramente di esofagite). F. era finito col rimanere in terapia con antiacidi (prima ranitidina e poi omeprazolo) e in dieta elementare di diverso tipo (latte idrolisato, poi dieta di Rezza-Cardi, poi di nuovo solo idrolisato, o quasi).

Tutto il quadro è però rimasto confuso: da un lato sembrava effettivamente che le diete via via proposte e gli appesantimenti terapeutici migliorassero inizialmente la situazione, dall'altro anche con queste pesanti diete e terapie le cose non si sono mai definitivamente risolte e il bambino è rimasto con il suo problema: rifiuto del cibo, facilità al vomito, scarsa crescita. A ogni visita di controllo vi era un timido tentativo di semplificazione (dopo l'ennesimo esame strumentale), ma a un

A 2 YEARS OLD BABY WITH RECURRENT VOMIT AND FOOD REFUSAL

(*Medico e Bambino 2006;25:311-314*)

Key words

Food aversion, GER, Restricted diet

Summary

This case report summarizes the clinical features, pathogenesis and treatment of food aversion through the story of a 2 years old child with recurrent vomit and food refusal. This is a common pediatric syndrome which implies the differential diagnosis between several conditions such as organic problems, relational disorders and iatrogenic causes. The latter could be synthesized by a new acronym IGARIS (Iatrogenic Ghost Allergy and Reflux Infant Syndrome) which comprehends the possibility of causing/sustaining food aversion by means of repeated medical interventions especially imposing unjustified restricted diets and/or "over-diagnosing" gastro-esophageal reflux (GER). This is a relevant issue both in term of prevalence and need of a specific treatment, especially to avoid vicious circles of over-diagnosis and over-treatment. Our case demonstrates the importance of a behavioral approach in a case of food aversion due to relational and iatrogenic disorders in order to help the child and his family to re-discover the enjoyment of food.

controllo successivo quello che raccontava la madre era determinante nel processo decisionale, in modo un po' conformistico: il bambino sta male, rifiuta il cibo, vomita, e quindi il suo problema di reflusso da poli-intolleranza alimentare non si è risolto. La decisione rimaneva quella della terapia antiacida e della dieta ristretta. E la madre, in una sorta di circolo vizioso, accettava la decisione "di ritorno" al problema dell'organicità.

È a questo punto della complicata storia di F. che lo vediamo per la prima volta. Si tratta di un bambino molto simpatico con un evidente deficit staturico-ponderale: a 2 anni e 7 mesi pesa 9,800 kg (< 3° centile) ed è alto 84 cm

(3° centile) con un bersaglio genetico al 25-50° centile. La sua spiccata magrezza si evidenzia soprattutto agli arti inferiori con un vistoso quadro di ipotrofia delle cosce e dei glutei che, verosimilmente, condiziona anche una certa incertezza della deambulazione. La quantità di alimento che accetta è quantitativamente insufficiente sia per il peso attuale che, e a maggior ragione, per il peso corretto per la statura (che dovrebbe essere 12 kg) e ancora di più per il peso corretto per l'età (14 kg): meno di un litro di idrolisato al giorno, circa 500-600 calorie. Confrontiamo questi dati dell'anamnesi alimentare con quelli della osservazione diretta, che coincidono.

Percorsi clinici

Leggiamo le tante cartelle cliniche, cerchiamo un filo conduttore nella storia confusa riferita e osserviamo mangiare il bambino che si nutre quasi esclusivamente di idrolisato proteico. A ogni altro tentativo di alimentazione con pasti solidi il bambino rifiuta il cibo e, se veniva un po' forzato a mangiare (inseguendolo), aveva a un certo punto conati di vomito. La madre era visibilmente disorientata, demoralizzata e un po' distante.

Quali domande vi ponete?

Le domande che noi ci siamo posti sono state diverse:

- perché il bambino continuava ad avere vomito, scarsa crescita nonostante una terapia antiacida adeguata (inibitore di pompa) e una dieta molto ristretta che ha eliminato prima il latte e derivati e poi via via altri alimenti?
- cosa poteva determinare l'inappetenza del bambino (con scarso introito calorico), il suo rifiuto del cibo e a volte il conseguente vomito appena si provava ad alimentarlo (non a distanza) con alimenti diversi dal latte?

Sappiamo che in presenza di un RGE ed esofagite, in assenza di un quadro di ernia iatale, la risposta alla terapia antiacida è quasi assoluta, vista l'età del bambino; ma questo non si è verificato o si è verificato in modo molto parziale nel caso di F. Era dunque ragionevole pensare a un RGE da intolleranza alle proteine del latte vaccino. Ma anche in questo caso nessun esame diagnostico (numero di eosinofili,

IgE totali, test di permeabilità intestinale, prick test, patch test, beta-lactotest, tipologia del reflusso alla pH metria) e dato clinico (familiarità allergica, concomitante eczema) hanno un adeguato valore predittivo. Solo la dieta di esclusione e il successivo challenge consentono di formalizzare la diagnosi con ragionevole sicurezza. Tuttavia, nel caso di F, il dato anamnestico di comparsa di rifiuto alimentare, con vomito alla reintroduzione di cibi diversi dall'idrolisato, andava attentamente riconsiderato:

- il bambino rifiutava qualsiasi cibo appena gli veniva offerto (è come se avesse una avversione per il cibo e riuscisse ad alimentarsi solo con il latte);
- la sua storia non evidenziava un miglioramento clinico risolutivo in dieta ristretta (associata a terapia antiacida con inibitore di pompa);
- la scarsa crescita era da riferire a un inadeguato apporto calorico e non al vomito.

La diagnosi quindi di RGE da polintolleranza alimentare a un certo punto della storia (sicuramente all'anno di vita, ma probabilmente anche prima, vista la persistenza della sintomatologia nonostante i presidi dietetici e farmacologici adottati) andava doverosamente riconsiderata.

A questo punto, quale è la diagnosi? Come procedere?

Dopo l'esclusione di una improbabile organicità che potesse spiegare l'i-

nappetenza (emogas, acido lattico, funzionalità renale, elettroliti sierici, transaminasi, CPK, esame urine, test di assorbimento intestinale, risultati tutti nella norma), la nostra diagnosi è stata quella di "avversione per il cibo" (*food aversion* o *food refusal* nella terminologia anglosassone) (Tabella I e Box).

Nel nostro caso il modello di avversione per il cibo a cui pensiamo non è quello organico ma, utilizzando un termine un po' limitativo e a volte forviate, di tipo relazionale, che si è innescato a un certo punto della storia per cause iatrogene: tante endoscopie, un unico modello interpretativo del rifiuto del cibo e dei conati di vomito, vale a dire il RGE e l'intolleranza alimentare.

Come avreste affrontato il caso?

Decidiamo di affrontarlo ricorrendo a un approccio dietetico. Attenzione, non si tratta del classico esempio "predica bene e razzola male", visto che il nostro intento mirava a ripercorrere a ritroso le tappe della restrizione dietetica imposte al piccolo nell'ottica di una sua completa liberalizzazione.

E per fare questo abbiamo puntato in assoluto sulla palatabilità, cosa che è certamente estranea a un alimento quale l'idrolisato proteico; fondamentale, in questo senso, si è rivelato il ricorso ai biscotti, alle creme al cioccolato spalmabili e anche alle patatine fritte. Al di là di questi preziosi trucchi del mestiere, il nostro approccio si è dimostrato vincente su tutti i fronti. Entro breve abbiamo progressivamente liberalizzato la dieta, procedendo a una reintroduzione di tutti gli alimenti senza evidenziare la comparsa di alcuna sintomatologia avversa. Per contro, invece, si sono osservate da subito un'ottima ripresa della crescita ponderale (700 g in 7 giorni!!!) e una regolarizzazione dell'alvo (in bambino in precedenza stitico con costante necessità di stimoli evacuativi). Gli esami ematici eseguiti a giorni di distanza dalla liberalizzazione completa della dieta (fatti per conformismo) hanno evidenziato la persistenza di eosinofili bassi.

Ma... "non finisce qui!"

A distanza di due settimane dalla dimissione, riceviamo la telefonata preoc-

IDENTIKIT E MODELLI INTERPRETATIVI DEL BAMBINO CHE RIFIUTA IL CIBO

Identikit del bambino con *food aversion*: disinteresse per il cibo; vomiti/conati; malnutrizione

Modelli interpretativi della *food aversion*

- | | |
|---|--|
| • <i>Organicità</i> | Malattie gastrointestinali e sistemiche |
| • <i>Difettoso sviluppo della oralità</i> | Prematurità, sondino naso-gastrico, NPT |
| • <i>Disordine della motilità gastrointestinale</i> | Esofagite del cerebroleso |
| • <i>Iperalgesia viscerale</i> | Esperienze "negative" specie neonatali come intubazione e/o sondaggio gastrico |
| • <i>Disturbo relazionale</i> | Opposizionismo, inadeguatezza parentale, trambusto da cambi di diete |

Tabella I

cupata della mamma che ci racconta di un nuovo episodio di inappetenza, accompagnato da un progressivo rifiuto del cibo e rigurgiti durante i pasti. Da segnalare un rialzo febbrile intercorrente con una scarica diarroica di tipo mucoso.

F. viene, quindi, nuovamente ricoverato: presenta un peso stabile rispetto alla dimissione (10,550 kg) ma ha completamente abbandonato le "buone abitudini" alimentari conquistate nel precedente ricovero, cedendo, nuovamente, alla tentazione dell'idrolisato proteico. La mamma ci confessa di avere reintrodotta l'alimento dopo giorni di vani tentativi alimentari condotti con i cibi più svariati e tutti miseramente falliti. Negli ultimi giorni, poi, il piccolo sembrava avere sviluppato una totale avversione per il cibo "comune": fugge alla sola vista della mamma che prepara da mangiare e si nasconde sotto il tavolo della sala da pranzo quando la famiglia si riunisce per i pasti.

Tale atteggiamento si conferma anche in corso di ricovero: il piccolo rifiuta ogni approccio alimentare, dimostrandosi, peraltro, piuttosto capriccioso e dispettoso (chiede il cibo, ma poi lo rifiuta o lo getta a terra).

Siamo di nuovo al punto di partenza. A cosa pensare e, soprattutto, che fare?

L'idea che ci facciamo è che si sia trattato di un banale episodio di gastroenterite virale intercorrente, realizzatosi nel momento meno opportuno. Questo, infatti, si è inserito nel contesto del lento e progressivo processo di riconquista del gusto del cibo, imponendogli un brusco arresto che ne ha determinato una totale regressione.

Alla luce di tali considerazioni riteniamo opportuno optare per un cambio di strategia. La modalità dell'offerta sostenuta dallo stimolo alla scoperta di gusti sembra non pagare più. È necessario, quindi, imporre un nuovo finalismo riconducendolo, questa volta, sul piano dell'istinto primordiale della fame. Tale modalità di approccio si dimostra più complessa da proporre e da effettuare, dato che si realizza attraverso una sorta di "affamamento" del piccolo e impone la necessità di un continuo

IL BAMBINO CON AVVERSIONE PER IL CIBO

Il bambino cui ci riferiamo è quello che mostra totale disinteresse per il cibo e/o una sazietà molto, molto precoce al pasto. Quel bambino che spesso accompagna (dimostra) il suo disinteresse/avversione per il cibo con manifestazioni come il pianto e/o il vomito o, più frequentemente, i conati di vomito, nel contesto del pasto o dell'offerta di cibo. Nei fatti, un bambino che non mangerebbe mai e che paga, per definizione, con l'arresto della crescita le conseguenze del suo comportamento. È chiaro quindi che stiamo parlando di qualcosa di molto diverso dal bambino che ci viene portato perché "non mangia" ma che invece nei fatti sta e cresce bene e semplicemente non soddisfa le improprie aspettative della mamma per quantità di cibo assunto.

Classicamente il problema della avversione per il cibo (*food refusal* o *food aversion* se cercate nella letteratura anglosassone, assolutamente più frequente nel primo/secondo anno di vita, ma possibile in ogni età pediatrica) viene interpretato secondo la dicotomia organico/non organico, ma è indubbio che questa semplificazione spesso non è adeguata, soprattutto se si tiene conto di quanto l'alimentazione (l'assunzione di cibo) rappresenti un sistema altamente multi-integrato sul piano cognitivo, relazionale, oro-motorio, sensoriale, evolutivo ecc. E in ogni caso, un approccio semplicemente dicotomico al problema non permette spesso di trovare soluzioni terapeutiche adeguate, e costringe di regola a ricorrere meccanicamente, almeno nei casi più gravi, alla nutrizione coatta (sondino ecc.). Volendo comunque schematizzare, alla base della cosiddetta *food aversion*, possiamo trovare tre ordini di problemi: il primo è squisitamente **medico** (malattia sistemica come una cardiopatia o una acidosi nefrogenica o anche un tumore cerebrale, più frequentemente una malattia del tratto gastrointestinale come la grave esofagite del cerebroleso, l'esofagite eosinofila o anche la stessa allergia alle proteine del latte). Il secondo è definibile come **orale (sensitivo/motorio)**: ne è esempio il bambino che ha avuto necessità di terapia intensiva neonatale con utilizzo del sondino naso-gastrico o che semplicemente è nato prematuro e in un certo senso "ha perso l'occasione" di sviluppare le competenze dell'oralità che appunto si instaurano a cavallo della nascita nel neonato a termine; ma ne è esempio anche il bambino alimentato a lungo per via parenterale o enterale dai primi mesi per una grave enteropatia o altro, e che non ha nemmeno imparato la relazione, che a noi appare ovvia, tra alimentazione e bocca (ricordo un bambino che non riuscivamo a svezzare dalla nutrizione parenterale e che portava il cibo all'imbocco del catetere). Infine, il terzo è quello squisitamente **psico-relazionale**: il bambino non gratifica le eccessive aspettative materne, non c'è comprensione "a pelle" tra le richieste del bambino e l'offerta della mamma, vera e propria psicopatologia ecc. A questo ultimo gruppo appartengono quei casi (oggi effettivamente numerosi) che potremmo definire iatrogeni e in cui l'intervento medico sproporzionato (terapie antireflusso discutibili e comunque non risultate utili, continui cambi di diete con offerta di formule disgustose) crea un trambusto (e un doctor shopping) che devasta la relazione "alimentare" tra madre e bambino: il bambino non vuole più niente, la madre non sa dargli più niente.

La *Tabella I* riassume le possibili situazioni che stanno alla base della *food aversion*, ma è chiaro e va sottolineato che ogni situazione può essere correlata o essere il punto di partenza di un'altra. E anche di questo bisogna essere capaci di tener conto nella terapia.

Se c'è, la malattia di base va curata con la terapia specifica. L'eventuale disordine della oralità va rieducato, con pazienza, insegnando piano piano al bambino a riusare la bocca. Se c'è un disturbo importante della relazione alimentare, se il bambino in pratica ha perso la normale istintualità positiva che porta ognuno di noi a cacciare il cibo, si può partire da un "affamamento" controllato e gestito da persone (meglio che sia una sola) diverse dalla madre. Una persona che sappia intanto lasciare al bambino il tempo di riacquistare da solo il contatto, il maneggiamento e il gusto del cibo, e che sappia magari anche causare comportamenti paradossali che riportino il bambino stesso a scoprire l'appetito e l'istinto positivo (di cacciatore appunto) verso il cibo: giocando, ad esempio, a toglierglielo di bocca quando, diversamente "da sempre", vorrebbe cominciare a mangiare. A volte, in maniera consapevole e sorvegliata, può essere usato un farmaco (per aumentare l'appetito, per svuotare velocemente lo stomaco e combattere la sazietà precoce) al momento dello "svezzamento" dal sondino. Da quel sondino che magari, con tutti i difetti che ha, aveva permesso all'inizio di superare "una crisi" e di far crescere il bambino tranquillizzando tutti: madre e pediatra.

Percorsi clinici

rinforzo di fiducia, specie nei confronti della mamma che fatica ad accettarne l'idea. Le oggettive difficoltà risultano aggravate dal fatto che tale strategia si dimostra, almeno all'inizio, molto meno appagante della precedente, dato che il bambino non sembra cedere facilmente neppure dopo l'introduzione di alcuni ausili farmacologici quale uno stimolatore dell'appetito.

A questo punto, nonostante le nostre convinzioni, la resistenza del piccolo ci mette onestamente un po' in crisi e cediamo alla tentazione di ripetere una valutazione endoscopica anche allo scopo di negare definitivamente ogni ipotesi di organicità (ipotesi, peraltro, ancora fortemente avanzata dai genitori). L'EGDS e la successiva istologia risultano essere perfettamente nella norma.

Tali evidenze apportano nuovo vigore alle nostre convinzioni e ci fanno riflettere sul nostro errore (quello di aver eseguito di nuovo l'EGDS). Fortunatamente, di lì a poco la prova più convincente viene dal bambino che riprende il normale appetito, abbandonando dispetti e capricci a favore del suo simpatico sorriso alla vista del cibo.

A un paio di mesi dalla dimissione riceviamo la telefonata della mamma e anche quella del pediatra che ci raccontano di una crescita soddisfacente del piccolo che permane in dieta libera.

COMMENTO

Le riflessioni che possono accompagnare la storia di F. sono numerose e importanti e tra queste vogliamo sottolinearne alcune.

□ Nel bambino il rallentamento/arresto di crescita può essere sostenuto da una serie di cause che devono essere indagate, ponendosi alcune semplici domande; accanto alle cause organiche non vanno trascurate le ipotesi "comportamentali" legate alla cosiddetta *food aversion*.

□ Il ricorso alla dieta di esclusione merita di essere valutato con attenzione. Fatta salva la sua applicazione (rigorosa) nella diagnostica delle intolleranze alimentari (per una conferma diagnostica o per chiudere definitivamente il problema), in altri casi essa può rap-

presentare un elemento di ulteriore complicazione nel contesto dell'approccio alimentare del bambino. Ciò accade in particolare quando, mossi il più delle volte da una dubbia razionalità clinica, si impongono al bambino delle ingiustificate restrizioni dietetiche che ne ostacolano le possibilità di acquisizione del piacere del gusto del cibo, processo che passa inevitabilmente (in un'età che convive spesso con quella dell'opposizionismo) anche per un concetto di libertà di scelte e gesti. Spesso, quindi, tale approccio non fa altro che alimentare, secondo un modello di circolo vizioso, la stessa problematica che ne ha suggerito l'introduzione, ovvero il rallentamento di crescita (si pensi anche al caso della diarrea cronica aspecifica del bambino, che si caratterizza per definizione per una crescita conservata, a meno che non siano stati avviati dei regimi dietetici restrittivi che compromettono essi stessi l'aspetto della crescita).

□ La storia clinica di F. appare fortemente condizionata da tale atteggiamento. Nel suo caso, infatti, l'approccio dietetico è stato estremizzato al punto da introdurlo a una alimentazione assolutamente incongrua, non fosse altro sul piano del gusto che ha generato una complessa situazione di *food aversion*, di cui il piccolo (e i suoi genitori) erano "prigionieri" da oltre un anno. In questa estremizzazione, legata certamente più agli effetti che agli intenti, di bambino che si disaffeziona totalmente al gusto e al piacere del cibo (nel nome peraltro di un remoto sospetto di intolleranza alimentare), si esprime a nostro avviso tutta la potenziale "pericolosità" di un approccio dietetico di esclusione.

□ L'avversione per il cibo è una evenienza relativamente comune in età pediatrica, a volte facile da diagnosticare, altre volte più difficile, in particolare quando l'intervento medico risulta essere incongruo (ne è la causa), con il facile ricorso a una diagnosi di moda che è quella del RGE, con conseguenze a volte deleterie in termini di interventi diagnostici, di terapie farmacologiche e di diete incongrue.

□ Le cause iatrogene di *food aversion* sono sempre più frequenti da osservare e meritano forse (un po' provocatoria-

mente e un po' per gioco) un nuovo acronimo classificativo, non scritto nei libri, ma da conoscere per intendersi subito di cosa si parla e soprattutto per non sbagliare: il problema abbiamo imparato a chiamarlo con la sigla IGARIS (*Iatrogenic Ghost Allergy and Reflux Infant Syndrome*), vale a dire la sindrome dell'allergia e del reflusso fantasma.

□ L'approccio al bambino (e alla famiglia) che rifiuta il cibo a volte non è facile e richiede convinzione, capacità tecniche e di comportamento che sono sufficientemente codificate.

Indirizzo per corrispondenza:

Federico Marchetti

e-mail: marchetti@burlo.trieste.it

Bibliografia di riferimento

RGE e intolleranza alimentare

- Magazzù G, Scoglio R. Gastrointestinal manifestations of cow's milk allergy. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2002;89(6 Suppl 1):65-8.
- Salvatore S, Vandenas Y. Gastroesophageal reflux and cow milk allergy: is there a link? *Pediatrics* 2002;110(5):972-84.
- Marchetti F. Intolleranza alle proteine del latte vaccino e reflusso gastroesofageo: cosa c'è di vero? *Medico e Bambino*, pagine elettroniche, 2005 giugno, 8(6); http://www.medicobambino.com/index.php?id=ppt0506_10.html
- Gold BD. Review article: epidemiology and management of gastro-oesophageal reflux in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2004;19(Suppl 1):22-7.
- Kumar Y, Sarvananthan R. Gastro-oesophageal reflux in children. *Clin Evid* 2004;(11):414-23.
- Miceli Sopo S. Quanto conta l'allergia alle proteine del latte vaccino nella genesi della malattia da reflusso gastroesofageo del bambino? *Area Pediatrica* 2005;4:35-41.

L'avversione per il cibo

- Rimmel N, De Meyer AM, Feenstra L, Veeerman-Wauters G. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(1):75-84.
- Zangen T, Ciarla C, Zangen S, Di Lorenzo C, et al. Gastrointestinal motility and sensory abnormalities may contribute to food refusal in medically fragile toddlers. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2003;37(3):287-93.
- Field D, Garland M, Williams K. Correlates of specific childhood feeding problems. *J Pediatr Child Health* 2003;39(4):299-304.
- Gerarduzzi T, Biasotto E, Faleschini E, Martelossi S. The complexity of feeding problems in 700 infants and young children presenting to a tertiary care institution (letter). *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2004;38(3):360-1.
- Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF. How does maternal and child feeding behavior relate to weight gain and failure to thrive? Data from a prospective birth cohort. *Pediatrics* 2006;117(4):1262-9.