

Il pianto “eccessivo” nei primi quattro mesi di vita

R. DAVANZO¹ (Pediatria-Neonatologo), S. CASTELLI¹ (Psicologa), F. CAVALIERI¹ (Psicologa), A. FANTIN² (Assistente sanitaria), C. FERTZ¹ (Pediatria-Neonatologo), M. FILAFERRO¹ (Vigilatrice d'infanzia), C. GERMANI¹ (Pediatria), V. IVE¹ (Psicologa), S. MARTELOSSI¹ (Pediatria), C. PAVAN¹ (Caposala), V. SOLA² (Pediatria), P. SPACCARELLI² (Pediatria), M. TOMMASI² (Assistente sanitaria), M.T. TUCCI¹ (Vigilatrice d'infanzia), E. ZAMBON² (Assistente sanitaria)

¹IRCCS Burlo Garofolo, Trieste

²Azienda Socio-Sanitaria Triestina

Queste linee guida, elaborate da un gruppo interdisciplinare, sono orientate a demedicalizzare il problema, ad approfondire e a qualificare l'ascolto, a fornire elementi di letteratura su alcuni interventi (dalla camomilla agli antispastici, ai cambi di dieta), a dare consigli pratici, minuti, per la migliore gestione quotidiana dell'allattamento. Vi si troverà inoltre un'accurata revisione della letteratura sulle coliche.

Queste linee guida riguardano essenzialmente il pianto eccessivo, insistente o ricorrente, mal consolabile, non il singolo episodio di pianto ad esordio acuto, evocatore di una potenziale patologia minacciosa, un'occlusione, una torsione, una meningite. Con queste premesse, diremo che un corretto approccio al sintomo “pianto” comporta innanzitutto l'accettazione del problema e del suo vissuto, la capacità di mettersi al posto dell'altro con atteggiamento empatico, ricorrendo alle competenze di una corretta comunicazione.

La maggior parte delle madri hanno bisogno di essere ascoltate, hanno fame di approvazione. Le tecniche moderne del counselling non prevedono di dare in prima istanza delle ricette preconfezionate in termini di prescrizioni e di regole di fronte ai vari problemi posti dalla madre ma, piuttosto, di aiutare la madre a trovare da sola (o quasi) la soluzione al proprio problema; per questo, il momento essenziale è l'ascolto della madre, per cogliere prima di tutto le possibili situazioni di disagio materno e familiare.

Dato che il pianto del bambino è anche fonte di disturbo per il genitore, se questo è superiore alla capacità di tolleranza da parte della famiglia, il bambino diviene non solo soggetto, ma anche oggetto di stress. Nel caso in cui i genitori sottopongano all'attenzione medica il loro bambino, bisogna chiedersi se il loro

PERSISTENT CRY IN THE FIRST MONTHS OF LIFE (*Medico e Bambino* 20, 109-116, 2001)

Key words

Cry, Infantile colics, Counselling

Summary

Persistent cry in the young infant is a very frequent problem and represents an area where opinions and practice among health professionals vary significantly. An interdisciplinary group of health professionals made an attempt to provide practice guidelines based on consensus and on available evidence. The guidelines include collection of clinical history, physical examination, diagnostic approach, advice and counselling. The various theories on etiology of infantile colics are discussed and their practical implication discussed. Particular attention was paid to maintain and support breastfeeding.

problema è la preoccupazione che dietro al pianto del bambino si nasconda un problema serio o piuttosto una difficoltà psico-relazionale.

Il pianto del bambino allattato al seno è uno dei motivi principali della introduzione di latte artificiale, pur non essendo necessariamente un segno di fame o di scarsa produzione di latte (anche se potrebbe essere, almeno secondo Illingworth³, che il bambino al seno pianga di più del bambino al poppatoio).

ANAMNESI

L'anamnesi è, nel caso specifico, finalizzata a raccogliere informazioni riguardanti la qualità del pianto, l'alvo, la diu-

resi, la presenza di sintomi associati, le modalità di alimentazione, la situazione familiare e, ultimo ma non meno importante, lo stato fisico e psicologico in cui si trova la mamma.

Sintomatologia del bambino

Pianto. Va richiesto un chiarimento sul tipo di pianto (vigoroso, lamentoso, acuto, in crescendo o da subito intenso), l'associazione con certi comportamenti del bambino (movimenti in flessione delle gambe e delle braccia) o con altri sintomi (cambiamenti di colorito, flatulenze ecc.) o situazioni (la poppata) o il rapporto temporale con certi eventi (precedente trauma fisico a cui magari non si era attribuita particolare importanza, vaccinazione, dentizione), il rap-

porto con precisi momenti o fasce orarie della giornata, l'eventuale periodicità del pianto, il momento d'inizio (lontano, da giorni o settimane oppure recente) e infine la durata del pianto.

È molto importante, inoltre, distinguere tra pianto inconsolabile (possibile espressione di patologia, anche severa) e pianto consolabile, probabilmente espressione di dolori meno importanti o persistenti, o anche di semplice disagio.

Altri sintomi. Non ci si dimentichi di indagare sulla presenza di vomito o (ben distinto) di rigurgito e sulla sua associazione al pianto, della febbre, dei tremori o di altri fenomeni che potrebbero essere stati trascurati dai genitori focalizzati sul sintomo "pianto".

Alvo e diuresi. È importante conoscere il numero delle scariche degli ultimi giorni, le modalità di emissione (uso di stimolazioni meccaniche o osmotiche?), la loro consistenza (scariche acquose da vera e propria diarrea?), il loro aspetto (colore rosso o nero a suggerire la presenza di sangue), la presenza di muco (perché sangue e muco richiamano una colite o un'invaginazione intestinale).

Sembra piangere quando urina (infezione urinaria)? Com'è la diuresi? Meno di 6 pannolini bagnati nelle 24 ore e/o di colore scuro per urine concentrate a indicare una situazione di risparmio idrico per bassa introduzione di liquidi?

Alimentazione del bambino. Nel caso di allattamento artificiale è bene verificare la quantità di latte artificiale somministrata e le modalità di preparazione del latte. Si chieda se il bambino allattato con latte materno assuma anche latte artificiale. In caso di allattamento misto è utile conoscere i criteri con cui la madre decide di dare o meno l'aggiunta della formula.

Nel caso di allattamento al seno è opportuno rilevare se il bambino assume anche latte spremuto con il biberon o con altro mezzo (bicchierino per esempio), se sono in uso aggiunte di camomilla, tè, tisane, acqua zuccherata, succhi o spremute di frutta, oltre infine ai cibi solidi e semisolidi.

Va chiarito inoltre come la madre decide il momento di inizio della poppata al seno (se perché riconosce segni di fame o se invece l'alimentazione è condotta a orari fissi); se mangia da entrambe le mammelle o da una sola, e se viene staccato da un seno per essere passato all'altro (non potendo così probabilm-

te assumere la parte più grassa del latte terminale); quanto tempo dura la poppata e quante poppate il bambino fa nell'arco delle 24 ore; se, quando comincia a succhiare, si stacca soddisfatto o meno; se la poppata viene interrotta dal pianto; se viene fatto uso dalla madre di topici per il seno o del paracapezzolo e per quali motivi.

Informazioni sulla mamma: condizioni fisiche ed eventuale disagio emozionale

Ci sono altri bambini piccoli in famiglia, con le loro esigenze e le loro gelosie, che possono essere motivo di disagio e indecisione nella madre?

La raccolta di informazioni sull'eventuale esistenza di problemi psicologici materni è fondamentale, a meno di trovarci in un contesto ostacolante (sede, tempi o situazione di emergenza).

Esiste la possibilità che nella mamma ci sia un disagio riconducibile, vuoi come causa che come effetto, al pianto del bambino e più in generale alla relazione fra madre e figlio.

In alcune situazioni il malessere materno può essere anche particolarmente importante: sarà bene individuarle esplorando una serie di aree emotive e comportamentali. A questo proposito diamo alcuni suggerimenti.

□ **Gli intervalli fra le poppate** del bambino sono tali da non risultare (soggettivamente o contestualmente) accettabili, sostenibili da parte della madre?

□ **Com'è la qualità del sonno?** Ristoratore? Se il bambino disturba il sonno della madre, lei riesce in qualche modo a recuperare o no? Il risveglio della donna al mattino si accompagna a un senso di angoscia? La risposta a queste domande ci permette di orientarci verso l'esistenza di una depressione materna. Alcune donne "superorganizzate" possono approfittare del sonno del bambino per fare i lavori domestici, arrivando a rinunciare al proprio riposo e potendo accumulare molta stanchezza.

□ **Capacità di staccarsi dal bambino.** Superati i primi mesi di vita del bambino, la mamma lo lascia talvolta a qualcun altro per uscire di casa? Alcune mamme si sentono bene ad accudire e nutrire il proprio figlio, ma risultano "ingoiate" dal bambino; non riescono a delegarne la cura o a separarsene. Si sentono indispensabili al bambino, a testimoniare un possibile stato di insicurezza e ansia.

□ **Chiara esplicitazione di sintomi di depressione.** Alcune donne palesemente escono in espressioni del tipo «mi metto a piangere, ...mi sento male, ...ho paura

di stare sola con il bambino» ecc.

□ **Lutto.** La depressione può essere causata da uno stato di lutto (morte di parenti stretti, pregressa morte endouterina o infantile) o da uno stato di malattia grave personale o familiare (tumore, ecc.).

□ **Può essersi incrinata l'immagine di bambino perfetto,** per vari motivi: la segnalazione ecografica in gravidanza di veri o presunti problemi col feto; la presenza di asimmetrie cranio-facciali o del piede che facciano prevedere un intervento fisioterapico; ittero neonatale (visuto di essere madre di un bambino fragile); ricovero per problemi vari (basso peso, prematurità anche lieve, infezione neonatale ecc.).

□ **Lavoro domestico.** Viene condiviso dai genitori? La non condivisione è motivo di conflitto? In caso di difficoltà, c'è qualcuno che fornisce un aiuto pratico e morale (il papà del bambino o qualcun altro come la madre o la suocera)? Sono dispensati troppi consigli e poco aiuto pratico?

□ **Lavoro extradomestico.** La madre riprenderà il suo impiego? Questa ripresa è causa di ansia? Come si organizzerà con la cura del bambino (inserimento al Nido o sostituti materni)?

□ **Rapporti di coppia.** Alcune madri dopo il parto sono così prolungatamente immerse nella cura del loro bambino, che il bambino diventa non solo una preoccupazione primaria, ma in certo qual senso esclusiva. In questo caso può esserci un impedimento al rapporto di coppia (sessuale o ad altro livello). Può essere utile conoscere se la relazione di coppia risulti soddisfacente. Il papà del bambino ha un ruolo di sostegno? Vi è stata ripresa dei rapporti sessuali, possibile indice di equilibrio della coppia?

□ Vi è in alcune donne il desiderio di riprendere "esattamente" i ritmi di vita preesistenti alla gravidanza. È un'aspirazione impossibile e volerlo a tutti i costi rappresenta di fatto un atteggiamento di negazione della gravidanza stessa.

Fra tutte le possibili condizioni di disagio sopra riportate, tre in particolare modo possono richiedere un sostegno da parte dello psicologo:

1. madre con lutto e insonnia;
2. madre che si sente indispensabile al bambino e non riesce a lasciarlo mai;
3. madre con ritmo delle poppate al seno non accettato.

Esistono comunque precisi strumenti clinici validati per identificare la depressione materna, come per esempio la scala di depressione postnatale, svilup-

pata da Cox e colleghi del Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Edimburgo (*Br J Psychiatry* 1987;150:782); si tratta di un questionario con 10 domande, che esplorano i sentimenti vissuti dalla madre nei 7 giorni precedenti.

Fra le condizioni fisiche materne, bisogna considerare la presenza di un brillante riflesso di emissione di latte (zampillo di latte prima di attaccare il bambino o dal seno controlaterale), segno di un flusso abbondante, da valorizzare nel caso di pianto e rifiuto del seno che insorgono dopo l'inizio della poppata.

Nel caso di dolore ai capezzoli è importante capire se il dolore si manifesta solamente durante le poppate (capezzoli ipersensibili, infiammati, con ragadi semplici), o anche fra le poppate. In questo caso il dolore è indizio di infezione da *Candida*, resa maggiormente probabile dalla presenza di fattori favorevoli la micosi (storia di vaginite materna da *Candida*, trattamento antibiotico prolungato).

Per non ingenerare sensi di colpa nella madre di un bambino che piange,

in prima battuta non si dovrebbero porre domande inquisitorie sull'introduzione con la dieta materna di certi alimenti a cui ricondurre l'indisposizione del lattante. Infatti, il più delle volte, il rapporto fra dieta e pianto è clinicamente irrilevante e non causale. Questo approccio rispettoso non va però confuso con la scelta clinica di proporre la sospensione del latte vaccino e derivati nel sospetto di coliche da intolleranza alle proteine del latte vaccino.

L'eventuale assunzione di tè e tisane a base di erbe va chiarita per il possibile effetto farmacologico sedativo o anche eccitante.

Infine, il ritorno nella donna delle mestruazioni dopo il parto può coincidere con l'insorgenza di problemi (per lo più transitori) con l'allattamento al seno: variazione di accettazione da parte del bambino, cambiamento dei ritmi delle poppate, pianto.

Situazione familiare

Sapere dove (in che stanza) e con chi dorme il bambino ci permetterà di capire di più sulle attitudini educative della

famiglia; sapere se vi sono stati significativi cambiamenti familiari recenti (lutti, separazioni, arrivo in casa di un parente stretto, problemi economici,...) ci aiuterà a cogliere meglio il clima e le relazioni intrafamiliari. Il pianto del bambino infatti può essere riconducibile alle eccessive visite di amici e parenti e ad eccessiva manipolazione del neonato.

ESAME OBIETTIVO DEL BAMBINO

L'informazione sul peso attuale ci permette di fare un ovvio confronto con uno o più corrispondenti valori rilevati in precedenza e di valutare quindi la curva ponderale.

Al di là delle condizioni generali, della motilità spontanea, della postura, del colorito, dello stato nutrizionale e via dicendo, va esaminata la cute, ricercando in particolare lesioni di tipo eczematoso che possano associarsi a intolleranza alimentare. Ma si ricercheranno anche i segni di un possibile trauma (ecchimosi ed ematomi, dolorabilità alla palpazione o ai movimenti passivi), considerando

anche l'ipotesi del maltrattamento.

A livello del capo esamineremo la cavità orale per la presenza di mughetto, quella nasale per il riscontro di rinite con secrezioni ostruenti, le orecchie (la manovra di pressione sul trago e l'otoscopia alla ricerca di un'otite), le congiuntive per la possibile presenza (come ci suggerisce l'edizione 1996 del *Textbook of Pediatrics* del Nelson) di un celloso disturbante.

L'addome andrà ovviamente osservato e palpato per escludere la presenza di peritonismo, come pure le porte erniarie inguinali (anche nella femmina!).

Anche una ragade anale, seppur raramente, può rappresentare una causa misconosciuta di pianto.

ESAME OBIETTIVO DELLA MADRE

Una o entrambe le mammelle potranno essere dure, con mancata fuoriuscita del latte per ingorgo, dotto bloccato (cioè un ingorgo localizzato) o mastite. In tutti questi casi il latte ristagnato andrà drenato. Se il personale che riscontra la situazione di stasi mammaria non è in grado di provvedere al drenaggio (spremitura da parte del bambino o manuale o con tiralatte o meccanica), la donna, senza ritardi, va inviata alla struttura (ospedaliera o territoriale) idonea e accessibile.

L'esame del capezzolo può confermare il rapporto esistente fra pianto del bambino e una variante morfologica (capezzolo rientrante e capezzolo lungo) o una vera e propria lesione: arrossamenti aspecifici, ragadi, microvescicole e cute color salmone da candidiasi del capezzolo ecc.

Osservazione della poppata

Porsi questo obiettivo significa saper aspettare che arrivi il momento buono per la poppata. Questa attesa tuttavia risulterà utile, perché ci darà tante informazioni non solo sulle modalità di alimentazione del bambino, ma anche sul rapporto fra quel bambino e sua madre.

□ *Poppata al seno.* Si valuteranno:

- la posizione della mamma (rilassata o viceversa con posture che favoriscono le contratture muscolari);
- l'allineamento delle varie parti del corpo del bambino (testa, spalle e anche lungo la stessa linea retta o con piegamenti e torsione della testa rispetto al tronco);
- la posizione del bambino rispetto alla

madre (posto in intimo contatto col corpo della madre o distaccato);

- l'attacco del bambino al seno (se corretto, prevede una bocca bene aperta, un labbro inferiore estroflesso, con suzione lenta e profonda, senza rientramenti delle guance, cui segue la deglutizione);
- la poppata a una sola o a entrambe le mammelle;
- le modalità di conclusione della poppata (distacco spontaneo del bambino o deciso dalla madre);
- la durata complessiva della poppata (solitamente inferiore ai 30 minuti).

□ *Poppata al biberon.* Anche in questo caso andranno valutate posizione materna e del bambino e inoltre le modalità di somministrazione del biberon.

In entrambi i casi (allattamento al seno o artificiale) andrà verificata la relazione madre-bambino, come indicato dalle modalità di contenimento del bambino, dalla capacità di consolarlo, dallo sguardo fra madre e figlio. Se tuttavia il contesto non lo consente, tale valutazione andrà rinviata nel corso di un successiva e auspicabile visita.

Valutazione della quantità di latte introdotto

La produzione di latte materno può essere abbondante anche in situazioni in cui il bambino non abbia la possibilità di beneficiarne (ad esempio ingorgo mammario, inibizione del riflesso di eiezione del latte da stress). Interessa quindi stimare non tanto la quantità di latte prodotta, quanto piuttosto quella effettivamente introdotta da parte del bambino. Se per quello artificiale la misura ci

viene dal biberon, per il latte materno l'adeguatezza della quantità si può dedurre dai seguenti fattori:

- molti possibili segni di possibile ipogalattia denunciati dalle madri (percezione di minor gonfiore delle mammelle, richiesta di maggiori poppate da parte del bambino ecc.);
- entità della crescita (incremento settimanale inferiore a 125 g, oppure incremento inferiore a 500 g mensili);
- contrazione della diuresi, espressa con buona approssimazione dal numero delle minzioni (< 6 pannolini bagnati/die; urina concentrata e quindi di colore giallo).

In realtà solo i due ultimi criteri possono essere considerati "forti".

INQUADRAMENTO GENERALE DELLA SITUAZIONE CLINICA

Dalla valutazione del "problema pianto" giungeremo a classificare la situazione in tre distinte categorie (di cui comunque le prime due non si escludono a vicenda) (*Figura 1*). Questa classificazione può essere utile perché distingue fra diversi livelli operativi.

1. Presenza di patologia

L'inclusione in questa categoria prevede un trattamento specifico per ciascuna singola condizione, dalle più banali, come il mughetto (trattamento antimicotico a madre e bambino) e la rinite (trattamento topico per alleviare l'ostruzione nasale), a quelle più severe come un reflusso gastroesofageo. E in riferimento alla madre, la candidiasi del capezzolo andrà riconosciuta e trattata adeguatamente con antimicotici.

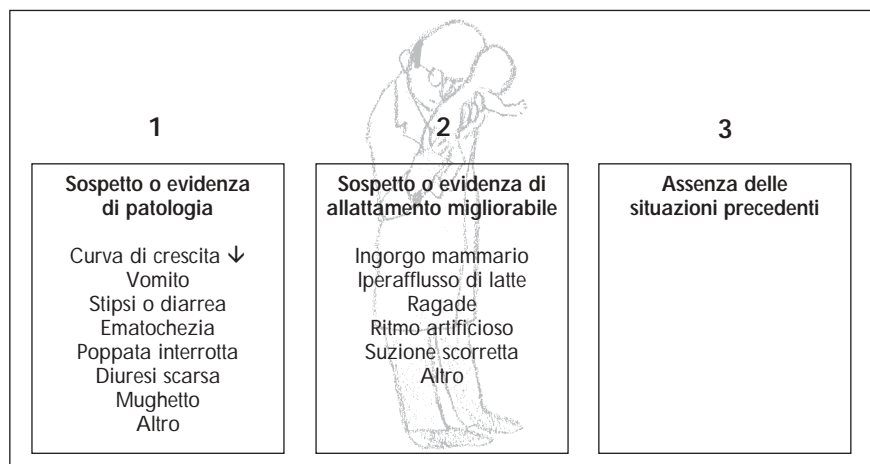


Figura 1. Inquadramento generale della situazione clinica.

2. Gestione dell'allattamento migliorabile

In alcune situazioni c'è spazio (in presenza o meno di malattia) per dare suggerimenti o per interventi pratici relativi all'alimentazione, che permettano di ridurre il pianto. Seguirà una verifica del loro impatto a breve distanza.

Esempi di situazioni comuni con le relative soluzioni sono:

- drenaggio di un ingorgo materno per far cessare il pianto da fame e frustrazione del bambino;
- consigli efficaci per far guarire una ragade del capezzolo (nel dettaglio: correzione di un attacco adeguato, esposizione all'aria del capezzolo, non applicazione di pomate) per ridurre il dolore della mamma e il pianto da insoddisfazione del bambino;
- riacquisizione di ritmi spontanei di allattamento in bambini a cui era stato invece imposto (magari perché «poppava troppo spesso») un ritmo artificioso con suo evidente disagio e pianto;
- drenaggio parziale del latte da una mammella prima della poppata, se sospettato un iperflusso di latte materno.

3. Assenza delle situazioni precedenti

È forse la categoria più numerosa. Si richiedono una serie di interventi finalizzati a ridurre il pianto, a prescindere dall'eziologia.

- Spiegazioni e rassicurazione (non banalizzazione). Anche in base al contesto e alla cultura della famiglia si può decidere di presentare il pianto come fenomeno positivo (pianto come "richiesta").
- Sostegno inteso anche come aggancio della famiglia alla struttura sanitaria o in-vio a persona/struttura accessibile, adeguata, disponibile.
- Indicazione di tecniche e di strategie per gestire il problema del pianto in termini di prevenzione e di trattamento. Una possibilità è un "supplemento di cure" (*supplemental carrying*), anche se da studi diversi si ottengono risultati contraddittori positivi¹⁶ e negativi^{18,19}. Il sostegno del bambino può essere effettuato in posizioni speciali (con bambino a pancia in giù, accovacciato in grembo ecc.) o mentre si sta su una sedia a dondolo. Anche il massaggio del bambino può rivelarsi vantaggioso. Utile è una maggiore partecipazione familiare

con coinvolgimento del partner, la socializzazione della famiglia con condivisione di esperienze e ricerca di aiuto. Alcune mamme, semplicemente, rispondono al pianto in maniera stereotipata anche quando (dopo alcuni mesi) dovrebbero aver avuto la possibilità di conoscere i vari significati del pianto del bambino.

- Va spiegato ai genitori che esistono bambini normali ma con bisogni superiori alla media.

UNA SITUAZIONE PARTICOLARE: LE COLICHE

Nelle coliche dei primi mesi la sintomatologia è per lo più tipica: parossismi di pianto mal consolabile, prevalentemente pomeridiani o serali³², con ritmicità circadiana, che possono migliorare dopo l'emissione di feci e gas (coliche gassose), di durata, secondo Wessel², di almeno 3 ore, per 3 giorni alla settimana per 3 settimane di seguito, con esordio alla terza-quarta settimana, e massima incidenza nel 2°-3° mese².

Secondo un'indagine svedese (1994)

l'incidenza complessiva delle coliche varia a seconda della definizione dal 3,3 al 17,1% (9,3% se ci si attiene ai criteri stretti di Wessel)²².

Illingworth sottolinea come «l'enigma delle coliche infantili risiede nella fisiologia»³, ma dobbiamo riconoscere come non esista una conoscenza certa dell'eziopatogenesi, al punto che si continua a disquisire su tre differenti teorie eziopatogenetiche (che non si escludono a vicenda): 1) una teoria psicologica; 2) una gastroenterica; 3) una allergica.

Teoria neuro-evolutiva e psico-relazionale. Secondo Brazelton il pianto della colica esprime solo una modalità evolutiva di risposta allo stimolo (teoria neuro-evolutiva). Secondo la teoria psico-relazionale, la più accettata negli Stati Uniti, specie negli anni Settanta, la colica è il frutto di un disturbo relazionale fra madre e bambino, che si traduce in un aumento eccessivo della tensione corporea del bambino. Quest'ultima a sua volta troverebbe la sua base da un lato nel "temperamento difficile" del lattante e dall'altro da un'adeguatezza materna. Secondo alcuni studi (peraltro ampiamente criticati) le madri di bambini affetti da coliche sono più stanche, stressate e con sentimenti di inadeguatezza e di colpa¹⁷. I tentativi di prevenire l'insorgere di questi disagi relazionali, educando i genitori a comportamenti adeguati per prevenire l'insorgere delle coliche¹⁸ o insegnando loro tecniche di intervento per gestire l'evento colica una volta comparsa¹⁹, non risultano efficaci. I bambini affetti da coliche nel primo anno di vita, a detta dei genitori, a quattro anni sono caratterizzati da un temperamento più emotivo³¹, e la prognosi a distanza non può escludere nemmeno l'associazione con disturbi del sonno, nervosismo e aggressività¹⁵.

Teoria gastroenterica ("coliche gassose"). Nei bambini con coliche sono state documentate diverse alterazioni funzionali fra cui: a) una ridotta contrattilità della colecisti (non è chiaro se per alterata produzione di colecistochinina o piuttosto per alterata risposta all'ormone)⁴; b) livelli congenitamente elevati di motilina e preesistenti alla sintomatologia colica⁵; c) l'aumento (peraltro incoerentemente segnalato dai vari autori)^{6,7,34} dell'eliminazione con il respiro di idrogeno a testimoniare un'adeguata utilizzazione del lattosio, peraltro non corretta dall'aggiunta nella dieta del lattante dell'enzima lattasi²⁶.

Teoria allergica. Fin dagli anni Cinquanta l'Accademia Americana di Pediatria aveva riconosciuto l'allergia come possibile causa di coliche dell'infanzia. Negli anni Ottanta gli studi di Jakobsson⁸ e di Lothe⁹ hanno rispettivamente documentato come l'intolleranza alle sieroproteine del latte vaccino possa determinare coliche sia nei bambini allattati al seno che in quelli allattati artificialmente. Secondo Lindberg, il 25% dei bambini con coliche severe o moderate rispondono favorevolmente a una dieta di esclusione delle proteine del latte vaccino (dieta materna negli allattati al seno o passaggio all'idrolisato di caseina nei bambini allattati artificialmente)¹⁰. Il problema è stato studiato collaborativamente anche in Italia negli anni Ottanta, e la percentuale di coliche con risposte alla dieta è risultata sensibilmente superiore a quella di Lindberg. Recentissime ricerche statunitensi confermano la scomparsa delle coliche più severe con la dieta di eliminazione e il ri-scatenamento con il latte^{29,30}.

L'assorbimento di macromolecole è aumentato nei bambini con coliche rispetto ai controlli a indicare un'eccessiva, anormale permeabilità (danno da proteine eterologhe?) della mucosa intestinale¹¹. A 18 mesi di vita il 44% dei bambini con coliche su base allergica manifesta intolleranza alimentare¹².

Tutti questi dati, e quelli sulle disfunzioni gastrointestinali, parlano nettamente in favore di una organicità, sia pure nell'ambito di una fisiologia maturativa, del fenomeno "colica". Tuttavia, si deve stare attenti a non chiamare colica ogni pianto, e a considerarne, prima di assumere una posizione interventistica, la storia naturale (la scomparsa spontanea verso il terzo mese di vita).

La diagnosi di coliche può comportare l'inquadramento della "situazione pianto" sia nella prima categoria (presenza di patologia) sia nella seconda (gestione dell'allattamento migliorabile) sia nella terza categoria (assenza delle situazioni precedenti). In qualche maniera quindi la diagnosi di coliche dei primi mesi può essere trasversale all'inquadramento proposto.

Di seguito riporteremo gli interventi nel caso di pianto da coliche:

□ Se la poppata dalla prima mammella viene interrotta, consentire piuttosto al lattante poppate veramente a domanda, con possibilità di assunzione della parte più ricca di grassi a fine poppata. Secondo alcuni autori, evitando l'eccessiva

concentrazione di lattosio di inizio poppata¹⁴, si può infatti ottenere un effetto positivo sulla riduzione della frequenza delle coliche¹³.

□ La camomilla il più delle volte viene data spontaneamente dai genitori. Uno studio israeliano non recente documenta la maggior efficacia di una miscela di camomilla, verbena, liquirizia, finocchio rispetto al placebo³. Forse uno studio solo non è sufficiente per accettare questa pratica. Si cerchi, comunque, di moderarne l'assunzione, specialmente nelle prime sei settimane dopo il parto, nel cosiddetto periodo di calibratura della lattazione, per evitare una interferenza con l'allattamento al seno³⁶ e si tenga conto dei rischi generici della fitoterapia, anche qualora si scelga di somministrare la tisana alla madre nutrice^{37,38}.

□ La somministrazione preventiva di soluzioni dolci (acqua e zucchero) può aiutare (non forse nel dolore severo!); allevia il pianto dovuto a procedure mediche quali un prelievo di sangue^{39,40,43}, l'iniezione di vaccino⁴¹, la circoncisione³⁹, le coliche³³. L'effetto analgesico è conservato se al saccarosio si sostituisce il glucosio⁴³, è inferiore a quello del succhiotto⁴³, ma viene potenziato dall'accoppiamento fra soluzione zuccherina e succhiotto.

□ Il ruolo analgesico essenziale di semplici interventi consolatori da parte dell'adulto (mamma o operatore sanitario che sia)⁴⁴, fra i quali ricordiamo il contenimento, il cullare, la suzione non nutritiva al seno materno, il contatto pelle a pelle⁴⁵, non può né deve essere soppiantato da succhiotti, tisane e zucchero. Le manovre consolatorie solitamente impiegate (per es. i movimenti ritmati del bambino, il cullare, il contenere, il massaggiare) andrebbero iniziate da subito, senza ritardi, per ottimizzarne l'effetto.

□ L'uso del simeticone orale ha efficacia pari al semplice placebo^{24,26}.

□ Negli anni Ottanta il ricorso a trattamenti farmacologici per le coliche infantili risultava molto frequente (65% dei casi)²⁵. Ora lo è molto meno. Nei casi, in cui comunque si ritenga opportuno "provare" i farmaci anticolinergici (cimetropio bromuro, invero raramente efficace, piuttosto che la criticata dicitolmina non più disponibile in Italia)^{46,47}, il dosaggio sarà pieno per ottimizzarne l'effetto. La strategia d'impiego potrà essere quella dell'uso al bisogno) o meglio quella del trattamento fisso a scopo preventivo (4 somministrazioni diarie oppure 2-3 somministrazioni pomeridiano-notturne).

□ La proposta della dieta quasi mai rientra nel primo approccio al problema del-

le coliche. Non va sospeso l'allattamento al seno, né vanno in particolare effettuati acriticamente cambi di latte a ripetizione (è noto invece che nel 36% dei bambini allattati al poppatoio il tipo di latte viene cambiato "per prova" per motivi vari; e che il principale di questi motivi è proprio la presenza di coliche¹).

Tuttavia, nel sospetto di intolleranza alle proteine del latte vaccino, in presenza di coliche medio-severe e/o di altri sintomi associati (eczema), è proponibile il seguente schema di interventi dietetici:

- nel bambino allattato al seno una dieta materna "di prova" senza proteine del latte e derivati (ed eventualmente anche senza uova);
- nel bambino allattato artificialmente il passaggio a una formula antigenicamente diversa come quella a base di soia. Le altre scelte dietetiche proposte in letteratura (idrolisato proteico²⁸; idrolisato di caseina²⁹; aminoacidi liberi³⁰), sembrano eccessive.

La dieta va continuata per 15 giorni prima di fare un bilancio (anche se, in genere, gli effetti sono abbastanza pronti); in caso di inefficacia va naturalmente sospesa.

OSSERVAZIONE IN OSPEDALE

Il ricovero è indicato ovviamente quando il pianto è supposto dipendere da una patologia che meriti accertamenti. Potremo tuttavia considerare l'offerta alla famiglia di un periodo di osservazione in ospedale ogni qualvolta la relazione fra madre e figlio sia tale da non consentire a breve termine un'adeguata cura del bambino. Il ricovero è finalizzato al sostegno psicologico e pratico della famiglia.

Questo documento è stato elaborato dal Comitato multidisciplinare e interaziendale di Promozione dell'Allattamento al Seno dell'IRCCS "Burlo Garofolo" di Trieste e dell'Azienda Socio Sanitaria triestina in una serie di incontri tenuti fra febbraio e maggio 2000, nell'ambito del Progetto di Promozione dell'Allattamento al Seno della Regione Friuli-Venezia Giulia, come base per lo sviluppo di linee guida. Questo documento è destinato ai pediatri ospedalieri o di famiglia, naturalmente anche a tutti coloro che in qualche misura vengono a contatto con la coppia madre-bambino nell'ambito del "percorso nascita". I lavori del Comitato sono stati coordinati dal dottor Riccardo Davanzo.

Si ringraziano il prof. Franco Panizon per la revisione critica del testo e il prof. Alberto Marchi per gli utili suggerimenti.

Bibliografia

1. Polack FP, Khan NK, Maisels MJ. Changing partners: the dance of infant formula changes. *Clin Pediatr* 1999;38:703-8.
2. Wessel MA, et al. Paroxysmal fussing in infancy, sometimes called "colic". *Pediatrics* 1954;14:421-34.
3. Illingworth RS. The three months colic. *Arch Dis Child* 1954;29:165-74.
4. Lehtonen L, et al. Gallbladder hypocontractility in infantile colic. *Acta Paediatr* 1994;83:1174-7.
5. Lothe L, et al. Motilin and infantile colic. A prospective study. *Acta Paediatr Scand* 1990;79:410-6.
6. Moore DJ, et al. Breath response to milk containing lactose in colicky and non colicky infants. *J Pediatr* 1988;113:979-84.
7. Miller JJ, et al. Breath hydrogen excretion in infants with colic. *Arch Dis Child* 1989;64:725-9.
8. Jakobsson I, Lindberg T. Cow's milk protein cause infantile colic in breastfed infants: a double blind crossover study. *Pediatrics* 1983;71:268-71.
9. Lothe L, Lindberg T. Cow's milk protein elicits symptoms of infantile colic in colicky formula-fed infants: a double blind crossover study. *Pediatrics* 1989;83:262-6.
10. Lindberg T. Infantile colic and small intestinal function: a nutritional problem? *Acta Paediatr* 1999;88:58-60.
11. Lothe, et al. Macromolecular absorption in infants with infantile colic. *Acta Paediatr* 1990;79:417-21.
12. Iacono G, et al. Severe infantile colic and food intolerance: a long-term prospective study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1991;12:332-5.
13. Evans K, et al. Effect of the method of breastfeeding on breast engorgement, mastitis and infantile colic. *Acta Paediatr* 1995;84:849-52.
14. Wooridge MW, Fisher C. Colic, "overfeeding" and symptoms of lactose malabsorption in the breastfed baby: a possible artifact of feed management? *Lancet* 1988;13:382-4.
15. Lindberg T. Infantile colic: aetiology and prognosis. *Acta Paediatr* 2000;89:1-2.
16. Hunziker UA, Barr RG. Increased carrying reduces infant crying: a randomized controlled trial. *Pediatrics* 1986;77:641-8.
17. Beebe SA, et al. Association of reported infant crying and maternal parenting stress. *Clin Pediatr* 1993;32:15-9.
18. St James-Roberts I, et al. Supplementary carrying compared with advice to increase responsive parenting and interventions to prevent persistent infant crying. *Pediatrics* 1995;95:381-8.
19. Barr RG, et al. Carrying and colic "therapy": a RCT. *Pediatrics* 1991;87:623-30.
20. Sander LW, et al. Early mother-infant interaction and 24 hours patterns of activity and sleep. *J Am Acad Child Psychiatry* 1970;9:103-23.
21. Dunn J. Il pianto. Roma: Ed. Armando Armando, 1980.
22. Canivert C, et al. Infantile colic-less common than previously estimated? *Acta Paediatr* 1996;85:454-8.
23. Weizman Z, et al. Efficacy of herbal tea preparation in infantile colic. *J Pediatr* 1993;122:650-2.
24. Sferra TJ, Heitlinger LA. Does simethicone have a role in the treatment for colic? In: *Gastrointestinal gas formation and infantile colic*. *Ped Clin N Am* 1996;43:489-507.
25. Venier D, et al. Le coliche gassose. Indagine epidemiologica. *Riv It Ped* 1986;12:358-62.
26. Miller JJ, et al. Effect of yeast lactase on "colic" in infants feed human milk. *J Pediatr* 117: 261-3.
27. Danielsson B, et al. Treatment of infantile colic with surface active substance (simethicone). *Acta Paediatr Scand* 1985;74:446-50.
28. Lucassen PLBJ, et al. Effectiveness of treatments for infantile colic: a systematic review. *Br Med J* 1998;316:1563-9.
29. Jakobsson I, et al. Effectiveness of casein hydrolysate feedings in infants with colic. *Acta Paediatr* 2000;89:18-21.
30. Estep DC, Kulczycki AJ. Treatment of infant colic with amino acid-based infant formula: a preliminary study. *Acta Paediatr* 2000;89:22-7.
31. Canivet C, et al. Infantile colic. Follow-up at four years of age: still more "emotional". *Acta Paediatr* 2000;89:13-7.
32. Barr RG. The normal crying curve: what do we really know? *Developmental Medicine and Child Neurology* 1990;32:356-62.
33. Barr RG, et al. Differential calming responses to sucrose taste in crying infants with and without colic. *Pediatrics* 1999;105:1-9.
34. Hyams JS, et al. Colonic hydrogen production in infants with colic. *J Pediatr* 1989;115:592.
35. St James-Roberts I, et al. Objective confirmation of crying durations in infants referred for excessive crying. *Arch Dis Child* 1993;68:82-4.
36. Neifert M, et al. Nipple confusion: toward a formal definition. *J Pediatr* 1995;126:S125-9.
37. Davanzo R, et al. I rischi dell'uso delle piante medicinali in età pediatrica. *Riv Ital Pediatr* 2000;26:41-4.
38. Rosti L, et al. Toxic effect of a herbal tea mixture in two newborns. *Acta Paediatr* 1994;83:683.
39. Blass EM, Hoomeyer MA. Sucrose as an analgesic for newborn infants. *Pediatrics* 1991;87:215-8.
40. Haouari N, et al. The analgesic effect of sucrose in full term infants: a RCT. *BMJ* 1995;310:1498-500.
41. Lewindon PJ, et al. RCT of sucrose by mouth for the relief of infant crying after immunisation. *Arch Dis Child* 1998;78:453-6.
42. American Academy of Pediatrics e Canadian Paediatric Society. Prevention and treatment of pain and stress in the neonate 2000; 105:454-61.
43. Carbajal R, et al. Randomised trial of analgesic effects of sucrose, glucose and pacifiers in term neonates. *BMJ* 1999;319:1393-7.
44. Choonara I. Why do babies cry? (Editorial). *BMJ* 1999;319:1381.
45. Gray L, et al. Skin-to-skin contact is analgesic in healthy newborns. *Pediatrics* 2000; 105:pe14.
46. Williams J, Watkin-Jones R. Dicyclomine: worrying symptoms associated with its use in some small babies. *BMJ* 1984;288:901.
47. Savino F, et al. La gestione del lattante con coliche: proposta di linee guida. *Pediatrics & Neonatology Review* 1999;4:5-50.