

Dottore, mia figlia ha le coliche!

Isodiana Crupi*, Michele Gangemi**

*Pediatra di famiglia, ACP dello Stretto Messina

** Pediatra di famiglia, ACP di Verona

UNA RUBRICA PER METTERE INSIEME APPROCCIO DELLA EBM E STORIA DEL MALATO

La EBM è attualmente lo strumento migliore di cui disponiamo per trasferire nella pratica clinica i risultati della ricerca. Questo processo, di per sé non facile, prevede, alla fine, di ritrasferire il problema dalla "POPOLAZIONE" della domanda in tre parti al malato che ci sta davanti. Lo stesso percorso può essere valido per realtà diverse e può far parte di un metodo di lavoro applicabile, ad esempio, a strutture aziendali per decisioni che riguardano aspetti della medicina di comunità. 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.

Il fatto che le conoscenze così ottenute vadano integrate col giudizio che nasce dall'esperienza e dalla pratica clinica, consolidata da esperienze su altri malati, non sempre riesce a rendere meno duale il rapporto.

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 destinati a rimanere tali. Anzi la "forza" della EBM potrebbe rendere più conflittuale ed unidirezionale 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 tenta di mettere insieme, con degli esempi tratti dal vivo, i due approcci: quello basato sulla evidenza e quello narrativo. Naturalmente sia quello evidence based che, soprattutto, quello narrativo sono solo abbozzati.

Ci auguriamo che, come è successo per gli scenari clinici, i lettori stessi ci inviino i loro materiali, per la pubblicazione o anche solo per consulenza.

Scenario clinico

Una bambina di 1 mese viene portata dalla pediatra perché è molto irritabile e piange spesso. È alimentata con latte

materno. È cresciuta regolarmente e la visita non evidenzia nulla di patologico. Riportiamo nel *box 1* alcune sequenze comunicative fra pediatra e famiglia.

Box 1

Pediatra: Dunque, l'ha allattata lei. Provi a spiegarmi meglio il problema di cui mi diceva...

Mamma: Sì, fa circa 6 pasti al giorno, ma ha le coliche: devo stare tutto il giorno con lei in braccio a scuoterla...

Pediatra: E, quelle che dice coliche, le ha avute subito dall'inizio? Provate a descrivermele meglio.

Papà: Guardi, quando era in ospedale, dicevano che era bravissima, che mangiava e dormiva. Effettivamente in ospedale mangiava e dormiva; però, dalla prima sera che l'abbiamo portata a casa, ha pianto tutta la sera ed effettivamente ci siamo accorti che erano coliche.

Mamma: Lei iniziava dalle 6 del pomeriggio fino alle 10-11 di sera ed era un continuo! Piangeva, smetteva... si vedeva che aveva le coliche. Del resto, al secondo giorno dopo la dimissione, l'abbiamo portata in Pronto Soccorso e ci hanno detto che erano coliche.

Pediatra: Chi si occupa della bambina quando ha le coliche?

Mamma: Soprattutto io, perché mio marito lavora e non abbiamo nonni in città!

Pediatra: Deve essere dura sola con la bambina che urla...

Mamma: È per questo che vorrei trovare una soluzione.

Pediatra: E sino ad ora che cosa avete fatto?

Mamma: Ho provato a darle una tisana di finocchio, ma non le piace. Una mia amica mi ha consigliato di darle le gocce di Mylicon. Ecco, lei cosa ne dice, Dottoressa?

Cosa dice la Evidence Based Medicine

La prima cosa da chiarire è "che fondamento ha il trattamento che la madre in fondo desidera"?

Si inizia consultando *Clinical Evidence* 2001, che a pagina 203 tratta del simeticone, commentando una revisione sistematica del 1996 (Lucassen PLB, et al. *BMJ*1998;316:1563), che non ha trovato miglioramenti sulla base di interviste ai genitori: dimensioni dell'effetto 0.06 (limiti di confidenza -0.17 +0.28).

La domanda in tre parti

Si può già dare una prima risposta ai genitori ma, per valutare altri possibili studi seguenti, si utilizza lo schema di ricerca di "scenari", a partenza dalla domanda:

- nei **lattanti** con **coliche** [POPOLAZIONE]
- il trattamento con **simeticone** [INTERVENTO]
- è efficace nel ridurre le **coliche**? [OUTCOME]

Strategia di ricerca

Si verifica nel browser MeSH di PubMed l'esistenza dei seguenti termini: *Colic - Infant - Simethicone*.

Per corrispondenza:
Isodiana Crupi
e-mail: crupi.isodi@libero.it

medicina narrativa

Abstract

The discussed question is about parents' query if simeticone is an efficacy drug for aeriform colics of their one month old baby. The research in PubMed help us to find two systematic reviews that deny the utility of simeticone versus placebo. The pediatrician explain that drug doesn't work and try to build a partnership with parents.

*Isodiana Crupi, Michele Gangemi. Doctor! My baby is colicky!
Quaderni acp 2003, vol X n° 6: 35-36*

Traduco la domanda su PubMed nella maschera *Clinical Queries using Research Methodology Filters*, selezionando **Therapy and Specificity: "Infant" AND "Colic" AND "Simethicone" AND "Treatment outcome"**.

Articoli selezionati

Si trovano due revisioni sistematiche: quella citata da *Clinical Evidence*, meno recente, e una successiva (Garrison MM, Christakis DA. *Pediatrics* 2000;106:-184), che mette a confronto le varie scelte di trattamento, fra cui quelle farmacologiche; le due revisioni concordano nel non suggerire il trattamento con simeticone.

In più, in un lavoro non recentissimo, recensito nelle due revisioni (Metcalf TJ, et al. Simethicone in the treatment of infantile colic: a randomized, placebo-controlled, multicenter trial. *Pediatrics* 1994;94:29-34) e particolarmente indicato per il problema, si rileva che ogni 11 bambini che hanno ricevuto simeticone si ha un fallimento terapeutico in più rispetto al placebo.

Conclusioni del pediatra e restituzione ai genitori

La pediatra, dopo la ricerca che ha dato risposte poco discutibili sul piano dell'EBM (quel fallimento in più rispetto al placebo!), deve rispondere al quesito dei genitori e trovare un obiettivo condivisibile in quel contesto (box 2).

Discussione generale

Il caso riferito rappresenta un tentativo di integrare la medicina basata sulle prove di efficacia e la narrazione del paziente. Il colloquio riportato evidenzia alcune peculiarità del caso specifico (presenza di entrambi i genitori alla visita, sintomatologia fortemente disturbante per la famiglia, tentativi già messi in atto). Questa partenza permette di evitare generalizzazioni e banalizzazioni delle coliche, riferendosi a un preciso contesto familiare e non alla colica gassosa standard.

I disturbi funzionali rappresentano una delle aree grigie della pediatria e in questa zona di confine il contesto e la relazione medico-famiglia giocano un ruolo predominante nell'alleanza tera-

Box 2

Pediatra: La situazione delle coliche gassose nel lattante allattato dalla mamma, come avete potuto verificare con i vostri vicini, è piuttosto frequente, anche se non lascia problemi al bambino. Pur capendo le vostre preoccupazioni, devo dirvi che il farmaco di cui mi avete parlato e di cui vi ha parlato la vostra amica non ha dato buoni risultati nelle ricerche che sono state fatte, anzi...

Madre: Del resto tutti i bambini sono diversi e poi voi medici dite cose così diverse l'uno dall'altro...

Pediatra: È proprio per questo che dobbiamo cercare una risposta che sia utile per voi e per vostro figlio, senza nulla togliere alla letteratura e alla ricerca scientifica.

Padre: E quindi ce lo teniamo così?

Pediatra: Beh, spero di riuscire ad aiutarvi a risolvere il problema; proviamo a vedere insieme un possibile comportamento che potete adottare e ci potremo risentire tra breve. Si potrebbe provare anzitutto a seguire i ritmi della bambina... perché prima mi avete detto che comunque, quando incomincia a mangiare, lo fa tranquillamente e bene per un discreto quantitativo, e poi basta... Del resto avete già provato a non insistere e avete visto che poi è più tranquilla...

Padre: Il tentativo lo facciamo... e ci risentiamo la prossima settimana.

Pediatra: Se siete in difficoltà, chiamatemi anche prima.

peutica. La condivisione, e non solo la compliance che presuppone l'adattarsi alle scelte del medico, appare sempre più necessaria per ottenere una vera alleanza terapeutica.

Questo percorso evidenzia come l'applicazione nella realtà quotidiana delle conclusioni scientifiche non sempre sia agevole. È importante sapere che il simeticone non funziona, ma è altrettanto importante rispondere ai bisogni dei genitori. Nella premessa abbiamo riportato un colloquio che evidenzia:

1. la preoccupazione dei genitori che si presentano entrambi alla visita. Non tutti i sistemi hanno la stessa risposta di fronte ai problemi e la pediatra sa troppo poco di quella famiglia per rischiare conclusioni affrettate;
2. saper condurre un colloquio può aiutare a capire di che cosa si parla (sono realmente coliche?) ed esplorare le strategie già messe in atto per risolvere il problema. L'uso di domande aperte ci dà notizie circa il vissuto della famiglia e si rivela utile per capire il disagio rispetto alle coliche ("provate a descrivermele meglio");
3. la pediatra capisce che la madre è sola e in difficoltà, ma evita di tirare conclu-

sioni affrettate su quel sistema, rimandando volutamente giudizi altrettanto affrettati; si pone invece in situazione di ascolto per acquisire elementi ulteriori per successivi interventi.

La risposta della pediatra, dopo la ricerca, ha buone probabilità di essere efficace e accettabile per quel sistema, perché non svalorza ciò che loro credono di sapere intorno al problema (*una mia amica mi ha consigliato le gocce...*) ma, a partenza dalle loro richieste, ricerca un obiettivo condivisibile in quel contesto.

Il resto probabilmente lo farà la relazione medico-famiglia di cui si stanno ponendo le basi e la natura, visto che la maggior parte delle malattie del bambino si auto-limitano o si risolvono.

La capacità di un ascolto attivo e di una restituzione puntuale, a partenza dagli spunti offerti dalla famiglia, aiuta la pediatra e il sistema a rinunciare a un farmaco inutile e a tentare una vera alleanza terapeutica, non basata sulla medicalizzazione. Va inoltre evidenziato

continua a pag. 48