- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.94 Thu, 03 Jul 2025, 05:59:40

[FAKE NEWS]

Il dolore addominale ricorrente: verità e falsi miti

Un terreno fertile per lo sviluppo di false credenze: per gestire il dolore addominale ricorrente è necessario rassicurare ed educare le famiglie.

Francesco Morotti[1], Elena Borali[2], Enrico Felici[2]

[1] Scuola di Specializzazione in Pediatria e Neonatologia, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", Novara

[2] SC Pediatria e DEA Pediatrico, Centro "Bosio" per la diagnosi e cura delle patologie gastroenterologiche pediatriche, Ospedale Infantile, AON SS. Antonio e Biagio e C. Arrigo, Alessandria

Il dolore addominale rappresenta una delle prime cause di accesso a cure mediche di I e II livello in bambini di età superiore ai 3 anni. In alcuni casi esso si manifesta in forma ricorrente (DAR), definita dalla presenza di almeno 3 episodi di dolore interferente con l'attività quotidiana in un periodo di almeno 3 mesi. L'incidenza di DAR a livello globale è stimata attorno al 13,5%, con tasso proporzionale all'aumento di età e prevalenza maggiore nel sesso femminile (OR 1,5). Una causa organica è identificabile solo nel 5-10% dei casi. La restante quota viene considerata classificabile nell'ambito dei disturbi gastrointestinali funzionali, secondo i criteri di Roma IV. A causa dell'impatto emotivo e delle ripercussioni sulla qualità di vita di bambini e famiglie, i DAR rappresentano terreno fertile per lo sviluppo di false credenze, anche tra gli addetti ai lavori. Rassicurare ed educare le famiglie rappresenta la chiave della gestione dei DAR.

1. La diagnosi di DAR è una diagnosi di esclusione. FALSO.

I criteri di Roma IV sono un valido strumento in grado di garantire una diagnosi "in positivo" basata su un'accurata anamnesi e valutazione clinica del paziente, limitando l'utilizzo di esami laboratoristico-strumentali a casi selezionati, con enorme risparmio in termini di tempo e spesa sanitaria. Il loro utilizzo è affidabile, come dimostra il fatto che solo l'1-2% dei pazienti inizialmente classificati come affetti da disturbo funzionale riceve una diagnosi di disturbo organico in un secondo momento. Eseguire alcuni semplici esami di primo livello, come emocromo, PCR e VES, ricerca di sangue occulto fecale, parassiti fecali ed esame urine completo può essere utile per tranquillizzare ulteriormente pazienti e genitori.

2. La presenza di "red flags" non impone ulteriori approfondimenti. FALSO.

La presenza di "red flags" (diarrea cronica, febbre di origine ignota, rallentamento/arresto di crescita, sanguinamento gastrointestinale, dolore addominale notturno, perdita di peso involontario, vomiti significativi, ecc.) deve spingere ad ulteriori indagini; tuttavia occorre ricordare come "red flag" isolate non siano sufficientemente specifiche per escludere o comprovare la presenza di patologia organica. Ulteriori accertamenti sono indicati anche in caso di DAR persistenti, particolare impatto sulla vita del bimbo o della famiglia, sintomi d'accompagnamento, familiarità per patologie gastrointestinali.

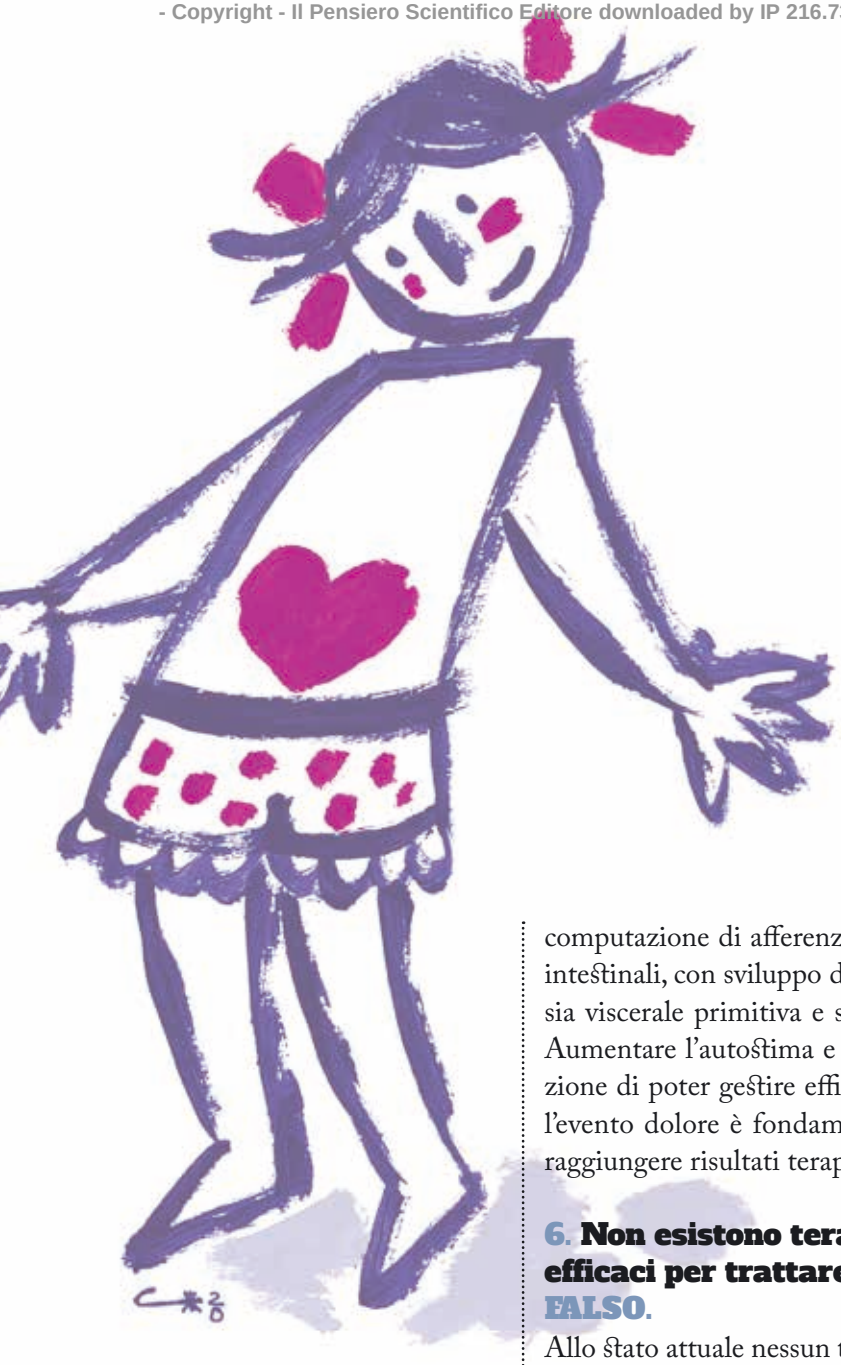
3. I DAR possono essere espressione di intolleranza alimentare. FALSO.

Attribuire il sintomo dolore addominale ad un qualche alimento "cattivo" rappresenta un errore in cui è facile cadere. Sebbene celiachia ed allergie alimentari possano presentarsi con dolore addominale, esse non hanno incidenza maggiore in bambini affetti da DAR (vanno pertanto ricercate sulla base di elementi clinici ed anamnestici suggestivi). Le false aspettative sono alimentate dal transitorio successo di diete di eliminazione più o meno "spinte", i cui meccanismi variano dall'effetto placebo alla riduzione del contenuto di FODMAP (oligo-di-monosaccaridi fermentabili e polioli), ma che possono arrivare ad esporre i piccoli al rischio concreto di malnutrizione. Al contrario, è fondamentale raccomandare una dieta sana ed equilibrata.

4. Ricercare ed eradicare l'infezione da *Helicobacter pylori* è utile per risolvere i DAR. FALSO.

L'*Helicobacter pylori* (HP) è il principale responsabile dello sviluppo di gastrite in età pediatrica. Sebbene le gastriti da HP possano manifestarsi con dolore addominale, non esistono dati conclusivi in grado di determinare una associazione significativa tra DAR e HP. Il riscontro di HP in

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 216.73.216.94 Thu, 03 Jul 2025, 05:59:40



pazienti affetti da DAR può essere considerato un reperto incidentale e la terapia eradicante, rivelarsi non utile o dannosa nel risolvere la sintomatologia dolorosa ricorrente.

5. I DAR sono un disturbo indotto dallo stress. FALSO.

Sebbene sia chiara la relazione tra sfera emotiva e DAR, non è lo stress in sé a determinare il sintomo dolore, bensì la scarsa capacità del bambino di affrontare l'esposizione ad eventi stressogeni fisiologici. Questa povertà dei meccanismi di "gestione" dello stress porta ad una alterata computazione di afferenze sensitive intestinali, con sviluppo di iperalgesia viscerale primitiva e secondaria. Aumentare l'autostima e la convinzione di poter gestire efficacemente l'evento dolore è fondamentale per raggiungere risultati terapeutici.

6. Non esistono terapie efficaci per trattare i DAR. FALSO.

Allo stato attuale nessun trattamento farmacologico ha dimostrato una efficacia maggiore rispetto al placebo nel trattamento dei DAR. Tuttavia va sottolineato che l'elevata risposta al placebo (40%) mantiene alta la tendenza errata alla prescrizione farmacologica (con inibitori di pompa protonica ed inibitori dei recettori H2 tra i farmaci più utilizzati). Recenti dati dimostrano che il riequilibrio del microbiota batterico mediante probiotici (VSL#3, Lactobacillus GG) possa ridurre l'intensità e la frequenza di DAR in forme associate a meteorismo e diarrea. Nell'ambito dei trattamenti non farmacologici, l'approccio cognitivo comportamentale ha dimostrato risultati superiori al placebo nel ridurre sintomi e impatto sociale dei DAR.

7. Il bambino con DAR deve essere l'unico "bersaglio" delle nostre attenzioni terapeutiche. FALSO.

È possibile considerare i DAR come disturbi "familiari", non solo per la indubbia componente di predisposizione genetica. Il background emotivo dei genitori modula il comportamento del bambino durante le fasi acute e può giungere a rinforzare un comportamento disfunzionale in risposta al dolore, peggiorando e prolungando il vissuto di malattia. Alla base di un trattamento efficace sta la capacità di costruire una alleanza terapeutica con i genitori, mediante l'analisi e la discussione delle paure e preoccupazioni che impediscono di fornire al bambino un modello corretto di reazione al dolore.

In conclusione, i recenti dati della letteratura supportano una diagnosi in positivo dei DAR (e degli altri disturbi funzionali gastrointestinali) cioè basata sui sintomi e sulla presenza di precisi criteri diagnostici (Criteri di Roma IV) in assenza di sintomi o segni di allarme per patologia organica. Le possibilità di trattamento esistono e sono volte al miglioramento della qualità di vita, al contenimento delle paure familiari e all'abbattimento della disabilità associata al dolore, più che alla soppressione del dolore in sé e per sé. È fondamentale un approccio in grado di identificare diverse componenti (cliniche, psicosociali, fisiologiche) e costruire un rapporto di alleanza terapeutica con le famiglie dei pazienti ■