

RENATO ROSSI GIUSEPPE RESSA

IL MANUALE DI CLINICA PRATICA



cinquantunesimo modulo

© 2004 Pillole.org

IL PROCESSO DIAGNOSTICO: ARTE O SCIENZA?

Rossi:

La medicina sarebbe relativamente più semplice se il paziente avesse cucito sulla fronte la diagnosi. Purtroppo non è così, spesso si presenta a noi con una serie di segni e sintomi, più o meno espliciti e dichiarati, e da questi noi dovremo cercare di trovare una causa, cioè di fare una diagnosi.

Ressa:

Il fatto è che anche i libri di Medicina in generale (e anche il nostro), sono divisi per capitoli e ad ogni capitolo corrisponde una malattia. Bisognerebbe quindi ripensare al modo di scrivere i trattati?

Rossi:

Non necessariamente. I trattati classici sono indispensabili, solo che dovremmo abituarci anche a consultare libri che partono dal sintomo per arrivare alla diagnosi.

Ne esistono molti, alcuni anche ben fatti.

Ressa:

Vorresti dire che è possibile in qualche modo formalizzare la maniera per arrivare ad una diagnosi corretta?

Rossi:

Si può tentare. In generale il sistema è questo: si fa una elencazione di cause che possono dare quel sintomo (una specie di check list) e poi, si comincia ad escluderle partendo da quelle più frequenti e probabili per arrivare a quelle più rare. Ovviamente per escludere una malattia può essere sufficiente la sola anamnesi, l'esame obiettivo, o possono essere necessari esami di laboratorio e strumentali. Con un processo di approssimazione più o meno lungo si dovrebbe quindi arrivare a trovare la causa del sintomo. Per non sprecare tempo, energie e soldi, si devono richiedere solo quegli esami che presumibilmente ci porteranno ad una diagnosi corretta, in altre parole solo quegli esami che hanno una buona probabilità pre-test di confermare od escludere la patologia ipotizzata.

Non è sempre detto che una diagnosi sia necessaria. Qualche volta ci si può astenere da questo processo e "stare alla finestra" a osservare quello che succede. In altre parole si può sfruttare il fattore tempo, perchè spesso e per nostra fortuna, i sintomi lamentati dal paziente sono autolimitati e si risolvono spontaneamente in breve tempo.

Ressa:

Un esempio?

Rossi:

Mi viene in mente il paziente che si presenta con dolore addominale di recente insorgenza. Se l'anamnesi e l'esame obiettivo non fanno pensare a patologie potenzialmente gravi si può anche rinunciare ad una diagnosi specifica, limitarsi a prescrivere un sintomatico e aspettare la risoluzione del disturbo, riservandosi un approfondimento solo in caso di persistenza o di aggravamento.

Ressa:

Insomma, se ho capito bene, tu cercheresti in qualche maniera di rendere "matematico" (se mi passi il termine) il processo diagnostico. Devo dire che sono molto scettico su questo punto. Il mio maestro universitario diceva: "Ma così sono buoni tutti !!, da voi mi aspetto di piu', che imbocchiate le scorciatoie!!"

Per questo sono stato educato ad essere un estimatore del "colpo d'ala" e delle scorciatoie diagnostiche. Ma si tratta di un'arte che uno ha o non ha: si puo' andare da Milano a Roma per via diretta (ed è quello che fanno i veri artisti della Medicina) oppure arrivarci passando per Genova e

Venezia, si arriva comunque a Roma, ma con spreco di tempo e di risorse.

Il vero artista individua subito i segni, i sintomi e gli esami che lo portano a capire la giusta causa, ha il dono della sintesi mentale, una specie di "istinto" e sono molto dubbioso che questa dote si possa in qualche modo insegnare, la definizione di "istinto" è difficile a darsi.

Gli stessi maestri dotati di questa straordinaria capacità, quando interrogati perchè hanno scelto questo esame o non un altro, ti dicono semplicemente "Perchè questa è la strada giusta" ma non sanno spiegare al 100% tutte le motivazioni.

E' come il fascino di una bella donna, il perchè ce l'abbia non lo sappiamo spiegare e quando qualcuno cerca di razionalizzarlo, calcolando la distanza tra naso e fronte o tra tronco e arti inferiori, a me viene da ridere. Penso che non ci siano istogrammi, algoritmi e diagrammi o flow-chart che possano farti avere il "colpo d'ala" se non ne sei naturalmente dotato.

Questo discorso, purtroppo, è completamente fuori moda e si scontra con la MEDICINA RAGIONIERISTICA dei nostri tempi e i loro cultori che si applicano in diagrammi con frecce e frecce, personalmente mi annoiano mentre ho un ricordo vivissimo degli "artisti" medici che ho conosciuto, pochi in verità.

Rossi:

Allora, se così fosse, la medicina sarebbe limitata a pochi eletti. Io sono invece convinto che un corretto addestramento e un costante allenamento possano fare molto e nei capitoli che seguono te lo vorrei dimostrare. Il problema principale, secondo me, sta nel fatto che questo metodo non viene insegnato all'università...

Ressa:

D'accordissimo, ma il fatto di conoscerlo non vuol dire automaticamente che si riesca a metterlo in pratica correttamente, perchè questo presuppone doti individuali che il medico, come PERSONA, possiede o no.

Mi infervoro in uno sproloquio che spero tu abbia la bontà di perdonare: guarda ai CARDINI del ben operare nella nostra arte che sono anamnesi ed esame obiettivo, io docente posso insegnarti COME si interroga il paziente e COME si visita, ma poi ci sono la tua voce, il tuo linguaggio corporeo, i tuoi 5 sensi.

Posso insegnarti queste cose? Io, per esempio, ho un udito naturale finissimo che mi permette di godere il mio hobby principale che è la musica in alta fedeltà, orbene io posso insegnarti come non farti ingannare da un suono "ad effetto" e cosa devi cercare in una riproduzione musicale corretta, MA certe sfumature non le sentirai mai se non hai quella "sensibilità" che è innata.

Ancora, prova a vedere le lezioni di tennis: hai 2 persone fenotipicamente molto simili che prendono per la prima volta una racchetta in mano ed hanno lo stesso maestro, vedrai uno che impara il rovescio dopo 20 minuti, per l'altro ci vogliono 10 lezioni, perchè? Perchè uno ha una "disposizione" innata a quel colpo, lo posso spiegare in termini matematici? Non credo.

Così l'INTUITO, o lo possiedi o no; diceva il mio compianto maestro universitario: "Ho visto medici con tutti i capelli bianchi senza occhio clinico, altri, alle prime armi, che già lo possedevano"; del resto non capisco perchè in tutti i campi dei mestieri e delle professioni, spesso diciamo che quella determinata persona ha "talento" e ci togliamo questa opportunità proprio per la nostra!

A me, in 26 anni di medicina, è capitato, insieme a frescacce clamorose, che mi si accendesse una lampadina diagnostica inspiegabile per malattie che non avevo mai visto prima e alle quali ho pensato e non so perchè, viceversa gli errori sono stati sempre dovuti alla inosservanza delle regole auree del metodo clinico, come, per esempio: anamnesi affrettate od esami obiettivi volanti.

Quindi io ti posso spiegare il PERCHÉ ho sbagliato in quella circostanza MA non perchè in quell'altra ho avuto il colpo d'ala diagnostico, cioè posso renderti conto dell'ERRORE ma non del COLPO d'ALA.

Tra i due estremi c'è il ben operare "ad andatura costante" che presuppone una qualità media del medico.

Le linee guida sono fatte per loro, per medici di qualità media che viaggiano a 80 all'ora e non fanno mai incidenti: beninteso, chi va in Panda, con in mano le mappe della linea guida pieghevole, arriva lo stesso, ma in tempi ordinari e se trova un imprevisto, si ferma all'Autogrill e aspetta che il blocco cessi; il vero artista "sente" che sta per formarsi un blocco e cambia strada prima che esso si concretizzi.

Arriva alla stessa meta ma un'ora prima; l'ordinario automobilista arriva e lo vede già sul posto, a quel punto esclamerà: "Come ha fatto? la solita fortuna!, la carta stradale delle linee guida non lo diceva!!".

Rossi:

Ci sarebbe molto da discutere sulla correttezza dei tuoi paragoni, osservo solo che purtroppo noi (nella maggior parte dei casi) non siamo dotati di questo "colpo d'ala" e quindi dobbiamo giocoforza andare ad andatura costante (a meno di non ammettere che quasi tutti debbano cambiare lavoro, nel qual caso vorrei proprio vedere chi curerà i malati).

Ressa:

Io ho il massimo rispetto per i Pandisti ma tra rispetto e ammirazione c'è molta differenza, non sto dicendo che un medico non possa essere un onestissimo artigiano ma l'arte è un'altra cosa.

Rossi:

Io mi accontenterei se di buoni artigiani ce ne fossero molti, l'arte la lascio a quelli (pochi) che hanno avuto in dono l'istinto di cui tu parli.

Resaa:

Alla fine, ma non per ultima, lascio l'umanità che traspare nel tuo operare come medico e che il paziente percepisce immediatamente.

Egli ti legge nell'anima e, se non trova una corrispondenza, il rapporto parte male anche se il medico applica alla lettera tutto ciò che deve fare; è come il GALATEO, tu puoi dire che quella persona è correttissima perché ha un comportamento ineccepibile ma, contemporaneamente, puoi, magari, intuire che è solo facciata e che "dietro", come UOMO, è una nullità, non ha sensibilità e voglia di donare. Non mi risulta che nel corso universitario ci sia l'esame di "sensibilità" e di "voglia di donare".

La "partecipazione" al problema altrui prescinde dalle conoscenze ma fa sì che il paziente si "apra" all'anamnesi e all'esame obiettivo che sono le fondamenta della diagnostica, viceversa egli sarà reticente o poco disponibile.

Rossi:

Malgrado sia in apnea, a causa del tuo pistolotto, sono disposto a correre il rischio e ad accettare la sfida.

Nei capitoli che seguono vengono trattati alcuni sintomi e segni di frequente riscontro in Medicina Generale e cercherò di mostrare come si può arrivare ad un ragionevole inquadramento diagnostico. Naturalmente questo modo di procedere non ti mette al riparo al cento per cento da possibili errori perché ci sono sempre i casi atipici e quelli rari che ti fregano.

Infine due considerazioni:

1) spesso le check list ci servono più per "escludere" alcune patologie che per fare una diagnosi vera e propria; per esempio in caso di dolore addominale l'esame delle varie cause può aiutarmi a prendere in considerazione e quindi ad escludere patologie gravi come una peritonite, una perforazione intestinale o una pancreatite, non necessariamente però permettono di fare una diagnosi precisa del tipo di disturbo che affligge quel determinato paziente, e non è neppure detto

che sia necessario farlo se poi il sintomo è autorisolutivo

2) spesso i pazienti lamentano sintomi sfumati, difficili da definire, che si accavallano tra loro, confusi insieme a molti altri dati che sembrano non c'entrare nulla con una qualche patologia e che magari contraddicono le prime ipotesi diagnostiche che stai elaborando. Nulla esclude poi che il paziente possa anche avere due o tre patologie insieme i cui segni e sintomi si intersecano e confliggono tra loro in maniera imprevedibile. Allora diventa arduo metter ordine e chiarezza e trovare il bandolo della matassa che ti conduce alla diagnosi giusta, dare importanza più ad un sintomo o ad un segno che ad un altro. In questo contesto gli schemi che verranno proposti possono risultare di difficile applicazione e deve essere chiaro che non esiste un sistema "miracoloso" per far diagnosi. Nondimeno si deve sempre cercare, se possibile, di semplificare e razionalizzare il processo che ci porta ad una diagnosi piuttosto che ad un'altra, cercando di limitare al massimo i danni.

Siccome le parole astratte funzionano meno degli esempi, prenderò in considerazione una serie di situazioni che il medico incontra frequentemente nella sua pratica, sperando che alla fine sia chiaro quale dovrebbe essere, in linea di massima, il ragionamento generale che ci guida in un oceano tempestoso.

E' anche l'occasione per parlare di alcuni segni e sintomi che non vengono trattati in altre parti del Manuale.

Alcuni non verranno presi in considerazione (per esempio le vertigini, le cefalee, il prurito, la febbre, ecc) perchè costituiscono capitoli a se stanti.

Ressa:

Razionalizza, razionalizza, io penso a Raffaello.

Rossi:

Si, ma la tua mi pare una visione elitaria della medicina, senza contare che di pittori come Raffaello ne nascono 2 o 3 ogni secolo. E comunque non vorrei che mentre sei in contemplazione dei capolavori del sommo pittore ti scappasse qualche diagnosi solo per non aver messo in pratica il banale (ma a mio avviso) talora efficace metodo razionale che io preferisco, pur con tutti i limiti che esso può avere.

Ressa:

Allora bando alle cance e cominciamo. Comunque, fuori dai denti, ti dico che questa parte della patologia mi annoia e di solito, nei trattati, la salto a pie' pari.

Rossi:

Perchè fa parte dell'artigianato mentre a te piace l'Arte con l'A maiuscola. Però considera che i manuali sono scritti per gli artigiani, gli Artisti non ne hanno bisogno.

Ressa:

Te pozzino!

Stucchi:

Mi pare di intravedere una certa idealizzazione della medicina. I maestri che Ressa cita e tanto ammira sono ricordati con l'occhio e lo stupore del neolaureato, con poca o punto esperienza clinica, di fronte ad una diagnosi brillante, solo in apparenza frutto dell'intuito. Riconosco che alcune persone sono piu' dotate, piu' intelligenti, più rapide nei collegamenti, hanno più talento, insomma, ma pensare che solo questi requisiti siano importanti per il famoso "colpo d'ala", significherebbe sminuirne il lavoro, la preparazione, lo studio continuo. Questi maestri le "Check list" le hanno nel loro cervello e non certamente dalla nascita. Anni di studio continuo e esperienza clinica. Poi viene il resto, quello che fa la differenza.

Comunque, sono convinto che le stesse esperienze, vissute adesso, a cinquantanni e con un bel po' di professione alle spalle, apparirebbero diverse.

Ressa:

Penso che ci sia del giusto in quello che dici, potremmo trovare un accordo finale dicendo che l'ARTISTA e' un ARTIGIANO che va piu' "veloce" degli altri, pur applicando le stesse metodiche dei suoi colleghi e che comunque, a volte, riesce a fare dei "pezzi" che la media dei suoi consimili non riesce a produrre, pur con tutta la buona volonta' e l'applicazione.

Ribadisco che questo deve essere visto nell'ottica del paziente che e' sempre al centro del servizio sanitario, se il suo medico e' un buon artigiano, meglio per lui, se addirittura è un artista, ancora meglio, gli fara' fare pochissima strada per arrivare alle diagnosi che lo riguardano.

In realta' il mio pistolotto iniziale era estremizzato "ad arte" perche' voleva arrivare a colpire la medicina "acefala" e "standardizzata" che ai nostri tempi va tanto di moda: medici che per incapacita' diagnostica o paura di conseguenze medico legali sottopongono i loro sfortunati pazienti a tour diagnostici a tappe che li sfiancano all'inverosimile, quel che è peggio è che essi se ne fanno vanto, dicendo che hanno "sondato tutte le possibilità".

Per loro la diagnostica ragionata e' una piccolezza, la flessibilita' dell'iter diagnostico e' un concetto a loro estraneo, le linee guida e i protocolli sono vergati dal club degli "Infallibili" e vanno applicati BOVINAMENTE, gli esami diagnostici sono il Vangelo. Guai a contraddirli! Ogni giorno ne siamo testimoni perche' ci arrivano in studio i loro moduli prestampati con tanto di crocette e crocettine. Dov'è finita la massima che affermava, fino a pochi decenni fa, che "la bravura del medico e' inversamente proporzionale al numero di esami che richiede?"

Io credo che alla fine della nostra discussione, se siamo d'accordo su questo, vada stigmatizzato con forza la insulsaggine di certi comportamenti, conditi dagli "effetti speciali" della medicina moderna.

L'astenia

Ressa:

Qui voglio davvero vederti!

Dimmi cosa fai di fronte ad un sintomo così aspecifico e tra l' altro frequentissimo in Medicina Generale.

Rossi:

Come ho detto innanzi tutto e come sempre, anche se so di annoiare: anamnesi ed esame obiettivo.

In questo modo abbiamo una certa quantità di dati iniziali da cui partire. Prendiamo poi la nostra brava check list e vediamo una enumerazione di cause che non finisce più...

Ressa:

Appunto.

Rossi:

Però alcune cause sono più probabili di altre. In effetti vedremo che le cause più frequenti sono:

1) le cause psichiche (depressione, ansia cronica) e lo stress cronico (per esempio eccessivo lavoro, bambini piccoli, scarso riposo, ecc.)

2) anemia

3) recente malattia infettiva

4) ipotiroidismo

Così la prima e la terza causa possono già essere confermate con una semplice anamnesi e se l'esame obiettivo non è indicativo di qualcosa d'altro possiamo fermarci a questo punto.

Conviene, per non perdersi in richieste eccessive di esami inutili, considerare che un'astenia isolata, in assenza di altri sintomi riferiti dal paziente (per esempio calo ponderale, dispnea, artrite) quasi mai ha una genesi organica.

Spesso, per esempio nelle giovani donne, in cui si sospetta una astenia da stress o da ansia, può essere sufficiente una terapia "placebo" (le famose iniezioni ricostituenti, che faranno arrossire i cultori della EBM, ma che a noi servono molto) associata eventualmente a basse dosi di ansiolitici. Qualche volta si possono prescrivere degli accertamenti di minima, anche se siamo "quasi certi" che il paziente non abbia patologie serie, a scopo rassicurativo, come una vera e propria terapia. Questo farà inorridire forse i puristi, ma io trovo che sia, in casi selezionati, una tecnica efficace.

Ressa:
Quindi?

Rossi:
Intanto abbiamo già escluso alcune cause importanti, teniamo in calda le anemie e l'ipotiroidismo, e continuiamo con l'esame della check list finché abbiamo il paziente davanti. Cause meno frequenti di astenia, ma sempre importanti, sono l'ipertiroidismo, l'abuso di sostanze (alcol, droghe), alcuni farmaci (beta-bloccanti, diuretici, altri antipertensivi, ecc.), una insufficienza cardiaca, renale od epatica, il diabete.

Ressa:
Vedo che la lista si ingrossa...

Rossi:
Già, ma anche in questo caso con anamnesi ed esame obiettivo possiamo già escludere alcune di queste cause (farmaci, scompenso cardiaco congestizio, ipertiroidismo conclamato).

Ressa:
Bene, qual è il passo successivo?

Rossi:
Si passa ad esaminare cause più rare: un'infezione cronica come la TBC, una malattia di Addison, una neoplasia maligna o una connettivopatia (LES, artrite reumatoide, polimialgia reumatica), una sindrome da fatica cronica. Anche in questo caso già l'esame del paziente può indirizzarci verso una certa patologia: per esempio in un anziano la contemporanea presenza di dolore ai cingoli degli arti superiori e inferiori può orientarci verso una polimialgia reumatica, un calo di peso verso una neoplasia, ecc.

Abbiamo già fatto così una certa scrematura e possiamo pensare ora ad effettuare alcuni esami di minima che ci confermano od escludono altre cause:

glicemia, TSH, transaminasi, creatinina, VES, elettroliti, esame urine. In casi specifici possiamo aggiungere un RA test, una ricerca del sangue occulto fecale, una sideremia, una elettroforesi.

Come vedi con un percorso ragionato e con alcuni esami mirati siano arrivati, senza colpo d'ala e senza bisogno di essere Raffaello, a trovare probabilmente la causa della stanchezza, o comunque a sospettarla. E' ovvio che se i risultati daranno un'anemia sideropenica diverso poi sarà il comportamento di fronte ad una giovane donna con mestruazioni abbondanti piuttosto che in un anziano con disturbi digestivi e calo di peso, in cui è giocoforza escludere una neoplasia del tubo digerente.

Così per esempio con l'emocromo, oltre a diagnosticare l'anemia, possiamo individuare o sospettare un abuso etilico in caso di aumento dell'MCV o una infezione in caso di leucocitosi, una alterazione degli elettroliti può essere dovuta a terapia diuretica o anche a morbo di Addison, e così via.

Ressa:

E se non si trova causa alcuna?

Rossi:

Bisogna disistinguere da caso a caso. Conta anche l'impressione che ti fa il paziente, quello organico talora si vede al primo sguardo ...

Ressa:

Ahi, ahi, te l'ho già detto: il paziente che non ti piace non può essere schematizzabile nelle tue flow-chart!

Rossi:

No, però se uno si allena ci sono delle sfumature che con il tempo impari a riconoscere e a non sottovalutare. Concordo che non tutto sia esplicitabile in tabelle e algoritmi, una parte di "occhio clinico" c'è sempre ed è ineliminabile. Ad ogni modo se non troviamo una causa con gli esami di primo livello se ne devono/possono aggiungere altri, di solito di tipo strumentale; radiografia del torace, ecografia addominale, endoscopia digestiva, ecc. A questo punto possiamo sempre ricorrere al nostro "alleato" tempo e pensare ad esami di secondo livello se l'astenia continua a persistere, si aggrava oppure se compaiono nuovi sintomi.

Ressa:

Mi hai convinto solo in parte. I veri artisti sintetizzano tutto il processo che ci hai descritto in pochi istanti e arrivano molto più velocemente alla diagnosi.

Rossi:

Può anche essere, per quanto nutra dei seri dubbi su queste tue affermazioni. Però sono convinto che la metodologia esemplificata in questo capitolo possa essere utile anche per chi non nasce Raffaello, perchè pochi hanno questa fortuna, e ci possa mettere al riparo da grosse delusioni (ovviamente come dicevo nell'introduzione con le dovute eccezioni, perchè ci sono sempre i casi atipici e quelli molto rari che ti ingannano).

Ressa:

Passiamo allora ad altri esempi.

Calo di peso

Ressa:

Quando un paziente mi dice che ha avuto una perdita di peso consistente mi si drizzano sempre le antenne...

Rossi:

E fai bene perchè si tratta di un segno importante che non deve mai essere sottovalutato. Se la perdita di peso è reale sotto sotto vi è quasi sempre una patologia organica (fino al 90% dei casi) mentre solo in una minoranza può essere richiamata una patogenesi psichica. E' necessario quindi dall'inizio una valutazione accurata.

Ressa:

Perchè hai detto "se la perdita di peso è reale"?

Rossi:

Perchè non di rado mi sono capitati casi in cui veniva riferita una perdita di peso ma in realtà, tenendo sotto osservazione il paziente e pesandolo periodicamente in ambulatorio sempre con la stessa bilancia, non ho potuto confermare il dato...

Ressa:

E' vero, qualche volta capita. Magari il paziente non si pesa per anni e quindi fa riferimento ad un peso corporeo precedente che non ricorda bene, oppure usa bilance calalinghe del tutto "starate".
Comunque lasciamo perdere questi casi e puntiamo l'attenzione alla perdita di peso reale. Cosa si deve pensare per prima cosa?

Rossi:

Direi che dobbiamo avere in testa essenzialmente tre cause importanti, come screening iniziale:

- 1) una neoplasia
- 2) un ipertiroidismo
- 3) un diabete misconosciuto

Un paziente che perde peso ma riferisce aumento dell'appetito deve far pensare in prima istanza a diabete e ipertiroidismo.

Ressa:

Beh, in effetti le ultime due cause sono abbastanza facilmente individuabili, il problema nasce dalla prima, visto che qualsiasi tipo di tumore può indurre calo ponderale. Inoltre va considerato che l'ipertiroidismo non sempre porta ad un calo di peso perchè l'iperfagia tipica di questo stato può compensare gli effetti metabolici.

Rossi:

Può orientare verso una genesi neoplastica la contemporanea presenza di sintomi suggestivi (per esempio una tosse persistente, una ematochezia, una perdita dell'appetito o disturbi digestivi, compromissione delle condizioni generali, ecc.). Purtroppo non sempre si riesce ad avere la giusta intuizione e bisogna ricorrere ad alcuni esami. Prima però di passare agli accertamenti è opportuno esaminare quali sono altre cause, meno frequenti, di perdita di peso: insufficienza cardiaca, renale od epatica, malattie infiammatorie croniche gastrointestinali, celiachia, teniasi, infezioni croniche (soprattutto TBC e AIDS), abuso di sostanze (alcol, oppiacei, amfetamine), malattia di Addison.

Vi sono poi le cause psichiche (depressione, anoressia nervosa) e i normali eventi stressanti della vita (come per esempio perdita del lavoro, lutto, divorzio, ecc.): come sempre sarà opportuno diagnosticarle solo se si è ragionevolmente sicuri che non vi sia una sottostante patologia organica. Comunque il paziente che lamenta calo di peso va sempre indagato sotto questi aspetti: l'alimentazione, l'appetito, se si sente depresso, se ha avuto problemi in famiglia o nel lavoro. Nelle ragazze giovani è opportuno chiedere ai familiari se l'introito di cibo è sufficiente in quanto l'anoressia nervosa è una brutta bestia che è necessario affrontare a viso aperto e con il supporto di medici specializzati.

E' importante anche l'anamnesi di precedenti episodi di calo ponderale: vi sono soggetti che tendono sempre a perdere peso in occasione di eventi più o meno stressanti.

Comunque una perdita di peso rapida, avvenuta in poche settimane, è quasi sempre indicativa di patologia organica.

Ressa:

Per quanto riguarda l'anamnesi importante anche chiedere se il paziente si è sottoposto di recente a qualche dieta: non sempre te lo dicono!

Per quanto riguarda la depressione, questa può essere il primum movens del calo ponderale oppure

potrebbe essere secondaria alle preoccupazioni del paziente che teme di avere una patologia grave; la depressione non va quindi mai sottovalutata ma la si deve ritenere la causa della perdita di peso solo se non si scoprono cause organiche, come hai giustamente rimarcato. Quali sono gli esami di prima scelta che consiglieresti?

Rossi:

Direi i seguenti: TSH, glicemia, creatinina, esame urine, elettroliti, emocromo, VES, test epatici, sangue occulto fecale ed esame parassitologico delle feci, elettroforesi. Un aumento della VES e un calo dell'emoglobina sono abbastanza indicativi di una sottostante neoplasia o di una malattia cronica.

Se questi esami dovessero essere negativi si può aggiungere: test per la celiachia, test per l'HIV, radiografia del torace.

Ressa:

Rimarco il fatto che negli anziani una perdita di peso inspiegabile può essere dovuta a fattori come la solitudine e l'isolamento, demenza o depressione che possono portare ad alimentazione inadeguata.

Qualche volta però non si scopre la causa...

Rossi:

Allora, per chi non è un artista della medicina e non ha il "colpo d'ala" che gli fa intuire subito la diagnosi giusta, come il sottoscritto, si impongono accertamenti strumentali (ecografia addominale, endoscopia digestiva, TAC, ecc).

Se il paziente continua a perdere peso e le condizioni generali destano qualche preoccupazione è opportuno ricorrere al ricovero per abbreviare e ottimizzare i tempi e l'iter diagnostico.

Il dolore toracico

Ressa:

Quando uno sente parlare di dolore toracico pensa immediatamente all'infarto oppure alla dissecazione di un aneurisma aortico.

Rossi:

E' così, spesso il medico è più preoccupato del paziente. Per fortuna solo la minoranza dei casi di dolore toracico è dovuta a cause cardiache o comunque gravi.

Il problema principale è trovare un metodo che ci permetta di non lasciarsi scappare i casi importanti.

Ressa:

E' sempre valido l'aforisma che un dolore toracico è di origine cardiaca fino a prova contraria?

Rossi:

Si e no, dipende dal paziente che hai davanti e dalle caratteristiche del dolore. La probabilità di trovarsi di fronte ad una patologia cardiaca aumenta con l'età, nel sesso maschile, e se il paziente ha fattori di rischio o precedenti cardiovascolari. Bisogna stare attenti a non sottovalutare il sintomo nelle donne perchè si tende a pensare che siano immuni dalla cardiopatia ischemica, mentre dopo la menopausa anche il gentil sesso può andar incontro all'infarto e con il passare degli anni questa probabilità aumenta tanto da diventare simile a quella degli uomini.

Ressa:

Parliamo delle caratteristiche del dolore.

Rossi:

Vanno indagati la durata del dolore, la sede, eventuali situazioni che possono scatenarlo (sforzi, pasti abbondanti, emozioni, movimenti, respiro, colpi di tosse, ecc), sintomi associati (dispnea, sudorazione, ecc.). Conviene chiedere al paziente di indicare la sede: un dolore indicato da un dito in una zona ben precisa del torace è molto probabilmente di origine non cardiaca, una mano aperta o un pugno che indicano una zona più estesa sono molto meno tranquillizzanti.

Le irradiazioni del dolore sono importanti: una estensione del dolore alle braccia o al collo sono suggestive di dolore ischemico, ma attenzione ai soggetti ansiosi che hanno letto tutte le enciclopedie mediche disponibili e indicano con precisione il dolore al petto e al braccio sinistro.

Mi è capitato di recente una donna di 77 anni che lamentava dolore alla colonna cervicale, di durata variabile. L'unico dato sospetto era che il dolore insorgeva durante gli sforzi. Negava invece dolore al petto o al torace. La cosa mi ha tratto in inganno per un pò finchè una mattina si è presentata lamentando la comparsa di dolore anche a livello retrosternale, oltre che posteriormente alla colonna cervicale. La ricovero per accertamenti e, dopo 10 giorni, mentre sta per essere dimessa perchè gli esami erano risultati praticamente negativi, fa un infarto miocardico acuto. Ora è in attesa di un triplice by-pass coronarico.

Ressa:

Rimarco anche un altro punto: non sottovalutare mai, specie negli anziani, un dolore epigastrico che potrebbe essere la spia di un infarto inferiore.

Rossi:

Conviene a questo punto esaminare quali possono essere le cause più frequenti di dolore toracico: oltre all'ischemia cardiaca (angina, infarto) ci sono l'ansia (detta anche nevrosi cardiaca o sindrome di Da Costa), il dolore muscolo-scheletrico (per esempio strappi muscolari, la costocondrite o sindrome di Tietze, il cosiddetto dolore intercostale) e l'esofagite da reflusso.

Si può dire che il dolore ricorrente di intensità lieve o moderata è più spesso dovuto a patologie muscoloscheletriche, ad un reflusso G-E o a stati ansiosi anche se la causa più importante è l'angina.

In questi casi alcuni usano come criterio ex-juvantibus la somministrazione di nitrato sublinguale: se il dolore scompare con il nitrato si pensa ad una'angina; in realtà è stato visto che questo test non è così affidabile come si crede perchè anche altri tipi di dolore toracico (per esempio quelli esofagei) sono sensibili alla nitroglicerina. E' buona norma comunque considerare l'ischemia cardiaca la causa del dolore che recede con la nitroglicerina, almeno fino alla esecuzione degli opportuni accertamenti in ambito cardiologico. Per essere considerato sensibile al nitrato il dolore deve scomparire entro 2-3 minuti, se il paziente riferisce un effetto dopo 10-15 minuti questo dovrebbe far pendere per un dolore non anginoso.

Stucchi:

Ricordo anche il dolore da spasmo esofageo diffuso, che può essere sensibile al nitrato e trarre in inganno facendo pensare ad una angina.

Rossi

Nel caso invece di dolore intenso oppure prolungato le cause da escludere sono l'infarto, la rottura di un aneurisma aortico o una embolia polmonare.

Queste regole vanno interpretate con cautela perchè ho visto casi di embolia polmonare con dolore lieve e soprattutto tachipnea e una rottura di un aneurisma aortico in cui il paziente lamentava solo un vago disturbo a livello retrosternale e al giugulo.

Ressa:

E' possibile distinguere i vari tipi di dolore basandosi sulla clinica?

Rossi:

Ci sono alcuni criteri, anche questi però da interpretare con cautela.

Nell' angina da sforzo il dolore compare tipicamente dopo uno sforzo fisico ma anche dopo pasti abbondanti o in seguito alla esposizione al freddo.

Il dolore muscolo-scheletrico si accentua con la digitopressione e talora con la compressione costale mentre non è così per gli altri tipi di dolore. Nel "dolore intercostale" (dovuto all'interessamento delle radici nervose a livello della colonna cervico-dorsale per osteofiti o degenerazione dei dischi intervertebrali) la sede è di tipo radicolare, di solito a partenza posteriore, ricorrente, può durare ogni volta parecchie ore e si attenua con il riposo e gli analgesici., scatenato dalla fatica e da posture scorrette.

Il dolore retrosternale da reflusso gastro-esofageo peggiora con la posizione supina, talora con l'esercizio fisico e si associa a sensazione di acido in bocca (ma non sempre). Un breve ciclo con un inibitore di pompa può talora permettere di confermare l'origine G-E del dolore.

Nell'ansia il dolore può avere caratteristiche diverse: per esempio può durare secondi, ore o anche giorni, essere di tipo ricorrente, peggiorare con la posizione supina, con l'esercizio fisico e migliorare con il riposo (mimando un dolore cardiaco, anche se tende a comparire non durante lo sforzo ma distanza da esso) o essere esacerbato dalla digitopressione (come un dolore muscolo-scheletrico). Quando il paziente ti arriva in ambulatorio e ti dice che il suo dolore "viene" dal cuore, questo è un elemento che rende molto probabile la diagnosi di nevrosi cardiaca.

Ci sono poi dei soggetti normali che lamentano dolori fugaci, pungenti e capricciosi la cui causa è sconosciuta; si caratterizzano per essere di durata brevissima e non in relazione a sforzi o ad altri fattori scatenanti.

Ressa:

Come mai questa volta non ci parli dei tuoi "score diagnostici"?

Rossi:

Ti sembrerà impossibile ma ci sono anche per il dolore toracico...

Ressa:

Nooo!

Rossi:

Eccolo qui, proprio per te, su un bel piatto d'argento, così ti diverti [1].

Caratteristiche cliniche:

- età superiore a 60 anni
- diaforesi
- storia di angina o infarto miocardico
- sesso maschile
- dolore descritto come "pressione"
- dolore irradiato alle braccia, alle spalle, al collo o alla mascella

Un punto per ognuna di queste caratteristiche

Rischio di infarto in %

0 punti: 0,6%

1 punto: 3,4%

2 punti: 4,8%

3 punti: 12,0%

4 punti: 26,0%

Ressa:

Capirai che grande aiuto!

Se uno ha tutte le caratteristiche che hai elencato ci arrivo anche senza fare tanti conti che la probabilità di infarto è elevata, ma se uno ha per esempio due punti (poniamo un uomo di 65 anni) e il dolore è atipico, c'è pur sempre una probabilità di 1 a 20. Allora, che faccio? A partire da quale percentuale si deve inviare il paziente in PS per accertamenti?

Rossi:

Questi score non ti possono risolvere tutti i problemi clinici, ti possono solo dare una mano, sono degli strumenti aggiuntivi (e bada bene ho detto aggiuntivi e non unici) che usi nella valutazione del paziente, insieme a tutto il resto. D'altra parte non possono fare altro che questo, darti una stima probabilistica sulla base della presenza o assenza di determinati sintomi e segni. Al resto devi pensarci tu, altrimenti sarebbe troppo facile... Così se sei di fronte ad una donna di 40 anni che lamenta dolore toracico senza le caratteristiche sopra descritte hai una probabilità quasi nulla che si tratti di dolore cardiaco, il che non vuol dire che non ci possa essere un'altra causa grave, come per esempio un'embolia polmonare o uno pneumotorace.

Ressa:

Ci sono esami da fare per escludere un infarto?

Rossi:

Sì, ma prima conviene considerare altre possibili cause di dolore toracico, seppure meno frequenti di quelle già nominate e che talora possono essere escluse con l'esame obiettivo. Mi riferisco per esempio alle pleuriti (dolore che si accentua con il respiro e la tosse ma non con la digitopressione, sfregamenti pleurici), all'herpes zoster (dolore a fascia, irradiato lungo il decorso di un nervo,

tipiche vescicole), una mastite, una colica epatica (che talora si irradia posteriormente e alla scapola destra), l'ulcera peptica (dolore notturno che regredisce con l'assunzione di cibo o antiacidi). Vi sono poi cause che si vedono raramente ma che sono gravi come lo pneumotorace, l'aneurisma dissecante dell'arteria, l'embolia polmonare (attenzione alla comparsa di dolore toracico associato a tachipnea ed escreato ematico in pazienti allettati o sottoposti a interventi chirurgici ortopedici). Ricordo infine il prollasso valvolare mitralico che può essere associato a brevi episodi di dolore in sede precordiale sinistra, oppure dietro lo sterno, alcuni pazienti lo mettono in relazione allo sforzo.

Ressa:

Bene, passiamo agli esami.

Rossi:

Quando si è in dubbio circa una possibile genesi cardiaca bisogna ospedalizzare subito il paziente: di solito l'ECG e il dosaggio ripetuto degli enzimi cardiaci permettono di escludere un infarto. Se questi esami risultano negativi ma il sospetto di una genesi ischemica miocardica è forte si possono eseguire altri test come l'ECG da sforzo seguito eventualmente da altri accertamenti come l'ecostress o la scintigrafia miocardica da sforzo (vedi capitolo sulla cardiopatia ischemica).

La radiografia del torace serve soprattutto ad escludere processi infettivi polmonari e pneumotorace. Nel sospetto di una embolia polmonare il dosaggio del D-dimero e un ecodoppler venoso degli arti inferiori possono confermare una trombosi venosa profonda, ma per la diagnosi di EP è necessario eseguire esami di terzo livello come una TAC toracica o una scintigrafia perfusionale e ventilatoria. La TAC e l'ecocardiogramma sono utili per escludere un aneurisma aortico in fase di rottura. Altri esami come la gastroscopia e l'ecografia addominale sono di aiuto se si sospetta che il dolore toracico in realtà sia di origine gastro-esofagea o epatica. Naturalmente il timing di tutti questi accertamenti va valutato in relazione al paziente e al suo quadro clinico.

Ressa:

Rimarco l'importanza di non perdere tempo se i sintomi sono sospetti per infarto miocardico, il paziente va subito ricoverato. Ci sono dei medici che eseguono un ECG in ambulatorio: ricordo che se negativo non esclude l'infarto.

Rossi:

Nonostante tutto la maggior parte dei dolori toracici che vediamo in ambulatorio non è dovuta a patologie gravi e questo può portarci talora fuori strada: uno manda dieci pazienti con dolore toracico in PS e non viene fuori nulla, e l'undicesimo è proprio quello giusto, che magari prendi sottogamba.

Palpitazioni

Ressa:

Oh, ecco un sintomo che viene riferito frequentemente al medico...

Rossi:

Sì, però le difficoltà di inquadramento cominciano già quando si cerca di capire cosa intende dire il paziente, che qualche volta usa il termine di palpitazioni, altre volte riferisce di sentire un battito cardiaco a vuoto, altre volte parla di tachicardia, altre volte ancora di sensazioni strane (tipo "frullatina" o "batter d'ali") al petto.

Dalle mie parti spesso si usa il termine di "batticor", che non credo necessiti di traduzione.

Insomma il paziente indica una gran varietà di sensazioni soggettive ed è importante cercar di capire che cosa gli capita in realtà...

Ressa:

Vero, anche se spesso, nonostante tutta la nostra buona volontà, non riusciamo a far ben descrivere il tipo di disturbo lamentato.

Rossi:

Oltre a questo c'è da dire che quasi sempre si tratta di un disturbo riferito, nel senso che l'episodio si è verificato (magari di notte) e quando visitiamo il paziente troviamo un ritmo cardiaco perfettamente normale. Talora si tratta di episodi che si ripetono spesso, altre volte sono sporadici. In ogni caso il paziente è allarmato perchè ovviamente la sensazione soggettiva di avvertire qualcosa che non va nel proprio ritmo cardiaco è molto spiacevole e preoccupante, perché normalmente noi non avvertiamo il nostro cuore al lavoro.

Ressa:

Per fortuna l'origine cardiaca del sintomo non è frequente...

Rossi:

Infatti in molti casi le palpitazioni sono una somatizzazione di uno stato ansioso.

Il caso meno frequente è quello in cui visitando il paziente avvertiamo un'aritmia: con il semplice esame obiettivo o con l'ECG si riesce allora a stabilire con precisione di che tipo di anomalia si tratta.

Purtroppo il più delle volte le cose non sono così semplici e il paziente viene a noi quando il sintomo è scomparso...

Ressa:

Io consiglio sempre di recarsi in PS per registrare un ECG non appena compare la palpitazione, ma noto che quasi mai i pazienti mi ascoltano: o perchè aspettano nella speranza che il disturbo passi, o perchè capita di notte e non vogliono disturbare i familiari...

Rossi:

Qualche volta anche perchè la palpitazione dura troppo poco per dare il tempo di arrivare in PS. In questi casi si può insegnare al paziente a controllarsi il polso e a valutare quanto dura l'episodio. Con un po' di pazienza si può insegnare anche a discriminare tra tachicardia (il cuore batte più veloce del normale) o battiti irregolari (percepiti come colpi a vuoto) e tra ritmo accelerato ma regolare (i battiti si susseguono tutti allo stesso ritmo) o ritmo irregolare. Si può fare nei soggetti più collaboranti, per esempio tamburellando le dita sul tavolo in modo da mimare il battito del cuore e facendo ascoltare cosa intendiamo per tachicardia o aritmia con battito irregolare.

Ressa:

Bene, allora facciamo conto di essere davanti al nostro paziente che lamenta palpitazioni, come procedere?

Rossi:

Ipotizziamo il caso più frequente, cioè quello in cui visitando non troviamo alterazioni di sorta del ritmo cardiaco. Con l'anamnesi (caratteristiche, durata, ecc.) si può già tentare un primo inquadramento. La prima cosa è considerare le cause più frequenti che sono: ansia, tachicardia sinusale, extrasistoli, tachicardia parossistica sopraventricolare (TPS).

Nel caso dell'**ansia** le palpitazioni spesso si associano ad altri sintomi come mancanza di respiro, testa leggera, precordialgie atipiche. Si tratta di soggetti che talora conosciamo come particolarmente predisposti a sviluppare sintomi psicosomatici o esageratamente attenti a qualsiasi sensazione corporea, anche la più banale, che viene enfatizzata ed elevata a livello di

sintomo/malattia. In molti la consapevolezza del battito cardiaco si rende manifesta di notte, quando si dorme sul fianco sinistro (stranamente qualche volta anche sul destro): in questo caso il battito cardiaco viene sentito dall'orecchio e il paziente si allarma molto. Anche i portatori di protesi valvolari meccaniche possono avvertire questo fenomeno ed esserne infastiditi o preoccupati. Talora la percezione del battito indotto viene riferita dai portatori di pace-maker. Questi casi sono banali e si dovrebbe poterli individuare semplicemente interrogando bene il paziente.

La **tachicardia sinusale** di solito si percepisce in occasione di eventi come la febbre, uno stress, l'esercizio fisico, ma può anche essere l'espressione di un ipertiroidismo o di una miocardite o di altra patologia miocardica.

Le **extrasistoli** vengono generalmente riferite come "cuore che perde un colpo" oppure "ho sentito dei battiti in più". Sappiamo che possono essere sopraventricolari o ventricolari, talora si riesce a sentirne qualcuna se si ausculta il paziente per molti minuti. Ci sono due difficoltà: la prima è stabilire se sono sopraventricolari o ventricolari (per farlo bisogna riuscire a registrarle con un ECG), la seconda è stabilirne la prognosi. In genere se non si associano ad un cardiopatia sottostante e sono di tipo sopraventricolare sono benigne, diverso è il discorso se compaiono in soggetti con scompenso cardiaco, cardiopatia ischemica o valvolare, se sono numerose (più di 1 o 2 al minuto). Il tracciato elettrocardiografico permette di evidenziare se sono polifocali (cioè se hanno morfologia diversa tra loro, quindi se originano da foci ectopici differenti) e precoci (fenomeno R su T, cioè se si verificano sull'onda T del battito precedente, possono iniziare una tachicardia o una fibrillazione ventricolare, soprattutto in cuori malati). Alcune volte le extrasistoli possono essere dovute a digitale o all'azione proaritmica di vari farmaci cardiovascolari (specialmente gli antiaritmici). In alcuni soggetti possono comparire extrasistoli quando abusano di alcol, caffè, sigarette. Da ricordare anche il prollasso mitralico, che si associa non di rado ad extrasistoli sia sopraventricolari che ventricolari e a precordialgie.

La **tachicardia parossistica** ha di solito un inizio brusco (diversamente dalla tachicardia sinusale), una durata variabilissima, da meno di un minuto a ore o giorni, e una cessazione brusca. Se si riesce a far misurare la frequenza al paziente, un valore > 140 battiti per minuto esclude in genere una genesi sinusale. Può aversi in cuori apparentemente sani oppure in cardiopatici, nei quali può precipitare un attacco di angina o uno scompenso cardiaco. La distinzione tra forme sopraventricolari e ventricolari è possibile solo con l'ECG (talora anche con questo strumento possono rimanere dei dubbi, per esempio se vi è associato un blocco di branca). Qualche volta il paziente impara a farla cessare con manovre di stimolazione vagale (trattenendo il respiro oppure tossendo o aumentando il torchio addominale) e questo depone per una forma sopraventricolare.

Ressa:

D'accordo, ci hai illustrato le quattro cause più frequenti di "batticor", ma quelle meno comuni?

Rossi:

Sono la fibrillazione o il flutter atriale oppure un blocco atrio-ventricolare variabile. In alcuni soggetti con cardiopatia valvolare o ischemica sottostante la fibrillazione atriale può avere caratteri parossistici e non essere presente quando visitiamo il paziente. Il rischio di eventi embolici che si possono verificare in questi casi è notevole per cui vale sempre la pena di pensarci in soggetti che hanno una cardiopatia nota o che hanno già avuto episodi documentati di fibrillazione atriale.

Ancora da ricordare che palpitazioni possono aversi in corso di ipertiroidismo e durante i primi anni della menopausa (probabilmente dovute alla vasodilatazione improvvisa responsabile anche delle vampate di calore).

Ressa:

Ci sono degli esami da far fare?

Rossi:

Ovviamente se siamo ragionevolmente sicuri di essere di fronte ad ansia e somatizzazione cardiaca si potrebbe anche evitare di richiedere accertamenti. Questo si scontra però con due difficoltà: da una parte nulla vieta che anche un ansioso possa avere una cardiopatia e tu pensi che sia solo nevrotico e magari quello ha episodi parossistici di fibrillazione atriale o una tireotossicosi o una valvulopatia mitralica che acusticamente si sente poco; dall'altra è difficile convincere il paziente a non far nulla se il disturbo è frequente e recidivante.

L'esame principe è ovviamente l'ECG, che però può essere del tutto normale se viene registrato quando non c'è il sintomo. La registrazione per 24 ore secondo Holter può documentare invece il tipo di aritmia che compare in occasione delle palpitazioni lamentate, ma guarda caso quando si mettono la macchinetta il "batticor" non si verifica mai! Se ci sono buoni motivi per sospettare veramente un'aritmia si può ricorrere alle registrazioni prolungate per più giorni, magari azionate dal paziente stesso quando vi è il sintomo. Altri accertamenti in ambito cardiologico sono l'ECG da sforzo e l'ecocardiogramma per escludere una cardiopatia ischemica, valvolare o dilatativa, ovviamente questi esami vanno richiesti a ragion veduta, cioè se il paziente per esempio ha fattori di rischio cardiovascolari, o se sono presenti altri sintomi come dolore toracico, dispnea, oppure se dalla visita si sentono soffi cardiaci importanti, ecc. o ancora in caso di episodi ripetuti e che condizionano la vita del paziente.

Ressa:

E gli esami del sangue?

Rossi:

Un dosaggio degli ormoni tiroidei non si nega a nessuno. Mi è capitato di lisciare bellamente (con sonora revoca) un ipertiroidismo per aver inquadrato come ansiosa una signora trentenne che lamentava palpitazioni ricorrenti. Poi farei un profilo di minima: glicemia, creatinina, elettroliti (da ricordare che disturbi elettrolitici possono scatenare aritmie in soggetti cardiopatici in trattamento per esempio con digitale o diuretici).

Ressa:

Come concluderesti?

Rossi:

Sottolineando che qualche volta il corretto inquadramento è difficile e spesso il quadro si chiarisce con il tempo. A questo proposito ti cito il caso di un ragazzino, diventato mio paziente da poco, che lamentava episodi di palpitazione durante le partite di calcio. Ovviamente per molto tempo nessuno ha dato peso alla cosa, neppure i genitori, perchè si riteneva logico che durante l'attività sportiva il cuore battesse più forte. Finchè il pediatra che lo aveva in cura si è deciso a far fare ECG standard, Holter, ecocardiogramma (che risultarono negativi) e una consulenza aritmologica: il ragazzo venne sottoposto a studio elettrofisiologico che documentò un focus aritmogeno a livello della via nodale lenta con comparsa di TPS. Dopo ablazione transcatetere con radiofrequenze si è assistito alla scomparsa degli episodi.

Dispnea

Ressa:

La dispnea o mancanza di respiro o fiato corto che dir si voglia...

Ecco un altro bel guazzabuglio dove non è facile districarsi

Rossi:

Non c'è che dire, sei un bel pessimista!

Classicamente la dispnea viene distinta in acuta e cronica. Le cause a cui pensare sono, in parte, diverse nei due casi. Però direi che è anche utile dividere i pazienti in due grandi categorie:

- 1) pazienti che al momento della visita sono apparentemente asintomatici
- 2) pazienti che manifestano una dispnea evidente quando li visitiamo

Ressa:

Cominciamo...

Rossi:

Prima è bene spazzare il campo da un quadro che vediamo con un certa frequenza: si tratta di soggetti ansiosi con vari tipi di somatizzazioni che lamentano dispnea ma se poi vai ad interrogarli con calma (spesso sono donne) ti diranno che quello che li disturba non è tanto la mancanza di fiato quanto la necessità di fare dei bei respiri profondi. In gergo si parla di dispnea sospirosa. Inutile dire che in questi casi l'esame obiettivo è del tutto negativo, come sarebbero negativi gli eventuali accertamenti che però non trovano indicazione alcuna.

Ressa:

Ecco un esempio in cui la semplice anamnesi può permettere già da subito la diagnosi.

Passiamo alla dispnea acuta.

Rossi:

E' sicuramente una situazione molto drammatica, che credo sia simile a quella di chi sta per annegare. Le cause più comuni di dispnea acuta sono: l'asma bronchiale e la BPCO riacutizzata, la polmonite, l'insufficienza ventricolare sinistra acuta e l'iperventilazione.

Ressa:

Dicamo quindi che dobbiamo pensare ad una patologia polmonare, cardiaca o ad una causa ansiosa. Come facciamo a distinguerle?

Rossi:

Spesso ci aiuta la conoscenza del paziente, che sappiamo essere un asmatico, un bronchitico cronico oppure un cardiopatico. Qualche volta le cose sono complicate dal fatto che possono coesistere varie patologie nello stesso paziente: per esempio un cardiopatico che fa una polmonite oppure un bronchitico cronico iperteso che va incontro ad un episodio di scompenso cardiaco sinistro acuto.

Alcuni sintomi possono aiutarci nella diagnostica differenziale. Per esempio la presenza di febbre ci indirizza verso un processo infettivo, l'ortopnea, la dispnea parossistica notturna, alterazioni del ritmo cardiaco come una fibrillazione atriale, una pressione elevata o edemi alle caviglie sono abbastanza tipici dello scompenso cardiaco

Ressa:

L'esame obiettivo ci aiuta?

Rossi:

Nell'asma il quadro è dominato da un espirio prolungato e dalla presenza di sibili. Nella BPCO si riscontra una varietà di rumori, dai rantoli ai ronchi fischianti e russanti, ai sibili. Nella polmonite si ha una ipofonesi e presenza di rantoli a medie piccole bolle localizzati. Nello scompenso ventricolare sinistro si possono avere dei sibili ma soprattutto dei fini rantoli bilaterali, talora estesi a quasi tutto l'ambito polmonare fino al quadro della cosiddetta marea montante.

La presenza di escreato purulento è tipica della BPCO riacutizzata ma si può avere anche nella polmonite e nell'asma (dove però l'escreato è di solito più chiaro).
Nell'edema polmonare invece l'escreato è più spesso rosato.

Stucchi:

Importante valutare sempre ogni rapido aumento del peso. Anche in assenza di rantoli basilarali ed edemi periferici un aumento del peso può essere la spia di un peggioramento dello scompenso cardiaco. Sempre nello scompenso il sintomo più importante, per me, è l'ortopnea, e non solo notturna: far parlare un cardiopatico scompensato in posizione supina è molto istruttivo.

Ressa:

E nella iperventilazione?

Rossi:

Il paziente appare agitato, dice che gli manca il respiro e si sente soffocare ma l'esame obiettivo è perfettamente normale. Più che dispnea si nota una tachipnea con talora associata tachicardia. Può essere utile somministrare un ansiolitico in gocce per via sub-linguale e far respirare il paziente in un sacchetto di carta.

Ressa:

Score diagnostici?

Rossi:

Cos'è? Prendi in giro?

Ti accontento subito. Questo è lo score per la diagnosi di polmonite [2].

Score per la diagnosi di polmonite in soggetto con tosse acuta

Rinorrea - 2 punti
Mal di gola - 2 punti
Mialgie + 1 punto
Sudorazioni notturne + 1 punto
Escreato presente tutto il giorno +1 punto
Frequenza respiratoria > 25/minuto + 2 punti
Temperatura > 37,8° C + 2 punti

Probabilità di polmonite in %

3 punti: 0,0 %
2 punti: 0,7 %
1 punto: 1,6 %
0 punti: 2,2 %
1 punto: 8,8%
2 punti: 10,3 %
3 punti: 25 %
4 o più punti: 29,4%

Ressa:

Bah, non posso fare che lo stesso commento che ho fatto a proposito dello score per l'infarto! Uno che ha 38°C di febbre e mialgie ha il 25% di probabilità di avere una polmonite, figurarsi.

Andiamo

avanti.

Qualche volta succede che il paziente riferisca di aver avuto una crisi acuta di dispnea, ma quando lo visitiamo è praticamente asintomatico o quasi.

Rossi:

Le due cause più frequenti sono l'asma accessionale e la dispnea parossistica dello scompenso cardiaco. Ovviamente la tipologia di soggetti è diversa e anche l'anamnesi sarà diversa: nello scompenso cardiaco per esempio è importante l'ortopnea, come ha appena detto Loris, mentre di solito l'asmatico è un paziente noto. Da non dimenticare però che potrebbe trattarsi anche di cause più rare, per esempio una embolia polmonare o un pneumotorace, soprattutto se coesiste dolore toracico. In particolare l'embolia polmonare può essere una patologia subdola che conviene sempre avere in mente nei casi di dispnea inspiegata.

Stucchi:

Ricordo il caso di un 76 enne iperteso ben compensato dalla terapia che viene in studio per una dispnea da sforzo insorta da alcuni giorni, associata a dolore toracico. Un primo ECG risultò negativo, un secondo, il giorno dopo, mostrava un aumento di voltaggio dell'onda P indicativo di ingrandimento atriale destro causato da embolia polmonare.

Ressa:

D'accordo. Parlaci allora delle cause meno frequenti di dispnea acuta.

Rossi:

Come ho appena accennato possono essere una embolia polmonare, un pneumotorace o anche una pleurite con versamento pleurico cospicuo, una chetoacidosi diabetica o una improvvisa atelettasia polmonare dovuta all'ostruzione di un bronco causata per esempio da una neoplasia.

Ressa:

Vi sono accertamenti da eseguire?

Rossi:

Se escludiamo i casi di iperventilazione e di asma acuto, in cui si può tentare di trattare il paziente a domicilio, in genere la dispnea acuta o di recente insorgenza è una indicazione al ricovero, vuoi perchè le condizioni sono gravi, vuoi perchè vi è incertezza sulla diagnosi e il semplice esame obiettivo non può escludere patologie potenzialmente gravi come un infarto o un'embolia polmonare. Tanto più se la dispnea è apparentemente immotivata o se ci sono sintomi associati come il dolore toracico. Neppure un ECG negativo ci può far stare tranquilli, come il caso riportato da Loris ci insegna.

Ressa:

Ricordo a questo proposito che se ci chiama un paziente che di notte ha avuto una crisi dispnoica acuta poi risoltasi e noi sospettiamo una insufficienza ventricolare sinistra è utile mandare comunque il malato in PS per accertamenti perchè l'evento potrebbe essere stato scatenato da un infarto miocardico o da una embolia polmonare (vedi il capitolo sull'edema polmonare acuto). A proposito dell'embolia polmonare ogni qual volta mi si riferisce una dispnea che non ha caratteristiche riconducibili a patologie ovvie perchè le risultanze dei "pezzi" anamnestici e dell'esame obiettivo non si incastrano, penso a questa patologia. E' un meccanismo automatico che mi scatta dopo che in passato ho fatto dei lisci clamorosi.

Rossi:

Il ricovero deve essere immediato, qualsiasi sia la causa della dispnea, in presenza di segni concomitanti come la cianosi, la retrazione toracica inspiratoria e l'uso dei muscoli respiratori ausiliari, uno stato confusionale o una febbre molto elevata.

Gli esami di laboratorio sono scarsamente utili per la diagnosi differenziale: l'emocromo può mostrare leucocitosi in caso di infezione o un'anemia. Se si sospetta una embolia polmonare può essere utile la determinazione del D-dimero mentre il dosaggio del BNP permette di escludere ragionevolmente, se negativo, uno scompenso cardiaco.

La radiografia del torace è un esame fondamentale per chiarire la diagnosi, insieme con l'ECG. L'emogasanalisi quantifica la gravità dell'ipossiemia.

Esami di secondo livello sono la TAC torace, la scintigrafia polmonare, ecc.

Ressa:

Passiamo alla dispnea cronica.

Rossi:

Una sensazione soggettiva di mancanza di respiro ad andamento cronico, di solito accusata come difficoltà dopo sforzi più o meno modesti, può dipendere da varie cause. Come al solito esaminiamo le più frequenti: BPCO e asma cronico, scompenso cardiaco congestizio, obesità, anemia. Qualche volta nella pratica varie cause si sovrappongono e rendono non agevole la diagnosi differenziale. Pensiamo per esempio al soggetto con BPCO che sviluppa anche uno scompenso cardiaco o diventa anemico oppure è obeso. In realtà l'obesità da sola è una causa rara di dispnea a meno che non sia molto pronunciata, è invece importante come concausa quando associata ad altre condizioni.

Ressa:

Rimarco l'importanza di un interrogatorio attento del paziente. Spesso, per esempio nella BPCO e nello scompenso cardiaco, l'andamento della dispnea è insidioso e si sviluppa lentamente per cui il soggetto si adatta ad eseguire sforzi via via meno impegnativi e non riferisce la dispnea. Poi lo interroghi e ti dice che deve fermarsi dopo 2-3 minuti di cammino perchè gli manca il respiro.

Come facciamo a differenziare le varie cause di dispnea cronica?

Rossi:

La storia clinica del paziente ci aiuta: se è un fumatore, se soffre di asma da molti anni, se ha una cardiopatia ischemica, un'ipertensione, un diabete, un pregresso episodio di scompenso cardiaco, sono tutti elementi che possono indirizzarci verso la diagnosi corretta.

Poi ovviamente vanno indagate le caratteristiche della dispnea. Per esempio nella BPCO/asma cronico ci sono quasi sempre tosse ed escreato più o meno purulento, tuttavia questi segni potrebbero esserci anche nello scompenso cardiaco, a causa della stasi polmonare, associati ad edemi declivi. La dispnea dello scompenso cardiaco peggiora in clinostatismo. Nell'anemia può essere evidente pallore e scarsa irrorazione delle congiuntive. L'esame obiettivo nella BPCO/asma cronica evidenzia spesso dei rumori secchi ruscanti e sibilanti e dei rantoli a medie e grosse bolle, nello scompenso cardiaco sono presenti fini rantoli basali bilaterali.

Ressa:

Oltre alle quattro cause più frequenti che hai elencato ci sono anche quelle più rare... che però è bene non dimenticare.

Rossi:

Ricordo le microembolie polmonari ricorrenti (o embolismo polmonare cronico) che possono

portare ad un quadro di ipertensione polmonare, un tumore broncogeno, un versamento pleurico cronico importante, bronchiectasie, una fibrosi polmonare primitiva o una sarcoidosi, una stenosi aortica.

Ressa:

Non dimentichiamoci dell'ipertiroidismo, in cui uno dei sintomi dominanti può essere la dispnea cronica.

Quali sono gli esami da richiedere?

Rossi:

In prima battuta: radiografia del torace ed emocromo. Mettere anche una spirometria se si sospetta una BPCO (per esempio nei fumatori) o nell'asma cronico.

Aggiungerei un ECG (può mostrare varie anomalie, se normale esclude con una certa ragionevolezza uno scompenso cardiaco). Una emogasanalisi mostrerà se vi sono ripercussioni a carico della ossigenazione ematica.

Esami di secondo livello sono l'ecocardiogramma, la TC torace, la scintigrafia polmonare: da valutare caso per caso.

Dolore addominale

Ressa:

Cominciamo con il dolore addominale acuto. Mi ricordo che una volta si diceva, per spiegare le problematiche legate alla diagnostica del dolore addominale acuto, che "l'addome è la tomba del medico ... e spesso anche del paziente".

Rossi:

Oggi per fortuna è un pò meno vero... I chirurghi dicevano anche: "piuttosto che aspettare e vedere è meglio aprire e vedere". Anche qui l'enorme sviluppo delle tecniche di imaging radiologico ci sono venute in aiuto nei casi più difficili.

Ressa:

Quali sono le cause più frequenti di un dolore addominale ad insorgenza acuta?

Rossi:

Direi le seguenti: colica biliare e renale, gastroenterite, appendicite, diverticolite. La sede e l'irradiazione del dolore ci possono già indirizzare verso una colica renale piuttosto che epatica. Nella gastroenterite il dolore è più spesso diffuso. Poi l'andamento del dolore di tipo colico (cioè con un inizio, un progressivo aumento di intensità e un decremento con periodi intervallari più o meno lunghi di benessere) oppure continuo può aiutare a discriminare una patologia dall'altra.

L'esame obiettivo è fondamentale: vanno ricercati i punti dolenti, una resistenza della parete addominale o un dolore di rimbalzo (indici di interessamento peritonitico), la presenza o l'assenza di peristalsi. Alcune manovre o l'individuazione di alcuni punti particolarmente dolenti alla palpazione sono descritti come tipici di alcune patologie: per esempio nella colica renale è positiva la manovra del Giordano e può risvegliare dolore la pressione sui punti ureterali medio e inferiore, nella colica epatica il dolore all'ipocondrio destro può irradiarsi posteriormente e alla scapola omolaterale ed è positiva la pressione sul punto cistico e la manovra di Chauffard-Rivet. Nell'appendicite acuta il dolore è localizzato prevalentemente in fossa iliaca destra, ma attenzione alle presentazioni atipiche con localizzazione del sintomo in epigastrio o all'ipocondrio destro. Nella diverticolite il dolore è tipicamente localizzato in fossa iliaca sinistra (qualcuno parla di appendicite di sinistra).

Ricordo, en passant, di eseguire la palpazione delicatamente, evitando di affondare la mano in maniera brusca perché questo provoca una risposta riflessa di resistenza e inoltre può essere una manovra molto dolorosa.

L'esplorazione rettale viene raramente eseguita ma permette di trovare un cavo del Douglas dolente (segno di interessamento peritonitico).

Ressa:

Vanno ricercati anche sintomi associati.

Rossi:

Sì. Per esempio la febbre può esserci nell'appendicite, nella diverticolite, nella gastroenterite. La presenza di diarrea orienta verso una gastroenterite ma non va dimenticato che è un sintomo che non esclude l'appendicite acuta, anzi sono stati descritti casi di appendicite acuta con diarrea (mentre di solito si pensa che vi sia stipsi).

Ressa:

Quali sono invece le cause meno frequenti di dolore addominale acuto che vanno sempre tenute in mente?

Rossi:

Direi le seguenti: la colecistite, la pancreatite, l'oclusione o subocclusione intestinale, la perforazione intestinale e l'infarto intestinale.

Non sempre la diagnosi è facile al letto del malato. Per esempio si può pensare ad una colecistite se un dolore continuo in ipocondrio destro si associa a febbre e brivido, nella pancreatite acuta il dolore può essere localizzato a livello epi-mesogastrico, irradiarsi a barra posteriormente e trovare sollievo piegando il busto in avanti. Nella perforazione intestinale si avrà aria libera in peritoneo per cui scompare l'aia di ottusità epatica (determinata con il paziente eretto).

Tra le cause rare di dolore addominale ricordo anche la chetoacidosi diabetica e la rottura di aneurisma aortico.

Tuttavia spesso per la diagnosi è necessario ricorrere ad esami di laboratorio e strumentali.

Stucchi:

Nella pancreatite acuta un segno importante è la non corrispondenza tra la sofferenza del paziente e l'obiettività addominale. Ricordo un paziente che mi chiama al telefono riferendo un dolore addominale insorto da poche ore, senza febbre, nè vomito nè dispnea; il dolore è diffuso su tutto l'addome ma quello che mi fa decidere per una visita domiciliare è il fatto che il respiro profondo lo accentua. Quando entro nella stanza noto che il paziente ha il busto un poco flesso in avanti ma non appare sofferente; la palpazione superficiale è ben sopportata, non così la profonda che provoca un franco dolore su tutti i quadranti addominali. Non c'è una difesa di parete vera e propria, solo una resistenza diffusa, il Blumberg è positivo. Il respiro profondo viene interrotto per l'acuirsi del dolore che parrebbe avvertito più intensamente in ipogastrio. Invio il paziente in PS e qui trovano amilasi alle stelle.

Ressa:

Come volevasi dimostrare: il famoso colpo d'ala!

Rossi:

Direi piuttosto che Loris aveva bene in mente la check list e la pancreatite acuta.

Ressa:

Questione di punti di vista.

Mi permetto di ricordare due cause che possono trarre in inganno:

- 1) nella donna fertile chiedere sempre la data delle ultime mestruazioni e non sottovalutare la possibilità di una rottura di gravidanza extrauterina, soprattutto in caso di dolore pelvico
- 2) esplorare sempre le porte erniarie, potrebbe essere un'ernia incarcerata

Stucchi:

Nelle donne fertili penserei anche alla rottura del follicolo di Graaf o di corpo luteo. Per questo è importante chiedere in quale periodo del ciclo mestruale si trova.

Rossi:

Alcuni esami di laboratorio indirizzano verso la giusta diagnosi.

L'esame urine mette in evidenza una ematuria nel caso di colica renale o una glicosuria con chetonuria nella chetoacidosi diabetica.

L'emocromo serve per mostrare una eventuale leucocitosi, espressione di infezione o di flogosi.

L'amilasi aumenta in caso di pancreatite ma anche di infarto intestinale.

Fosfatasi alcalina, gamma GT, transaminasi e bilirubina alterati possono indicare una epatite acuta (causa rara di dolore addominale), una calcolosi biliare o una pancreatite. Infine utile richiedere un test di gravidanza nel caso di donne in età fertile, per quello che hai appena detto sulla rottura di gravidanza extrauterina.

Ressa:

E gli esami strumentali?

Rossi:

L'esame principale è la radiografia in bianco dell'addome. Permette di evidenziare calcoli x-opachi a livello renale o epatico, una falce aerea sottodiaframmatica (a paziente eretto) in caso di perforazione e la presenza di livelli idroaerei (a paziente supino) in caso di occlusione intestinale.

L'ecografia dell'addome serve soprattutto per studiare fegato e reni ma permette anche di evidenziare un'edema pancreatico in caso di pancreatite acuta.

Ressa:

Occorre sempre ricoverare un paziente con dolore addominale acuto?

Rossi:

Se siamo ragionevolmente sicuri di trovarci di fronte ad una colica (biliare o renale) oppure ad una gastroenterite si può tenere il paziente a domicilio, rivalutando il caso a distanza di alcune ore. Opportuno avvisare il paziente che sarà necessario il ricovero nel caso il quadro clinico non migliori o se compaiono sintomi nuovi e gravi.

Alcuni trabocchetti sono sempre in agguato:

1) nulla vieta che un paziente, che conosciamo da tempo soffrire di dispepsia o colon irritabile, possa sviluppare un addome acuto chirurgico o una pancreatite, quindi mai sottovalutare il dolore addominale acuto che persiste

2) negli anziani con polso aritmico (fibrillazione atriale) è possibile che un dolore addominale con scarsi segni clinici possa indicare un infarto intestinale.

Ressa:

Giuste avvertenze.

Rossi:

Per non deludere l'amico Ressa penso sia utile proporre uno score per l'appendicite, testato nei bambini ma probabilmente valido anche per gli adulti [3].

Ressa:

Cosa! I punti anche per l'appendicite? Questa non la bevo.

Rossi:

Eccoti accontentato.

Considerare le seguenti variabili:

- 1) migrazione del dolore
- 2) anoressia
- 3) nausea o vomito
- 4) leucocitosi (GB > 10.000)
- 5) aumento dei polimorfonucleati neutrofili
- 6) dolorabilità del quadrante addominale inferiore destro
- 7) dolorabilità che aumenta col salto, la tosse o la percussione
- 8) febbre

Ad ogni variabile viene assegnato un punto; viene assegnato un punto ciascuno per dolorabilità che aumenta con tosse, percussione o salto, arrivando ad un totale di 10 punti. Un punteggio inferiore a 6 esclude con ragionevolezza l'appendicite mentre per 7-10 punti la diagnosi di appendicite è molto probabile.

Ressa:

Bah!

Passiamo al dolore addominale cronico e/o ricorrente

Rossi:

Le cause più frequenti sono, in ordine: il colon irritabile, la stipsi cronica (con possibile formazione di fecalomi), l'ulcera peptica, le infezioni ricorrenti delle vie urinarie, la colelitiasi. Cause più rare sono, le neoplasie intestinali, la pancreatite cronica, la nevralgia post-erpetica, l'idronefrosi, le malattie infiammatorie croniche dell'intestino, l'avvelenamento da piombo. Qualche volta anche un'artrosi della colonna vertebrale può portare a irradiazioni del dolore a livello addominale.

Stucchi:

In soggetti che hanno subito un intervento addominale può essere in gioco anche una sindrome aderenziale.

Ressa:

Come facciamo a diagnosticarle?

Rossi:

Per prima cosa è importante studiare le caratteristiche del dolore (per esempio se compare a digiuno o dopo il pasto, se risente dell'assunzione del cibo, se si associa a diarrea, nausea o vomito, calo ponderale, se la defecazione produce sollievo come nel colon irritabile, una ematochezia, diarrea e stipsi alternate, ecc.)

L'esame obiettivo serve a studiare la sede, le irradiazioni, la presenza di zone dolenti alla palpazione, un'epatosplenomegalia, linfonodi ingranditi a livello sopraclavareo od inguinale.

Nel soggetto giovane, con anamnesi non indicativa di patologie particolari e senza segni specifici, è improbabile che la causa sia una patologia grave.

Segni che devono far propendere per una diagnosi organica sono il dolore che sveglia il paziente di notte, un calo ponderale, una importante anoressia, la perdita di sangue con le feci.

Stucchi:

Altre cause possibili di dolore addominale cronico sono la diverticolosi e la celiachia.

Ressa:

Quali esami in prima battuta?

Rossi:

Esame urine e urincoltura per escludere infezioni urinarie, emocromo e VES permettono di sospettare (o escludere) malattie infiammatorie e anemie, test di funzionalità epatica ed amilasemia.

Tra gli esami strumentali ricordo la radiografia in bianco dell'addome per evidenziare stasi fecale, calcoli x-opachi; l'ecografia addominale e pelvica permette di escludere calcolosi biliare e renale, idronefrosi, pancreopatie, patologia ginecologica.

Gli esami endoscopici sono utili qualora si sospetti un'ulcera peptica o una neoplasia gastrica o del colon.

Se il paziente lamenta dolore addominale cronico e in passato si è già sottoposto ad indagini approfondite risultate negative, conviene avvisare che è inutile insistere nel ripetere gli accertamenti in quanto ci troviamo probabilmente di fronte ad un dolore di origine funzionale, a meno che non siano comparsi sintomi o segni nuovi come lo scadimento delle condizioni generali, anemia, calo ponderale, intensa anoressia e astenia, sanguinamento rettale.

Ressa:

Troviamo spesso bambini che lamentano dolore addominale cronico o ricorrente...

Rossi:

Nella maggior parte dei casi questi bambini non hanno una patologia organica (si calcola in più del 90% dei casi ricoverati sottoposti ad accertamenti).

Nella maggior parte dei casi si tratta di ansia o depressione (taluni parlano di emicrania addominale): spesso i genitori riferiscono spontaneamente che il dolore scompare durante le vacanze o i week-end per ricomparire la mattina quando il bambino deve andare a scuola. Altre cause possono essere virus ricorrenti, infezioni urinarie, stipsi o reflusso gastroesofageo. Più raramente diabete mellito, ulcera peptica, parassitosi intestinale. Sono state descritte comunque molte altre cause per cui è opportuno, se non ci sono sintomi o segni particolari, iniziare con una terapia sintomatica. Se il bambino non migliora richiedere: esame urine, urocoltura, emocromo, VES, glicemia, esame parasitologico delle feci. Un'ecografia addominale è l'esame strumentale di scelta, permette di studiare ed escludere patologie delle vie urinarie. Gli esami endoscopici andranno richiesti solo in presenza di sospetto motivato.

Di solito il dolore ricorrente non organico del bambino viene riferito in sede periombelicale: un dolore in sede diversa o che si associa a calo ponderale, anoressia o alterazioni dell'alvo può indicare una patologia seria.

Ressa:

Parliamo di un caso particolare: il dolore addominale acuto in gravidanza?

Rossi:

Può ovviamente trattarsi di banali disturbi come una gastroenterite o una sindrome del colon irritabile riacutizzata ma alcune cause vanno tenute a mente:

- 1) l'inizio di un aborto spontaneo (nel primo trimestre)
- 2) l'inizio di un travaglio prematuro
- 3) un distacco di placenta
- 4) una pielonefrite
- 5) un'appendicite acuta

Cause più rare sono una rottura o una torsione dell'utero, una rottura o torsione di una cisti ovarica, una pre-eclampsia (controllare la pressione!!).

Una causa frequente di dolore addominale acuto in gravidanza è lo stiramento dei legamenti e della sinfisi pubica: il dolore insorge con la stazione eretta e camminando e si riduce con il riposo ed è risvegliabile premendo elettivamente sulla sinfisi pubica.

Da ricordare che nella gravidanza avanzata l'addome globoso rende difficile l'esame obiettivo da parte del medico curante: per esempio l'appendicite è una diagnosi molto difficile. Se si è in dubbio meglio richiedere una visita chirurgica e ginecologica urgenti.

Dolore facciale

Ressa:

Direi che qui siamo dalle parti della cefalea...

Rossi:

Qualche volta in effetti ci possono essere dei dubbi. Comunque in questo capitolo tratteremo essenzialmente le cause di dolore facciale diverse dalla cefalea e dall'emicrania, anche se non è sempre facile la differenziazione.

Ressa:

Quali sono le cause del dolore facciale?

Rossi:

Le principali sono la sinusite fronto-mascellare, la nevralgia del trigemino, l'ascesso dentario, l'herpes zoster in fase pre-eruttiva, l'artrite dell'articolazione temporo-mandibolare, l'emicrania. Più rare sono l'arterite temporale di Horton, l'attacco acuto di glaucoma, le algie facciali atipiche (talora associate a stati depressivi).

Ressa:

La sinusite è una diagnosi spesso di comodo...

Rossi:

Sì. In realtà vi sono dei criteri che se presenti permettono con buona approssimazione di far diagnosi di sinusite:

- dolore a livello della proiezione facciale dei seni (frontale e dento-mascellare)
- storia di secrezione nasale muco-purulenta
- transilluminazione dei seni alterata
- secrezione purulenta all'esame obiettivo delle fosse nasali o del rinofaringe
- non miglioramento con decongestionanti nasali

Aggiungerei a questi segni la possibile presenza di febbre e il peggioramento del dolore chinando il capo in avanti.

Anche nell'ascesso dentario vi può essere febbre, la parte interessata si mostra gonfia e il dolore si accentua chinando il capo in avanti e picchiando sui denti (segno che è possibile peraltro anche nella sinusite mascellare).

Nella nevralgia del trigemino il dolore si localizza lungo il decorso di una delle tre branche e viene descritto come lancinante.

Nella arterite temporale c'è una arteria temporale arrossata e dolente e la diagnosi di certezza si può fare solo con l'esame bioptico (nel dubbio iniziare subito terapia con steroide ad alto dosaggio per evitare la cecità). Se il dolore è localizzato all'occhio che si presenta arrossato e dolente alla

palpazione pensare ad un glaucoma acuto (o anche cellulite orbitale): il paziente va ovviamente inviato subito dallo specialista.

Nell'artite temporo-mandibolare il dolore viene localizzato a livello dell'articolazione o dell'orecchio, si accentua per esempio durante la masticazione o l'apertura della bocca e con la pressione a livello dell'articolazione stessa.

La diagnosi di herpes zoster spesso diventa chiara dopo pochi giorni, quando compaiono le caratteristiche vescicole.

Bibliografia

1. Rouan GW et al. Clinical characteristics and outcome of acute myocardial infarction in patients with initially normal or nonspecific electrocardiograms (a report from the Multicenter Chest Pain Study). *Am J Cardiol* 1989;64:1087-92.

2. Diehr P et al. Prediction of pneumonia in outpatients with acute cough-a statistical approach. *J Chronic Dis* 1984;37:215-25.

3. Samuel M. Pediatric appendicitis score. *J Pediatr Surg* 2002 Jun; 37:877-81
