

DOLORE ADDOMINALE

Cosa è?

Il dolore addominale nel bambino è un sintomo comune ed impegnativo. In PS la frequenza del dolore addominale, riferito ad una patologia esclusivamente gastroenterologica, è dell'ordine del 5% come sintomo isolato e raggiunge il 20% se si considera come sintomo associato o secondario ad altra patologia. La valutazione del dolore addominale acuto rappresenta un problema reale e frequente per il Pediatra, data la necessità di discriminare le molteplici patologie che questo sintomo può sottintendere. Il pediatra deve essere in grado di distinguere malattie gravi e potenzialmente letali da situazioni più benigne o banali.

Come si presenta:

Il dolore addominale può essere un singolo evento acuto o acuto ma ricorrente o cronico. La diagnosi differenziale è difficile e varia in rapporto all'età; sebbene alcune situazioni siano presenti in tutta l'età pediatrica (stipsi, gastroenterite, ecc), alcune sono specifiche solo in certe età (invaginazione nel lattante). (Vedi tabella)

L'anamnesi e l'esame clinico costituiscono i passi più importanti (e spesso sufficienti) per una corretta diagnosi sulla natura del dolore addominale. Gli esami di laboratorio e radiologici sono al più di supporto e di solito non cambiano la diagnosi clinica.

< 2 aa	2 - 5 aa	5 - 12 aa	> 12 aa
Colica infantile	Gastroenterite	Gastroenterite	Appendicite
Gastroenterite	Appendicite	Appendicite	Gastroenterite
Stipsi	Stipsi	Stipsi	Stipsi
Infezione vie urinarie	Infezione vie urinarie	Dolore funzionale	Dismenorrea
Invaginazione	Invaginazione	Infezione vie urinarie	Mittelschmerz
Atresia/stenosi	Malrotazione/Volvolo	Trauma	Trauma
Malrotazione/Volvolo	Trauma	Faringite	Malattia infiammatoria pelvica
Emia strozzata	Faringite	Polmonite	Rottura follicolo/Corpo luteo
Malattia di Hirschsprung	Crisi drepanocitica	Crisi drepanocitica	Aborto ritenuto
	Porpora Schonlein-Henoch	Porpora Schonlein-Henoch	Gravidanza ectopica
	Adenite mesenterica	Adenite mesenterica	Torsione ovaio/testicolo

Anamnesi:

- Tempo di insorgenza del dolore;
- Localizzazione del dolore;
- Caratteristiche del dolore;
- Grado di attività del bambino;
- Sintomi gastrointestinali:
 - anoressia e nausea.
 - vomito.
 - diarrea.
 - stipsi.
- Sintomi sistemici;
- Anamnesi familiare e patologica remota;

Esame obiettivo:

- l'**osservazione** del comportamento del bambino, da effettuare durante la raccolta dell'anamnesi, deve precedere l'esame fisico.
- la **palpazione** dell'addome deve essere eseguita per ultima, dopo aver esaminato tutti gli altri organi, possibilmente senza aver né irritato né stancato il bambino, anzi dopo aver ottenuto la sua fiducia.
- la **palpazione** dell'addome deve iniziare lontano dal punto dolente, deve essere eseguita con gentilezza con mani calde, poste a piatto, possibilmente senza provocare inizialmente dolore, mentre si distrae il bambino con semplici domande, osservando il volto del bambino per vedere eventuali reazioni di dolore.
- **Auscultazione** della peristalsi

Quali esami di laboratorio fare:

- **Emocromo** - se la storia clinica e l'esame obiettivo sono altamente suggestivi di appendicite, una conta normale o solo lievemente aumentata dei leucociti non deve dissuadere il clinico dalla diagnosi. D'altra parte una evidente linfocitosi può suggerire una gastroenterite o una altra affezione virale. Una eccessiva attenzione alla conta dei leucociti può determinare un ritardo della diagnosi;
- **Esame delle urine** - IVU, diabete tipo 1, gravidanza;
- **VES, PCR, amilasi, elettroliti.**

Quali esami strumentali fare:

A seconda del sospetto clinico, possono essere d'aiuto nel confermare la diagnosi:

- Rx diretta del torace e dell'addome (A-P e L-L);
- Ecografia dell'addome;
- Rx digerente per clisma;
- Rx digerente per os;
- TC addome senza o con MDC (di raro impiego).

Come trattarlo in PS:

DOLORE ADDOMINALE DA CAUSE MEDICHE

Non vi è indicazione a trattamento antidolorifico nel caso di:

- GASTROENTERITI (reidratazione orale o endovenosa, fermenti lattici, antibiotici in casi selezionati) ;
- COLICHE DEL LATTANTE (terapie comportamentali, manipolazioni, probiotici);
- STIPSI (clisteri evacuativi, dieta, polietilenglicoli);
- INFEZIONI URINARIE (antibiotici, idratazione);
- CELIACHIA;
- DIABETE DI TIPO 1 / CHETOACIDOSI DIABETICA.

Può essere indicato l'utilizzo di terapia antidolorifica con PARACETAMOLO (OS 20 mg/kg nei pazienti >3 mesi, 15mg/kg nei pazienti <3 mesi; EV 7.5 mg/kg nei pazienti di peso <10 kg, 10 mg/Kg nei pazienti di peso >10 kg, ripetibile ogni 6 ore) o. IBUPROFENE (OS 10 mg/kg, preferibilmente a stomaco pieno) in caso di:

- ADENITE MESENTERICA;
- VIROSI DELLE VIE RESPIRATORIE, POLMONITI;
- MALATTIA INFIAMMATORIA PELVICA;
- CRISI DREPANOCITICA;
- DISMENORREA, dolore di metà ciclo.

Diverse indicazioni terapeutiche specifiche per:

- DOLORE FUNZIONALE e SINDROME DELL'INTESTINO IRRITABILE: dieta, probiotici, antispastici;
- MORBO DI CROHN: lieve dell'ileo terminale o del colon: mesalazina 50-70 mg/kg/die, malattia del tenue o del colon più estesa o più severa: prednisone 1-2 mg/kg/die;
- PORPORA DI SCHONLEIN-HENOCH: paracetamolo, corticosteroidi 1-2 mg/kg/die;
- MALATTIA PEPTICA: antiacidi, inibitori di pompa protonica, terapia dell'*Helicobacter Pylori*;
- PANCREATITE: oppioidi (morfini o tramadolo);

DOLORE ADDOMINALE DA CAUSE CHIRURGICHE

Una convinzione comune è che l'analgesia mascheri i segni e sintomi delle patologie addominali acute chirurgiche. In realtà, anche se non esistono dati definitivi di letteratura, vi sono evidenze che il sollievo dal dolore e l'utilizzo di oppioidi nel paziente con dolore addominale acuto non incrementano il rischio di errore nel percorso diagnostico terapeutico, né nell'adulto né nel bambino. Inoltre è indubbio che il trattamento analgesico aumenta il comfort del paziente e quindi è consigliabile. Pertanto è possibile trattare il dolore addominale anche nel sospetto di cause chirurgiche (secondo le modalità prima indicate).

Fanno eccezione:

1. INVAGINAZIONE INTESTINALE:

Può essere somministrato paracetamolo alla dose di 15 mg/kg per via orale; deve essere altresì considerata l'opportunità di somministrare (previo consenso informato) Mi-

dazolam Orale 0,5 - 0,75 mg/kg in singola dose (massimo: 10 - 15 mg) o Intranasale 0,2 - 0,3 mg/kg in singola dose (massimo: 10 mg). Tale procedura ha il duplice scopo di alleviare il dolore e di ridurre il tono della muscolatura liscia intestinale e aumentare le probabilità di successo del clisma opaco successivo all'ecografia.

2. APPENDICITE ACUTA:

In caso di dubbio di appendicite, si possono utilizzare paracetamolo o ibuprofene secondo le modalità prima indicate. Una volta accertata la diagnosi, in attesa del trasferimento in Sala Operatoria, è utile la somministrazione di Tramadolo (se età > 1 anno) gocce per os: 1-2 mg/kg ogni 6 - 8 ore e.v. 4 - 6 mg/kg/die in infusione continua. Morfina 0,05 - 0,1 mg/Kg in bolo lento 3-5 minuti seguito da infusione continua 0,02 mg/kg/h.

DOLORE ADDOMINALE DA CAUSE TRAUMATICHE

Il dolore nel trauma certo o sospetto è un sintomo rilevante e dà indicazione ad eseguire ulteriori accertamenti in relazione ad una sospetta lesione intra-addominale. In letteratura non ci sono trial che definiscano quale sia il trattamento più adeguato del dolore addominale nel trauma. Tuttavia l'analgesia può essere considerata analoga a quella delle condizioni mediche o chirurgiche. Una volta accertata l'assenza di lesioni vascolari può essere adottata, in base alla misura del dolore, una strategia analgesica analoga a quelle del dolore chirurgico. Importante il monitoraggio clinico e strumentale per evidenziare eventuali complicazioni tardive.

Quali sono le indicazioni al ricovero:

- Patologia chirurgica o traumatica con lesione intra-addominale;
- Dolore persistente, non responsivo alla terapia antidolorifica;
- Necessità di supporto idrico endovenoso.

Quali sono le raccomandazioni domiciliari:

I pazienti dimessi dal PS sono sostanzialmente quelli in cui è stata formulata diagnosi di una causa medica di dolore addominale. Dovranno essere fornite loro adeguate indicazioni domiciliari per proseguire la gestione della patologia, come già indicato nel paragrafo specifico.

BIBLIOGRAFIA

1. Bremner AR, Sandhu BK; Recurrent Abdominal Pain in Childhood The functional Element. Indian Pediatr. 2009 May;46(5):375-9.
2. Gray L; Chronic abdominal pain in children. Aust Fam Physician. 2008 Jun;37(6):398-400.
3. Berger MY, Gieteling MJ, Benninga MA; Chronic abdominal pain in children. BMJ. 2007 May 12;334(7601):997-1002.
4. A comprehensive review of randomized placebo-controlled pharmacological clinical trials in children with functional abdominal pain disorders. Saps M, Biring HS, Pusatcioglu CK, Mintjens S, Rzeznikewiz D. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015 May;60(5):645-53.
5. Carson L, Lewis D, Tsou M, et al; Abdominal migraine: an under-diagnosed cause of recurrent abdominal pain in children. Headache. 2011 May;51(5):707-12.

