

ADDOME ACUTO

Per addome acuto si intende una condizione clinica caratterizzata da dolore addominale, a insorgenza generalmente improvvisa e acuta e dalla prognosi severa qualora non si intervenga con provvedimenti urgenti, spesso di interesse chirurgico. L'addome acuto può riconoscere diverse eziopatogenesi, risulta quindi evidente il ruolo di una corretta anamnesi e un esame obiettivo accurato. Il primo approccio è il rilevamento dei parametri vitali: in caso di instabilità emodinamica si dovrà considerare con estrema attenzione eventuali cause cardiovascolari che possono provocare dolore addominale acuto e che richiedono un intervento tempestivo specifico a seconda della patologia. Il riscontro di peritonismo e contrattura della parete addominale suggeriscono una condizione di allarme che impone l'esecuzione di indagini strumentali adeguate e la tempestiva valutazione chirurgica. In caso di paziente femminile in età fertile entreranno in diagnosi differenziale le possibili cause ginecologiche di addome acuto.

Nel paziente stabile la localizzazione e la caratterizzazione del dolore rappresentano il punto di partenza per stabilire un corretto percorso diagnostico. Un dolore oppressivo a livello dei quadranti superiori indizzerà l'ipotesi diagnostica verso cause cardiovascolari o di ulcera gastrica complicata; il dolore spiccato in ipocondrio destro suggerisce un'eziologia epato-biliare, ma può essere irradiazione di dolore a partenza renale; o ancora il dolore nei quadranti inferiori dell'addome riconosce cause ascrivibili a patologie enteriche o dell'apparato urogenitale. Nel caso di dolore generalizzato sarà altresì necessario escludere cause tossinfettive e metaboliche.

Gli esami ematochimici e le indagini strumentali risultano elementi rilevanti nella diagnosi differenziale dell'addome acuto, ma nessuno può prescindere da un'accurata valutazione clinica, la quale permette inoltre di evitare indagini inutili o ridondanti. Alla luce di tanta diversità di eziopatogenesi, risulta evidente come l'approccio terapeutico dovrà essere mirato alla causa specifica del quadro clinico, sebbene l'impiego di terapia antalgica trovi spesso spazio nel controllo dei sintomi.

NOTE

PERCORSO DIAGNOSTICO

1. L'esecuzione di un ECG è raccomandabile in tutti i pazienti. L'EO spesso ci permette di avere un alto sospetto clinico, grazie ad alcuni segni clinici: segno di Murphy nel caso di colecistite, dolore a barra posteriore nella pancreatite ecc.); l'ecografia dell'addome superiore è la metodica di imaging di primo livello in virtù dell'elevata resa diagnostica. Gli esami di laboratorio (amilasi, lipasi, AST, ALT, indici di colestasi, enzimi cardiaci) possono confermare o eliminare un sospetto diagnostico, e devono essere richiesti conformemente all'ipotesi diagnostica.
2. Diverse patologie cardiache e polmonari possono presentarsi con dolore addominale acuto, che a volte può rappresentare l'unico sintomo, specie nella cardiopatia ischemica. L'ECG e l'ecocardiografia sono utili per la diagnosi di sindromi coronariche acute e di pericardite assieme agli esami ematochimici (enzimi di miocardionecrosi, indici di flogosi, indagini microbiologiche ove indicato) valutazione clinica, radiografia/ecografia del torace sono altresì utili nell'escludere affezioni polmonari o pleuriche.
3. Se gli esami di primo livello non consentono di effettuare una diagnosi definitiva sarà necessario considerare altre patologie: dissecazione aortica ed embolia polmonare possono essere escluse con angio-TC dopo valutazione di eventuali comorbidità o fattori di rischio; la perforazione di un viscere deve essere sempre considerata (particolarmente in presenza di anamnesi positiva per patologia ulcerosa gastrica o duodenale) e può essere esclusa mediante radiografia/TC addome. Tali patologie devono essere escluse precocemente se ne sussiste un elevato sospetto clinico.
4. La clinica è spesso caratteristica sia nella colica renale (segno di Giordano) o nella pielonefrite sia nell'appendicite acuta (spiccata dolorabilità nel punto di McBurney: nelle fasi iniziali il quadro può essere meno chiaro). La conferma viene data da un adeguato completamento diagnostico (TC, ecografia). Altre cause urogenitali possono manifestarsi con dolore addominale (pielonefrite e ascessi renali, spesso con febbre, disuria e quadri laboratoristici suggestivi di infezione; patologie ostruttive e ritenzione acuta di urine). La diverticolite e le sue complicanze (perforazione, sanguinamento, ascessualizzazione) si presentano solitamente con dolore in fossa iliaca sx (può riscontrarsi però in tutti i quadranti inferiori dell'addome) associati o meno a segni di peritonismo. Il sospetto clinico aumenta se vi è un'anamnesi positiva per diverticolosi. La familiarità per patologie autoinfiammatorie (es. psoriasi) e la clinica suggestiva per diarrea acquosa, ematica o mucosa, fino a complicati quadri di edema e perforazione intestinale sono suggestivi di IBD in fase attiva. Esistono inoltre cause infettive che spesso si manifestano con dolore nei quadranti inferiori o pan-colico: gastroenterite, colite, cistite. Indispensabili in questo caso l'indagine su anamnesi e sintomatologia (vomito, diarrea, disuria, ematuria), ma anche l'effettuazione di esami ematochimici/delle urine e test microbiologici.

seguito

5. Per dolore generalizzato si intende l'assenza di localizzazione prevalente, come riferito dal paziente. Gastroenteriti e tossinfezioni alimentari sono spesso causa di dolore addominale generalizzato e si accompagnano spesso a ulteriori caratteristiche, tra cui vomito, diarrea profusa e febbre. In questo caso è fondamentale una corretta raccolta dei dati anamnestici.
6. La presenza di sintomi polmonari associati (tachidispnea, alterazione degli scambi respiratori all'EGA, tosse) deve indurre il clinico a sospettare una patologia pleuro/polmonare sottostante. Anche l'embolia polmonare può manifestarsi con un dolore addominale a localizzazione indifferenziata e, soprattutto in caso di fattori di rischio, tale diagnosi dovrebbe essere tenuta in considerazione.
8. Tra le cause metaboliche in grado di causare dolore addominale: chetoacidosi diabetica, uremia, alterazioni dell'omeostasi del calcio, acidosi lattica e insufficienza surrenalica. L'anamnesi e i risultati degli esami ematochimici spesso suggeriscono una di queste diagnosi. Altre cause di dolore addominale acuto: intossicazioni (per es., piombo), crisi emolitiche (con tipica manifestazione di ischemie splancniche), porfirie, sindrome del colon irritabile, vasculiti e febbri ricorrenti.

DIAGNOSI

7. L'ischemia intestinale dovrebbe essere sempre sospettata in caso di dolore addominale in soggetti con età superiore ai 50 anni, specialmente in presenza di fattori di rischio (fibrillazione atriale, vasculopatia sistemica, cardiopatia ischemica) e quando ai sintomi (spiccato dolore) non si associano reperti obiettivi particolarmente significativi (addome relativamente trattabile senza localizzazione dell'algia). LDH, lattati e CPK sono di solito aumentati, ma possono essere tardivi e comunque aspecifici. Per la diagnosi precoce, l'angiografia e la laparotomia esplorativa hanno la maggior sensibilità, seguite dall'angio-TC. Il trattamento consiste nell'embolectomia chirurgica, se percorribile, o nella rivascolarizzazione dei segmenti vitali mediante trombolisi; in alcuni casi è necessaria la resezione intestinale. I pazienti con embolia arteriosa o trombosi venosa richiedono anti-coagulante a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA

- Cartwright SL, Knudson MP. Evaluation of acute abdominal pain in adults. *Am Fam Physician*. 2008;77(7):971-8.
- Demir IE, Ceyhan GO, Friess H. Beyond Lactate: Is There a Role for Serum Lactate Measurement in Diagnosing Acute Mesenteric Ischemia?. *Dig Surg*. 2012;29:226-235.
- Macaluso CR, McNamara RM. Evaluation and management of acute abdominal pain in the emergency department. *Int J Gen Med*. 2012;5:789-97.
- Patterson JW, Kashyap S, Dominique E. Acute abdomen. *StatPearls*, 2020.
- Penner RM, Fishman MB. Evaluation of the adult with abdominal pain. In: Post TW (ed.). *UpToDate*. Waltham, MA: UpToDate Inc. (Accessed on September 14, 2018.)
- Mayumi T, Yoshida M. The Practice Guidelines for Primary Care of Acute Abdomen 2015. *Jpn J Radiol*. 2016 Jan;34(1):80-115.