

Vomito in lattante: a ognuno il suo

Ovvero: de gustibus non disputandum est

GIOVANNA VENTURA, FEDERICO MARCHETTI, GRAZIA DI LEO, ALESSANDRO VENTURA

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

Il rifiuto del cibo e il vomito sono sintomi molto frequenti nel bambino. Cosa distingue le cause organiche da quelle non organiche (food aversion)? Un percorso attraverso la descrizione di un caso è illuminante e difficile da dimenticare.

S è una bambina di 6 mesi, nata in Italia da genitori bengalesi. È nata a termine da taglio cesareo, eseguito d'urgenza, per una sospetta corioamniotite e alterazione del battito fetale. Alla nascita, Apgar 1-3-6-8 al primo, quinto, decimo e quindicesimo minuto con necessità di intubazione e ossigenoterapia per le prime ore di vita. Peso alla nascita 2234 g (< 3° percentile), lunghezza 44,5 cm (< 3° percentile), circonferenza cranica 32,8 cm (10°-25° percentile). Ha manifestato ittero precoce da isoimmunizzazione materno-fetale trattato con fototerapia.

La RM encefalica eseguita per la sofferenza neonatale è risultata normale. A una settimana di vita è stata dimessa in buone condizioni generali e alimentata con latte materno (somministrato prevalentemente con il biberon), con buona crescita nonostante frequenti vomiti.

Alla nascita era stato riscontrato, inoltre, un difetto interventricolare (DIV) sottoaortico, che nel follow-up successivo non mostrava segni di scompenso cardiaco, ma per il quale era stata avviata terapia con digitale.

A 19 giorni di vita, la bambina ha presentato una perforazione idiopatica del colon trasverso, con peritonite stercoracea. È stata sottoposta a intervento chirurgico d'urgenza con resectione intestinale. Durante la degenza postoperatorio-

INFANT VOMITING

(Medico e Bambino 2012;31:385-389)

Key words

Feeding difficulties, Food refusal, Infant vomiting

Summary

A case of a 6-month-old infant with food refusal and frequent vomiting is presented in a step by step clinical approach. The criteria for the diagnosis of non-organic food refusal as well as the rules for the therapeutic strategy are discussed, stressing that this condition deserves a prompt recognition.

ria, prolungata fino al quarto mese di vita, la bambina ha manifestato difficoltà nell'alimentazione, con vomiti frequenti e necessità di alimentazione enterale continua (AEC) tramite sondino naso-gastrico (SNG). Un esame radiologico del transito mostrava uno pseudovolvolo gastrico (Box 1) con tempi di svuotamento fisiologici. La crescita si è sempre mantenuta regolare.

S. viene alla nostra attenzione poiché, all'età di sei mesi, è ancora alimentata mediante SNG, ha frequenti vomiti e rifiuta il cibo proposto per bocca. La madre è disperata, piange.

Primo stop

SI POSSONO GIÀ AVANZARE DELLE IPOTESI DIAGNOSTICHE?

Dall'anamnesi si possono individuare alcuni indizi chiave per la diagnosi cui poi siamo giunti. Vi invitiamo a

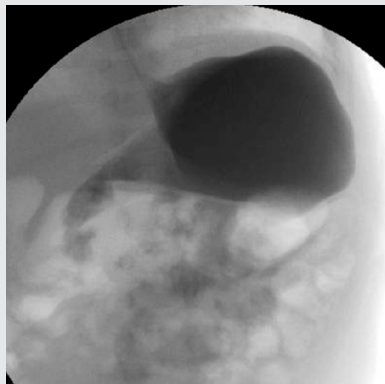
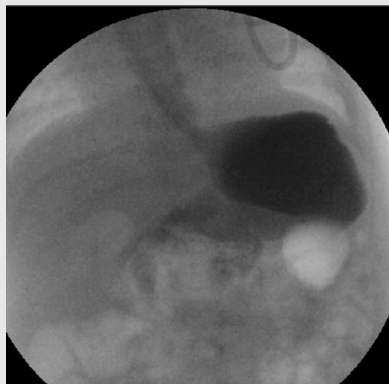
scrivere la vostra ipotesi a margine, mentre approfondiamo alcuni aspetti.

Il vomito si presenta sia dopo i pasti con sondino sia in modo anticipatorio alla proposta del cucchiaino o del biberon. La crescita è regolare, con un peso di 6220 g (3°-10° percentile) e una lunghezza di 65 cm (25° percentile), in linea con i percentili precedenti. Un tentativo di ridurre la frequenza dei pasti a 4 volte al giorno aumentando la velocità nel sondino a 120 ml in 30 minuti era risultato fallimentare.

La mamma riferisce la terapia in corso: la digitale, l'immane lansoprazolo (15 mg 2 volte/die), la vitamina D e il ferro.

L'aspetto generale è buono; la bambina è normotrofica, tonica, rosea, sorridente. Lo sviluppo psicomotorio è più che adeguato all'età, ottima l'interazione con l'ambiente. È udibile il soffio olosistolico noto, da DIV, di intensità 3-

Box 1 - LO PSEUDOVOLVO GASTRICO



All'esame del transito con ingestione di mezzo di contrasto baritato si vede il riempimento dello stomaco in due tempi, con ripiegamento del corpo sul fondo gastrico, e normali tempi di transito gastroduodenale.

Lo pseudovolvolo gastrico è una diagnosi radiologica. Si tratta di una condizione cronica benigna, che predispone al vomito (piloro e cardias si trovano alla stessa altezza) senza compromettere la crescita staturale-ponderale poiché il transito attraverso il piloro e nel duodeno non è alterato. La risoluzione è spontanea nell'arco di alcuni mesi.

L'intervento chirurgico di gastropessi per lo pseudovolvolo cronico dell'infanzia non è necessario.

Il volvolo gastrico, invece, è una "rivoluzione" dello stomaco, o di una sua parte, di almeno 180° intorno a un asse, che causa ostruzione intestinale acuta, ricorrente o cronica, e necessita di risoluzione chirurgica^{8,9}.

4/6, con polsi presenti, buon circolo, fegato non palpabile.

**Secondo stop
E ADESSO LE IPOTESI?**

Ecco le nostre.

L'ipotesi principale è stata quella di una *food aversion* di natura non organica. Gli elementi a favore di tale ipotesi sono:

1. l'insorgenza in seguito a un evento "trigger" (la peritonite con intervento di chirurgia maggiore, prima del quale la bambina si alimentava per os);
2. il vomito anche anticipatorio alla proposta di cibo per os, con atteggiamento di rifiuto (chiude la bocca, gira la testa);
3. la difficoltà materna nella gestione dell'alimentazione. La madre, infatti, si sente impotente ed è preoccupata che la figlia sia gravemente malata. I momenti dei pasti vengono vissuti con tensione, senza guardare la bambina e senza sorridere. Vengono messe in atto delle caratteristiche forzature, come la somministrazione del biberon nel sonno e l'alimentazione per sondino in posizione supina;

4. la buona crescita nonostante i frequenti vomiti.

Elemento che caratteristicamente peggiora la condizione di rifiuto del cibo è l'alimentazione prolungata mediante SNG, a orari fissi, senza richiesta da parte del bambino e quindi senza stimolazione dell'appetito e senza possibilità di autoregolazione del riempimento gastrico. Il vomito post-prandiale è giustificato da questo.

Una improbabile causa organica meccanica del vomito è stata esclusa da una radiografia diretta dell'addome, che non ha evidenziato livelli idroaerei né dilatazione di anse intestinali, e da una ecografia addominale risultata normale.

È noto che la presenza dello pseudovolvolo gastrico (relativamente frequente e che tipicamente non compromette la crescita nonostante i possibili vomiti) non richiede intervento specifico e tende a risolversi con l'età.

La normalità dell'esame urine e dell'emogas ha escluso acidosi organiche (pH urinario 6,5, PS 1015, pH ematico 7,35, H₂CO₃ 23 mEq/l, BE -2,3).

La digossinemia (1,2 ng/ml) e la vitamina D sierica (99,5 nmol/l) sono ri-

sultate nella norma, escludendo un sovradosaggio come possibile causa di vomito e anoressia.

**Terzo stop
QUALE PROGRAMMA DI GESTIONE
AVRETE ATTUATO?**

Vanno tenute in conto, a questo punto, sia le difficoltà della bambina, che ha disimparato a mangiare, sia le difficoltà della madre, che ha perso il suo ruolo di nutrice: è demoralizzata, demotivata e preoccupata.

La valutazione otorinolaringoiatrica con fibroendoscopia ha escluso la presenza di una disfagia. Abbiamo avviato un **protocollo di ri-alimentazione** orale "rapida", rimuovendo da subito il SNG. Abbiamo sospeso da subito il lansoprazolo. Sono stati offerti per bocca pasti salati e saporiti di consistenza cremosa, quattro volte al giorno favorendo "l'affamamento" e la richiesta della bambina. La madre è stata sostenuta e aiutata nella preparazione e nella somministrazione dei pasti.

Inizialmente, i pasti sono stati somministrati solo dal personale medico o infermieristico, senza la madre accan-

to, in una stanza senza altre persone, tranquilla, senza distrazioni.

La bambina ha manifestato nei primi giorni difficoltà con il cucchiaino, accettando solo quantità minime e con scarsa coordinazione dei movimenti della lingua. In seguito, le stesse pappe sono state somministrate con il biberon, variando il più possibile i sapori e incentivando la madre a usare cibi usati in casa e assunti in gravidanza (in questo caso, verdure e cereali della tradizione bengalese) (Figura 1). La bambina ha da subito accettato più volentieri il biberon, assumendone quantità crescenti.

Dal terzo giorno la mamma è stata invitata ad assistere ai pasti, e quindi anche a somministrarli lei stessa (Figura 2).

Abbiamo assistito a un calo ponderale massimo del 4,6% rispetto al peso all'ingresso (peso minimo 5,930 kg in nona giornata), con successiva ripresa e stabilizzazione del peso.

La bambina non ha mai presentato vomito dalla rimozione del sondino, per tutta la durata del ricovero (in totale undici giorni). Si è assistito a un vero cambiamento nell'atteggiamento della madre che ha recuperato il suo ruolo: dalla soddisfazione nel preparare i cibi a lei noti alla gioia di dar da mangiare alla figlia "come a una bambina normale", interagendo con lei e scambiandosi sorrisi di vicendevole gratificazione.

Alla dimissione la bambina assumeva pasti da 100-130 ml, quattro o cinque volte al giorno, preparati e somministrati dalla madre. Il peso era di 6,120 kg. La digitale è stata sospesa in considerazione del fatto che il DIV perimembranoso di medie dimensioni, con shunt sinistro-destro, non comportava un aumento delle pressioni ventricolari e non vi erano segni di scompenso cardiaco.

A distanza di due settimane, la pediatra di famiglia ci dice che S. continua a crescere bene e ha cominciato a mangiare con il cucchiaino. Dopo qualche mese veniamo contattati dalla mamma per una gastroenterite intercorrente, che la bambina ha superato senza problemi, continuando ancora a crescere.

LA FOOD AVERSION: L'IMPORTANZA DI CAPIRE SUBITO QUANDO NON È DI NATURA ORGANICA

Il rifiuto del cibo, lo scarso introito calorico, il vomito sono sintomi molto frequenti nel bambino, e possono essere espressione sia di un disturbo relazionale che di una serie di malattie organiche: l'esofagite da reflusso, l'allergia alimentare, il tumore cerebrale, le malattie infiammatorie croniche^{1,2}. Ma, se è vero che sarebbe imperdonabile mancare una diagnosi "organica" e privare un bambino delle necessarie cure, è altrettanto vero il contrario. E cioè che la diagnosi di rifiuto del cibo di natura non organica/relazionale venga posta in ritardo, magari dopo lunghi periodi di trattamenti inutili (e alla fine anche dannosi) per un reflusso gastroesofageo e/o per un'allergia "fantasma"^{3,5}.

Un recente studio¹ mette in luce come la diagnosi di *food aversion* su base non organica possa essere posta "positivamente" (e non per esclusione) sulla base di alcune caratteristiche della storia clinica (fattori scatenanti come un intervento chirurgico, una malattia organica intercorrente, un trauma...), del contesto (comportamento dei genitori come forzare l'introduzione del cibo in bocca, alimentare il bambino nel sonno...) e del bambino (tosse e vomito anticipatori).

Nella *Tabella I* sono indicati quelli che, anche sulla base di una rigorosa analisi statistica, Wolfson identifica come veri e propri criteri diagnostici per la diagnosi di *food aversion* non organica. Di particolare nota rispetto ad altri sistemi classificativi è che non compare la scarsa crescita, dato che può mancare laddove l'apporto nutrizionale è garantito attraverso metodi di alimentazione patologici o regressivi (come l'uso del sondino o l'alimentazione "proditoria" durante il sonno)². E, visto che la diagnosi di *food aversion* può essere posta "in positivo", sarà bene prenderne atto e comportarsi di conseguenza, sapendo resistere alla tentazione di escludere sempre (a volte "con ogni mezzo") patologie organiche prima di porre la diagnosi definitiva.

La precocità della diagnosi è in que-



Figura 1. La preparazione di una minestra con cereali e vegetali indiani portati dalla mamma.



Figura 2. La bambina che mangia.

sti casi molto importante non solo per risparmiare al bambino accertamenti e terapie inutili ma anche perché il protrarsi di trattamenti inefficaci finirà spesso col peggiorare proprio quel disturbo della relazione (fondato anche sul sentimento crescente di sfiducia oltre che sulla insicurezza e inadeguatezza materna) che sta alla base del problema.

I comportamenti alimentari del bambino con food aversion

Sono facilmente riconoscibili, quasi stereotipati, e vanno riconosciuti nell'atteggiamento del bambino ma anche (e soprattutto) in quello genitoriale. Vediamoli:

- a. *l'alimentazione notturna*, quando cioè il bambino viene alimentato nel sonno poiché da sveglia rifiuta il cibo o ne assume in piccole quantità;

CRITERI DI WOLFSON PER LA DIAGNOSI DI "FOOD AVERSION"

1. Rifiuto del cibo per più di 1 mese
2. Assenza di una malattia organica ovvia in atto che porti al rifiuto del cibo o assenza di risposta al trattamento di una malattia organica
3. Età di esordio < 2 anni, età alla presentazione < 6 anni
4. Presenza di almeno uno dei seguenti:
 - a. alimentazione patologica (alimentazione proditoria notturna, alimentazione persecutoria, alimentazione forzata, alimentazione meccanica, distrazione di condizionamento, pasti prolungati)
 - b. "gagging" (conati di vomito) anticipatorio

Tabella 1

- b. l'*alimentazione persecutoria*, ovvero la costante e spesso inefficace insistenza nell'offrire il cibo;
- c. l'*alimentazione forzata*, con l'apertura coatta della bocca;
- d. l'*alimentazione meccanica*, "a orologeria", con orari fissi, ignorando l'assenza di segnali di fame, o trattando il bambino come un oggetto inanimato durante i pasti (si può notare osservando un pasto);
- e. la *distrazione di condizionamento*, la presenza cioè, a ogni pasto, di elementi di distrazione, senza i quali il bambino non mangia, mostrandosi comunque disinteressato al cibo;
- f. i *pasti prolungati*, solitamente per più di trenta minuti, con ingestione di quantità minime e imperterrito prolungamento del pasto da parte del genitore, con o senza altri comportamenti patologici, nonostante l'insuccesso.

I fattori scatenanti

Un fattore scatenante "eclatante" (intervento chirurgico, malattia organica, necessità di utilizzo di sondino naso-gastrico ecc.) che precede l'inizio della *food aversion* è presente in circa un terzo dei casi. Altri possono essere svelati da un'anamnesi, un colloquio più approfondito.

- *L'ansia della taglia del bambino* o meglio la percezione di una crescita inappropriata da parte del "caregiver" (genitore o medico). Il timore che il bambino non cresca abbastanza è di frequente riscontro nei genitori di nati prematuri o di basso peso per età gestazionale, o nei lattanti che crescono intorno al terzo per-

centile. L'enfasi data dal pediatra alla "catch-up growth" e all'importanza di una nutrizione adeguata è spesso accompagnata dall'ansia della "taglia" e si innesca un ciclo vizioso in cui il cibo e la crescita ponderale diventano i temi abituali di casa fino all'instaurarsi di comportamenti genitoriali patologici e del disturbo alimentare.

- *L'alimentazione di transizione*, con cui si intende il passaggio a diversi stili alimentari, per esempio il passaggio ai lattini di formula o il passaggio dal biberon al cucchiaino.
- *I triggers organici* con cui s'intende l'iniziale oggettiva difficoltà del bambino ad alimentarsi, per patologie dolorose o che causano disfagia, come l'esofagite, anomalie congenite, anomalie strutturali, interventi chirurgici. Non di rado la *food aversion* si ingaggia a seguito di un banale episodio intercorrente accompagnata da una transitoria quanto "vera" anoressia che induce la mamma a una offerta alimentare inopportuna quanto impropria.
- *L'alimentazione meccanica*, che compare anche nei *patterns* di alimentazione patologici, può iniziare come presidio terapeutico instaurato dal medico. Si pone l'obiettivo di introdurre calorie (cibo) in tempi e quantità prescritti e che non tengono conto o malinterpretano segnali comportamentali del bambino (segnali di fame) e possibili problemi di tipo psicologico della famiglia (insufficiente attachment, depressione materna).
- *I triggers post-traumatici* sono quelli

che hanno a che fare con la cavità orale, come l'alimentazione forzata, il sondino naso-gastrico, l'intubazione, episodi di soffocamento ecc.

La gestione

Il primo gradino è quello che gli inglesi chiamano "avoidance transfer", che possiamo tradurre come "spostamento del rifiuto"¹. Si riferisce al fatto che il comportamento di rifiuto del bambino è spesso una risposta al comportamento alimentare del genitore, che ha portato al circolo vizioso di rifiuto: tentativi di aggirare il rifiuto con comportamenti genitoriali anormali - rinforzo del rifiuto - peggioramento del comportamento genitoriale intrusivo ecc. "Mangiare è un piacere e una necessità"⁶, e il piacere del cibo, la fame e l'appetito invece vengono meno nei bambini che sviluppano una *food aversion*.

Vanno quindi identificati ed evitati tutti i comportamenti patologici messi in atto dal genitore aiutando lo stesso a "dismetterli". E se si vuole, ad esempio, ottenere che venga tolta importanza alla crescita ponderale e che i genitori smettano di pesare il bambino, dovremo essere noi medici i primi ad agire di conseguenza. E di certo dovremo noi stessi pediatri essere convinti e consapevoli che l'obiettivo primario deve essere solo e soltanto quello di ottenere che i genitori si disinteressino ai pasti ed evitino di centrare il loro rapporto col bambino su quanto, cosa e come ha mangiato.

In regime di ricovero ciò è facilmente attuabile sostituendosi al genitore nell'offrire i pasti e scegliendo un ambiente tranquillo, senza distrazioni, in assenza dei genitori. Altrimenti queste necessità vanno chiarite al genitore che andrà aiutato con esempi concreti a modificare il suo comportamento per attuare il programma a casa. È importante che i genitori vengano concretamente sollecitati a rivolgere l'attenzione ad altri aspetti della relazione che non riguardano l'alimentazione e a dare al bambino forme di attenzione diverse dall'insistenza sul pasto ogniqualvolta siano tentati di farlo ("ogni volta che vi vien voglia di guardare cosa mangia e di insistere, abbracciate il

MESSAGGI CHIAVE

- Il rifiuto del cibo ("food aversion, food refusal") su base NON organica può essere diagnosticato attivamente sulla base di semplici criteri.
- Tra questi vanno in particolare valorizzati:
 - l'età d'esordio prima dei due anni;
 - l'esordio dopo un evento *trigger* che ha interrotto l'alimentazione normale (malattia intercorrente o grave, necessità di sondino naso-gastrico);
 - l'atteggiamento dei genitori (offerta continua, intrusiva, degli alimenti; alimentazione durante il sonno);
 - il comportamento del bambino (conati e vomito "anticipatorio" alla visione del cibo);
 - il comportamento del contesto ("rituali" gratificatori/distraenti al pasto).
- L'approccio terapeutico dovrebbe essere professionalizzato e si basa inizialmente sull'esclusione della mamma dalla gestione dei pasti e sull'"affamamento" del bambino.

bambino e fate un rotolone sul tappeto con lui"; "giocate di più e insistete di meno col cucchiaino" ecc.).

I pasti dovrebbero essere brevi e, se rifiutati, riproposti solo su richiesta del bambino. In caso di rifiuto selettivo co-

me per esempio verso il biberon o il cucchiaino, si adotta in modo regressivo il metodo alimentare precedente (da solido a cremoso, dal cucchiaino al biberon), per un tempo limitato fino a un mese. Questo può risultare incoraggiante per genitori e bambino e dare una maggiore motivazione al nuovo tentativo di introduzione del metodo "problematico".

Dopo lo svezzamento non va impedito che il bambino scelga autonomamente ciò che preferisce mangiare e che utilizzi le dita o le mani. I pasti vanno consumati insieme alla famiglia, seduti a tavola.

I bambini recepiscono e ricordano informazioni sull'ambiente chimico intrauterino. Il liquido amniotico alla nascita può odorare delle spezie mangiate dalla madre poco prima. Il fatto che i recettori del gusto siano espressi in tutto il tratto intestinale e anche nel cervello suggerisce che la sensibilità e l'avversione ad alcuni alimenti abbia un meccanismo cellulare e molecolare. E della possibilità che il gusto del bambino si sia formato già prima della nascita, guidato da quello che, durante la gravidanza, la mamma gradiva mangiare (forse), dovremmo tener conto^{6,7}. Se non altro perché è una cosa bella da raccontare e che può essere di qualche aiuto alla mamma nel ritrovare fiducia

in quello che sa e sa fare e a sperimentare nuove e gratificanti soluzioni com'è stato per la nostra bambina.

Indirizzo per corrispondenza:

Giovanna Ventura

e-mail: gioviventura@gmail.com

Bibliografia

1. Levine A, Bachar L, Tsangen Z, et al. Screening criteria for diagnosis of infantile feeding disorders as a cause of poor feeding or food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;52:563-8.
2. Levy Y, Levy A, Zangen T, et al. Diagnostic clues for identification of nonorganic vs organic causes of food refusal. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2009;48:355-62.
3. Tornese G, Cannioto Z, Marchetti F, Martellosi S, Ventura A. IGARIS (Iatrogenic Ghost Allergy and Reflux Infant Syndrome). *Dig Liv Dis* 2009;41:S211-S212.
4. Cannioto Z, Marchetti F, Barbi E, Ventura A. Un bambino di due anni che rifiuta il cibo e vomita. *Medico e Bambino* 2006;25:311-4.
5. Marchetti F. L'eccesso di diagnosi e trattamento del presunto reflusso gastroesofageo. *Medico e Bambino* 2012;31:99-101.
6. Greco L, Morini G. Lo sviluppo del gusto nel bambino. *Medico e Bambino* 2010;29:509-13.
7. Negri R, Morini G, Greco L. From the tongue to the gut. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2011;53:601-5.
8. Elhalaby EA and Mashaly EM. Infants with radiologic diagnosis of gastric volvulus: are they over-treated? *Pediatr Surg Int* 2001;17(8):596-600.
9. Cribbs RK, Gow KW, Wulkan ML. Gastric volvulus in infants and children. *Pediatrics* 2008;122:e752-62.