

Il pianto. Natura, significato, clinica e prevenzione nel primo anno di vita

Costantino Panza
Pediatra di famiglia, ASL Parma

L'articolo fa il punto su un problema quotidiano: una sorta di avvio al "saper fare" per il pediatra, per gestire meglio il pianto del bambino nel primo anno di vita: a pagina 92 una guida anticipatoria per i genitori sul pianto nei primi mesi (Ndr).

Abstract

Crying: nature, meaning, clinic and prevention in the first year of life

The aim of this article is to describe crying during the first year of life as the infant's way of communicating his/her psychophysical state and the evolutionary hypotheses that support this interpretation. Possible links between crying and typical infant diseases are discussed. The effects of crying on the family and child are explored as well, and possible preventive strategies are proposed.

Quaderni acp 2011; 18(2): 80-85

Key words Crying infant. Infant colic. Fatal child abuse. Evolutionary medicine. Anticipatory advices

Obiettivo di questo articolo è la descrizione del pianto nel primo anno di vita come segnale di stato e sistema di comunicazione e le principali ipotesi evoluzionistiche alla base di questo. Sono descritti, inoltre, i possibili legami tra pianto e malattie organiche tipiche dell'età infantile. Infine, sono analizzate le conseguenze del pianto sulla famiglia e sul bambino e le possibili strategie preventive.

Parole chiave Pianto del lattante. Colica infantile. Abuso. Medicina evoluzionistica. Guide anticipatorie

Il pianto, espressione umana presente in ogni cultura e tempo abitato dall'Uomo, riveste significati importanti soprattutto nell'infanzia, momento della vita in cui questa comunicazione possiede contenuti rilevanti e ben differenti rispetto a ogni altra età. Infatti, durante il primo anno il bambino è totalmente dipendente dagli altri e deve possedere un'efficiente comunicazione necessaria per la sua sopravvivenza già dalle prime ore. Il pediatra deve conoscere la biologia del pianto e riconoscerne gli aspetti clinici per offrire il miglior sostegno alla famiglia e al bambino in questo cruciale momento dello sviluppo.

Obiettivo di questo articolo è di analizzare il pianto nella prima infanzia (da 0 a 12 mesi) nei suoi significati e di valutarne le possibili conseguenze in ambito clinico e familiare.

Il pianto

Il pianto non è semplicemente un suono con particolari caratteristiche acustiche, ma è un atto motorio complesso che, come il linguaggio, coinvolge diversi sistemi coordinati tra loro:

- il sistema respiratorio, responsabile della forza aerodinamica necessaria per produrre il suono;
- il sistema laringeo e le corde vocali, per il controllo del flusso di aria e per la variazione delle frequenze di suono;
- i movimenti muscolari facciali, necessari per l'espressione mimica del volto;
- più in generale, l'apparato muscoloscheletrico per i movimenti degli arti e del tronco [1].

Inoltre, è attivato diffusamente il sistema nervoso parasimpaticomimetico [2-3]. L'analisi acustica del pianto infantile, studiata nel tentativo di permettere un

riconoscimento di differenti tipi di pianto in relazione a diversi stati dell'organismo (dolore, fame, paura o patologie organiche), non ha portato risultati apprezzabili, forse a causa di un'insufficiente tecnica di misurazione [4-5]. Come ha evidenziato un recente studio su un campione di mamme e neonati di diverse nazionalità, già alla nascita il bambino piange con inflessioni prosodiche tipiche del linguaggio materno, indicando con ciò che la competenza al linguaggio del pianto si apprende in epoca fetale per essere pronti, dal momento della nascita, in questa abilità comunicativa necessaria alla sopravvivenza [6-7].

La colica

La colica è il pianto. Il lattante che ha le coliche dal primo al quarto mese non ha mal di pancia, ma piange o è irritato o agitato in modo inconsolabile e per un prolungato periodo senza che sia evidente una causa specifica. Purtroppo, dalla storica presentazione di Morris Wessel nel 1954 su *Pediatrics*, il pianto prolungato e non consolabile del lattante è stato spesso definito "colica" (dal greco *Kolikòs* da *Kòlon*) in modo improprio dal punto di vista semantico, favorendo così maldestre interpretazioni e, a cascata, errate prescrizioni mediche con i fallimenti conseguenti [8-11]. La prevalenza della colica è variabilissima negli studi scientifici (dal 5% al 28%) a causa della mancanza di una definizione universale (tabella 1) [12-13]. La ormai classica

TABELLA 1: ALCUNE DEFINIZIONI UTILIZZATE PER INDICARE IL LATTANTE CON "COLICA"

Cryfuss behavior [98], Colic [8-19], Infantile colic [9-12-16-50-52-101-105], Evening colic [10], Excessive crying [13-17-56], Unconsolable crying [17-75], Crying-fussing [17], Persistent infant crying [83-106], Colicky crying [16-53-86-103], Prolonged fussing and crying [11], Colic syndrome [106], Unexplained crying [14-33-106], Paroximal fussing [8], Three months colic [9].

In parentesi la voce bibliografica

Per corrispondenza:
Costantino Panza
e-mail: costpan@tin.it

il punto su

formula di Wessel (3 h, 3 gg, 3 settimane) è difficile da accettare sia a livello accademico per l'impegno a misurare il pianto per tre settimane, sia in ambito clinico dove il genitore percepisce la durata di un pianto anche 5 volte in più rispetto a una misurazione audio [14]. Anzi, proprio il pianto vissuto come eccessivo o non sopportabile dal genitore può essere la definizione più soddisfacente in ambito clinico [13]. Non è compito di questo articolo fare una descrizione esauriente della colica del lattante, ben conosciuta dai pediatri, ma è necessario sottolineare che il genitore molto spesso non conosce le caratteristiche temporali, gli esiti naturali e le possibili conseguenze della colica: informazioni che dovrebbero fare parte delle guide anticipatorie di ogni pediatra [15]. Da rilevare che la colica non sempre si conclude entro il quarto mese di vita del bambino. È stato ipotizzato che circa il 14% di questi bambini con pianto che si prolunga oltre il terzo mese presenti alterazioni del carattere o un'interazione disfunzionale madre-bambino, con un possibile esito negli anni successivi in disturbi cognitivi, comportamentali o motori [16-19]. Anche i bambini pretermine possono avere la colica. La comparsa e la durata sono quelle del bambino nato a termine se valutate per età corretta e non per età anagrafica: un tassello in più nell'idea che la colica possa essere un modello universale di sviluppo infantile e non il sintomo di una malattia ancora sconosciuta [20].

Perché piange il lattante: sintomo, segno, segnale

Il pianto può essere un *sintomo*, manifestazione rivelatrice di uno stato di malattia. Indagato in una stanza di Pronto Soccorso può essere sintomo accompagnatore di specifiche patologie e sta a esprimere lo stato di dolore organico presente come la colica addominale, l'otalgia, il dolore da appendicite o da intussuscezione [21-22]. Può anche essere considerato come *segno* di uno stato fisiologico o un indicatore obiettivo delle condizioni del corpo, come fame, fatica, collera, oppure come espressione di emozioni o lo stesso evento della nascita. Può, infine, essere considerato anche come *segnale*, senza significato clinico, che pone le sue radici nella filogenesi e, riguardo specifica-

mente alla colica infantile, legato a un momento preciso dello sviluppo neurologico. Il segnale, per definizione, richiede che sia presente un "ricevente", cioè il caregiver, che sappia interpretare correttamente tale espressione del bambino [23]. *Sintomo, segno e segnale* possono coesistere [24].

In questo paragrafo si esaminano le ipotesi proposte per spiegare il significato del pianto come segnale di uno specifico stato di sviluppo nel lattante. Le ipotesi ecologiche che seguono offrono una spiegazione in chiave evuzionistica sulla biologia del pianto come sistema di comunicazione necessario per la sopravvivenza, sviluppatosi filogeneticamente nel contesto sociale e fisico abitato dalla nostra specie. Ognuna di queste ipotesi può spiegare un pianto in situazioni o tempi diversi dello sviluppo neuropsicologico. Alcune possono non avere un sicuro significato adattativo per la nostra specie, ma tutte indicano possibili e probabili strade che il tempo profondo dell'evoluzione ha percorso offrendoci il modello di comportamento migliore per la nostra sopravvivenza. Da sottolineare che la comprensione di queste ipotesi porta a considerare il pianto nella prima infanzia in termini di significato biologico per la nostra specie e non come un problema rigorosamente di pertinenza medica.

Pianto come segnale di buona salute. Il pianto ha un costo metabolico rilevante che solo un bambino in buone condizioni di salute può permettersi; il consumo calorico che il pianto vigoroso richiede non può essere considerato di poco conto; in tutta la storia della specie, dal Pleistocene in poi, prima dell'avvento dell'industria alimentare, il bilancio calorico era alla base della sopravvivenza dell'individuo [25]. In questo senso il pianto correla strettamente con lo stato di salute e indica ai genitori che il segnale è meritevole di attenzione, perché indica un corpo sano e vigoroso e quindi capace di spendere in questo modo le proprie risorse caloriche. Il pianto stimola poi l'accudimento dei genitori più efficacemente di uno stato di quiete [26]. Una singolare e drammatica conferma a questa ipotesi può venire dalle osservazioni di antropologi che hanno segnalato una maggiore sopravvivenza di lattanti con le coliche, rispetto a bambini tranquilli, in società tradizionali. In un ambiente diffi-

cile e con scarse risorse nutrizionali e idriche di un'area dell'Africa subsahariana, su tredici bambini osservati in tre mesi ne morirono sette, uno solo con le coliche, mentre gli altri sei erano lattanti "tranquilli" [27]. Un "cattivo temperamento" infantile potrebbe quindi essere un tratto geneticamente vantaggioso in situazioni ambientali difficili.

Ipotesi dell'infanticidio. L'infanticidio è stata la norma in moltissime culture umane a partire dal Paleolitico [28]. L'eccesso di fecondità è la premessa indispensabile all'infanticidio e la continua attività sessuale nella nostra specie ha favorito questa pratica, comune ad altre specie animali [29-30]. Il pianto intenso nelle prime settimane di nascita segnalerebbe ai genitori un vigore correlato a ottime condizioni di salute, rendendo più difficile da parte del genitore la soppressione o l'abbandono del bambino [31]. Nello studio antropologico di una popolazione di cacciatori raccoglitori della Nuova Guinea una neonata estremamente vigorosa e con un forte pianto fece cambiare comportamento alla madre inizialmente decisa di abbandonarla nella foresta perché già con sufficiente prole dello stesso sesso [32].

Ipotesi "ipotermica". La presenza di crisi di pianto nei cuccioli di alcune specie animali ha portato a condurre alcuni studi in prospettiva evuzionistica. La vocalizzazione nei cuccioli di alcune specie di mammiferi ha la funzione di migliorare l'ossigenazione polmonare soprattutto in condizioni ambientali ipotermiche, migliorando il riscaldamento del corpo e riducendo il rischio di edema polmonare. Successivamente, il pianto può essersi sviluppato nel corso dell'evoluzione come sistema comunicativo, sfruttando la complessa anatomia laringea già presente per altre funzioni [33]. Oggi, durante la separazione fisica dalla madre, i cuccioli di roditore "piangono" controllando così il rischio di ipotermia [33]. Nei primati antropomorfi, invece, il pianto serve per controllare lo stato "omeostatico" madre-cucciolo nei momenti di separazione fisica e per la sollecitazione delle cure parentali se inadeguate [34]. Nella nostra specie il contatto pelle a pelle, elicitato dal pianto, serve a ridurre l'ipotermia, a favorire l'allattamento, per la produzione di ossitocina materna e a calmare il pianto stesso [35-36].

Ipotesi del ricatto. L'antropologo e genetista Robert Trivers ha proposto che tra figli e genitori ci possa essere un conflitto d'interessi in riferimento alla propria fitness in quanto non geneticamente identici [37]. Le richieste insistenti del bambino, sia prima che dopo il divezzamento, possono mettere in difficoltà i genitori impegnati a ridistribuire equamente le risorse tra loro stessi e la prole. Oltre a urlare intensamente, favorendo il rischio di essere predati, in alcune specie i cuccioli si impegnano a farsi male nel tentativo di coinvolgere sempre più il genitore nell'accudimento. Negli scimpanzé questo comportamento "capriccioso" del cucciolo si manifesta addirittura con violenti colpi della testa sul suolo per accedere al seno della madre [31].

Pianto come segnale di separazione. Il pianto intenso può indicare stress emozionale causato da una separazione fisica dal genitore. Nel passato della nostra specie, la mancanza di contatto fisico con il genitore era un segnale di possibile abbandono del bambino, e il pianto può essere stato la risposta evolutiva a ridurre questo rischio. Nella nostra cultura e, più in generale, nella storia della civilizzazione dell'Uomo, la pratica di distanziare i pasti e distaccare fisicamente la madre dal figlio è stata attuata frequentemente per i più diversi motivi attraverso strumenti come culle, lettini, carrozzine, favorendo culturalmente questo tipo di comunicazione del bambino [38]. Tuttavia, è nella natura della nostra specie portare i piccoli sempre con sé e allattare continuamente al seno senza distanziare i pasti; all'opposto, un animale che nutre i suoi piccoli a intervalli molto distanziati necessita, per riavvicinarsi a questi, di stimoli che non sono forniti dai cuccioli stessi, mentre negli animali dove il contatto fra madre e figlio è costante, gli stimoli provenienti dal cucciolo sono sufficienti a indurre la madre ad allattarlo [39-40].

Pianto e attaccamento

Il pianto come segnale di separazione, con l'obiettivo di rimanere in continuo contatto con la madre, evidente in molte specie animali e soprattutto nei primati, può essere stato la partenza per lo sviluppo dell'attaccamento, modello comportamentale dell'esistenza umana che ci

accompagna dalla culla alla tomba. La funzione biologica principale dell'attaccamento verso il genitore, nella teoria di Bowlby e Ainsworth, è la protezione dei piccoli dai pericoli. La madre è così usata come base sicura per ogni attività di esplorazione del bambino in modo tale che possa poi sviluppare le successive abilità sociali [41]. Nella costruzione dell'attaccamento alla figura primaria di sostegno che si compie normalmente entro il sesto-settimo mese di vita, il pianto riveste una fondamentale importanza come strumento di comunicazione del bambino, utilizzato nel momento in cui avviene un distacco o una separazione. La prontezza con cui la mamma risponde al pianto del lattante e la sua capacità a promuovere un'interazione relazionale con esso favoriscono la costruzione del comportamento sicuro di attaccamento. La diversa sensibilità della mamma a rispondere ai segnali del bambino, il temperamento del bambino e l'entità e la natura della loro interazione possono portare alla costruzione di un attaccamento insicuro. In questa situazione, il bambino può piangere intensamente non solo se la mamma è assente ma anche quando è presente. Piange se preso in braccio o se rimesso a sedere: si tratta di bambini che richiedono insistentemente il contatto materno, ma allo stesso tempo hanno una risposta ambivalente alla presenza materna [42]. Da sottolineare che la componente fondamentale del comportamento materno per la costruzione dell'attaccamento non è la cura materiale offerta dalla madre, ma l'interazione sociale con il proprio bimbo, cioè la capacità di rispondere adeguatamente ai suoi segnali [43-44]. Il pianto alla separazione dalla madre o al suo riavvicinarsi, già evidente a partire dal sesto mese di vita, non è pertanto un capriccio o un vizio del bambino, ma il modello di espressione del suo specifico tipo di attaccamento alla figura primaria di sostegno: sicuro, evitante, ansioso, disorganizzato. È ormai evidente che "l'ignoranza sulla natura del comportamento di attaccamento, insieme con la convinzione che i bambini debbano presto acquistare indipendenza e autonomia, hanno portato a metodi educativi che espongono inutilmente bambini e genitori a una grande quantità di angoscia e disagio", evidenziati spesso da un inuti-

le, se non dannoso, eccesso di pianto nel bambino [45].

Pianto alla vista di un estraneo

La paura dell'estraneo è istintiva e presente in quasi tutti i bambini a partire dall'ottavo mese di vita, aumentando nei mesi successivi con sensibili variabilità tra bambino e bambino. Prima di sviluppare questa reazione di paura, nei primi mesi, momento critico in cui si sta compiendo l'attaccamento alle figure primarie, il bambino non distingue tra estraneo e persona nota. La capacità cognitiva per comprendere e accettare l'estraneo compare non prima della fine del secondo anno [43-45-46]. È stato osservato anche che, più tardi si sviluppa l'attaccamento alla figura di sostegno primaria, più tardi compare la paura all'estraneo, ma il comportamento istintuale della paura verso l'estraneo non è una conseguenza del comportamento di attaccamento [43]. Può essere curioso notare che questa paura, un universale infantile, ossia un modello di comportamento uguale in ogni cultura e non influenzato dall'apprendimento, compare alla vista di un volto umano, maschile piuttosto che femminile, mentre sarebbe stato più logico aspettarsi una paura istintiva verso i felini o i serpenti. Infatti, la nostra genetica è stata costruita durante le centinaia di migliaia di anni in cui abbiamo abitato foreste e savane. Dobbiamo ipotizzare, invece, che la paura verso un uomo estraneo, piuttosto che un animale predatore, nel momento in cui il bambino iniziava a distaccarsi dalla madre per esplorare il mondo circostante, sia stato un modello di adattamento necessario per la sopravvivenza [32-46].

Pianto e depressione

La depressione postpartum (DPP) è la più frequente complicanza della nascita e ha una prevalenza del 12,9% nel primo anno di vita e un'incidenza del 14,5% nel primo trimestre dopo la nascita, con dati italiani sovrapponibili a quelli mondiali [47-48]. La DPP può influenzare la prole per via biologica, tramite la trasmissione genetica materna, o attraverso l'ambiente, cioè il vivere con un genitore depresso. Numerose sono le associazioni tra DPP e bambino: compromissione delle facoltà cognitive, disturbi del comportamento di tipo internalizzato o esternaliz-

zato, attaccamento di tipo insicuro [49-50]. La DPP è stata messa in relazione anche con la colica del lattante. Vi è una probabilità statisticamente significativa di osservare una madre depressa tra i bambini con colica rispetto a una tra bambini che non piangono: dal 22% al 30% di mamme con bambini con colica presenta un punteggio elevato all'*Edinburgh Postpartum Depression Scores* [50-52]. Il carattere osservazionale degli studi non permette di stabilire una connessione causale tra pianto e depressione. Potrebbe essere ragionevole pensare che una madre depressa non sappia rispondere emozionalmente in modo adeguato al proprio figlio, non riconoscendo il pianto come segno di stato o come segnale comunicativo, favorendo così l'aumento del pianto [53-54]. L'eccesso di pianto e/o il temperamento irritabile del bambino potrebbero portare la madre a un aumento di stress e di carenza di sonno favorendo l'instaurarsi della depressione [17-54]. In questo contesto è interessante segnalare che, nei cuccioli di mammifero, un attaccamento disfunzionale provocato sperimentalmente attraverso continui distacchi dalla madre provoca una modificazione dell'anatomia cerebrale materna tipica degli stati depressivi [55]. Nelle diverse casistiche la percentuale dei bambini con coliche, che continuano a piangere in modo eccessivo e inconsolabile oltre il terzo mese di vita, varia dal 14% al 40% [8-16-17-19].

Di questi bambini, un terzo ha una mamma con DPP e, crescendo, una parte di essi potrà avere un basso QI, iperattività, problemi di comportamento, di alimentazione, di sonno, e ridotte abilità motorie finì [17-19-52-56-57]. Degno di nota è che questi bambini con pianto prolungato quasi sempre, dopo il sesto mese, riducono marcatamente o interrompono il pianto. Una possibile spiegazione è che il bambino, considerata l'inutilità di utilizzare il sistema comunicativo "pianto", metta in atto altre condotte [54]. Il comportamento del pianto infantile può essere visto, quindi, come un riflesso dello stato di salute mentale della mamma. Il pediatra, nei casi di colica, soprattutto se si protrae oltre i tre mesi, dovrebbe indagare con attenzione su una possibile DPP e mettere in atto ogni possibile comportamento di sostegno alla famiglia allo scopo di indirizzare la mamma a un cor-

retto percorso diagnostico-terapeutico e per promuovere le migliori cure familiari verso il bambino [58-62].

In queste difficili situazioni familiari il ruolo protettivo del padre è spesso ingiustamente trascurato e continua a essere ignorato, o quasi, il fatto che la DPP non è solo materna ma anche paterna [63]. La depressione nel padre ha una prevalenza tra il 4 e il 10% nel primo anno di vita e, frequentemente associata alla DPP materna, amplifica le difficoltà della famiglia e favorisce peggiori esiti nel bambino, soprattutto se maschio [64-67]. Un padre depresso aumenta il pianto del lattante anche in assenza di depressione materna. È stato messo in evidenza che, se la depressione paterna è prenatale, il bambino a due mesi avrà coliche più intense con la costruzione di una relazione padre-bambino più vulnerabile [53-68]. Indagare su una possibile DPP, quindi, non vuol dire tralasciare di occuparsi del padre, anche se spesso assente dai nostri ambulatori [64-69].

Il paradosso del pianto

Se si è definito il pianto come una strategia comunicativa raffinata del bambino presente già dalla nascita, come mai parliamo di paradosso del pianto? Se il pianto della colica può essere considerato come un onesto segnale di vigore e di buona salute, tanto da indurre il genitore ad aumentare gli sforzi per accudire il bambino, perché questa comunicazione può essere distorta al punto da danneggiare il bambino? Un bambino che piange continuamente, o è percepito tale dal genitore, è una grossa sfida alle sue capacità di sopportazione. Oltre a ciò, lo stile educativo generalmente accettato fino a oggi, mutuato dalla psicologia comportamentista, favorisce pratiche di accudimento con il lattante spesso fisicamente distanziato dal genitore, elicitando di più il pianto.

Errate convinzioni, secondo cui alla base della colica è presente una malattia o un disturbo individuabile e curabile medicalizzando il bambino, possono portare il genitore a insistere con terapie inappropriate, aumentando con ciò il suo senso di frustrazione e riducendo la propria capacità di tollerare l'agitazione del figlio [70]. In questo scenario è possibile che il genitore, spesso il padre, risponda al pianto afferrando saldamente il torace

del bambino, lo scuota violentemente e provochi la cosiddetta *Shaken Baby Syndrome* (SBS), la cui clinica è già stata dettagliatamente esposta in *Quaderni acp* cui si rimanda, e il cui esito drammatico è la morte o un danno biologico permanente [71-73]. Il legame tra pianto e SBS è ormai riconosciuto: le diagnosi di SBS seguono parallelamente la curva media del pianto [73-74]. Se la frequenza di utilizzo di metodi fisici violenti quali picchiare, scuotere e soffocare, per far interrompere il pianto nei primi mesi è di circa il 6% e se un lattante su 3-4000 è vittima di un trauma cerebrale da SBS con successiva morte o esito permanente, si stima che la reale incidenza del fenomeno sia sottostimata di almeno 100 volte [73-75]. Prevenire questo drammatico tipo di maltrattamento è un preciso dovere del pediatra. Si sostanzia nel riconoscere le famiglie a rischio, informare sul significato del pianto nel primo anno, spiegare quali sono i rischi biologici per il bambino nel caso in cui si utilizzino atti di "disciplina corporale" e, infine, offrire indicazioni utili per ridurre il pianto [15-75-81].

Prevenire il pianto?

Nelle popolazioni di cacciatori-raccoglitori l'osservazione che le coliche del lattante, pur presenti, sono di fatto meno importanti come durata e intensità ha portato a chiedersi se un accudimento simile a queste popolazioni potesse essere efficace, nella realtà occidentale, per ridurre le crisi di pianto [82]. Alcuni studi intrapresi allo scopo hanno portato a risultati contraddittori [83-85]. Un recente RCT ha tuttavia evidenziato che uno stile di accudimento "prossimale" del lattante, se attuato alla nascita, è efficace nel ridurre le coliche [86]. La ricerca ha analizzato tre diverse popolazioni con differenti cure genitoriali:

- un gruppo di madri londinesi con *cure tradizionali* (scarsi momenti di contatto fisico tra madre e bambino),
- un gruppo di madri danesi con *cure prossimali più intense* (limitato utilizzo di seggiolino, culla e contatto fisico per più di 9 ore al giorno),
- un gruppo con *cure prossimali "continue"* (15 ore al giorno di contatto fisico mamma-bambino, pasti continui, co-sleeping).

TABELLA 2: DIAGNOSI DI 238 BAMBINI GIUNTI A UN PRONTO SOCCORSO PER PIANTO SENZA ALTRI SINTOMI

Colica atipica	11
Bronchiolite	8
Frattura di clavicola	2
Colica	14
Costipazione	11
Pianto	65
Problemi di nutrizione	7
Gastroenterite	12
RGE (diagnosi clinica)	30
Otite media	7
Ernia inguinale riducibile	3
Infezione virale	49
Effetto collaterale vaccino	3
Altri	14

(da: *Pediatrics* 2009;123:841-48, modificata)

TABELLA 3: I-GERQ-R ITEMS

1. Con quale frequenza il bambino rigurgita?
2. Quanto rigurgita il bambino?
3. Con quale frequenza era fastidioso il rigurgito per il bambino?
4. Quanto spesso il bambino rifiuta il cibo quando ha fame?
5. Quanto spesso il bambino non completa il pasto anche se affamato?
6. Il bambino <i>piange</i> molto durante il pasto o entro un'ora dal pasto?
7. Il bambino <i>piange</i> o si agita più del normale?
8. Quanto tempo, in media, il bambino <i>piange</i> o si lamenta durante le 24 ore?
9. Quante volte il bambino singhiozza?
10. Quante volte il bambino s'inarca con la schiena?
11. Il bambino non ha mai presentato un arresto del respiro mentre era sveglio o si è sforzato nel respirare?
12. Il bambino è mai diventato cianotico (blu o violaceo)?

(da: *Clinical Gastroenterology and Hepatology* 2006;4:588-596, modificata)

I bambini dei due gruppi con cure prossimali avevano una media inferiore di 40 minuti nella curva del pianto per tutto il periodo delle coliche. I bambini londinesi piangevano il 50% in più nel periodo di picco delle coliche, la quinta settimana. Di contro, i bambini del gruppo di cure prossimali continue avevano più risvegli notturni dopo il terzo mese. Differenti modelli di accudimento, “a domanda” piuttosto che “programmato”, portano a risposte del bambino ed esiti differenti, che i genitori devono conoscere [87]. Un'altra pratica che può favorire la riduzione del pianto nei primi mesi di vita è la fasciatura del neonato (*swaddling*) [88], antica consuetudine riportata in auge nei Paesi del Nord-Europa che, associato a un modello di comportamento coerente di risposte al pianto del lattante, ha portato a risultati brillanti se intrapreso nelle prime settimane di vita [88-90].

Pianto e Pronto Soccorso

Una interessante ricerca di un dipartimento di emergenza pediatrico ha dimostrato che i bambini di età inferiore a un anno giunti al Pronto Soccorso per un pianto senza altra sintomatologia erano 238: lo 0,6% di tutte le visite [21]. 150 di loro (64%) si erano presentati in ospedale nelle ore serali o notturne; 12 (5%) presentavano un'eziologia descritta come importante: infezione delle vie urinarie, frattura di clavicola, colecistite, leu-

cemia, ematoma epidurale, nefrolitiasi, pronazione del gomito e atrofia muscolare spinale. Dall'analisi delle diagnosi finali (*tabella 2*) si può osservare che i bambini con pianto senza disturbo organico e con RGE valutato sulla base dei sintomi — una debolezza che gli stessi autori riconoscono — sono 95 (38% di tutte le diagnosi). L'utilizzo di test diagnostici in aggiunta all'anamnesi e all'esame clinico ha permesso di diagnosticare solo circa il 3% delle patologie, mentre il 66% delle diagnosi risultava possibile dalla sola anamnesi e visita medica [7]. La sola visita pediatrica e un'accurata raccolta dell'anamnesi possono perciò, nella maggior parte dei casi, indirizzare verso una patologia d'organo piuttosto che verso un pianto funzionale del bambino.

Una recente ricerca condotta su più di cento lattanti ricoverati a causa di un pianto persistente, percepito come preoccupante dai genitori, non ha rilevato patologie ma, addirittura, normale tipologia di pianto, sonno e alimentazione dei lattanti osservati durante il periodo di degenza ospedaliera. Problemi durante la gravidanza e complicanze perinatali erano i principali dati anamnestici di questi bambini confermando così precedenti studi [91-92]. Si può supporre che un disturbo di ansia nel genitore abbia giocato un grosso ruolo nell'amplificare la quantità di pianto e nel confondere il

segnale-pianto o segno-pianto con il sintomo-pianto [16-91].

Pianto come sintomo: le malattie organiche

Il pianto nella prima infanzia è stato associato a diverse patologie. Diversi studi hanno indagato i possibili legami tra colica e malattie, anche se le cause organiche di un pianto eccessivo coinvolgono meno del 5-10% dei bambini con una sintomatologia tipo colica [93-94].

Intolleranza alle proteine del latte vaccino. In una recente revisione con il metodo GRADE è stata rilevata la mancanza di prove di efficacia per sostituire il latte adattato con latte idrolizzato in caso di colica. Anche la sostituzione con latte di soia non provoca benefici ed è sconsigliata [95-97]. Un miglioramento delle coliche in un gruppo selezionato di bambini allattati al seno con madre in dieta ipoallergenica, evidenziato da un recente studio, è inficiato dalla mancanza dell'analisi *Intention To Treat*, dalla brevità del tempo di osservazione e dalla presenza di altri studi contraddittori sullo stesso scenario; inoltre, la mancanza di valutazione del rischio di intervento come una riduzione dell'allattamento al seno e la comparsa di sentimenti negativi materni non permettono di trarre conclusioni di efficacia per questo intervento [70-98-99].

Intolleranza al lattosio. Mancano prove di efficacia per un latte delattosato per migliorare una colica infantile [95].

Colica gassosa. La formazione di gas avviene solo dopo l'inizio della colica [100]. L'effetto del simeticone sulla colica è pari al placebo [97]. Inutili anche interventi di medicina alternativa, come chiropratica e massaggi [101-102].

Dismicrobismo intestinale. Un RCT italiano rileva l'efficacia di un trattamento con un probiotico nei bambini con colica [103].

Alterazioni ormonali intestinali. La motilina, grelina e colecistochinina sono considerate implicate nel dolore colico, motivando così l'utilizzo di farmaci ad azione anticolinergica. Un RCT italiano segnala l'efficacia del cimetropio bromuro [104]. I livelli di motilina sarebbero influenzati anche dal fumo di sigaretta: una possibile spiegazione del fatto che le coliche sono più frequenti nei figli di fumatrici [105].

Patologia dell'occhio. Il sospetto di un'abrasione corneale può consigliare il test della fluorescina [106].

Infezione delle vie urinarie. In assenza di febbre, calo ponderale, vomito o diarrea, il solo sintomo associato a una infezione delle vie urinarie può talvolta essere l'irritabilità o il pianto del lattante [95].

Assunzione di droghe nel periodo prenatale. L'utilizzo di stupefacenti o di metadone nella gestante può provocare nel lattante pianto, irritabilità, sudorazione e diarrea, con una comparsa entro la seconda settimana [107].

Malformazioni congenite cardiache. La rarissima origine anomala della coronaria sinistra è stata associata alla presenza di coliche infantili [107].

Malattia da reflusso gastroesofageo. La diagnosi di malattia da reflusso gastroesofageo (MRGE) con conseguente terapia ha avuto una esplosione negli ultimi dieci anni: fino al 700% di aumen-

to in cinque anni negli USA [108-109]! In assenza di diagnostica strumentale validata, la diagnosi si avvale di un test, l'*Infant Gastroesophageal Reflux Questionnaire* (I-GERQ), rivisto recentemente: I-GERQ-Revisited (*tabella 3*) [110-111]. Cardine su cui si basa il questionario è la valutazione dei sintomi, tra cui è ben evidenziato il pianto. È riconosciuto dagli stessi gastroenterologi-pediatri che il normale pianto nella prima infanzia, così come il normale rigurgito, può portare in errore nella diagnosi di malattia da reflusso, e le ultime linee guida NASPGHAN-ESPGHAN indicano l'assenza di associazione tra RGE patologico con pianto e irritabilità del bambino piccolo [112-113]. Inoltre la soggettività con cui i genitori rispondono al questionario porta al rischio di sovrastimare ampiamente l'effettivo grado di disturbo espresso dal bambino. Malgrado ciò, il I-GERQ-Revisited rimane ancora il paradigma su cui ci si basa in ambito clinico per gli studi sulla MRGE infantile, sebbene indagini strumentali come la pHmetria e l'impedenzometria non correlino con la sintomatologia tradizionalmente associata agli episodi di reflusso gastroesofageo, se non in scarsissima misura: 11,5% per pianto e irritabilità e 4% per inarcamento [112-114]. Adirittura, l'utilizzo dei farmaci inibitori di pompa protonica nel caso di MRGE nel primo anno di vita ha la stessa efficacia del placebo, anche se sono gravati da considerevoli effetti secondari [115]. Simili considerazioni valgono anche per la ranitidina [116].

Il fatto che il singhiozzo, il rigurgito, il pianto, il rifiuto a mangiare, l'inarcamento della schiena siano visti come sintomi e non come semplici segnali di un normale stato biologico del bambino nel primo anno di vita, portano a mettere in discussione l'esplosione diagnostica della MRGE infantile e la diagnosi basata su un questionario dove in modo improprio il pianto diventa sinonimo di sofferenza da reflusso gastroesofageo [117-

119]. La sorprendente efficacia della terapia non farmacologica nella cosiddetta MRGE della prima infanzia (favorire pasti frequenti, evitare l'esposizione al fumo di sigaretta, favorire le passeggiate fuori casa, ridurre il tempo in cui il bambino sta sdraiato o seduto) fa riflettere su come il modello di accudimento del lattante nella cultura occidentale si sia eccessivamente allontanato dalla storia biologica della specie, quando, al contrario, il bambino viveva sempre in braccio alla madre in una naturale posizione anti-reflusso, all'aperto, nutrito di continuo, e gli episodi di pianto, pur presenti, erano nettamente ridotti come durata giornaliera [82-112-117-120-121].

Conclusioni

Il pianto è un atto comunicativo che già dalla nascita il bambino utilizza con l'obiettivo di favorire la propria sopravvivenza. Il pediatra deve conoscere il pianto come segnale, sintomo o segno e informare i genitori sul significato biologico del pianto in forma di guida anticipatoria.

La colica infantile è un problema di facile riconoscimento in pediatria ma di non facile gestione; l'obiettivo potrebbe essere quello di controllare, piuttosto che curare il pianto della colica; sapere indagare infrequenti ma possibili cause organiche alla base del pianto e conoscere della scarsa utilità di diete, terapie farmacologiche o trattamenti di medicina complementare.

Il pediatra deve saper valutare la possibilità di una depressione del genitore e il rischio familiare per una possibile SBS ed essere in grado di proporre modelli di comportamento efficaci nel ridurre la durata della colica ed evitare il rischio di un maltrattamento. ♦

Non conflitti di interesse da parte dell'Autore.

Bibliografia

La bibliografia di 121 voci è consultabile nella versione online dell'articolo: [http://www.quaderniacp.it/biblioonline/Qacp_2011_18\(2\)_infogenitori.pdf](http://www.quaderniacp.it/biblioonline/Qacp_2011_18(2)_infogenitori.pdf).