



I DOLORI ADDOMINALI RICORRENTI

CARLO TOLONE

Dipartimento di Pediatria

Seconda Università di Napoli

Avellino

29/10/2005

DAR

Definizione

- “bambini di età compresa fra 4 e 16 anni
- con dolori addominali ricorrenti almeno una volta al mese
- che persistono per più di 3 mesi
- con periodi intercritici asintomatici
- di intensità sufficiente ad impedire le normali attività” (*Apley*)

INCIDENZA

USA 2005

3.8% bambini di 2 anni

11.8% bambini di 6 anni

Media 8.4%

Prevalenza nel sesso femminile

(dopo gli 8 anni)

RECURRENT ABDOMINAL PAIN

FUNCTIONAL ABDOMINAL PAIN

(Roma II Criteria – 1997)

Better

CHRONIC ABDOMINAL PAIN

COMPITO DEL PEDIATRA

- Distinguere fra patologia organica e funzionale
- Avviare, quando necessario, le procedure diagnostiche
- Rassicurare i genitori ed il bambino
- Seguire nel tempo il paziente

RGE può diventare mRGE

Sierologia negativa per celiachia può
positivizzarsi nel tempo

IBD possono avere esordio subdolo e
decorso lento

Etc.

ANAMNESI PERSONALE

Caratteristiche del dolore

Epoca di comparsa

Frequenza degli episodi

Intensità e durata

Sede (variazioni)

Rapporto con i pasti

Relazione con impegni stressanti

Risveglio notturno

Limitazione delle attività ludiche

ANAMNESI FAMILIARE

Positività per ulcera, per mRGE, per celiachia,
per IBD, per DAR non meglio identificati etc

Predisposizione genetica

Recentemente è stata individuata un' alterazione
al livello del cromosoma 13q14 in famiglie
affette da mRGE grave

INDAGARE SULLA PERSONALITA' DEL BAMBINO

Spesso sono associati ai DAR ansia,
depressione, disturbi somatici
(soprattutto fra gli adolescenti)

INDAGARE SULLA PERSONALITA' DEI GENITORI

A volte la madre descrive in maniera più grave la sintomatologia dolorosa ed i sintomi di accompagnamento di quanto faccia il bambino

VALUTAZIONE

Valutazione dell'entità del dolore riferito dal
bambino,
della capacità a sopportarlo
o ad enfatizzarlo

Scale più complesse per valutare il dolore e la
risoluzione di questo

Strategie terapeutiche atte a migliorare la capacità
del bambino ad affrontare il problema dolore

ESAME OBBIETTIVO

Pallore di cute e mucose

Ittero

Distrofia

Manifestazioni allergiche

Epatosplenomegalia

Fissurazioni, ulcere perianali

Masse addominali

Evocazione del dolore alla palpazione in uno dei
quadranti dell'addome

SEGNI DI ALLARME

Familiarità

Perdita di peso

Anoressia

Febbre

Diarrea e/o vomito correlato al dolore

Enterorragia

SEGNI DI ALLARME

Dolore costantemente riferito lontano dalla sede periombelicale

Dolore irradiato al dorso o all'inguine

Dolore che risveglia dal sonno

Dolore che dura molto a lungo

Sonnolenza o prostrazione dopo l'attacco doloroso

LE CAUSE

Classificazione di Boyle (1994) ripresa da
Walker (2004)

DAR come isolato dolore parossistico

DAR associato a sintomi dispeptici

DAR associato ad alterato transito intestinale

DAR E INFEZIONE DA HP

Un aspetto ancora oggi molto discusso

Diversi AA 2005:

Nesso tra sintomatologia dolorosa ed HP

Diversi AA 2005:

Indicazione a ricercare e trattare l'HP solo in caso di
sintomatologia ulcerosa
(rara in età pediatrica)

COLICHE ADDOMINALI SEVERE NEI PRIMI MESI DI VITA E DAR NEGLI ANNI SUCCESSIVI

100 lattanti affetti da coliche addominali severe hanno successivamente sviluppato Dar ($p=0.001$), allergie ($p<0.005$), disturbi psicologici (aggressività e disturbi del sonno) ($p<0.005$)

Savino 2005

Coliche del lattante



Precoce espressione di
“malessere gastrointestinale”

Il bambino con DAR nasce già predisposto a presentare “fastidi” dell’apparato gastroenterico?

Ha una più elevata percezione del dolore addominale?

Ha una suscettibilità particolare nei confronti di stimoli avversi (infiammatori, infettivi, allergici)?

È dimostrato che un bambino presenta DAR
in maniera significativamente più elevata se
ha un genitore affetto dallo stesso problema

Predisposizione genetica

Perché più dolore?

Bassa soglia agli stimoli dolorosi per

Anomala secrezione di endorfine

Aumentata produzione di tachichinine

(potenti spasmogeni della m.l.i.)

Aumentata attivazione e/o aumentato numero di
recettori NK2 per le tachichinine

Eventi scatenanti → rinforzo

Aerofagia, stipsi, malattie intercorrenti etc.

Ambiente socio-familiare

CASISTICA PERSONALE

130 bambini (2-16 aa)

Ambulatorio di Gastroenterologia Pediatrica S.U.N.

Risultati

DA ricorrenti 82 bambini (63%)

45 f –37 m

DA funzionali 48 bambini (37%)

30f-18m

PATOLOGIE DIAGNOSTICATE

Intolleranza al lattosio 17

Infezione HP 17

mRGE 11

Celiachia 11

Litiasi renale 8

Litiasi biliare 4

Litiasi renale e biliare 2

Parassitosi 5

Allergia alimentare 4

Stipsi (occult constipation) 3

- Prevalenza del sesso femminile nel primo e soprattutto nel secondo gruppo
- % abbastanza alta (63%) di DAR
- Beneficio evidente con la dieta o la terapia consigliata nella maggior parte dei bambini

CONSIDERAZIONI

- Casistica selezionata (bambini quasi tutti inviati dal pediatra)
 - Arruolati nello studio solo bambini che effettivamente rispondevano ai criteri elencati (in caso di dubbio rinviati ad una seconda visita prima di accedere all'iter diagnostico)
- Anamnesi e visita effettuate sempre dallo stesso medico

CONCLUSIONI

DOLORE ADDOMINALE CRONICO

Approccio al paziente: non facile!

Diagnosi: non facile!

Follow up: non facile!

Vantaggi, uno solo:

Tempo a disposizione!

(anche per rivedere il caso!!)