

## IL PEDIATRA E IL REFLUSSO GASTROESOFAGEO

In un modo o nell'altro il pediatra di oggi agisce, molto più spesso che in passato, guidato dall'ipotesi di trovarsi davanti a un bambino con malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE). Negli Stati Uniti, tra il 1999 e il 2004, la prescrizione di inibitori di pompa protonica (IPP) in età pediatrica è aumentata di cinque volte<sup>1</sup> e anche dalle nostre parti è successo qualcosa di simile. Basti pensare a quanto è cresciuta la popolazione di lattanti che vengono empiricamente trattati di primo acchito con farmaci inibitori dell'acidità gastrica (ranitidina o IPP) (e magari anche con dieta anallergica) per la presenza di qualche rigurgito in più o di qualche comportamento fino a poco fa considerato assolutamente fisiologico e tipico dell'età e non meritevole di attenzione medica (pianto dopo i pasti, agitazione, distacco dal seno con inarcamento del tronco ecc.). Questo "nuovo approccio", di regola inefficace<sup>2,3</sup>, non è privo di risvolti concretamente negativi: toglie al pediatra il ruolo di educatore e di guida che anticipa e insegna a tollerare manifestazioni fisiologiche del bambino; toglie sicurezza alla mamma che resta in balia di paure di ipotetiche malattie; può produrre nel bambino un disturbo relazionale caratterizzato dal rifiuto del cibo con compromissione del peso, quella condizione che abbiamo recentemente descritto come sindrome del reflusso e dell'allergia fantasma (IGARIS: *Iatrogenic Ghost Allergy and Reflux Infant Syndrome*)<sup>4</sup>. Ma il problema non sta solo qui, non riguarda cioè l'espandersi del sospetto di malattia da reflusso nei lattanti irritabili o con sintomi che richiamano all'apparato gastroenterologico. Il problema sta anche e soprattutto nell'espandersi del sospetto di MRGE in condizioni quali le apnee del lattante, la patologia respiratoria in genere e in particolare l'asma<sup>5</sup>. Il bell'articolo del gruppo veronese che fa capo a Enrico Valletta, pubblicato in questo numero della rivista (pag. 243), ci porta in maniera molto concreta dentro il problema, dandoci misura precisa di quello che è accaduto. Rivalutando in maniera critica l'esperienza del loro centro dal 1990 al 2007, gli Autori ci danno evidenza di come, in questo arco di tempo, siano andati continuamente crescendo i casi sottoposti a pH-metria per la presenza di sintomi respiratori, tanto che questo tipo di indicazione motiva oggi la grande maggioranza degli esami eseguiti (63% nel triennio 2005-'07 contro il 25% del triennio 1990-'92). Dallo stesso studio emerge anche che questa nuova indicazione alla pH-metria ha portato a una drastica riduzione dei risultati patologici (dal 63% al 19% degli esami effettuati). Sembra chiaro che ci troviamo davanti a un effetto "moda", dovuto nel contempo all'allarme lanciato sull'argomento (specie riguardante le possibili relazioni causali tra RGE e asma di difficile trattamento) e alla fumosità della letteratura a riguardo. Come opportunamente concludono gli Autori, la relazione tra patologia respiratoria, specie l'asma, e il RGE è tutt'altro che dimostrata e merita con urgenza, anche alla luce dei risultati del loro studio, una più precisa definizione. È fuori di dubbio che, al momento attuale, la letteratura non ci offre studi sufficientemente numerosi e rigorosi per darci un orientamento definitivo, ma è altrettanto vero che la rilettura critica dei dati esistenti ci porta, nei fatti, a ridimensionare il problema in maniera praticamente assoluta. Carré, uno dei grandi esperti (potremmo oggi dire un "fondatore") del RGE in età pediatrica, raccomandava già nel 1984 molta prudenza nell'attribuire al reflusso problemi come l'asma o la tosse cronica

o le apnee del lattante, richiamando il pediatra a pensare che l'eventuale concomitanza col RGE (anche quando dimostrata da esami come la pH-metria) abbia un significato coincidentale piuttosto che causale. Nell'esperienza da lui stesso riportata su 710 casi di lattanti con RGE ed ernia iatale, prospetticamente seguiti per più di trent'anni (!), nessun problema respiratorio era stato più frequente dell'atteso al di fuori delle broncopolmoniti<sup>6</sup>. Una conferma della correttezza di questa lettura del problema è stata data con chiarezza a proposito delle apnee del lattante: per quanto la presenza di reflusso sia documentabile nella maggioranza dei lattanti con apnea, nei casi dove effettivamente esiste questa associazione i due eventi sopravvengono l'uno separatamente dall'altro per la quasi totalità (98%) dei casi<sup>7</sup>. Due recenti metanalisi della letteratura riguardanti la possibile associazione tra MRGE e asma confermano una prevalenza di RGE (documentata clinicamente o per via strumentale con pH-metria e/o esofagogastroscoopia) superiore all'atteso nei soggetti asmatici sia adulti<sup>8</sup> che di età pediatrica<sup>5</sup>. Ma in entrambe le revisioni si sottolinea come non vi sia dimostrazione di una relazione causale tra le due condizioni né tantomeno di efficacia dell'intervento terapeutico sul reflusso nel miglior controllo dell'asma. A uguali conclusioni era giunta anche una revisione *Cochrane* del 2003, sottolineando che, per quanto sia possibile che esista un sottogruppo di asmatici in cui la terapia antireflusso potrebbe essere di qualche efficacia, questo sottogruppo di pazienti non è identificabile a priori<sup>9</sup>. Utilizzando ancora il criterio epidemiologico, dovremmo anche prendere atto e riflettere sul fatto che nei bambini con paralisi cerebrale infantile (categoria in cui la malattia da RGE è particolarmente frequente e grave, associata a complicanze respiratorie come le broncopolmoniti) non vi è una incidenza di asma superiore all'atteso<sup>10</sup>. L'insieme di queste osservazioni lascerebbe dunque pensare che il reflusso gastroesofageo possa essere la conseguenza piuttosto che la causa dell'asma quando è presente nei soggetti asmatici. Un altro aspetto è quello che riguarda l'efficacia della terapia antireflusso nei bambini e adolescenti con asma in cui è documentabile una MRGE. In questo ambito la letteratura si è arricchita di poco ed è rimasta contraddittoria<sup>11-13</sup>. Va notato, peraltro, che l'unico studio randomizzato controllato (RCT) che è stato eseguito in età pediatrica dimostra che, nei bambini asmatici con MRGE, la terapia con IPP non produce in alcun modo un miglior controllo dell'asma<sup>13</sup>. Inoltre, un RCT appena uscito su *New England Journal of Medicine*<sup>14</sup> dimostra l'assoluta inefficacia degli IPP nel migliorare il controllo dell'asma negli adulti asmatici con RGE: in altre parole si conferma che il RGE asintomatico, qualora presente, non è in causa nell'eventuale cattivo controllo dell'asma.

E la tosse? Beh, se scendiamo a questo livello... non esiste nemmeno uno studio che possa dirsi tale su cui valutare la ben che minima ipotesi<sup>5</sup>. Fermo restando comunque che nei lattanti con pianto prolungato e tosse nessun vantaggio su questi sintomi è stato ottenuto dal trattamento con lansoprazolo, in uno studio randomizzato controllato in doppio cieco appena pubblicato su *Journal of Pediatrics*<sup>3</sup>.

E allora? Buttiamo via il pH-metro o ancora meglio non pensiamo mai più al RGE al di fuori di casi ad altissimo rischio, come il bambino cerebropatico, o quello operato per atresia esofagea, o il bambino con sintomi assolutamente suggestivi (come l'ematemesi o come il vomito associato a scarsa cresci-

ta o, nel bambino più grandetto, a dolore retrosternale)? Saremmo tentati di dire così, anche correndo il rischio che questa schematizzazione, che ci aiuterebbe a fare chiarezza e a sbagliare "mille volte di meno", ci faccia sbagliare, ritardando una diagnosi utile, in qualche singolo (rarissimo) caso. Accodandoci peraltro alla lucidità e al buon senso dei nostri amici veronesi, ci limitiamo, per ora, a comportarci perlomeno in coerenza con le evidenze disponibili e a raccomandare una maggiore cautela e rigore nell'ipotizzare la diagnosi di malattia da RGE (con o senza richiesta di pH-metria),... sempre invocando studi di alta qualità che ci aiutino a ottimizzare le nostre scelte. Restando intanto convinti che la lettura del loro bell'articolo sarà un solido e convincente punto di partenza per aprire gli occhi e cominciare a pensare più criticamente di quanto stiamo facendo ora al problema del RGE nel bambino.

### Bibliografia

1. Barron JJ, Tan H, Spalding J, et al. Proton pump inhibitor utilization patterns in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2007;45:421-7.
2. Moore DJ, Tao BS, Lines DR, et al. Double-blind placebo-controlled trial of omeprazole in irritable infants with gastroesophageal reflux. *J Pediatr* 2003;143:219-23.
3. Orenstein S, Hassal E, Furmaga-Jablonska W, et al. Multicenter, double blind, randomized, placebo-controlled trial assessing the efficacy and safety of proton pump inhibitor lansoprazole in infants with symptoms of gastroesophageal reflux disease. *J Pediatr* 2009;154:514-20.
4. Ventura A, Marchetti F, Cannioto Z, Barbi E, Martelossi S. Feeding difficulties in infants: how much a iatrogenic condition? *Arch Dis Child* 2008 [Jan 28]. <http://adc.bmj.com/cgi/eletters/93/2/164>.
5. Tolia V, Vandenas Y. Systematic review: the extra-esophageal symptoms of gastro-esophageal reflux in children. *Aliment Pharmacol Ther* 2008;29:258-72.
6. Carré J. Clinical significance of gastroesophageal reflux. *Arch Dis Child* 1984;59:911-2.
7. Mousa H, Woodley FW, Metheny M, Hayes J. Testing the association between gastroesophageal reflux and apnea in infants. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2005;41:169-77.
8. Havemann BD, Henderson CA, El-Serag HB. The association between gastro-esophageal reflux disease and asthma: a systematic review. *Gut* 2007;56:1654-64.
9. Gibson PG, Henry RL, Coughlan JL. Gastro-oesophageal reflux treatment for asthma in adults and children. *Cochrane Database Syst Rev* 2003;(2):CD001496.
10. Spiroglou K, Xinias I, Karatzas N, et al. Gastric emptying in children with cerebral palsy and gastroesophageal reflux. *Pediatr Neurol* 2004;31:177-82.
11. Stordal K, Johannesdottir GB, Bentsen BS. Acid suppression does not change respiratory symptoms in children with asthma and gastroesophageal reflux disease. *Arch Dis Child* 2005;90:956-60.
12. Fallahi GH, Khorasani EN, Mansouri F, Rezaei N. The effect of omeprazole on asthmatic adolescents with gastroesophageal reflux. *Allergy Asthma Proc* 2008;29:517-20.
13. Miceli Sopo S, Radzik D, Calvani M. Does treatment with proton pump inhibitors for gastroesophageal reflux disease (GERD) improve asthma symptoms in children with asthma and GERD? A systematic review. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2009;19:1-5.
14. The American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Efficacy of Esomeprazole for Treatment of Poorly Controlled Asthma. *N Engl J Med* 2009;360:1487-99.

**Alessandro Ventura**

### FIGLI DI MIGRANTI

Non si dovrebbe parlare di figli di migranti, o di migranti di seconda generazione. Le tipologie della discendenza familiare, le situazioni sociali, i Paesi, le culture e le etnie di origine sono così diversi che questa categoria rischia di essere ancora più generica di quella, già pericolosamente generica, di migranti. E tuttavia, per questa parte della nostra popolazione, è ormai il caso di porsi alcune domande che, se possono non essere rilevanti per tutti quelli che a vario titolo possono essere fatti rientrare nella categoria, lo sono probabilmente per una buona maggioranza di questa.

Le domande riguardano come questa variegata e crescente categoria di soggetti, in buona parte oggi bambini, qualcuno già adolescente, viva la propria condizione da questo punto di vista, cioè di figlio biologico di genitori (o di un genitore) immigrati nel nostro Paese, e di figlio, sia pure parziale, di una cultura, di un popolo, che sono quelli di origine di almeno uno dei genitori. Sia chiaro: questo aspetto non è che è uno fra i tanti che contribuiscono a disegnare l'identità psicologica, culturale e sociale di questi bambini, accanto al genere e alle preferenze sessuali, all'educazione formale ricevuta, alla sede o alle sedi di residenza in Italia, alle amicizie, alle passioni ecc. E tuttavia questo aspetto può essere, e lo è nelle situazioni più difficili, quello che ne definisce l'identità prevalente di fronte agli altri, al microcosmo familiare, o dei pari, o della scuola, così come, e sempre più spesso, di fronte alle leggi, a come queste vengono tradotte e interpretate a livello locale, e alle leggi non scritte ma egualmente presenti nel costume e nei provvedimenti amministrativi.

Sappiamo, anche dal contributo di Cremaschi e Alberini in questo numero (pag. 265), che questo aspetto dell'identità non scorre come l'olio sul marmo, che può lasciare dei segni profondi, che entra comunque a influenzare il rapporto con se stessi e con gli altri. E che può, unendosi ad altri elementi di disagio e di vulnerabilità sociale o personale, creare problemi, oggi, domani e dopodomani, trasformarsi in ribellione, o in conformismo, o in entrambi, consentire o, viceversa, rendere impossibile una crescita, un contributo sociale (lasciamo perdere l'integrazione, termine ambiguo) e quindi impedire che quel tanto di diversità possa diventare un arricchimento, per sé e per gli altri. Perché la seconda generazione di migranti, così e forse anche più della prima, che ha spesso dovuto rinunciare a molto dell'espressione di sé per sopravvivere, può portare un grande patrimonio al Paese ospite, in termini di energia, voglia di fare, punti di vista, gusto artistico ecc.

Una consapevole accettazione e valorizzazione della propria doppia identità, ben vissuta per quello che in più può dare, può costituire una marcia in più per chi la possiede. Se, al contrario, questa diversità e molteplicità di radici vengono vissute in modo conflittuale, rifiutate, in una o più delle loro componenti, perché fondate sulla vergogna (delle proprie origini e di chi le rappresenta), o sulla paura (della maggioranza dei nativi qualora intolleranti o percepiti tali) o sull'ostilità (figlia di maltrattamenti, esclusione, violenza), allora possono diventare un peso, anche insostenibile, sia per i loro (incolpevoli) portatori, sia per la società o la comunità che li comprendono.

Altri Paesi europei ci sono passati attraverso in tempi recenti,

ma ben più diluiti, adottando soluzioni diverse (dall'assimilazione francese al multiculturalismo anglosassone), certo dettate anche dalla diversa composizione delle rispettive immigrazioni, e similmente almeno in parte fallite.

Noi, che siamo ora al 10% della popolazione dei nati "figli di" e ci avviamo verso proporzioni più alte, che annoveriamo comunità dove questa percentuale è ben più alta, in alcuni pochi casi maggioritaria (ma non ci può essere qui vera maggioranza proprio perché non si tratta di un gruppo omogeneo, tutt'altro), noi dovremmo favorire lo sviluppo di una doppia identità equilibrata, consapevole, facendo in modo che vergogna, paura, ostilità non abbiano modo di crearsi, o abbiano modo di essere superate. È compito della società, delle singole comunità, del settore socio-educativo *in primis*. Non c'è dubbio. Ma certamente i pediatri di famiglia hanno l'opportunità di "vedere" precocemente, spesso prima di altri operatori, e se lo vogliono, di capire cosa bolle nella pentola di un nucleo familiare. Non devono né possono trasformarsi in assistenti sociali o in psicologi (anche se i contenuti imposti oggi alla professione richiedono sempre più competenze di questo tipo), ma possono individuare un compito di ascolto e supporto. Occorre dunque, nei programmi di formazione e nei piani di zona dei servizi, fornire loro, così come a tutti gli altri operatori e soggetti, dai genitori agli insegnanti, strumenti adeguati a comprendere e indirizzare. Certo, i tempi che corrono non sembrano i più facili per fare tutto questo. Ma la questione esiste, diventerà sempre più pressante, e i *mala tempora* hanno almeno il pregio di farci pensare.

**Giorgio Tamburlini**

## IL GESTO DI AL-BASHIR

Il 4 marzo la Corte Penale Internazionale dell'Aja ha formalizzato le accuse di crimini di guerra e di crimini contro l'umanità e ha spiccato un mandato internazionale di cattura per il Presidente del Sudan Omar Al-Bashir. Le cause le conoscono tutti. Se l'Africa continua a essere un mondo in crisi, certamente il Darfur, nel sud-ovest del Sudan, ne è la piaga più sanguinante. Anzi, è la piaga più sanguinante del mondo. Trecentomila morti in 6 anni. Due milioni e mezzo di persone spinte dalle forze governative nel deserto, e poi nei campi profughi, dove il caschi blu (ieri, oggi, ma domani?) le proteggono dalla violenza di quelle stesse forze filo-governative (e governative), e dove i bambini crescono e gli adulti invecchiano senza speranza, ormai da sei anni, con l'elemosina di 800 calorie al giorno che costano all'ONU 2,7 miliardi di dollari all'anno. Lo stesso giorno della sua condanna formale, il Presidente, al centro di una manifestazione oceanica a Karthoum, sfida il mondo, rifiuta gli aiuti e la stessa presenza dell'Occidente, decreta l'espulsione dal Paese delle 13 ONG più importanti, da Medici senza Frontiere a Save the Children, impone a tutte le altre ONG, e anche all'ONU,

la più stretta osservanza delle regole del Sudan se non vogliono far fagotto.

Non vi vogliamo. E delle vostre condanne, del vostro giudizio, ce ne puliamo il sedere: "la Corte, i giudici e il procuratore sono tutti sotto le mie scarpe"... noi non vogliamo che la loro decisione sia sospesa: il loro mandato di cattura possono scioglierlo nell'acqua e berselo".

Non vi vogliamo.

Non ci vogliono.

Con Al-Bashir sta tutta l'Unione Africana, sta la Lega araba, stanno Chavez e una parte dell'America Latina, sta la Russia, sta la Cina.

Sarebbe anche giusto che non ci vogliano, visto che ancora, ancora, ancora, l'Occidente è in Africa per spogiarla, visto che l'Africa avrebbe diritto a essere padrona di se stessa, a guidare la propria crescita. Se non fosse che Al-Bashir è oggettivamente un assassino; se non fosse che vittime del dittatore africano sono altri africani; se non fosse che l'Unione Africana, che sostiene il dittatore sanguinario, è nelle mani di altri dittatori; se non fosse che la Cina, oltre che avere esportato forzatamente (500.000 cinesi) in cambio di petrolio, continua a rifornire di armi quella dittatura assassina; se non fosse che la Russia già si fa avanti e si propone come cinico rimpiazzo ai pericolanti aiuti umanitari dell'ONU; se non fosse cioè che la difesa del diritto dell'Africa alla propria autonomia, anche economica, anche culturale, è sostenuta da interessi altrettanto e più marci di quelli del post-colonialismo occidentale.

Allora? L'Africa non è più lontana, dal momento che migliaia di africani annegano nel canale di Sicilia per fuggire dalla loro terra e cercare fortuna (?) nella nostra; dal momento che poco meno del 5% dei nostri nati, dei nati in Italia, ha la pelle scura; dal momento che la questione dei migranti è diventata una questione centrale della nostra politica interna e del nostro sentire; dal momento che tutto il mondo è alla ricerca di un nuovo equilibrio e di un'etica accettabile. L'Africa fa parte di noi. Non possiamo dire che quello che succede in Darfur non ci riguarda. Anche se non ci vogliono; anche se lui, Al-Bashir, non ci vuole, se l'Unione Africana non ci vuole, se il Camerun ha rispedito oltremare le cosce di pollo che il nostro mercato non assorbiva e di cui voleva liberarsi. L'Occidente ha stanziato 50 miliardi di dollari all'anno per dare "l'ultima spinta" al *Millennium Project*. Sembrano quasi pochi, in confronto alle masse di danaro le cui oscillazioni hanno fatto crollare la nostra economia. Sono pochi; e l'Italia contribuisce assai avaramente a questo avaro sforzo. Ma lo sforzo è doveroso, anche se disprezzato, e in parte inane. I risultati sulla mortalità materna e sulla mortalità infantile sono lontani dall'atteso: ma ci sono. E anche i fallimenti insegnano. E i soldi non sono tutto. La presenza umana, partecipe, quella del volontariato, delle ONG, delle comunità religiose, ha il suo senso e il suo peso. Capire il mondo in cui viviamo è difficile; ma è difficile anche rinunciare a capirlo.

**Franco Panizon**