



Giugno 2022

## OSTRUZIONE NASALE – NON SOLO ADENOIDI

Michele Iafusco

Ospedale Santobono - A.O.R.N.  
Santobono-Pausilipon - Napoli

### OSTRUZIONE NASALE – NON SOLO ADENOIDI

**Presentato al Congresso Up to date in Otorinolaringoiatria Pediatrica tenutosi a Napoli il 14/05/2022**

Le adenoidi sono masse rettangolari di tessuto linfatico nel rinofaringe posteriore, che presentano maggiori dimensioni nei bambini dai 2 ai 6 anni.

L'aumento di volume può essere fisiologico o secondario a infezione virale o batterica, allergia, irritanti, e, talora, **reflusso gastroesofageo**.

Una grave ipertrofia può ostruire le tube di Eustachio (causando otite media), le coane posteriori (causando sinusite) o entrambe.

#### CAUSE

La diminuzione del tono muscolare, cioè il rilassamento, che si manifesta durante il sonno, è un fattore che favorisce la riduzione del calibro delle vie aeree superiori (naso, orofaringe, ipofaringe), di conseguenza se coesiste una qualche causa di ostruzione durante il sonno è più facile che si manifesti l'ostruzione.

La causa principale e più frequente di apnea è rappresentata dall'ipertrofia adeno-tonsillare, cioè dall'aumento di volume delle tonsille o del tessuto linfatico presente nella mucosa del naso e della gola: altre cause frequenti sono l'obesità e le malocclusioni dentali.

L'ipertrofia o l'infiammazione delle adenoidi sono frequenti tra i bambini.

I sintomi comprendono ostruzione nasale, disturbi del sonno e versamenti dell'orecchio medio con ipoacusia.

La diagnosi è chiarita dall'esame con rinofaringoscopia flessibile a fibre ottiche.

Il trattamento spesso comprende corticosteroidi topici intranasali, antibiotici, e in caso di ostruzione nasale significativa oppure di persistente e ricorrente otite media acuta o di versamento dell'orecchio medio, adenoidectomia.

Ma la causa è sempre del reflusso gastroesofageo? Annoso problema tra Pediatri, Gastroenterologi e Otorino-Laringoiatri.

- Una metanalisi <sup>(1)</sup> fornisce una forte correlazione tra ipertrofia adenoidea e GERD.
- I bambini con ipertrofia adenoidea hanno una maggiore incidenza di GERD rispetto ai ragazzi sani, ma la patogenesi del GERD nella ipertrofia adenoidea

richiede più investigazioni e suggerisce che nella pratica clinica il GERD non deve essere trascurato e che ne può essere necessaria una appropriata valutazione.

#### **Correlazione tra naso chiuso e reflusso gastroesofageo:**

- Molti pazienti affetti da malattia da reflusso gastroesofageo lamentano anche sinusite cronica (quindi congestione nasale cronica).
- Il reflusso acido può raggiungere l'area naso-faringea, creando irritazione ed infiammazione anche nella mucosa delle vie respiratorie.
- Non a caso, i farmaci e in generale la terapia della malattia da reflusso, si sono dimostrati estremamente efficaci anche nella cura della congestione nasale associata a questa patologia.
- Il **rigurgito** è il reflusso di contenuto gastrico nell'orofaringe; si verifica quando un rilassamento dello sfintere esofageo inferiore (LES) consente il passaggio retrogrado del contenuto dello stomaco nell'esofago.
- **Nei lattanti il rigurgito è comune e spesso fisiologico**, raggiunge la massima espressione al **quarto mese di vita** e tende a risolversi entro il compimento del **primo anno**. Ma a volte si protrae, e anche adulti ne soffrono.

Il reflusso gastroesofageo ha uguale prevalenza nel sesso maschile ed in quello femminile.

Nel reflusso c'è una predisposizione familiare.

In Italia questa condizione parafisiologica colpisce 1 persona su 3, nel mondo occidentale incide sul 40% della popolazione.

Il rigurgito, come il pianto inconsolabile del lattante, è una fonte di angoscia per i genitori, che si rivolgono al Pediatra temendo la presenza di una patologia importante. Nella maggior parte dei casi è però un fenomeno fisiologico.

Non sempre il reflusso è una vera e propria malattia, nella maggior parte dei casi è solo un sintomo.

#### **CRITERI PER LA DIAGNOSI DI REFLUSSO IN UN LATTANTE SANO DI ETA' COMPRESA TRA 3 E 12 MESI**

- Presenza di rigurgito almeno due volte al giorno per almeno tre settimane.
- Assenza di conati, ematemesi, aspirazione, apnea, ritardo di crescita, difficoltà di alimentazione o deglutizione, postura anomala (in tali casi si parla di malattia da reflusso gastroesofageo).
- Il rigurgito ed il vomito, sebbene siano dei sintomi fastidiosi per il bambino e la mamma, non sono indicativi di malattia da reflusso, a meno che essi non incidano sulla crescita del lattante.

Si parla di “MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO” quando il reflusso causa sintomi o quando con la gastroscopia si evidenziano lesioni infiammatorie a carico dell'esofago



Al reflusso gastroesofageo possono associarsi:

- |   |   |
|---|---|
| - Rigurgito ricorrente con o senza vomito | Perdita di peso o scarso incremento ponderale |
| - Irritabilità nel neonato                | Disturbo di ruminazione                       |
| - Bruciore di stomaco o dolore toracico   | Ematemesi                                     |
| - Disfagia, Odinofagia                    | Wheezing                                      |
| - Stridore                                | Tosse   |
| - Raucedine                               | Esofagite                                     |
| - Stenosi esofagea                        | Esofago di Barrett                            |
| - Infiammazione laringea/faringea         | Polmoniti ricorrenti                          |
| - Anemia                                  | Erosione dentale                              |
| - Rifiuto del cibo                        | Inarcamento del collo (Sindrome di Sandifer)  |
| - Apnea affettivi                         | Eventi apparentemente rischiosi per la vita   |

#### APPROFONDIMENTO DIAGNOSTICO IN LATTANTI CON VOMITO

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| - Vomito biliare                           | Sanguinamento gastrointestinale    |
| - Ematemesi                                | Ematochezia                        |
| - Vomito continuo e di forte intensità     | Vomito improvviso dopo inizio..... |
| - Ritardo di crescita                      | Diarrea                            |
| - Febbre                                   | Letargia                           |
| - Epatosplenomegalia                       | Fontanella tesa                    |
| - Macro/microcefalia                       | Crisi epilettiche                  |
| - Sindrome genetica/metabolica documentata |                                    |

#### GESTIONE CLINICA

E' fondamentale una comunicazione adeguata con i genitori e con chi si occupa del lattante, per accertare eventuali errori nelle modalità di preparazione e somministrazione dell'alimento.

EMERGENCY

## POSSIBILI ERRORI

- Iperalimentazione nell'allattato artificialmente.
- Sbagliata preparazione del latte in polvere (troppi o pochi misurini nella quantità di acqua prevista).
- Somministrazione troppo precoce del latte vaccino.

## DECUBITO, QUALE?

Dopo il pasto può essere utile che per venti minuti il bambino venga mantenuto in posizione eretta.

Durante il sonno, dalla nascita ai 12 mesi, è raccomandata la posizione supina.

La posizione prona o laterale riduce il reflusso acido, ma aumenta di più di 10 volte il rischio di morte improvvisa del lattante, pertanto **DEVE ASSOLUTAMENTE ESSERE EVITATA.**

E' importante verificare che:

- La tettarella del biberon sia di dimensioni adeguate
- Che il foro di uscita del latte non sia né troppo grande (indurrebbe eccessiva fuoriuscita dell'alimento) né troppo piccolo (costringerebbe il lattante ad uno sforzo eccessivo ed alla conseguente ingestione di aria).

## LATTI ANTIREFLUSSO

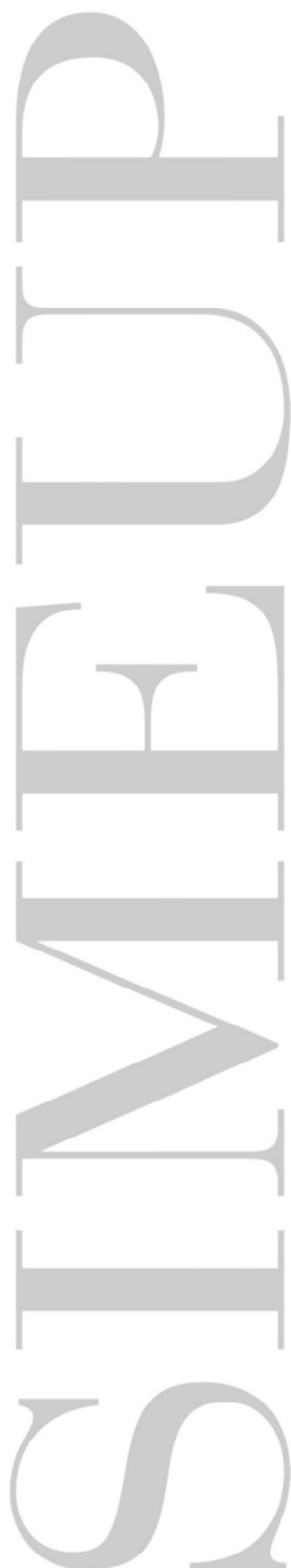
- **Il loro utilizzo è controverso, anche se:**
- Incrementano il numero di pasti senza rigurgito.
- Riducono il numero di rigurgiti giornalieri.
- Favoriscono un maggior recupero giornaliero di peso.

## COMUNI SOSTANZE ISPESSENTI ANTIREFLUSSO UTILIZZATE

- Amido di mais o di patate
- Farina di carruba
- Se la carruba è precotta, non incide sulla motilità intestinale e non induce sensibilità
- La crema di riso è il rimedio "della nonna", ma funzionerebbe bene se non inducesse frequentemente stipsi

## IL MIGLIOR LATTE ANTIREFLUSSO E' IL LATTE MATERNO

- E' l'alimento più indicato per un lattante "happy spitter" perché è più facilmente digeribile di quello artificiale
- Richiede una minore produzione di acidi per la digestione (rigurgiti meno acidi)
- Permane meno tempo nello stomaco
- Anche il latte materno può essere ispessito, seppur con inevitabili difficoltà.
- L'unico vantaggio della somministrazione del latte artificiale rispetto al latte materno (da utilizzare solo se per ipo o agalattia) è la possibilità di cambiare la posizione del lattante per assecondarne i fastidi.



Nei siti gestiti da mamme su Internet sono presenti molti consigli personalizzati, che non corrispondono a quanto indicato dalla letteratura, che segnala:

- I sintomi di reflusso gastro-esofageo causano molta angoscia nei genitori, ma diminuiscono nell'80% dei casi con il compimento del primo anno.
- Solo in casi estremi il reflusso gastro-esofageo determina scarsa crescita ed esofagite.
- I sintomi del reflusso gastroesofageo possono essere risolti mediante alimenti che ispessiscono il contenuto gastrico.
- E' importante cercare di evitare, se non indispensabile, procedure diagnostiche invasive nei bambini con reflusso gastroesofageo, soprattutto considerato che è un problema parafisiologico.

### **REFLUSSO GASTROESOFAGEO NEI LATTANTI**

Il reflusso gastroesofageo è autolimitato nella maggior parte dei lattanti; è però impossibile prevedere se alcuni di loro continuano ad avere il reflusso anche con la crescita fino alla vita adulta.

I soli trattamenti di prima scelta dovrebbero essere il trattamento non farmacologico, il latte ispessito e la terapia posizionale.

I farmaci procinetici (per altro caduti oramai in disuso, perché quasi tutti ritirati dal commercio) non hanno dimostrato la loro efficacia.

Tra i farmaci anti-acido gli inibitori della pompa protonica sono la scelta migliore; le loro indicazioni non sono però molto chiaramente definite per i lattanti.

### **EFFETTI COLLATERALI DEGLI IPP**

**Gli IPP** vanno utilizzati solo se necessari e per limitati periodi di tempo, dal momento che il loro uso è associato all'insorgenza di:

- Complicanze renali
- Osteoporosi
- Disturbi epatici
- Rischio cardiovascolare
- Demenza (?)
- Polmoniti
- Infezioni gastrointestinali (Clostridium Difficile, Helicobacter Pylori)

In ogni caso la raccomandazione generale è quella di utilizzare gli inibitori di pompa per il periodo più breve possibile e al minor dosaggio efficace possibile.

**I PPI** si devono sospendere gradualmente (ad esempio dimezzare la dose per 2 settimane, poi passare a giorni alterni, poi a due volte alla settimana e infine sospendere).