



Appropriatezza delle scelte nel dolore addominale acuto. Incontro con l'esperto

**Presentazione di 2 casi clinici:
più dubbi che certezze**



G. Esposito

1° Caso Clínico

...ore 14.42 di un Venerdì di febbraio 2014



....valutazione medica ha inizio alle ore 15.32

Dolore Mesogastrio/fianco destro
Irradiazione inguinale omolaterale
(NRS 2)

ad esordio improvviso
Continuo
non associato a disturbi dell'alvo

Medesimo Dolore **mercoledì precedente**

Anamnesi

- **Ipertrigliceridemia** in approccio dietetico
- **Colica renale sinistra** non complicata nel 2000

- **Appendicectomia** nel 1993
- **Cesareo** nel 1998

Esame obiettivo

- ABC nella norma.
- Apiretica (36,9 ° C)
- Addome trattabile, **dolente mesogastrio e al fianco destro**, peristalsi presente, non evidenti segni di peritonismo.

Gravitest

- Negativo

Stick urine

- Negativo per ematuria
- **Positivo** per leucociti, nitriti

Ega venoso

- elettroliti nella norma, creat 0,94, lact 0,9 mmol/l

Emocromo con formula , PCR

Trattata :
Ketorolac 30 mg ev

Richiesti :
Valutazione ginecologica
Rx Addome

<i>Esame</i>	<i>Esito</i>	<i>U.M.</i>	<i>Intervalli di riferim</i>
Esame Emocromocitometrico			
Globuli Bianchi	10.18	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 11.00
Globuli Rossi	4.97	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4.60 - 5.60
Emoglobina	14.8	g/dL	14.0 - 18.0
Ematocrito	46.5	%	40.0 - 50.0
MCV	93.5	fL	80.0 - 94.0
MCH	29.8	pg	27.0 - 32.0
MCHC	31.8	< g/dL	32.0 - 35.0
RDW (CV Distrib. Vol. Eritrocitari)	13.1	%	11.0 - 14.0
Piastrine	232	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 400
Proteina C reattiva	1.60	ng/L	0.00 - 5.00

Visita ginecologica

Ciclo in fase proliferativa

Ecografia transvaginale: minima falda di liquido anecogeno nel Douglas

Conclusione: Non evidenti acuzie ginecologiche

Dalla ginecologia alla Radiologia :

L'Rx addome



Rx addome - 88.19

2p

Non distensioni, livelli, aria libera.

...al rientro in PS....

Paziente paucisintomatica (NRS 3)

Trattenuta in **Osservazione in Ps** e lasciata in
consegna al turno successivo

ore 20.30

... recrudescenza del dolore (NRS 8)

Dolore **continuo** diffuso

morfina solfato in bolo ev

Addome poco trattabile in fossa iliaca destra, **blumberg positivo**

Ripete EGA venoso : **lact 0,8 mmol/l**

Ecografia addominale point-of-care: versamento anecogeno nel Douglas , in perisplenica e nel cavo del Morrison. Liquido tra le anse. Immagine d'anse distese tra l'ileo psoas destro e i vasi iliaci

Il medico più bravo è sempre l'ultimo

R. Giunta

Tc addome con mdc

Visita chirurgica

Tavolo operatorio

Per sofferenza **ischemica dell'ultima ansa** del tenue
da briglia

Domande

l'uso di un **oppioide** in fase acuta avrebbe inficiato la valutazione clinica dell'addome?

No

In contrast to the **beliefs and fears**, **Several studies** (*Attard et al., 1992; Pace and Burke, 1996; LoVecchio et al., 1997; Vermeulen et al., 1999; Mahadevan and Graff, 2000; Thomas et al 2003; Gallagher et al., 2006; Amoli et al., 2008*) and one **Cochrane review** (*Manterola et al., 2011*),

have demonstrated that administering ***analgesia for acute abdominal pain is appropriate prior to the diagnosis regardless of the aetiology of the abdominal pain.***

Quali ***analgesici non steroidei*** hanno un ruolo nel trattamento del dolore addominale ?

Meglio gli **analgesici acidi** (*FANS*) o i **non acidi** (*paracetamolo e dipirone*)?

In contrast to the majority of the non-opioid analgesics currently available, **paracetamol** and dipyrrone can be administered *parenteral* with *rapid onset of action*, and **thereby represent the two preferable non-opioid analgesics in patients with acute abdominal pain.**

Domande aperte

- Quanto è importante **l'intensità del dolore** e il suo **andamento** nel tempo nell'orientamento diagnostico ?
- Che ruolo hanno gli **esami ematochimici** nella valutazione diagnostica e prognostica del dolore addominale ?
- E l' **Imaging** (Ecografia vs Rx addome)?

2° Caso Clinico

... Aprile 2016

Uomo
38 anni

Dolore in ipogastrio/fossa iliaca sinistra
(NRS 4)

Ad esordio subdolo/Continuo

Anamnesi

- Nessun intervento chirurgico
- **Episodi analoghi** negli anni precedenti, tutti autolimitati con terapia sintomatica in 7 – 10 giorni

Esame obiettivo

- ABC nella norma.
- **Febbricola** (37,3 ° C)
- Addome trattabile, **dolente ipogastrio/fossa iliaca sinistra**, peristalsi presente, **dubbio blumberg**

Stick urine

- Negativo per ematuria ,
- **Positivo** per leucociti, nitriti

Osservazione ecografica mirata : assente liquido libero e nei recessi addominali , qualche **ansa distesa in ipogastrio**

Richiesti :

Emocromo con formula leucocitaria
PCR

Esame

Esito

U.M.

Intervalli di riferimento

Esame Emocromocitometrico

Globuli Bianchi	9.43	$\times 10^3/\mu\text{L}$	4.00 - 11.00
Globuli Rossi	4.94	$\times 10^6/\mu\text{L}$	4.60 - 5.60
Emoglobina	13.7	< g/dL	14.0 - 18.0
Ematocrito	43.2	%	40.0 - 50.0
MCV	87.5	fL	80.0 - 94.0
MCH	27.8	pg	27.0 - 32.0
MCHC	31.7	< g/dL	32.0 - 35.0
RDW (CV Distrib. Vol. Eritrocitari)	14.5	> %	11.0 - 14.0
Piastrine	181	$\times 10^3/\mu\text{L}$	150 - 400

Formula Leucocitaria

Neutrofili %	84.1	%	
Linfociti %	8.8	%	
Monociti %	6.8	%	
Eosinofili %	0.2	%	
Basofili %	0.2	%	
Neutrofili	7.93	> $\times 10^3/\mu\text{L}$	2.00 - 7.50
Linfociti	0.83	< $\times 10^3/\mu\text{L}$	1.00 - 4.00
Monociti	0.64	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0.10 - 1.00
Eosinofili	0.02	< $\times 10^3/\mu\text{L}$	0.04 - 0.65
Basofili	0.02	$\times 10^3/\mu\text{L}$	0.00 - 0.20

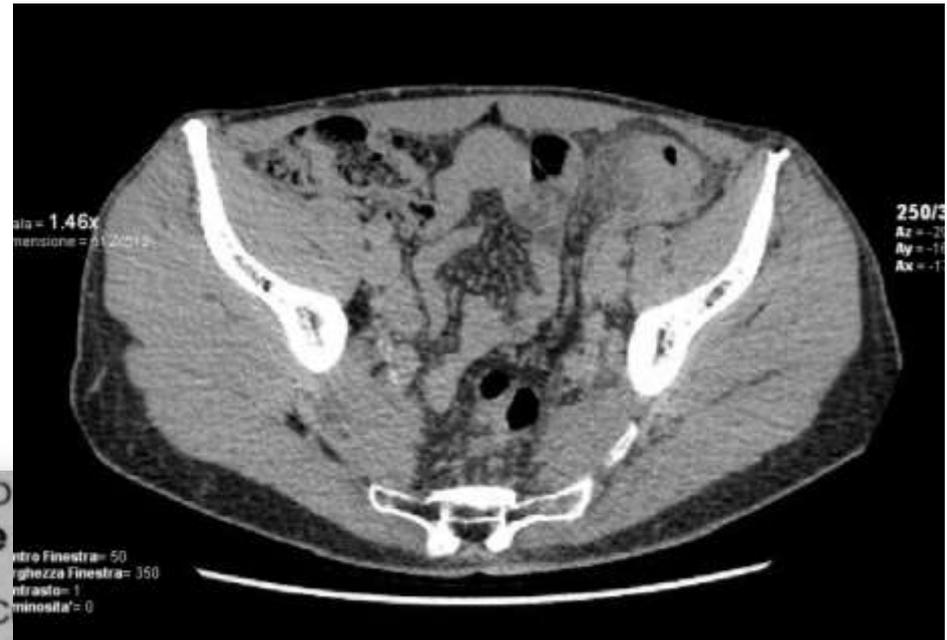
Formula Strumentale

Proteina C reattiva

53.50 > mg/L

0.00 - 5.00

Tc addome con mdc



Ricovero Ordinario AOU UD - Ricovero Ordinario AOU UD
Provenienza: **Medicina d'Urgenza - Ospedale**
c/o Seminterrato, Pad. 1 lato nord- Udine

Al medico C

Sede e data di esecuzione: **Udine - 14/04/2016**

TC addome completo con MdC - 88.01.6

Esame urgente richiesto per: sospetta diverticolite.

Indagine eseguita prima e dopo somministrazione e.v. di MdC (120 mL di Iomeprolo 350, al flusso di 3,5 mL/sec).

In relazione al quesito clinico, in fossa iliaca sinistra si apprezza **marcato ispessimento parietale concentrico del sigma con soffiatura del tessuto adiposo pericolico**, in un quadro di verosimile significato flogistico.

Multiple estroflessioni diverticolari del colon sigmoideo; regolare il tessuto adiposo pericolico in adiacenza, senza evidenza di raccolte peridiverticolari.

Diverticoliti acuta non complicata

Valutazione chirurgica

Abbondante idratazione

Terapia antibiotica

Ciprofloxacina (500 mg x 2)

metronidazolo (500 mg x 3)

Mesalazina

Per **10** giorni

Programmando un controllo a **10** giorni

... dopo 10 giorni

Paziente rientra **asintomatico**

Apiretico , riduzione significativa degli indici di **flogosi** (PCR 10)

Addome trattabile e una lieve dolenzia in fossa ilica sinistra ,
in assenza di segni di peritonismo

...un successo terapeutico

Confessioni di un paziente

Ciprofoxacina & Mesalazina
per **5** giorni

Ciclici di profilassi con *rifaximina*

Pancolonscopia ad almeno un **mese** d' evento

Domande

- È davvero stata utile la terapia antibiotica ?
- Ha un ruolo la mesalizina nella terapia delle diverticoliti acute ?
- Ha un ruolo la rifaximina nella profilassi delle recidive ?
- In un paziente così giovane serve davvero la colonscopia ?



Il mare delle incertezze

Table 3. AGA Recommendations on the Management of Acute Diverticulitis

Recommendation	Strength of recommendation	Quality of evidence
The AGA suggests that antibiotics should be used selectively, rather than routinely, in patients with acute uncomplicated diverticulitis.	Conditional	Low
The AGA suggests that colonoscopy be performed after resolution of acute diverticulitis in appropriate candidates to exclude the misdiagnosis of a colonic neoplasm if a high-quality examination of the colon has not been recently performed.	Conditional	Low
The AGA suggests against elective colonic resection in patients with an initial episode of acute uncomplicated diverticulitis. The decision to perform elective prophylactic colonic resection in this setting should be individualized.	Conditional	Very low
The AGA suggests a fiber-rich diet or fiber supplementation in patients with a history of acute diverticulitis.	Conditional	Very low
The AGA suggests against routinely advising patients with a history of diverticulitis to avoid consumption of seeds, nuts, and popcorn.	Conditional	Very low
The AGA suggests against routinely advising patients with a history of diverticulitis to avoid the use of aspirin.	Conditional	Low
The AGA suggests advising patients with a history of diverticulitis to avoid the use of nonaspirin NSAIDs if possible.	Conditional	Very low
The AGA recommends against the use of mesalamine after acute uncomplicated diverticulitis.	Strong	Moderate
The AGA suggests against the use of rifaximin after acute uncomplicated diverticulitis.	Conditional	Very low
The AGA suggests against the use of probiotics after acute uncomplicated diverticulitis.	Conditional	Very low
The AGA suggests advising patients with diverticular disease to consider vigorous physical activity.	Conditional	Very low



Antibiotics for Acute Uncomplicated Diverticulitis: Time for a Paradigm Change?



CrossMark

See Guideline on page 1944;
Technical Review on page
1950; and related commentary
by Robert M. Centor in *Annals
of Internal Medicine*. [http://
www.annals.org/article.aspx?
doi=10.7326/M15-2499](http://www.annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M15-2499)



Grazie per l'attenzione