

Urgenze mediche e primo soccorso

Fernando Rizzello

Metodologia del corso

The Evidence-Based Medicine triad
(see D.L. Sackett et al, BMJ 1996; 312: 71-72)





Valutazione complessiva del paziente

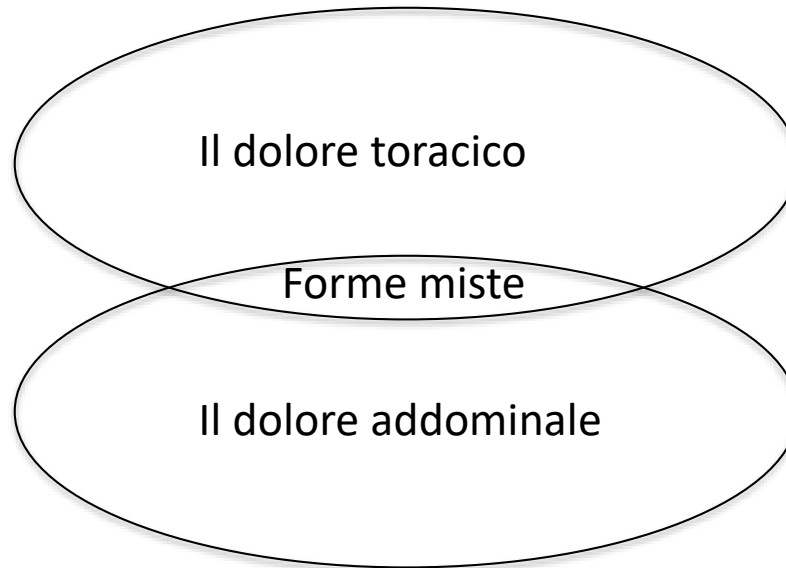
Età

Sesso

Socialità

Co-morbidità

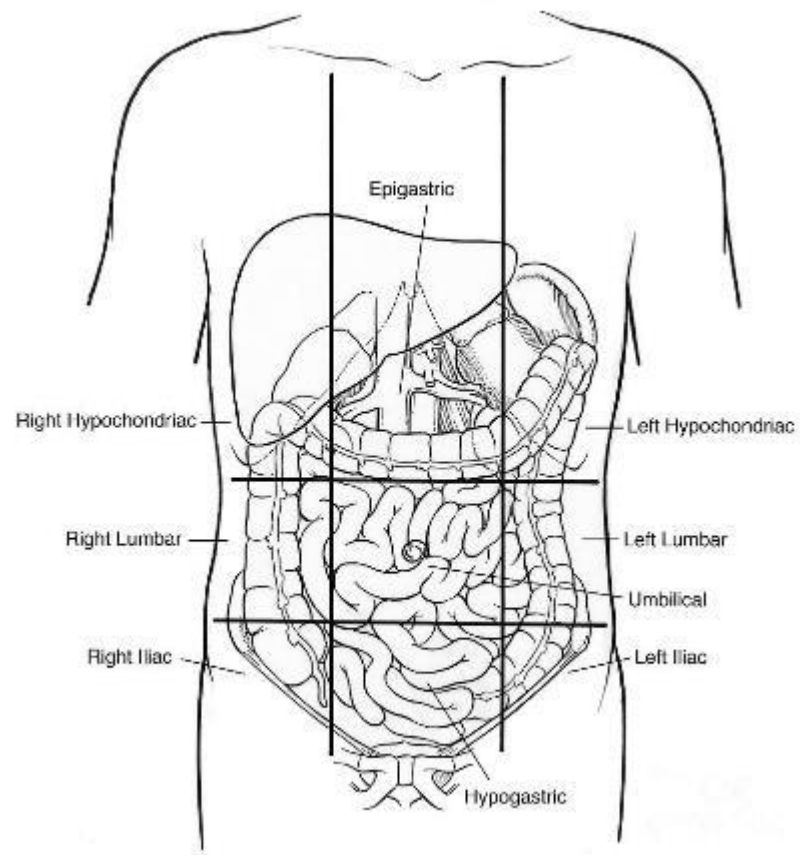
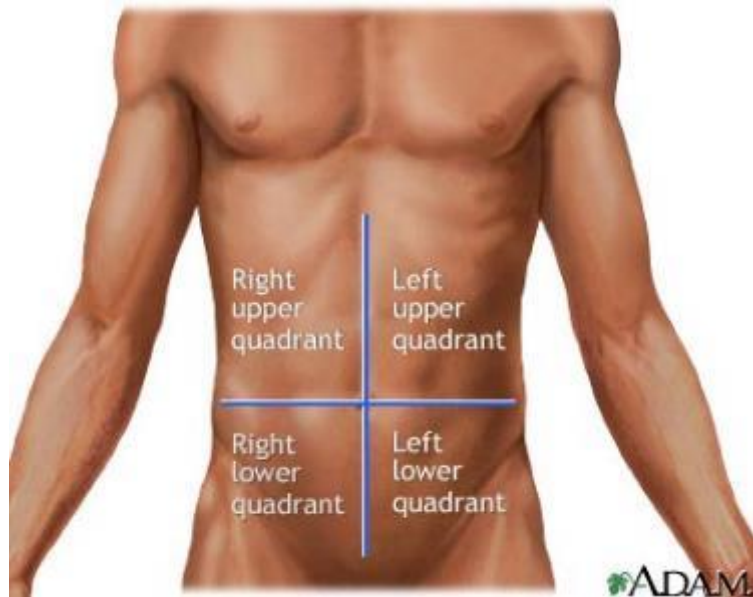
Patologie associate



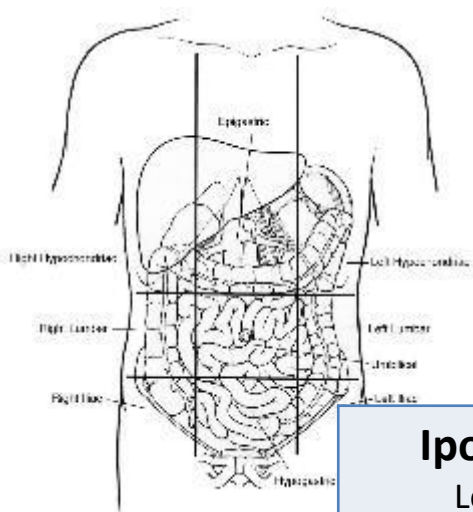
Non abbiate paura del dolore o finirà o vi finirà (Seneca)

Tutti gli uomini sanno dare consigli e conforto al dolore che non provano.
(William Shakespeare)

Il dolore addominale, semeiotica



Il dolore addominale, semeiotica



<p>Ipocondrio destro Lobo destro fegato Colecisti Parte del duodeno Flessura epatica colon Polo superiore rene destro Surrene destro</p>	<p>Epigastrio Parte dello stomaco Duodeno Pancreas Aorta Fegato</p>	<p>Ipocondrio sinistro Parte stomaco Milza Coda del pancreas Flessura splenica colon Polo superiore rene sinistro Surrene sinistro</p>
<p>Fianco destro Colon ascendente Polo inferiore rene destro Parte duodeno e digiuno</p>	<p>Mesogastrio Omento Mesentere Trasverso Parte inferiore duodeno Digiuno e ileo</p>	<p>Fianco sinistro Colon discendente Polo inferiore rene destro Digiuno e ileo</p>
<p>Fossa iliaca destra Cieco, appendice, ileo term. Uretere destro Cordone spermatico destro Ovaio destro</p>	<p>Ipogastrio Ileo Vescica Utero</p>	<p>Fossa iliaca sinistra Sigma Uretere sinistro Cordone spermatico sinistro Ovaio sinistro</p>

Il dolore addominale, semeiotica

Ispezione:

- Forma
 - + Piano
 - + Piano con retrazione dei muscoli retti (non trattabile)
 - + Globoso
 - + Batraciano
- Presenza di cicatrici
- Presenza di masse
- Presenza di circoli collaterali

Palpazione (superficiale e profonda):

- identificazione di masse e loro dolorabilità
- Valutazione della distensione addominale
- Identificazione dei segni di difesa o irritazione peritoneale
- Identificazione di specifici punti dolenti
- Palpazione di organi parenchimatosi (fegato, milza, reni)
- Valutazione dei polsi
- Valutazione della integrità della parete addominale

Il dolore addominale, semeiotica

Percussione:

- Valutazione masse e meteorismo
- Delimitazione area epatica e splenica
- Valutazione del peritonismo

Auscultazione:

- Presenza/assenza borborigmi, loro caratteristica e distribuzione

Il dolore addominale, Caratteristiche

Sensazione soggettiva di sofferenza determinata dalla stimolazione di specifici recettori

Cause meccaniche (spasmo) o chimiche (ischemia, peritonite)

Due tipi diversi di fibre (A- δ mieliniche e C amieliniche)

Due tipi diversi di dolore: Ben definito con un piccolo campo recettivo e sordo, diffuso, non ben delimitabile

Dolore viscerale: causato dalla distensione di un viscere, percepito come urente o crampiforme, intermittente, diffuso non ben definito, si può associare a sintomi neurovegetativi (sudore, tachi o bradicardie, iperalgesia cutanea, contrazioni dei muscoli addominali)

Dolore somatico: più definito e netto, esacerbato dal movimento e dalla palpazione che provoca la distensione del peritoneo (il paziente è spesso immobile e con le gambe flesse nel tentativo di rilassare il peritoneo, squatting)

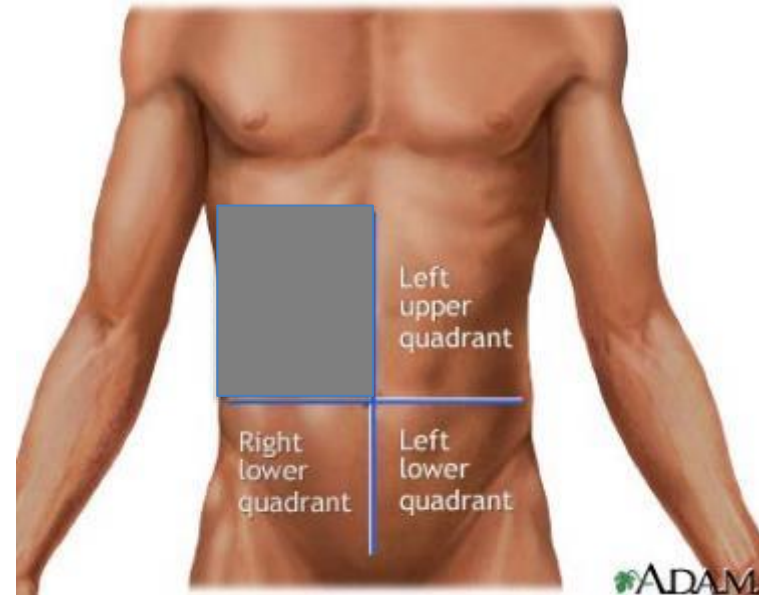
Irradiazione: si dice di dolore localizzato in una area cutanea anche a distanza del viscere interessato, condividendo lo stesso metamero di innervazione (ad esempio dolore interscapolare o al collo per irritazione del diaframma)

Il dolore addominale, Caratteristiche

Modalità di insorgenza:

- Dolore ad insorgenza improvvisa
 - Acuto: quando raggiunge subito la sua massima intensità. L'esempio più tipico è la perforazione intestinale o la dissecazione dell'aorta addominale, l'infarto del miocardio (?). Può accompagnarsi a sintomi sistemici come la sincope o lo shock
 - Improvviso ingravescente, come nel caso della pancreatite o patologie ginecologiche
- Dolore ad insorgenza graduale
 - Stabile, di intensità moderata, sordo, gravativo, diffuso, tipico delle flogosi
 - Intermittente, crampiforme a "va e vieni" tipico delle subocclusioni

Il dolore addominale, cause per topografia



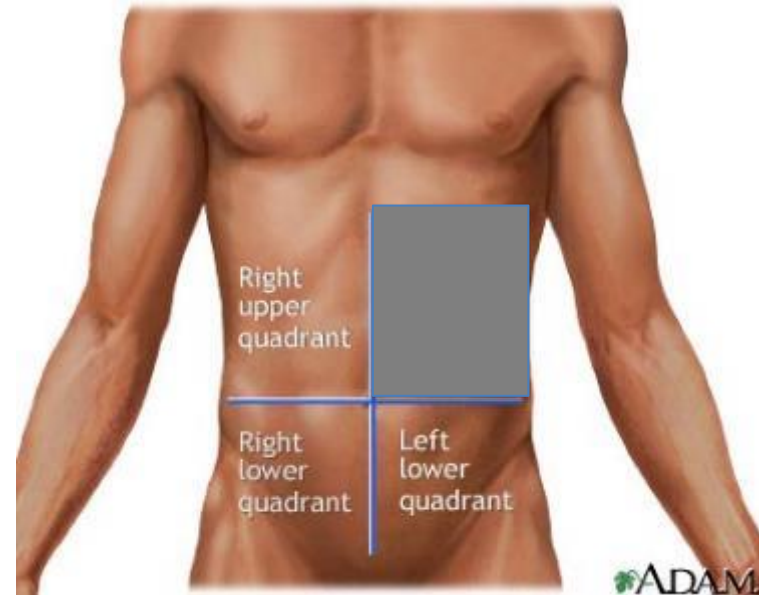
Cause addominali

Colica biliare
Colecistite acuta
Epatite acuta
Ascesso epatico
Epatomegalia da stasi
Ulcera
duodenale//perforata
Pancreatite acuta
Appendicite retrocecale
Colica renale
Pielonefrite acuta

Cause extra-addominali

Infarto miocardico
Pericardite
Polmonite con reazione
pleurica
Pneumotorace
Embolia polmonare
Herpes zooster

Il dolore addominale, cause per topografia



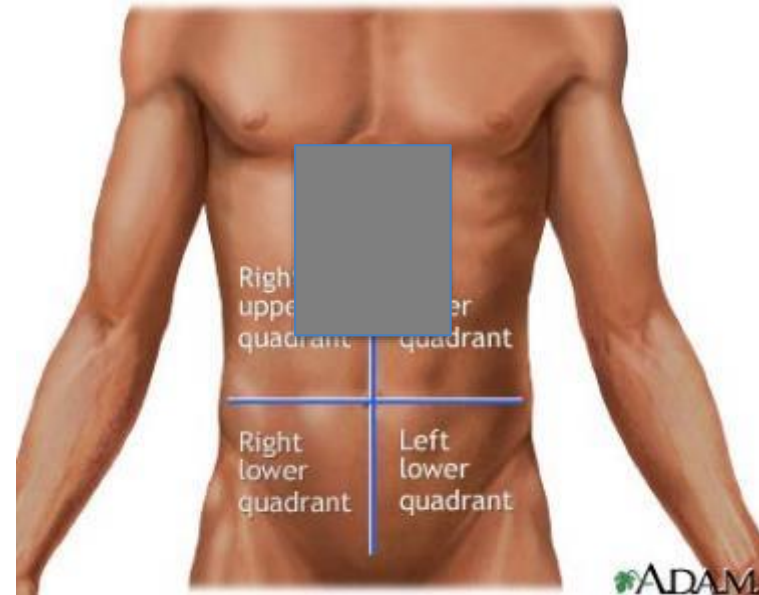
Cause addominali

Infarto/rottura splenica
Ulcera gastrica perforata
Pancreatite acuta
Rottura di aneurisma aortico
Perforazione colon
Colica renale
Pielonefrite acuta

Cause extra-addominali

Infarto miocardico
Pericardite
Polmonite con reazione pleurica
Pneumotorace
Embolia polmonare
Herpes Zooster

Il dolore addominale, cause per topografia



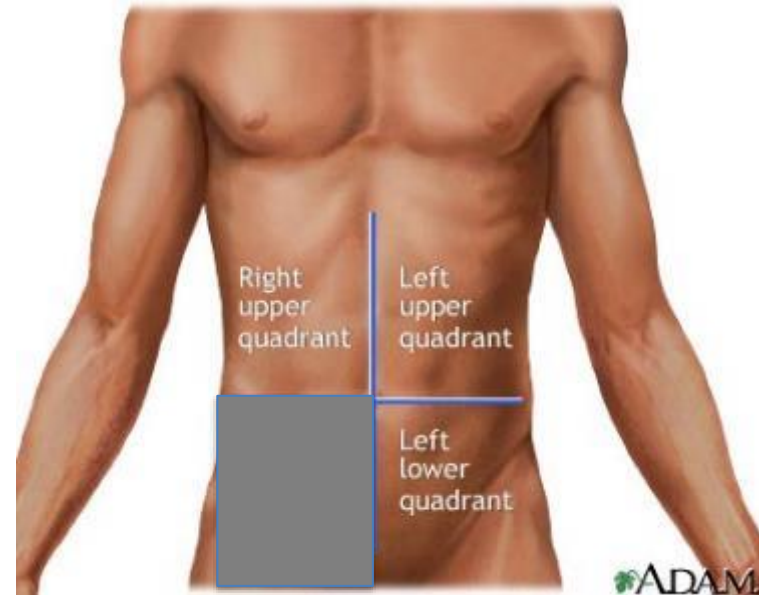
Cause addominali

Gastrite
Ulcera gastrica
Pancreatite acuta

Cause extra-addominali

Infarto miocardico
Pericardite

Il dolore addominale, cause per topografia



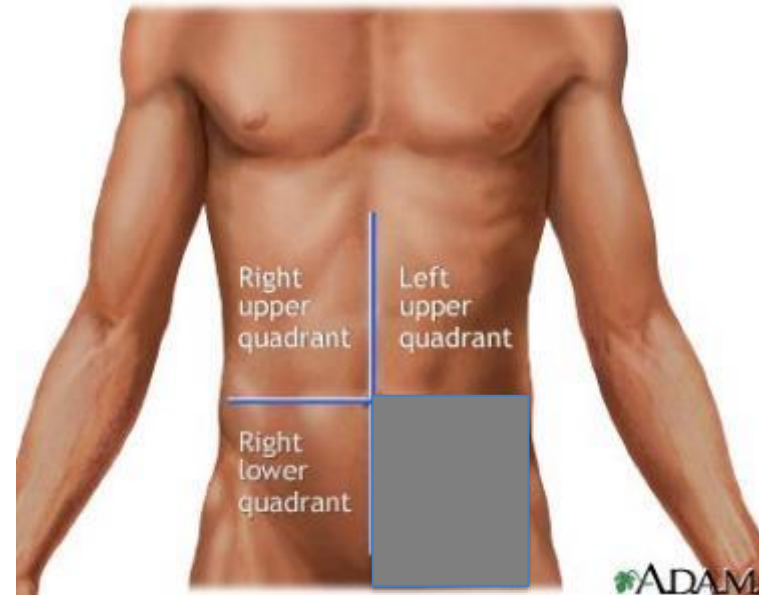
Cause addominali

Appendicite
Ostruzione intestinale
Enterite regionale
Diverticolite di Meckel
Diverticolite del cieco
Colicistite
Rottura aneurisma
aortico
Ematoma dei muscoli
retti

Cause extra-addominali

Ematoma/ascesso
dell'ileo-psoas
Gravidanza ectopica
Cisti ovarica torta
Salpingite acuta o
ascesso tubarico
Endometriosi
Vescicolite
seminale
Colica renoureterale
Ernia incarcerata o
strozzata

Il dolore addominale, cause per topografia



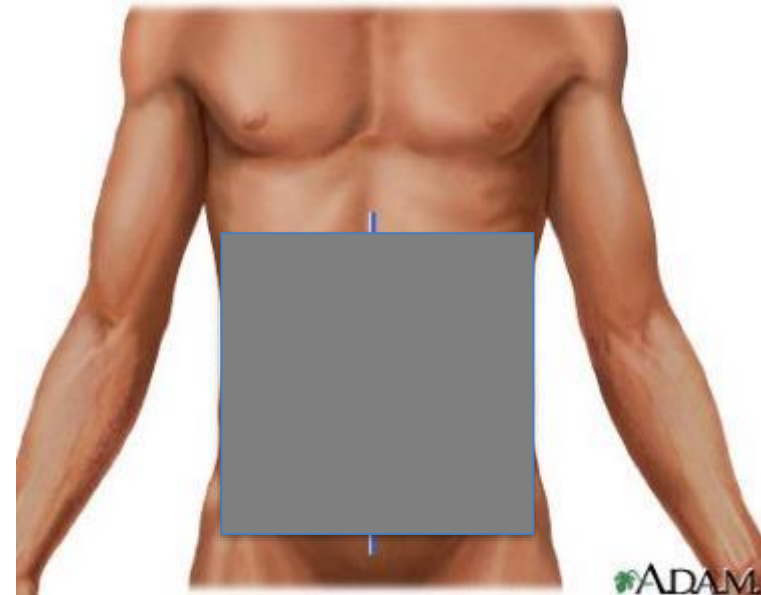
Cause addominali

Ostruzione intestinale
Diverticolite del sigma
Enterite regionale
Rottura di aneurisma aortico
Ematoma dei muscoli retti
Ematoma o ascesso dello psoas

Cause extra-addominali

Ematoma/ascesso ileo-psoas
Gravidanza ectopica
Cisti ovarica torta
Salpingite acuta o ascesso tubarico
Endometriosi
Vescicolite seminale
Colica renoureterale
Ernia incarcerata o strozzata

Il dolore addominale, cause per topografia



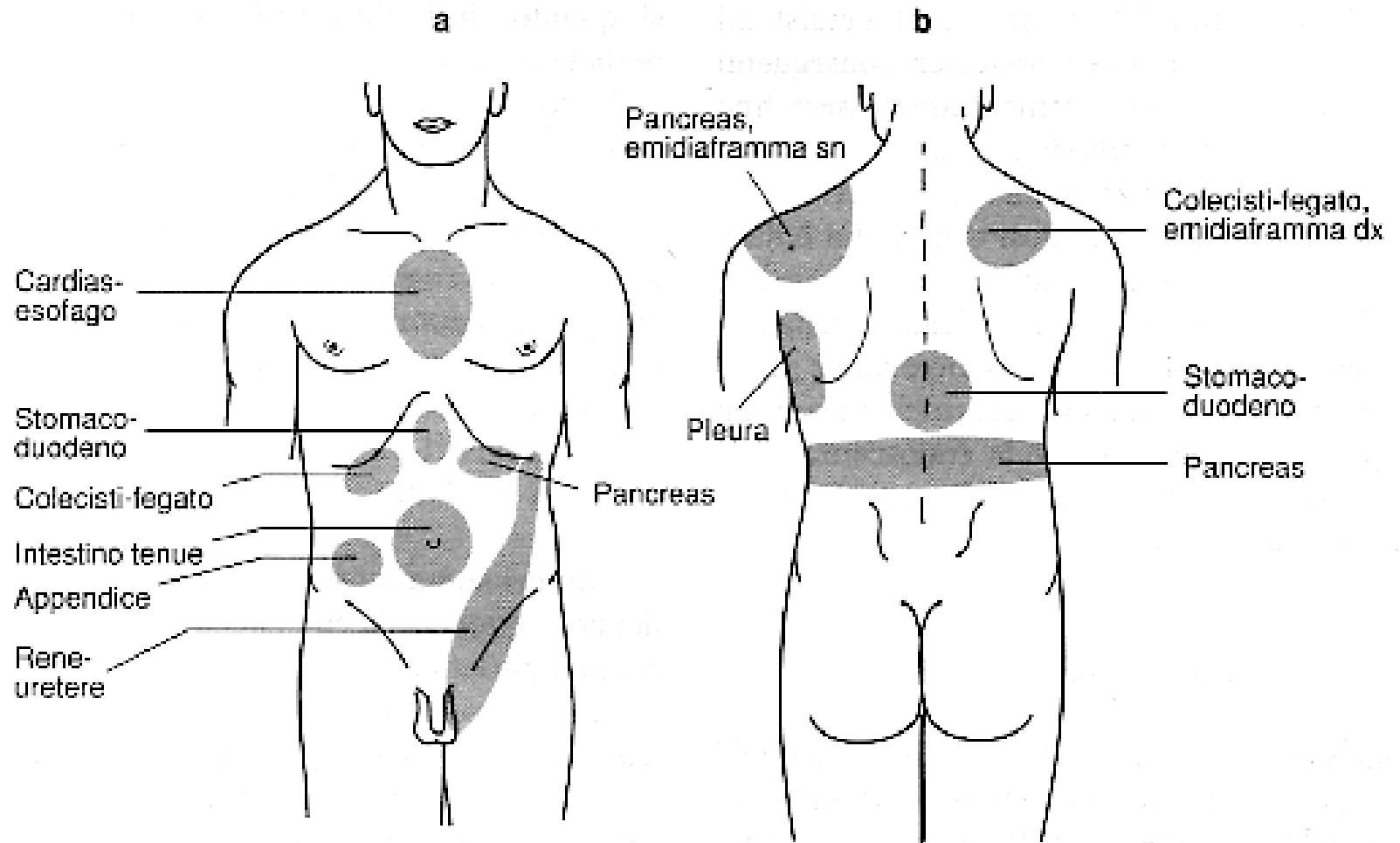
Cause addominali

Peritonite
Pancreatite acuta
Appendicite
Ostruzione intestinale
Infarto intestinale
Dissecazione/rottura
aorta addominale
Diverticolite
Adenite mesenterica
Gastroenterite

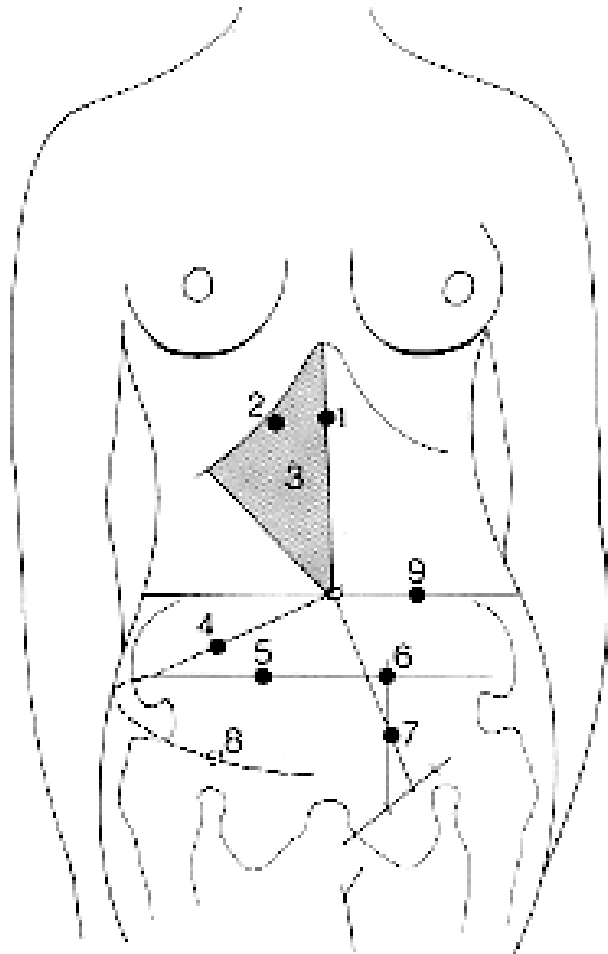
Cause extra-addominali

Leucemia
Crisi drepanocitaria
Chetoacidosi diabetica
Uremia
Tossicità da piombo
Crisi addisoniane
Porfiria acuta
intermittente

Il dolore addominale, le irradiazioni

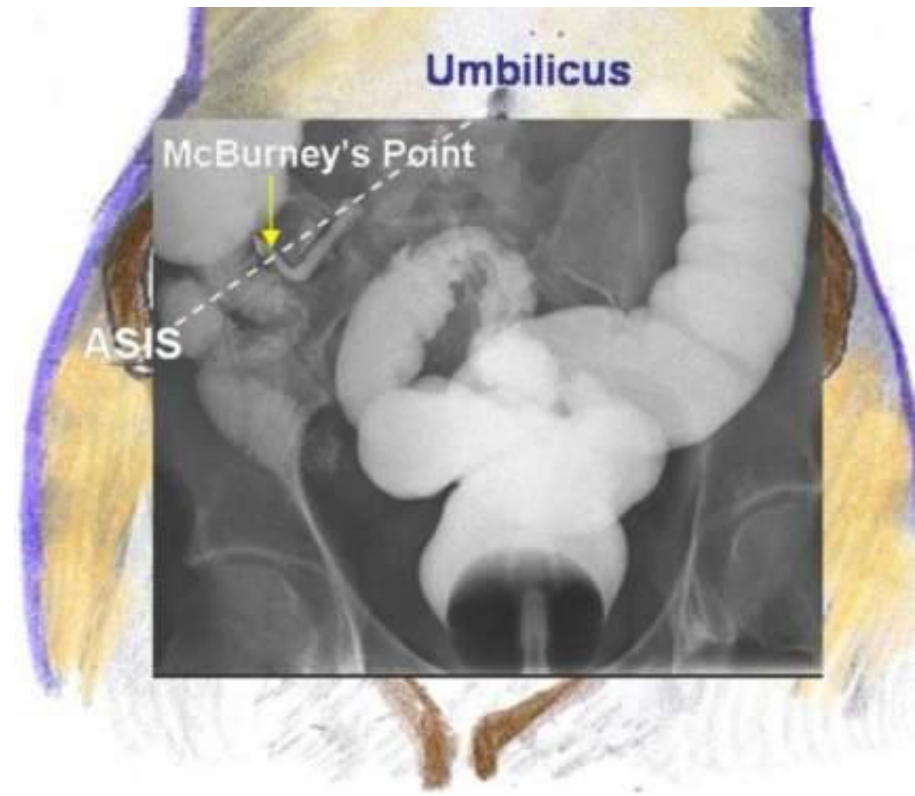


Il dolore addominale, le sedi di repere



Legenda

- 1, punto epigastrico
- 2, punto colecistico
- 3, area di Chauffard
- 4, punto di Mc Burney
- 5, punto di Lanz
- 6, punto ureterale medio
- 7, punto ovarico
- 8, punto di Brun
- 9, punto ureterale superiore



Il dolore addominale, le manovre di provocazione del dolore

Punto di reperi	Nome	Manovra	Significato
Punto colecistico	Segno di Murphy	Inspirazione profonda mantenendo la pressione della mano su punto colecistico	Dilatazione della colecisti da litiasi/colecistite
Punto colecistico	Segno di Courvoisier-terrier	Palpazione del fondo colecistico con svuotamento della colecisti	Compressione del coledoco da parte della testa del pancreas
Punto epigastrico		Palpazione profonda sul punto di reperi	Gastrite/ulcera gastrica
Punto di McBurney e Lanz		Palpazione profonda sul punto di reperi	Flogosi appendicolare (?)
	Segno dell'ileo-psoas	Flessione della coscia contro una resistenza	Infiammazione retroperitoneale e dell'ileo-psoas da appendicite, ematoma, ascesso addominale
	Segno dell'otturatore	Flessione della coscia a 90° e rotazione esterna	Flogosi appendice pelvica, malattia infiammatoria pelvica (PID)
Area renale	Manovra di Giordano	Pressione improvvisa sull'area renale con la mano a taglio	Idroureteronefrosi
Punti ureterali		Palpazione profonda sul punto di reperi	Dilatazione ureterale
Addome	Segno di Blumberg	Rilasciamento improvviso della parete addominale dopo palpazione profonda	Irritazione peritoneale

Il dolore addominale, quadri clinici

Addome acuto: condizione clinica caratterizzata dalla presenza di: dolore addominale, occlusione intestinale, irritazione peritoneale, shock

“addome acuto è una definizione temporanea di quadri clinici spesso difformi, dettata dalla mancanza di tempo; da mantenere fino al raggiungimento di una diagnosi certa

Il dolore addominale, quadri clinici

Rottura o perforazione di un viscere Ulcera peptica Colecistite acuta Diverticolite acuta Rottura esofago Necrosi ansa incarcerata Torsione di viscere Pneumotorace Rottura milza Rottura gravidanza extrauterina Rottura aneurisma aorta	Emorragia Endoperitoneale Retroperitoneale In viscere cavo
Ostruzione di un viscere Causa intraluminale (stenosi) Causa extraluminale (aderenze)	Malattia sistemica Porfiria acuta Emocromatosi Intossicazione da metalli Tossicodipendenza Febbre mediterranea Acidosi diabetica Crisi di iposurrenalismo Iperparatiroidismo acuto Crisi emolitiche acute Leucemie Processi infettivi
Ischemia Embolia o trombosi delle mesenteriche Infarto splenico o epatico Infarto miocardico Infarto polmonare	
Processo infiammatorio Appendicite Colecistite Pancreatite Diverticolite Malattia infiammatoria della pelvi (PID) Malattia di Crohn Megacolon tossico Cistite Ascessi addominali Linfoadenite mesenterica	

Il dolore addominale, caso clinico

Benito, 78 anni, pensionato, ex operaio metalmeccanico

Familiarità positiva per neoplasia colon, diabete, ex fumatore, poco alcool, alimentazione regolare

Anamnesi Patologica Remota:

- Appendicectomia in giovane età
- Ipertensione arteriosa in trattamento con aceinibitore e beta-bloccante da circa 15 anni
- Bronchite cronica ostruttiva
- Diabete mellito in trattamento insulinico con scarso controllo glicemico
- Pregresso infarto miocardico
- Pregressa resezione del sigma per diverticoliti ripetute
- Fibrillazione Atriale Parossistica in TAO

Anamnesi Patologica Recente:

- Da circa 5 giorni, febbre associata a vomito e diarrea. Quadro clinico riferito a episodio di gastro-enterite. Ha effettuato terapia con rifaximina, fermenti lattici e loperamide 1cp dopo ogni scarica di diarrea

Motivo dell'accesso in Pronto Soccorso

- Nelle ultime 24 ore, comparsa di dolore addominale diffuso, alvo chiuso a feci e gas, vomito, febbre preceduta da brivido sino a 38°C, stato confusionale

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 100/50; Fc 110 bpmAR; SO₂ 91% in AA; t 38°C

Paziente agitato, disorientato nel tempo e nello spazio, scarsamente collaborante.

Manifesta dolore alla palpazione addominale

Quali azioni effettuare?

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 100/50; Fc 110 bpmAR; SO₂ 91% in AA; t 38°C

Paziente agitato, disorientato nel tempo e nello spazio, scarsamente collaborante.

Manifesta dolore alla palpazione addominale

Obiettività addominale:

Addome: addome difeso con Blumberg mal valutabile ma apparentemente positivo. Borborigmi assenti con distensione di anse in tutto l'addome

Torace: MV aspro con ronchi e crepitazioni diffuse bibasilarie ed ai campi medi

Cuore: toni tachicardici in successione aritmica da fibrillazione, pause apparentemente libere. Edemi periferici improntabili. ECG negativo per nuovi eventi ischemici.

Lab: GB 12.140; neutrofili 72%; Hb 13,9; VES 32 (VN 15); PCR 4,5 (VN 0,8); creatinina 2,4 (VN 1,2); esame urine negativo, sodiemia 122, potassiemia 3,1, INR 5,8

Il dolore addominale, caso clinico

Ipotesi cliniche

Addome acuto da:

1. Ileo paralitico (ipotesi più probabile)
2. Aderenze intestinali
3. Stenosi pregressa chirurgia

Il dolore addominale, occlusione intestinale

Definizione: blocco del passaggio del contenuto intestinale luminale per un ostacolo meccanico o assenza della attività peristaltica intestinale

Complicanza potenzialmente mortale se non diagnosticata per tempo ed adeguatamente trattata

Presentazione clinica:

- Dolore addominale, diffuso, crampiforme, intermittente in base ai tentativi delle onde di peristalsi di forzare il blocco, spesso centro-addominale, associato ad un netto aumento di intensità dei borborigmi, spesso udibili senza il fonendoscopio ed a movimento vermiforme delle anse intestinali visibile nei pazienti magri
- Vomito, reattivo sia al dolore che alla dilatazione intestinale. Quando l'occlusione intestinale è di lunga durata, la fermentazione batterica del contenuto luminale all'interno dell'ileo può portare ad un vomito definito fecaloide
- Compromissione del sensorio per la disidratazione o il disjonismo

Il dolore addominale, occlusione intestinale

Quadri clinici:

Ostruzione meccanica da contenuto luminale

- Materiale ingerito con la dieta (boli di fibre)
- Fitobezoarico nelle psicosi
- Da calcolo biliare
- Da intussuscezione
- Da fecaloma
- Da contenitori per droghe

Ostruzione meccanica da lesione di parete

- Neoplasie stenose dell'ileo e del colon
- Stenosi da malattia di Crohn cronicamente attiva
- Diverticolite

Ostruzione meccanica da compressione estrinseca

- Presenza di porte erniarie con anse intestinali incarcerate
- Aderenze post-chirurgia
- Volvolo

Ostruzione da ileo paralitico

- Post chirurgia
- Da irritazione peritoneale
- Processi infettivi/infiammatori
- Alterazioni idro-elettrolitiche

Il dolore addominale, Occlusione intestinale

Esami strumentali utili per la diagnostica differenziale:

- Rx diretta addome
- Ecografia addome
- TC addome con mdc

La terapia varierà in base alla possibile causa. L'approccio terapeutico di primo livello consiste in:

- Liquidi
- Antibiotico
- Digiuno
- SNG
- Chirurgia se forma organica





Il dolore addominale, caso clinico

Martina, 20 anni, studentessa universitaria

Familiarità negativa per patologie maggiori, non fuma, poco alcool, alimentazione regolare

Menarca a 12 anni, cicli mestruali irregolari e dolorosi

Anamnesi Patologica Remota:

- Riscontro ecografico di ovaio policistico per cui è in terapia con estroprogestinici da circa 2 anni
- Alvo alterno con accentuato meteorismo da Sindrome Intestino Irritabile

Anamnesi Patologica Recente:

- Da 2 giorni, dolenzia addominale diffusa con alvo stitico riferito ad ansia pre-esame

Motivo dell'accesso in Pronto Soccorso

- Nelle ultime 24 ore, netto peggioramento del dolore addominale che si è progressivamente localizzato sul fianco destro/fossa iliaca destra, alvo chiuso a feci e gas, vomito
- Nelle ultime 12 ore febbre preceduta da brivido sino a 39°C

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 90/50; Fc 115 bpmR; SO₂ 100% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Riferisce intenso dolore addominale, vomito

Quali azioni effettuare?

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 90/50; Fc 115 bpmR; SO₂ 100% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Riferisce intenso dolore addominale, vomito

Quali azioni effettuare?

Visita generale

Garantire accesso venoso => prelievo ematico => Infusione di liquidi

Lab: Emocromo, indici di flogosi, funzione renale e epatica, esame urine, betaHCG, emocolture

Effettuare ECG, ecografia addome, Rx addome, Rx torace, eventuale TC addome

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 90/50; Fc 115 bpmR; SO₂ 100% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Riferisce intenso dolore addominale, vomito

Obiettività addominale:

Addome: addome difeso con Blumberg spiccatamente positivo in fossa iliaca destra, Punto di Lanz dolente con dolore irradiato lungo la faccia interna della coscia, segni di irritazione dell'ileo-psoas. Borborigmi assenti con distensione di anse in tutto l'addome

Torace: MV normotrasmeso con basi libere e mobili

Cuore: toni tachicardici in successione ritmica, pause apparentemente libere

Lab: GB 13.540; neutrofili 78%; Hb 12,8; VES 110 (VN 15); PCR 23,5 (VN 0,8); creatinina 0,8 (VN 1,2); esame urine negativo, beta HCG normali

Il dolore addominale, caso clinico

Ipotesi cliniche

Addome acuto da:

1. Appendicite acuta gangrenosa (ipotesi più probabile)
2. Ascenso addominale da perforazione intestinale coperta (Diverticolo Meckel, Malattia di Crohn, diverticolo del cieco)
3. Torsione ovarica da cisti
4. Annessite

Il dolore addominale, Appendicite Acuta

Definizione: per appendicite si definisce un processo infiammatorio/settico dell'appendice

Epidemiologia: rimane uno degli interventi chirurgici più frequentemente eseguiti (30% di tutti gli interventi)

Si può verificare in ogni sesso ed età sebbene i più colpiti siano i maschi tra i 10 e i 30 anni

Caratterizzata da estrema variabilità di sede anatomica, è ricoperta da peritoneo che, dopo averla circondata, forma con la sua riflessione il meso dell'appendice o mesenterio

Dal punto di vista anatomo-patologico possiamo distinguere:

- Appendicite catarrale: quando vi è un aumento dell'infiltrato infiammatorio con conseguente produzione di muco
- Appendicite flemmonosa: quando l'infiltrato evolve formando zone di necrosi, suppurazione e colliquazione che si aprono verso il lume e la sierosa
- Appendicite flemmonosa perforata: Il processo colliquativo può evolvere sino alla perforazione, più frequente nella parte terminale dell'appendice
- Appendicite gangrenosa: presente quando vi sono dei germi anaerobi e trombosi dei vasi del mesenterio
- Appendicite idropica: quando il lume è ostruito per cui vi è l'accumulo del muco
- Empiema dell'appendice: trasformazione in raccolta ascessuale per la contaminazione batterica

Il dolore addominale, Appendicite Acuta

Quadro clinico

Triade: Dolore, febbre, leucocitosi

Dolore: in genere ad esordio improvviso ingravescente, diffuso a tutto l'addome o in mesogastrio per poi spostarsi in fossa iliaca destra;

A seconda della sede anatomica, il dolore può essere irradiato:

- In basso verso la radice della coscia nella posizione normale
- In basso verso la pelvi, se non solo pelvico, quando l'appendice è soprattutto pelvica
- Paraombelicale o nel fianco destro quando l'appendice è retrocecale

Si può avere anche vomito ed alvo chiuso a feci e gas per reazione riflessa al dolore

Le manovre semeiologiche da eseguire sono:

- Pressione sui punti di Lanz e McBurney (accentuazione del dolore)
- Manovra di Blumberg (aumento del dolore in caso di irritazione peritoneale)
- Segno dell'ileo-psoas (irritazione dell'ileo-psoas da appendice retrocecale))
- Auscultazione addominale (assenza dei borborigmi)

Il dolore addominale, Appendicite Acuta

Quadro clinico

Triade: Dolore, febbre, leucocitosi

Febbre: in genere preceduta da brivido, risponde agli anti-piretici

Le manovre diagnostiche da eseguire sono:

- Prelievo ematico per valutare la leucocitosi e gli indici di flogosi
- Esame colturale del sangue e delle urine per la diagnosi differenziale e la antibioticoterapia mirata

Leucocitosi neutrofila: conferma della presenza di una infezione batterica

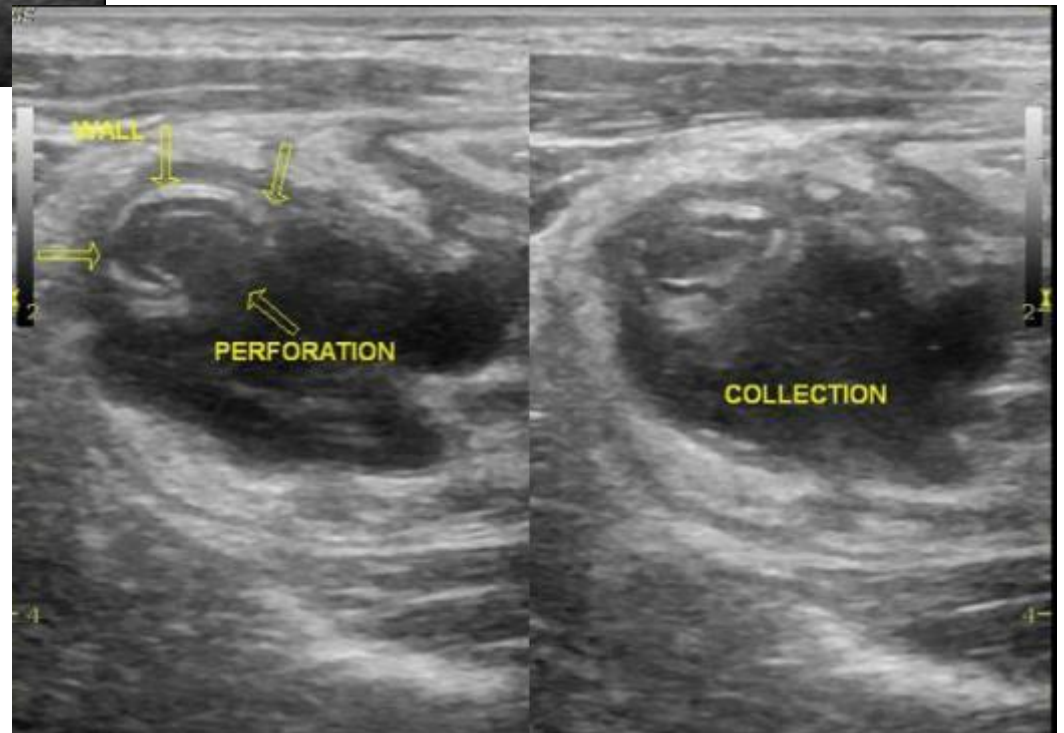
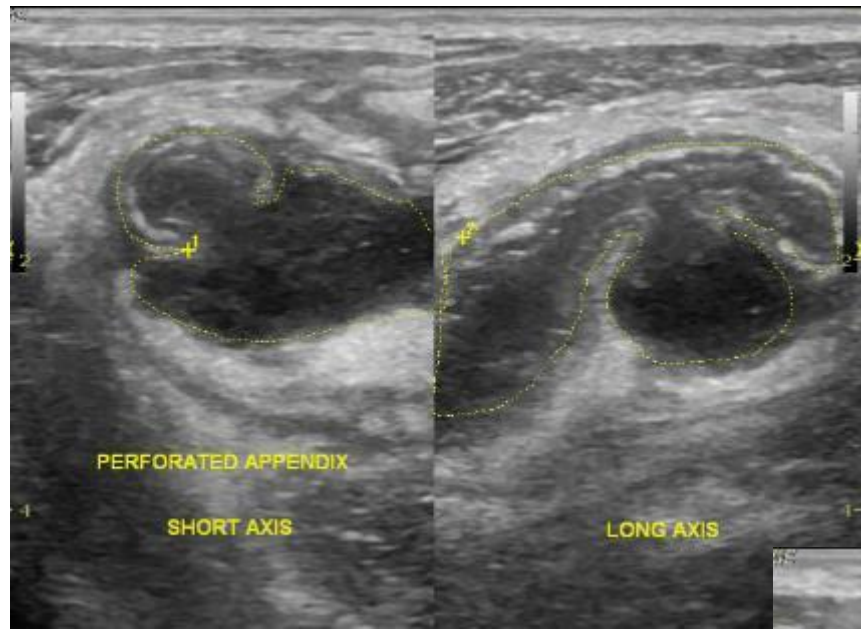
Esami strumentali utili per la diagnostica differenziale:

- Rx diretta addome
- Ecografia addome
- TC addome con mdc

Il dolore addominale, Appendicite Acuta, diretta addome



Il dolore addominale, Appendicite Acuta, ecografia addome



Il dolore addominale, Appendicite Acuta, TC addome



Il dolore addominale, Appendicite Acuta

Trattamento:

Digiuno

Infusione di fluidi per mantenere il volume circolante

Antibiotici a largo spettro

Antipiretici

SNG se vomito accentuato o presenza di gastrectasia

Chirurgia

Il dolore addominale, Caso clinico

Anna, 49 anni, impiegata

Familiarità negativa per patologie maggiori, non fuma, poco alcool, alimentazione regolare

Menarca a 12 anni, cicli mestruali regolari

Anamnesi Patologica Remota:

- Stipsi inveterata da sempre trattata con dieta adeguata e saltuario uso di lassativi

Anamnesi Patologica Recente:

- Da 3 giorni, dolenzia addominale in fossa iliaca sinistra con peggioramento della stipsi. Ha assunto lassativi con aggravamento del dolore

Motivo dell'accesso in Pronto Soccorso

- Nelle ultime 24 ore, netto peggioramento del dolore addominale, alvo chiuso a feci e gas, febbre preceduta da brivido sino a 39°C

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 110/60; Fc 95 bpmR; SO₂ 98% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Riferisce intenso dolore addominale, vomito

Quali azioni effettuare?

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 110/60; Fc 95 bpmR; SO₂ 98% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Quali azioni effettuare?

Visita generale

Garantire accesso venoso => prelievo ematico => Infusione di liquidi

Lab: Emocromo, indici di flogosi, funzione renale e epatica, esame urine, betaHCG, emocolture

Effettuare ECG, ecografia addome, Rx addome, Rx torace, eventuale TC addome

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 110/60; Fc 95 bpmR; SO₂ 98% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, prostrata, intensamente sofferente, in posizione fetale per alleviare il dolore

Obiettività addominale:

Addome: addome difeso con Blumberg spiccatamente positivo in fossa iliaca sinistra, Borborigmi assenti con distensione di anse in tutto l'addome

Torace: MV normotrasmeso con basi libere e mobili

Cuore: toni tachicardici in successione ritmica, pause apparentemente libere

Lab: GB 12.240; neutrofili 78%; Hb 13,8; VES 50(VN 15); PCR 12 (VN 0,8); creatinina 0,8 (VN 1,2); esame urine negativo, beta HCG normali

QUALI IPOTESI CLINICHE?

Il dolore addominale, caso clinico

- Diverticolite acuta con sospetto ascesso peri-diverticolare (ipotesi più probabile)
- Patologia ginecologica (ovaio o tube)
- Neoplasia del colon

Trattamento

Liquidi ev

Digiuno

Antibiotico

In caso di recidiva valutare resezione chirurgica

Il dolore addominale, Diverticolosi

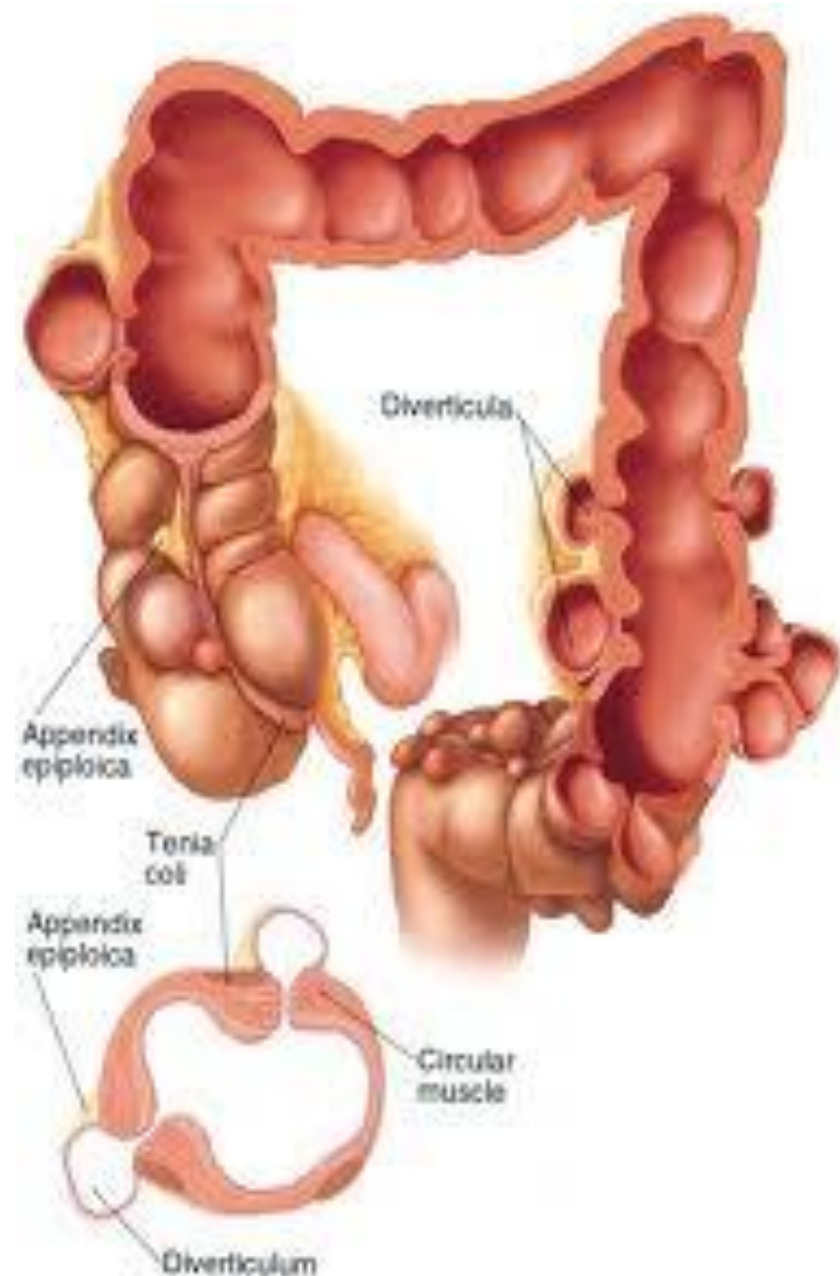
Erniazione della mucosa del colon verso la sierosa attraverso la tonaca muscolare in siti di minor resistenza

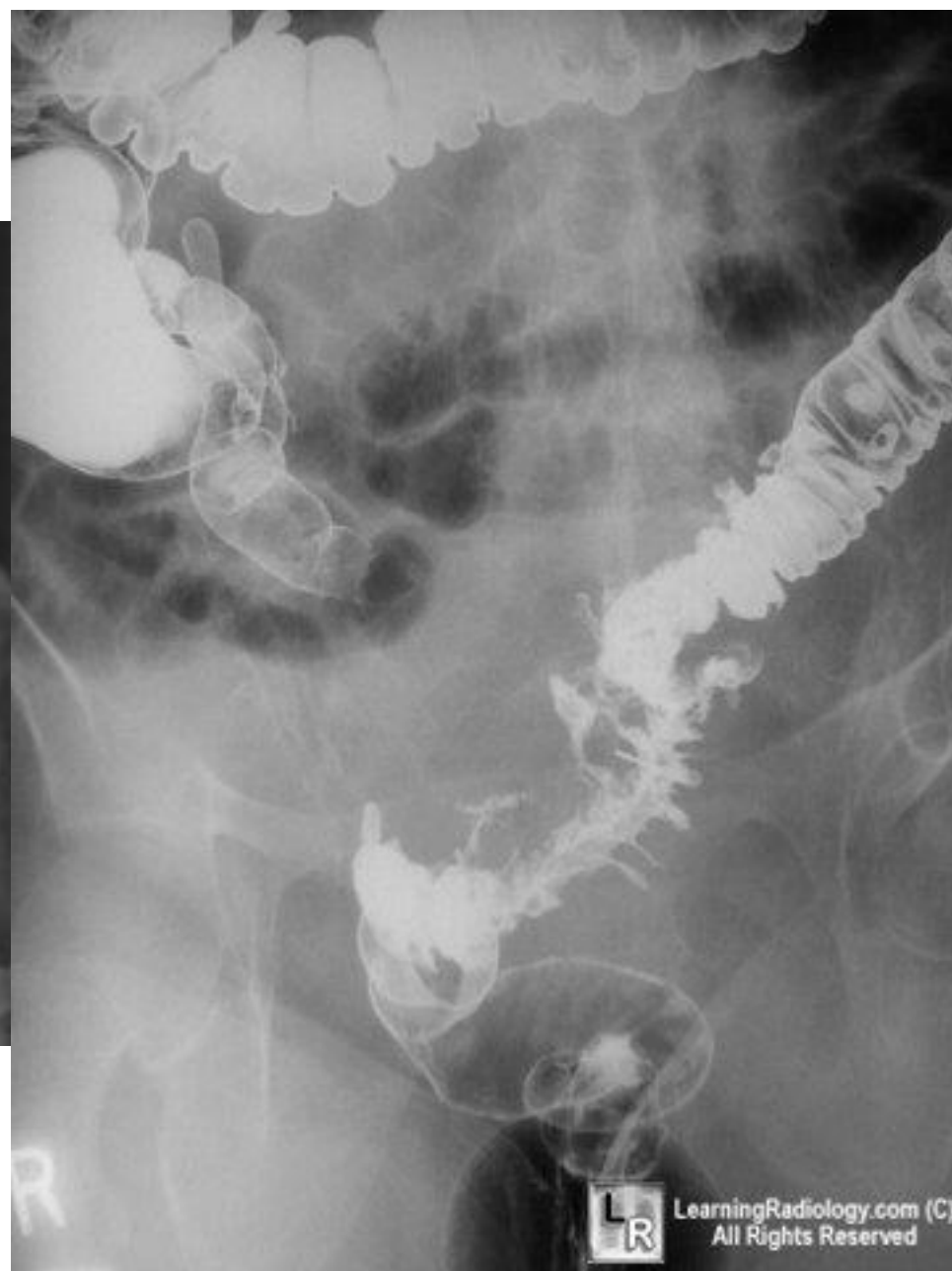
Modifica anatomica molto frequente, specie nell'anziano, ma presente anche in pazienti giovani

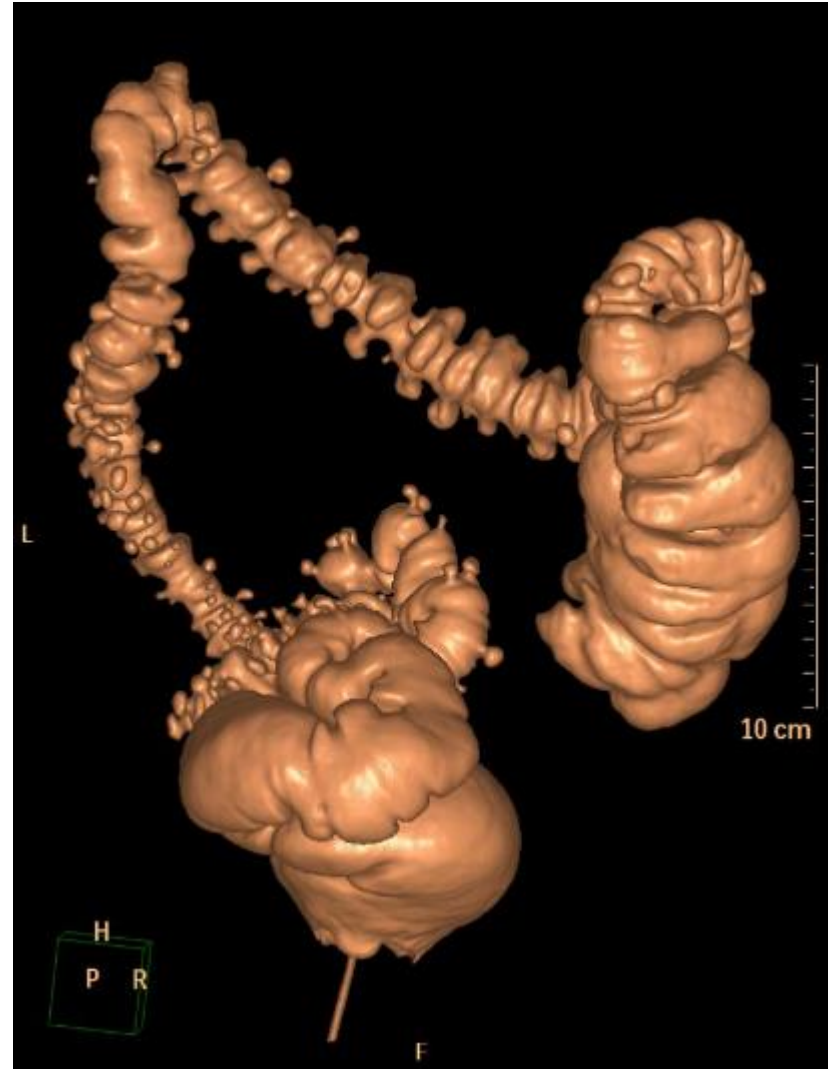
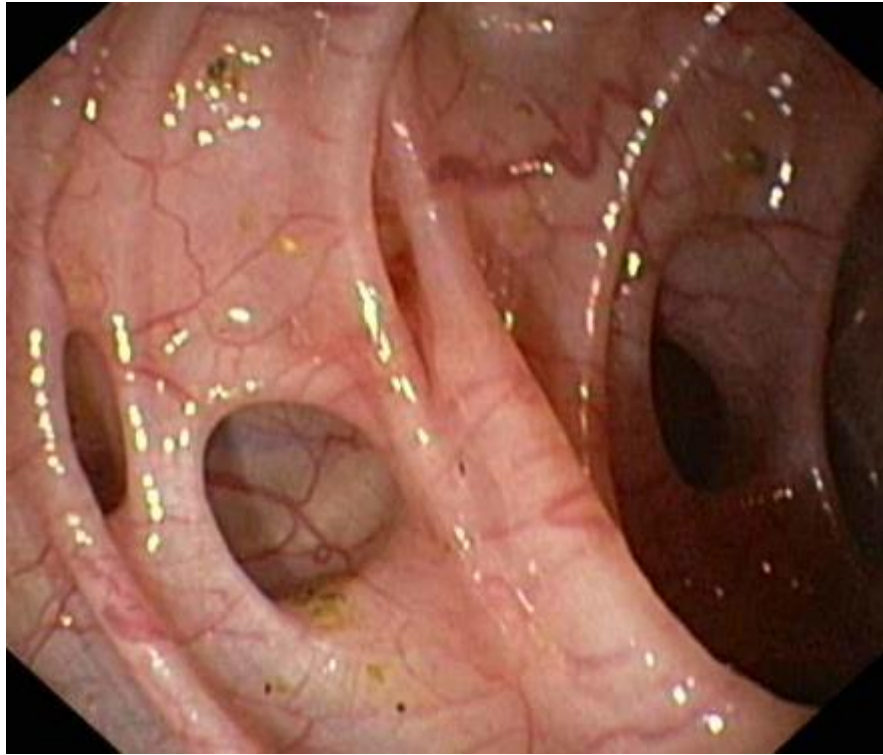
Nel 90% dei casi i diverticoli sono localizzati nel sigma in quanto sede di maggiore pressione di parete

Nella maggior parte dei casi i diverticoli sono asintomatici e la loro presenza è un riscontro accidentale.

I sintomi che si possono associare alla diverticolosi sono stitichezza, meteorismo, senso di peso in fossa iliaca sinistra







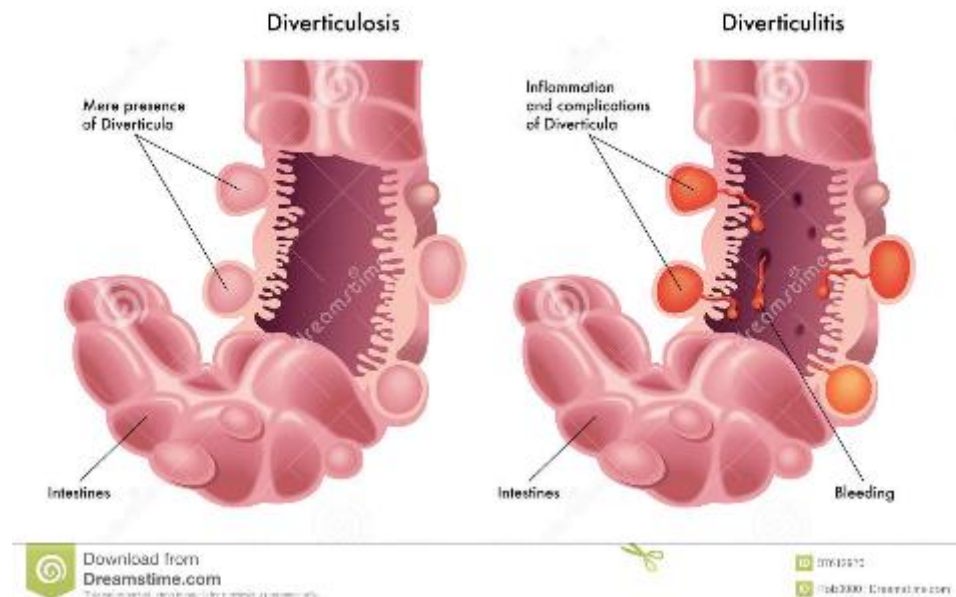
Il dolore addominale, Diverticolite acuta

Definizione: infiammazione della parete del diverticolo per stati fecali all'interno del diverticolo stesso

Il quadro clinico è caratterizzato da dolore dapprima diffuso e poi localizzato in fossa iliaca sinistra, e febbre

La infiammazione del diverticolo si può complicare con:

- Perforazione della parete del diverticolo con la conseguente formazione di peritonite diffusa nel caso del coinvolgimento diffuso del peritoneo o, nel caso la perforazione in un qual modo venga tamponata, la formazione di una peritonite localizzata
- Alla perforazione può seguire la formazione di una raccolta ascessuale peridiverticolare. Anch'essa può rimanere limitata nella zona peridiverticolare ma può anche dare adito a fistole che coinvolgono gli organi vicini
- Occlusione intestinale acuta, quanto la peritonite legata alla perforazione del diverticolo causa per riflesso un ileo paralitico, cronica quando ripetuti episodi di diverticolite porta alla stenosi o coartazione del lume con conseguente sua ostruzione
- Enterorragie, per la formazione di ulcere nel diverticolo o nel suo colletto



Il dolore addominale, Diverticolite acuta

Diagnosi

Criteri clinici: dolore in fossa iliaca sinistra esacerbato dalla palpazione profonda con Blumberg, occlusione o subocclusione intestinale reattiva con dilatazione di anse, febbre

Laboratorio: leucocitosi neutrofila, rialzo indici di flogosi (PCR in particolare)

Rx diretta addome: dilatazione di anse e livelli idroaerei

TC addome o ecografia addome con quadro di flemmone intorno alla parete intestinale e/o raccolta ascessuale

Esami morfologici (Colon TC, clisma opaco, Colonscopia) solo dopo la risoluzione del quadro acuto

Terapia?

Liquidi, antibiotici e digiuno



Il dolore addominale, caso clinico

Martina, 20 anni, studentessa universitaria

Familiarità negativa per patologie maggiori, non fuma, poco alcool, alimentazione regolare

Menarca a 12 anni, cicli mestruali irregolari e dolorosi

Anamnesi Patologica Remota:

- Riscontro ecografico di ovaio policistico per cui è in terapia con estroprogestinici da circa 2 anni
- Negli ultimi anni, alvo tendenzialmente diarroico con dimagrimento
- Circa 1 anno fa, fistola perianale risolta con drenaggio chirurgico

Anamnesi Patologica Recente:

- Da 2 giorni, dolenza addominale diffusa con alvo stitico riferito ad ansia pre-esame

Motivo dell'accesso in Pronto Soccorso

- Nelle ultime 24 ore, netto peggioramento del dolore addominale che si è progressivamente localizzato sul fianco destro/fossa iliaca destra, alvo chiuso a feci e gas, vomito
- Nelle ultime 12 ore febbre preceduta da brivido sino a 39°C

Il dolore addominale, caso clinico

Parametri clinici in PS

PA 110/60; Fc 84 bpmR; SO₂ 100% in AA; t 38°C

La paziente si presenta lucida ed orientata, in posizione fetale per alleviare il dolore

Riferisce intenso dolore addominale, vomito

Obiettività addominale:

Addome: addome difeso con Blumberg spiccatamente positivo in fossa iliaca destra, Punto di Lanz dolente con dolore irradiato lungo la faccia interna della coscia, segni di irritazione dell'ileo-psoas.

Borborigmi assenti con distensione di anse in tutto l'addome

Torace: MV normotrasnesso con basi libere e mobili

Cuore: toni tachicardici in successione ritmica, pause apparentemente libere

Lab: GB 13.540; neutrofili 78%; Hb 12,8; VES 110 (VN 15); PCR 23,5 (VN 0,8); creatinina 0,8 (VN 1,2); esame urine negativo, beta HCG normali

TC addome con mdc: raccolta ascessuale nello scavo pelvico che ingloba l'appendice e prende stretti rapporti con l'ultima ansa ileale che presenta pareti di spessore aumentato con spicature

Il dolore addominale, caso clinico

Ipotesi cliniche

Addome acuto da:

1. Ascenso addominale da Malattia di Crohn (ipotesi più probabile o appendicite gangrenosa)

Introduzione: la malattia di Crohn

Processo infiammatorio cronico della parete intestinale che, in maniera segmentaria, può interessare tutti i segmenti intestinali

È caratterizzato da:

Sintomi colici: diarrea, dolore addominale, calo ponderale

Sintomi sistemici: febbre, malessere generale, astenia

Manifestazioni extraintestinali: spondiloartriti, uveiti, dermatiti (eritema nodoso, pioderma gangrenoso)

Associazioni: spondilite anchilosante, artrite reumatoide/psoriasica, colangite sclerosante/cirrosi biliare primitiva

Complicanze: Occlusione intestinale; perforazione; raccolta ascessuale addominale; formazione di fistole entero-enteriche, cutanee, vescicali con o senza ascesso; malattia perianale; anemia; TVP/EP; neoplasia colica

MALATTIA DI CROHN

ASPETTI ENDOSCOPICI

- Lesioni segmentarie, asimmetriche ed eterogenee
- Ulcere aftoidi, superficiali e profonde, con mucosa circostante indenne
- Ulcere lineari
- Aspetto a “cobblestone”
- Retto risparmiato nella maggior parte dei casi

sta ana

13/07/2011

09:42:56

Cr:N

Fr:A5

ILEUM|

Pr BOUHNİK



Malattia di Crohn

aspetti istologici

- ✓ Edema
- ✓ Fissurazioni della mucosa.
- ✓ Infiltrato infiammatorio
- ✓ Granulomi non caseosi

Malattia di Crohn: il laboratorio

D/D infettiva

Colturale e parassitologico feci

Sierologia per virus

D/D forme funzionali

Emocromo (leucocitosi, anemia microcitica, piastrinosi)

VES, PCR, calprotectina fecale

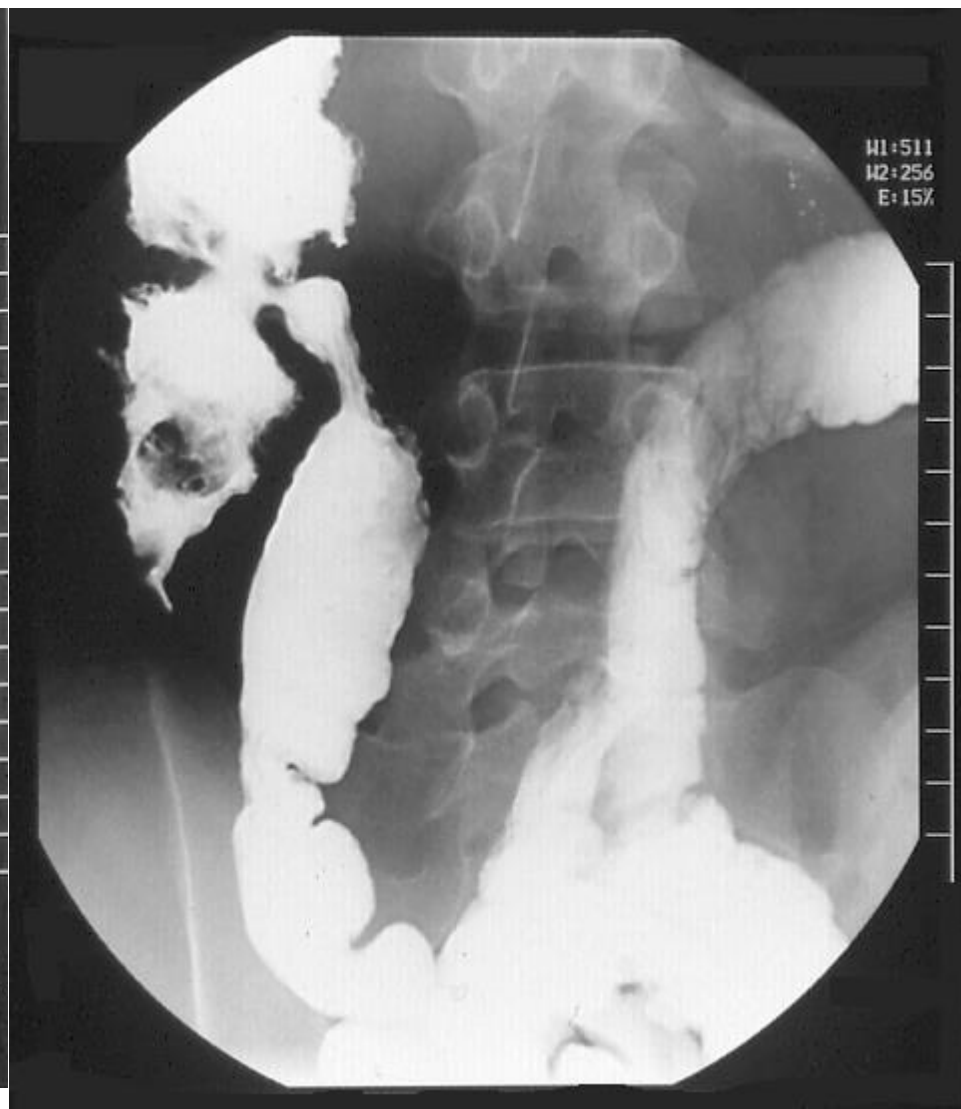
Albumina

pH

D/ complicanze extraintestinali

funzione epatica

funzione renale



W1: 511
W2: 256
E: 15%

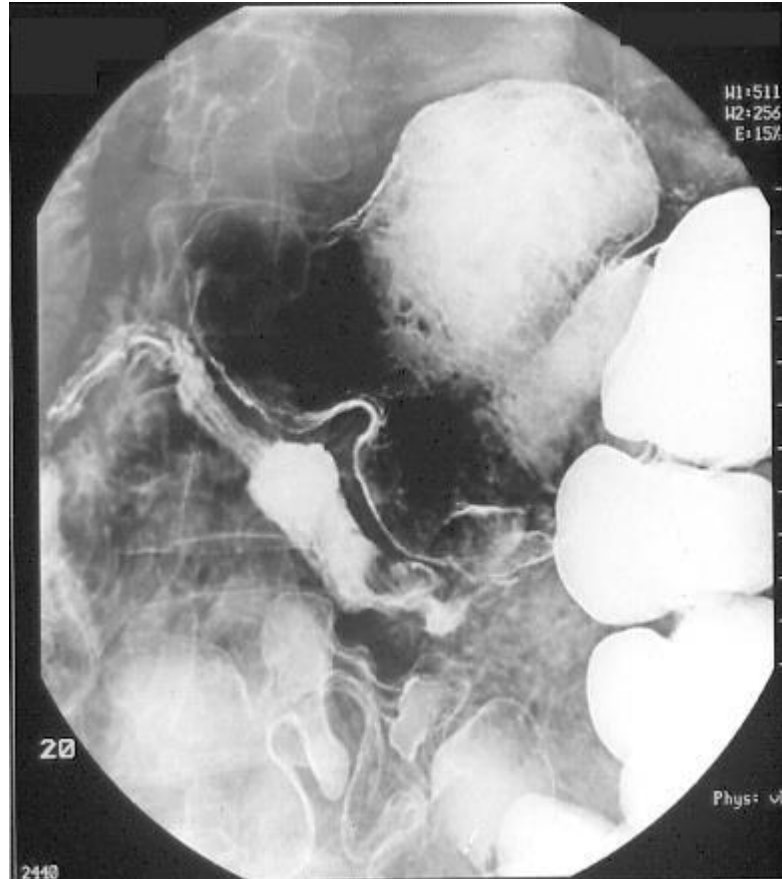
23

Phys: mt

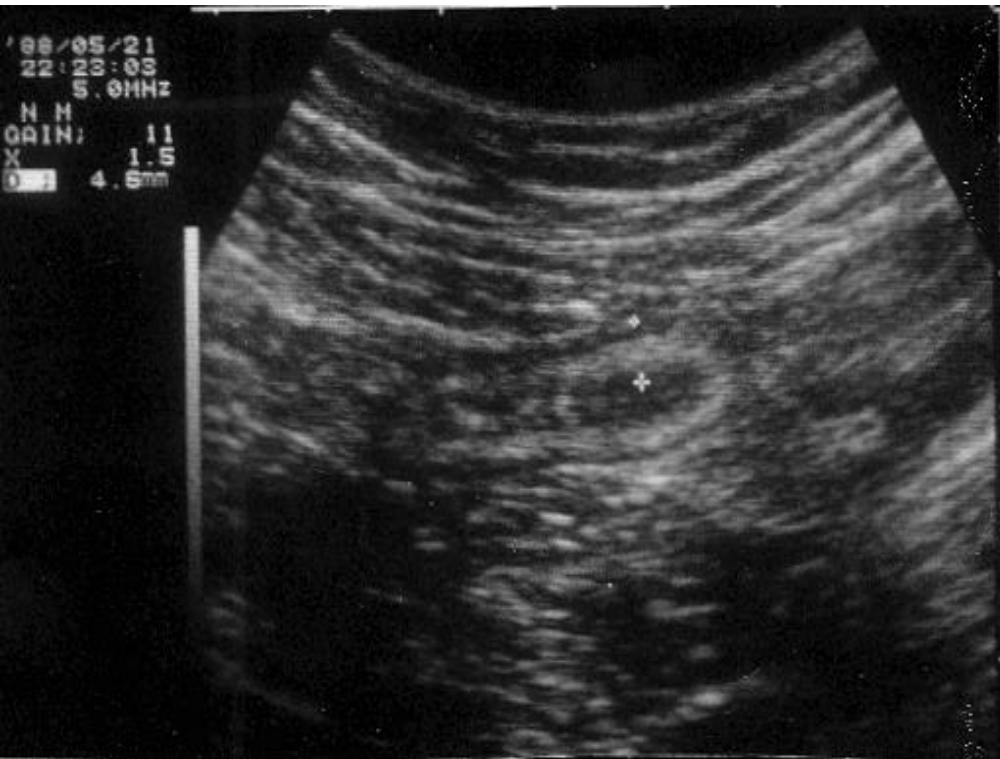
2440



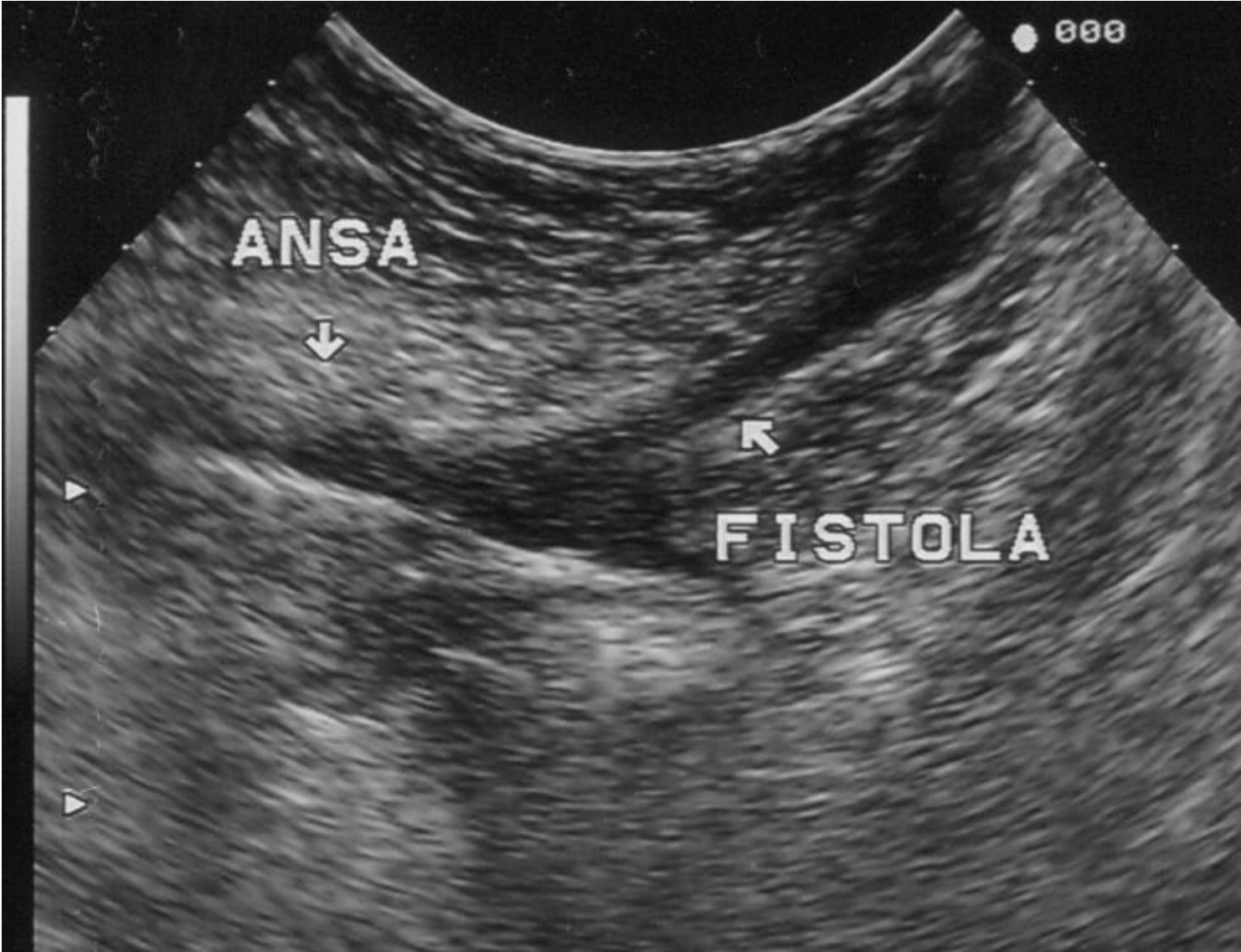
Recidiva post-chirurgica della MC: aspetti radiologici



Ispessimento di parete nella MC



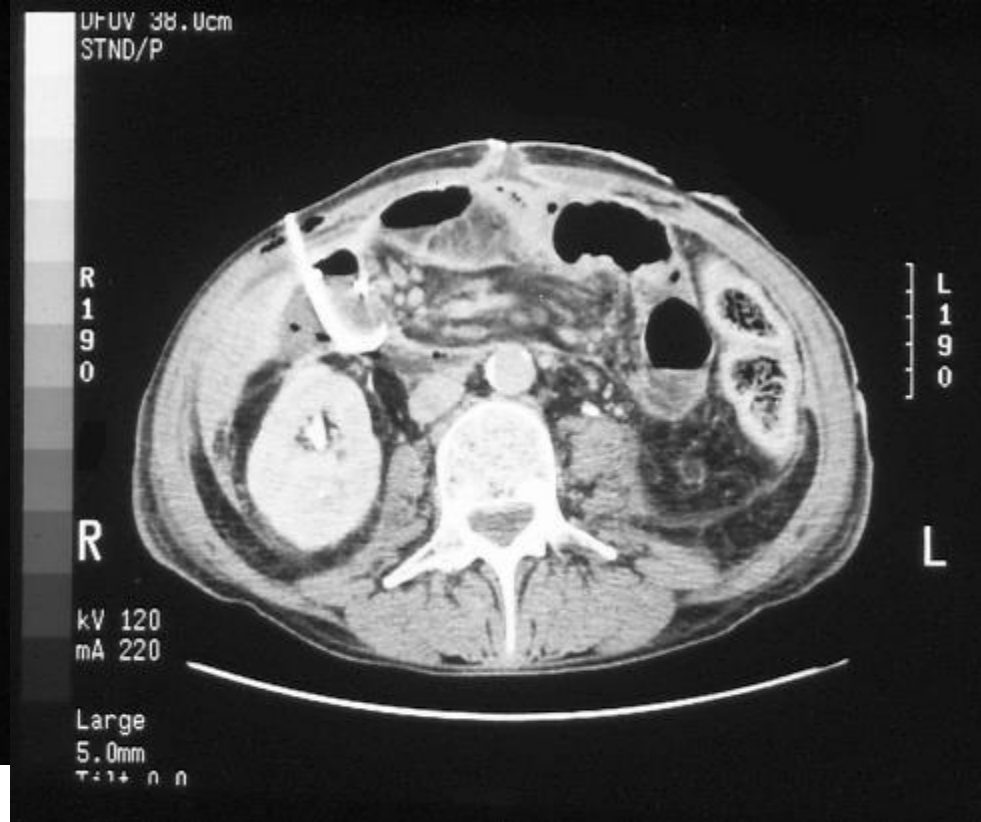
Fistola entero-cutanea nella MC



Valutazione delle complicanze nella MC tramite ecografia



TC operativa nella MC



Occlusione intestinale

- Digiuno
- Liquidi
- SNG/SR
- Steroidi/antibiotici

Se risponde >> terapia medica

Se non risponde >> chirurgia

Occhio al dolore (non sempre il dolore va sedato, va anche ascoltato e valutato)
onde sottovalutare una complicanza

Ascesso addominale

- Digiuno
- Liquidi
- Decubiti caldi
- Antibiotici

Se risponde >> terapia medica (?)

Se non risponde >> drenaggio eco/TC guidato >> chirurgia

Occhio al dolore (non sempre il dolore va sedato, va anche ascoltato e valutato)
onde sottovalutare una complicanza

Fistola entero-addominale

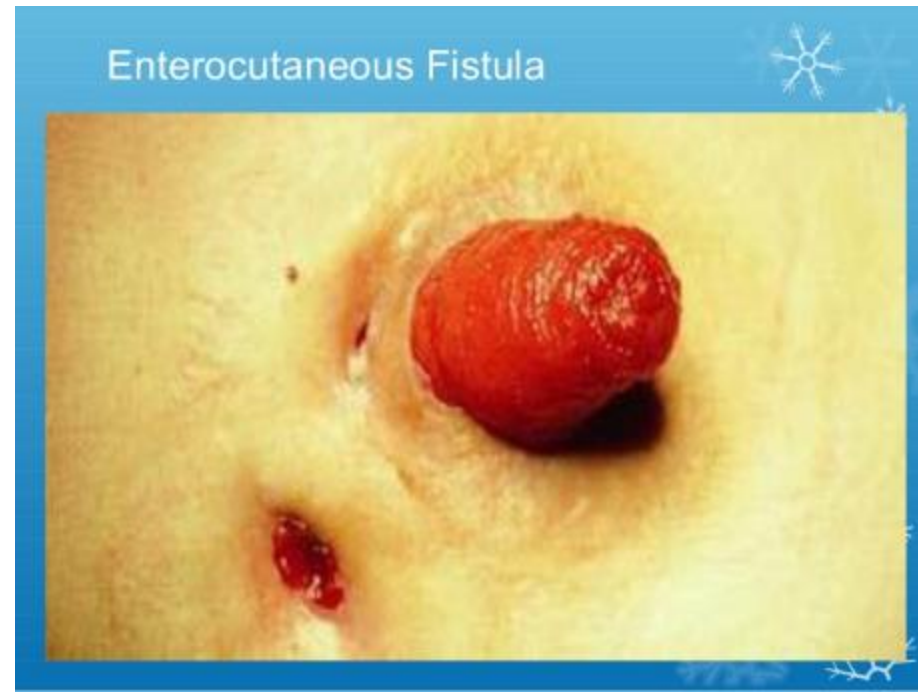
- Digiuno/NPT?
- Liquidi
- Decubiti caldi
- Antibiotici
- Sacchetto da stomia

Se risponde >> terapia medica (?)

Se non risponde >> temporeggiare per intervento in elezione

Fistola entero-vescicale >> chirurgia

Fistola entero-enterica o entero-colica >> osserva



Fistola o malattia perianale o anovaginale

- Decubiti caldi
- Antibiotici

Se risponde >> terapia medica >> bonifica chirurgica >> terapia medica

