

Quando possiamo usare la definizione di DAR?

I Dolori Addominali Ricorrenti (DAR) sono definiti da dolori addominali parossistici, con ricorrenza almeno mensile, per almeno tre mesi consecutivi, della durata usualmente inferiore alle tre ore e tali da modificare le normali attività del bambino. *N.B.* I dolori che non rispondono a queste caratteristiche "minime" non meritano di essere considerati.

Quanti e quali bambini soffrono di DAR?

L'età tipica dei DAR è l'età scolare. I DAR hanno una incidenza che aumenta con l'età, con massima frequenza in età prepuberale. A questa età, nella femmina, l'incidenza si avvicina al 15%, e nel maschio al 10%. Meno del 10% di questi (1% della popolazione generale) presenta una causa organica.

Che spiegazione possiamo dare ai DAR senza causa organica?

Nel modello medico tradizionale, che tende a ricercare le cause organiche dei sintomi, il non trovare una causa organica può equivalere a porre delle etichette "psicologiche", o addirittura a negare la veridicità del problema. Ci si rifà, oggi, a un modello biopsicosociale; in questo modello interpretativo l'attenzione non è tanto rivolta alle "malattie" in sé ma al "malessere" delle persone. Il malessere della persona (meglio identificato dalla parola inglese "illness", da contrapporre al termine "disease", che vuol dire malattia) può originare da una causa organica, funzionale, psicologica, essere l'espressione di una somatizzazione, di un problema evolutivo, di un'alterata relazione psicosociale o essere un misto di più cause. Nella *Figura 1* è riportato questo modello, in cui i sintomi gastro-intestinali sono ricondotti a un'alterazione dell'asse "cervello-intestino", rappresentato a sua volta dalle strette interconnessioni del sistema nervoso enterico con quello centrale. Queste vie nervose sono bidirezionali: da una parte portano afferenze sensitive e dall'altra funzioni motorie, e a sua volta possono essere sotto il controllo dei centri superiori. L'iperalgia primitiva può essere secondaria a uno stimolo infiammatorio a partenza dall'intestino, ma può anche semplicemente originare dall'ipersensibilizzazione dei nocicettori attivati da stimoli subliminari (allodinia) e magari ampliata dall'attivazione di rimando delle fibre motorie. L'iperalgia secondaria non trova peraltro nemmeno la sua origine nell'intestino, ma in qualsiasi punto al di sopra dell'afferenza nervosa al midollo spinale. Tutto questo per dire che i DAR

I dolori addominali ricorrenti

CRISTINA MILOCCO, SERGIO FACCHINI, MAURO POCECCO

UO di Pediatria e Patologia Neonatale, Ospedale "M. Bufalini", Cesena

devono essere valutati tenendo conto del bambino (e del suo ambiente) nel suo complesso.

Quali sono le cause organiche dei DAR?

1. *Cause organiche.* Rappresentano meno del 10% di tutte le cause, ma devono sempre essere considerate ed escluse prima di proporre una diagnosi funzionale. Una lista delle cause organiche cui pensare, e degli esami indicativi e diagnostici per po-

terle escludere, è riportata nella *Tabella 1*.

2. *Cause funzionali caratterizzate.* I DAR funzionali costituiscono un gruppo ben caratterizzato sul piano sintomatologico, ma senza possibilità di diagnosi positiva nella pratica clinica. In realtà in questi pazienti, con metodi sofisticati (appunto non alla portata della routine clinica), si possono dimostrare delle alterazioni del transito intestinale, della quantità di gas o dell'ipeccitabilità gastro-intestinale ecc. Si tratta

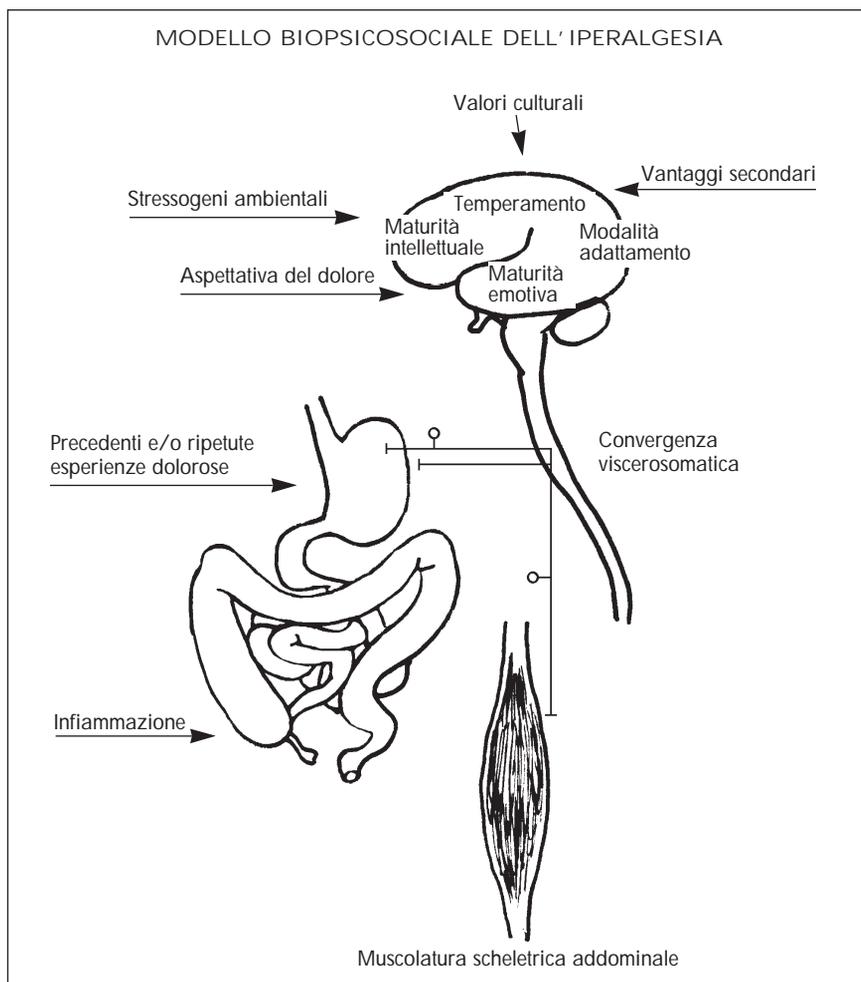


Figura 1

CAUSE ORGANICHE DI DAR E INDAGINI INDICATIVE E DIAGNOSTICHE

	Esame indicativo	Esame diagnostico
TRATTO GASTROINTESTINALE		
• Stipsi cronica	Esame clinico e storia	Idem
• Intolleranza al lattosio	Storia - ex adiuvantibus	Breath test
• Parassiti intestinali	Esame delle feci	Idem
• Eccesso fruttosio-sorbitolo	Storia	Ex adiuvantibus
• Malattia di Crohn	Sangue occulto, VES, PCR	ECO, clisma tenue, scintigrafia
• Ulcera peptica	Sangue occulto	Gastroduodenoscopia
• Esofagite	Sangue occulto	Gastroduodenoscopia
• Diverticolo di Meckel	Sangue occulto (può essere incostante), anemia	Scintigrafia
• Gastrite da <i>Helicobacter</i>	Anticorpi anti- <i>Helicobacter</i>	Breath test, ricerca diretta
• Colelitiasi	Esame clinico	ECO
• Pancreatite ricorrente	Es. obiettivo (dolore tipico, irradiato)	Amilasi, TGO, TGP
TRATTO GENITOURINARIO		
• Infezione urinaria	Esame urine	Idem
• Calcoli	Esame urine	ECO, Ca/creatinina
• Idronefrosi	Esame urine, clinica	ECO

Tabella I

di forme che usualmente interessano il bambino più grande, e sono caratterizzate dai seguenti quadri clinici ben distinti e noti a tutti i pediatri.

Sindrome del colon irritabile. Questa sindrome è caratterizzata da dolore o malessere intestinale continuo o ricorrente, che si risolve con la defecazione, o comunque è associato alla modificazione della frequenza delle scariche, o alla consistenza delle feci. La sintomatologia dolorosa deve associarsi ad almeno due dei seguenti segni o sintomi: alterata frequenza delle feci, alterata caratteristica delle feci, scariche mucose e flatulenza o sensazione di distensione addominale.

Dispepsia non ulcerosa. È caratterizzata da dolore persistente e/o ricorrente nei quadranti addominali superiori su base funzionale (o organica, ma la regola è sempre la stessa, e cioè bisogna sempre prima escludere l'organicità). Le forme funzionali di dispepsia non ulcerosa possono presentarsi con le seguenti caratteristiche:

- "ulcer-like", cioè con dolore che si risolve mangiando o con gli antiacidi e che può risvegliare il paziente;

- "dysmotility-like", cioè con senso di ripienezza gastrica, nausea e sazietà precoce.

Emicrania addominale, o vomito ciclico, o sindrome periodica. Sebbene questo tipo di disturbo non sia formalmente compreso nel modello biopsicosociale e clinico proposto per i DAR (derivato in buona parte dalla gastroenterologia degli adulti), crediamo fuori di dubbio che tra i DAR debba essere compresa anche questa condizione. Riguarda il 4% della popolazione pediatrica (nell'adulto diventerà cefalalgica) ed è caratterizzata da episodi ricorrenti paros-

sistici di dolore addominale, eventualmente associato a nausea e/o vomito (vomito ciclico) con benessere completo fra gli episodi, in assenza di altre cause dimostrabili e con storia familiare di emicrania nei parenti di primo grado.

3. Cause funzionali aspecifiche. Si tratta di un gruppo eterogeneo, senza substrato organico e non identificabile nelle categorie funzionali soprariportate. Il modello biopsicosociale soprariportato aiuta a comprendere le molteplici componenti (intrinseche ed estrinseche) che possono giocare un ruolo nel determinismo della sintomatologia. In questa categoria non sempre è facile distinguere fra la natura funzionale dei sintomi e la somatizzazione. Usualmente nelle situazioni di somatizzazione la disabilità e la richiesta di aiuto sono molto più pronunciate.

In sostanza, come ci si vede comportare di fronte a un bambino con DAR?

Il primo passo è quello di escludere ragionevolmente la natura organica della sintomatologia. Nella *Tabella I* sono riportate le diagnosi di natura organica a cui pensare e gli esami per escluderle, e nella *Tabella II* è descritto un possibile primo approccio diagnostico.

Nella *Tabella III* sono riportati i cosiddetti "campanelli di allarme", cioè segni o sintomi che devono portare a considerare la natura organica dei sintomi. Una gastroduodenoscopia dovrà essere considerata solo nelle forme con dolore epigastrico o comunque nei quadranti addominali superiori, in associazione a segni o sintomi suggestivi di malattia organica quali perdita di peso, anoressia e/o anemia, in associazione a una morbilità significativa, quali prolungate assenze da scuola, ripetute ospedalizzazioni.

ESAMI RAGIONEVOLI PER UNA DIAGNOSI DI DAR

- Emocromo, indici di flogosi (VES, PCR)
- Esame urine
- Ricerca sangue occulto fecale
- Esame parassitologico delle feci
- Breath test al lattosio o dieta ex adiuvantibus (nelle situazioni assimilabili al colon irritabile e comunque su indicazione clinica specifica); in realtà l'intolleranza al lattosio è quasi sempre anamnestica certa
- Radiologia: non contributiva
- Ecografia addominale: è contributiva solo se è "mirata"
- Anticorpi anti-*Helicobacter*: hanno fatto il loro tempo. Possono avere qualche ragionevolezza nelle forme dispeptiche con dolore ulcer-like
- EMA: ricevono significato dalla nuova "politica di ricerca" della celiachia anche su segni mini. Tra questi ultimi i DAR hanno una certa rilevanza epidemiologica
- TGO, TGP, amilasi (nel dolore epigastrico)

Tabella II

CAMPANELLI DI ALLARME IN CASO DI DAR

- Perdita di peso
- Anoressia
- Modificazioni dell'alvo
- Dolore al di fuori della sede periombelicale e localizzato
- Dolore irradiato alla schiena, spalla, ecc.
- Dolore tale da risvegliare il bambino di notte
- Associazione con uno o più dei seguenti segni o sintomi:
 - vomito
 - poliuria
 - disuria
 - problemi mestruali
 - febbre
- Storia familiare altamente significativa
- Alterazione degli esami del sangue e/o delle urine
- Presenza di sangue occulto nelle feci

Tabella III

ni, limitazione delle usuali attività quotidiane. Un'ulteriore indicazione alla scopia potrà essere la non risposta all'ex adjuvantibus con un antiacido.

Poste queste premesse, si formulerà una diagnosi dettagliata (anche funzionale) se possibile, si eviteranno le "etichette psicologiche", e si ricorrerà il meno possibile a farmaci con effetto placebo. Nel colon irritabile con diarrea potrà essere proposto un anticolinergico (loperamide, cimetropio bromuro), eventualmente associato alla colestiramina. Si dovrà insegnare al paziente a mangiare lentamente, a evitare dolcificanti del tipo sorbitolo e fruttosio, a evitare legumi e chewing gum, e si potrà proporre l'ex adjuvantibus con dieta priva di lattosio.

Nelle forme con stipsi si potrà aumentare l'apporto di fibre, somministrare un lassativo osmotico, eventualmente associato alla cisapride. Nella dispepsia non ulcerosa dovranno essere sospesi eventuali farmaci che possono aggravare la sintomatologia, dovranno essere eliminati gli irritanti aspecifici (spezie e caffeina), saranno proposti pasti piccoli e frequenti. Potrà essere proposto l'ex adjuvantibus con un antiacido. La cisapride potrà essere proposta nelle forme con "senso di ripienezza" gastrica, e la metoclopramide nelle forme con nausea. Nell'emicrania addominale (quando si manifesta come vomito ciclico) può essere proposto un antiemetico (metoclopramide), anche per via parenterale all'inizio della crisi, magari

associato all'analgescico per via rettale (paracetamolo, ibuprofene) se prevale la sintomatologia dolorosa. Nelle forme di emicrania addominale particolarmente ricorrenti (> 1 episodio/mese) possono essere usati alternativamente la ciproptadina, il propofolo o il pizotifene come terapia di fondo a scopo preventivo. Il paziente (e i suoi familiari) con DAR funzionali dovrà comunque essere rassicurato sulla sostanziale benignità dei sintomi, e dovrà essere stimolato a svolgere le normali attività. Sarà utile stabilire un programma di controlli periodici non ostacolando l'eventualità di un consulto specialistico.

Bibliografia

- Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biopsychosocial model of medical practice. *J Paediatr* 1999;133: 473-8.
- Squires RH, Coletti R. Indications for pediatric gastrointestinal endoscopy: a medical position statement of the North American Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1996;23:107-10.
- Worawattanakul M, Rhoads JM, Lichtman SN, Ulshen MH. Abdominal migraine: prophylactic treatment and follow-up. *J Paediatr Gastroenterol Nutr* 1999;28:37-40.
- Wewer V, Andersen LP, Paerregaard A, Gernow AB, Hansen JP, Matzen P, Krasilnikoff PA. The prevalence and related symptomatology of *Helicobacter pylori* in children with recurrent abdominal pain. *Acta Paediatr* 1998; 87:830-5



(XXI) I INCONTRO TRA I PEDIATRI DELLE REGIONI MERIDIONALI

29 aprile - 1 maggio 2000

Hotel degli Argonauti, Marina di Pisticci (MT)

29 aprile

10.00 C'erano una volta i bambini - *Volpi*
 Il pediatra e il DNA - *Notarangelo*
 La malattia infiammatoria intestinale - *Magazzù, Sferlazas*

15.00 Flash di dermatologia - *Bonifazi*
 I bilanci di salute: quale efficacia? - *Facchin*
 Gruppi di lavoro*

30 aprile

9.00 La donna invisibile: celiachia? - *Greco*
 Le insidie nella valutazione dello sviluppo - *Ciotti*
 Quiz di dermatologia - *Bonifazi*
 È meglio prevenire? - *Mastroiacovo*
 Il bambino con malattia cronica, la famiglia e il pediatra - *Perobelli*

15.00 Patologie respiratorie ricorrenti - *Assael, Rusconi*
 Enuresi - *Mencoboni*

TAVOLA ROTONDA: La formazione del pediatra: accreditamenti e prospettive - *Biasini* (moderatore), *Brusoni, Fedele, Lo Giudice, Murgia*

1 maggio

9.30 Flash e quiz di dermatologia - *Bonifazi*
 Il bambino e l'ambiente - *Tamburlini*
 Il bambino che "non ha niente" - *Panizon*

*GRUPPI DI LAVORO

Il bambino con infezioni ricorrenti - *Notarangelo*; Il bambino con malattia cronica: aspetti psicosociali - *Perobelli*; Come si legge e si interpreta un lavoro scientifico - *Mastroiacovo, Fedele*; Il bambino maltrattato: dalla segnalazione alla presa in carico - *Facchin*; La diarrea persistente - *Greco*; Tosse, catarro e febbre - *Assael, Rusconi*; Pediatria dello sviluppo - *Ciotti*; Vescica instabile ed enuresi - *Mencoboni*; I dolori addominali ricorrenti - *Magazzù*

Per informazioni: PEDIATRIA - OSPEDALE di MATERA
 Tel 0835-243323; fax 0835 24329