

# Matilde, una bambina che non dorme

Federica Zanetto\*, Michele Gangemi°

\*Pediatria di famiglia ACP Milano e Provincia, °Pediatria di famiglia ACP Verona

## Abstract

### Matilde, a child who doesn't sleep

A typical case of sleeping disorder with difficulty in falling asleep and parents ready to do every possible thing. In absence of real evidence regarding the use of niaprazine the paediatrician tries to build a solid alliance with parents.

Quaderni acp 2004; 11(1): 34-35.

**Key words** Sleep. Sleep disorders. Niaprazine.

Il problema analizzato in questo scenario riguarda un tipico caso di sonno difficile, con una coppia di genitori disposti a provare qualsiasi cosa. Dalla ricerca cartacea e successivamente in PubMed vengono reperiti pochi studi, condotti su piccoli numeri, con dati di efficacia non conclusivi sull'utilizzo della niaprazina. Il pediatra cerca di creare con i genitori un'alleanza costruttiva.

**Parole chiave** Sonno. Disturbi del sonno. Niaprazina.

Dicevamo nello scorso numero che la EBM è attualmente lo strumento migliore di cui disponiamo per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca; aggiungevamo che questo processo, di per sé non facile prevede, alla fine, di ritrasferire il problema dalla "POPOLAZIONE" della ricerca al malato che ci sta davanti. Tuttavia l'intero processo rischia di svilupparsi secondo un rapporto solo duale: fra il professionista e le indicazioni provenienti dalla EBM e questo può rappresentare un grosso limite.

Una volta ottenute le informazioni dalla EBM nasce il problema che è tutto del medico di fungere da ponte tra i dati dalla EBM e quello specifico paziente con le sue ansie, i suoi timori, la sue aspettative, i suoi valori, la sua famiglia, il suo ambiente.

Se non è così la storia del medico, rafforzata dalla EBM, e quella del paziente viaggiano su binari diversi. Anzi la "forza" della EBM può rendere più unidirezionale, e quindi più conflittuale, il rapporto. Consentire la narrazione da parte del paziente, accettarne cioè la soggettività, può permettere di definire uno spazio condiviso, di costruire una narrazione comune.

Questa rubrica prova a mettere insieme, con degli esempi tratti dal vivo, i due approcci: quello basato sulla evidenza e quello narrativo.

## Scenario clinico

Matilde è una bambina di 9 mesi con seri disturbi del sonno. I genitori vengono in ambulatorio chiedendo al pediatra - che ha appena preso in carico la piccola, trasferita

da poco con la famiglia - un appuntamento per il bilancio di salute. Già in questo primo, breve, colloquio gli anticipano la descrizione delle loro notti agitate, con una bimba che non dorme mai più di mezz'ora consecutiva, con frequenti risvegli (box 1). Visibilmente in difficoltà, chiedono l'unico cambiamento possibile: fare dormire Matilde.

## Cosa dice (o non dice) l'Evidence Based Medicine

Il pediatra, che vuole evitare risposte superficiali e generiche alla domanda dei genitori, intanto va a cercare il termine NIAPRAZINA nell'indice 1995-2002 del *Medical Letter* e in quello 1996-2002 di *Prescrire*, entrambi a portata di mano nello scaffale delle riviste in ambulatorio: nessun risultato nel primo caso; una citazione (*Niaprazine* 1996;164:511-13) nell'indice di *Prescrire*.

Viene recuperato l'articolo dall'archivio online della rivista, che dapprima commenta due RCT in doppio cieco vs placebo, selezionati dalla ricerca bibliografica effettuata dalla rivista stessa: solo uno dei due studi però, non pubblicato, è condotto con il dosaggio del farmaco indicato in età pediatrica, in 30 bambini trattati per 6 notti consecutive, senza differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la durata del sonno (*Laboratoires Carrion "Document de synthèse du dossier de demande de validation de la spécialité Nopron sirop enfants" 11 décembre 1985*). In un altro RCT niaprazina vs placebo - i numeri sono sempre molto

## Box 1

**Papà:** Capisce, dottore, siamo arrivati a un punto che non sappiamo proprio più come affrontare ...

**Mamma:** Il problema

**Papà:** Anche perché i parenti più stretti praticamente continuano a dire: io farei così o così

**Mamma:** E noi non sappiamo più se facciamo cose giuste o sbagliate...

**Pediatra:** Ma voi cosa avete fatto fino ad ora?

**Mamma:** Abbiamo provato anche uno sciroppo... mi pare fosse malva, ma non le piaceva... Ci hanno detto però che ce n'è uno non omeopatico, che si può dare anche ai bambini piccoli...

**Papà:** Siamo disposti a provare anche questo, qualsiasi cosa...

**Pediatra:** Ne riparlamo meglio domattina, dopo avere conosciuto Matilde, e vediamo insieme cosa si può fare...

piccoli: 36 bambini, dai 6 mesi ai 6 anni, trattati per una settimana - il farmaco mostra un miglioramento significativo dello score globale relativo a 10 parametri del sonno valutati da due medici (Ottaviano S, et coll. The effect of niaprazine on some common sleep disorders in children. A double-blind clinical trial by means of continuous home-videorecorded sleep. *Child Nerv Syst* 1991;7:332-5). Viene infine citato un trial clinico niaprazina vs chlordesmetildiazepam, condotto su 60 bambini di età 1 mese-3 anni, trattati per 10 giorni a dosi non precisate: i due farmaci non modificano in modo significativo i 3 parametri valutati (difficoltà nell'addormentamento, risveglio precoce, numero di risvegli notturni) (Montanari G, et al. Niaprazine vs chlordesmetildiazepam in sleep disturbances in pediatric outpatients. *Pharmacol Res* 1992;25,suppl.1:83-4).

## La domanda in tre parti

Il pediatra potrebbe già dare una prima risposta ai genitori: i dati di efficacia sull'utilizzo della niaprazina non sono conclusivi,

Per corrispondenza:  
Federica Zanetto  
e-mail: zanetto@tin.it

gli studi sono pochi e condotti su piccoli numeri. Decide comunque di verificare, con una ricerca più sistematica e aggiornata, se sono disponibili in letteratura dati più recenti. Ricorre perciò allo schema di “scenari”, a partenza dalla domanda:

- nel **bambino piccolo con turbe del sonno** [POPOLAZIONE]

- il trattamento con **niaprazina** [INTERVENTO]

- è efficace nel migliorare il **sonno notturno** (addormentamento, risvegli)? [OUTCOME]

### Strategia di ricerca

Nel MeSH Browser di PubMed esistono i termini *Sleep disorders* e *Infant*, ma, sorpresa! non *Niaprazine*. Viene fatto un tentativo con *Antihistaminics* e lanciata la query “**Sleep disorders**” AND “**Infant**” AND “**Histamine H1 antagonists**”: nessuno studio viene selezionato.

Lo stesso succede sostituendo nella domanda “sleep disorders” con “nocturnal awakening” (in realtà il problema non è “la bambina non dorme”, ma “la bambina si risveglia”). Non dà risultati utili nemmeno la sostituzione nella stringa di ricerca di “**Histamine H1 Antagonists**” con “**Drug Therapy**”. Un ultimo tentativo viene fatto con Yahoo, che trova una revisione sistematica recente, in cui vengono confrontati trattamenti farmacologici (4 trials) e non (Rachmandani P, et al. A systematic review of treatments for settling problems and night waking in young children. *BMJ* 2000;320:209). L'unico studio riguardante la niaprazina è però ancora quello di Montanari del 1992, già commentato su *Prescrire*.

### Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

Sia la ricerca tradizionale che quella in banca dati non forniscono dunque alcuna informazione né prova di efficacia conclusiva sull'utilizzo della niaprazina nelle turbe del sonno di bambini di età compresa tra 6 mesi e 3 anni. La valutazione clinica e di eventuali effetti collaterali è ridotta; ne viene raccomandato inoltre un utilizzo nel lattante eccezionale e comunque limitato nel tempo. Il pediatra, visitata la bambina il giorno successivo (senza riscontrare nulla di patologico), procede a questo punto nel suo intervento con la famiglia, con considerazioni non dovute semplicemente a sue generiche e implicite convinzioni (*box 2*).

### Discussione generale

Il pediatra, già durante il primo breve collo-

### Box 2

*Pediatra:* Ieri ci siamo lasciati con la vostra domanda sull'uso dello sciroppo, dopo altri tentativi già messi in atto, pur di fare dormire Matilde. Purtroppo sono molto pochi gli studi che valutano l'efficacia di questo farmaco e il suo utilizzo nei bambini, anche se ve ne hanno parlato in questo senso. Proviamo allora a rivedere insieme cosa succede la sera. Dunque, la bambina mangia verso le otto, e poi...

*Madre:* Allora, in genere, si addormenta da sola alle otto, subito dopo che ha mangiato, e si sveglia tra le sei e le sette, quando è tardi...con cinque risvegli quando va bene...

*I genitori spiegano che la bambina si agita, piange e costringe la mamma a fare continuamente qualcosa (darle il biberon, prepararle un po' di camomilla, prenderla in braccio, finché si riaddormenta). Pensando anche a una digestione difficoltosa, hanno provato a darle, come pappa serale, il latte, o il semolino, o il brodo di verdura, ma senza cambiamenti.*

*Pediatra:* Dove dorme la bambina?

*Madre:* Adesso dorme con me... è stata una scelta un po' sofferta, ma non è che possiamo continuare così...

*Pediatra:* Ha mai provato a dormire il papà con la bambina?

*Padre:* Guardi...

*Madre:* Però la bambina era già agitata e io ho detto che se cominciava con lei agitata...

*Pediatra:* Beh, io sarei molto curioso di fare questo esperimento di dormire anche con tutti e due, e poi eventualmente, se funziona, magari anche solo con lui, perché allora potrebbe essere utile levare la mamma che in qualche modo è...

*Madre:* Perché magari sono io agitata perché le trasmetto...

*Papà:* Magari si risolve con questo consiglio come dice lei...

*Madre:* Io sono disposta a fare tutto, qualsiasi cosa

*Pediatra:* Io proverei questa strategia semplice e poi ci sentiamo tra quattro-cinque giorni... non mi aspetto che rientri tutto, però se la cosa diventa più gestibile da parte vostra, poi, andando avanti, migliora anche la bimba...

quio, ascolta e cerca di capire cosa stanno chiedendo genitori con la loro descrizione, in quel momento sintetica, rapida, un po' confusa. Sa che in questo contesto (situazione esasperata, genitori disorientati) è importante ancora una volta evitare rassicurazioni superficiali e conclusioni affrettate: consapevole che in quel primo contatto il tempo è troppo stretto per consentirgli un ascolto efficace, propone con l'incontro successivo un tempo “apposito”, che vuol dire disponibilità mentale a capire la situazione e a definire degli obiettivi. Dopo la sua ricerca, il pediatra sa anche che la letteratura non gli fornisce dati conclusivi per una risposta agevole e immediata alla famiglia di Matilde.

Nell'incontro successivo, dopo un breve cenno al suo sapere per quanto riguarda il trattamento dei disturbi del sonno nel bambino piccolo, aspetta prima di dire, spiegare, dare consigli. L'obiettivo infatti è la costruzione di una strategia condivisibile, fattibile, non estranea alla famiglia, unico intervento che può rendere possibile il cambiamento richiesto in quel momento (evitare i frequenti risvegli notturni di Matilde).

La narrazione dei genitori procede sempre meno aggrovigliata e confusa, innescata da una serie di domande da parte del pediatra,

che mantengono acceso il punto interrogativo, mettono in luce quello che la famiglia sta pensando, permettono di costruire un'ipotesi percorribile. In questo modo, introducendo solo alcune piccole informazioni, il medico alla fine propone un esperimento che a quel punto è accettabile per la famiglia: non è infatti un consiglio, ma il risultato di una costruzione fatta insieme, in un clima di progressiva collaborazione.

### “Evidenza” e “narrazione”: la sintesi

Nel caso riferito la ricerca rigorosa delle conoscenze disponibili (o meno) in letteratura consente al pediatra di definire meglio il proprio campo d'azione per un intervento efficace con la famiglia.

Evita di rassicurare, spiegare, proibire, prescrivere in prima battuta. Innesca invece il racconto da parte dei genitori, facilita il passaggio delle informazioni con un uso accorto delle domande, accoglie parti della narrazione per introdurre alla fine la sua proposta di comportamento rivolta ai genitori. Il cambiamento, a quel punto, è accettabile, condivisibile, comprensibile e interessante; riuscire a rinunciare al farmaco in prima istanza e rafforzare le competenze genitoriali diventa un obiettivo possibile. ♦