Il dolore addominale rivisitato

Data 01 dicembre 2008
Categoria gastroenterologia

Nel dolore addominale l'anamnesi e l'esame obiettivo rivestono ancora una notevole importanza diagnostica , ma spesso è necessario ricorrere ad esami di laboratorio ed accertamenti strumentali.

Il dolore addominale è un motivo frequente di consultazione in Medicina Generale. Molte volte la causa è banale ed autorisolutiva, altre volte però può trattarsi di un'emergenza potenzialmente fatale.
Una strategia diagnostica ragionata deve prendere in considerazione l'anamnesi, l'esame obiettivo e, successivamente, esami di laboratorio e strumentali, tuttavia il percorso non è mai del tutto standardizzabile in quanto dipende dal quadro clinico e dalle condizioni del paziente oltre che dall'eventuale sospetto diagnostico.

L'anamnesi
Per la diagnosi differenziale un buon punto di partenza, come in qualsiasi altra patologia, è raccogliere dettagliatamente l'anamnesi: sede del dolore, irradiazioni, durata, andamento continuo o tipo colica, presenza di sintomi di accompagnamento (vomito, diarrea, stipsi, febbre, sintomi urinari, dispnea, etc.), rapporti con i pasti.
I **sintomi di allarme** che fanno pensare ad una emergenza chirurgica o comunque ad una causa grave sono febbre, vomito persistente, perdita di coscienza o lipotimia, segni di sanguinamento del tratto digestivo (ematemesi, melena, rettorragia).
Un approccio iniziale comunemente usato è considerare in primis la **sede del dolore** . Va tenuto presente che a ciascuna sede corrispondono più organi potenzialmente coinvolti e che, talora, un dolore con una determinata localizzazione potrebbe dipendere da un organo relativamente lontano (per esempio nelle fasi inziali dell'appendicite il dolore può localizzarsi all'epigastrio). La classificazione che segue deve quindi essere presa con prudenza.
Un dolore localizzato a livello del quadrante superiore destro può essere dovuto a cause biliari (litiasi, colecistite o colangite), a patologie del colon (flessura destra e colon ascendente) ad epatopatie (ascesso epatico, epatite o masse epatche), a cause renali (pielonefrite, calcolosi reno-ureterale), infine a cause polmonari (embolia polmonare, polmonite).
Se il dolore ha sede epigastrica le cause possono essere biliari, cardiache (infarto miocardico, soprattutto postero-inferiore e pericardite), gastro-esofagee (malattia peptica, esofagite, gastroduodenite), pancreatiche (pancreatite, neoplasia o cisti), appendicite nelle fasi iniziali, ischemia mesenterica e dissezione aortica.
Il dolore al quadrante addominale superiore sinistro può riconoscere cause gastriche, pancreatiche, renali, cardiache, aortiche.
Un dolore periombelicale può essere causato dall'appendicite, dalla dissezione aortica, dall'ischemia mesenterica, da cause gastriche, da occlusione intestinale e altro.
Il dolore al quadrante inferiore destro e in sede pelvica può essere dovuto all'appendicite o altre patologie del colon, a cause ureterali, ovariche o altre patologie di tipo ginecologico come una gravidanza extra-uterina o una malattia infiammatoria pelvica, al colon irritabile oppure ad una malattia infiammatoria cronica intestinale (Crohn, colite ulcerosa).
Un dolore in fossa iliaca sinistra, soprattutto in un soggetto di età media o avanzata fa pensare ad una diverticolite o alla stasi fecale; può riconoscere anche altre cause come una neoplasia, una colite ulcerosa, una patologia ovarica, ureterale,etc.
Altre cause che possono provocare dolore addominale e che vanno prese in considerazione sono l'herpes zoster in fase pre-eruttiva, lo strappo muscolare e l'ernia strozzata (vanno sempre esplorate le porte erniarie), oltre che patologie di tipo sistemico (sindrome da astinenza da narcotici, porfiria, avvelenamento da metalli pesanti, crisi falcemiche, etc.)
Un dolore pelvico in una donna fertile può essere dovuto alla rottura di un follicolo di Graaf (importante domandare sempre in quale periodo del ciclo mestruale si trovi).
Come si può vedere la localizzazione del dolore può aiutare a restringere il cerchio delle ipotesi diagnostiche ma non è risolutiva. Ci sono, inoltre, anche casi di dolore addominale duffuso, in cui il paziente non riesce a ben circoscrivere la zona interessata. Infine in alcuni individui anziani i sintomi si possono presentare in maniera atipica o sfumata, pur in presenza di patologie gravi come un'ostruzione o una colite ischemica. Le malattie più spesso non diagnosticate negli anziani sono la diverticolite, l'infezione urinaria, l'ischemia mesenterica, la perforazione.
In altri casi si può sbagliare diagnosi perchè il dolore apparentemente regredisce e porta il medico a sottovalutare il quadroclinico.

L'esame obiettivo
E' necessario effettuare l'esame obiettivo con delicatezza, con le mani calde, la palpazione deve evitare di essere brusca perchè potrebbe provocare un dolore intenso; è opportuno iniziare dalle zone che non sono dolenti per avvicinarsi pian piano al quadrante maggiormente interessato.
La palpazione può far rilevare segni indicativi di interessamento peritoneale (rigidità della parete, dolore di rimbalzo). Un segno di Murphy positivo in un paziente con dolore all'ipocondrio destro suggerisce una genesi biliare. Nel caso vi sia una peritonite il paziente evita i movimenti mentre nel caso di colica reno-ureterale tende a muoversi perchè questo attenua il dolore.
Un segno di Giordano positivo indirizza verso una genesi renale. La presenza di febbre suggerisce un'infezione, ma se la febbre manca l'infezione non può essere esclusa. Tachicardia e ipotensione ortostatica possono essere la spia di una condizione potenzialmente grave. Il segno di Carnett serve a discriminare tra dolore a partenza dalla parete addominale

e dolore viscerale: se il paziente disteso supino sul letto tende la muscolatura addominale alzando testa e spalle il dolore si attenua nel secondo caso, mentre rimane costante o aumenta nel primo caso. Un'appendicite viene suggerita dalla positività del segno dello psoas: il dolore aumenta con l'estensione passiva dell'articolazione dell'anca. Anche la rotazione interna della coscia flessa può aumentare il dolore (segno dell'adduttore).
L'esplorazione rettale può svelare la presenza di un fecaloma, di una massa, di sangue.
In ogni caso sia l'anamnesi che l'esame obiettivo spesso non permettono di inquadrare correttamente il paziente. Se il quadro clinico non appare particolarmente grave e non vi sono segni di allarme una buona strategia può essere quella di rivalutare il paziente a distanza di qualche ora. Se persistono dubbi, se il dolore non recede o se compaiono sintomi nuovi conviene inviare il malato in ospedale per una prima serie di accertamenti: in casi come questi è preferibile privilegiare la sensibilità che non la specificità e quindi correre il rischio di qualche invio inutile in più piuttosto di una mancata diagnosi con conseguenze catastrofiche.

Gli esami di laboratorio
Quelli consigliati per un primo screening sono:
1) esame emocromocitometrico per evidenziare una infezione o una emorragia; una conta dei bianchi > 10.000/mm3 ha una sensibilità del 77% e una specifictà del 63% per appendicite
2) amilasemia e lipasemia
3) test epatici (transaminasi, gamma GT, fosfatasi alcalina)
4) esame urine (la presenza di ematuria depone per una colica renale in caso di dolore al fianco o lungo il decorso degli ureteri)
5) test di gravidanza in una donna fertile con dolore ai quadranti inferiori
6) test per clamidia e gonorrea in caso di dolore pelvico (nel sospetto di una malattia infiammatoria pelvica)
7) enzimi cardiaci e troponine se si sospetta una patologia cardiaca, d-dimero se si sospetta una embolia polmonare

Esamistrumentali
La scelta degli accertamenti strumentali dipende dal sospetto clinico e dalla localizzazione del dolore:
1) se il dolore è localizzato nel quadrante superiore destro l'esame di prima scelta è l'ecografia
2) se il dolore è nel quadrante inferiore destro o sinistro viene consigliata una TC con l'utilizzo di mezzo di contrasto per os o per via venosa e una ecografia pelvica e transvaginale nelle donne fertili
3) se il dolore è nel quadrante superiore sinistro la scelta varia dall'esame endoscopico alla radiografia delle prime vie digerenti alla TAC
4) se il dolore è sovrapubico l'esame di prima scelta è l'ecografia
Non va dimenticato però un esame vecchio ma ancora valido come la radiografia in bianco dell'addome che può mostrare livelli idro-aerei multipli in caso di occlusione, falci aeree sottodiaframmatiche in caso di perforazione o calcificazioni radiopache in caso di calcolosi renale o biliare.
Altri esami indicati a seconda del sospetto clinico sono la radiografia del torace, l'elettrocardiogramma, la TAC toracica (nel sospetto di embolia polmonare).

RenatoRossi