

Barbara Roviglione
Claudia Garassino
Enrico Felici

SC Pediatria e DEA Pediatrico,
Ospedale Infantile, Centro "Bosio"
per la patologia gastroenterologica
pediatrica, AOU SS Antonio e Biagio e
C. Arrigo, Alessandria
enrico.felici@ospedale.al.it

[FAKE NEWS]

Che mal di pancia... questo mal di pancia!

Il dolore addominale acuto e ricorrente in età pediatrica:
ansia per i genitori e sfida per il clinico.

IL DOLORE ADDOMINALE ACUTO nel bambino rappresenta una tra le più frequenti cause di accesso al Pronto soccorso pediatrico, costituendo circa il 5-10% delle visite in urgenza. Esso rappresenta una vera e propria sfida per il pediatra che deve riuscire a discriminare la natura del sintomo individuando un'etiologia organica medica o chirurgica, che può essere presente in oltre il 20%, da un disordine di altra natura. Fondamentale quindi è porre un'accurata e tempestiva diagnosi, con attenzione ai segni di allarme.

Il dolore addominale ricorrente (DAR) rappresenta un altro problema comune in età pediatrica, costituendo dal 2% al 4% delle visite pediatriche ambulatoriali. Si definisce tale per la presenza di almeno 3 episodi di dolore che interferisce con l'attività quotidiana in un periodo di almeno 3 mesi. In questi casi un'etiologia organica è identificabile solo nel 5-10%. La restante quota viene considerata classificabile nell'ambito dei disturbi gastrointestinali funzionali (DFGI) secondo i criteri Roma IV. I bambini con DAR, e di conseguenza le famiglie, presentano sentimenti di ansia e di angoscia che portano ad un elevato tasso di assenteismo scolastico e di consulti medici oltre che a ripercussioni sulla vita familiare. In uno studio condotto nel 2006, i genitori dei bambini con DAR riportavano

un punteggio della qualità di vita dei loro figli inferiore rispetto ai coetanei sani, e uguale a quello di bambini con malattia infiammatoria cronica intestinale (MICI) o con malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE).



Che mal di pancia!
Sarà appendicite?

MOLTO SPESSO CIÒ CHE SPINGE i genitori a portare in Pronto soccorso il bambino con dolore addominale acuto è il timore dell'appendicite acuta. Tale entità clinica è la più comune causa chirurgica di dolore addominale nel bambino, ha una incidenza di circa lo 0,4% nei bambini al di sotto dei 14 anni, generalmente si presenta nelle fasi iniziali con una dolenzia addominale diffusa che diviene con il passare delle ore elettiva in fossa iliaca destra, soprattutto negli adolescenti, associata a febbre, nausea e vomito mentre nei bambini di età inferiore ai 3 anni si presenta con sintomi meno specifici quali febbre, vomito, distensione addominale, diarrea, letargia e importante scadimento delle condizioni generali. Agli esami laboratoristici si può osservare un'alterazione della formula leucocitaria con tendenza alla leucocitosi neutrofila e contestuale innalzamento degli indici di flogosi VES e PCR. Dirimente è l'ecografia

addominale con studio dell'appendice o il riscontro di segni indiretti di flogosi appendicolare. L'appendicectomia è il trattamento di scelta per l'appendicite. Recentemente, tuttavia, la gestione non chirurgica è stata discussa come un'opzione emergente, ma non è ancora lo standard di cura e sono necessarie ulteriori ricerche prima che diventi un pilastro nel trattamento dell'appendicite.

Tra le altre cause chirurgiche di dolore addominale acuto, che ricordiamo essere oltre il 20%, vi sono l'invaginazione intestinale, il volvolo, l'ernia incarcerata, il cui mancato riconoscimento può condurre a complicanze importanti. Risulta fondamentale quindi porre un'accurata e tempestiva diagnosi, con particolare attenzione ai segni di allarme: scadimento delle condizioni generali, dolore continuo/ingravescente, localizzazione fissa in fossa iliaca destra, recente trauma addominale, sanguinamento dalle alte/basse vie digerenti, alvo chiuso a feci e gas, vomito biliare, contrazione della diuresi.



Il mal di pancia
del mio bambino dura
da tanto, troppo tempo

I DISTURBI GASTROINTESTINALI funzionali, definiti dai Criteri di Roma IV, rappresentano una varietà

di condizioni caratterizzate da sintomi a carico del tratto gastrointestinale non sostenuti da una patologia organica.

Il dolore addominale funzionale, che colpisce 3 bambini su 10 in età scolare, è una condizione benigna che nell'80% dei casi si risolve entro i due anni. Tale entità non va mai trascurata poiché incide negativamente sul benessere e sulla qualità di vita del bambino, con conseguente notevole preoccupazione da parte dei genitori e delle famiglie.

Il non trovare una causa organica sottostante può erroneamente equivalere a sottostimare il sintomo o addirittura a negare la veridicità del problema. Ci si basa oggi sul *modello biopsicosociale* secondo cui il sintomo può originare da una causa psicogena, essere l'espressione di una somatizzazione, di un problema evolutivo, di un'alterata relazione psicosociale o derivare da un insieme di questi fattori. Secondo questa recente teoria, il dolore addominale è riconducibile ad un'alterazione dell'asse "cervello-intestino" rappresentato da strette interconnessioni del sistema nervoso centrale con quello enterico.

La diagnosi di dolore addominale funzionale si basa sulla storia anamnestica dettagliata e accuratamente raccolta durante la visita e sull'esame obiettivo. Durante il primo approccio al paziente occorre constatare che non siano presenti le cosiddette *red flag* ovvero segni e sintomi di allarme che si possono associare al dolore addominale quali il rallentamento della curva di crescita staturale e/o ponderale, la presenza di segni e sintomi sistemici (astenia, pallore, febbre, interessamento extra intestinale), dolore localizzato non in zona periombelicale, risvegli notturni, vomito persistente, dolore accompagnato da diarrea cronica, dolore associato a sintomi neurologici, la presenza di altri segni clinici ga-

strointestinali (disfagia/meteorismo/fissurazioni anali/ragadi/ulcere aftoidi orali e/o anali).

Utile sottolineare che la diagnosi di dolore addominale funzionale non è una diagnosi di esclusione, bensì deve essere posta "in positivo", evitando di richiedere accertamenti superflui e limitando le indagini, specie quelle invasive, a chi presenta sintomi d'allarme.



Che mal di pancia... irritabile!

LA SINDROME DEL COLON IRRITABILE è un **disordine funzionale gastrointestinale** caratterizzato da dolore addominale associato a un cambiamento nel numero di evacuazioni e/o della consistenza delle feci. La sindrome del colon irritabile colpisce **soprattutto i bambini in età scolare** (circa il 6%-14% dei bambini e il 22%-35% degli adolescenti). Essendo un disturbo funzionale, lo scopo di ogni approccio terapeutico è volto al miglioramento della qualità di vita del bambino e della sua famiglia. Uno step fondamentale consiste nello spiegare dettagliatamente la natura della condizione ai genitori e, se è possibile, al bambino rassicurandoli sull'assenza di una malattia organica sottostante.



Non esistono terapie per i dolori funzionali gastrointestinali? Sbagliato!

L TRATTAMENTO E LA GESTIONE del DAR devono essere multidisciplinari. È fondamentale cercare di rassicurare il paziente e la famiglia ed evidenziare l'importanza dell'ambiente sociale del bambino e della componente psicologica. Il medico dovrebbe fornire rassicurazioni re-

lative al fatto che una diagnosi "in positivo" di DAR non rappresenta una mancata identificazione di una malattia organica sottostante e guidare e supportare i genitori nella comprensione della fisiopatologia del dolore e della gestione dei sintomi.

Tra le terapie più efficaci nella gestione del dolore addominale sono rappresentate dalla terapia cognitivo-comportamentale, che ha dimostrato risultati superiori rispetto al placebo nel ridurre i sintomi ed impatto sociale dei DAR. Il trattamento rimane per lo più di supporto con farmaci sintomatici con beneficio variabile a seconda delle situazioni, ma spesso da soli poco efficaci. Tra essi ricordiamo i probiotici e diete, quali l'eliminazione temporanea delle proteine del latte vaccino nelle coliche del lattante o la dieta a basso contenuto di carboidrati a catena corta (FODMAPs) nella sindrome del colon irritabile. Recenti dati dimostrano che il riequilibrio del microbiota intestinale mediante alcuni probiotici possa ridurre l'intensità e la frequenza dei DAR nelle forme associate a meteorismo e diarrea. ■

Gli autori dichiarano di non avere alcun conflitto di interesse.

Bibliografia

1. Gordon M, Benninga M, Borlack R, et al. ESPGHAN and NASPGHAN 2023 protocol for paediatric FAPD treatment guidelines (standard operating procedure). *BMJ Paediatr Open* 2023; 7: e002166.
2. Thapar N, Benninga M, Crowell MD, et al. Paediatric functional abdominal pain disorders. *Nat Rev Dis Primers* 2020; 6: 89.
3. M Hijaz N, Friesen CA. Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. *Pediatric Health Med Ther* 2017; 8: 83-91.
4. Wallace C, Gordon M, Sinopoulou V, Akobeng AK. Probiotics for management of functional abdominal pain disorders in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2023; 2: CD012849.
5. Becker C, Kharbanda A. Acute appendicitis in pediatric patients: an evidence-based review. *Pediatr Emerg Med Pract* 2019; 16: 1-20.