

IL DOLORE ADDOMINALE

www.fisiokinesiterapia.biz

PATOLOGIA ADDOMINALE ACUTA SPONTANEA

- URGENZA CHIRURGICA IMMEDIATA
- URGENZA PER ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI
- DIAGNOSI E TRATTAMENTO AMBULATORIALE

VALUTAZIONE CLINICA

- Anamnesi
- Valutazione del dolore
- Valutazione sintomi neurovegetativi
- Valutazione della canalizzazione
- Comportamento della parete addominale
- Condizioni generali
- Continuità della osservazione clinica

ANAMNESI

- Di fondamentale importanza anche in rapporto alle ridotte possibilità di indagini di laboratorio e strumentali
- Il sintomo di maggiore importanza nella patologia acuta addominale è il sintomo DOLORE

DOLORE ADDOMINALE

- DOLORE VISCERALE
- DOLORE SOMATICO (o epicritico)
- DOLORE VISCERALE RIFERITO (o dolore di proiezione o dolore viscero-parietale)

DOLORE VISCERALE

- Ischemia o stiramento delle terminazioni nervose localizzate nella parete dei visceri cavi o nella capsula degli organi parenchimatosi (distensione acuta)
- L'ischemia può essere legata ad una ostruzione vascolare o ad uno spasmo della muscolatura

DOLORE VISCERALE

Recettori viscerali



Fibre A, C



Corno posteriore del midollo
(distribuzione su più metameri)



Assenza di discriminazione spaziale



Vie spino-talamiche
Con sinapsi ai nuclei del tronco



Associazione di fenomeni neuro-vegetativi



Corteccia

DOLORE VISCERALE

Dolore sordo, mal localizzabile, a carattere urente o crampiforme, riferito in genere in sede centrale (epi-mesogastrico o al rachide dorso-lombare) per considerazioni di carattere embriologico (origine della maggior parte degli organi addominali dall'intestino primitivo situato lungo l'asse mediano nelle prime fasi dello sviluppo)

DOLORE VISCERALE

- DOLORE COLICO
- DOLORE ISCHEMICO

DOLORE COLICO

- Spasmo della muscolatura di un viscere cavo (intestino, colecisti, uretere, ecc.)
- Accessi periodici di tipo crampiforme, alternati da pause in cui il dolore scompare o è sostituito da una vaga dolenzia sorda

DOLORE ISCHEMICO

- Ostruzione acuta dei vasi arteriosi e/o venosi del viscere
- Dolore violento, intenso, terebrante, in genere continuo

DOLORE VISCERALE

- SI ACCOMPAGNA SEMPRE A MANIFESTAZIONI NEURO-VEGETATIVE RIFLESSE (sudorazione, nausea, vomito, senso di malessere, diarrea iniziale, ileo paralitico, ecc.)

DOLORE SOMATICO (epicritico)

- Stimolazione del peritoneo parietale coinvolto dalla flogosi
- In genere più intenso rispetto a quello viscerale
- Ben localizzato soprattutto inizialmente

DOLORE VISCERALE RIFERITO (di proiezione o visceroparietale)

- Dolore a partenza viscerale riferito ad un territorio parietale muscolo-cutaneo secondo lo schema di distribuzione dei nervi somatici con relativi dermatomeri
- Ogni viscere presenta una sua zona muscolo-cutanea di proiezione (**zona di Head**) dove può essere riferito il dolore viscerale spontaneo o provocato

CARATTERISTICHE DEL DOLORE

- Sede
- Caratteri soggettivi
- Intensità
- Durata
- Ritmo
- Rapporti con i pasti
- Sintomi neuro-vegetativi

SINTOMI NEURO-VEGETATIVI

- Dolore viscerale puro (fenomeni n.-v.)
- Dolore visceroparietale (fenomeni n.-v.)
- Dolore somatico epicritico (contrattura circoscritta)
- Dolore somatico diffuso (addome ligneo)

SINTOMI NEURO-VEGETATIVI

- Reazioni vagali (bradicardia, ipotensione, lipotimia)
- Reazioni simpatiche (tachicardia, pallore, sudorazione)
- Nausea e vomito
- Diarrea o ileo paralitico

VOMITO

- Vomito riflesso
- Vomito ostruttivo
- Vomito tossico

CANALIZZAZIONE

- Alvo chiuso alle feci e ai gas
- Ileo meccanico o ileo paralitico
- Ricerca della peristalsi
- Esplorazione rettale

PARETE ADDOMINALE

- Iper tono muscolare secondario a un riflesso visceromotorio
- Contrattura (o difesa muscolare) secondaria a un riflesso doloroso somatico motorio

CONDIZIONI GENERALI

- Segni di ipovolemia
- Segni di shock

OSSERVAZIONE CLINICA

- L'osservazione ripetuta deve riguardare sia i segni e i sintomi locali della malattia, sia quelli riferibili alle ripercussioni sistemiche (disidratazione, ipovolemia, shock)

DIAGNOSI DIFFERENZIALE

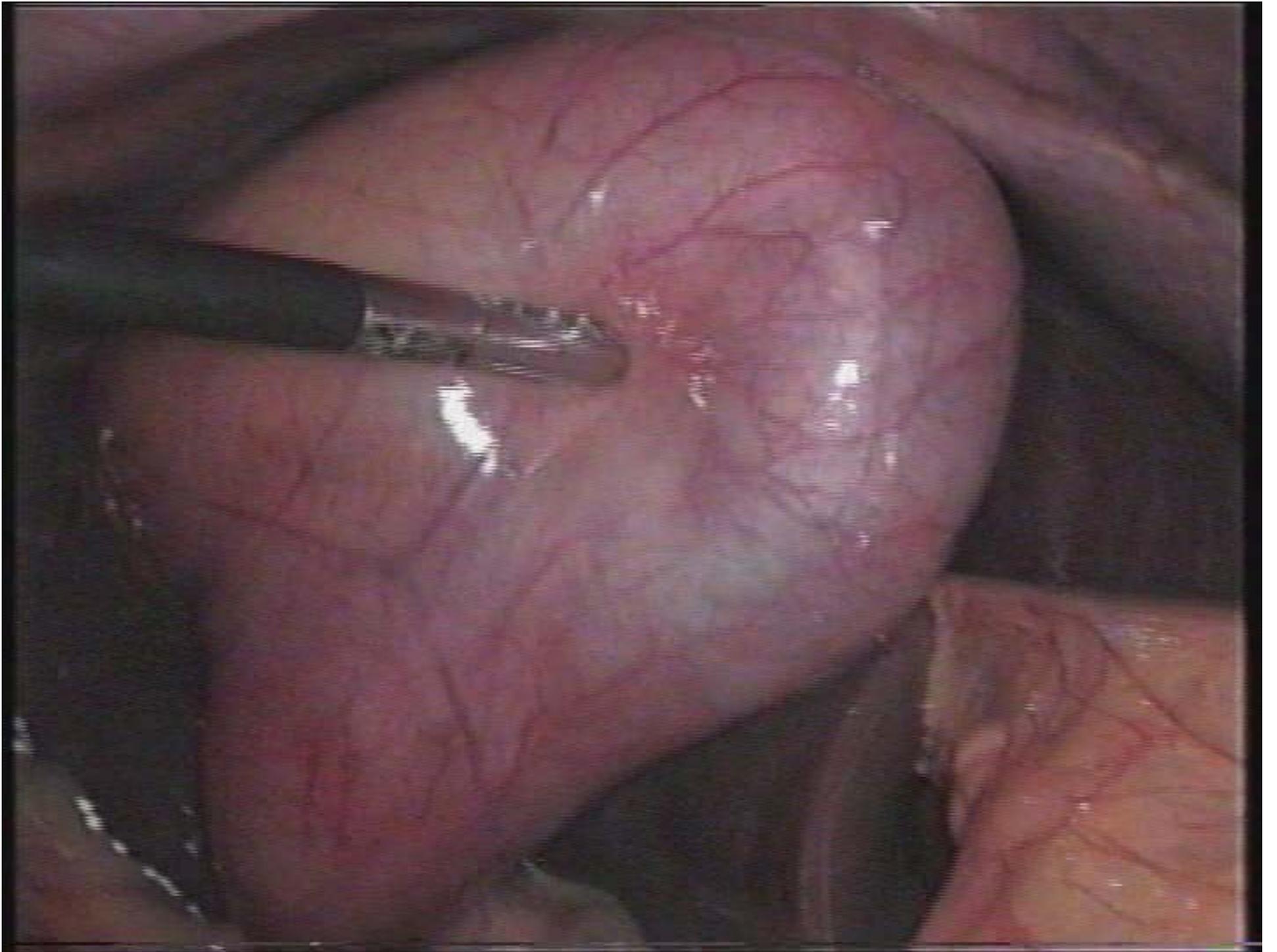


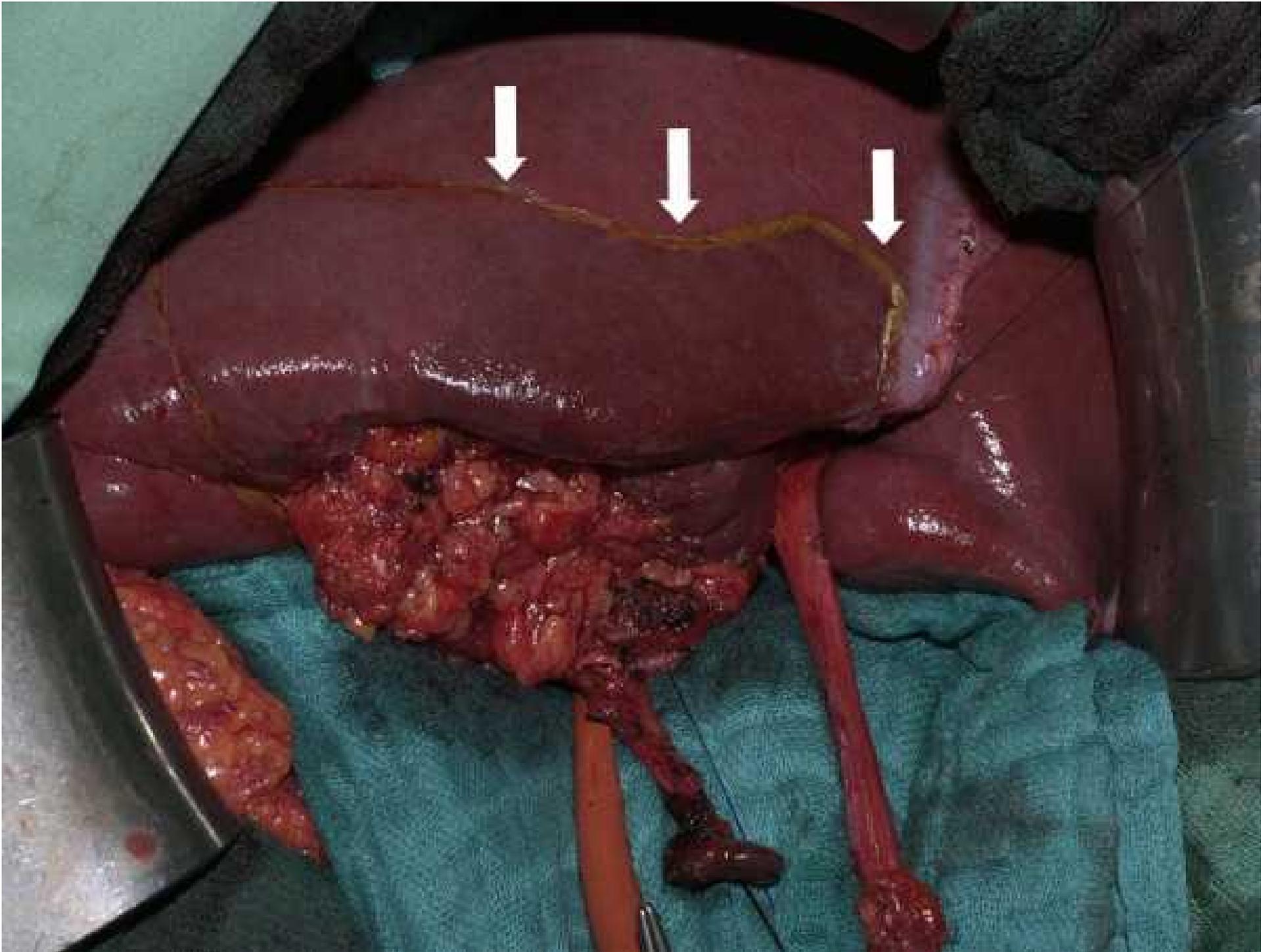
IPOCONDRIO DESTRO

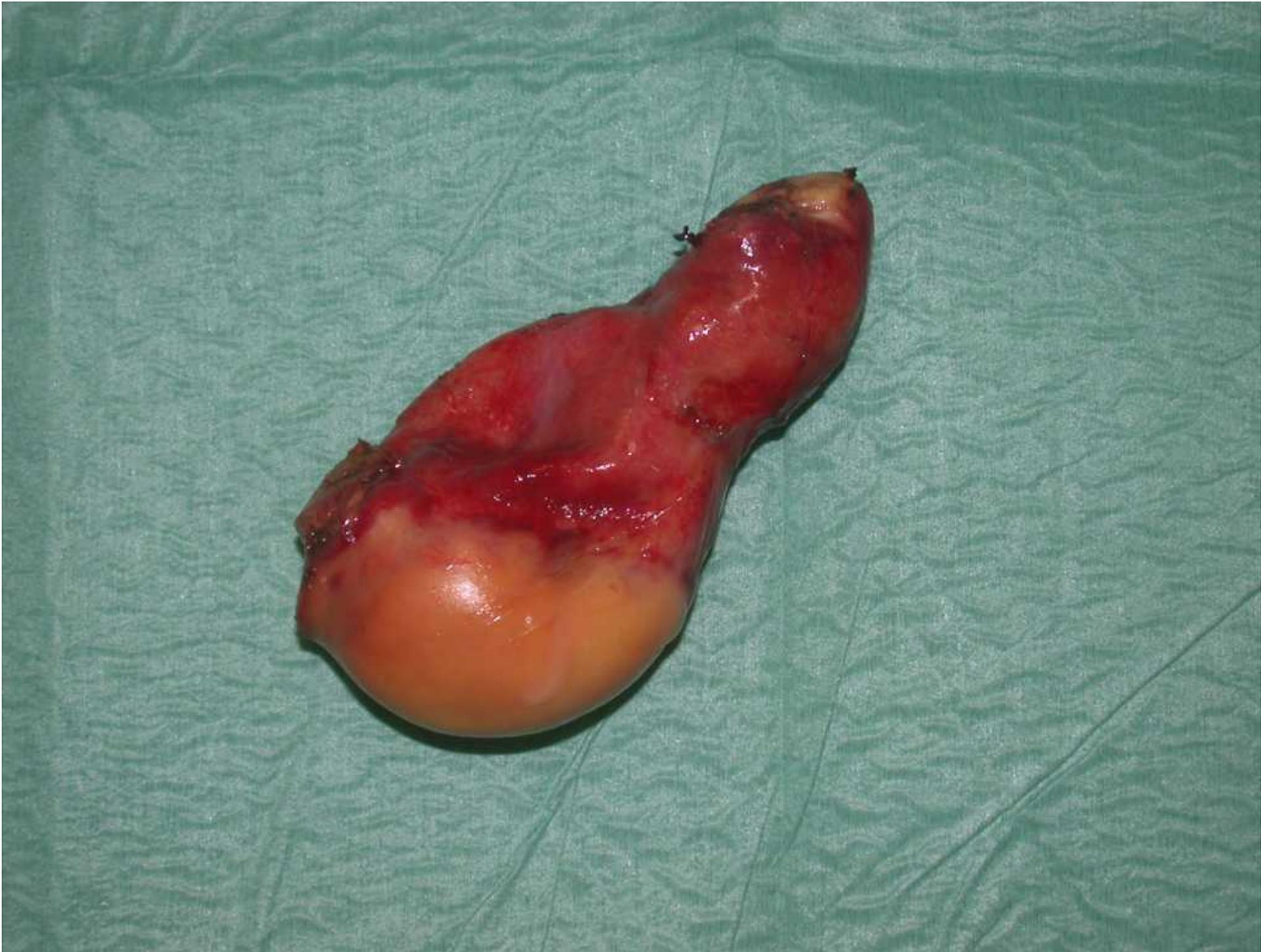
- Patologia biliare
- Patologia epatica
- Ascesso subfrenico o sottoepatico
- Patologia del grosso intestino
- Patologia del rene destro
- Patologia duodenale
- Patologia extra-addominale

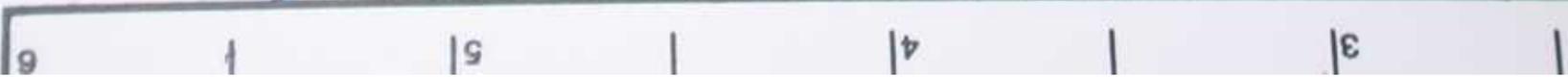
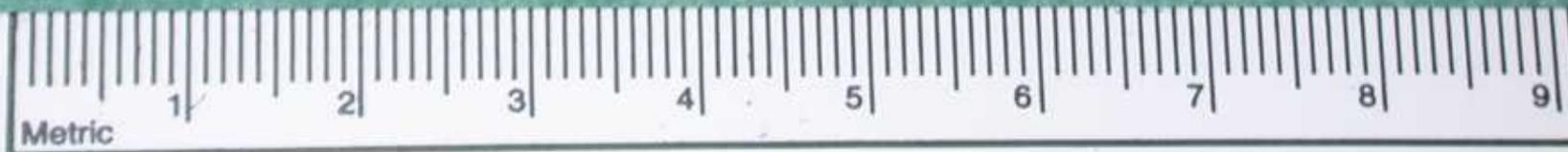
PATOLOGIA BILIARE

- Colica biliare
- Idrope della colecisti
- Colecistite acuta ed empiema della colecisti
- Colangite
- Carcinoma della colecisti

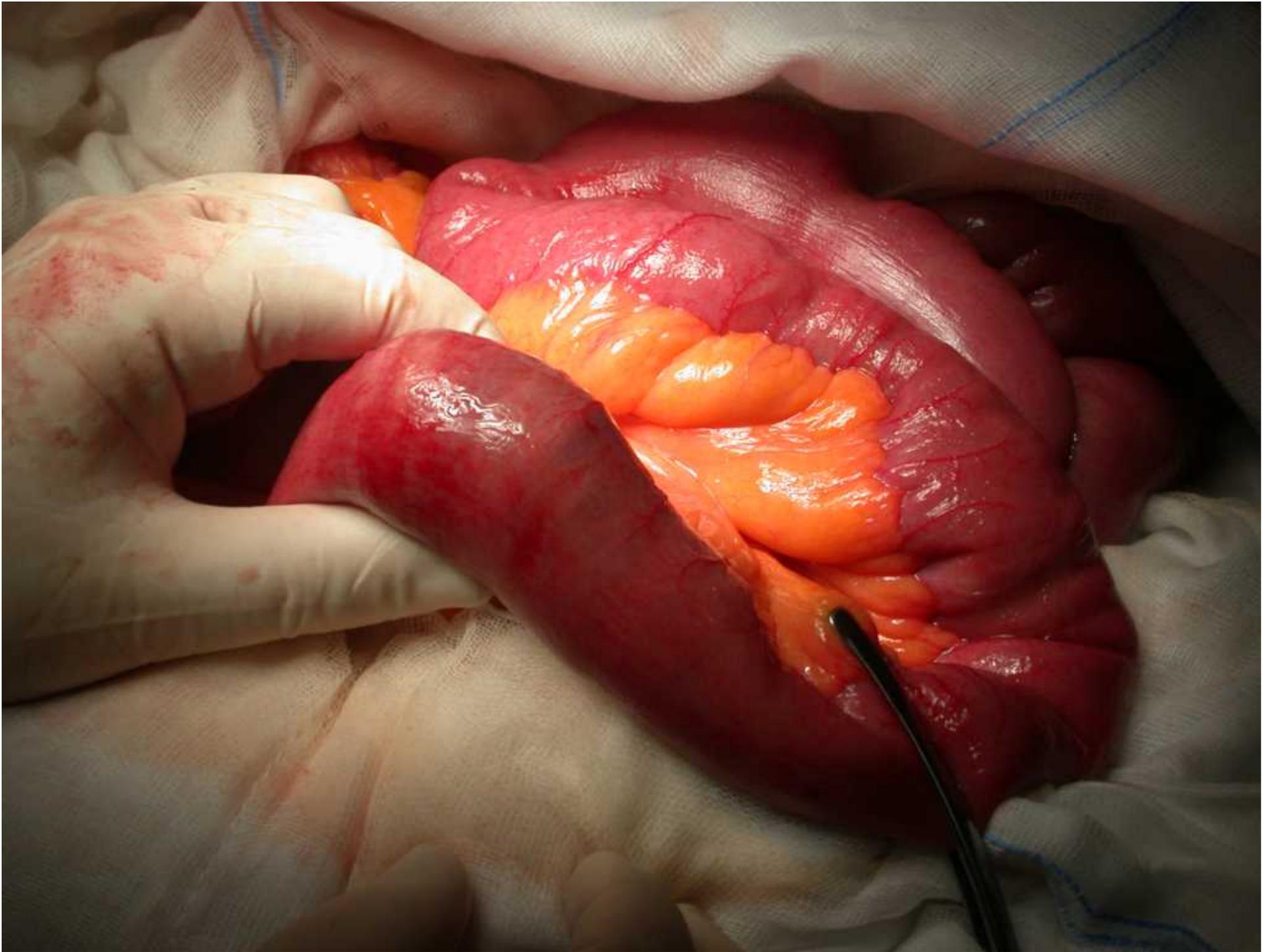


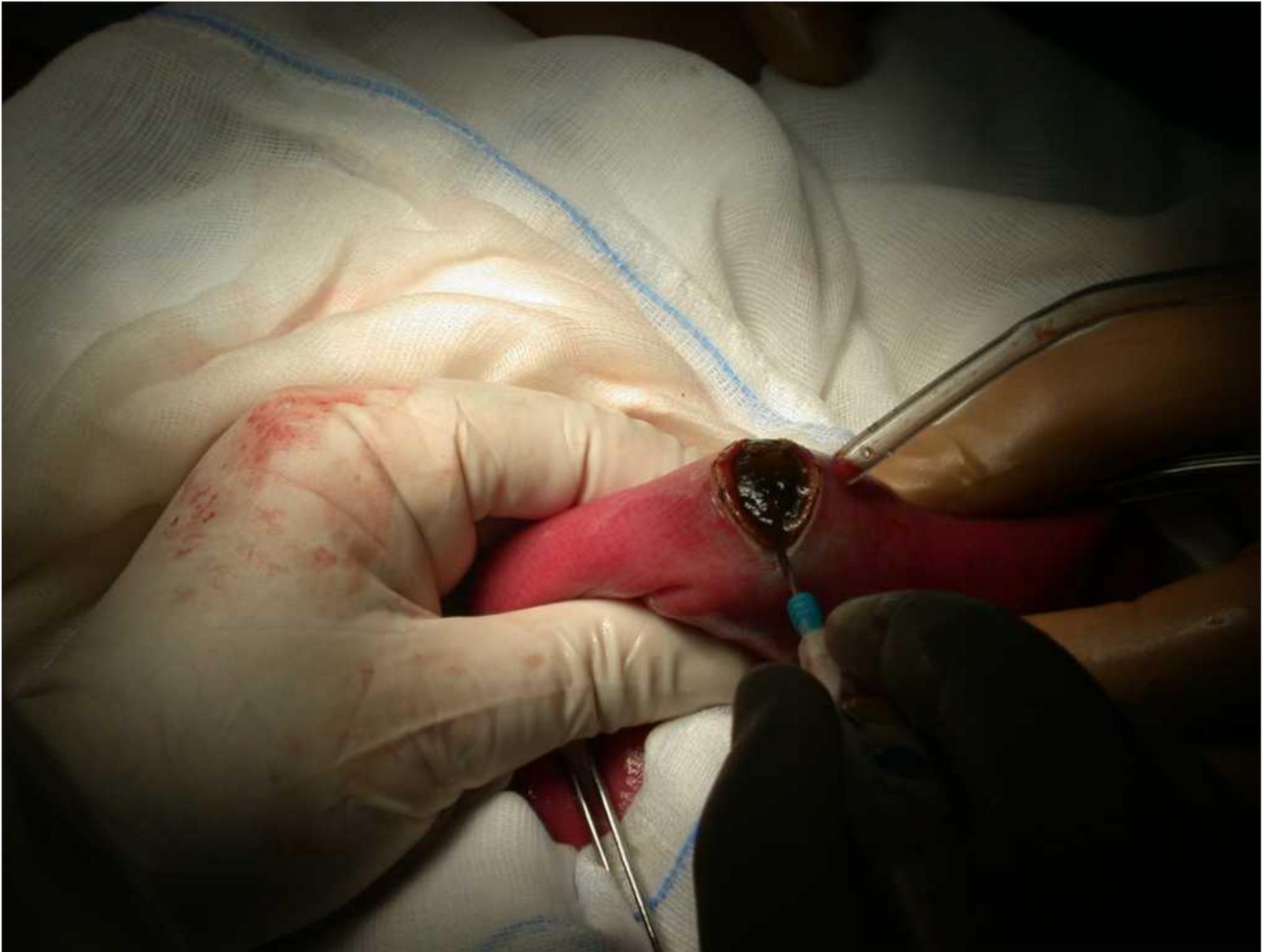


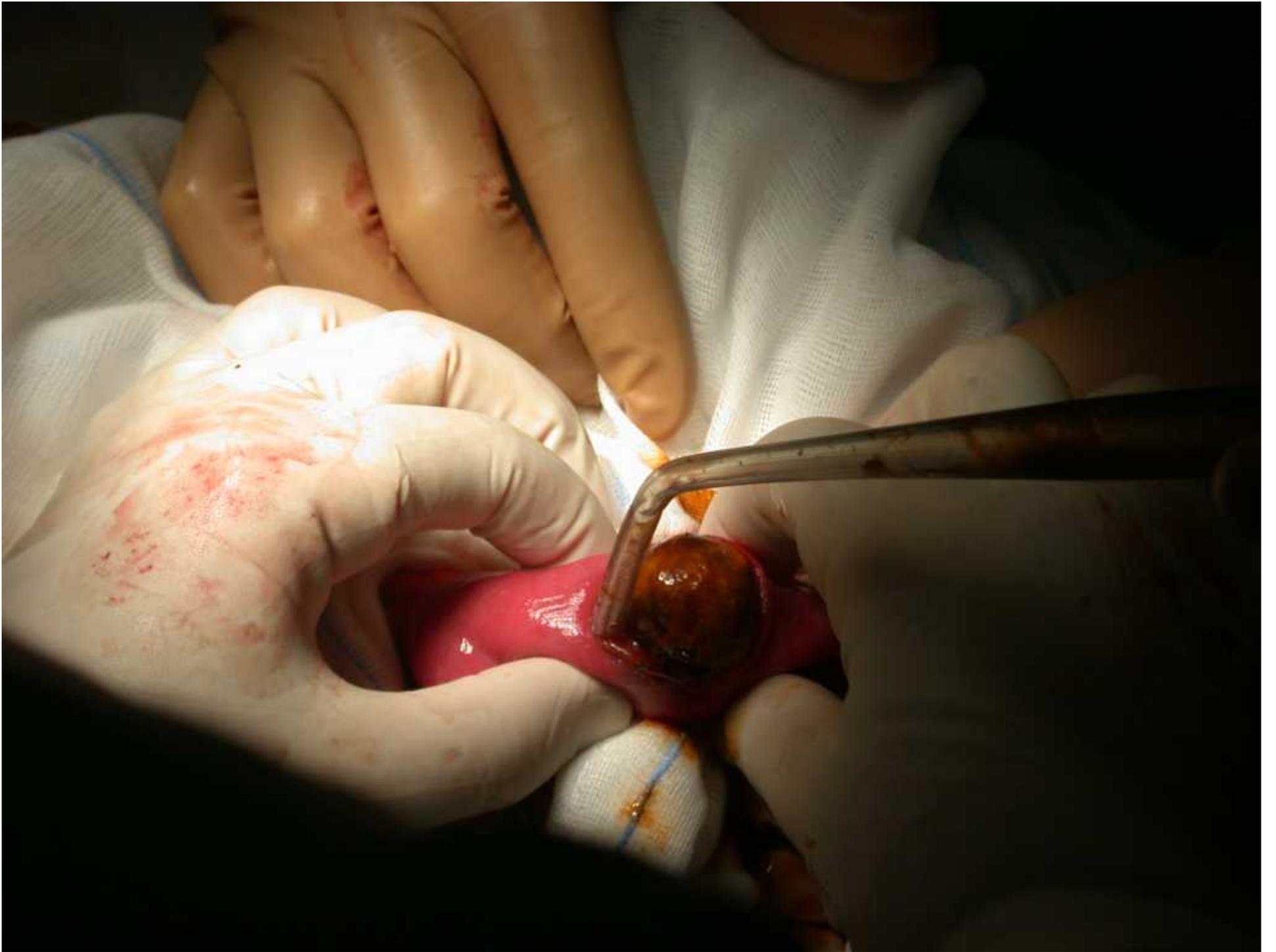






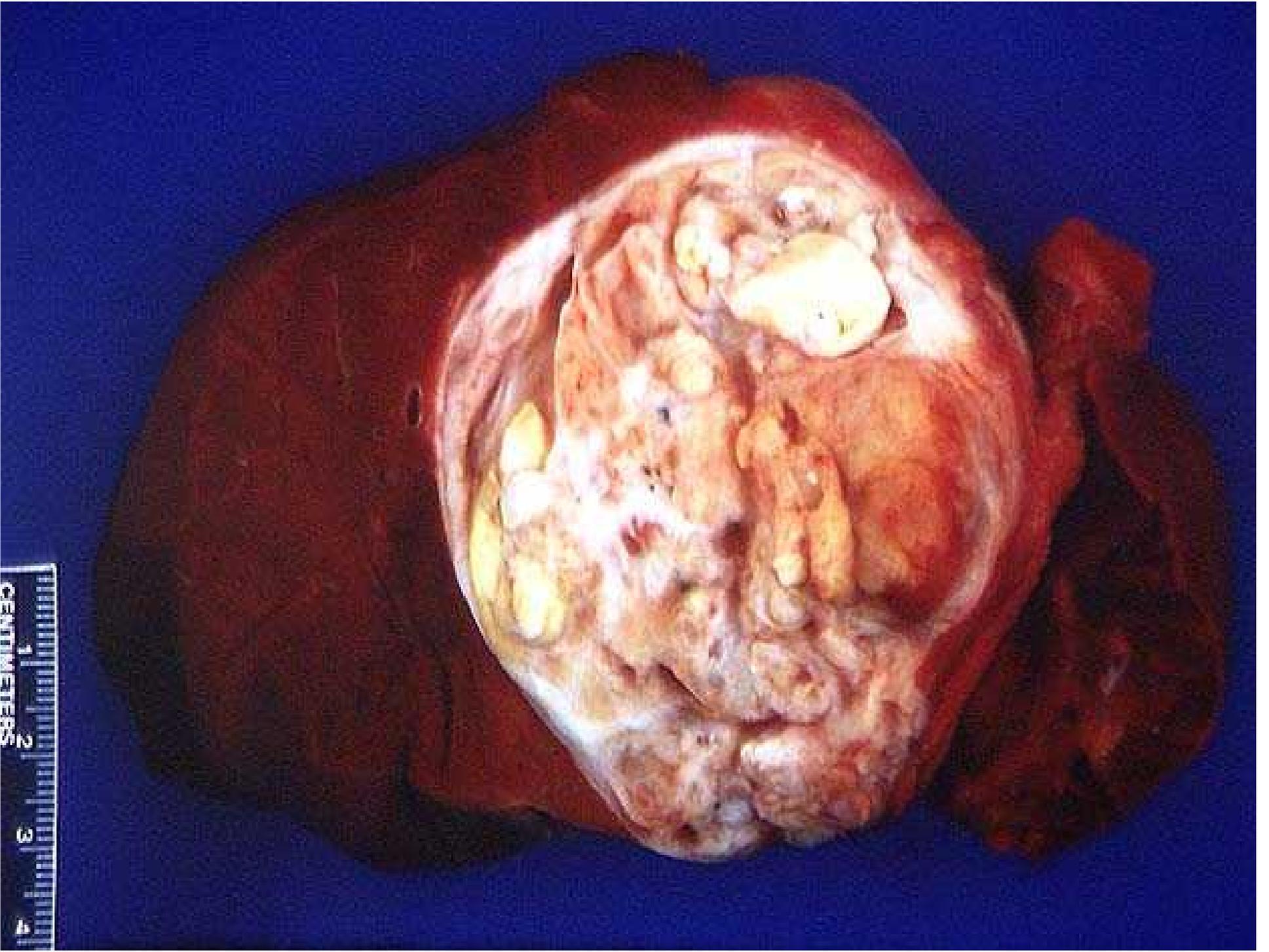






PATOLOGIA EPATICA

- Distensione acuta della capsula glissoniana
- Ascesso epatico



ASCESSO SUBFRENICO O SOTTOEPATICO

- Anamnesi della patologia primitiva la cui complicazione è causa dell'ascesso

- Necessaria conferma diagnostica

PATOLOGIA DEL GROSSO INTESTINO

- Tumore della flessura destra del colon
- Appendicite retrocecale o sottoepatica

PATOLOGIA DEL RENE DESTRO

- Neoplasie voluminose
- Calcolosi renale
- Pielonefrite
- Idropionefrosi
- Ascesso perirenale

Se:2
XY I178.6
Im:29 +C

NOV 9, 1998
512
MF: 1.1

DFOV 36.0cm
STND

R

L

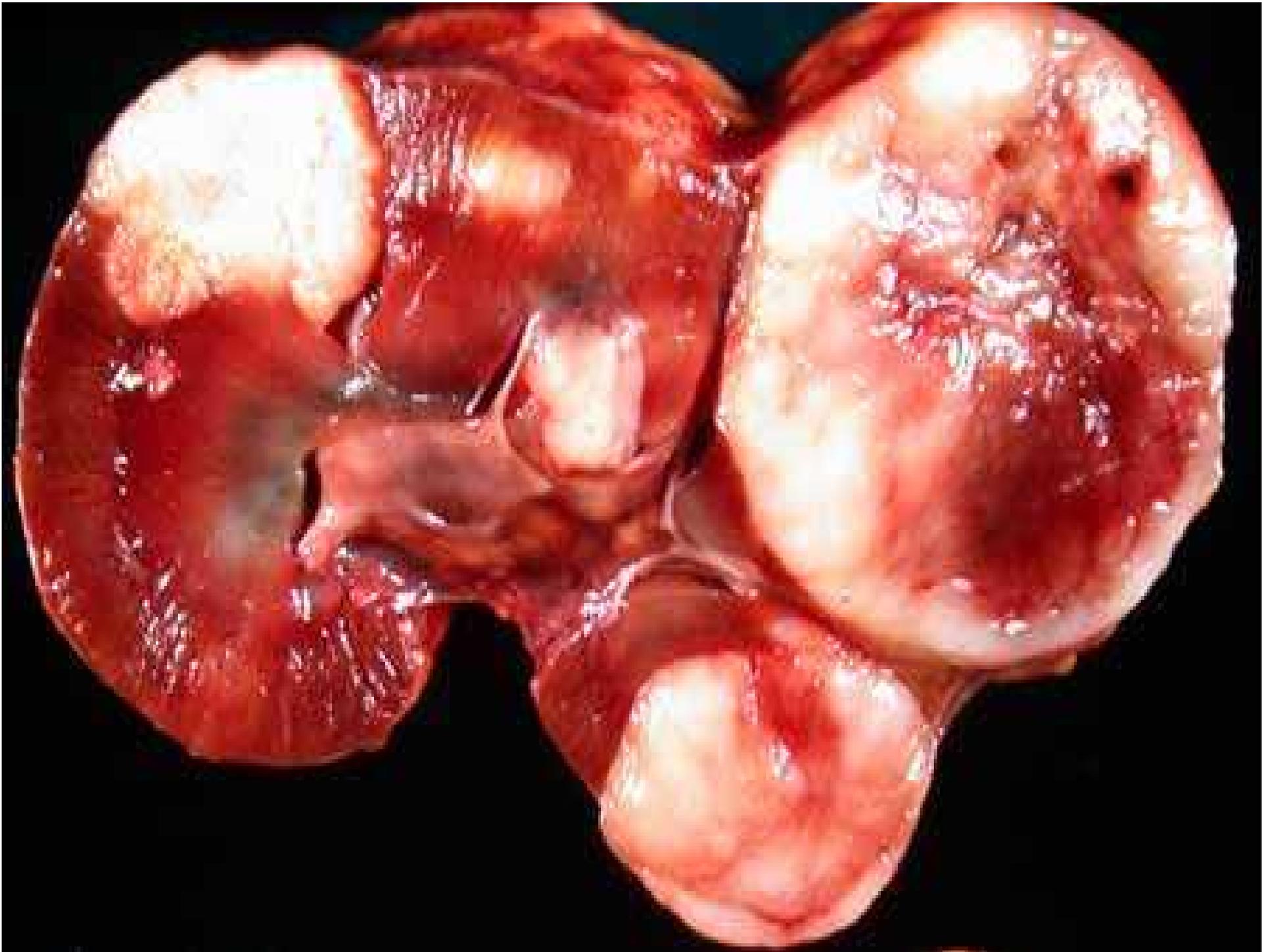
kV 120
mA 250

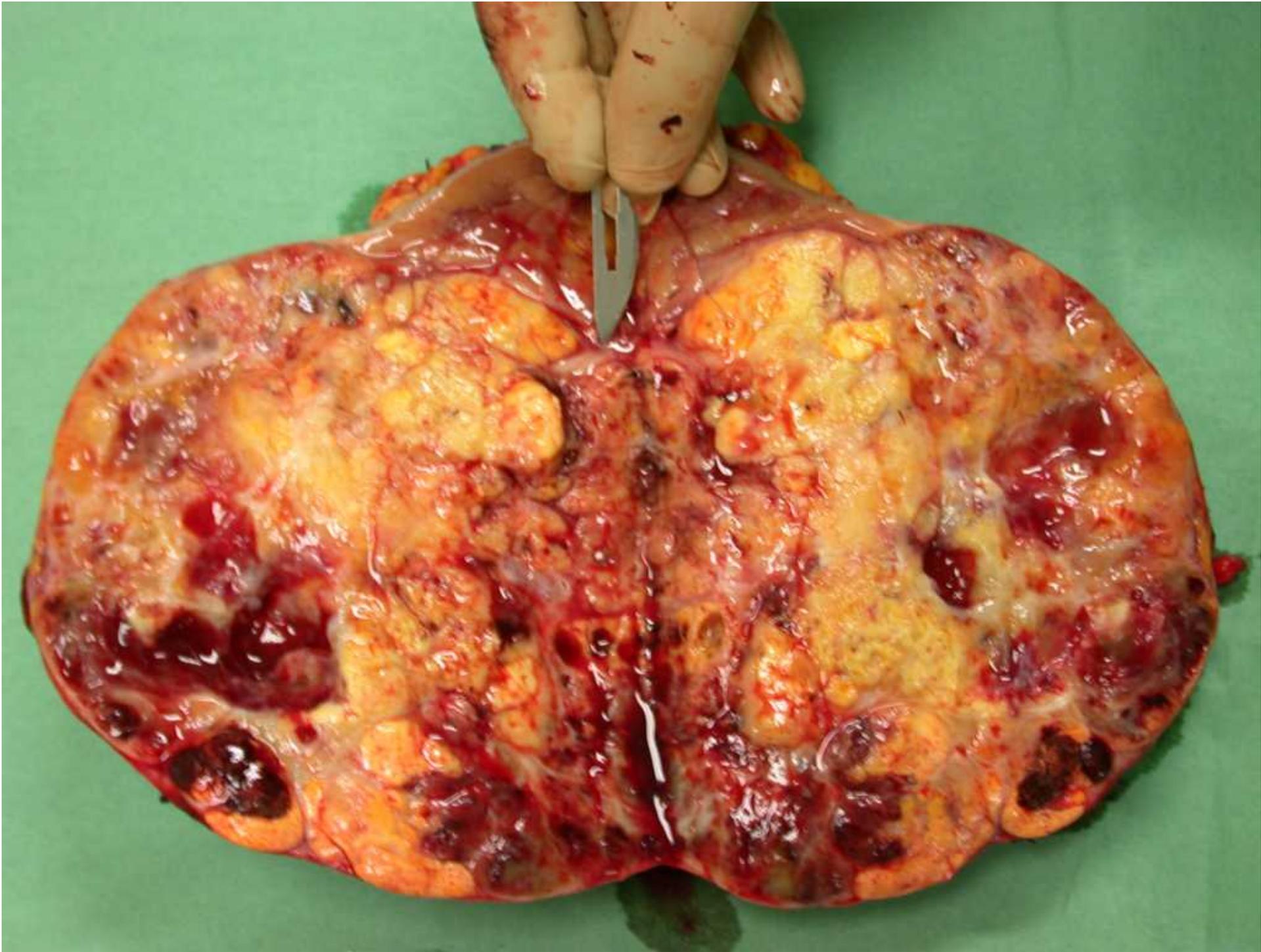
Large
7.0mm/1:1

Medscape ©

<http://www.medscape.com>







PATOLOGIA DUODENALE

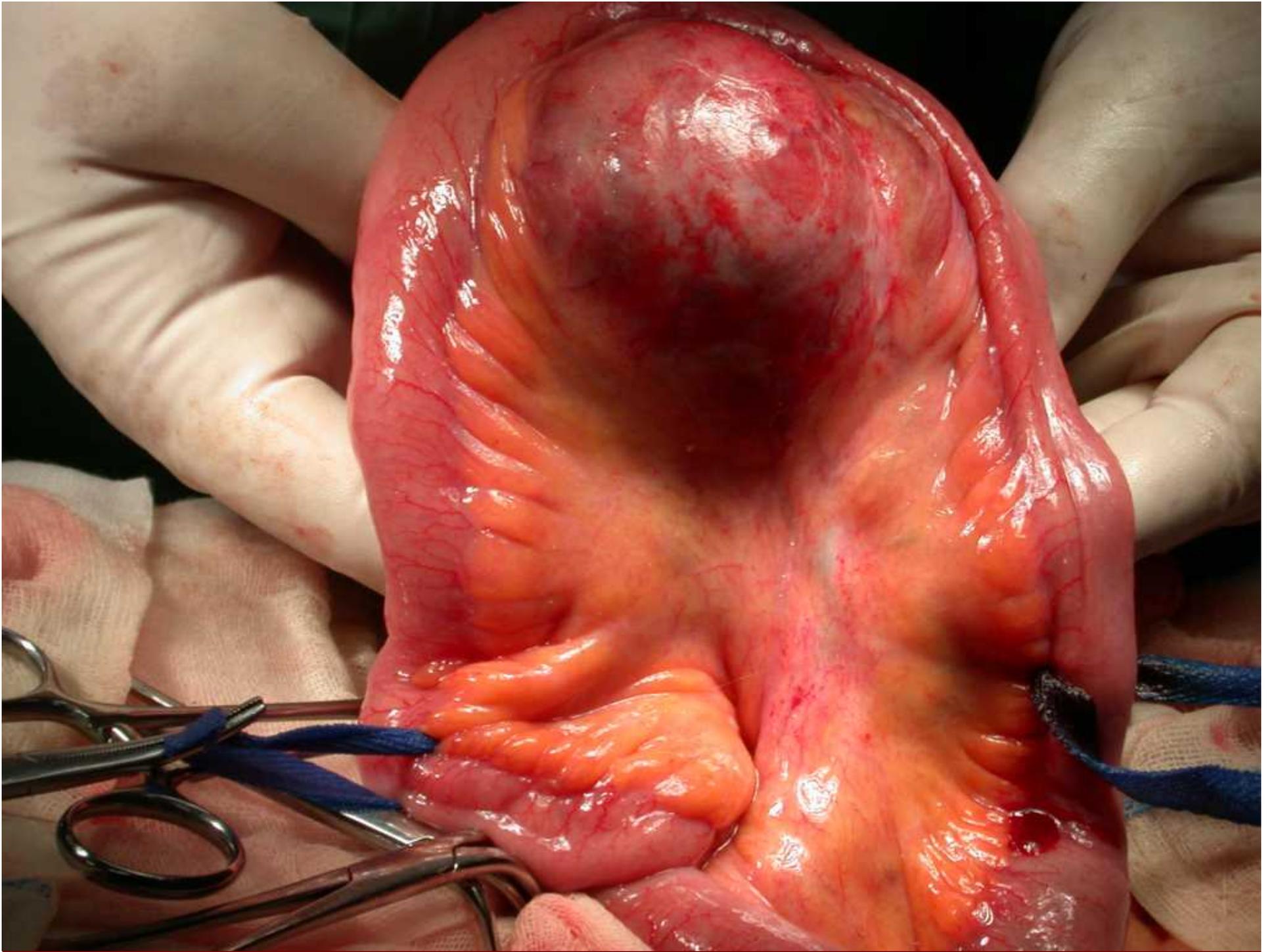
- Ulcera duodenale perforata coperta

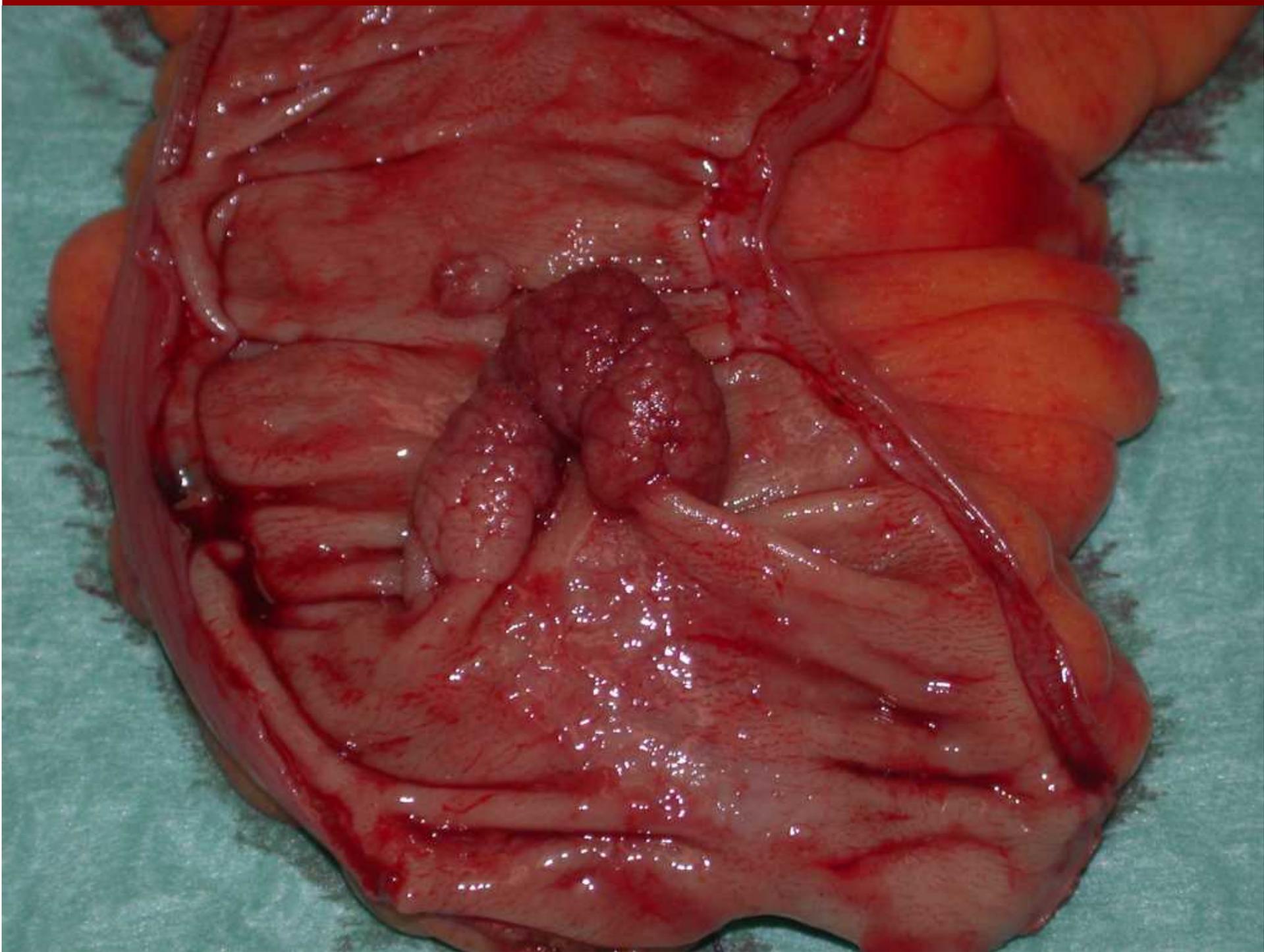
PATOLOGIA EXTRA-ADDOMINALE

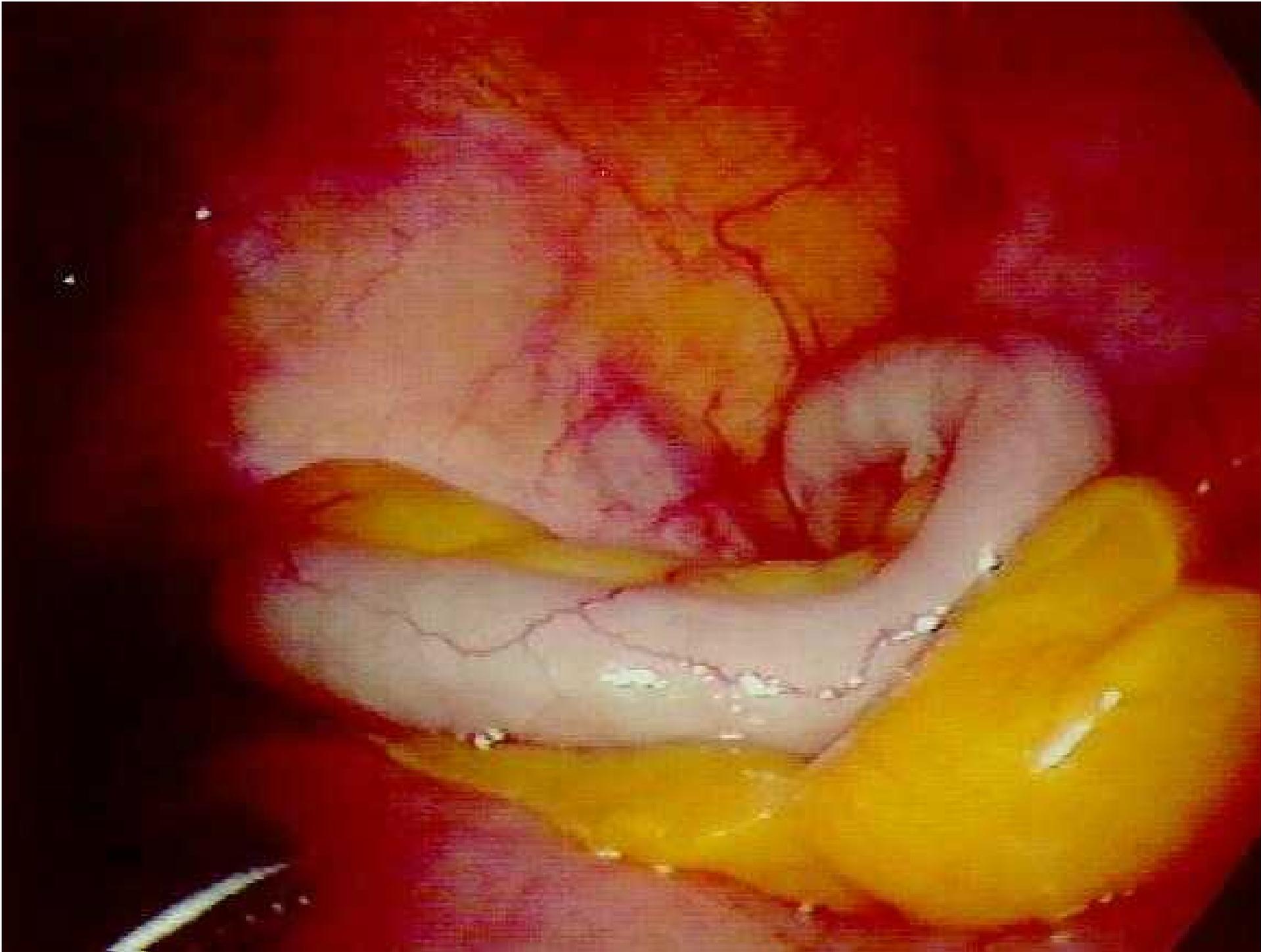
- Pleuropolmonite basilare destra

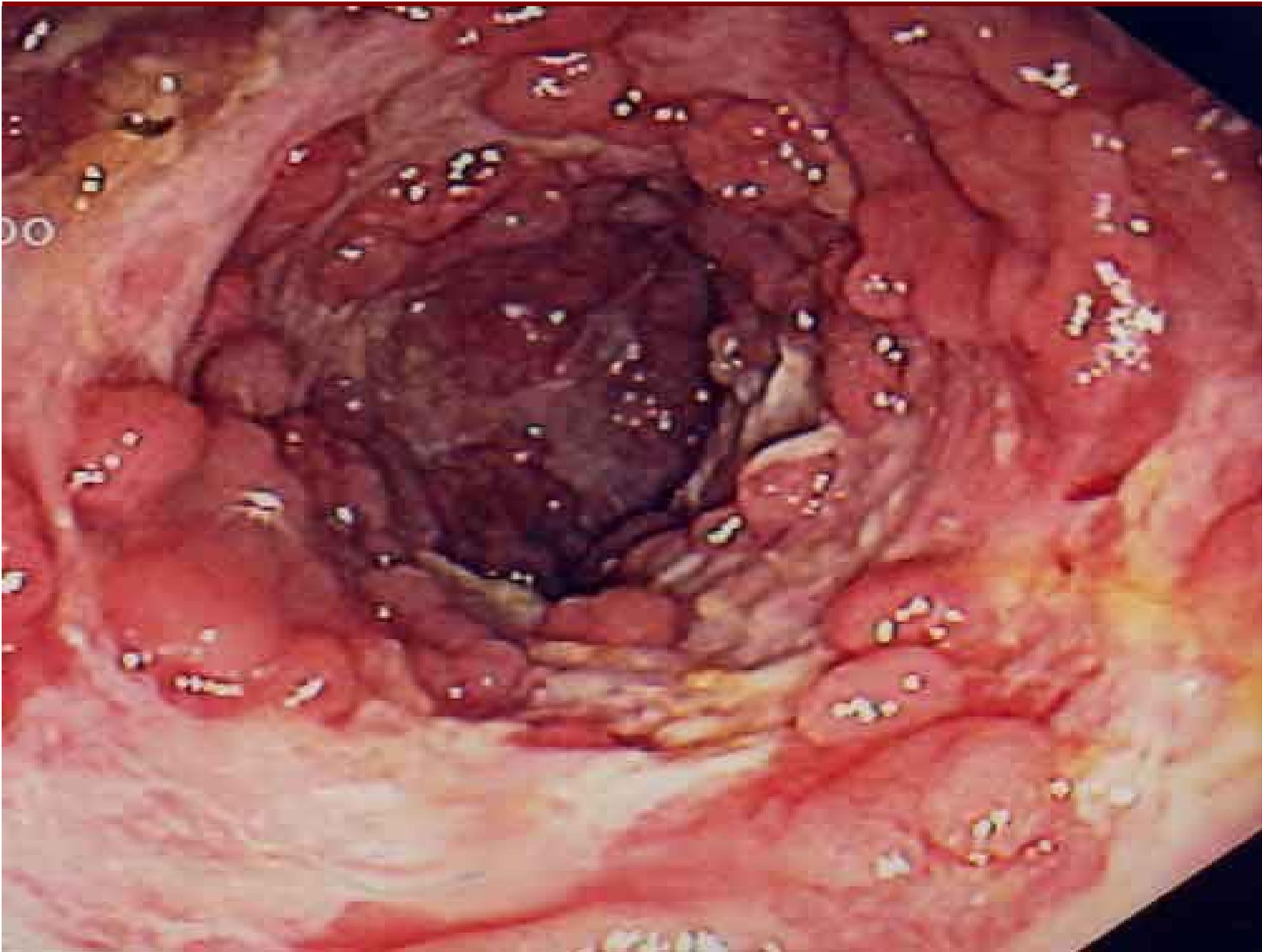
FOSSA ILIACA DESTRA

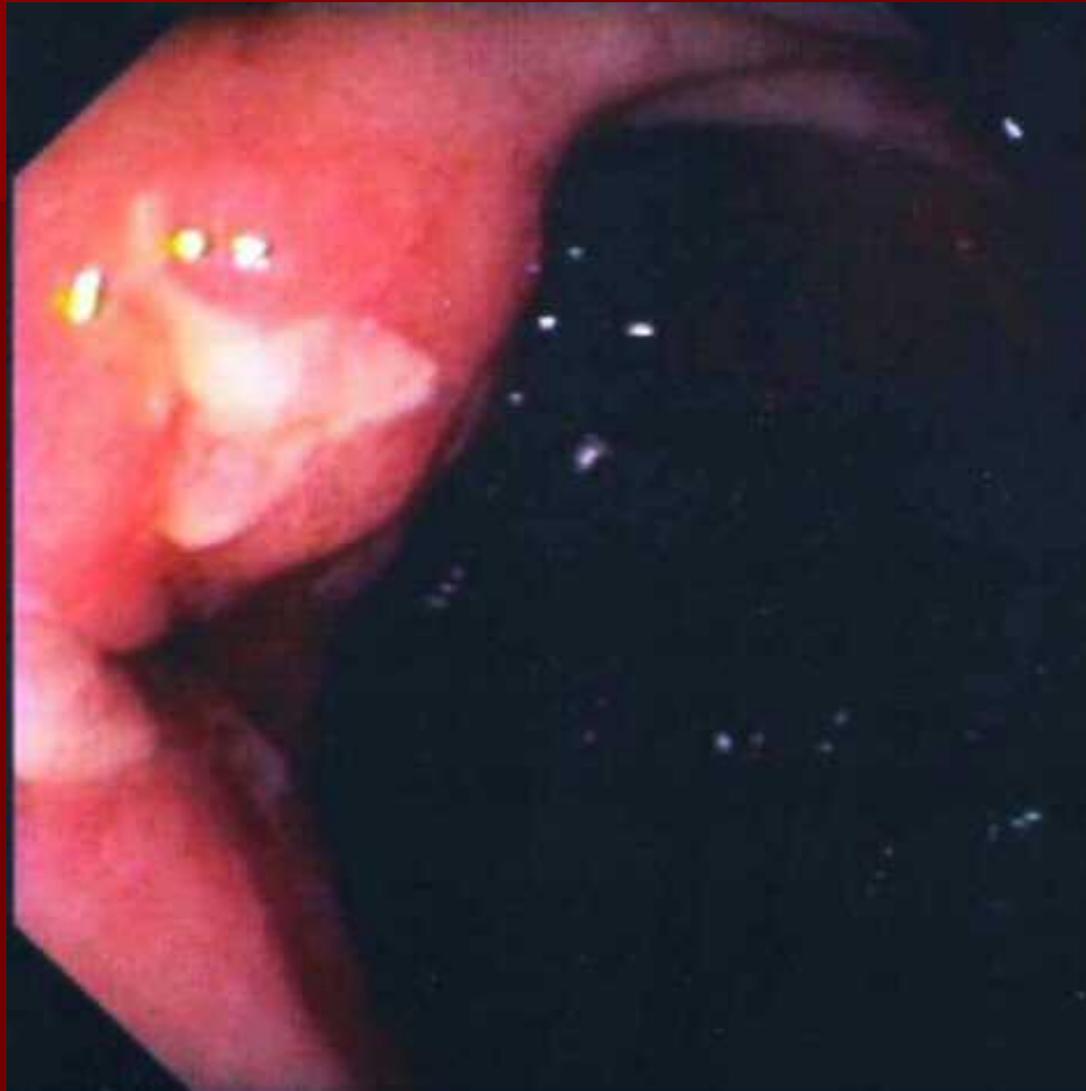
- Appendicite acuta
- Linfadenite mesenterica acuta
- Ileite terminale
- Tumori ileo-cecali
- Occlusione del colon sinistro
- Diverticolo di Meckel
- Ulcera gastroduodenale perforata







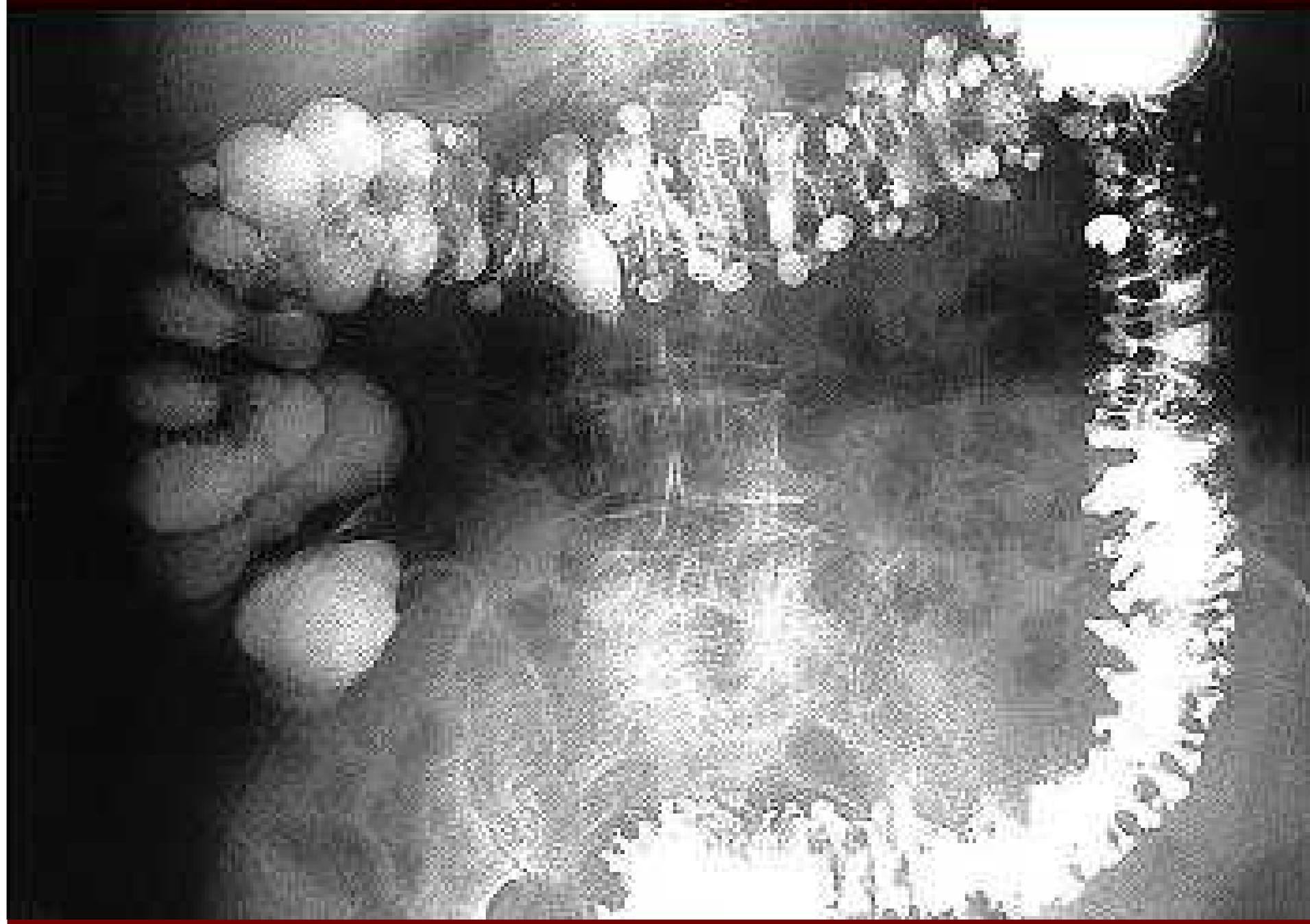




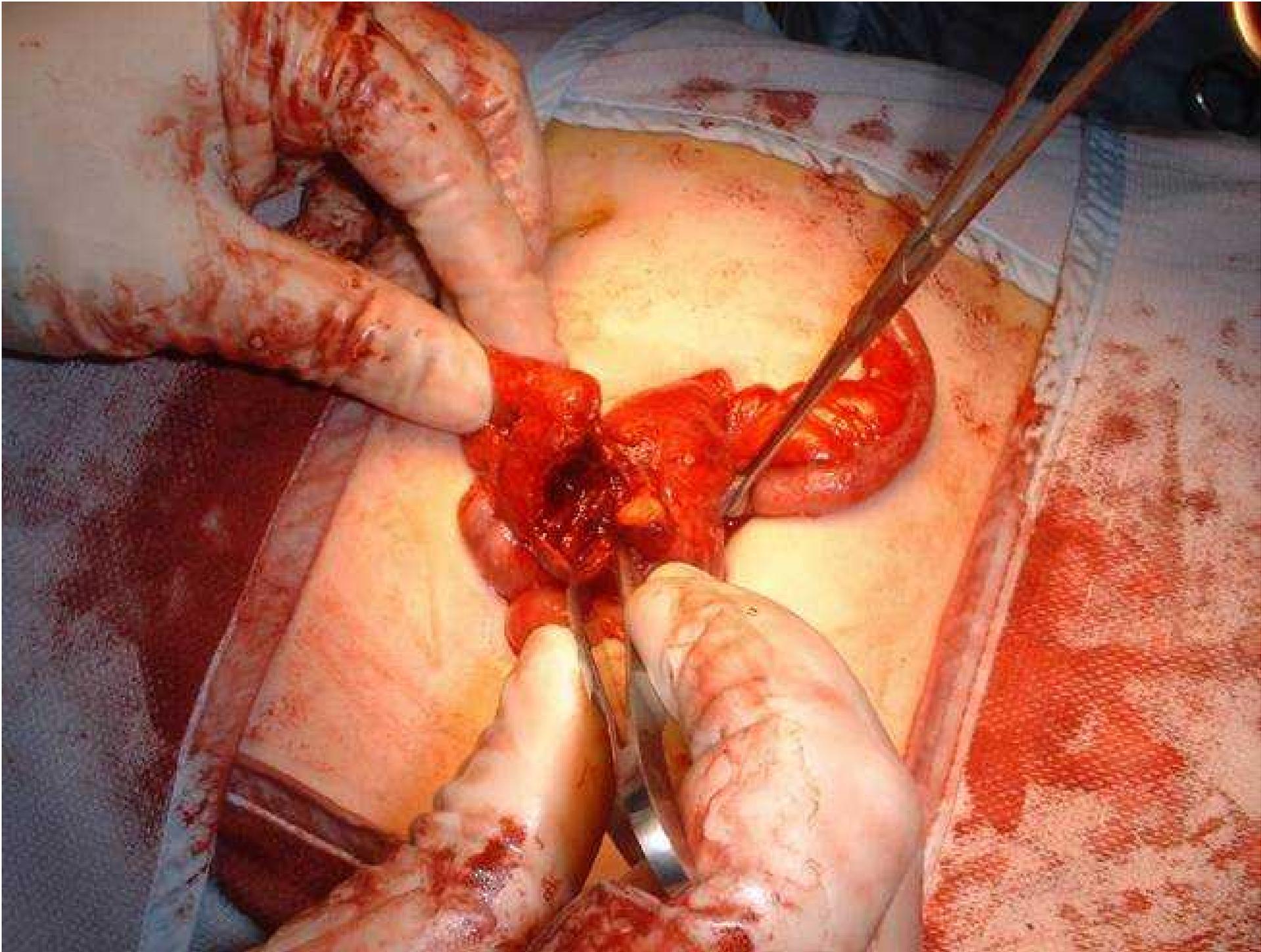


FOSSA ILIACA DESTRA

- Diverticolite del grosso intestino
- Pelviperitonite da salpingite acuta
- Patologia ovarica
- Gravidanza tubarica
- Patologia urologica

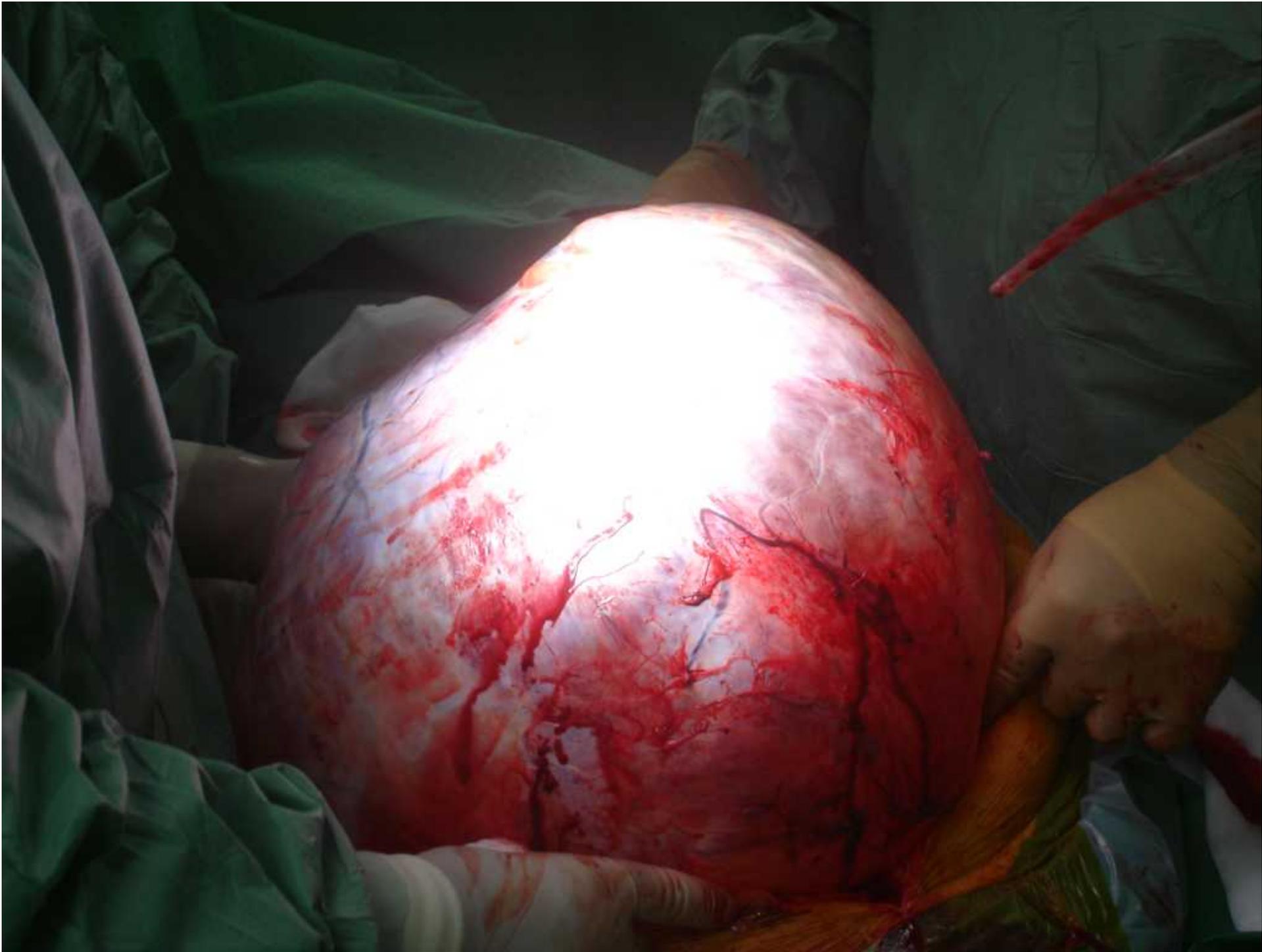


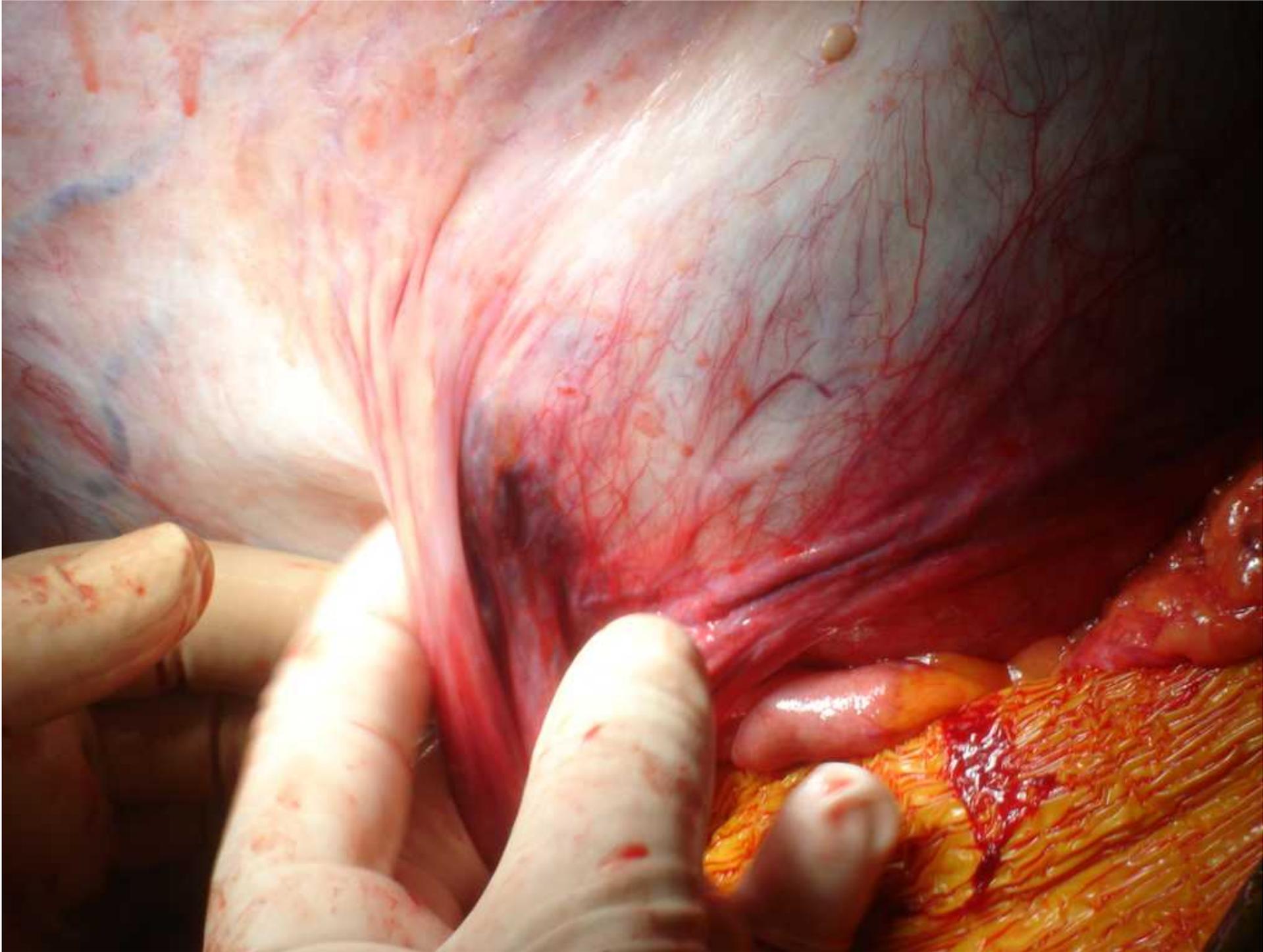












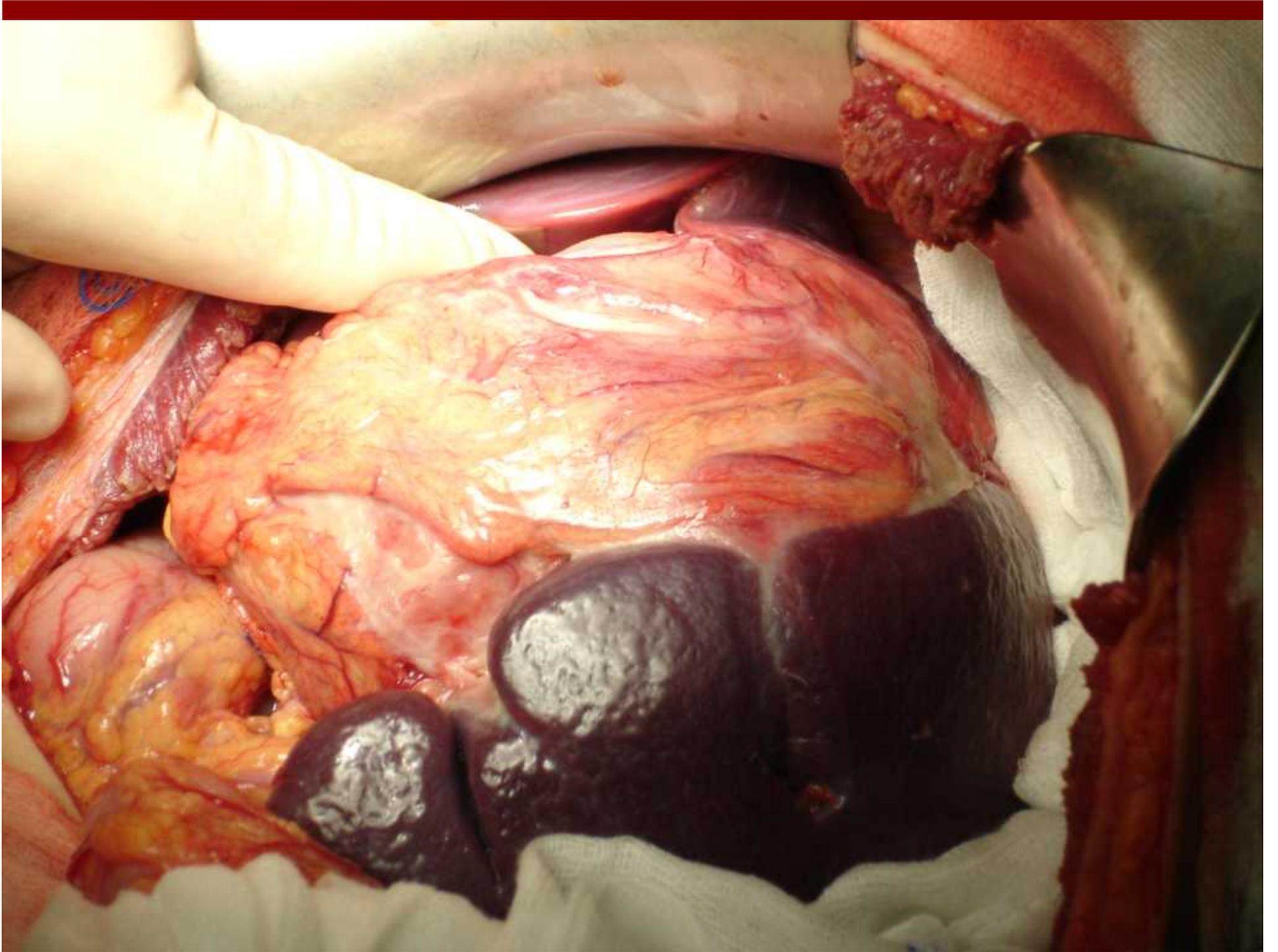


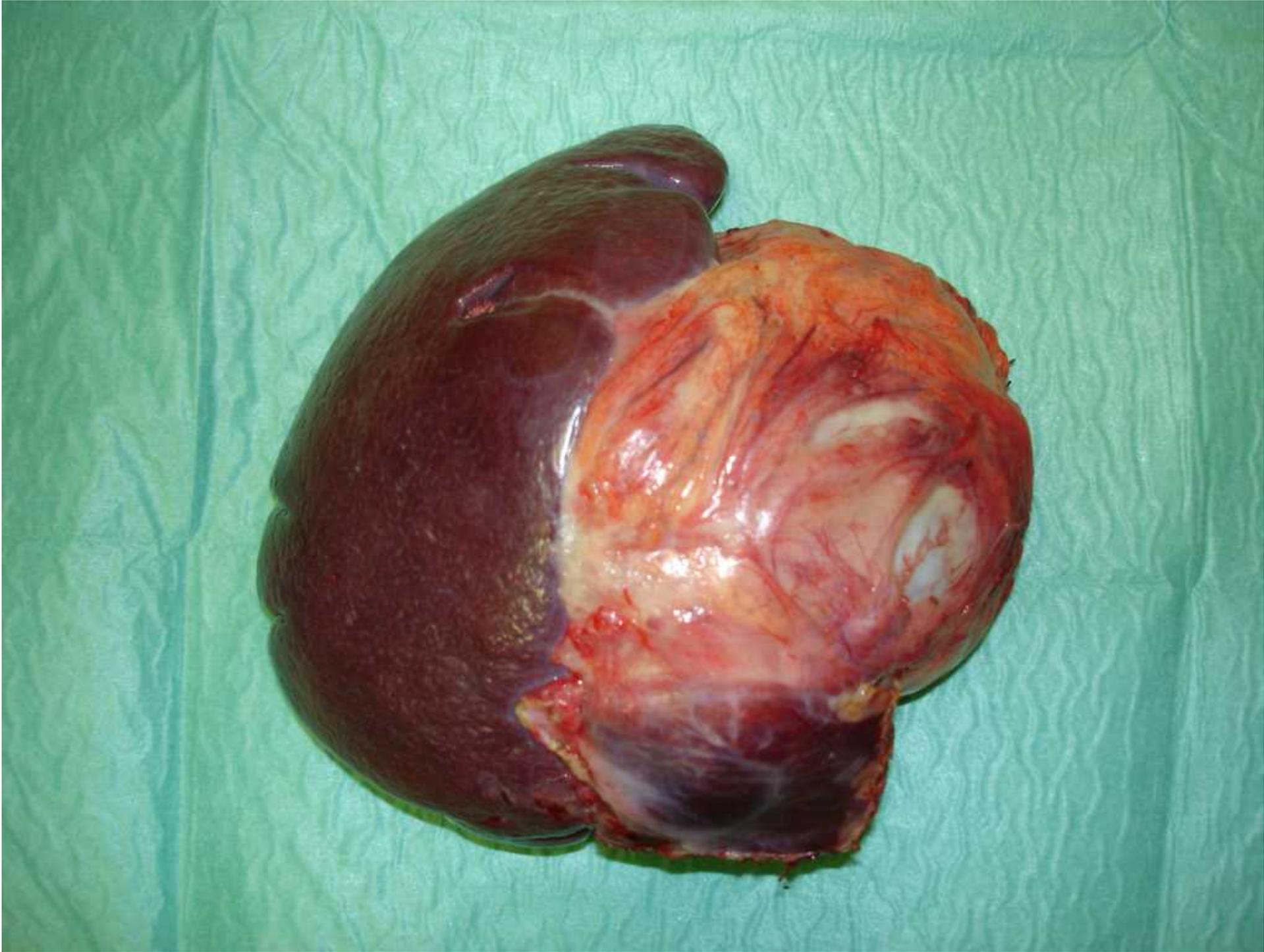
EPI-MESOGASTRIO

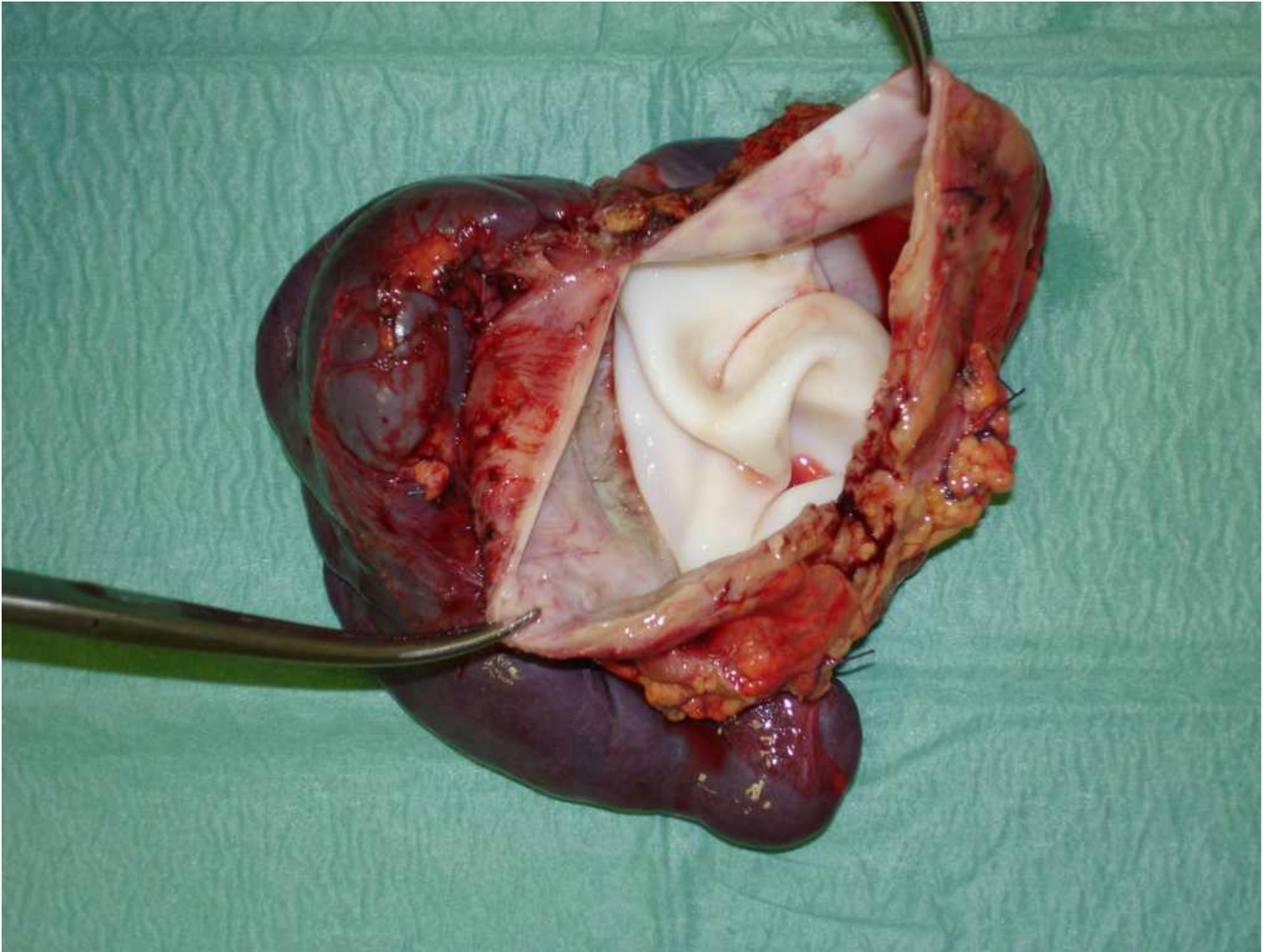
- Ulcera gastroduodenale
- Pancreatite acuta
- Infarto intestinale
- Strangolamento di un'ansa intestinale
- Aneurisma addominale
- Enterocoliti acute
- Patologia extra-addominale (infarto p.-i.)

IPOCONDRIO SINISTRO

- Distensione acuta della capsula splenica
- Infarto splenico
- Aneurisma arteria splenica in rottura
- Pancreatite acuta a localizzazione prevalentemente caudale
- Tumore dell'angolo sinistro del colon
- Patologia non addominale (infarto p.-i. o pleuropolmonite basilare sn.)









FOSSA ILIACA SINISTRA

- Diverticolite
- Tumore del sigma
- Colite
- Volvolo del sigma
- Patologia urologica o ginecologica

IPOGASTRIO

- Ritenzione acuta d'urina
- Cistite
- Calcolosi vescicale
- Tumori vescicali
- Colica uterina
- Pelviperitonite da annessite acuta

DOLORE ADDOMINALE DIFFUSO

- Occlusione intestinale
- Colon irritabile
- Entero-coliti infettive
- Ileo paralitico
- Patologia sistemica o extra-addominale (intossicazioni da piombo, abuso di oppiacei, porfiria acuta, acidosi diabetica, ecc.)

Caso clinico n. 1

- Donna di 87 aa.
- Dolore addominale diffuso con insorgenza improvvisa in regione epigastrica
- Ingresso al Pronto Soccorso ore 19
- Rx Addome negativo per livelli ed aria libera
- Eco Addome negativa
- Ingresso in Reparto ore 23
- E.O.:Dolorabilità diffusa con iniziali segni di difesa

Caso clinico n. 1

Terapia conservativa :

- **Copertura antibiotica**
- **Idratazione e reintegro elettrolitico**

Caso clinico n. 1

- Ore 7 contrattura addominale diffusa
- Rx Addome: "...minima falda di pneumoperitoneo..."
- Intervento chirurgico



Perforazione di diverticolo del sigma semicoperta



Resezione del sigma sec. Hartmann

Caso clinico n. 2

- Uomo di 43 aa.
- Da circa 7 gg. dolore addominale ai quadranti inferiori
- Per esacerbazione del dolore e vomito accesso al P.S. alle 23
- Rx Addome ed Ecografia negative
- E.O. all'ingresso ore 2: dolorabilità con segni di difesa ai Q. inf. prevalentemente a dx

Caso clinico n. 2

- E.O. ore 8 invariato
- Comparsa di febbre 38°
- G.B. da 9500 a 17000



Intervento chirurgico

Caso clinico n. 2

Accesso di Mc Burney

Ceco, anse di tenue, sigma ispessiti, edematosi, conglutinati

in un blocco fisso, circoscrivente una voluminosa cavità ascessuale

da cui esita una notevole quantità di pus

Caso clinico n. 2

Accesso mediano

- Evidenziazione e drenaggio di una voluminosa cavità ascessuale compresa tra ceco, anse di tenue, sigma e vescica.
 - Appendice gangrenosa tra frange epiploiche del sigma ispessite e parzialmente necrotiche (Lesione parietale ???)
- ↓
- Appendicectomia e drenaggi (Resezione ileo-cecale + Hartmann?!?)

Caso clinico n. 3

- Donna di 90 aa.
- Ricovero con diagnosi di voluminosa neoplasia rettale stenosante
- Dolori addominali ai quadranti inferiori e alvo chiuso a feci e gas
- Rx addome: minimi livelli idro-aerei del tenue

Caso clinico n. 3

Esplorazione rettale



**Voluminosa formazione cilindrica ricoperta da mucosa
con estremita' di consistenza dura con
ombellicatura centrale**

?

Caso clinico n. 3

Endoscopia



Intervento chirurgico in urgenza