



# **DOLORE ADDOMINALE CRONICO: QUANDO LA CLINICA E' CONFONDENTE**

**P. Gentile, A.M. Magistà, M. Antonini**

**AUSL TARANTO**

**Polo Occidentale - Stabilimento Ospedaliero di Castellaneta  
Struttura Complessa di Pediatria-Neonatologia**

*Direttore: dott. Pasquale Gentile*



- Alessandra è una bambina di 5 anni che giunge alla nostra attenzione per una **sintomatologia dolorosa addominale**.
- Circa due giorni prima della nostra valutazione la piccola aveva iniziato a lamentare dolore localizzato **in sede periombelicale**, riferito come **intenso**, di **tipo colico** e che si presentava ad intervalli di circa 20 minuti, associato a **vomito** e **modesto rialzo termico** con **alvo canalizzato ai gas ed alle feci**. Dopo una iniziale regressione spontanea, la sintomatologia si era ripresentata a distanza di 48 ore tanto da richiedere il ricovero presso il nostro reparto.

- L'anamnesi patologica remota è muta per patologie degne di nota ma viene riferita una storia di **dolore addominale cronico**.
- Circa sei mesi prima la piccola aveva iniziato a lamentare **dolore** episodico, riferito come non frequente (1 episodio settimanale), localizzato in sede periombelicale, di intensità variabile e talora invalidante, non alleviato dalla defecazione, generalmente di breve durata e a regressione spontanea. Non veniva riferita altra sintomatologia. Sei mesi prima dell'insorgenza del sintomo l'**alvo** aveva subito un cambiamento nel senso di una **stipsi** (2-3 emissioni settimanali di feci di consistenza aumentata, voluminose, con evacuazione dolorosa).
- **L'accrescimento** non risultava compromesso e dall'esame obiettivo non emergevano **segni** suggestivi di una malattia organica

- Il **dolore addominale cronico** rappresenta una condizione di frequente riscontro in età pediatrica la cui incidenza, in bambini in età scolare e giovani adolescenti, varia dal 10 al 30%. Il dolore riconosce una **natura organica** in una percentuale di casi variabile dal 10 al 30% nelle diverse casistiche mentre, in assenza di alcuna anomalia strutturale o metabolica, viene definito come **funzionale**.
- In età pediatrica la prima descrizione delle forme non organiche risale ad **Apley** il quale introdusse per primo il termine di **dolore addominale ricorrente** riferendosi ad un'entità sindromica caratterizzata dal recidivare di episodi dolorosi alternati a benessere, presenti da almeno tre mesi consecutivi e con una frequenza di almeno un episodio al mese.

- I criteri proposti da Apley circa mezzo secolo fa appaiono oggi troppo generici alla luce delle nuove conoscenze acquisite sui **disturbi funzionali del tratto gastroenterico** (functional gastrointestinal disorders) (FGIDs) riconosciuti come una **combinazione variabile di sintomi gastrointestinali, ricorrenti o cronici, spesso correlati all'età in assenza di alcuna anomalia strutturale o biochimica documentabile.**
- I **criteri di Roma**, elaborati attraverso generazioni successive, hanno consentito di riconoscere ai FGIDs la dignità di entità cliniche consentendo di formulare una **diagnosi "in positivo"** pur in assenza di un *marker* diagnostico.

## Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Child/Adolescent

ANDRÉE RASQUIN,\* CARLO DI LORENZO,† DAVID FORBES,§ ERNESTO GUIRALDES,¶  
JEFFREY S. HYAMS,|| ANNAMARIA STAIANO,# and LYNN S. WALKER\*\*

- Rientra tra i FGIDs un dolore che sia stato riferito con una frequenza di **almeno un episodio settimanale nei due mesi precedenti la valutazione in assenza di evidenze di patologia infiammatoria, anatomica, metabolica o neoplastica.**
- Trattandosi di criteri eminentemente clinici, questi saranno applicabili a pazienti che possano fornire sufficienti dettagli sintomatologici; si è pertanto deciso di fissare il limite dei **quattro anni di età** al di sotto dei quali tali criteri non sono applicabili.

Dolore addominale o senso di fastidio in presenza di almeno 2 dei seguenti sintomi di accompagnamento per almeno il 25% del tempo:

- **alleviato dalla defecazione;**
- **esordio** associato ad un cambiamento nella **frequenza delle evacuazioni** (<2/week; >4/die);
- **esordio** associato ad un cambiamento nella **consistenza e/o forma delle feci.**



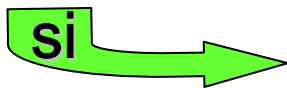
Suggestivo per **Sindrome dell'Intestino Irritabile**

- Dolore addominale o senso di fastidio **localizzato ai quadranti addominali superiori**



Suggestivo per **Dispepsia Funzionale**

- **Criteri insufficienti** per Sindrome dell'Intestino Irritabile e Dispepsia funzionale



Suggestivo per **Dolore Addominale Funzionale**

- Circa sei mesi prima la piccola aveva iniziato a lamentare dolore episodico, riferito come non frequente (1 episodio settimanale), localizzato in sede periombelicale, di intensità variabile e talora invalidante, non alleviato dalla defecazione, generalmente di breve durata e a regressione spontanea. Non veniva riferita altra sintomatologia. **Sei mesi prima dell'insorgenza del sintomo l'alvo aveva subito un cambiamento nel senso di una stipsi (2-3 emissioni settimanali di feci di consistenza aumentata, voluminose, con evacuazione dolorosa).**
- **L'accrescimento** non risultava compromesso e dall'esame obiettivo non emergevano **segni** suggestivi di una malattia organica

- Dolore o senso di fastidio (discomfort) associato con **due o più dei seguenti sintomi di accompagnamento** per **almeno il 25% del tempo**:
  1. **alleviato dalla defecazione;**
  2. **esordio associato ad un cambiamento nella frequenza delle evacuazioni ( $\geq 4$ /die;  $\leq 2$ /settimana);**
  3. **esordio associato ad un cambiamento nella forma (aspetto) delle feci;**
- Nessuna evidenza di condizioni patologiche di natura infiammatoria, anatomica, metabolica o neoplastica che possano giustificare i sintomi.

- Circa sei mesi prima la piccola aveva iniziato a lamentare dolore episodico, riferito come non frequente (1 episodio settimanale), localizzato in sede periombelicale, di intensità variabile e talora invalidante, **non alleviato dalla defecazione**, generalmente di breve durata e a regressione spontanea. Non veniva riferita altra sintomatologia. **Sei mesi prima** dell'insorgenza del sintomo l'alvo aveva subito un cambiamento nel senso di una stipsi (2-3 emissioni settimanali di feci di consistenza aumentata, voluminose, con sforzo all'evacuazione).
- **L'accrescimento** non risultava compromesso e dall'esame obiettivo non emergevano **segni** suggestivi di una malattia organica

- In presenza di criteri insufficienti per una Sindrome dell'Intestino Irritabile, l'alvo stitico suggerisce la diagnosi di un altro FGIDs, la **Stipsi funzionale**, e gli elementi clinici la confermano

### H3a. Diagnostic Criteria\* for Functional Constipation

Must include *2 or more* of the following in a child with a developmental age of *at least 4 years* with insufficient criteria for diagnosis of IBS:

1. Two or fewer defecations in the toilet per week
2. At least 1 episode of fecal incontinence per week
3. History of retentive posturing or excessive volitional stool retention
4. History of painful or hard bowel movements
5. Presence of a large fecal mass in the rectum
6. History of large diameter stools that may obstruct the toilet

*\*Criteria fulfilled at least once per week for at least 2 months before diagnosis*

# PEDIATRICS®

OFFICIAL JOURNAL OF THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS

NORTH AMERICAN SOCIETY FOR PEDIATRIC  
GASTROENTEROLOGY, HEPATOLOGY, AND NUTRITION

## CLINICAL REPORT

Guidance for the Clinician in Rendering Pediatric Care

Subcommittee on Chronic Abdominal Pain

Chronic Abdominal Pain in Children

***2005;115:812-15***

- La diagnosi di dolore funzionale può correttamente essere posta in un bambino di età compresa tra i 4 ed i 16 anni con un dolore addominale cronico in assenza di **sintomi e/o segni di allarme, con una obiettività negativa e con una ricerca del sangue occulto feci negativa senza la necessità di ricorrere ad ulteriori approfondimenti diagnostici.**

- Familiarità per malattia infiammatoria cronica intestinale, malattia celiaca, malattia ulcero-peptica
- Dolore persistente localizzato ai quadranti addominali destri (superiore o inferiore)
- Dolore che causa risvegli notturni
- Vomito persistente
- Disfagia
- Diarrea notturna
- Sanguinamento dal tratto gastroenterico
- Perdita di peso non altrimenti spiegata
- Rallentamento dell'accrescimento staturale-ponderale
- Pubertà ritardata
- Febbre senza segni di localizzazione
- Reperti anomali all'esame obiettivo addominale

- Dall'anamnesi familiare, dalla storia clinica, dall'esame obiettivo e dai dati auxologici **non emergevano elementi suggestivi di una malattia organica.**
- **Una positività isolata in una occasione** su 3 campioni successivi del **sangue occulto feci** fu giustificata dalla presenza **di ragadi anali**, compatibili con la storia clinica di stipsi. Un esame emocromocitometrico non mostrava, peraltro, anemia.
- Fu pertanto formulata diagnosi di **dolore addominale secondario ad una stipsi da ritenzione fecale** e fu consigliata terapia medica (rammolitori fecali e terapia locale per le ragadi).
- Ai controlli successivi venne riferito un **miglioramento del quadro** sia in termini di regolarizzazione dell'alvo che di sintomatologia dolorosa, pur continuando a persistere sporadici episodi. All'ispezione della regione perianale le ragadi erano regredite ed il monitoraggio del **SOF** mostrò una **persistente negativizzazione.**

.....sino al momento  
del ricovero.....

- Circa due giorni prima della nostra valutazione la piccola aveva iniziato a lamentare dolore localizzato **in sede periombelicale**, riferito come **intenso**, di **tipo colico** e che si presentava ad intervalli di circa 20 minuti, associato a **vomito** e **modesto rialzo termico** con **alvo canalizzato ai gas ed alle feci**. Dopo una iniziale regressione spontanea, la sintomatologia si era ripresentata a distanza di 48 ore tanto da richiedere il ricovero presso il nostro reparto.

- All'ingresso le condizioni cliniche della piccola erano discrete, con segni di disidratazione di grado lieve e con una obiettività negativa; dalle comuni indagini laboratoristiche e dagli esami strumentali effettuati (Ecografia addominale, RX addome in bianco in ortostasi) non emergeva alcun dato patologico e fu impostata una reidratazione parenterale.
- A distanza di 24 ore bruscamente si assisteva ad un cambiamento drammatico delle condizioni cliniche con comparsa di una **emorragia massiva dal tratto gastroenterico caratterizzata da enterorragia con conseguente anemizzazione** (Hb 7 gr/dl); **associata ad uno stato di shock ipovolemico** si impostava una terapia trasfusionale con ripresa dei parametri vitali e stabilizzazione delle condizioni cliniche in circa 24 ore.

- Le caratteristiche della perdita ematica **in assenza di reperti patologici ad una endoscopia del tratto digestivo superiore ed inferiore** e di segni suggestivi di una malattia infiammatoria intestinale facevano formulare il sospetto di un **diverticolo di Meckel**.
- Una successiva **scintigrafia con  $^{99}\text{Tc}$  pertechnetato** evidenziava in fossa iliaca destra un accumulo del tracciante sincrono con l'attività dello stomaco compatibile con mucosa gastrica eterotopica.
- La paziente veniva sottoposta a laparoscopia con **asportazione di un piccolo diverticolo ileale situato a 40-50 cm dalla valvola ileo-cecale**; l'esame istologico confermava la diagnosi descrivendo a livello diverticolare la presenza di **mucosa gastrica ectopica con area ulcerata** ed iperplasia focale dei follicoli linfatici.
- Controlli clinici successivi confermavano una completa remissione del quadro anche in relazione alla sintomatologia dolorosa

- Presente nel 2% della popolazione, rappresenta **la più comune anomalia congenita del tratto gastrointestinale**.
- La possibilità che il diverticolo diventi **sintomatico** è stimata intorno al **15% dei casi**; **la presenza di mucosa ectopica, la lunghezza del diverticolo superiore ai 2 cm ed il sesso maschile sembrano significativamente correlati a delle manifestazioni cliniche**.
- Diversi in relazione all'età sono i quadri associati, prevalendo **nei primi anni di vita sintomi di occlusione intestinale** e **negli adulti una emorragia gastrointestinale**.

*Ann Surg 2005;241:529-33.*

- La possibilità che il diverticolo si manifesti con **una sintomatologia dolorosa addominale di tipo cronico**, per quanto riportata in letteratura, rappresenta una evenienza infrequente, associandosi più frequentemente a **red flags quali un sanguinamento con anemizzazione progressiva**.

*J R Soc Med 2006;99:501-5.*

- Nella nostra paziente può il **dolore addominale cronico aver rappresentato il sintomo isolato di un diverticolo di Meckel**? Ed in cosa la clinica poteva aiutare in un più precoce inquadramento diagnostico?
- Il riscontro di un **SOF** era stato in passato giustificato dalla presenza di ragadi anali; l'assenza di una anemia associata e di red flags suggestive di una patologia organica, insieme alla negativizzazione del reperto ad un controllo successivo alla terapia erano elementi che facevano propendere per un **disturbo funzionale**, secondo quanto suggerito dalle **più recenti raccomandazioni**.
- Le **ragadi anali** hanno forse rappresentato un **fattore confondente** limitando ulteriori approfondimenti strumentali, peraltro non consigliati in assenza di segni di allarme? Per quanto sia possibile che il dolore addominali rappresenti una condizione semplicemente compresente al diverticolo ed a questo non correlata, la remissione della sintomatologia dopo la resezione chirurgica farebbe propendere per un nesso causale.

Per noi un monito:  
in ogni singolo paziente può presentarsi  
una delle tante facce del  
**QUADRO POOLIMORFO**  
del dolore addominale cronico.