

# Dal dolore alla diagnosi della malattia

FRANCO PANIZON

Professore Emerito, Dipartimento di Scienze della Riproduzione e dello Sviluppo, Università di Trieste

*Ricordi di una vita professionale, naturalmente costellata di errori, tentativamente concentrati in regolette di comportamento.*

Il titolo forse non è perfetto. Difficilmente il dolore *fa fare* una diagnosi, semmai impone che una diagnosi venga fatta. In altre parole non è tanto un sintomo guida, dunque un segno (lo è anche, in effetti), ma piuttosto, ancora, un sintomo di presentazione.

*La malattia si presenta come dolore:* il dolore è il problema da risolvere. Perché questa creatura ha dolore? Magari ha un tumore.

Qualche altra volta *il dolore è la malattia;* non c'è altra malattia se non il dolore (come accade per l'emicrania) e l'analgesia è la cura stessa della malattia; oppure è una malattia che non fa altro danno se non il dolore (il mal di denti, l'osteoma osteoide), sicché, tolta la causa del dolore, di nuovo, è tolta anche la malattia: fuori il dente, fuori il dolore.

Qualche altra volta ancora *il dolore è una costruzione dello spirito.* Il dolore somatomorfo, il dolore da conversione, il dolore che non esiste, anche il dolore fittizio, ne sono facili esempi.

Qualche altra volta, viceversa, *il dolore dovrebbe esserci ma non c'è,* perché qualche meccanismo interiore lo intercetta.

In ogni caso, con la presenza o con l'assenza di dolore, al letto del malato, bisogna fare i conti. Il dolore rappresenta, assieme alla febbre, al difetto funzionale d'organo (*laesa functio*) e al cambiamento d'aspetto, uno dei segni capitali di malattia.

Un punto della questione è se valga

## FROM PAIN TO DIAGNOSIS

(*Medico e Bambino* 2007;26:299-308)

### Key words

Clinical practice, Pain symptom, Epidemiology, Causeless pain

### Summary

On the basis of the "unforgettable cases" drawn from personal experience, of the mistakes easily made in clinical practice, and especially of specific Literature mostly taken from the main consulting texts, the author tries to synthesize the use of the symptom pain for the diagnosis, the epidemiology of the main causes of pain in different ages, for the possible differentiation between causeless pain and pain deriving from organic pathology, for the tricks that the clinic of the pain may present and for the "small red flags" that need to alarm us before an apparently trivial pain.

la pena cercare di mettere insieme, e per chi, i dati di un'esperienza, assieme ai dati della letteratura, o dei libri di testo, per produrre qualcosa di vagamente utile e digeribile. Discuterò alla fine di questo; ma fin d'ora premetto, per la comprensione del lettore, che attribuirò un numero progressivo a ogni "regola" che avrò creduto di individuare, e contrassegnerò con una lettera dell'alfabeto ogni "caso indimenticabile" che mi si presenterà nella memoria.

## IL DOLORE COME ALLARME

Il dolore è per sua natura un segno di allarme. In tre condizioni l'allarme è particolarmente urgente, e in genere manifesta la sua urgenza attraverso 3 ca-

ratteristiche, possibilmente associate: la novità del sintomo, la sua persistenza, e la sua intensità: l'emorragia intracranica, l'appendicite acuta, la torsione di testicolo, l'ulcera perforata.

La probabilità di trascurare questo allarme è inversamente proporzionale alla frequenza dell'evento, e dunque alla conoscenza, anche popolare, della sua verificabilità: è relativamente bassa per l'appendicite, è alta per la torsione di testicolo ed è molto alta per l'emorragia endocranica.

*Su tre casi di emorragia endocranica, A, B, C, di cui sono venuto a conoscenza diretta, ho registrato tre casi di diagnosi non fatta o troppo differita. Il primo, A, è il mio*



## Problemi correnti

*primogenito, a 5 anni, il più indimenticabile dei casi indimenticabili (cefalea, rigor, poi perdita di coscienza): ero allora un giovane assistente, ma non tanto giovane da non fare una rachicentesi e da non formulare qualche ipotesi diagnostica di fronte a un liquor emorragico con sopranatante xantocromico; ma la diagnosi di malformazione vascolare è stata posposta di un anno, per la povertà dei mezzi diagnostici e per i ma e i se del neurologo, dell'oculista e del mio primario, pace all'anima loro. Il secondo caso, B, era un ragazzo argentino, amico di amici, che ho visitato qualche giorno dopo il primo episodio (cefalea intensa, prostrata, vomito ripetuto) e che avevo creduto di poter tranquillizzare per l'assenza di segni neurologici e di irritazione meningea: ricaduta e morte dopo pochi giorni. Il terzo, C, è un'amica non più giovane, una storica, di cui sento, al caffè, in un'altra città, una storia eguale a quella di B, e in cui, per riguardo (era già in mani affidabili, io ero solo un pediatra), non mi attacco al telefono per "interferire"; morta anche lei, dopo qualche giorno, esattamente come B.*

**REGOLA numero 1:** l'attenzione a un dolore persistente, specie se mai precedentemente presentato, e se intenso, non tollera rimandi.

### IL DOLORE ESPlicito, E IL PASSAGGIO DA SINTOMO A SEGNO



Il dolore è un fenomeno soggettivo che quasi sempre sottende, comunque in prima battuta si deve ritenere possa sottendere, un danno lesionale. Compito del medico è riconoscere la natura di questo danno, di questa causa; se è il caso, eliminarla, oppure escluderne l'esistenza.

Il primo compito è quasi sempre possibile, qualche volta molto facile, oggi molto più che ieri, con l'aiuto di mezzi accessibili di indagine di laboratorio o strumentale.

Il secondo compito, l'esclusione di una causa organica, è in assoluto impossibile, e si deve accettare un sufficiente grado di probabilità, mantenendo perciò un atteggiamento (interiore) elastico e possibilista.

**REGOLA numero 2:** ascolta con attenzione la storia e fatti un'idea del contesto, ma ricorda sempre che sei un organicista e che il tuo primo compito è quello di ipotizzare, e solo con molta prudenza escludere, una causa organica del dolore.

I passi per trasformare il sintomo d'allarme in segno-guida, utile per la diagnosi, sono la migliore definizione possibile della sede, l'interrogatorio per definire al meglio le caratteristiche del dolore, i suoi tempi e i modi, la sua durata. Naturalmente, ci sono cause comuni (probabili) e cause non comuni (improbabili). Le prime sono ben conosciute da tutti, e vengono subito in testa, giustamente; scartate quelle, o passate nel novero delle cause poco probabili, può diventare opportuno consultare un testo, e l'elenco (difficilmente completo al 100%) delle cause possibili<sup>1-14</sup>.

### IL DOLORE COME SEGNO

#### La sede e l'elenco delle cause

Nella maggior parte dei casi, la sede del dolore corrisponde alla sede del danno, e l'una e l'altra sono facilmente individuabili: nel mal di testa il dolore e il danno staranno nelle meningi o in un nervo; nel dolore toracico staranno nella pleura o nelle coste (e nel cuore, non dimentichiamolo, anche se è raro).

*Non posso effettivamente dimenticare un ragazzino di 11 anni, D, morto di morte improvvisa, dopo aver presentato alcuni episodi diagnostici come di dolore intercostale, e risultato affetto da stenosi aortica; e nemmeno posso dimenticare un quattordicenne, E, una pericardite autoimmune, corticodipendente, che è ricaduta 16 volte, sempre presentandosi con un dolore al petto e, contemporaneamente (riflesso), all'orecchio sinistro.*

Nel mal di pancia la causa del dolore potrà risiedere in molte e molte strutture, nel peritoneo, nella capsula di un viscere pieno o nella muscolatura di un viscere cavo, nella mucosa (ma solo in quella dell'esofago).

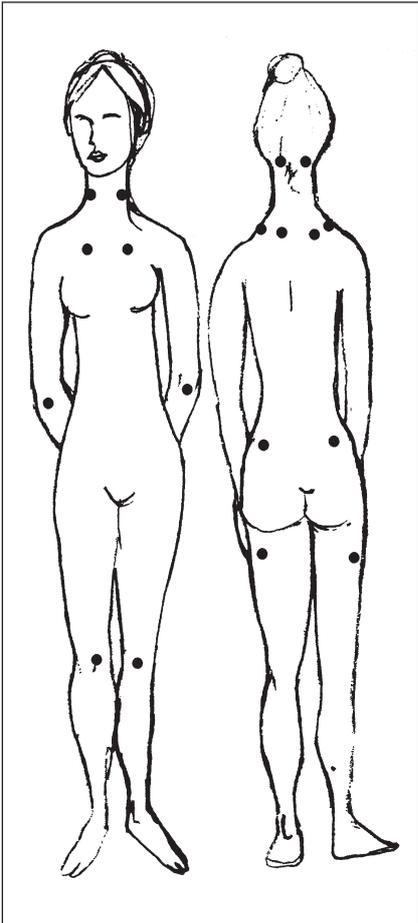
Nel dolore muscolo-scheletrico le sedi di dolore staranno nel periostio, nell'innervazione del tendine o delle capsule, nel sarcolemma, dovuti a tensione o a compressione indotte dalla emorragia (frattura, ematoma) o dall'insulto chimico della flogosi (artrite, osteomielite, piomiosite, fascite).

La sensibilità dolorosa è condotta prevalentemente dalle fibre C, amieliniche, lente, un po' tonde, che non sanno indicare la sede di origine né definire le caratteristiche del dolore. Si tratterà dunque di localizzare con precisione la sede del dolore, elicendolo con la pressione, o con manovre particolari<sup>7-10,15,16</sup>.

Alcune volte il dolore non c'è, o è inafferrabile, ma può essere provocato. La condizione più tipica è quella dei linfonodi del collo nell'infezione streptococcica, quella della compressione sulla mastoide nella mastoidite, della trazione del lobo o della compressione sul trago nella otite esterna, della compressione delle sedi opportune nella sinusite, della compressione dei punti trigger nella fibromialgia (Figura 1), dei punti di uscita del nervo nelle neuropatie secondarie<sup>2-4,7</sup>. Da non dimenticare il risveglio del dolore con la compressione della possibile sede della lesione ossea (la vertebra, attraverso la spina iliaca, i punti meniscali, le apofisi e le epifisi) (Figura 2). Avrei, qui, un piccolo elenco di casi indimenticabili: l'ultimo, recentissimo, F è un ragazzino che aveva sentito male alla schiena durante una partita di calcio, senza traumi né scatti improvvisi: era una spondilolisi-spondilolistesi, e lui non poteva flettersi più di tanto, e aveva dolore alla pressione di un'unica spina iliaca lombare.

**REGOLA numero 3:** un dolore che si risveglia o si rafforza con sicurezza alla pressione è un dolore organico.

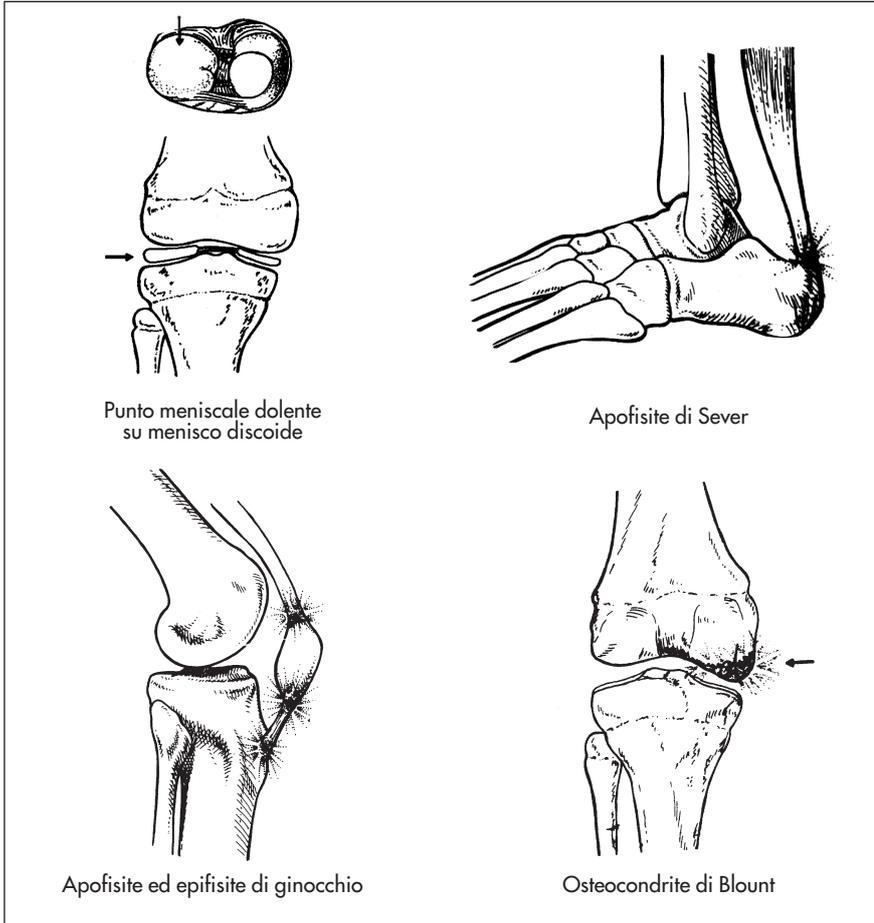
**REGOLA numero 4:** il tumore, di solito, non è direttamente dolente e,



**Figura 1.** Punti "trigger" di ipersensibilità nei soggetti con fibromialgia.

quando provoca dolore, è in genere per il danno, da trazione, da compressione o da ostacolo nei tessuti o negli organi circostanti. I tumori dolorosi, o molto dolorosi, sono quasi solo i tumori ossei (ivi compresa la leucemia), e il tumore endocranico<sup>17</sup>.

I casi indimenticabili di leucemia dolorosa, dapprima misconosciuta, poi riconosciuta per il dolore, o di tumori ossei dolorosi con radiologia a lungo negativa o dubbia, si sprecherebbero. Faccio solo menzione a una bambina in perfetta salute, **G**, con alcuni, isolati, episodi dolorosi, anche notturni, non articolari, che aveva SOLO una PCR incomprensibilmente molto positiva (10 mg/l). I neutrofili erano 2500/mmc, le piastrine 165.000. "Naturalmente" era una leucemia.



**Figura 2.** Punti "trigger" evocativi del dolore nella meniscopatia, nelle aposfite ed epifisite e nell'ostecondrite del ginocchio.

### I tempi e le caratteristiche del dolore

La sede non è l'unica cosa, e a volte la sede rimane indefinita (dolore perombelicale) o è ingannevole: c'è il dolore riflesso, che trasferisce in parte il dolore viscerale trasportato da fibre del sistema nervoso autonomo a un dolore somatico su una sede innervata da fibre sensitive che decorrono nello stesso nervo (il braccio sinistro nella ischemia cardiaca; la spalla destra nella patologia biliare, quella sinistra nella patologia pancreatica; la regione sopraombelicale, il pene, il testicolo nel danno ureterale; il ginocchio nel danno d'anca, e via dicendo). Anche questo fa parte delle caratteristiche del dolore<sup>1,5,14</sup>.

Ma prima di tutto contano l'età del soggetto, la durata dei sintomi, la periodicità o meno dei sintomi, il loro

orario nella giornata, la concomitanza di altri disturbi (cachessia, vomito, ematochezia, stipsi, *laesa functio*), la loro connotazione (dolore sordo, pulsante, urente, continuo, colico), la familiarità, la storia clinica. La conoscenza di tutto ciò, e dunque dei passi mentali che si debbono compiere perché il sintomo divenga un segno utile alla diagnosi, deriva in misura altrettanto larga dalla esperienza personale che dallo studio e dalla consultazione. La *Tabella I* è un esempio per le cause possibili di dolore addominale.

**REGOLA numero 5:** un dolore non è mai eguale a un altro; tuttavia, l'età del bambino, la sede, la durata del dolore, le sue caratteristiche (pulsante, urente, sordo, continuo, discontinuo, ricorrente), l'associazione ad altri segni (febre, vomito, sonnolenza, posizione coat-

## Problemi correnti

### CAUSE DI DOLORE ADDOMINALE

Pielonefrite, coliche renali, idronefrosi (urine)  
 Polmonite (febbre, polipnea)  
 Appendicite (dolore continuo, palpazione)  
 Porfiria acuta (digiuno, farmaci, stress)  
 Angioedema (edema, dispnea)  
 Endocardite (tachicardia, soffio)  
 Eemicrania addominale (familiarità)  
 Febbre familiare mediterranea (febbre, VES)  
 Abuso sessuale o fisico (comportamento)  
 Lupus eritematoso sistemico (segni sistemici)  
 Fobia scolare (comportamento)  
 Crisi falciforme (anemia)  
 Discite (deambulazione, stazione)  
 Farmaci (FANS) (storia)  
 Osteomielite pelvica (deambulazione, stazione)

Tratto dal Nelson

Tabella I

ta, impotenza funzionale), consentono per lo più una buona approssimazione diagnostica.

**ECCEZIONI.** Quante se ne vogliono.

**REGOLA numero 6:** la consultazione bibliografica, nei casi con qualche incertezza, è d'obbligo. Internet aiuta.

### Il resto, e il dopo

Il percorso diagnostico non finisce con l'esame obiettivo e con la storia; si completa, naturalmente con gli esami, che saranno tanto più semplici quanto più chiara è la causa del dolore e tanto più minuziosi quanto più inquietante è la sintomatologia, non protocollabili, almeno non in questa sede.

Ma certamente ci sarà una parte dei casi in cui la diagnosi verrà posta in base alla risposta del dolore alla terapia, che costituisce ancora, spesso, un tempo diagnostico (diagnosi ex adjuvantibus): una terapia antiacida (reflusso), una rieducazione dell'alvo (stipsi), l'eliminazione del lattosio (intolleranza) e delle bevande ricche di sorbitolo, la risposta all'aspirina (osteoma osteoide), la risposta all'anti-emicranico, la risposta a un semplice intervento di tranquillizzazione, l'infiltrazione col cortisonico (artrite reumatoide oligoarticolare).

Una cosa è certa, e non meriterebbe neppure di essere detta. Il medico non si potrà accontentare di fare la diagnosi: dovrà vedere il dolore che se ne va, o che rientra sotto controllo.

*Un caso di cui non ho esperienza personale, ma che leggo su Medico e Bambino<sup>18</sup> e che mi ha fatto pensare. H, un bambino con dolore insopportabile e rifiuto scolastico, in cui la diagnosi endoscopica è una iperplasia nodulare linfoide: una diagnosi obiettiva, accompagnata dalla esclusione di altre cause più temibili; ma piuttosto la descrizione di un quadro istologico peculiare, epifenomenico, che non una spiegazione del dolore. Tuttavia, con questa diagnosi di tranquillizzazione ben posta, il bambino guarisce anche dalla fobia scolare.*

**REGOLA numero 7:** usa gli strumenti terapeutici che hai a disposizione, anche quello della esclusione della diagnosi organica e della tranquillizzazione, ma più correntemente quelli della risposta all'analgesico casalingo (emicrania, dolore funzionale, osteoma osteoide) o del farmaco patogenetico (antiacido, regolatore dell'alvo), per confermare o escludere l'ipotesi che hai fatto, comunque per procedere verso la diagnosi.

### LA LISTA DELLE CAUSE, E IL PUIGE

Per identificare le cause di un determinato tipo di dolore, bisogna, innanzitutto, conoscerle.

Evidentemente questo è strettamente obbligatorio per uno specialista (il neurologo, l'ortopedico, il chirurgo, l'oncologo, il gastroenterologo); un po' meno facile per il generalista. Da un esame superficiale delle cause di dolore, anche suddiviso per organi e per caratteristiche (acuto-cronico-ricorrente), questo si incontrerà inevitabilmente di fronte a cause rare e dunque a lui non conosciute, o dimenticate nella routine, e forse anche da dimenticare; inoltre, consultando testi diversi, si accorgerà che queste cause rare, come la porfiria intermittente, o il compasso dell'arteria mesenterica superiore, o discusse, come la celiachia o l'appendicite cronica, mancano

in alcune liste e sono presenti in altre.

La conoscenza delle cause del dolore, delle loro caratteristiche specifiche, dei mezzi per riconoscerle, e dell'impegno, di tempo ma anche economico, che è giusto e opportuno dedicare, caso per caso, al loro riconoscimento, non può infatti non tener conto di quel punteggio didattico-epidemiologico che va sotto l'acronimo di PUIGE.

**P** per **Prevalenza** (associata alla probabilità che quella determinata causa sia in gioco);

**U** per **Urgenza** (associata alla necessità di non procrastinare la diagnosi, o, viceversa, alla possibilità di attendere che la malattia parli da sola);

**I** per **Intervento** (cioè possibilità che l'accertamento diagnostico sia seguito da un intervento risolutivo);

**G** per **Gravità**, che non è evidentemente la stessa per un osteosarcoma o un osteoma osteoide;

**E** l'ultima lettera, che sta per **Esemplarità didattica** (non interessa in questo contesto).

È chiaro che tutto questo varia nel tempo e nei luoghi. Una diagnosi di malattia di Crohn, o la sua esclusione, è di grande importanza in un contesto europeo, di importanza molto più limitata e quasi dubbia in un differente contesto africano o asiatico.

**REGOLA numero 8:** il PUIGE è il punteggio del buon senso. Ciascuno se lo costruisce nella testa, lo migliora con l'esperienza, lo affina con la consultazione. È la guida implicita in ogni operazione diagnostica, e andrebbe, in realtà, collocata all'inizio dell'iter diagnostico.

Nella *Tabella II* sono riportate le condizioni principali in cui si raggiunge un punteggio massimo, 5 per l'uno o l'altro dei parametri PUIGE.

### IL DOLORE RICORRENTE

Una buona metà dei dolori che vengono presentati al pediatra sono caratterizzati dalla ricorrenza<sup>19,28</sup>. Non avendo, le prime volte, prodotto preoccupazione, per la brevità, l'autolimitazio-

**PUIGE****Prevalenza: 5**

Capo: emicrania, tensione, otite  
 Torace: fibromialgia  
 Addome: coliche del lattante, DAR, intestino irritabile, stipsi, lattosio, emicrania addominale, giardiasi (Paesi poveri)  
 Arti: dolori di crescita, traumi

**Urgenza: 5**

Capo: meningite, emorragia, tumore  
 Torace: ischemia cardiaca  
 Addome: appendicite, invaginazione, volvolo  
 Arti: niente  
 Testicolo: torsione

**Intervento: 5**

Praticamente tutto, eccetto dolori funzionali

**Gravità: 5**

Capo: tumore, meningite, emorragia  
 Torace: ischemia cardiaca  
 Addome: appendicite, peritonite, invaginazione  
 Arti, colonna: tumore, artrite, osteite

Tabella II

ne, la modestia dei sintomi, questi dolori preoccupano per la loro ripetizione, o per il loro aggravarsi. Le due sedi classiche dei dolori ricorrenti sono la testa (cefalea) e l'addome (dolori addominali ricorrenti o DAR) (Tabella III). Anche il dolore di crescita può essere considerato tra i ricorrenti; e anche il più comune e frustrante di tutti i dolori, le coliche del lattante.

**REGOLA numero 9:** sia per la cefalea che per i DAR esistono delle brevi liste di "bandierine rosse", che avvisano dei segnali di pericolo. Memorizzate, introiettate, rispettate, e fidati (Tabelle IV e V).

**REGOLA numero 10:** per i dolori ortopedici (che, salvo quelli di crescita, non sono ricorrenti ma semmai persistenti) non conosco bandierine rosse. Ma la tipicità della posizione antalgica (Perthes, epifisiolisi della testa femorale, lussazione del capitollo radiale), l'utilizzo di alcune manovre (flesso-estensione, trazione) e più spesso la pressione digitale di punti trigger (epifisiti, apofisiti, fratture, cisti, tumori). Sono facili da apprendere (Figura 3)<sup>2,4,7-10</sup>.

**REGOLA numero 11:** per entrambi i tipi di dolore sopra nominati cerca di porre una diagnosi positiva (che resterà

**CAUSE DI DOLORE ADDOMINALE RICORRENTE****Non organiche**

Dolori ricorrenti funzionali  
 Intestino irritabile  
 Dispepsia non ulcerativa

**Caratteristiche**

Periombelicali  
 Diarrea e stipsi  
 Ulcera-like

**Del tratto gastrointestinale**

Stipsi cronica  
 Giardiasi e altre infestazioni  
 Intolleranza al lattosio  
 Eccessiva ingestione di fruttosio/sorbitolo  
 Malattia di Crohn  
 Ulcera peptica  
 Esofagite, reflusso  
 Diverticolo di Meckel  
 Invaginazione ricorrente  
 Ernia (inguinale, esterna, parietale)  
 Appendicite cronica o mucocele

Fecaloma  
 Diarrea, gas  
 idem  
 idem  
 Segni generali  
 Epigastrico, preprandiale  
 Retrosternale, Sandifer  
 Ematochezia  
 Ematochezia  
 Evidenza  
 Misdiagnosi

**Colecisti e Pancreas**

Colelitiasi  
 Cisti del coledoco  
 Pancreatite ricorrente

Addome superiore dx, postprandiale  
 Addome superiore dx, ittero  
 Addome superiore dx, dorso, vomito

**Tratto genito-urinario**

Pielonefrite  
 Idronefrosi  
 Urolitiasi  
 Altro

Febbre, addome, fianco  
 Addome, fianco  
 Fianco, inguine, testicolo  
 Segni genito-urinari

**Miscellanea**

Emicrania addominale  
 Epilessia addominale  
 Febbre familiare mediterranea  
 Crisi falcemiche  
 Saturnismo  
 Sindrome di Schoenlein-Henoch  
 Angioedema  
 Porfiria acuta intermittente

Familiarità, nausea  
 Eventuali crisi epilettiche  
 Febbre  
 Anemia  
 Stipsi  
 Rash  
 Angioedema  
 Diggiuno, farmaci, stress

Tratto dal Nelson

Tabella III

magari solo di alta probabilità) piuttosto che una diagnosi di esclusione. Per la cefalea (emicrania, cefalea da tensione) questo è quasi sempre possibile; per i dolori addominali ricorrenti questo è più difficile; ma la sindrome periodica<sup>25</sup>, il dolore da stipsi<sup>26</sup>, l'emicrania addominale<sup>27</sup>, la febbre familiare mediterranea<sup>28</sup>, in qualche misura anche la sindrome dell'intestino irritabile<sup>29-31</sup>, e forse anche i dolori psicosomatici<sup>32</sup> si prestano ad essere diagnosticati "positivamente".

**REGOLA numero 12:** se devi fare delle indagini, cerca che siano mirate e dirimenti. Se, nella cefalea, le bandierine rosse ti lasciano sospettare un tumore endocranico, non perdere tempo con esami, come il fondo dell'occhio o l'EEG la cui normalità non esclude niente, e chiedi, dopo averci pensato su abbastanza, una risonanza. Per l'addome l'ecografia (via biliare, pelvi renale, ovaie, linfonodi), l'esame delle feci, l'emocromo, la CRP e la VES, sono già tre bei

## Problemi correnti

### SEGNI DI ALLARME (Bandierine rosse) per la cefalea ricorrente

- Continuità del dolore
- Aggravamento del dolore
- Risvegli notturni per il dolore
- Vomito fuori crisi
- Arresto di crescita
- Comparsa di segni neurologici (diplopia, atassia, sindrome di Parinaud, crisi convulsiva, ritardo o anticipazione della pubertà, altro)

Tabella IV

### SEGNI DI ALLARME (Bandierine rosse) per una patologia organica causa di DAR

#### Tipo di dolore

- Lateralizzato (riferito costantemente lontano dall'ombelico (= legge di Apley))
- Irradiato (dorso, inguine)
- Notturno
- Protratto (> 3-4 h)

#### Familiarità

- Per ulcera
- Per malattia infiammatoria cronica

#### Condizioni generali

- Anoressia
- Perdita di peso
- Febbre o febbre di lunga durata
- Diarrea muco-ematica

#### Esame obiettivo

- Malnutrizione
- Iltero
- Massa palpabile
- Fissurazioni-ulcere-accesi perianali

Tabella V

passi, peraltro non dirimenti; la diagnosi potrà anche venir fuori a poco a poco.

### IL DOLORE "ARCANO"



È il dolore non spiegato, il dolore mal descrivibile, e comprende tutti i dolori per i quali la medicina ufficiale ricorre alla formula semi-esplicativa del dolore su base psico-sociale (come il dolore dell'intestino irritabile, il dolore della sindrome periodica, il dolore della stan-

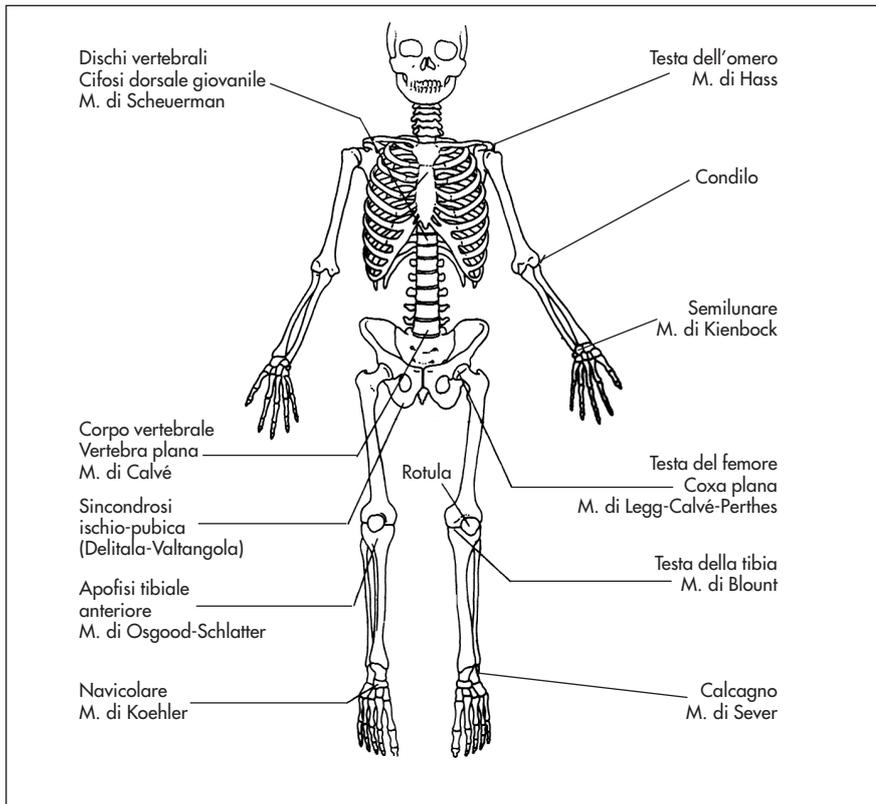


Figura 3. Punti dolorosi nelle epifisiti e apofisiti (osteochondriti).

chezza cronica post-infettiva, il dolore catameniale, il dolore della cefalea tensiva, il dolore della cefalea tensiva, il dolore somatomorfo).

Tutte queste categorie sono alla fine categorie diagnostiche, cassette nosografiche, nei quali sarà possibile dare al "caso" una collocazione in parte tentativa, in parte da esclusione, in parte positiva.

La maggior parte dei dolori che non si spiegano sono dei dolori "senza causa organica". Questo cenno aprirebbe un capitolo infinito, che non c'è spazio per trattare come si merita. In realtà, nel bambino, ma non solo, il confine tra organico e funzionale è sfumato; la sindrome della stanchezza cronica, di cui il dolore diffuso fa parte, o la sindrome della fibromialgia, e la stessa sindrome dell'intestino irritabile ne fanno parte a pieno titolo. La parola "sapiente" del medico è il principale aiuto in questi casi<sup>33</sup> (Tabella VI).

**REGOLA numero 13:** naturalmente, anche il dolore organico può essere

mal descrivibile, quindi "arcano", sordo, capriccioso, inspiegabile: di solito è però meno tollerabile del dolore funzionale.

**ECCEZIONI.** Anche qui, quante se ne vogliono.

*Ricordo due casi di dolore arcano organico.*

*Uno, E, il figlio di una collega, di 3 anni di età, aveva un'idronefrosi da stenosi del giunto, e il dolore, non localizzato, addominale, periombelicale (la localizzazione al fianco del dolore renale si verifica, di solito, dopo i 5 anni<sup>34</sup>), arrivava quando il piccolo beveva di più e la pelvi si tendeva, ma nessuno arrivava a rendersene conto.*

*Il secondo, F, era un classico, una sindrome di Behçet, e il dolore, adenomesenteriale era periombelicale, sordo, persistente, ma variabile nel tempo. Ipotizzare quest'ultimo, sulla base degli esami generali (VES), è stato facile; più difficile è stato col primo, che non aveva segni urinari e nel quale l'idronefrosi era ancora "dinamica".*

**DISTURBI COMUNEMENTE ASSOCIATI COL DOLORE, NEL DSM-IV**

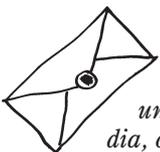
- Disturbo di adattamento
- Disturbo somatoforme indifferenziato
- Disturbo d'ansia da separazione
- Disturbo iper-ansioso
- Disturbo di panico
- Disturbo fittizio
- Disturbo da simulazione

Tabella VI

Ma oggi, realmente, tutto è più facile: un'ecografia non si nega a nessuno.

**REGOLA numero 14:** il dolore "arcano" va fatto parlare, va lasciato che si descriva, va temporizzato, da quanto dura, quando si verifica, come lo prende la famiglia, e specialmente come lo sente il bambino. Almeno la metà dei casi di dolore addominale ricorrente o persistente ha dietro di sé una storia di frustrazione cronica, una storia che permette di fare una diagnosi positiva di dolore non organico.

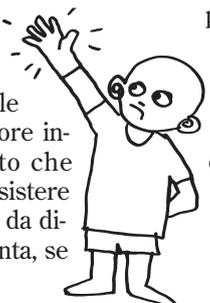
**REGOLA numero 15:** in questi casi, fare la diagnosi non basta mai, o quasi mai. Circa in 1/3 dei casi la rassicurazione è già un intervento utile per il paziente, che finirà per trovarsi libero da sintomi<sup>35</sup>. Ma nei 2/3 dei casi il paziente e la sua famiglia continueranno ad avere bisogno del medico.

**IL DOLORE COME MESSAGGIO**

Un caso lo ricordo molto bene, **G**, in cui il dolore mi ha aiutato a fare la diagnosi; è un ragazzino della scuola media, con gravi disturbi del comportamento, fobia scolare, e dolori addominali insopportabili. Era vittima di un abuso abituale (bullismo).

**IL DOLORE IMPOSSIBILE**

Il dolore impossibile è, qualche volta, il dolore inventato, così inventato che non ha possibilità di esistere nella realtà. È il dolore da disturbo fittizio, che diventa, se



è il caso, la sindrome di Munchausen ma anche, in alcuni casi, il dolore da disturbo somatoforme, la cui impossibilità (come quella del dolore a guanto, o della anestesia a guanto), o la cui evidente inattendibilità, propone quasi automaticamente la diagnosi.

Ma qualche volta si tratta di un dolore vero, solo che sembra inventato. Così il dolore da trazione dovuto al polipo intestinale (in un bambino, **H**, figlio di un marittimo, che capitava solo quando il papà tornava a casa, e dunque lui non poteva dormire con la mamma), segno questo che non basta trovare una causa possibile di frustrazione perché la diagnosi di malattia psicosomatica possa esser posta con tranquillità, oppure il dolore (pianto post-prandiale) dovuto al reflusso gastroesofageo in un bambino, dolore che mi sembrava improbabile/impossibile, perché quel piccolo, **I**, al di là dei suoi pianti, cresceva come un fiore.

**REGOLA numero 16:** il dolore impossibile è spesso un dolore da inganno. Non è per principio opportuno smascherare l'inganno; è in genere possibile fare un'alleanza transitoria e onorevole col bambino per permettergli di uscire. Questo è doveroso se si individua l'esistenza di un messaggio. Diventa estremamente difficile nella sindrome di Munchausen.

**IL DOLORE NON DICHIARATO**

Il bambino piccolo, evidentemente, non sa dichiarare il suo dolore se non genericamente, col pianto, di cui forse solo la madre sa riconoscere la causa.

Il bambino piccolissimo, il neonato, spesso, non utilizza nemmeno il pianto, ma lo stringere i pugnetti, la smorfia, il corrugamento delle sopracciglia.

Ma anche il bambino più grande può negare il dolore, consapevolmente o inconsapevolmente. Questo succede forse più spesso al bambino con dolore cronico, e/o con timore del dolore da prestazione medica. Tipicamente il bambino oncologico.

Ma anche il bambino con un dolo-

re acuto persistente, e magari ricorrente, che gli è comunque già noto, come quello indotto dalla malattia falcemica (sindrome mani-piedi), a volte tace, come se la cosa gli fosse, e lo è, familiare.

*Il dolore può non essere dichiarato anche per disperazione, o per introversione. È anche il caso del bambino in cura per malattia oncologica. Ma ho davanti agli occhi **L**, un ragazzo nero, con importante ittero sclerale (a bilirubina diretta, senza transaminasi) e specialmente con una cachessia estrema (17 anni di età, 17 chilogrammi di peso), una faccia da teschio, nella quale si leggeva la diagnosi (errata) di tubercolosi o di AIDS, una diagnosi africana corrente, e che invece aveva un Crohn e aveva anche i dolori addominali di cui non parlava, ma che bastava toccargli la pancia per farlo tralire.*

Una forma di dolore sovente non dichiarato è, stranamente, il dolore alla colonna lombosacrale. La discite, la malattia di Pott, anche il raro ascesso vertebrale sotto-durale, diagnosticato inizialmente come una sindrome di Guillain-Barré, **M**, perfino il rarissimo ematoma della cauda, **N** (indimenticabile anche perché è diventato una faccenda medico-legale, in cui è andato di mezzo il medico che aveva fatto l'innocente lombare causa dell'incidente), si possono manifestare senza un dolore dichiarato; anche se, invece, la rigidità dei movimenti, la rigidità della colonna, il rifiuto alla stazione eretta o seduta e alla deambulazione indicano che un dolore ci deve essere, un dolore che va ricercato, ancora una volta, mediante la compressione delle apofisi spinose<sup>35,36</sup>.

*Anche qui ho davanti agli occhi una bambinetta di 3 anni, **O**, che non si lamentava affatto; mangiava, rideva e scherzava, ma che non voleva stare seduta né camminare. Una discite: diagnosi scintigrafica.*

*In verità, se quella l'ho in mente con molta chiarezza, ho molti più ricordi assai simili, così come ho in mente collassi vertebrali assolutamente silenti (vertebra plana), o improvvisi e drammatici (morbo di Pott, con paraparesi, **P**), e tuttavia non prece-*

## Problemi correnti

duti da alcun sintomo doloroso. E viceversa, ma questa era una bambina già grandicella, **Q**, mi viene in mente una sintomatologia dolorosissima da microfratture di molti corpi vertebrali, senza collasso successivo (busto).

Ma, al di fuori della colonna, anche il dolore cronico di un'articolazione, dell'anca o del ginocchio (nel bambino, ma non solo), può esprimersi con un atteggiamento antalgico (torcicollo, extrarotazione o intrarotazione della gamba) o un comportamento antalgico (zoppia, pseudoparalisi), senza che il dolore venga riferito o localizzato, o dichiarato, nemmeno a domanda. Questo dipende da un sistema complesso e in larga parte subcosciente, di adattamento-evitamento del movimento o della posizione algogena.

Un'altra condizione che non si esprime sempre col dolore che ci si aspetterebbe è l'ipertensione endocranica. Sebbene il dolore rappresenti il sintomo di presentazione più comune (60%) di tumore endocranico, resta un 40% di casi in cui questo sintomo non si manifesta o si manifesta tardi, o non viene dichiarato, anche in presenza di ipertensione endocranica (vomito, papilledema) e di atteggiamento antalgico (posizione coatta del capo).

Anche qui ho bene in mente un ragazzo, uno splendido liceale che andava molto bene a scuola, che regatava, che vomitava spesso senza causa (naturalmente era considerato "psicogeno"), che teneva un atteggiamento coatto del capo, ma senza cefalea, che era "soltanto" di bassa statura, e che è passato per molte illustri mani e per molti mesi senza ottenere la sua brava diagnosi di medulloblastoma, **R**.

Ma, come ho già accennato parlando della necessità di fare gli esami "giusti", il tumore endocranico è solo tardivamente sintomatico<sup>37</sup>, il dolore non c'è sempre o non viene, come in questo caso, dichiarato; un'indagine personale che ho fatto tanti anni fa sugli errori medici in pediatria collocava al primo posto il tumore endocranico, anche in presenza di segni clinici, come per una specie di rifiuto freudiano della diagnosi.

**REGOLA numero 17:** il dolore non dichiarato può presentarsi attraverso rigidità, immobilità, posizioni antalgiche. In alcuni di questi casi può essere sospetto, ricercato, provocato.

### IL DOLORE NON PERCEPITO

Il dolore non percepito evidentemente non esiste, perché il dolore è in sé una percezione. Tuttavia, esistono alcune condizioni in cui ci si attende che il soggetto senta dolore, o quanto meno in cui esistono le situazioni lesionali che dovrebbero indurre il dolore, ma questo non si manifesta in alcuna maniera.

Qualcosa di simile accade all'uomo, ma anche all'animale, che subisce un accidente traumatico, anche una frattura, nel corso di un evento altamente impegnativo, come una competizione, una battaglia, una fuga, una ascensione in roccia. Con ogni evidenza, la liberazione di endorfine e di encefaline neutralizza il dolore, che comparirà molte ore dopo.

Ho riferito questa condizione, che non ha vera rilevanza clinica, meno che meno in pediatria, solo per introdurre l'idea dell'auto-analgesia. Quest'ultimo tipo di evento, ingannevole e perciò interessante sotto il profilo della difficoltà della diagnosi clinica, si verifica con relativa frequenza in alcuni casi di occlusione intestinale.

Tipica è la cosiddetta sindrome pseudo-encefalitica dell'invaginazione intestinale ileo-colica del lattante, una condizione che usualmente si esprime attraverso un pianto "lancinante", intervallato da lunghi periodi di tranquillità, ma dove, in alcuni casi, è invece del tutto assente ogni espressione di dolore e dove verosimilmente anche il dolore è davvero assente in assoluto, sostituito da una sorta di sonnolenza, indotta dall'eccesso di endorfine liberate dall'intestino. Di questa forma ho avuto occasione di incontrare alcuni casi, di cui il primo, un lattantino ipertranquillo, stitico, in cui si era pensato a una infezione da tossina botulinica, e

in cui la diagnosi è stata fatta dopo l'enterorragia; è stato "indimenticabile", **S** (in quelli osservati successivamente la diagnosi è venuta più facilmente).

Questa condizione, ben nota, è probabilmente più comune di quanto si sappia<sup>38,39</sup>.

Ho in mente almeno due casi recenti, **V** e **W**, di occlusione intestinale, un volvolo e una occlusione da ascaridi, entrambe concluse con la morte del piccolo, in cui l'unico segno dell'occlusione era la dilatazione dell'addome, mentre mancavano sia il dolore che il vomito. In entrambi i casi il bambino, grandicello, era ben vivo e presente, anche se in entrambi è successivamente comparso una sonnolenza profonda. In entrambi, la mancanza del dolore è stata sicuramente causa di incertezza e di ritardo della diagnosi.

Naturalmente, anche questi casi si sono verificati in Africa e difficilmente sarebbero stati possibili in un ambiente tecnologicamente dotato.

Ma più in generale, voglio ricordare che in ogni processo infiammatorio, specie se cronico, c'è la presenza, e a volte la sovrabbondanza, di linfociti che liberano, assieme a molecole che accendono il dolore nelle fibre sensitive (come la sostanza *p*), anche molecole che lo contrastano (come le encefaline e le endorfine, a cui si è già fatto cenno per il fenomeno dell'auto-analgesia, dell'invaginazione ileo-colica), e che l'assenza di dolore spontaneo in presenza di fenomeni flogistici compressivi, distensivi e distruttivi, è tutt'altro che eccezionale, specialmente una volta superata la fase iniziale.

Ricordo molto bene un ragazzino dodicenne, **Z**, con febbre elevatissima, dovuta a una osteomielite stafilococcica di femore (sospettata fin dall'esordio perché veniva a seguito di una ferita alla gamba, ma solo successivamente riconosciuta come tale), in cui l'assenza di dolore, spontaneo o provocato, e la stessa assenza di zoppia (a comando, il ragazzino batteva il passo con grande energia), come pure l'assenza di ogni altro tipo di laesa functio, sono persistite almeno per la prima giornata, lasciandoci molto perplessi e quasi risentiti.



**MESSAGGI CHIAVE**

- L'attenzione a un dolore persistente, specie se mai precedentemente presentato, e se intenso, non tollera rimandi.
- Ascolta con attenzione la storia e fatti un'idea del contesto, ma ricorda sempre che sei un organicista e che il tuo primo compito è quello di ipotizzare, e solo con molta prudenza escludere, una causa organica del dolore.
- Un dolore che si risveglia o si rafforza con sicurezza alla pressione è un dolore organico.
- Il tumore, di solito, non è direttamente dolente e, quando provoca dolore, è in genere per il danno, da trazione, da compressione o da ostacolo nei tessuti o negli organi circostanti. I tumori dolorosi, o molto dolorosi, sono quasi solo i tumori ossei (ivi compresa la leucemia), e il tumore endocranico.
- Un dolore non è mai eguale a un altro; tuttavia, l'età del bambino, la sede, la durata del dolore, le sue caratteristiche (pulsante, urente, sordo, continuo, discontinuo, ricorrente), l'associazione ad altri segni (febbre, vomito, sonnolenza, posizione coatta, impotenza funzionale), consentono per lo più una buona approssimazione diagnostica.
- La consultazione bibliografica, nei casi con qualche incertezza, è d'obbligo. Internet aiuta.
- Usa gli strumenti terapeutici che hai a disposizione, anche quello della esclusione della diagnosi organica e della tranquillizzazione, ma più correntemente quelli della risposta all'analgésico casalingo (emicrania, dolore funzionale, osteoma osteoide) o del farmaco patogenetico, per confermare o escludere l'ipotesi che hai fatto, comunque per procedere verso la diagnosi.
- Il PUIGE (Prevalenza, Urgenza, Intervento, Gravità, Esemplicità didattica) è un punteggio di buon senso. Ciascuno se lo costruisce nella testa, lo migliora con l'esperienza, lo affina con la consultazione. È la guida implicita in ogni operazione diagnostica, e andrebbe, in realtà, collocata all'inizio dell'iter diagnostico.

**REGOLA numero 18:** non fatevi ingannare dall'assenza (e nemmeno dalla scomparsa) del dolore, in una condizione che presenti altri segni d'allarme, nella quale il dolore sembrerebbe proprio di doverlo aspettare.

L'assenza del dolore è naturalmente alla base della diagnosi nelle sindromi con automutilazione, nella lebbra, e nella malattia di Riley; ma qui siamo nel concettualmente banale, oltre che nell'estremamente raro<sup>40</sup>.

**POSCRITTO**

C'è un proverbio africano che dice che ogni vecchio è una biblioteca disponibile agli altri. In realtà, questa è molto più un'illusione piacevole da conservare, che non una realtà reale o possibile, inoltre, una biblioteca è viva finché disordinata, e quando scende la vecchiaia, per quanti sforzi si siano fatti di dare un ordine alla propria biblioteca, le regole sulle quali è stato fatto quell'ordine saranno state perdute, cancellate.

Il presente articolo è il prodotto scritto, postumo, di una presentazione orale. L'ho riscritto e riletto più volte. Malgrado il mio desiderio, e la presunzione, di "trasmettere", non ne sono soddisfatto; ma i referee lo hanno accettato, e io accetto la loro accettazione.

Quando si richiede a un vecchio di parlare di un sintomo, ci si attende da lui la capacità di dare un ordine o una chiave di lettura della materia, avendo, come si dice "individuato delle regolarità", come possono essere i segnali di cautela o di allarme (le bandierine rosse), o avendo colto alcune caratteristiche significative, che permettano di facilitare il passaggio del dolore da sintomo a segno. Ma è molto difficile che l'individuazione di queste particolarità possa davvero presentare, nell'esperienza anche lunga, di un singolo generalista (ma anche di uno specialista) qualcosa di originale; e che non si finisca per cercare aiuto in esperienze liberesche in qualche modo già imbalsamate (è quello che effettivamente ho ritenuto necessario fare, e che considero doveroso rifare di fronte a ogni caso "difficile").

Mi sono accontentato poi, per onore di firma, di proporre alcune semplici regole di buon senso.

L'altra cosa che ci si sarebbe potuto aspettare, non troppo distante dalla prima, è che un "vecchio" sapesse estrarre dal

suo vissuto alcune "indimenticabilità". È quello che ho cercato di fare, proponendo 22 casi "indimenticati", da A a W e Z.

Ma, riferite, queste "indimenticabilità" perdono, naturalmente, tutta la forza emotiva dell'esperienza che ci ha ferito. Un recente lavoro di ricerca (sul diverso comportamento, di fronte alla prescrizione di anticoagulanti, di medici che abbiano avuto esperienza diretta di un episodio emorragico farmaco-indotto) e l'editoriale di accompagnamento circa il peso (positivo, ma non razionale) che ha nelle scelte mediche l'esperienza personale ci dicono con forza che non c'è altro al mondo, per imparare, se non avere un successo insperato di persona, oppure, molto più facilmente, aver sbagliato di persona, o avere avuto comunque esperienze avverse.

**Bibliografia**

1. Wyllie R. Major symptoms and signs of digestive tract disorder. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:1198-204.
2. Thompson GH. The spine. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:2280-8.
3. Mille ML. Muscoloskeletal pain syndromes. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:831-4.
4. Thompson GH. The knee. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:2271-3.
5. Ventura A. I dolori addominali ricorrenti; In: Saccomani R (ed). Professione Medico. Specialità medico-chirurgiche (Vol. 10). Torino: UTET, 2000:347-51.
6. Panizon F. La cefalea e le sindromi emicraniche. In R. Saccomani (ed). Professione Medico. Specialità medico-chirurgiche (Vol. 10). Torino: UTET, 2000:354-62.
7. Panizon F, Maranzana G. Il dolore come sintomo in ortopedia pediatrica. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:769-73.
8. Panizon F, Maranzana G. Il dolore al ginocchio da anomalie strutturali. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:768-9.
9. Panizon F, Maranzana G. Sofferenza ischemica o meccanica delle cartilagini di coniugazione. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:764-7.
10. Panizon F, Maranzana G. Sofferenza ischemica o meccanica delle cartilagini articolari. In F. Panizon Principi e Pratica di Pediatria 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:767-8.
11. Guglielmi M. Addome acuto. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:735-8.

## Problemi correnti

12. Guglielmi M. Scroto acuto. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:738-40.  
 13. Cavazzuti GB. Cefalee. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:669-77.  
 14. Panizon F. Il dolore. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:904-13.  
 15. Haddad J jr. Diseases of external ear. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:2136-7.  
 16. Paradise JL. Otitis media. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:2138-49.  
 17. Panizon F. Il sospetto di malignità. In: Saccomani R (ed). Professione Medico. Specialità medico-chirurgiche (Vol. 10). Torino: UTET, 2000:354-62.  
 18. Marchetti F, Salierno P, Martellosi S, Villanacci V, Ventura A. Un adolescente con dolore addominale e diarrea. Medico e Bambino 2006;25:588-91.  
 19. Apley J. The child with abdominal pains. Oxford: Blackwell Scientific, 1975.  
 20. Oberlander TF, Rappaport LA. Recurrent abdominal pain during childhood. Pediatr Rev 1993;14:313-9.  
 21. Alfvén G. Understanding the nature of multiple pains in children. J Pediatr 2001; 138:156-61.

22. Di Lorenzo C, Youssef NN, Sigurdsson L, Scharff L, Griffiths J, Wald A. Visceral hyperalgesia in children with functional abdominal pain. J Pediatr 2001;139:838-43.  
 23. Lake AM. Chronic abdominal pain in childhood: Diagnosis and management. American Family Physician 1999;59:511-22.  
 24. Milocco C, Facchin S, Pocecco M. Il dolore addominale ricorrente. Medico e Bambino 2000;19:185-7.  
 25. Cavazzuti GB. La sindrome periodica. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:684-6.  
 26. Panizon F. La stipsi. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore 2005:860-1.  
 27. Dignan F, Abu-Arafah I, Russell G. The prognosis of childhood abdominal migraine. Arch Dis Child 2001;84:415-25.  
 28. Tommasini A, Neri E. Sindromi febbrili periodiche in Pediatria. Medico e Bambino 2001;20:225-9.  
 29. Hyams JS, Burke G, Davis PM, Rzepski B, Andropulos PA. Abdominal pain and irritable bowel syndrome in adolescents: a community-based study. J Pediatr 1966;129:220-6.  
 30. Blanchard EB, Scarff L. Psychological aspects of assessment and treatment of irritable bowel syndrome in adults and recurrent abdominal pain in children. J Consult Clin Psychol 2002;70:725-38.  
 31. Hyams JS, Hyman PE. Recurrent abdominal pain and the biophysical model of medi-

cal practice. J Pediatr 1999;133:473-8.  
 32. Alfvén G. One hundred cases of recurrent abdominal pain in children: diagnostic criteria for a psychosomatic diagnosis. Acta Paediatr 2003;92:43-9.  
 33. Peratoner L. Curare con la parola: il dolore senza causa. Medico e Bambino 2004;23: 657-62.  
 34. Polito C, Croce F, Signorello G, La Manna A. Control/diffuse abdominal perception of urologic pain in children. Acta Paediatr 2006; 95:82-6.  
 35. Trevisiol C, Berti I, Marchetti F. Le affezioni suppurative dello scheletro: osteomielite, artrite, discite. Medico e Bambino 2003; 22:431-8.  
 36. Marchetti F, Bassanese S, Bruno I, et al. Una bambina con febbre e schiena rigida. Medico e Bambino 2005;24:669-71.  
 37. Wilne SH, Ferris RC, Nathwani A, Kennedy CR. The presenting features of brain tumors: a review of 200 cases. Arch Dis Child 2006;91:502-6.  
 38. Wyllie R. Ileus. Adhesions, intussusception, and closed-loop obstruction. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jensen HB. Nelson Textbook of Pediatrics, 17° ed. Philadelphia: WB Saunders Co, 2004:1241-3.  
 39. Guglielmi M. Invaginazione intestinale. In: Panizon F. Principi e Pratica di Pediatria, 4° ed. Bologna: Monduzzi editore, 2005:737-8.  
 40. Sweeney K. Personal knowledge. BMJ 2006;322:129-30.

## INFANTIA2000 Studio

COGLI L'ATTIMO!

CONDIZIONI  
UNICHE E  
VANTAGGIOSE

PER ENTRARE  
NEL NETWORK FIMESAN  
(anche se sei già informatizzato)

RICERCA  
MOBILITÀ  
FORMAZIONE  
INTEGRAZIONE  
COMUNICAZIONE  
GOVERNO CLINICO



Desidera ricevere maggiori informazioni o richiedere il CD Demo di INFANTIA2000? Le farebbe piacere la visita di un nostro incaricato presso il suo studio? Ritagli, compili ed invii il coupon per fax al nr. 02.335.17.99.77

cognome e nome

indirizzo

cap

città

tel

e-mail

Il trattamento dei dati personali avverrà nel pieno rispetto di quanto stabilito dal D. Lgs. 196/2003

Richiedo il CD Demo

Sono interessato alla visita di un vostro incaricato previo appuntamento

Può anche effettuare la richiesta:

contattando il customercare al

Numero Verde  
**800.011.781**

via e-mail all'indirizzo: [customercare@fimesan.it](mailto:customercare@fimesan.it)

comunicando il seguente codice

**COD.PROMO MB052007**

**FIMESAN**

FIMESAN S.p.A. • e-health projects & consulting  
HEADQUARTERS • MOLFETTA BA IT  
SERVICES CENTRE • MELFI PZ IT

LEADER IN ITALIA CON CIRCA 8.000 STUDI MEDICI INFORMATIZZATI

Per gli approfondimenti consulti il sito su [www.fimesan.it/pediatria](http://www.fimesan.it/pediatria)