



Il Manuale di Clinica Pratica

Titolo Dolore addominale
Data 05 febbraio 2006 alle 16:45:00
Autore R Rossi

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 perchè 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'occlusione 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 [1], ma probabilmente valido anche per gli adulti.

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 ombelicale: 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.

BIBLIOGRAFIA

1. J Pediatr Surg 2002 Jun; 37:877-81