

# Addome acuto e peritoniti

[www.fisiokinesiterapia.biz](http://www.fisiokinesiterapia.biz)

**PERITONITI:** si intendono con questo termine tutte le affezioni acute del peritoneo

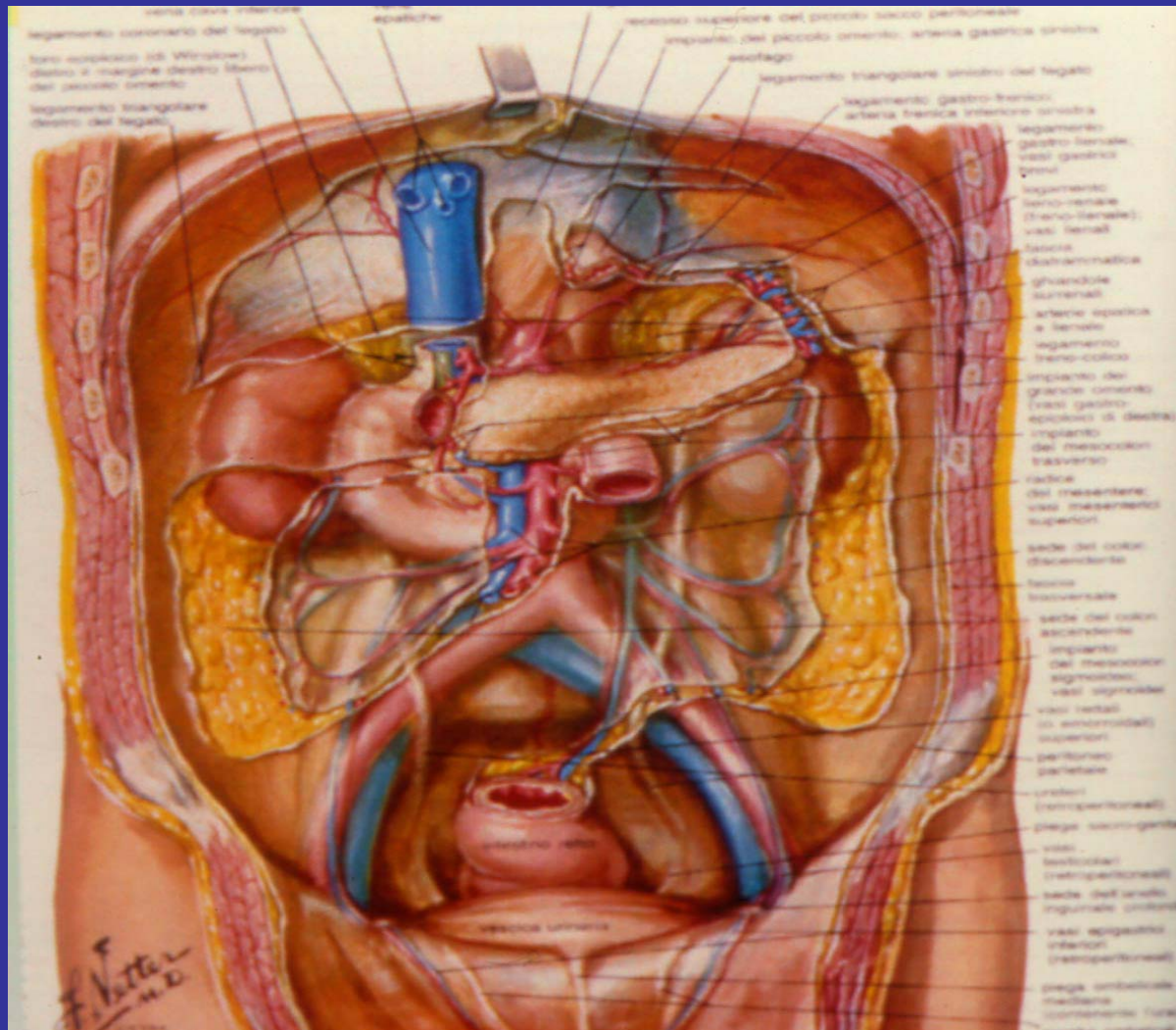
La loro origine è varia e frequentemente necessitano dell'intervento d'urgenza

Il peritoneo si suddivide in viscerale e parietale. La cavità addominale è suddivisa in cavità peritoneale generale e retrocavità degli epiplon, che risultano in comunicazione tramite il forame di Winslow.

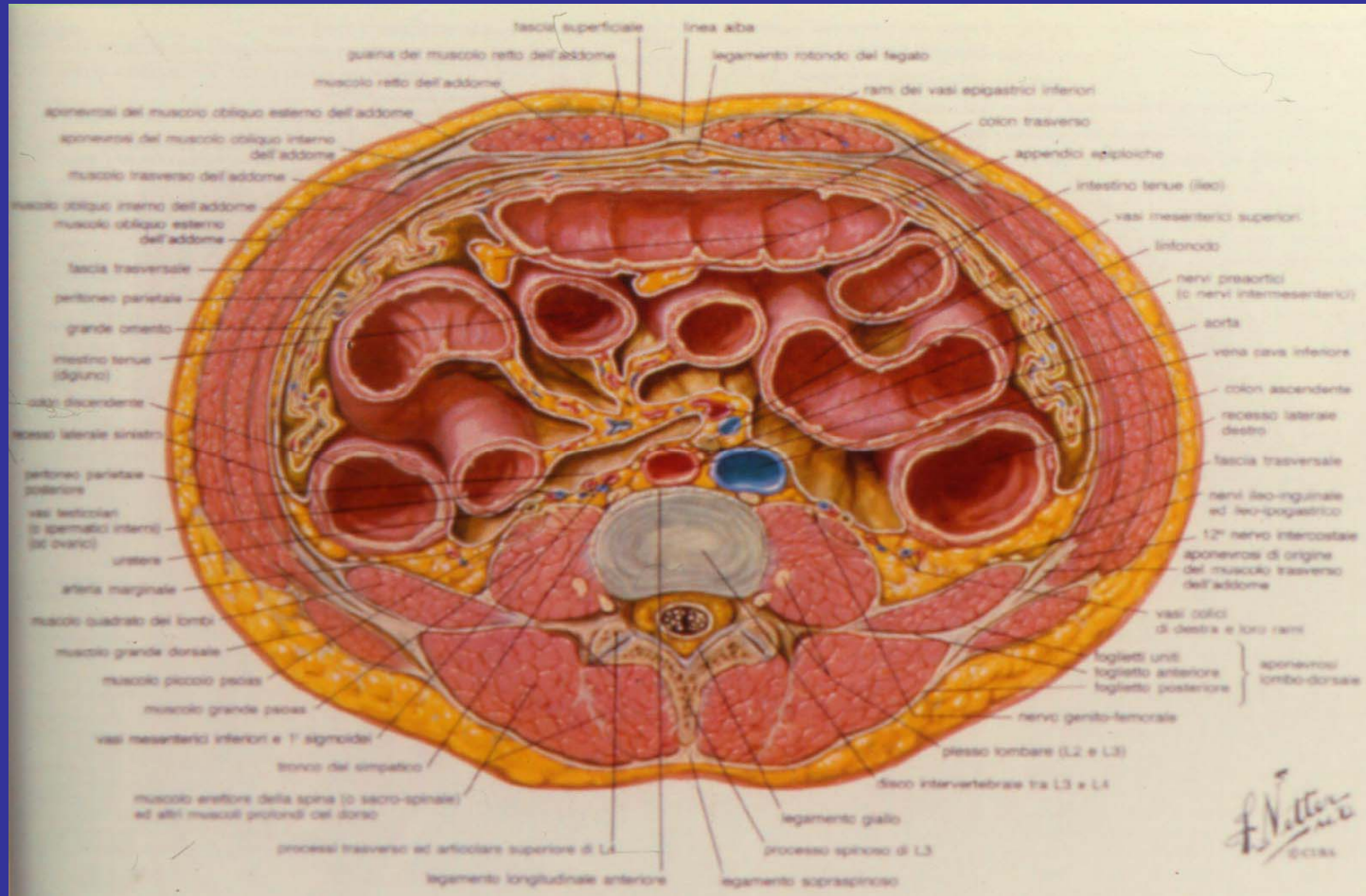
Il peritoneo parietale riceve una innervazione sia dal sistema somatico che da quello viscerale; è quindi sensibile a svariati stimoli; la sua irritazione determina, oltre la comparsa della sensazione dolorosa ben localizzata, inizialmente una contrattura muscolare volontaria protettiva (difesa muscolare), successivamente uno spasmo muscolare riflesso (contrattura di difesa).

Il peritoneo viscerale riceve esclusivamente una innervazione dal sistema nervoso autonomo, per cui è meno sensibile, il dolore è meno localizzato e la sua stimolazione determina risposte riflesse viscerali (ileo, bradicardia, ipotensione, vomito).

## PERITONEO PARIETALE

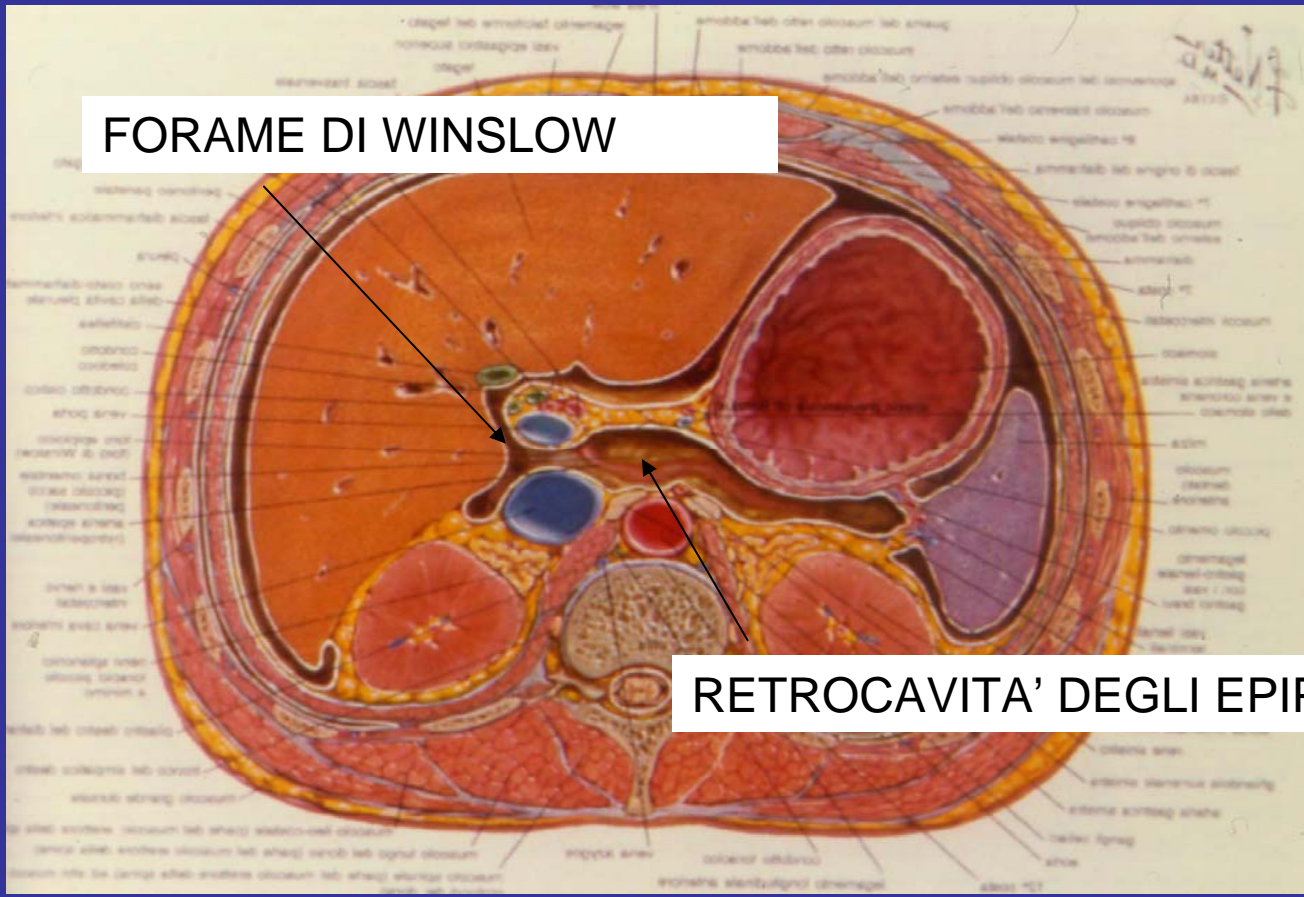


## PERITONEO VISCERALE





*Peritoniti e Addome acuto - Cenni di Anatomia*



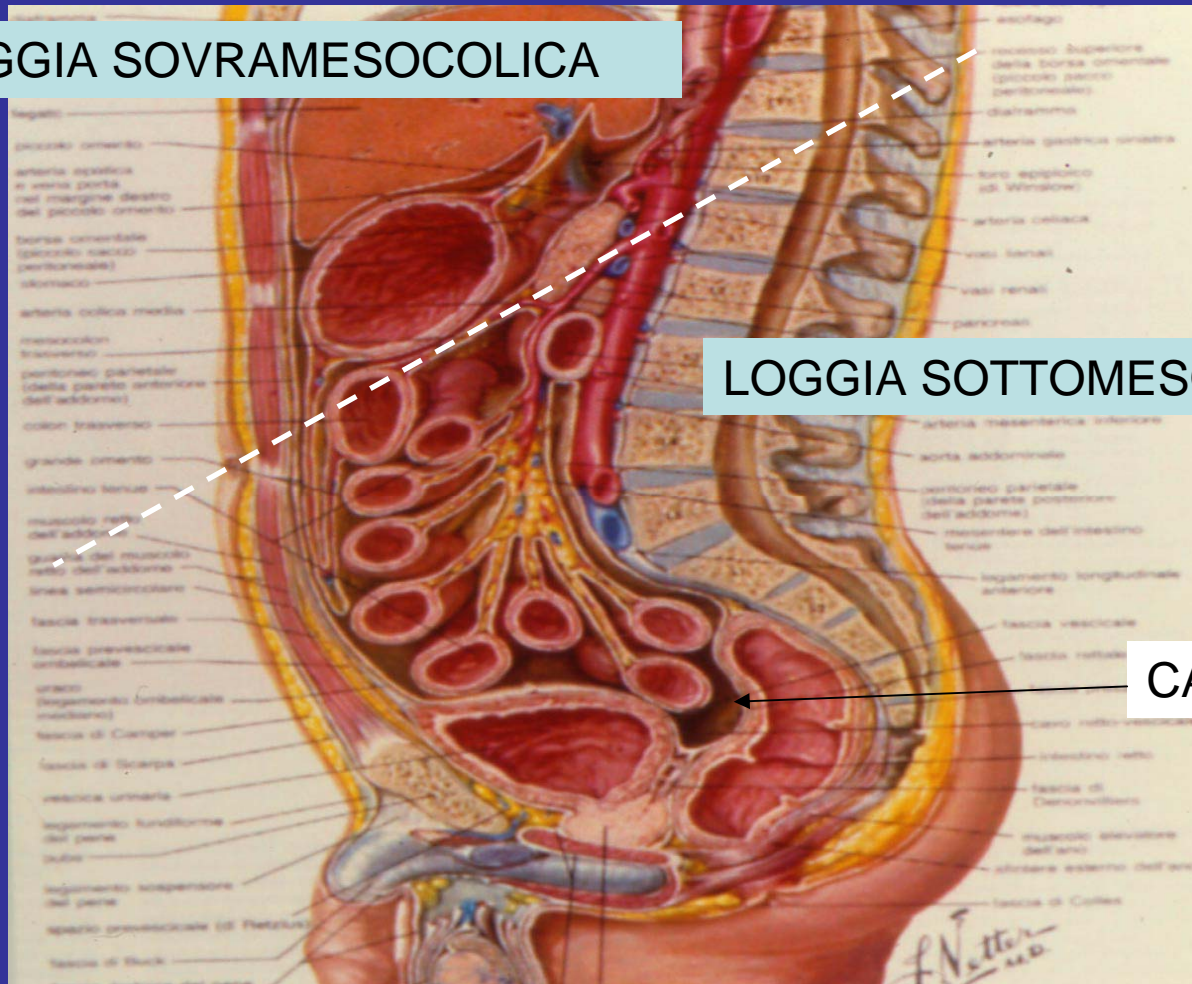
FORAME DI WINSLOW

RETROCAVITA' DEGLI EPIPLOON

LOGGIA SOVRAMESOCOLICA

LOGGIA SOTTOMESOCOLICA

CAVO DEL DOUGLAS



## Fisiologia del peritoneo

La principale funzione del peritoneo consiste nel rivestimento e nella lubrificazione dei visceri addominali. Dal punto di vista fisico è assimilabile a una **membrana semipermeabile** che permette il passaggio di acqua e soluti secondo osmosi: ciò giustifica il grande potere di assorbimento sia per via capillare che per via linfatica. Un'altra importante caratteristica della sierosa peritoneale è la sua ricchezza in meccanismi di difesa sia cellulari (linfociti, macrofagi) sia umorali (anticorpi, opsonine). Tale capacità è esaltata dal grande eplploon, che con la sua mobilità contribuisce alla circoscrizione di focolai settici e al tamponamento di soluzioni di continuo del tratto gastrointestinale, con la compartecipazione di altre strutture dotate di notevole mobilità, quali il mesentere e le anse del tenue.



La superficie del peritoneo è di circa 2 mq, e si comporta come una membrana semipermeabile che consente un trasporto bidirezionale di acqua, elettroliti e piccole molecole.

Le noxe patogene capaci di determinare una irritazione del peritoneo sono molteplici; tuttavia la risposta del peritoneo è piuttosto costante, e in funzione della gravità si determinano delle ripercussioni a livello sistemico.

La risposta del peritoneo è una iperemia seguita dalla trasudazione di liquidi dal comparto interstiziale extracellulare nella cavità addominale; contemporaneamente aumenta la capacità di assorbimento di tossine o altri materiali presenti nel liquido peritoneale; l'aumento della permeabilità peritoneale consente il passaggio inizialmente di molecole di basso p.m. e successivamente di fibrina e altre proteine plasmatiche. La risposta dell'intestino è rappresentata da una transitoria ipermotilità (dolore addominale crampiforme), e successivamente la motilità si riduce fino ad un quadro di ileo paretico (alvo chiuso a feci e gas): ciò determina un sequestro di liquidi nel lume intestinale.

## *Peritoniti e Addome acuto - Fisiopatologia*

---

Nel paziente peritonitico avviene quindi una importante perdita di liquidi dal compartimento vascolare ed interstiziale nel lume intestinale e nella cavità addominale; inoltre l'assorbimento di endotossine, esotossine, batteri dal focolaio infettivo determina delle ripercussioni a livello sistemico: permeabilizzazione capillare generalizzata ( che aggrava ulteriormente la perdita di liquidi) e riduzione de metabolismo ossidativo cellulare ( che determina la "fase calda " dello shock settico).

Quindi la peritonite, determina delle risposta a carico dei principali apparati, che possono così essere riassunte:

**-APPARATO CARDIOVASCOLARE:** il deficit ossidativo periferico ( acidosi metabolica) viene compensato da una riduzione delle resistenze periferiche e da un incremento della gittata cardiaca.

**-APPARATO RESPIRATORIO:** il polmone rappresenta spesso l'organo bersaglio in corso di sepsi (ARDS); ne deriva una iperventilazione con ipossiemia, ipocapnia e alcalosi respiratoria.

**-APPARATO URINARIO:** la comparsa di una insufficienza renale acuta (funzionale e/o organica) può essere dipendente sia dall'ipovolemia che dalla sepsi.

Approccio al paziente con peritonite:

- 1. RICONOSCERE LA PERITONITE ACUTA (Diagnosi)**
- 2. INDIVIDUARE LA CAUSA al fine di orientare l'intervento chirurgico (Eziologia)**
- 3. CLASSIFICAZIONE PERITONITI**

## **1- SEGNI FUNZIONALI:**

Il **DOLORE** è costante. La sede iniziale ed il massimo d'intensità hanno valore per la localizzazione del processo. In caso di peritonite dovuta a *perforazione viscerale*, il suo insorgere è improvviso e costituisce il primo segno della malattia.

Il **VOMITO** è incostante



## **2- SEGNI GENERALI:**

La **FEBBRE** varia in rapporto alla virulenza dell'infezione. Immediata quando vi è versamento di pus nella cavità peritoneale, tardiva quando il versamento peritoneale non è inizialmente purulento.

Al contrario l'aumento di frequenza del polso è costante ed ha valore prognostico.

### **3- SEGNI FISICI:**

1°) Il segno principale è la **CONTRATTURA DEI MUSCOLI DELLA PARETE ADDOMINALE** ed è sufficiente da sola a far porre la diagnosi di peritonite acuta.

*Tecnica di ricerca:* il malato è posto a testa in leggera flessione, le braccia normalmente distese lungo il corpo, le ginocchia leggermente flesse. Il medico con le mani riscaldate, poste bene a piatto sull'addome, comincia la palpazione dalle zone spontaneamente meno dolenti.

## CONTRATTURA DEI MUSCOLI DELLA PARETE ADDOMINALE

Questa contrattura è **DOLOROSA**

tipicamente **GENERALIZZATA** (anche se all'inizio può essere *localizzata* ovvero più spiccata in uno dei quadranti dell'addome)

non cede alla mano che palpa (**ADDOME A TAVOLA**)

II°) Il dolore provocato con l'**ESPLORAZIONE RETTALE** (che esplora la parte più declive della cavità addominale, il *cavo del Douglas*) dà la conferma dell'inflammazione del peritoneo.



III°) Ad uno stadio più avanzato compaiono altri sintomi:

- Faccia terrea, naso affilato (facies peritonitica o hippocratica)
- Oliguria, polso filiforme
- Meteorismo addominale (poiché la peritonite provoca l'ileo paralitico)

1. PERITONITI APPENDICOLARI
2. PERFORAZIONE DI ULCERA GASTRO-DUODENALE
3. PERITONITI ACUTE DI ORIGINE BILIARE
4. PERITONITI DA PERFORAZIONE SIGMOIDEA
5. PERITONITI DI PERTINENZA GINECOLOGICA

## 1.PERITONITI APPENDICOLARI

Sono le più frequenti

La peritonite ha origine da DIFFUSIONE di una appendice infiammata o da PERFORAZIONE dell'appendice

La peritonite può insorgere dopo un intervallo libero che segue ad un attacco di appendicite acuta che si è tentato di raffreddare con terapia medica (*peritonite in due tempi*). L'intervallo libero corrisponde in realtà allo “*stadio del piastrone*”, cioè alla fase in cui il focolaio d'infezione è bloccato, delimitato dalla conglutinazione delle anse del tenue e del grande omento. La peritonite dapprima circoscritta da questa fragile barriera, può diffondersi successivamente sotto l'effetto di una terapia inopportuna (es. clistere!)

## PERITONITI APPENDICOLARI

SINTOMATOLOGIA E ESAME OBIETTIVO: i segni sono dovuti allo spandimento del pus dalla fossa iliaca destra nella cavità peritoneale.

*Fanno pensare all'origine appendicolare:*

- il dolore iniziato in fossa iliaca destra
- la localizzazione in fossa iliaca destra del massimo dolore della contrattura
- Il dolore provocato all'esplorazione rettale più spiccata a destra



## PERITONITI APPENDICOLARI

### SEGNI GENERALI:

- Temperatura elevata con polso frequente
- Leucocitosi (12-15000) con neutrofilia (80-85%)

## 2. PERFORAZIONE DI UN'ULCERA GASTRO-DUODENALE

Come l'affezione causale, la perforazione colpisce più spesso l'uomo.

L'ulcera è generalmente duodenale, pilorica o della piccola curva gastrica.

Diffidare della perforazione gastrica in un paziente di una certa età senza antecedenti disturbi digestivi (*cancro gastrico perforato ?!*)

## **PERFORAZIONE DI UN'ULCERA GASTRO-DUODENALE SINTOMATOLOGIA E ESAME OBIETTIVO:**

- Il **DOLORE ACUTO** a colpo di pugnale, che insorge in pieno benessere, in sede epigastrica è il primo segno della perforazione
- Nelle prime ore, il liquido gastrico versato nella cavità peritoneale è asettico e ciò spiega come all'inizio la temperatura sia normale e non vi sia leucocitosi ematica
- Il **VOMITO** è incostante
- Attenta analisi dell'**ANAMNESI** (spesso dolore periodico e ritmato dai pasti)

## PERFORAZIONE DI UN'ULCERA GASTRO-DUODENALE

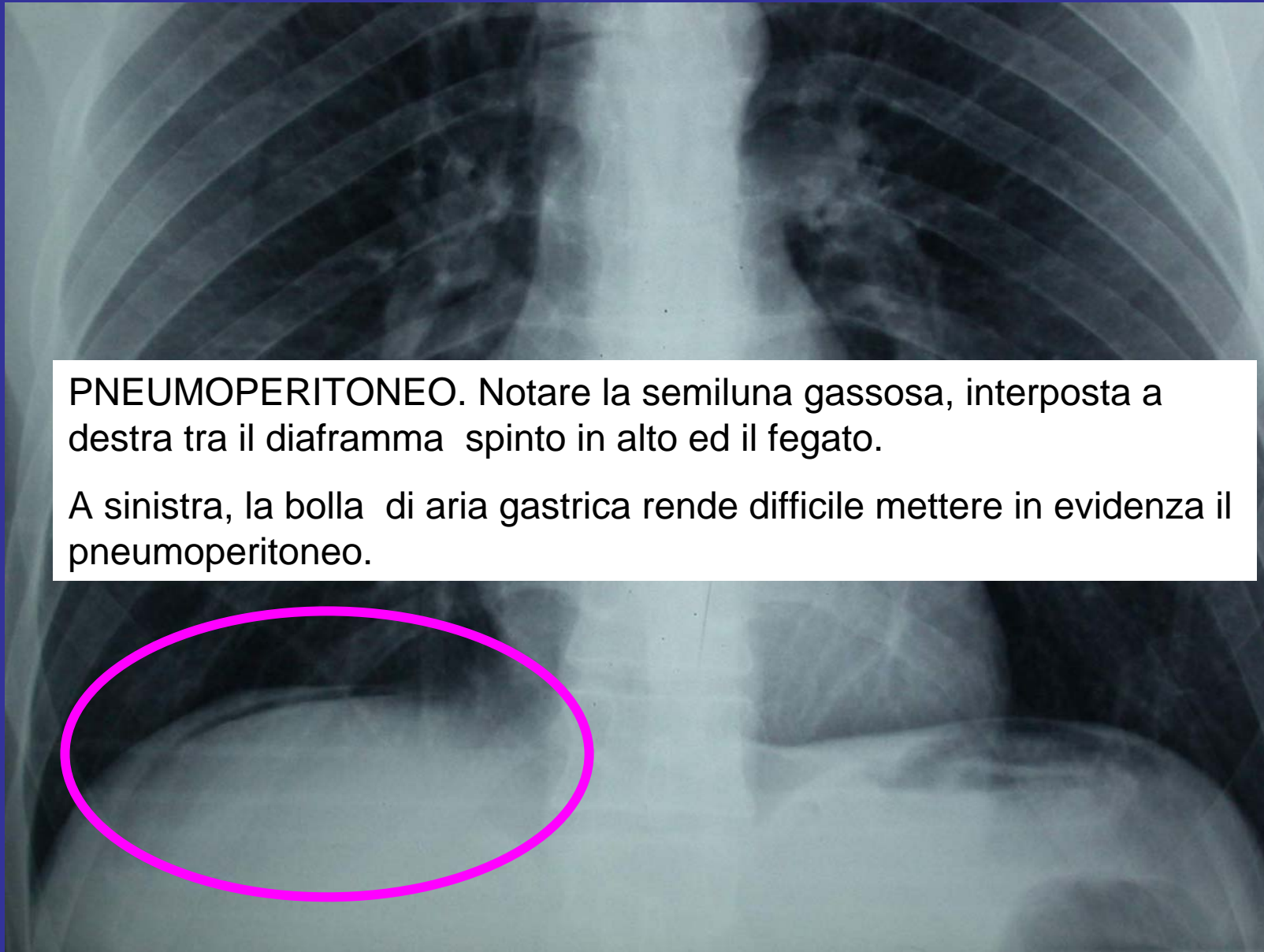
- La **CONTRATTURA**, segno fondamentale, raggiunge il massimo in corrispondenza dell'**EPIGASTRIO**, dando luogo all'addome a tavola
- La percussione mette in evidenza la scomparsa dell'aia di ottusità epatica, segno di un **PNEUOMOPERITONEO** che la radiografia dell'addome confermerà meglio



*Peritoniti e Addome acuto - Eziologia*

PNEUMOPERITONEO. Notare la semiluna gassosa, interposta a destra tra il diaframma spinto in alto ed il fegato.

A sinistra, la bolla di aria gastrica rende difficile mettere in evidenza il pneumoperitoneo.



## PERFORAZIONE DI UN'ULCERA GASTRO-DUODENALE

### SEGNI GENERALI:

- la temperatura all'inizio è normale (*peritonite chimica*).  
Aumenterà secondariamente in caso di sovrainfezione batterica
- Ugualmente assente o assai modesta la leucocitosi sanguigna

### 3. PERITONITI ACUTE DI ORIGINE BILIARE

Colpiscono più spesso la donna

Sono principalmente di due tipi:

- PERITONITI DA PERFORAZIONE
- PERITONITI DA DIFFUSIONE

Nella maggior parte dei casi, queste lesioni sono dovute alla litiasi biliare e specialmente all'incuneamento di un calcolo nel cistico

## PERITONITI ACUTE DI ORIGINE BILIARE

### SINTOMATOLOGIA E ESAME OBIETTIVO:

- La sede iniziale del dolore è nell'ipocondrio destro con irradiazione alla spalla destra. La palpazione della regione sottocostale destra provoca vivo dolore (Segno di Murphy)
- Non costante un sub-ittero congiuntivale che si può associare ad urine ipercromiche
- All'anamnesi riferite turbe dispeptiche molto vaghe o presente una storia di colelitiasi

## PERITONITI ACUTE DI ORIGINE BILIARE

### SEGNI GENERALI:

- Febbre rapidamente elevata
- Polso frequente
- Leucocitosi neutrofila

## 4. PERITONITI DA PERFORAZIONE SIGMOIDEA

Si tratta frequentemente della perforazione di un diverticolo del sigma, che spesso contiene sostanze fecali ed è infiammato (**DIVERTICOLITE**).

Meno frequente è la perforazione di un tumore sigmoideo

Vi è pertanto fuoriuscita di pus e di feci nella cavità addominale: **PERITONITE STERCORACEA**.

Data la notevole setticità del contenuto colico il quadro infettivo è grave

## 4. PERITONITI DA PERFORAZIONE SIGMOIDEA SINTOMATOLOGIA E ESAME OBIETTIVO:

- Il DOLORE ACUTO nella fossa iliaca sinistra è il primo sintomo
- Vomito incostante
- La contrattura della parete addominale è spiccata soprattutto nella fossa iliaca sinistra e fornisce un buon segno di localizzazione
- Può esservi pneumoperitoneo

## 4. PERITONITI DA PERFORAZIONE SIGMOIDEA SEGNI GENERALI

- Immediato interessamento dello stato generale
- Temperatura elevata
- Polso frequente
- Leucocitosi neutrofila



## 4. PERITONITI DI ORIGINE GENITALE FEMMINILE

- Perforazione dell'utero da manovre abortive o complicazioni in seguito a raschiamento uterino
- Peritoniti in due tempi nel corso di salpingite purulenta
- Peritoniti in due tempi da cisti dell'ovaio perforata
- Gravidanza extra-uterina

## 4. PERITONITI DI PERTINENZA GINECOLOGICA: SEGNI GENERALI

- Temperatura elevata
- Polso frequente
- Leucocitosi neutrofila
- Spesso si ha uno stato di agitazione

**PERITONITI PRIMITIVE:** infezioni peritoneali in assenza di lesione dei visceri, in genere batteriche spontanee

**PERITONITI SECONDARIE:** da soluzione di continuo del tratto gastroenterico, localizzate o diffuse

**PERITONITI TERZIARIE:** peritoniti primitive o secondarie che nonostante il trattamento ricorrono come infezione più seria e grave con sviluppo di MOF. Occorrono in genere nei malati più deboli e defedati. Sono conseguenti sia al fallimentare controllo del focus iniziale sia alla riduzione delle difese dell'ospite.