

XV CONGRESSO REGIONALE SIMEU CAMPANIA, 24-25 OTTOBRE 2018, CASTELLAMMARE DI STABIA (NA)

IL DOLORE ADDOMINALE IN PS: ELABORAZIONE DI PERCORSI DI DIAGNOSI E CURA : DUE CASI PARADIGMATICI

Ferro G, La Mura F, Casillo A, D'Ambrosi A, Bevilacqua A, Pelo R, Aitella E, Serretiello C, Esposito G.
UOC di MCAU del DEA I livello Nocera-Pagani-Scafati -ASL/SALERNO
Santoro G, Torsiello N, De Giorgi M, Vitagliano M. (corso medicina di base)

Caso 1: B.E. Donna di anni 20 si presenta in PS per dolore addominale diffuso, prevalentemente epigastrico, nausea, un episodio di vomito nel pomeriggio ed inappetenza. In anamnesi gastrite non meglio specificata e MRGE per cui pratica terapia saltuaria con IPP alla riacutizzazione della sintomatologia. All'esame obiettivo la paziente vigile, collaborante, orientata, apiretica. Mucose aride. Habitus ansioso. GCS 15. Non evidenti deficit neurologici di lato. Non segni meningei. MV presente su tutti gli ambiti, non rumori patologici aggiunti Addome trattabile, dolente e dolorabile diffusamente, soprattutto in epigastrio. Peristalsi valida, alvo aperto. Toni cardiaci puri, pause ritmiche, polsi periferici normosfigmici e simmetrici PA: 120/80 mmHg FC: 100 bpm ritmico SatO2 in AA: 99%, FR: 26a/min. PRATICA ZANTAC 2 FL IN 250 cc di NaCl 0,9% ev e a seguire NaCl 0,9% 500 cc 1 fl ev. La paziente effettua prelievi ematochimici d'urgenza, ecografia addominale ed EGA. La sintomatologia migliora molto con la terapia, l'ecografia addome risulta normale ma l'EGA mette in luce il quadro morboso alla base (Fig. 1): **CHETOACIDOSI DIABETICA** manifestatasi come dolore addominale diffuso.

L'emogasanalisi, richiesta per valutare l'assetto idroelettrolitico e la perdita di acidi in una paziente che aveva riferito dolore addominale e vomito (ci saremmo aspettati una alcalosi metabolica e ipoventilazione all'esame obiettivo), ha invece mostrato una acidosi metabolica ad ANION GAP aumentato, l'iperglicemia come condizione alla base del disturbo, e ci ha permesso di dare la giusta interpretazione alla polipnea come meccanismo di compenso piuttosto che come Habitus ansiogeno.

Dopo il risultato dell'EGA viene chiesto alla paziente se avesse notato un incremento della diuresi che la stessa conferma, ritenendolo tra l'altro normale in relazione ad un aumento della sete negli stessi giorni.

Viene reperito un secondo accesso venoso.

Si praticano alla paziente 8 UI di insulina rapida ev in bolo, a seguire 2 UI/h di insulina in infusione endovenosa. Attraverso il secondo accesso si pratica NaCl 0,9% 1000 cc, Potassio aspartato 20 mEq in 100 CC di NaCl 0,9% a 20 ml/h ev.

SI DECIDE PER RICOVERO IN MEDICINA GENERALE DA DOVE SARA' DIMESSA CON DIAGNOSI DI DIABETE MELLITO TIPO I

La chetoacidosi diabetica è una delle condizioni che possono determinare dolore addominale non correlato a patologia di interesse chirurgico ma a un disturbo metabolico (Fig.2)

Siringa - Arterioso			
pH	7.118		11
pCO ₂	8.9	mmHg	11
pO ₂	126.8	mmHg	1
Hct	42	%	
Na	144.3	mmol/L	
K	3.92	mmol/L	
Cl	114.9	mmol/L	
Ca	1.35	mmol/L	
Glu	362	mg/dL	1
Lac		Pandenza	

Cubolati			
pH T	7.118		
pCO ₂ T	8.9	mmHg	
pO ₂ T	126.8	mmHg	
HCO ₃	2.9	mmol/L	
TCO ₂	3.2	mmol/L	
BE-ecf	-26.7	mmol/L	
BE-b	-23.2	mmol/L	
SBC	8.5	mmol/L	
O ₂ CI	19.5	mL/dL	
O ₂ Cap	19.6	mL/dL	
AlveolarO ₂	137.2	mmHg	
AaDO ₂	8.3	mmHg	
a/A	0.9		
RI	0.1		
PO ₂ /PIO ₂	616.4	mmHg	
SO ₂ %	97.5		
Hb	14.1	g/dL	
AnionGap	30.4	mmol/L	
nCa	1.17	mmol/L	

Fig.1



Fig.2

Caso 2: R.M.P. Donna di anni 29 si presenta in PS per dolore addominale diffuso da qualche giorno accompagnato da diarrea (circa 3 evacuazioni/die) che la paziente trattava con fermenti lattici. In anamnesi piastrinopenia di ndd esordita all'età di 21 anni per cui lo specialista ematologo dell'epoca aveva consigliato monitoraggio nel tempo. All'esame obiettivo la paziente appare vigile, collaborante, orientata, apiretica. GCS 15. Non evidenti deficit neurologici di lato. Non segni meningei. MV presente su tutti gli ambiti, non rumori patologici aggiunti. Addome trattabile, dolente diffusamente ma non dolorabile alla palpazione. Peristalsi valida. Toni cardiaci puri, pause ritmiche, polsi periferici normosfigmici e simmetrici, PA: 120/80 mmHg, FC: 70 bpm ritmico, SatO2 in AA: 98%, FR: 14a/min. In PS pratica esami ematochimici di routine che mostrano all'emocromo piastrinopenia e leucopenia (GB 2,82) con linfocitosi relativa, rx del torace che risulta negativo ed ecografia addominale che evidenzia milza megalica e linfonodi di aumentate dimensioni, soprattutto in regione paraortica. La paziente riferiva di aver già riscontrato tale quadro emocromocitometrico in passato in occasione di controlli di routine per febbre persistente per cui era stata posta diagnosi presuntiva, dal proprio Medico di Base, di mononucleosi (esiti?). Il quadro generale ci indirizza, associato anche all'imaging ecografico, verso un problema di verosimile origine ematologica per cui la paziente viene inviata in consulenza il giorno successivo per la presa in carico. In ematologia la paziente effettua aspirato midollare (negativo) e biopsia linfonodale che evidenzia linfociti B al di sotto della soglia di valutabilità. Nel sospetto di malattia linfoproliferativa l'ematologo richiedeva PET-TC che evidenziava un quadro che in prima battuta confermava tale sospetto (Fig.3)

Il quadro clinico, però, rivalutato dall'ematologo alla luce del dosaggio delle immunoglobuline sieriche spinge quest'ultimo a richiedere un consulto immunologico presso il policlinico Federico II di Napoli dove una rivalutazione specialistica porta a formulare la diagnosi di: « Immunodeficienza comune variabile a fenotipo clinico caratterizzato da iperplasia linfocitaria policlonale » che viene trattata con infusione di immunoglobuline umane con sostanziale miglioramento delle condizioni cliniche della paziente.

L'immunodeficienza Comune Variabile nel 57% dei casi può esordire con un quadro di dolore addominale legata all'enterite determinata dall'atrofia dei villi intestinali da infiammazione cronica (Fig 4)

PET-TC globale corporea

Glicemia: 93 mg/dL
Radiofarmaco: 18F-FDG
Attività somministrata s.v.: 300 MBq

Riferito

Le immagini, nei limiti del potere risolutivo della metodica (5 mm), documentano la presenza di plurime aree focali di incremento dell'attività metabolica di FDG in corrispondenza di numerose stazioni linfonodali addominali, perigastriche (SUV max 5.10), dell'ilo splenico e retroperitoneali (SUV max 5.88).
Piccola stazione linfonodale laterocervicale inferiore di destra (SUV max 4.93) e del cavo ascellare di destra, caratterizzata da moderato accumulo di FDG (SUV max 3.45).
Lieve splenomegalia (lung. 14 cm ca).

CONCLUSIONI: studio PET compatibile per lesioni eteroproliferative nelle sedi descritte.

Fig.3

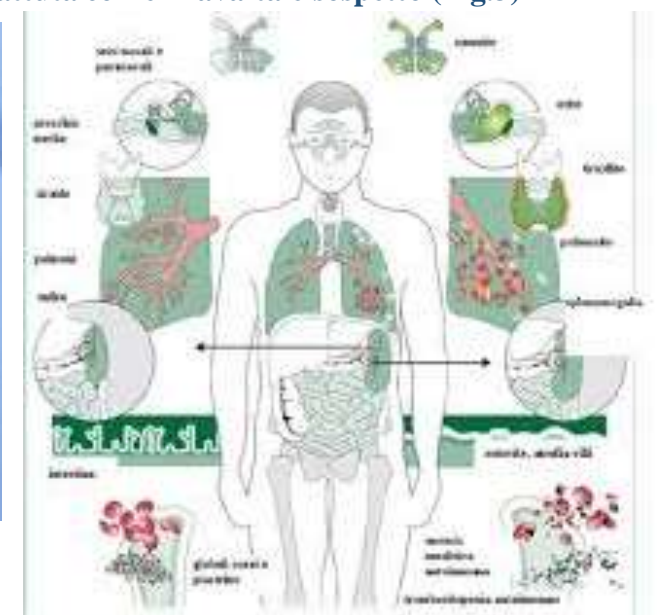


Fig.4

Conclusioni: Il dolore addominale si conferma una delle più frequenti cause di accesso in Pronto Soccorso. Nonostante i progressi scientifici e tecnici in ambito medico, molto spesso in emergenza, esclusa la necessità di intervento chirurgico, non si giunge ad una diagnosi precisa ed il paziente viene dimesso con una diagnosi aspecifica di dolore addominale. Alla base di tale fenomeno è la tendenza ad inquadrare il dolore addominale, già dal processo di triage, come una patologia squisitamente chirurgica, affidando poi il paziente ad un'area chirurgica piuttosto che ad una area medica, inducendo il medico ad escludere altre cause di dolore addominale come alcune patologie mediche in cui il dolore addominale può rappresentare la punta dell'iceberg.

I casi clinici proposti ci suggeriscono, di fronte al paziente con dolore addominale, di escludere la patologia chirurgica in emergenza e in parallelo di procedere nella ricerca delle cause sottostanti di patologia medica, che possono rivestire carattere di urgenza come il primo caso, o richiedere l'affidamento del paziente ad altre UO, che completeranno il percorso di diagnosi e cura partendo dagli indizi e certezze raccolte dal medico "unico" di emergenza.

Nella ASL/SA, con il vigente Atto Aziendale, sono state istituite le UOC e le UOSD di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza, dove lavora il medico "unico" di emergenza, pertanto l'approccio al dolore addominale sta perdendo l'impostazione "chirurgica" e viene valutato dal medico dell'urgenza come sintomo di patologia.

Il processo di introduzione del medico "unico" nella UOC di MCAU del PO "Umberto I", dove preesistevano il chirurgo e l'internista d'urgenza, è in fase avanzata, con la scomparsa quasi completa della figura del chirurgo, pur nel rispetto di attitudini e competenze preesistenti. Il processo di introduzione della figura del "medico unico di emergenza" nella nostra realtà ha previsto anche la collocazione del medico di emergenza preospedaliera, funzionalmente affidato alla UOC di MCAU, come auspica il Piano Regionale Ospedaliero.