

8.

Disturbi precoci del comportamento alimentare

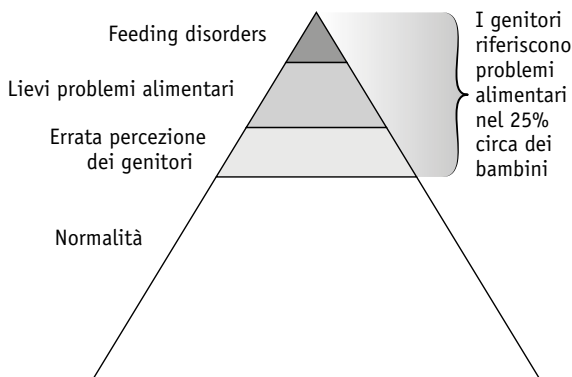
Carlo Catassi

Definizione e incidenza

I disturbi precoci del comportamento alimentare (DPCA), nell'accezione più ampia del termine di seguito impiegata, comprendono un insieme di situazioni nelle quali è presente una difficoltà, reale o anche semplicemente percepita dal genitore, nell'alimentazione di un bambino di età generalmente inferiore ai 2-3 anni. Il capitolo dei DPCA è molto più ampio rispetto a quello dei veri e propri "feeding disorders", patologie di pertinenza neuropsichiatrica incluse nella classificazione del manuale psichiatrico DSM-5 come "avoidant/restrictive food intake disorder" (ARFID), la cui trattazione esula dagli scopi di questo manuale pediatrico pratico. Emblematico dell'ARFID è l'abnorme comportamento alimentare che presentano alcuni bambini con handicap neurocomportamentale, particolarmente quelli affetti da disturbi dello spettro autistico.

Come raffigurato nella figura 8.1, la percentuale di bambini che attraversano periodi di difficoltà nella alimentazione, durante i primi anni, è elevata (pari a circa il 25%). Poiché il sintomo-chiave è l'inappetenza, talora associato a rallentamento della crescita e/o vomito, è frequente la consulenza del gastroenterologo pediatra. Allo specialista compete pertanto il corretto inquadramento di queste situazioni, evitando di minimizzare il problema o viceversa di interpretare sempre in chiave organicistica il disturbo, nonché

Figura 8.1 I DPCA sono frequenti e includono situazioni molto diverse, da quelle in cui il bambino non ha alcun problema ma è presente solo una percezione erronea da parte del caregiver, al bambino con difficoltà alimentari minori fino ai casi più severi, ma anche più rari, di ARFID vero e proprio



Da: Kerzner et al., 2015

l'individuazione dei casi nei quali è opportuna una gestione multi-specialistica che comprenda, oltre al gastroenterologo pediatrico, anche il neuropsichiatra infantile, il logopedista per lo studio della deglutizione, ecc.

Nei casi più semplici, il bambino non presenta problemi particolari, ma si riscontra solo una percezione scorretta da parte del genitore che ritiene che il figlio abbia un problema, circostanza a cui si deve comunque porre attenzione e che deve possibilmente essere corretta. In altri termini, come afferma Irene Chatoor, neuropsichiatra infantile del Children's National Medical Center di Washington (USA) a cui faremo ampio riferimento in questo capitolo, i DPCA esistono ogniqualvolta la mamma riferisce che esiste un problema con l'alimentazione del bambino. I DPCA devono essere concettualizzati come un disturbo relazionale tra la persona che alimenta il

piccolo, generalmente la mamma, e il bambino. Pertanto le modalità comportamentali del genitore devono essere considerate e incorporate nella gestione del problema.

Nell'approccio ai DPCA è importante considerare, e spiegare ai genitori, come durante il primo anno di vita il bambino passi attraverso numerose tappe "evolutive" dell'alimentazione, dal seno al biberon al cucchiaino e infine all'autogestione del pasto (figura 8.2). Tali passaggi richiedono nuove abilità (*skills*) e competenze neuromotorie. Come tutti i periodi di transizione, sono fasi soggette a possibili variazioni individuali e rappresentano momenti di vulnerabilità nei confronti dello sviluppo di un disturbo dell'alimentazione che, nella maggior parte dei casi, è lieve e transitorio.

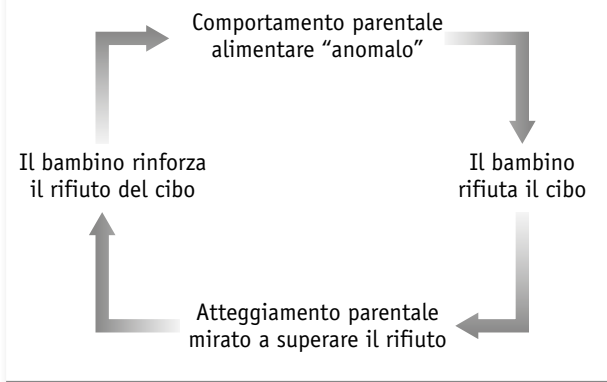
Figura 8.2 I principali cambiamenti delle modalità alimentari durante il primo anno di vita



Un altro concetto importante è quello della "neofobia", cioè della fisiologica tendenza del bambino al rifiuto degli alimenti nuovi o sconosciuti, tendenza tipica non solo della specie umana ma di tutti gli onnivori, che scompare in seguito ad esposizioni ripetute.

Come accennato, in molti di questi casi la modalità con cui il genitore si pone nei confronti dell'alimentazione del piccolo è sbagliata, per motivi diversi (atteggiamento ansioso, tecnica alimentare scorretta, ecc.). Tale situazione può accentuare l'atteggiamento oppositivo del bambino innescando un circolo vizioso che tende a peggiorare il quadro con il passare del tempo (figura 8.3).

Figura 8.3 Il circolo vizioso che porta alla progressiva accentuazione del DPCA



Inquadramento clinico

I sintomi più frequenti dei DPCA, in bambini di età generalmente compresa tra i 6 mesi e i 3 anni, sono rappresentati dal rifiuto/disinteresse per il cibo, lo scarso intake alimentare, il vomito o i conati, la chiusura della bocca alla vista del cibo (*gagging*), le difficoltà nella deglutizione, l'irritabilità. A tutto ciò consegue spesso un rallentamento della crescita ponderale.

I comportamenti suggestivi di DPCA, da ricercare attentamente con l'anamnesi, sono la durata eccessiva del pasto (>30 minuti ma a volte anche più di un'ora), la necessità di distrarre il bambino durante i pasti (ad es. con i cartoni animati sul telefonino), lo stress eccessivo per il caregiver e per il bambino, la somministrazione di latte durante la notte, l'eccessivo protrarsi dell'allattamento al seno (talora al di là dei 18 mesi), l'eccessiva selettività (il bambino riesce a mangiare solo pochi alimenti), l'incapacità ad assumere alimenti di consistenza progressivamente maggiore, la mancanza di indipendenza nell'alimentarsi e il rifiuto del cibo.

L'esordio del DPCA avviene talora in concomitanza di fattori-trigger quali un momento specifico di transizione alimentare (ad es. divezzamento), la presenza di comorbidità (RGE, turbe della deglutizione, malattia respiratoria, anomalie congenite) o una situazione post-traumatica quale l'impiego prolungato di sondino naso-gastrico, l'inalazione di corpo estraneo, ecc.

Nella tabella 8.1 sono elencati i segni/sintomi d'allarme che suggeriscono una valutazione più approfondita da parte del gastroenterologo pediatra ed eventualmente l'ospedalizzazione per approfondimento diagnostico.

La diagnosi differenziale dei DPCA comprende soprattutto le patologie primariamente a carico del tratto digestivo (RGE, allergia alimentare, celiachia) oltre alle infezioni ricorrenti, la malnutrizione primaria, le malattie metaboliche, neurologiche o cardiovascolari.

Tabella 8.1 Segni/sintomi d'allarme che suggeriscono una valutazione specialistica ed eventualmente l'ospedalizzazione

Red flags organici

Disfagia

Inalazione

Dolore associato al pasto

Vomito e/o diarrea

Ritardo di sviluppo

Sintomi cronici di tipo cardiorespiratorio

Rallentamento significativo di crescita

Red flags comportamentali

Fissazione alimentare (limitazione alimentare estrema e selettiva)

Alimentazione "nociva" (forzata e/o persecutoria)

Improvvisa cessazione dell'alimentazione a seguito di evento-trigger

Conati di vomito immediati

Chatoor identifica i seguenti tre fenotipi di DPCA, utili ai fini dell'inquadramento diagnostico:

1. Il bambino inappetente

Rientrano in questo gruppo innanzitutto bambini normali i cui genitori percepiscono erroneamente una situazione di scarso appetito. Spesso questi pazienti sono costituzionalmente e/o geneticamente piccoli per l'età o attraversano periodi fisiologici di riduzione della velocità di crescita ponderale, come accade ad es. verso il termine del primo anno di vita.

Vi sono poi i bambini veramente inappetenti, situazioni definite anche come "non-organic failure to thrive" o "anoressia infantile". Tipicamente questi piccoli sono bambini energetici e curiosi, che rifiutano di stare seduti durante il pasto, molto più interessati a giocare e parlare che a mangiare.

In altri casi, il bambino si presenta inattivo, scarsamente interessato al cibo ed all'ambiente che lo circonda e poco comunicante con il caregiver.

2. Il bambino con alimentazione selettiva

Anche in questo caso spesso il problema è solo quello di una percezione scorretta del genitore, che non tiene conto della neofobia tipica del bambino. Questa caratteristica si sviluppa tipicamente verso la fine del primo anno di vita, si accentua fino ai 18-24 mesi per poi mostrare la tendenza alla risoluzione spontanea. La maggior parte dei bambini accetta i cibi nuovi, specie le verdure, solo dopo ripetute esposizioni.

Vi sono poi bambini con alimentazione persistentemente selettiva, cosiddetti "picky eaters", capaci di assumere solo una gamma molto limitata di alimenti. In genere sono bambini che crescono e si sviluppano normalmente e che non mostrano particolari carenze nutrizionali alla valutazione obiettiva e laboratoristica. In questi casi il problema è soprattutto quello del conflitto genitore-figlio secondario alle difficoltà di gestione dell'alimentazione del bambino e del circolo vizioso che tende ad aggravarlo (figura 8.3). Studi longitudinali mostrano che questi bambini possono sviluppare successivamente turbe comportamentali quali ansia, depressione ed aggressività.

Forme particolarmente severe di alimentazione selettiva (ingestione di meno di 10 cibi diversi), vera e propria avversione sensoriale nei confronti del cibo, si osservano in circa il 90% dei bambini affetti da disturbi dello spettro autistico (DSA).

3. Il bambino con la paura di nutrirsi

La paura di alimentarsi in un bambino si può sviluppare a seguito di esperienze alimentari spiacevoli. Tra queste figurano episodi acuti come una crisi di soffocamento da turba della deglutizione (*choking*), patologie o procedure orali dolorose, alimentazione con sondino naso-gastrico. Nel lattante, è tipica la situazione in cui il bambino è affamato ma smette di alimentarsi e piange dopo poche poppate, mentre prende il latte tranquillamente durante il sonno.

DPCA: cosa deve fare il pediatra?

L'adeguata conoscenza dei DPCA e dell'elevata frequenza di questi disturbi, soprattutto in riferimento alle forme più lievi e transitorie, è il presupposto per un corretto inquadramento del problema e per evitare da una parte la banalizzazione del disturbo ("non c'è alcun problema poiché il bambino cresce normalmente") e dall'altra la sua eccessiva medicalizzazione con ricorso a indagini diagnostiche complesse (ad es. endoscopia), sproporzionate all'entità del disturbo.

A fini diagnostici, è fondamentale raccogliere una minuziosa anamnesi, soprattutto mirata a caratterizzare il momento e le modalità del pasto sia per quanto riguarda l'atteggiamento del bambino che del caregiver. L'esame obiettivo sarà utile soprattutto per la valutazione dello stato nutrizionale del bambino. In genere è appropriato suggerire un minimo approfondimento laboratoristico che comprenda semplici esami di screening quali l'emocromo, la PCR, le IgA totali e gli anticorpi anti-transglutaminasi IgA, le transaminasi e l'urinocoltura.

Una volta inquadrato il problema, il momento terapeutico fondamentale è rappresentato dal colloquio con i genitori e dalla spiega-

zione della situazione, con ampio riferimento alle fisiologiche criticità evolutive precedentemente illustrate, quali l'“affollamento” delle tappe alimentari in un breve periodo di tempo e la neofobia.

Nella maggior parte dei casi alcuni suggerimenti saranno utili ai fini della risoluzione del DPCA:

- a. evitare le distrazioni del bambino durante il pasto, quali telefonino, TV o videogiochi;
- b. mantenere un'attitudine positiva ma neutrale durante il pasto del bambino, incoraggiando l'alimentazione ma evitando le forzature;
- c. limitare la durata del pasto a non più di 20-30 minuti;
- d. limitare il numero di pasti a 4-6 nelle 24 ore al fine di favorire l'avvio di un corretto ritmo fame-sazietà, permettendo solo la somministrazione di acqua tra i pasti;
- e. scegliere gli alimenti in funzione dell'età del bambino;
- f. introdurre sistematicamente cibi nuovi, fino a 8-15 tentativi;
- g. incoraggiare l'auto-alimentazione da parte del bambino;
- h. tollerare un certo livello di “confusione” (*mess*) in occasione del pasto.

Nei casi più complessi, soprattutto in presenza di comorbidità importanti quali l'autismo o la prolungata alimentazione artificiale con sondino, è opportuno un approccio multidisciplinare che coinvolga diversi specialisti quali il pediatra gastroenterologo, il neuropsichiatra infantile, lo psicologo esperto in terapia familiare e il logopedista (per i disturbi della deglutizione).

Molti casi di DPCA lieve, se appropriatamente inquadrati e affrontati, tendono alla risoluzione spontanea dopo il terzo anno di vita.

Bibliografia essenziale

Borowitz KC, Borowitz SM. Feeding problems in infants and children. *Pediatr Clin North Am* 2018; 65:59-72.

Kerzner B, Milano K, MacLean WC, et al. Practical approach to classifying and managing feeding difficulties. *Pediatrics* 2015; 135:344-53.

Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to feeding difficulties in children. *Curr Gastroenterol Rep* 2019; 21:51.

Romano C, Hartman C, Privitera C, et al. Current topics in the diagnosis and management of the pediatric non organic feeding disorders (NOFEDs). *Clin Nutr* 2015; 34:195-200.

Zimmerman J, Fischer M. Avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID). *Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care* 2017; 47:95-103.