

IL DOLORE DEL BAMBINO

R. MANTERO¹, M. BERTOLOTTI¹, A. ZOCCOLAN¹, R. BORMIDA²

¹ Centro Regionale di Chirurgia della Mano, ASL 2 Savonese, Savona

² Dipartimento Materno Infantile, Servizio di Psicologia e Psicoterapia, ASL 2 Savonese

EDITORIALE

Parlare del dolore, fin da subito, porta ad una separazione quasi immediata fra il dolore del corpo e quello della mente.

“Il dolore del corpo, scrive Andreoli (1), è sempre riferibile ad una parte precisa del soma, ad un suo frammento, mentre quello psichico è senza sede, non ha centro né periferia.....è una percezione che ingloba il corpo e sembra rivestirlo di qualcosa che lo trascende”.

Per questo non possiamo trattare solo del dolore fisico del bambino e di quello evocato dai suoi arti superiori, senza correre il rischio di banalizzare il problema.

Parleremo quindi del vero e proprio dolore fisico solo alla fine di questa conversazione, dopo un approccio generale al problema del dolore, senza trascurare quello che non è del bambino ma che coinvolge la famiglia con una ferita profonda, che dobbiamo sforzarci di non far raggiungere di riflesso il bambino stesso.

Una vasta ricerca scientifica (2) ha cercato di interpretare i meccanismi principali del dolore.

Essi corrispondono, per quanto oggi conosciamo, a una sequenza di reazioni biochimiche sulle quali, con ogni mezzo disponibile, si è cercato di intervenire per interromperne il circuito.

Eppure quel dolore, sul quale ci accaniamo terapeutamente, è molto diverso da quello devastante che rimane nell'intimo di ognuno e che certamente, anche nel bambino, non ha ancora trovato soluzioni farmacologiche di controllo del tutto adeguate.

Il primo infatti, si esterna con forte incisività con l'urlo, con il grido che attraversa l'anima e il corpo,

l'altro che non possiede una forza fisica così variabile da non permettere agli altri di comprenderlo.

Si tratta quindi di due dolori: uno biochimico e l'altro solo apparentemente libero da vincoli di fisicità.

Ma esistono davvero due dolori, uno biochimico che modifica la funzionalità cellulare e l'altro che appartiene alla biochimica dell'anima cioè incapace di autodefinirsi attraverso un percorso biologico identificabile?

Non è provato che l'evoluzione cerebrale sia un processo completato. E' possibile che esista un *cervello ignoto*, connesso a quello noto, i cui meccanismi di collegamento non sono ancora definiti alla perfezione e quelli biochimici della neurotrasmissione, non sono del tutto conosciuti.

Le funzioni dei tessuti multicellulari e dell'organismo non si esprimono solo attraverso autonome capacità metaboliche, ma anche con sistemi complessi grazie ai quali le necessità di ciascuna cellula o tessuto sono segnalate ad altre cellule in grado di rispondere a tale segnale.

Per lungo tempo medici, anestesisti, chirurghi e gli stessi pediatri hanno sottovalutato il problema del dolore dei bambini.

Questo sintomo, *forse più temuto della causa che lo ha prodotto*, ha ricevuto nella pratica medica e nella ricerca una attenzione limitata.

Come scrive in una interessante sintesi del problema la Orlando, la svolta è avvenuta solamente nel 1987 quando Anand (3), dopo numerosi studi, pubblicò nel *New England Journal Medical* un articolo in cui affermava che in realtà già a partire dalla 24^a setti-

mana di età di gestazione sono presenti le basi anatomiche e fisiologiche per la percezione del dolore.

Nel neonato in particolare si è scoperto che il sistema neuroeccitatorio, ovvero l'organizzazione nervosa deputata al trasporto verso il cervello degli stimoli sensitivi, ha un rapido sviluppo, mentre le vie inibitorie, che dal cervello modulano l'intensità degli stimoli in arrivo, maturano più lentamente.

La conseguenza è che nel neonato la trasmissione del dolore attraverso il midollo spinale è amplificata e solo dopo settimane si ha lo sviluppo di un adeguato sistema di controllo.

Se ne deduce che i neonati a termine e i prematuri, non solo percepiscono il dolore, ma lo percepiscono con una intensità maggiore degli adulti.

Dal 1987 ad oggi sono stati condotti molti studi in questo campo e le nuove conoscenze scientifiche hanno portato ad una continua evoluzione e ad enormi miglioramenti nel trattamento del dolore del bambino.

Il dolore non è più considerato come *semplice sintomo* ma come una sindrome da prevenire e curare in modo adeguato.

In questa ottica il controllo del dolore va affrontato con un approccio multimodale, con linee guida opportune abbandonando molti concetti errati.

Ad esempio che: *i bambini non percepiscano dolore o comunque lo tollerino molto bene, che i bambini non ricordino il dolore, che sia meglio non utilizzare gli oppiacei per il rischio di dipendenza.*

In verità i bambini provano dolore, al pari degli adulti, quando vengono colpiti da eventi come un trauma fisico che, inevitabilmente, comporta l'attivazione di stati mentali ed emotivi, relativi all'evento, come stati d'ansia, senso d'impotenza ecc.

Tuttavia le reazioni possono essere molto diverse, in base all'età del bambino, all'importanza dell'evento, al tipo di danno o perdita subita, alla violenza con cui il fatto si è verificato.

Tabella 1. *Scale di valutazione del dolore, età prescolare.*

| | |
|---------|---|
| CRIES: | Crying Requires O2 Increased Visual Sign Expression Sleepness |
| CHEOPS: | Children's Hospital of Ontario Pain Scale |
| PIPP: | Premature Infant Pain Profile |

Non va dimenticato che l'evento traumatico è qualcosa che irrompe bruscamente nella vita di una persona, che comporta una rottura tra il "prima" e il "dopo", quindi una interruzione del *continuum* della vita quotidiana, che richiede una "riparazione" non solo fisica ma anche psichica.

I bambini reagiscono con modalità differenti al trauma e ai dolori che ne conseguono: alcuni piangono e protestano, altri negano la realtà, altri dimostrano apatia e si comportano come se "*non fosse successo nulla o non avessero sentito ciò che è stato loro richiesto*".

L'Organizzazione Mondiale per la Salute ha dettato le regole da seguire per la terapia del dolore in pediatria:

- valutare l'intensità del dolore con continuità;
- seguire la progressione dei farmaci secondo la scala terapeutica del dolore;
- utilizzare terapie comportamentali, cognitive, fisiche di supporto a quelle farmacologiche;

Tabella 2. *Scale di valutazione del dolore, età scolare.*

| | |
|-------------------------------|---|
| Scala di Wong-Baker: | il bambino sceglie una delle tante faccine con espressione diversa che va dal sorriso al pianto |
| NSR (Numeric Rate Scale): | il bambino assegna al proprio dolore un numero che va da 0 a 10 |
| VSR (Verbal Rate Scale): | il bambino assegna al suo dolore un aggettivo, da "nessun dolore" a "dolore fortissimo" |
| Color Analog Scale: | il bambino sceglie un colore associandolo al proprio dolore per cui i colori più intensi sono associati al massimo del dolore |
| VAS (Scala Analogica Visiva): | si presenta sotto forma di linea retta in cui un'estremità della linea rappresenta nessun dolore, l'estremità opposta il massimo del dolore possibile |

- somministrare dosi di antalgici adeguati e sufficienti;
- anticipare e trattare gli effetti collaterali.

Ma questa Organizzazione ha dimenticato, a mio avviso, tra i suoi parametri, *il dolore trascurato, il dolore provocato*, eventi tutt'altro che rari nella quotidianità.

Per affrontare e curare adeguatamente il dolore nel bambino (come nell'adulto) è necessaria una quantificazione tale, da permettere un intervento mirato ed efficace.

A tale scopo sono nate varie scale (Tabb. 1, 2), studiate specificamente per il bambino che ci danno un quadro dell'intensità del dolore provato o provocato ed il suo andamento nel tempo. Queste scale sono adeguate all'età del piccolo paziente.

Nei bambini in età prescolare: si assegna un punteggio basandosi su parametri comportamentali, pianto, espressione del viso, ecc. e su parametri fisiologici, frequenza cardiaca ritmo respiratorio, pressione, sudorazione ecc. Alcuni fra i più noti sono (3) espressi dalle seguenti scale.

In quelli in età scolare, capaci di esprimersi, possono essere usati diversi tipi di scale come la scelta di *facine che vanno dal sorriso al pianto, la valutazione da 1 a 10 o l'associazione del dolore a colori* più o meno intensi o più semplicemente espressioni comuni che vanno da *nessun dolore a dolore fortissimo*.

Zacharias e Watts (4) sottolineano che negli ultimi decenni sono stati fatti notevoli passi per la comprensione e il trattamento del dolore del bambino nonostante esista il problema di una rilevazione oggettiva dell'intensità del sintomo.

Quanto al trattamento del dolore il protocollo standard suggerito dall'Organizzazione Mondiale della Sanità trova applicazione per i bambini con formulazioni che tengano conto del bambino, del suo peso, della sua superficie corporea, variabili tipiche dell'età pediatrica.

Quanto alla scelta dei farmaci, per un *dolore lieve o moderato*, possono essere usati paracetamolo, FANS e oppioidi deboli; per il *dolore di media intensità* si utilizzano oppioidi associati a FANS; per il dolore severo, è raccomandato l'utilizzo degli oppioidi maggiori; i FANS possono essere utili per potenziarne l'effetto (5).

Gli anestetici locali trovano le solite indicazioni per tutti i blocchi periferici e per la somministrazione intratecale e peridurale.

Esistono anche tecniche non farmacologiche utilizzate per il controllo del dolore del bambino allo scopo di allontanare la sua mente dal momento di dolore e di paura che sta vivendo, attraverso un processo di dissociazione mentale, per favorire un vero e proprio stato di trans in cui è possibile controllare meglio le sensazioni fisiche dolorose come la respirazione, il rilassamento, la visualizzazione, la desensibilizzazione, fino alla distrazione e al coinvolgimento ludico.

Non è accettabile restare indifferenti di fronte al rapporto del bambino col dolore, ma è indispensabile essere capaci di trattare le sue emozioni dolorose, non secondo canoni adulti, ma nella loro specificità.

Ne deriva che il tema del dolore del bambino presenta molti aspetti e uno di essi, fra i più importanti, è il ruolo dell'adulto nell'aiutarlo a affrontarlo, cercando soprattutto, anche se non intenzionalmente, *di non produrre mai dolore nel bambino con l'esercizio del potere e della violenza* (5).

Ci chiediamo allora che cosa fare dunque per aiutare il bambino nel suo rapporto con il dolore. La risposta non può mai essere del tutto esauriente. L'adulto stesso non è in grado, in molti casi, di capirne il perché.

È necessario comunque reimpostare il rapporto dell'adulto con il bambino che non deve essere basato unicamente sulla convinzione di tipo gerarchico basata sulla maggiore quantità di potere dell'adulto rispetto al bambino (6).

Bisognerebbe spendere più tempo per capire con quali gesti e parole il bambino esprime il dolore ed è importante che l'adulto consideri il bambino a tutti gli effetti un individuo alla pari, *un compagno di strada*, con cui condividere la riflessione sulla maggior parte delle esperienze fondamentali della vita senza dimenticare che il dolore dei bambini è legato direttamente al trattamento della malattia stessa.

Parliamo ora di un aspetto del dolore del bambino che ci interessa più da vicino. Quello con cui ci confrontiamo tutti i giorni, quello di cui non è scritto nei protocolli né nelle linee guida.

Quei protocolli che, a nostro avviso, sono privi delle norme più elementari che andrebbero scritte a grandi lettere anche sui muri dei nostri ospedali.

- **Non provocare dolore.**
- **Non ci sono ragioni valide né sostenibili per farlo.**
- **Provocare dolore è inutile e controproducente.**

Nel bambino, più ancora che nell'adulto, la reazione secondaria al dolore provocato può favorire l'instaurarsi di reazioni nocicettive generali e locali sproporzionate e imprevedibili, rispetto all'evento traumatico o alla malattia stessa.

Assistiamo ancora, troppo spesso, a ciò che Thomas e Rouzaud (7) di Grenoble hanno definito "*vero e proprio terrorismo*"; quello che si compie, arbitrariamente nelle manovre ispettive, nei tentativi di riduzione, ma soprattutto, ancora oggi, con la violenza di certi programmi fisioterapici.

Se consideriamo la mano come l'espressione esterna del cervello, l'unica linea guida deve derivare da questo.

Durante ogni manovra, da quella più semplice a quella più invasiva; dal quella FKT a quella chirurgica compresa, dobbiamo sempre pensare che *ogni nostro atto agisce non solo sulla mano e sull'arto ma su quella parte di cervello cui appartiene*".

Se provocheremo dolore, favoriremo, inequivocabilmente, l'instaurarsi di reazioni riflesse nocicettive che, soprattutto nel bambino, incideranno così profondamente nella sua plasticità cerebrale da fargli associare "**l'idea del movimento a quella del dolore**".

Se questo avviene, ci avvieremo fatalmente verso un insuccesso anche se tutti i dati obiettivamente ci faranno ritenere d'aver tecnicamente risolto il problema.

I bloccaggi, le rigidità non verranno risolti con manovre dolorose: col dolore sarà possibile aprire una strada, quasi sempre senza uscita, che ha un nome terribile e temuto: **algodistrofia**.

Un altro suggerimento che non compare nei protocolli è quello di: "**non sottovalutare né minimizzare il dolore nel bambino**".

Ma prima di trattarlo semplicisticamente con antalgici, verificarne obiettivamente le cause che possono averlo prodotto.

Le cronache quotidiane della cosiddetta "malasannità", che ci affliggono, sono piene di eventi che derivano unicamente da questa disattenzione o sottovalutazione di dolori riferiti, dai bambini o dai loro famigliari, a bendaggi, tutori, gessi troppo stretti e dolorosi che, non verificati e rimossi, aprono la strada alla **Volkman o all'algodistrofia**.

Per finire, non possiamo non parlare di un dolore che non è fisico, non è del bambino, che vive la sua vita felice, ma è quello provocato da una ferita profonda che lacera la vita dei genitori e della famiglia, alla nascita di un bambino con una malformazione dell'arto superiore o della mano, per ciò che ci riguarda.

Generalmente siamo noi chirurghi fra i primi interlocutori, dopo l'evento, che ci troviamo a confronto non solo con la malformazione e i suoi problemi ma con il dolore insopportabile dei genitori e della famiglia che dovremo imparare a far nostro e lenire.

Qui non sappiamo dare consigli. Il nostro primo Maestro Marc Iselin ci ha insegnato una regola: "**Quando visiterai per la prima volta la mano malformata di un bambino di fronte ai genitori cerca di alleviare il loro dolore con l'unica medicina di cui disponiamo: la speranza**".

Bibliografia

1. Andreoli V. Capire il dolore. Milano: BUR R.C.S., 2007
2. Cocchi M. Nutrizione, biochimica, sensazioni e coscienza. *Pathos* 2008; 15: 28-36.
3. Anand KJS, Phil D, Hockey PR. Pain and its effects in the Human Neonate and Fetus. *NEJM* 1987; 317: 1321-9
4. Zacharias M., Watts D. Pain Relief in Children. *BMJ* 1998; 316: 1552-60.
5. Pagani C. L'oro dei bambini. *Bambini* 1992; 10: 24-35
6. Schenetti M., Comprendere il dolore del bambino. Ed.A.Perdisa 2006.
7. Thomas D., Rouzaud F. La main traumatique. Parigi: Masson, 1996.