

Disfagia

Il sintomo che i bambini non sanno riferire



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Prof. Giovanni Di Nardo

Sapienza Università di Roma - Facoltà di Medicina e Psicologia

Dipartimento NESMOS - AOU Sant'Andrea

UOC Pediatria – Direttore Prof. Pasquale Parisi

giovanni.dinardo@uniroma1.it

I bambini non sanno riferire ma noi dobbiamo ricercare

VOMITO: espulsione forzata del contenuto gastrico attraverso la bocca associata alla contrazione dei muscoli addominali

RIGURGITO: il contenuto gastrico si espelle spontaneamente in assenza di attività dei muscoli addominali. Spesso associato a reflussi infiammatici

DISFAGIA: quasi mai i bambini piccoli riferiscono di avere difficoltà nella deglutizione
(simile a quella degli adulti con MRGE PPI-refrattaria):
Ritorno del cibo recentemente ingerito attraverso un aumento volontario della pressione addominale seguito da masticazione e talvolta deglutizione

Frequentemente i genitori riferiscono i tre sintomi con il termine generico “vomito”

Cosa dobbiamo ricercare ?

Caratteristiche del vomito nel bambino disfagico:

- Vomito precoce
- Cibo indigerito
- Tosse che spesso precede il vomito

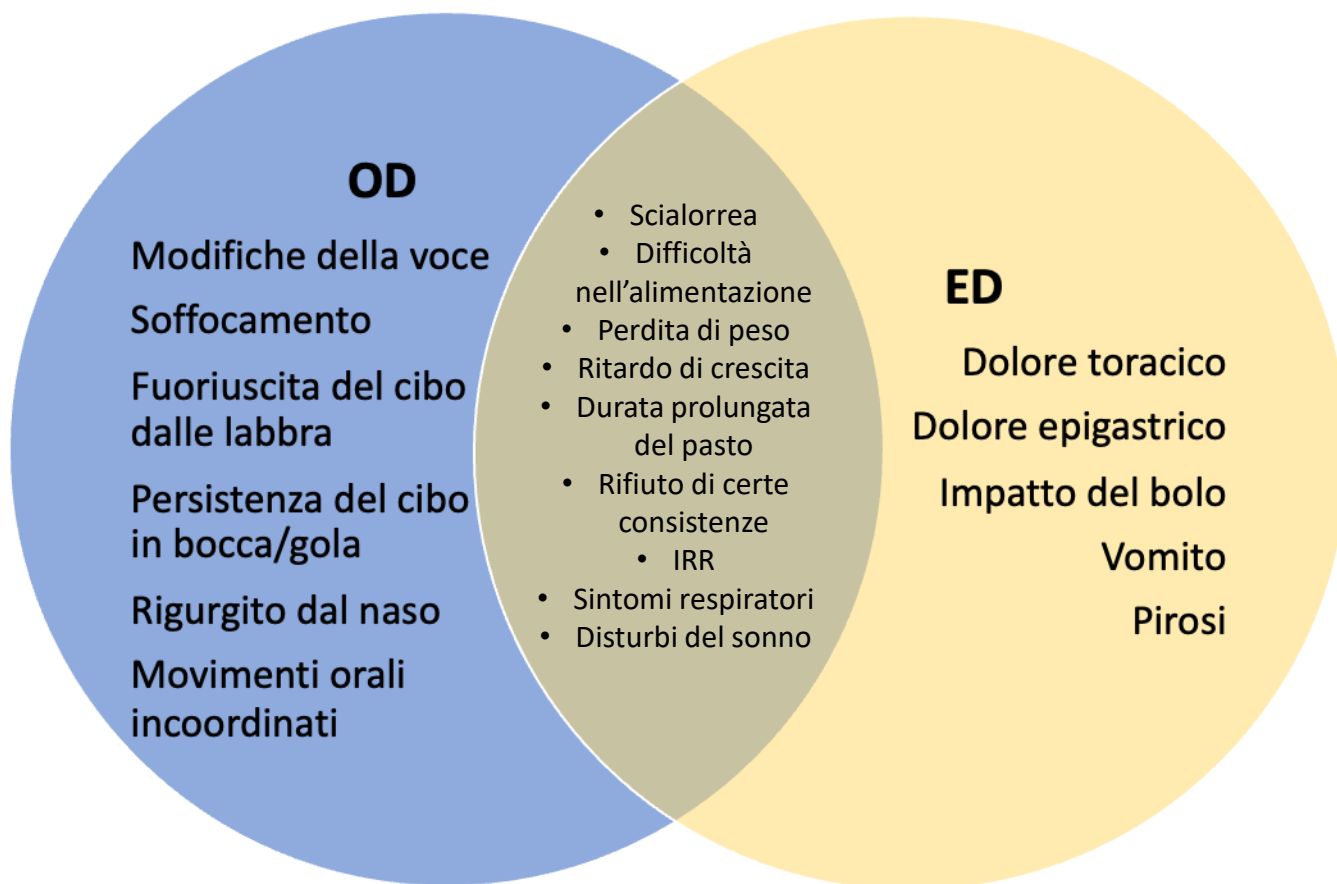
Strategie di compenso:

- Bere molto durante il pasto
 - Rifiuto dei cibi solidi
- Masticazione prolungata

Disfagia orofaringea (OD) e esofagea (ED): definizioni



Disfagia orofaringea (OD) e esofagea (ED): overlap clinico

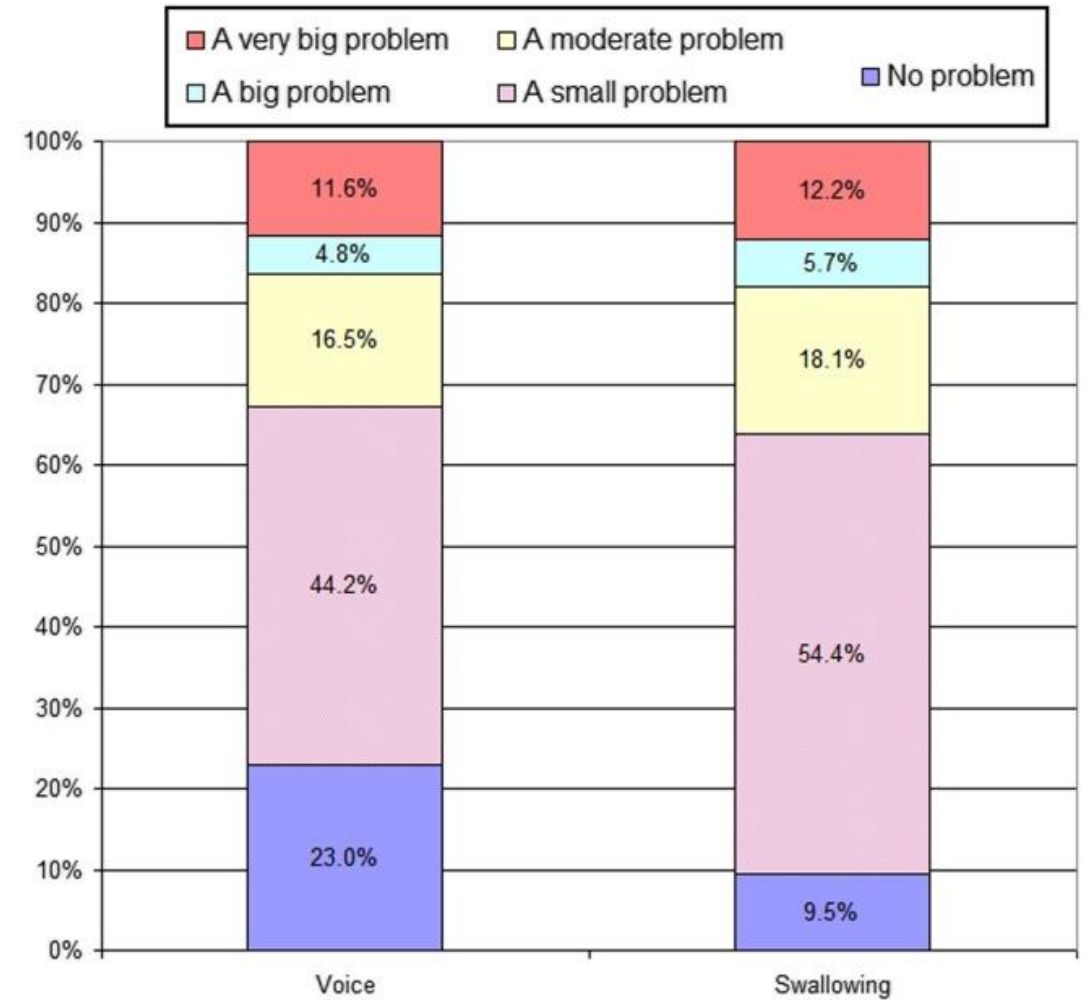


Indipendentemente dalla sede:

- **Incapacità di mangiare in modo adeguato**
(disidratazione e scarso accrescimento)
- **Aspirazione del cibo**
(infezioni respiratorie ricorrenti e accessi di tosse)
- **Deterioramento della QoL**

Epidemiologia

- Dati epidemiologici scarsi
- Una survey USA stima che lo **0.9% dei bambini (3-17 anni) ha disturbi della deglutizione** con uguale distribuzione di genere e una età d'insorgenza media di 8.2 anni
- **OD è prevalente in bambini con disturbi del neurosviluppo**
- ED è più rilevante e le cause sono più eterogenee in bambini senza disturbi del neurosviluppo



Lanzoni G, et al. *Frontiers in Pediatrics* 2022;10:885308

Bhattacharyya N. *Laryngoscope* 2015;125:746–50

Romano C, et al. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2017;65:242–64



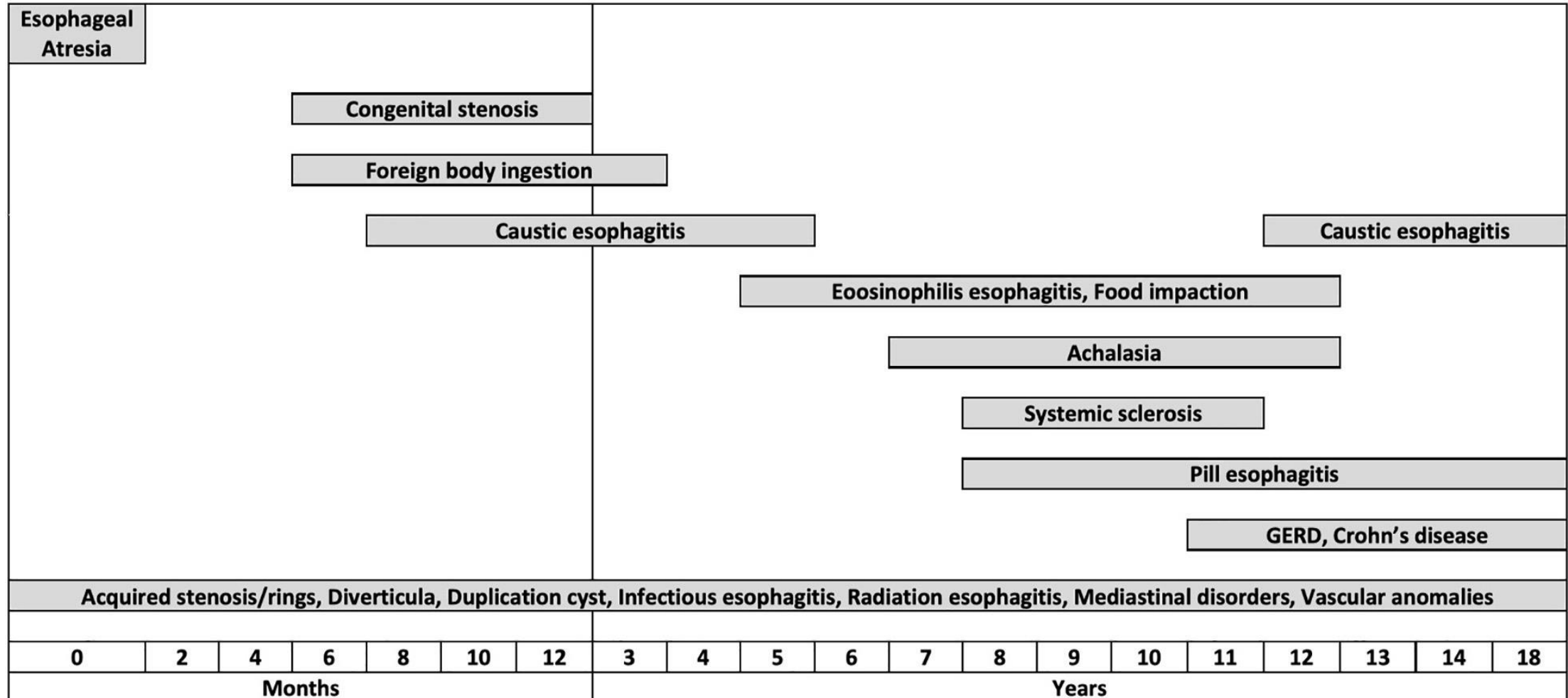
Quali sono le principali cause di ED

Patologia di mucosa	Disturbi della motilità	Anomalie strutturali	Ostruzione endoluminale	Compressione ab-estrinseca	Disturbi funzionali
MRGE ed esofagite peptica	Acalasia	Atresia esofagea	Ingestione di corpi estranei	Anomalie vascolari congenite	Disfagia funzionale
Esofagite eosinofila	Spasmo esofageo distale	Stenosi esofagea	Impatto del bolo	Tumori del mediastino	
M. di Crohn	Assenza di contrazioni esofagee	Anelli esofagei		Linfoadenite mediastiniche	
Ingestione di caustico	Sclerosi sistemica	Diverticoli esofagei			
Esofagite attinica		Cisti da duplicazione			

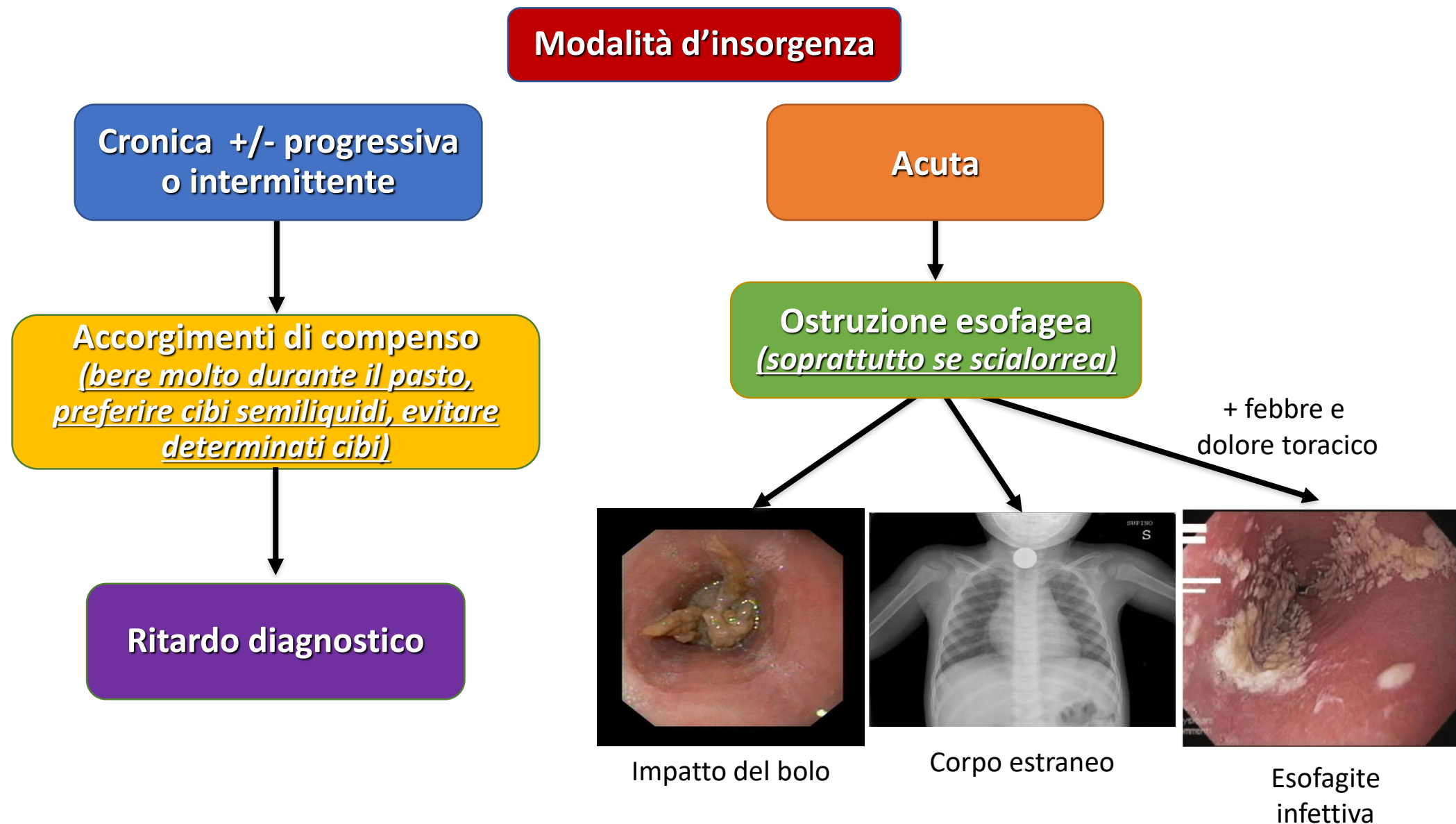


Quali sono gli elementi clinici chiave per arrivare alla diagnosi ?

Età d'insorgenza



Quali sono gli elementi clinici chiave per arrivare alla diagnosi ?



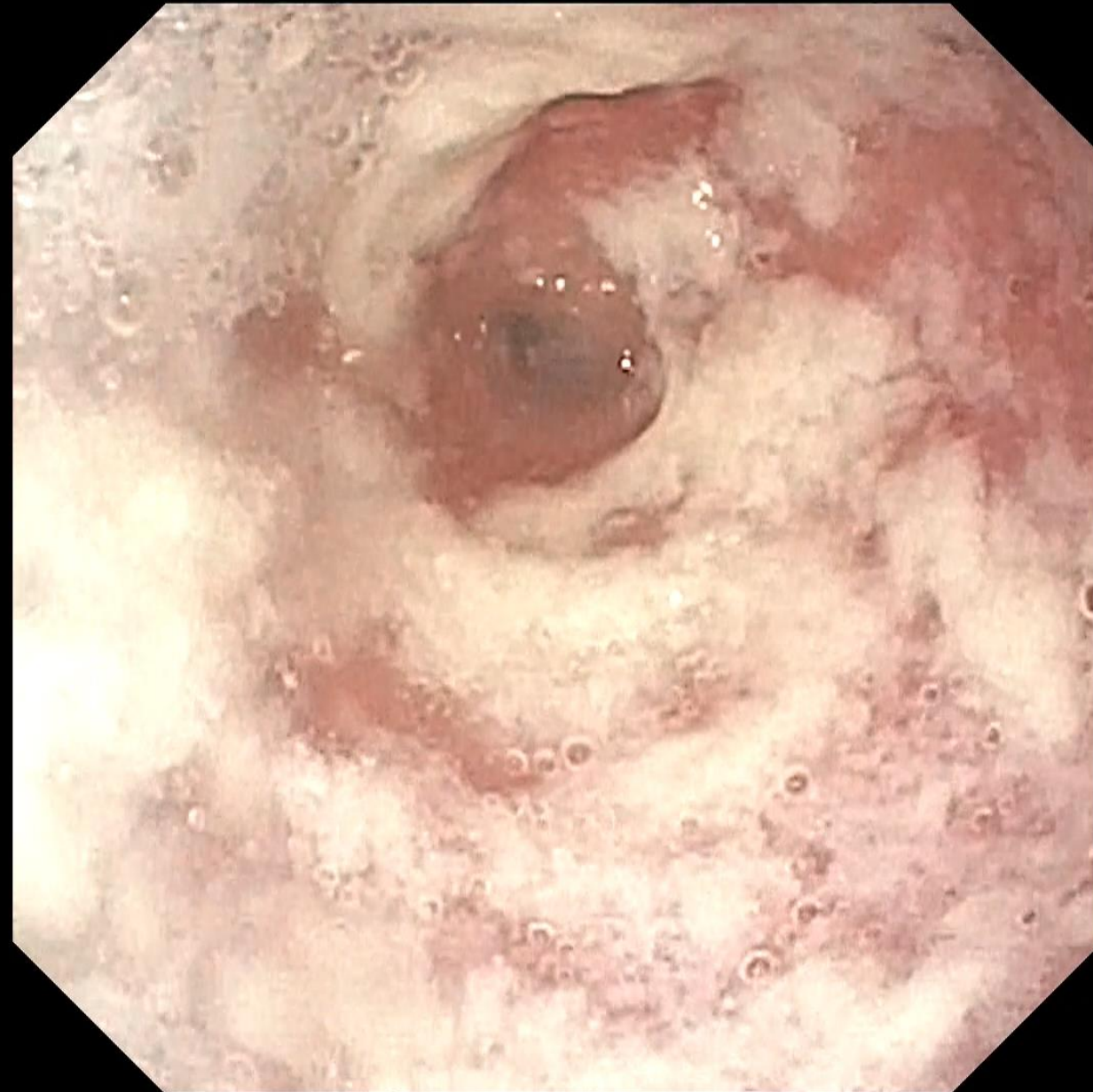
Esofagite infettiva: sospettarla sempre quando ci sono fattori di rischio

ID paziente:
Nome paziente:

Gen: Età:
DDN:
31/10/2018
11:16:45

■■■/---(0/1)
Eh:A5 Cm:1

Commento:



Quali sono gli elementi clinici chiave per arrivare alla diagnosi ?

Consistenza dei cibi

Liquidi e a seguire per i solidi

Solidi

Disturbo della motilità

Ostruzione meccanica (*intrinseca o estrinseca*)

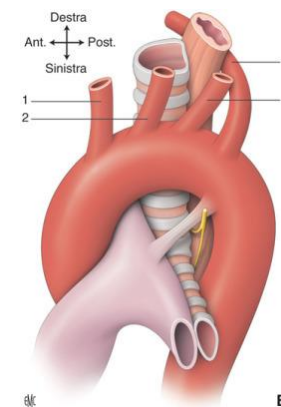
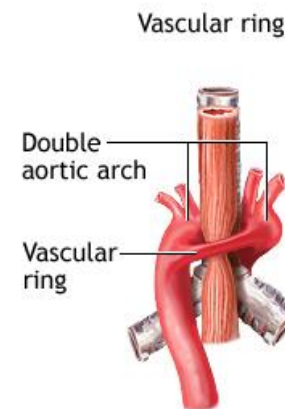
Acalasia



Sclerodermia



Anello congenito



Quali sono gli elementi clinici chiave per arrivare alla diagnosi ?

Sintomi associati

Pirosi, rigurgito,
dolore toracico
ed epigastrico

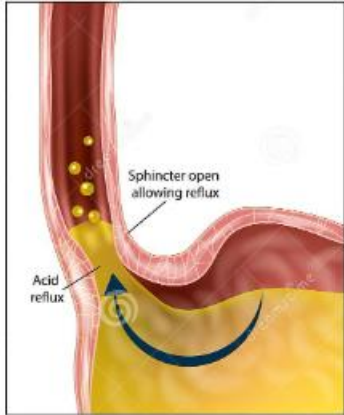
Impatto
del bolo

Rigurgito di cibo
indigerito, dolore
toracico e
perdita di peso

Tosse notturna,
infezioni respiratorie
ricorrenti

Stridore e
distress
respiratorio

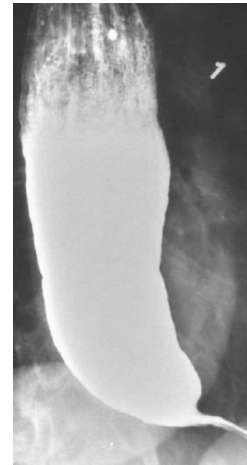
Febbre e
dolore toracico



MRGE



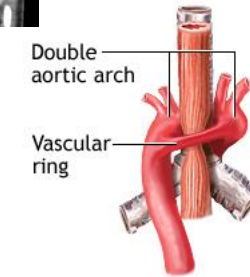
EoE



Acalasia



Massa
mediastinica



Anello
vascolare

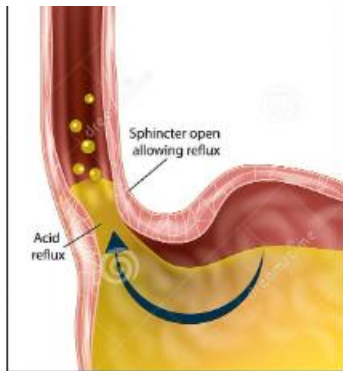


Esofagite
infettiva

Quali sono gli elementi clinici chiave per arrivare alla diagnosi ?

Comorbidità

Chirurgia esofagea (atresia), radioterapia, ingestione di caustici, disabilità neurologica



MRGE



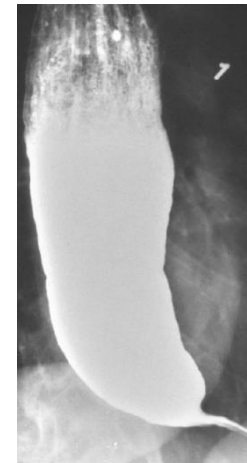
Stenosi peptica

Patologie allergiche



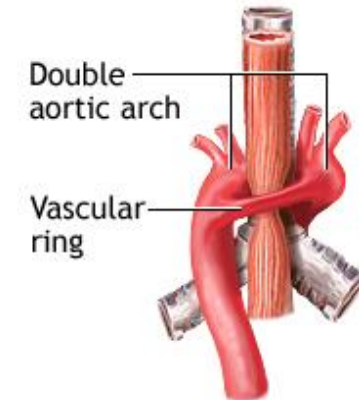
EoE

S. di Down, Pierre-Robin, AAA syndrome



Acalasia

Cardiopatie congenite, S. di Down



Anello vascolare

Score clinico per valutare la difficoltà deglutitoria e predire il rischio di inalazione

Supplementary table 3. The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool (PEDI-EAT-10) ⁽⁵³⁾

The Pediatric Version of the Eating Assessment Tool helps us to determine if your child has a swallowing difficulty. Answer each question by thinking back over a typical one-month period and select the number that best described your child. 0 means no problem, 4 means severe problem. Every item defines a problem, and this does not mean that every child has the mentioned problem. If your child does not have the mentioned problem, please choose "0" which means that <no problem> in other words <my child does not have this problem>. If your child encounters that problem, please rate the severity of that problem between 1 and 4 for your child. Thank you.

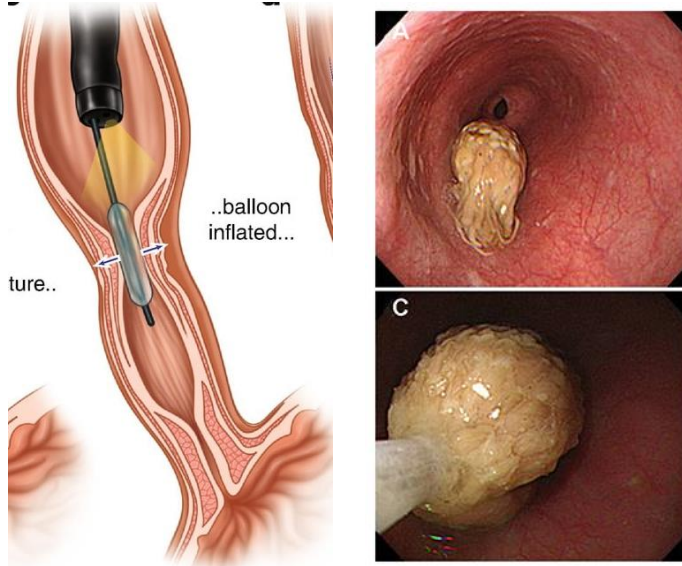
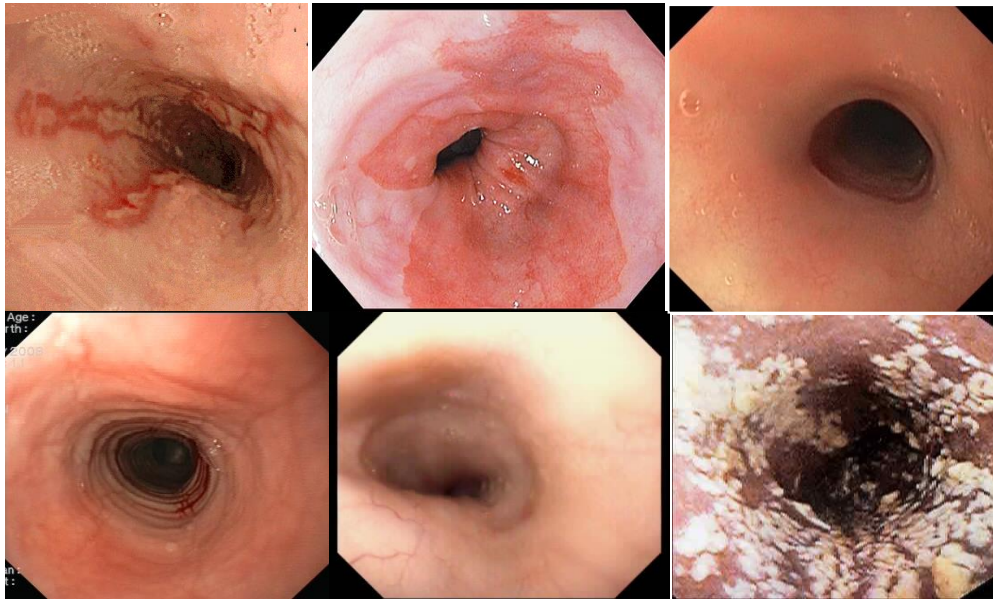
Answer each question by writing the number of points in the boxes

(0 = no problem, 4 = severe problem)

1.	My child does not gain weight due to his/her swallowing problem	0	1	2	3	4
2.	Swallowing problem of my child interferes with our ability to go out for meals	0	1	2	3	4
3.	Swallowing liquids takes extra effort for my child	0	1	2	3	4
4.	Swallowing solids takes extra effort for my child	0	1	2	3	4
5.	My child gags during swallowing	0	1	2	3	4
6.	My child acts like he/she is in pain while swallowing	0	1	2	3	4
7.	My child does not want to eat	0	1	2	3	4
8.	Food sticks in my child's throat and my child chokes while eating	0	1	2	3	4
9.	My child coughs while eating	0	1	2	3	4
10.	Swallowing is stressful for my child	0	1	2	3	4
TOTAL SCORE (a score ≥ 4 is abnormal and has a sensitivity of 91.3% and specificity of 98.8% to predict penetration/aspiration)						



Esami diagnostici: EGDS “sempre” con biopsie



PRO

RUOLO DIAGNOSTICO:

- Esofagite da reflusso/Barrett/stenosi
 - Altre cause di esofagite (es. EoE)
 - Esofagiti infettive o da MICI
- Anomalie congenite (stenosi e anelli vascolari)

RUOLO TERAPEUTICO:

- Trattamento delle stenosi
- Rimozione di corpi estranei

CONTRO

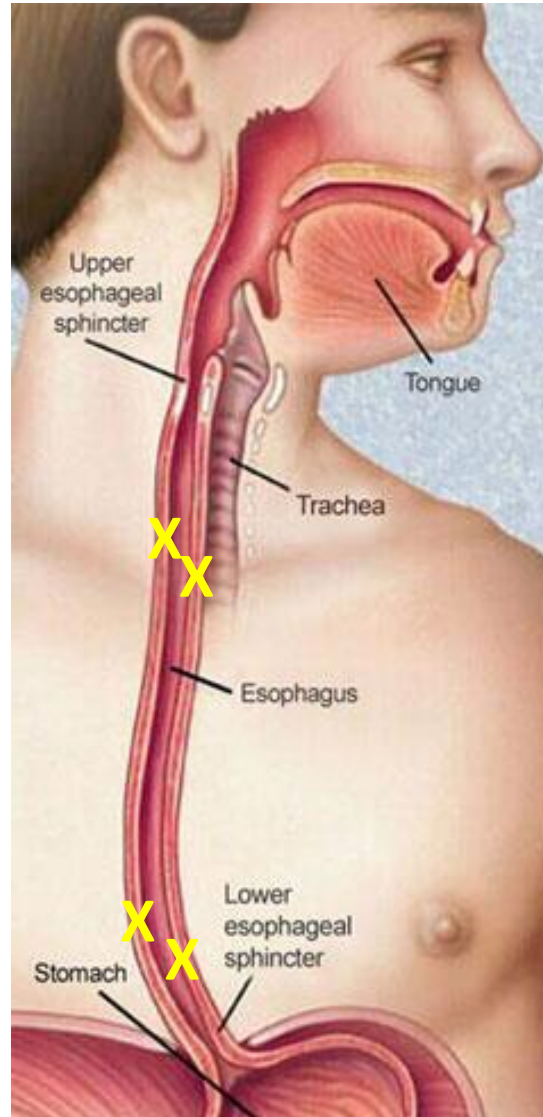
- Metodica invasiva
- Richiede sedazione
- Inaccurata per la diagnosi di disturbi della motilità

EGDS “sempre” con biopsie: quante e dove ?

Sempre



Soprattutto



Sensibilità dell' 84%, 97% e 100% rispettivamente con 2,3 e 6 biopsie.

Almeno 2 biopsie in esofago prossimale, 2 in esofago distale

Biopsie in antro e duodeno devono essere effettuate per escludere potenziali cause di eosinofilia esofagea

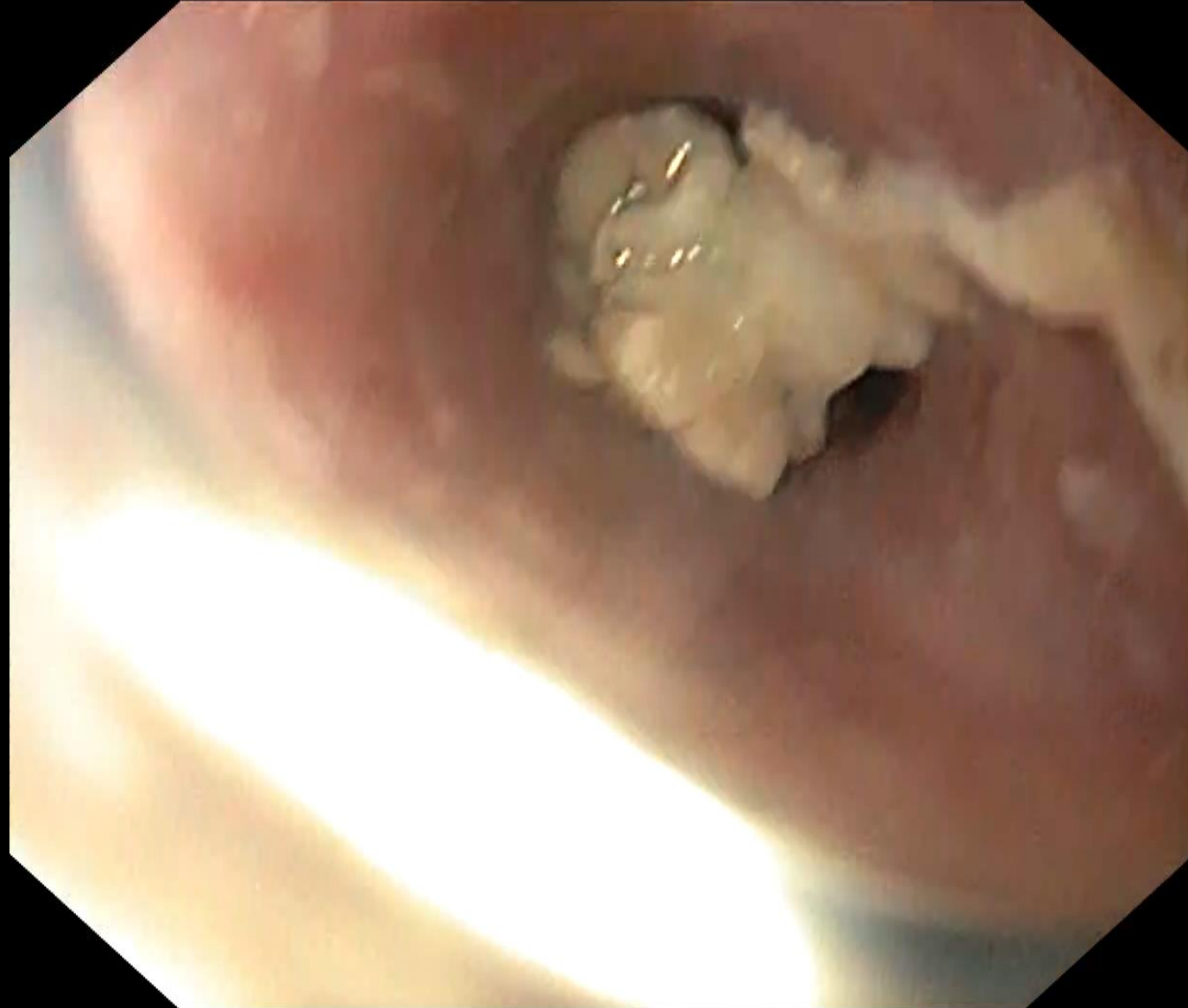
EGDS "sempre" con biopsie: forse con un'eccezione

ID paziente:
Nome paziente:

Gen: Età:
DDN:
07/01/2019
12:37:04

■■■/■■■□(13/14)
Eh:A5 Cm:1

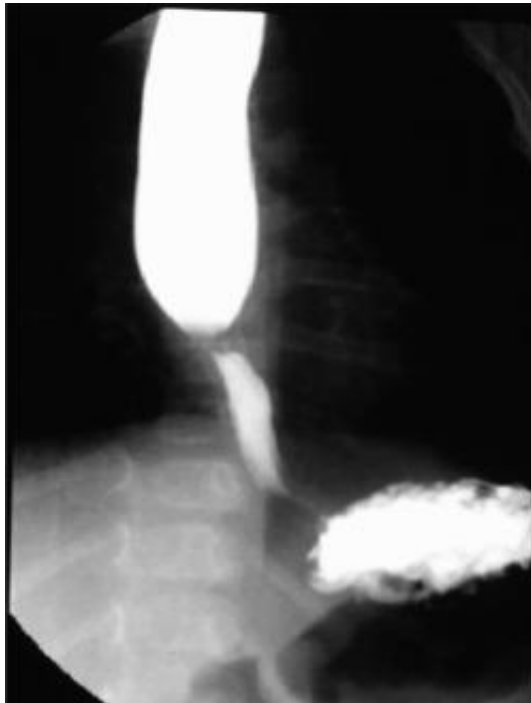
FERRARAE C |



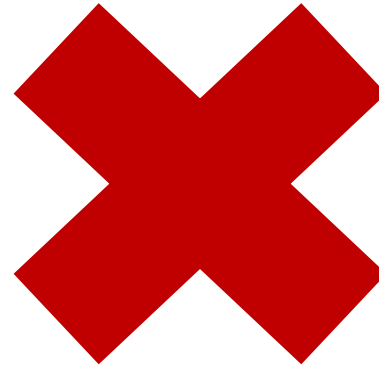
Rx esofago: complementare all'EGDS ma con dei limiti



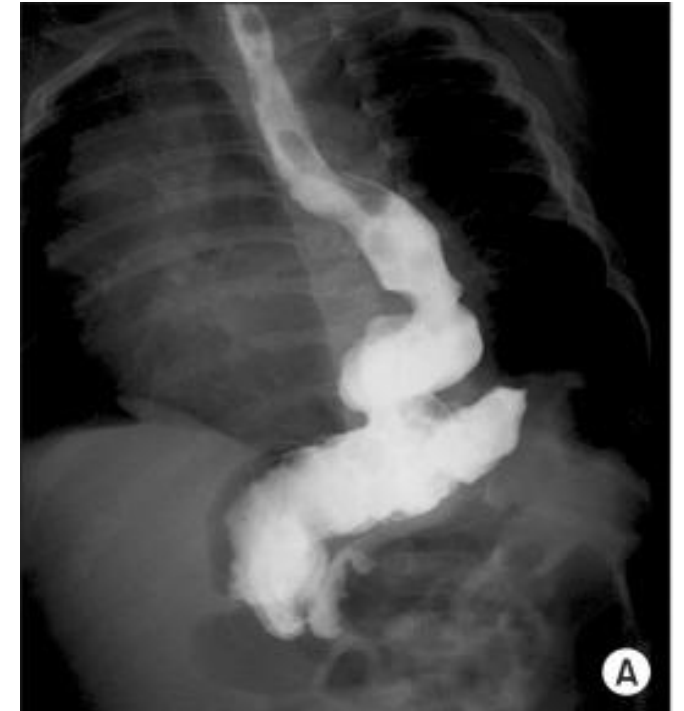
Acalasia



Stenosi esofagea



MRGE

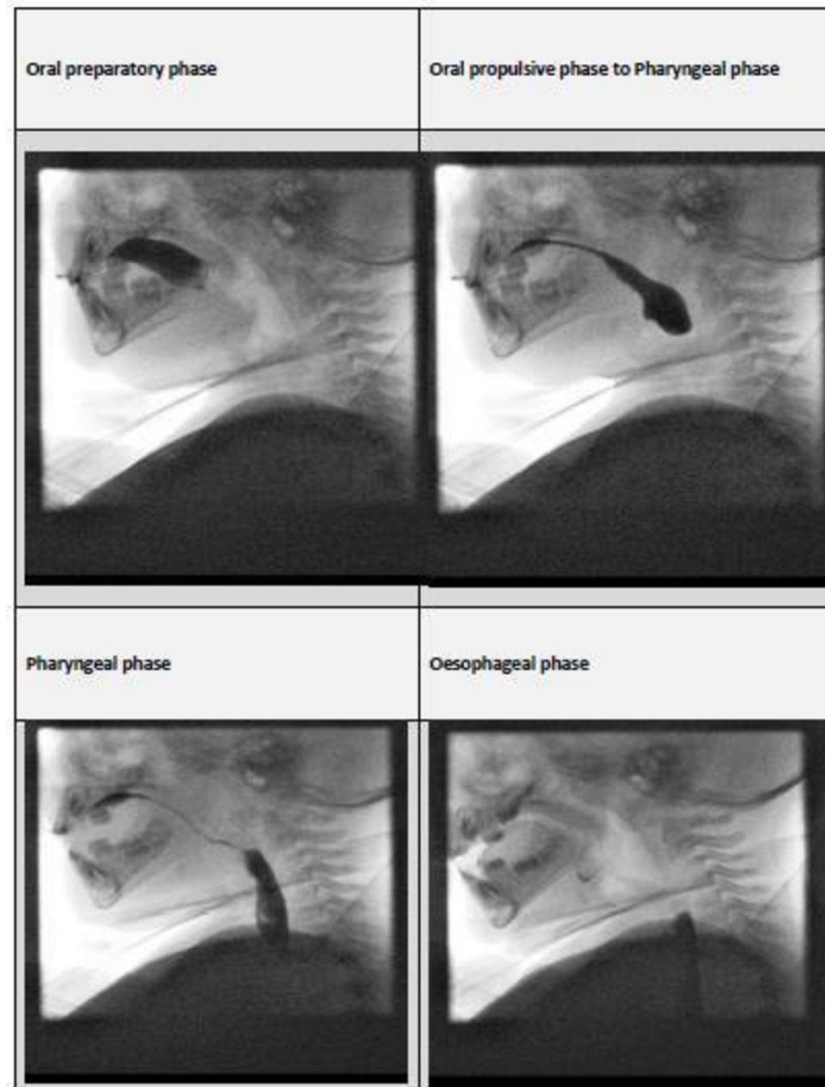


Ernia iatale

- Non valuta la fase orale e faringea della deglutizione
- E' cruciale che il radiologo segua l'esame in scopia

Studio videofluoroscopico:

gold standard soprattutto nel bambino neurologico per pianificare interventi mirati



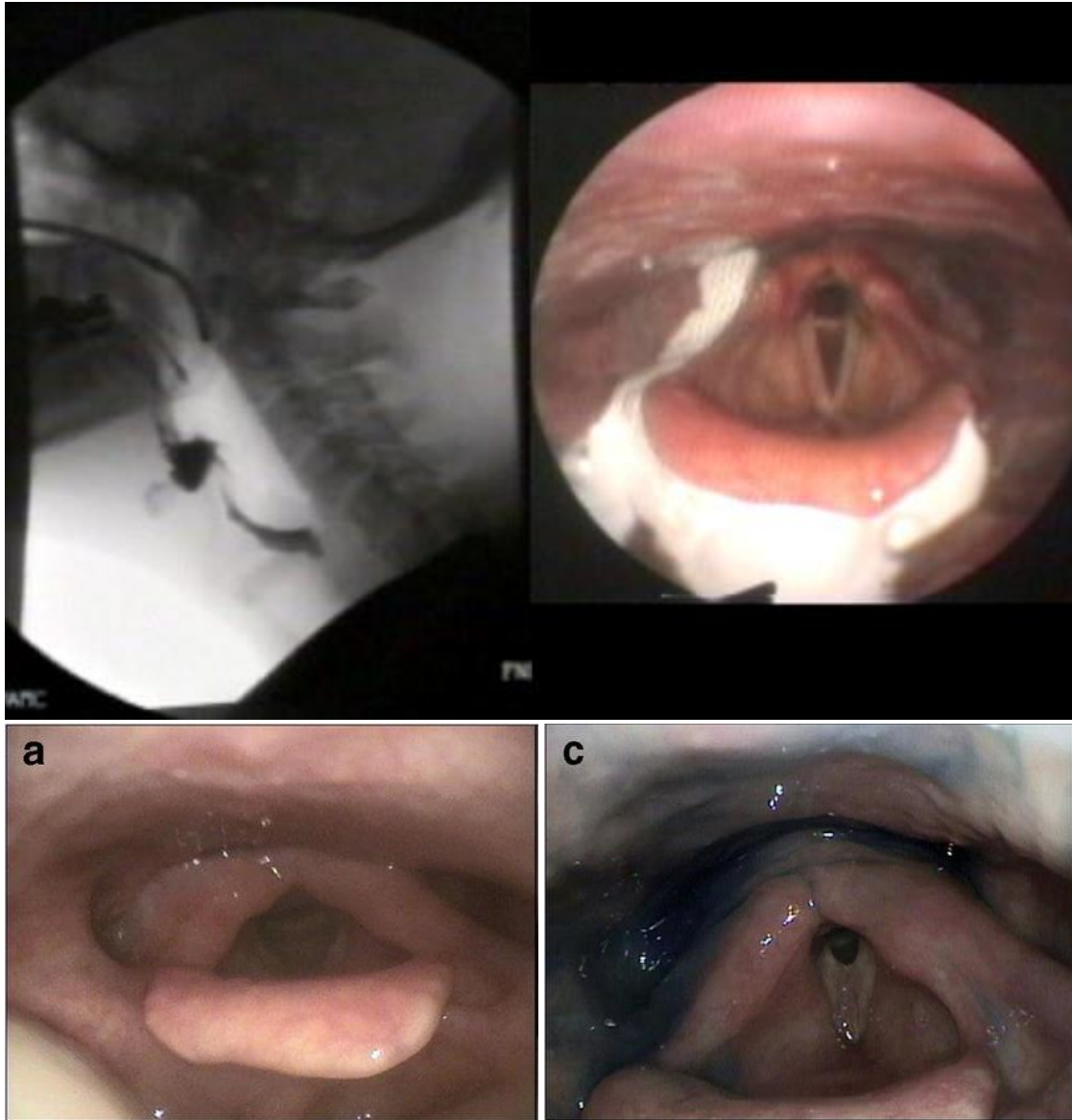
PRO

- Fornisce dettagli anatomici
 - Studio dinamico
- Esamina tutte le fasi della deglutizione
- Documenta le inalazioni

CONTRO

- Poco diffuso
- Apparecchiatura dedicata
 - Personale dedicato
 - Richiede tempo
 - Costi elevati

Valutazione endoscopica della deglutizione



PRO

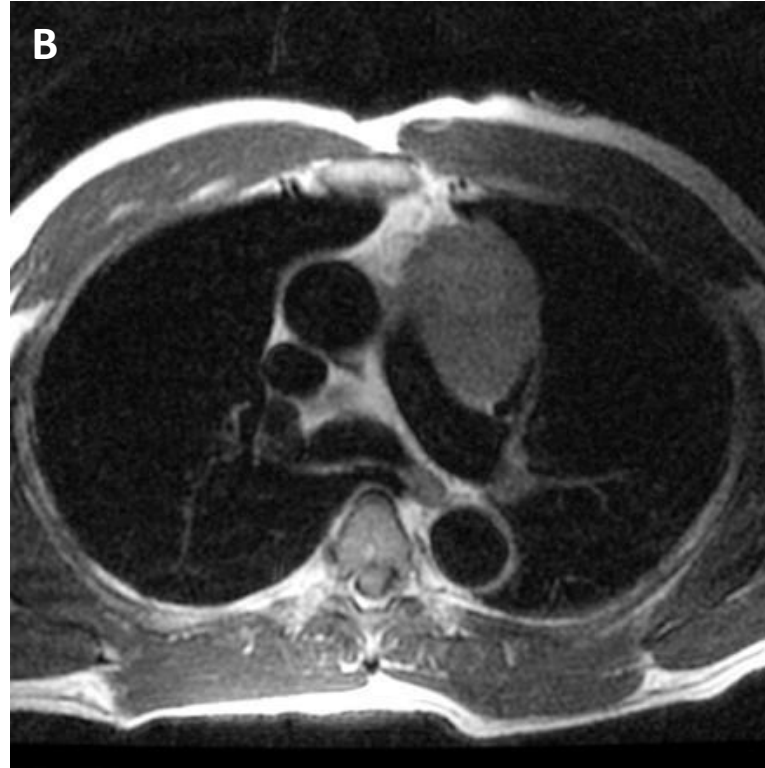
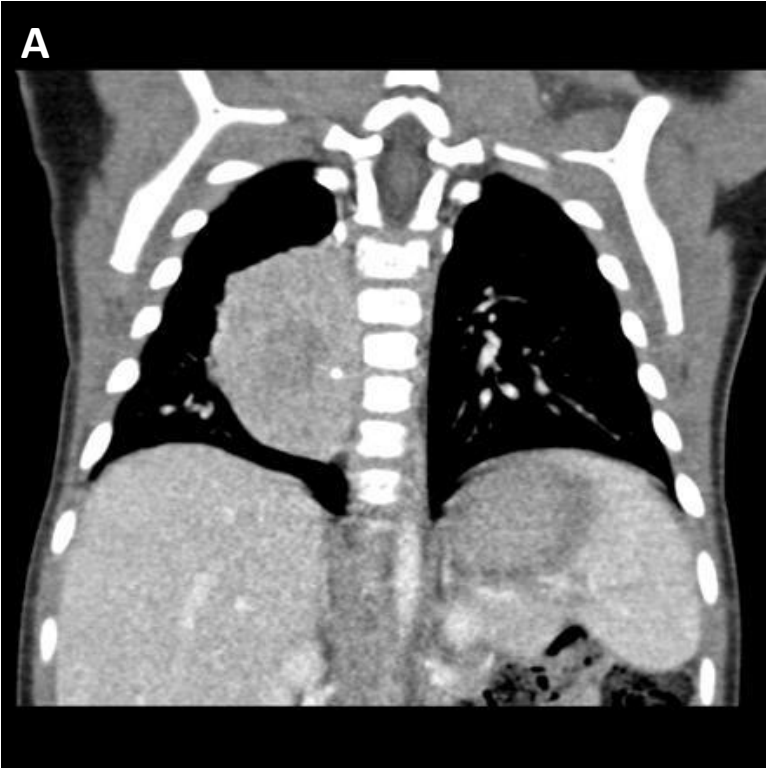
- Esame dinamico
- Documenta inalazioni
- Facile da eseguire
- Costi esigui

CONTRO

- Limitato alla fase faringea
- Richiede collaborazione del bambino

TC e RM +/- Angiografia

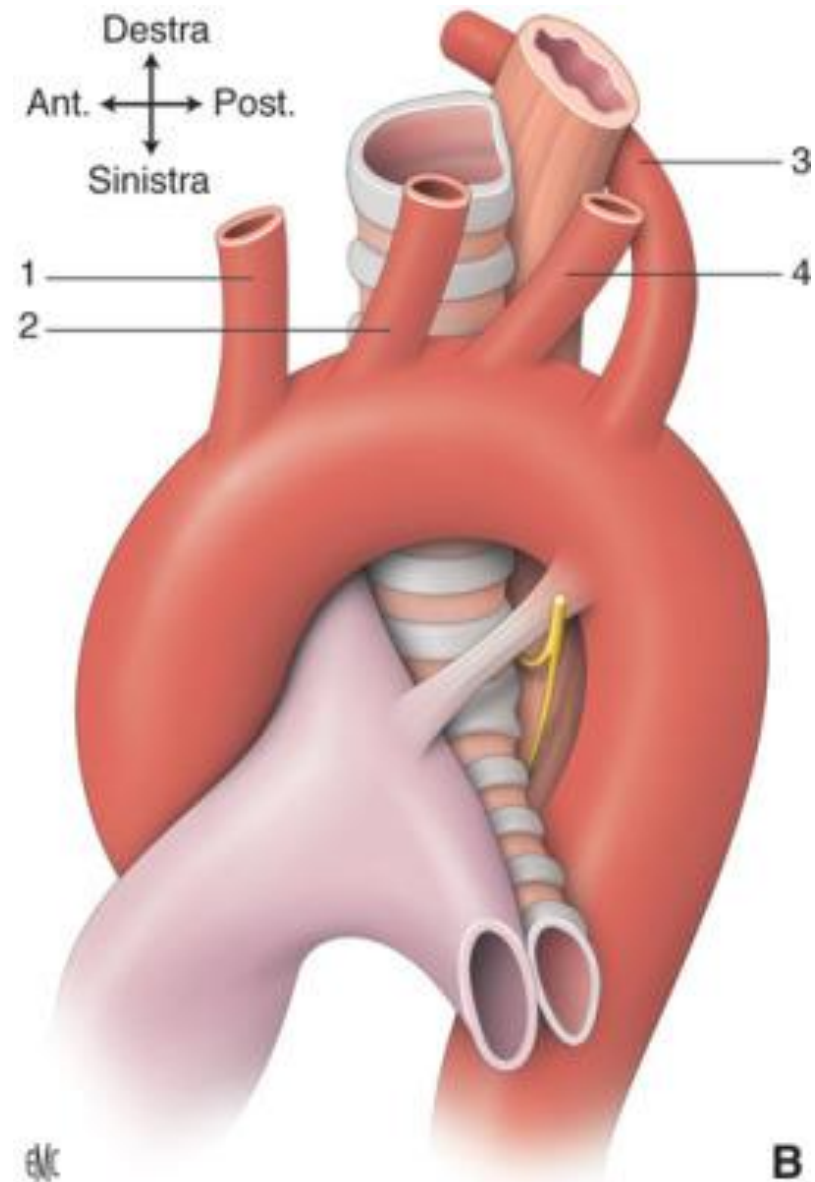
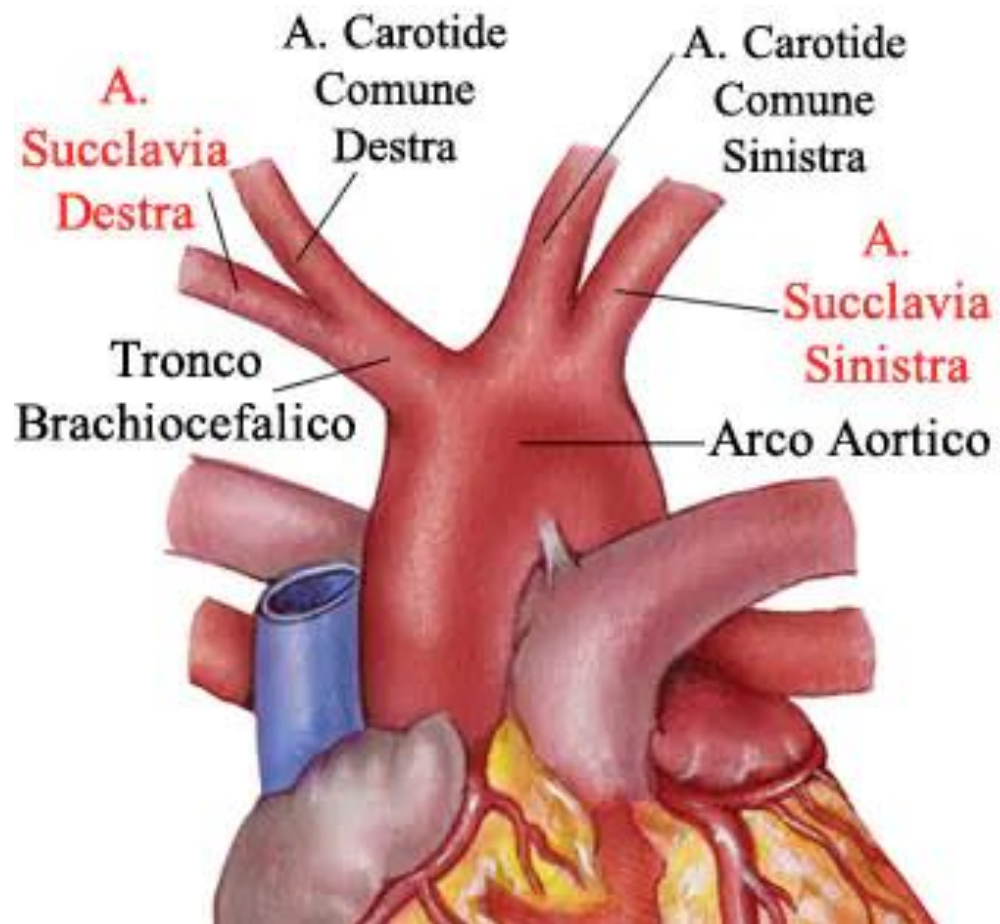
Massa medistinicca alla TC (A) ed RM (B)



L'esofago (E) è schiacciato tra l'arco aortico (*) anteriormente e la succlavia destra aberrante (freccia) posteriormente



Caso di succlavia destra lusoria o aberrante



Caso di impronta vascolare ab-estrinseco con impossibilità allo svezzamento

Capodiferro S

13/07/2009

11:38:25

Cr:N

Em:A1

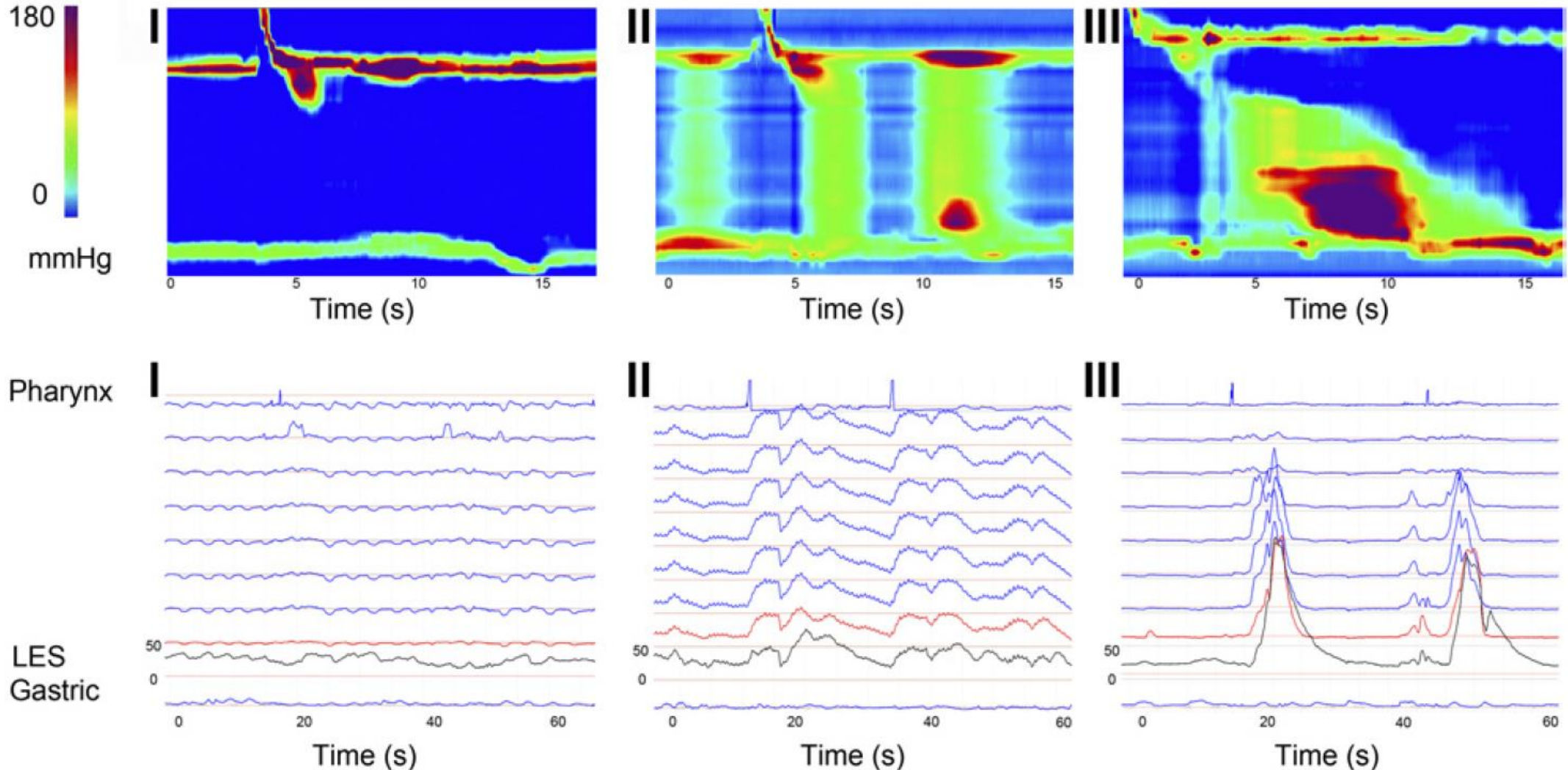


Dr Di Nardo

Outcomes of Treatment for Achalasia Depend on Manometric Subtype

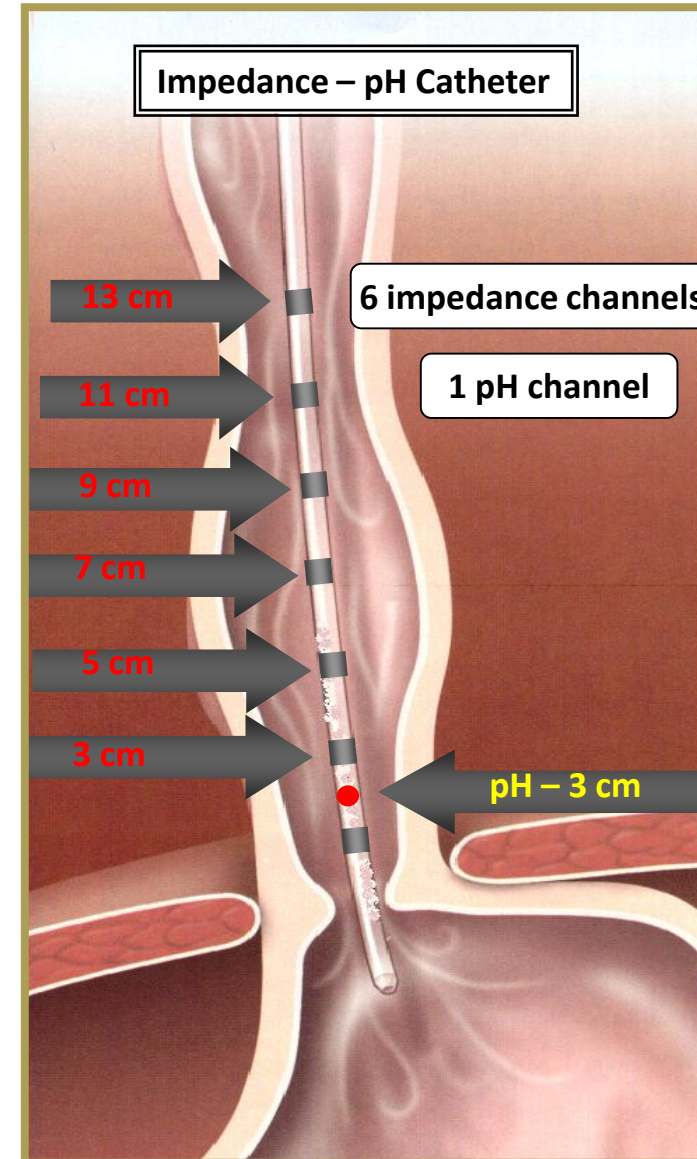
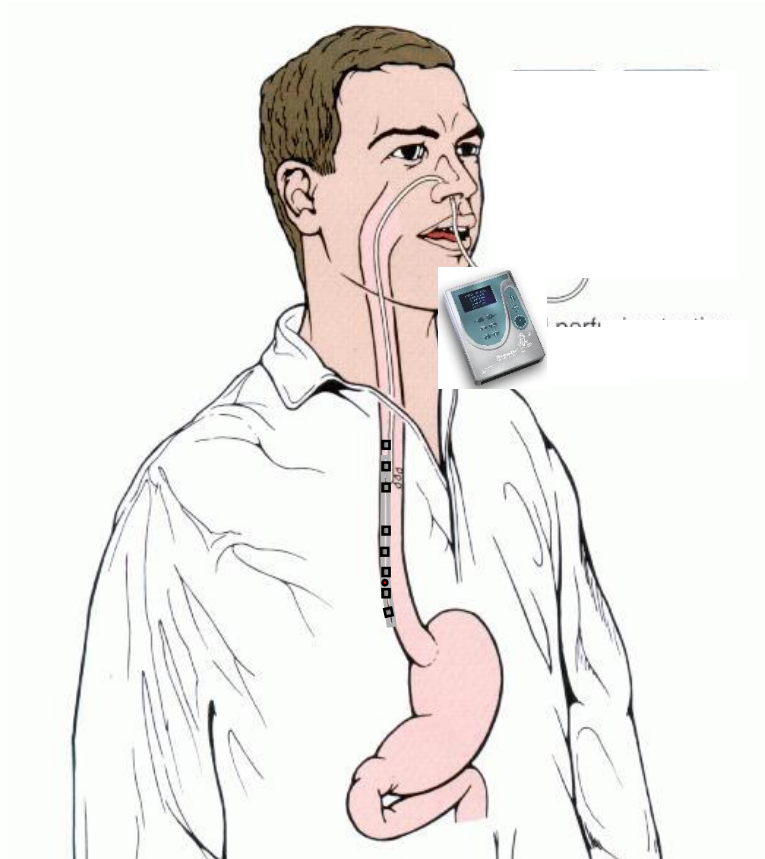
WOUT O. ROHOF,^{1,*} RENATO SALVADOR,^{2,*} VITO ANNESE,³ STANISLAS BRULEY DES VARANNES,⁴ STANISLAS CHAUSSADE,⁵ MARIO COSTANTINI,² J. IGNASI ELIZALDE,⁶ MARIANNE GAUDRIC,⁵ ANDRÉ J. SMOUT,¹ JAN TACK,⁷ OLIVIER R. BUSCH,⁸ GIOVANNI ZANINOTTO,² and GUY E. BOECKXSTAENS^{1,7}

GASTROENTEROLOGY 2013;144:718-725



pH-Impedenzometria esofagea: gold standard per MRGE

Misura reflussi
acidi e non acidi



Grazie dell'attenzione

