



ORDINE
MEDICI CHIRURGHI
E ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA
DI BRESCIA

COMMISSIONE CULTURA

Coordinatore: Dott. Germano Bettoncelli

Corso di Aggiornamento - Edizione di Chiari

BRESCIA, LA MEDICINA CHE CAMBIA

ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO AL TEMPO DELLA TECNOMEDICINA

Chiari

Aula Magna Ospedale "M. Mellini" di Chiari - ASST Franciacorta - Viale Mazzini n. 8

Anamnesi ed esame obiettivo dell'addome

Dott. CRISTIANO SARONNI

Dolore addominale acuto non traumatico:



Semeiotica clinica nel dolore addominale acuto

Diagnosi Urgenti

Appendicite

28 %

Diverticolite

12 %

Occlusione Intestinale

7 %

Colecistite acuta

5 %

Pancreatite acuta

3 %

Patologie ginecologiche

3 %

Patologie urologiche

2 %

Ascessi

1 %

Perforazione intestinale

1 %

Ischemia intestinale

1 %

Polmonite

1 %

Sanguinamento retroperitoneale o della parete

1 %

Peritonite

0.3 %

Totale

65 %

52%

Lameris W,
BMJ 2009;339:b2431

Efficacia della valutazione clinica

- Diagnostica nel 60-75% dei pazienti
- Anche il clinico più esperto può fare la diagnosi esatta in 4 casi su 5 (80%)
- Può scendere al 50% se la valutazione viene fatta da medici giovani o meno esperti



La diagnosi clinica rimane indeterminata nel 25-50% dei casi

*Briton J, 2000
NG CS, 2002
Rosen MP, 2002*



Dolore addominale in fossa iliaca destra: quali parametri indicano un'appendicite acuta ?

dalla letteratura:

15-35 % di appendicectomie sono ritenute, a posteriori, non necessarie

205 pazienti al PS per dolore in fossa iliaca destra (età media 27 anni)

- ✓ febbre ($> 38^{\circ} C$)
- ✓ reazione addominale di difesa
- ✓ leucocitosi ($> 10.000/ml$)

predittivi di
appendicite acuta
nel 96% dei casi



Dolore addominale in fossa iliaca destra: quali parametri indicano un'appendicite acuta ?

dalla letteratura:

15-35 % di appendicite con ritegno a posteriori non necessarie

La diagnosi di appendicite rimane

205 pa essenzialmente clinica !

(media 27 anni)

- ✓ febbre (> 38° C)
- ✓ reazione addominale di difesa
- ✓ leucocitosi (> 10.000/ml)

predittivi di
appendicite acuta
nel 96% dei casi



Esame clinico: anamnesi

Caratteristiche del dolore

1. Durata
2. Modalità di esordio
3. Intensità
4. Intermittenza
5. Localizzazione
6. Rapporto coi pasti
7. Sintomi di accompagnamento
8. Rapporto con eventi extradigestivi



Esame obiettivo

1. Ispezione

- cicatrici (sindrome aderenziale ?)
- distensione (occlusione, ascite)
- ittero

2. Palpazione

- reazione di difesa (addome "a tavola")
- epato-splenomegalia
- massa palpabile (d.d. con feci nel colon, aorta sclerotica)
- esplorazione rettale (dolore da irritazione peritoneale, esame feci)

3. Percussione

- addome disteso da aria/liquido
- segni di peritonismo

4. Auscultazione

- "silenzio addominale" (ileo paralitico)
- rumori accentuati (occlusione)
- soffi addominali
- una "iniziale" palpazione

DIFFUSE PAIN

Peritonitis
Acute Pancreatitis
Sickle Cell Crisis
Early Appendicitis
Mesenteric Thrombosis
Gastroenteritis
Dissecting or Rupturing Aneurysm
Intestinal Obstruction
Diabetes Mellitus

RIGHT UPPER QUADRANT PAIN

Acute Cholecystitis and Biliary Colic
Acute Hepatitis
Hepatic Abscess
Hepatomegaly Due to Congestive Failure
Perforated Duodenal Ulcer
Acute Pancreatitis (bilateral pain)
Retrocecal Appendicitis
Herpes Zoster
Myocardial Ischemia
Right Lower Lobe Pneumonia

RIGHT LOWER QUADRANT PAIN

Appendicitis
Regional Enteritis
Meckel's Diverticulitis
Cecal Diverticulitis
Leaking Aneurysm
Abdominal Wall Hematoma
Ruptured Ectopic Pregnancy
Twisted Ovarian Cyst
PID
Mittelschmerz
Endometriosis
Ureteral Calculi
Seminal Vesiculitis
Psoas Abscess
Mesenteric Adenitis
Incarcerated, Strangulated Groin Hernia
Endometriosis

LEFT UPPER QUADRANT PAIN

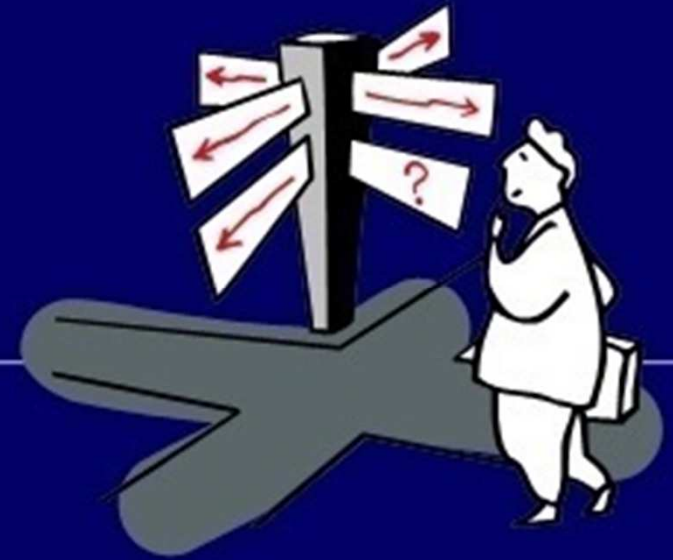
Gastritis
Acute Pancreatitis
Splenic Enlargement, Rupture, Infarction, Aneurysm
Myocardial Ischemia
Left Lower Lobe Pneumonia

LEFT LOWER QUADRANT PAIN

Sigmoid Diverticulitis
Leaking Aneurysm
Ruptured Ectopic Pregnancy
Mittelschmerz
Twisted Ovarian Cyst
PID
Endometriosis
Ureteral Calculi
Seminal Vesiculitis
Psoas Abscess
Incarcerated, Strangulated Groin Hernia
Regional Enteritis

Major by 77

Dolore addominale acuto non traumatico



1. Esame clinico

anamnesi – esame obiettivo - periodo di osservazione

2. Esami di laboratorio: pochi e selezionati

3. Diagnostica

- radiologia
- endoscopia
- arteriografia
- laparoscopia

Dolore addominale acuto: quali parametri clinici e di laboratorio indicano una grave patologia ?

286 pazienti al PS per dolore addominale acuto
seguiti fino alla diagnosi definitiva o alla dimissione per remissione del dolore

34% dimessi senza una precisa diagnosi
NSAP = non-specific abdominal pain

- segni/sintomi “di allarme” → “red flags”
indicativi di severa patologia addominale
- vomito
 - tachicardia
 - reazione addominale di difesa
 - leucocitosi e PCR

Esami di laboratorio

- Emocromo (leucocitosi, anemia)
- Urea, creatinina (disidratazione, insufficienza renale acuta)
- Transaminasi, fosfatasi alcalina (litiasi biliare, colangite)
- Amilasi, lipasi (pancreatite)
- Elettroliti (ipokaliemia da vomito/diarrea)
- Enzimi cardiaci (troponina, CK-MB, mioglobina)
- Test di gravidanza
- Esame urine: piuria, ematuria, proteinuria (pielonefrite, litiasi)
- EGA

ASPART. AMINO TRANSF. (AST/GOT) (S/P)	235>	UI/L (37°C)	2 - 31
ALAN. AMINO TRANSF. (ALT/GPT) (S/P)	397>	UI/L (37°C)	2 - 34
			Bambini : 270 - 750
			Adulti: 90 - 275
			Gravidanza: 180 - 650
FOSFATASI ALCALINA (S/P)	846	UI/L (37°C)	
GAMMA - GT (S/P)	1399>	UI/L (37°C)	9 - 40
BILIRUBINA TOTALE (S/P)	5.90>	mg/dL	.5 - 1.2
BILIRUBINA DIRETTA	3.63>	mg/dL	0 - .25
BILIRUBINA INDIRETTA	2.27	mg/dL	
LIPASI	947>	UI/L (37°C)	21 - 67
AMILASI (S/P)	544	UI/L (37°C)	< 100

PANCREATITE ACUTA

sensibilità

Amilasi 80-95%

Lipasi 80-95%

specificità

70-95%

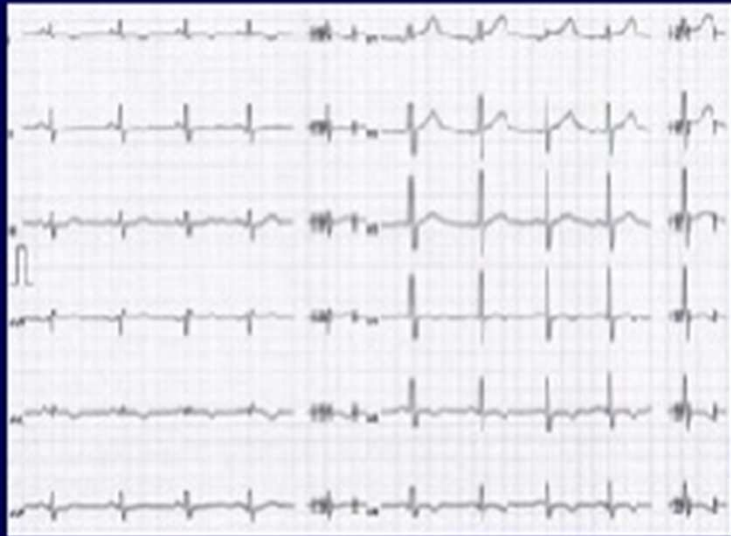
80-100%

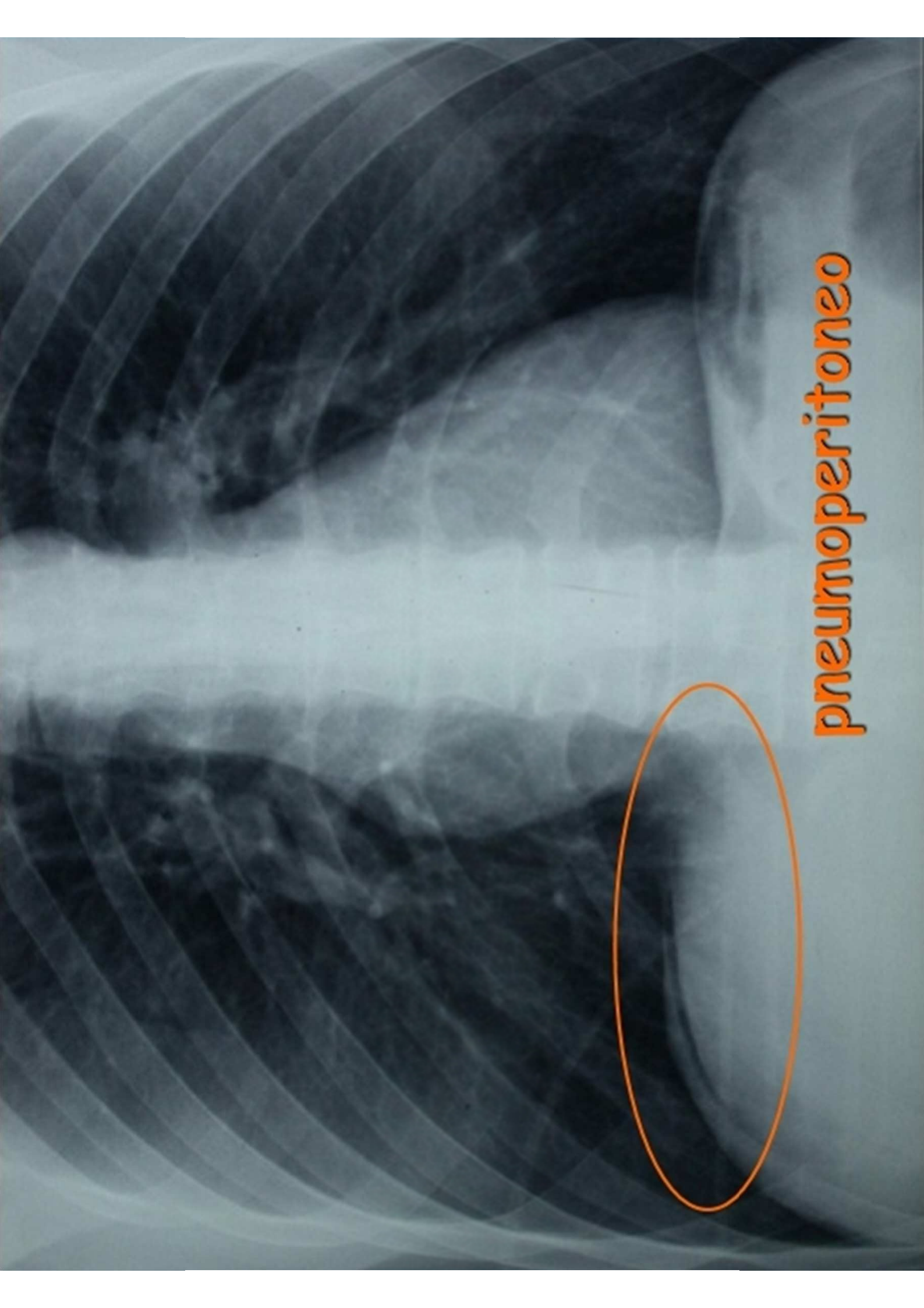
Cause di iperamilasemia

- Pancreatite acuta e cronica
- Carcinoma pancreatico
- Perforazioni gastro-intestinali
- Occlusione intestinale
- Infarto mesenterico
- Colecistite acuta
- Ustioni
- Insufficienza renale
- Alcolismo
- Carcinoma esofago, polmone, ovaio
- Parotite epidemica
- Patologie annessiali
- Malattie epatocellulari acute e croniche
- Macroamilasemia
- Litiasi del coledoco
- Assunzione di corticosteroidi
- Assunzione di morfina e codeina
- Chetoacidosi diabetica
- Gravidanza extrauterina

L'amilasi è prodotta da pancreas, ghiandole salivari, ovaio, intestino tenue, fegato, rene e presenta una eliminazione urinaria

ECG - Rx torace - Eco addome





pneumoperitoneo

pneumoperitoneo



Radiogramma diretto addome

**miti da
sfatare . . .**

- Esame routinario, eseguito quasi sempre al PS
- Nel paziente con dolore addominale *difficilmente risulta utile*
- Se ne potrebbe ridurre l'utilizzo di oltre l'80% se richiesto nel solo *sospetto di occlusione o perforazione*
- Scarsa attendibilità dei segni radiologici evidenziati

Rx diretta addome

Circa il 50% della richieste al PS sono inappropriate !

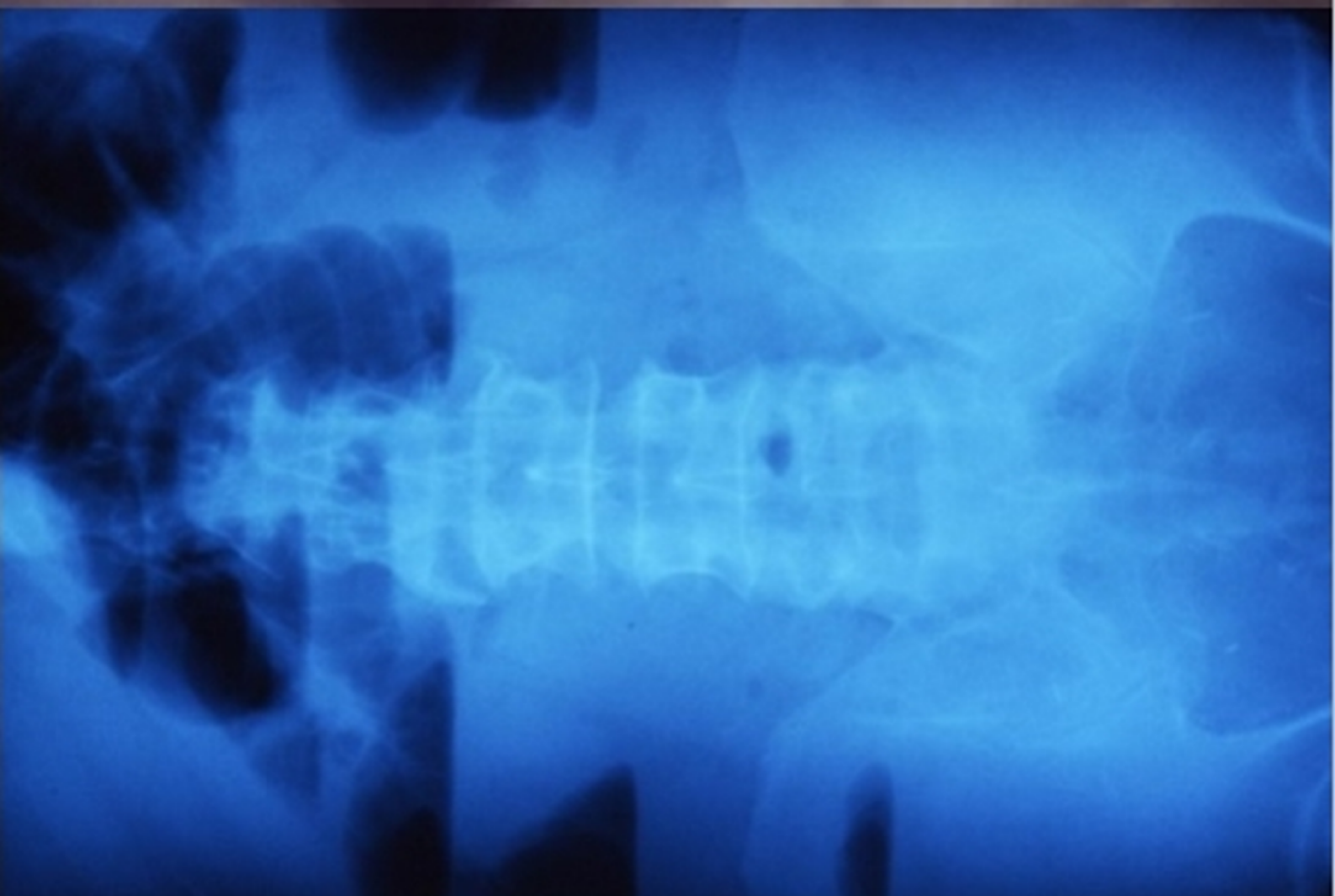
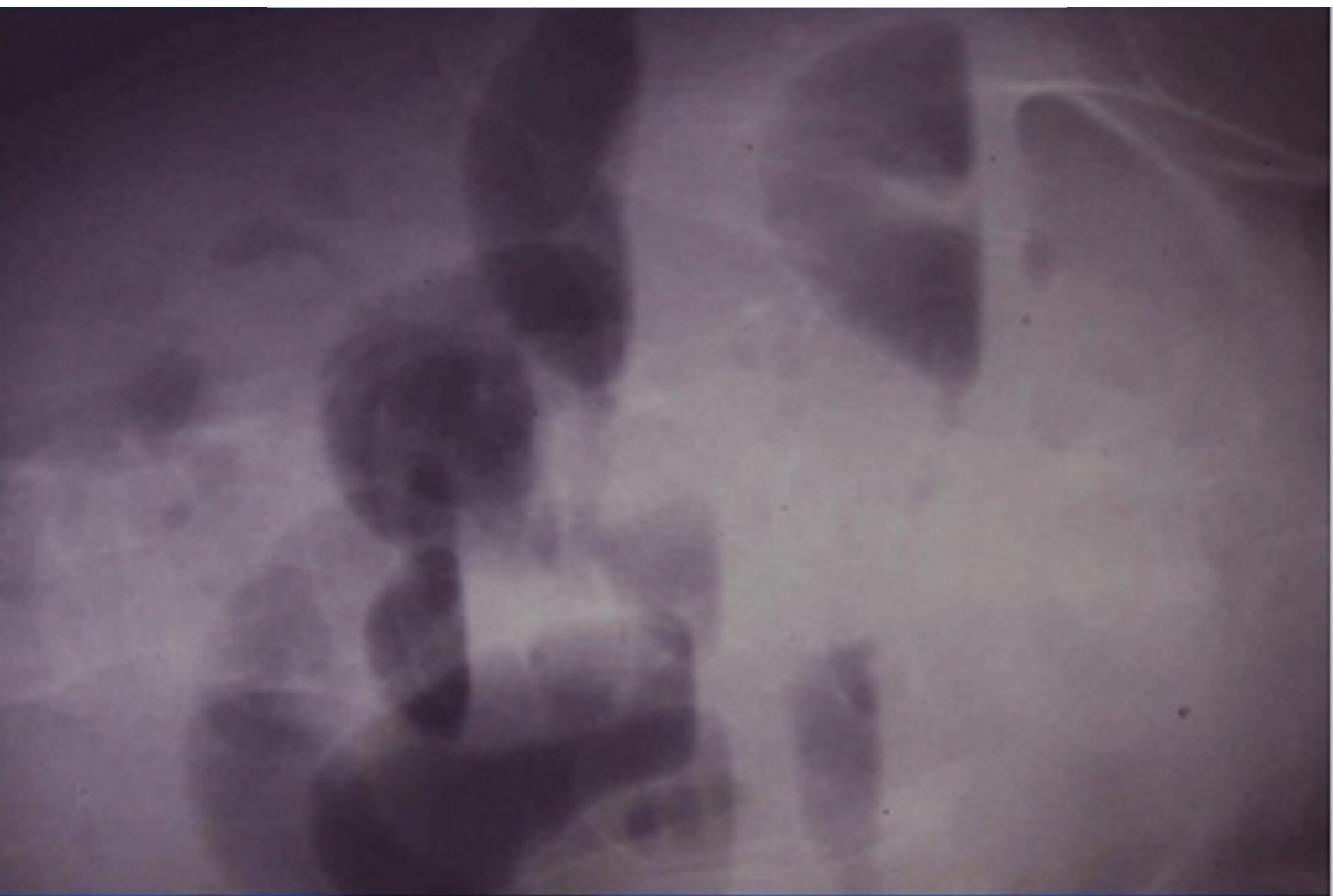
indicato nel sospetto di:

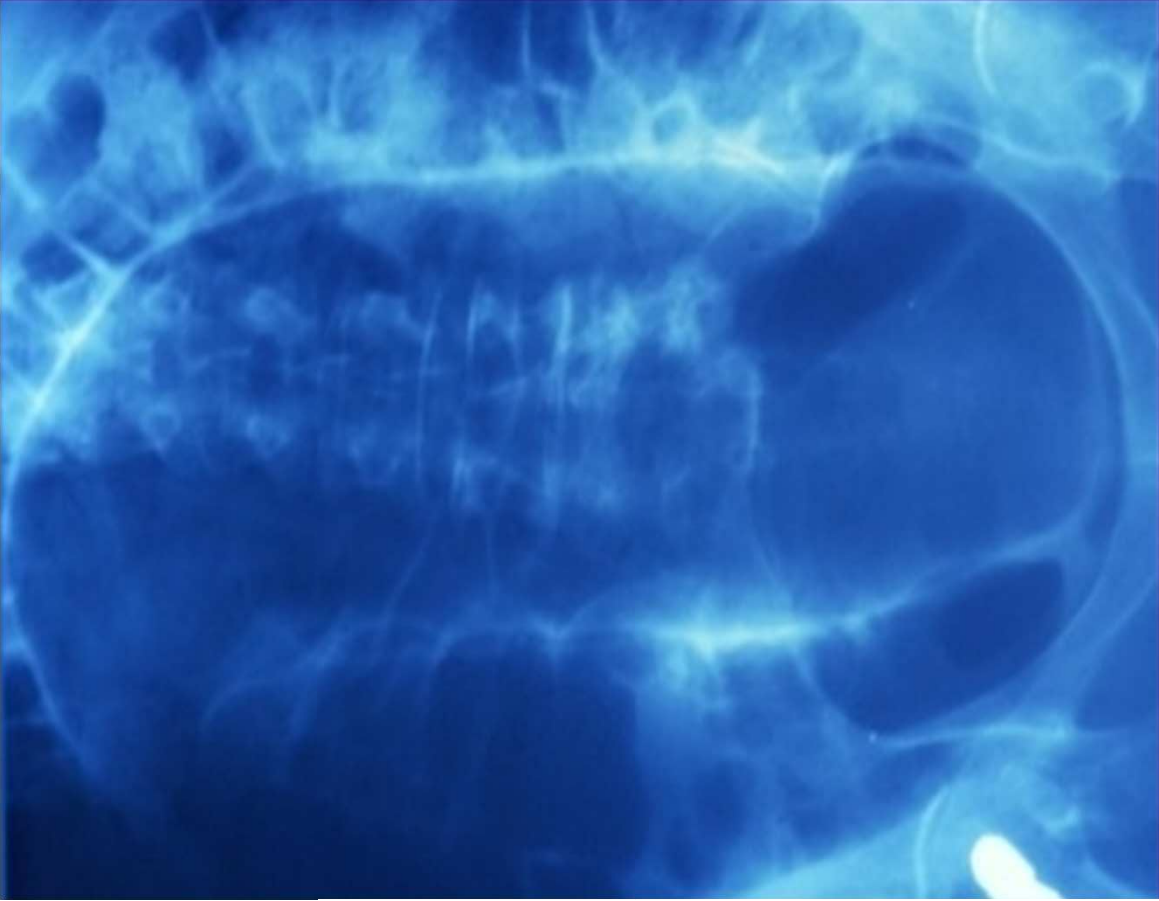
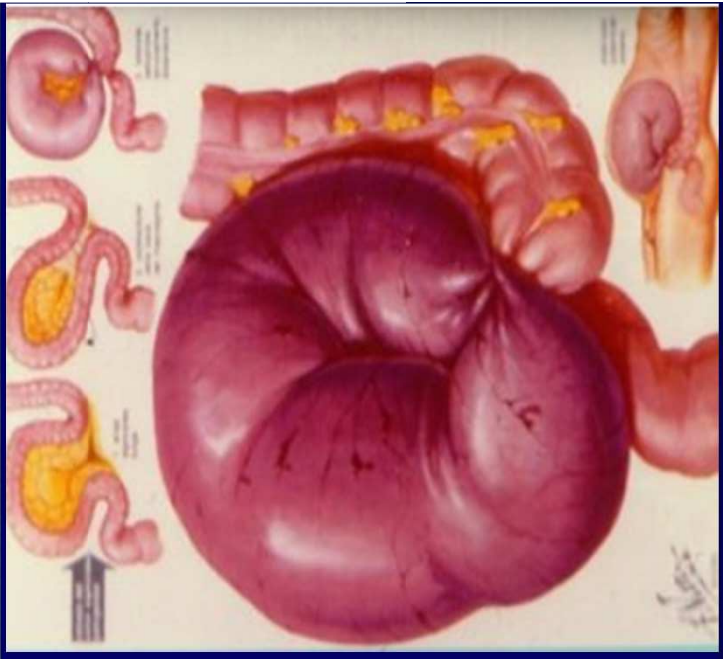
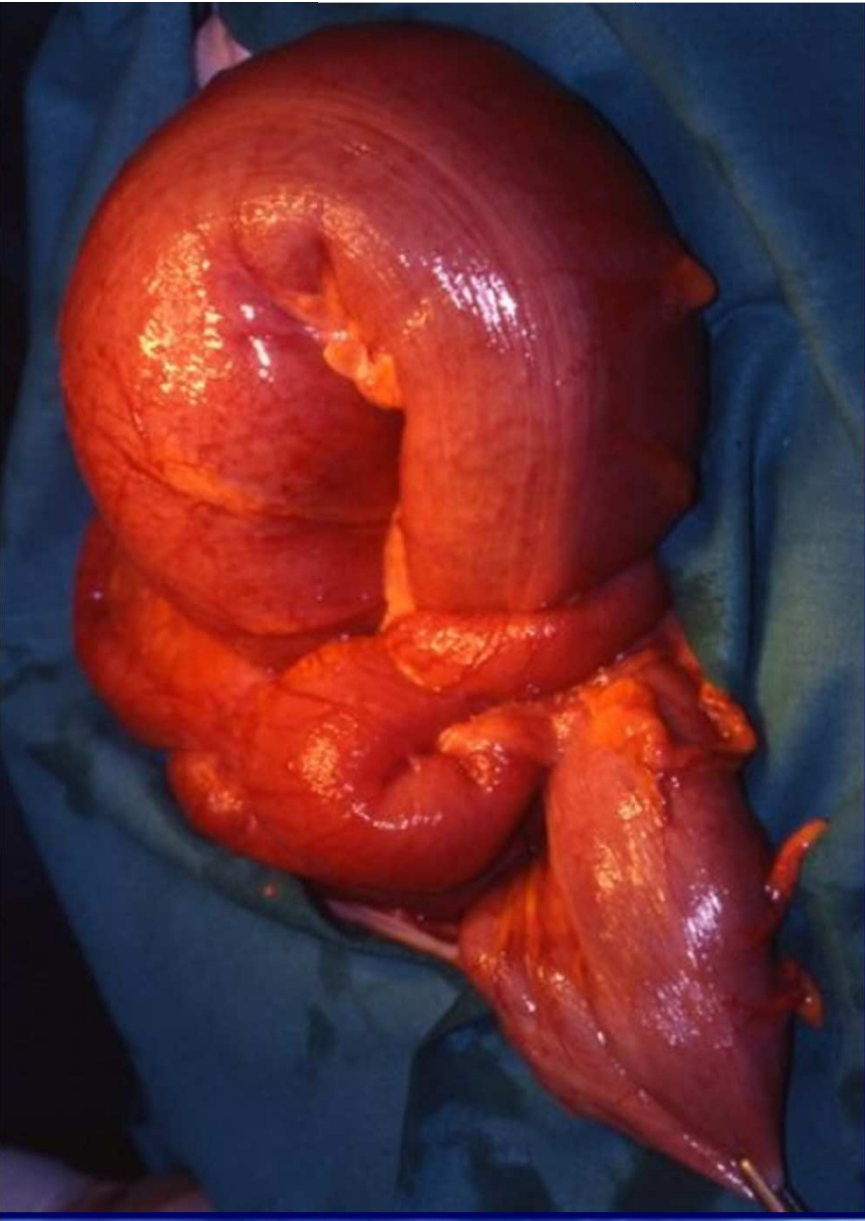
- occlusione
- perforazione
- colica renale

Non indicato nel caso di:

- dolore addominale non precisato
- sospetta appendicite
- ematemesi o melena
- massa addominale palpabile
- stipsi o diarrea
- globo vescicale
- ascite
- torsione ovarica o funicolo spermatico

*Tissier M et al.
J Radiol 2007*





Volvolo del sigma

INDICAZIONI ALL'ESAME ECOGRAFICO

praticamente sempre...

andrebbe considerato un'estensione dell'esame clinico

esplorazione degli organi parenchimatosi (fegato, rene, milza, pancreas, aorta, vescica, genitali interni, appendice, masse, etc.)

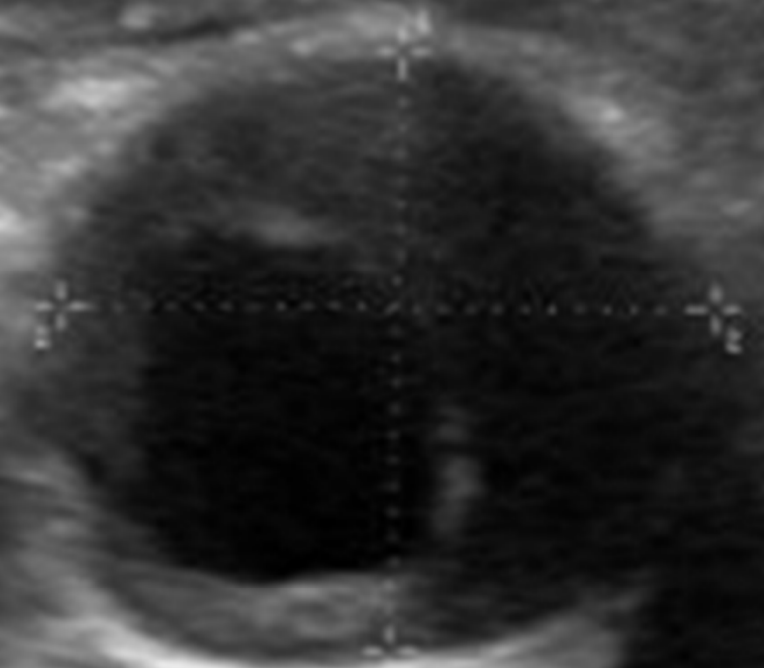
ed anche...

valutazione torace (pnx, versamento pleurico, etc.)



AO MID

G70
MI



Dist 1: 3.84cm
Dist 2: 3.94cm

ANS

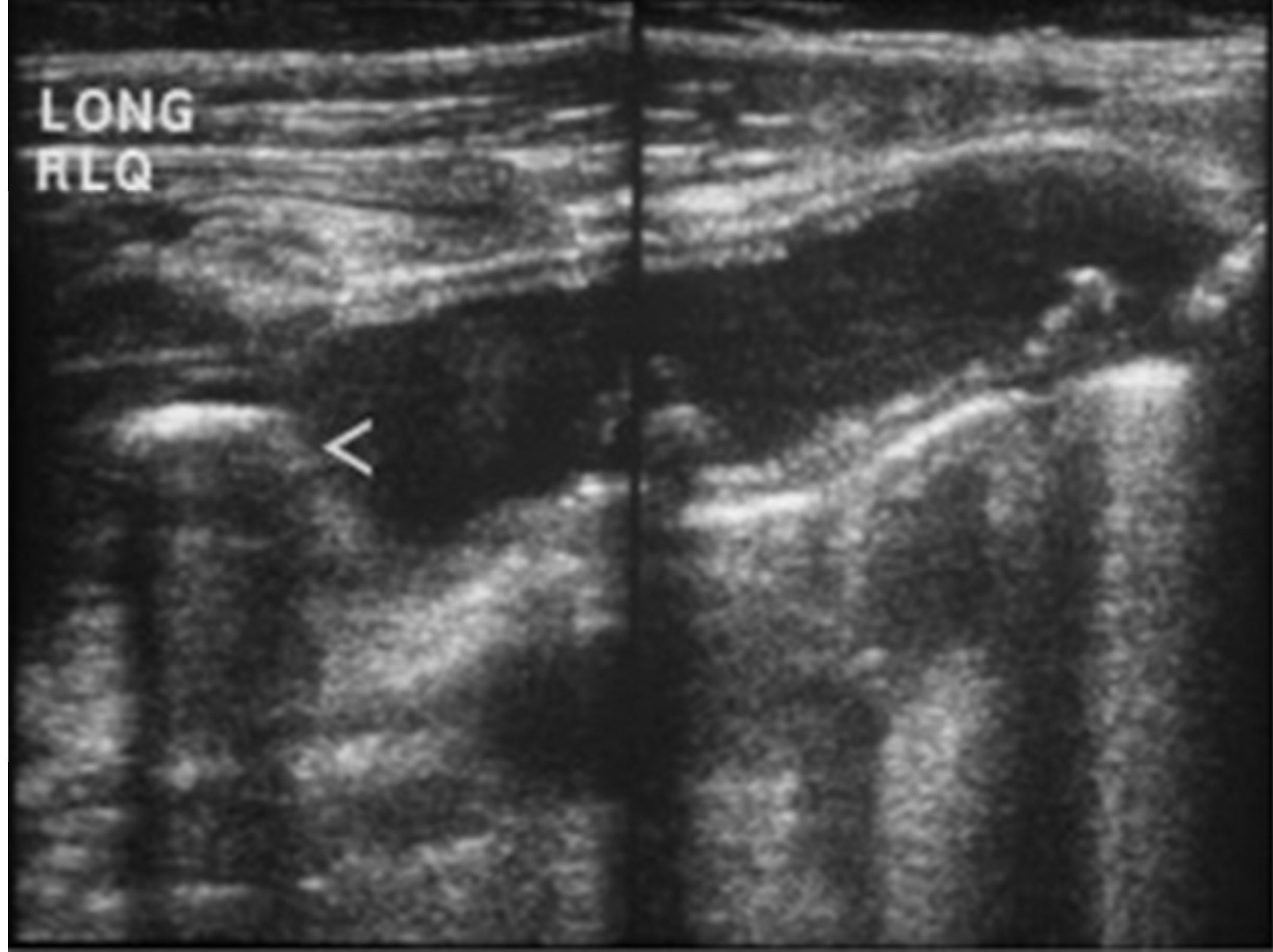
RLQ

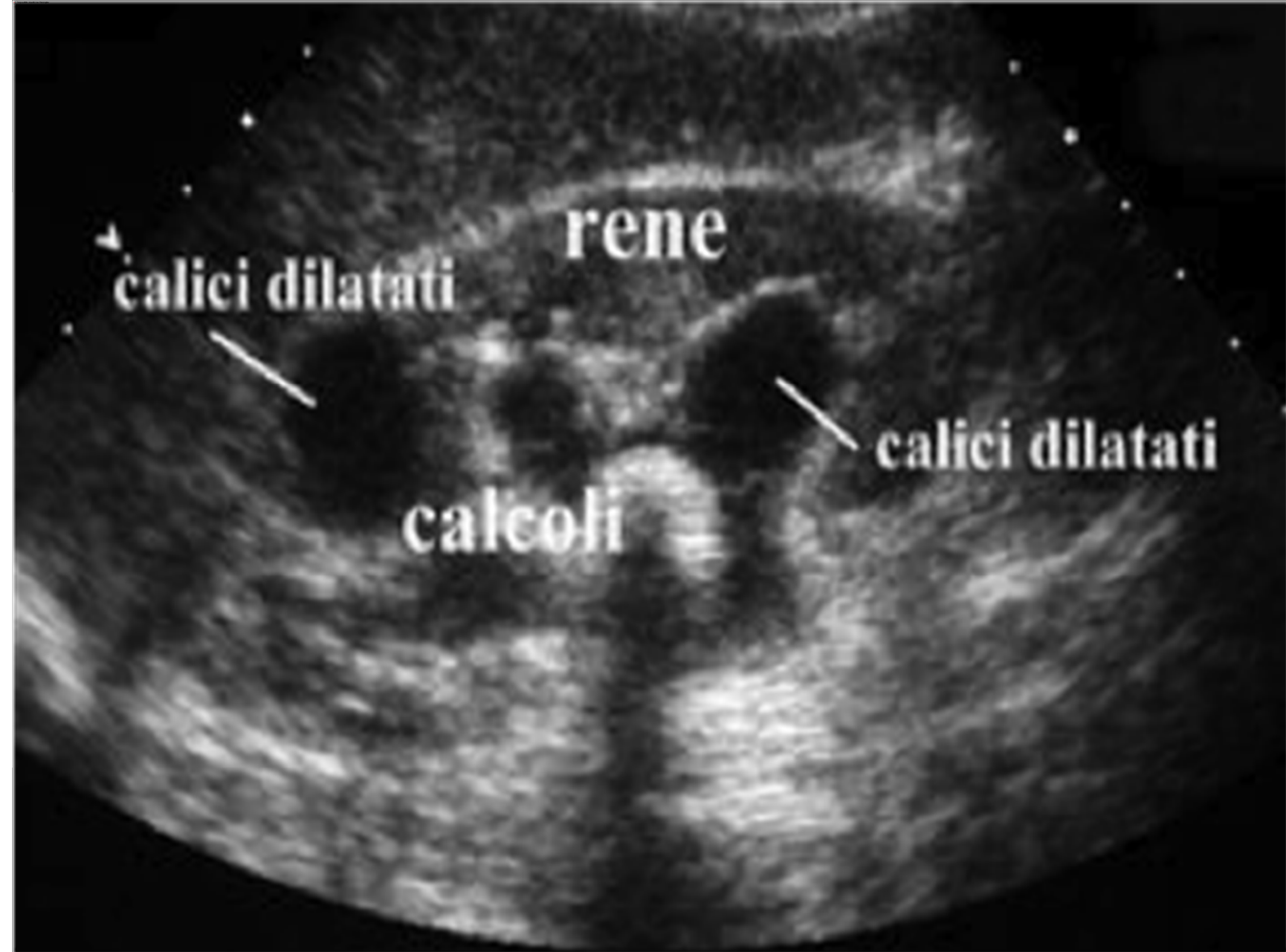
+

π

+

LONG
RLQ





BF 28Hz
A/G

S3

2D
69%
K 48
M Niedrig
HAllg



14

Utilità della TC nel dolore addominale acuto non traumatico

	Cambiamento nella diagnosi iniziale	Cambiamento nella strategia terapeutica
Taourel P, 1992		30%
Siewert B, 1997		28%
Rosen MP, 2000	63%	
Brown DF, 2002	56%	
Tsushima Y, 2002	32%	25%
Rosen MP, 2003	53%	60%
Chambers A, 2004	62%	
Esses D, 2004	45%	58%
Sala E, 2007	49%	
Foinant M, 2007	58%	36%

circa la metà

circa un terzo

Dolore addominale acuto: TC addome



Problemi:

- tempi di esecuzione
- disagio per il paziente
- costi → ridotta ospedalizzazione (20% di ricoveri evitati)
- esposizione a radiazioni

Rosen MP et al. Eur Radiol. 2003

Sala E et al. Clinical Radiology. 2007

Dolore addominale acuto: TC addome



Problemi:

	dose mSv	equivalente a Rx torace
Rx torace	0.02	1
Rx addome in bianco	1	50
Rx digerente	3	150
Rx clisma opaco	7	350
TC addome	7.8	390

Linee guida società italiana radiologia 2004

Rosen MP et al. Eur Radiol. 2003

Sala E et al. Clinical Radiology. 2007

TC in urgenza per sospetta diverticolite

The role of computed tomography in sigmoid diverticulitis.
Scaglione M. Radiol Med 2000

Colonic diverticulitis diagnosed by computed tomography in the emergency department. Shen SH et al. Am J Emerg Med 2002

CT in acute perforated sigmoid diverticulitis. Lohrmann C et al. Eur J Radiol 2005

The management of complicated diverticulitis and the role of computed tomography. Kaiser AM. Am J Gastroenterol 2005

Diverticolite "moderata"

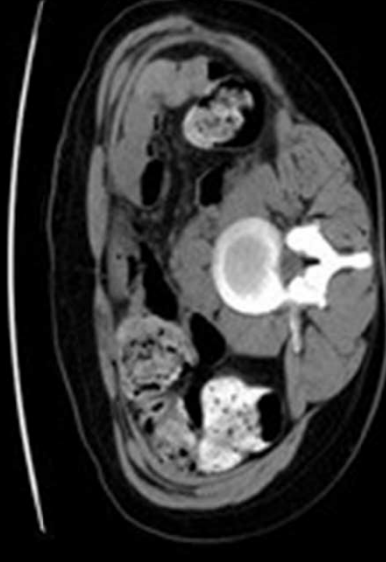
- ispessimento pareti colon
- accessi nella parete
- ispessimento mesentere
- flemmone

Diverticolite "severa"

- accessi pericolici
- fistole
- peritonite

Dolore addominale acuto da sospetta diverticolite:

TC vs Rx clisma opaco



- 542 pazienti con sospetta diverticolite acuta
- 465 esaminati con TC
 - 439 esaminati con Rx clisma opaco (m.d.c. idrosolubile)
 - 420 esaminati sia con TC sia con Rx clisma opaco

La TC è superiore all’Rx clisma opaco per:

- sensibilità
- capacità di valutare la severità clinica e condizionare la prognosi (mancata risposta alla terapia medica, recidiva dopo trattamento)



Sospetto clinico	indagine	commento
------------------	----------	----------

Perforazione	Rx in bianco TC	utile per piccole perforazioni coperte
Occlusione	Rx in bianco TC Rx con m.d.c.	per stabilire sede e causa di occlusione nel colon può confermare la diagnosi, indicare sede e causa
Appendicite	US o TC	la diagnosi è di norma clinica sono utili nei casi dubbi o nella d.d. con patologie ginecologiche
Pancreatite acuta	Rx in bianco US TC	utile per escludere altre cause precoce, identifica colelitiasi con m.d.c. valuta gravità (necrosi) e prognosi

Sospetto clinico	indagine	commento
Colica biliare	Rx in bianco US TC	inutile, identifica solo il 10% dei calcoli esame di scelta può essere utile per diagnosi di colecistite
Dolore non-specifico	Rx in bianco US/TC	spesso inutile utili; in aumento l'uso della TC come indagine pan-esplorante
Massa palpabile	Rx in bianco US TC	non indicato di solito è diagnostica se l'ecografia non è dirimente
Aneurisma AA	US TC	esame di scelta valuta rapporti con vasi renali/iliaci
Colica renale	Rx in bianco US TC	non indicato di routine esame di scelta utile nel sospetto di litiasi ureterale
Patol. Ginecologica	US	esame di scelta (a volte transvaginale)

Potential Challenges to the Clinical Assessment of Abdominal Pain in Older Patients

History taking

Altered mentation from fever or electrolyte abnormalities; cognitive impairment; decreased mentation from drugs (e.g., opiates, benzodiazepines); dementia; hearing difficulties; intoxication; language barriers; psychiatric disorders

Clinical assessment

Absence of fever despite a serious bacterial infection or surgical condition⁹; absence of leukocytosis despite a surgical condition; altered pain perception from chronic pain medications; coexistent disease; four times higher likelihood of hypothermic response with a significant intra-abdominal process¹⁰; lower likelihood of localized tenderness despite a focal surgical condition; reduced rebound and guarding from decreased abdominal wall musculature; suppressed tachycardia from medications or intrinsic cardiac disease

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

Clinical recommendation

Consider cholecystitis even if an older patient does not present with classic symptoms, because they often are absent in older persons.

Consider small bowel obstruction in the older patient with a history of surgery who presents with diffuse, colicky pain, nausea, vomiting, altered bowel sounds, distention, dehydration, diffuse tenderness, and possibly an ill-defined mass.

Consider abdominal aortic aneurysm in the older patient with back or abdominal pain, particularly if they are male or have a history of tobacco use.

Consider acute mesenteric ischemia if a patient presents with severe, poorly localized pain out of proportion to physical findings.

CONCLUSIONI

1. Nella gestione di un paziente con dolore addominale, anamnesi ed esame obiettivo rivestono ancora un ruolo di primo piano
2. Gli esami strumentali che più incidono sulle scelte successive sono l'ecografia e, nei casi complessi, la TC addome con mdc
3. L'Rx addome diretto andrebbe riservato ai soli casi di occlusione intestinale
4. L'endoscopia digestiva e la laparoscopia diagnostica hanno un ruolo secondario nell'inquadramento del paziente con dolore addominale