

## L'ADDOME ACUTO

Il cosiddetto "**addome acuto**" è termine semeiologico, anzi sindromico, che indica un insieme di segni e sintomi derivanti da una grave malattia addominale, che coinvolge comunque il cavo peritoneale con il suo contenuto.

E' bene precisare che ora parleremo dell'**addome acuto chirurgico**, per il quale un provvedimento operatorio urgente può essere indicato; in seguito si farà cenno alle forme di **addome acuto non chirurgico** generalmente di competenza medica, per il quale un intervento chirurgico potrebbe essere non solo inutile, ma anzi dannoso.

### **Addome acuto chirurgico**

Il termine di addome acuto è adottato generalmente in via provvisoria. Infatti, poiché il quadro sindromico ha spesso una rapida evoluzione ingravescente e una storia naturale sfavorevole *quoad vitam*, non si ha generalmente molto tempo per una esatta definizione diagnostica. Questa spesso è soltanto approssimativa e l'approssimazione sarà tanto maggiore quanto maggiore sarà l'abilità della équipe medica.

I pazienti con addome acuto necessitano di provvedimenti terapeutici d'urgenza e tutto sommato la diagnosi deve approssimarsi almeno tanto da poter determinare:

- se il p. è da operare o no
- se il p. è da operare immediatamente
- se il p. può attendere un intervento differito.

I sintomi fondamentali dell'addome acuto sono:

- il dolore
- i segni generali soprattutto cardiovascolari
- le alterazioni della funzione intestinale
- i segni della compromissione peritoneale.

Il dolore è generalmente violento: è spontaneo (*dolenzia*), diffuso a tutto l'addome o localizzato; può avere irradiazioni caratteristiche.

Il dolore è esacerbato o provocato dalla palpazione anche

superficiale (*dolorabilità*).

Il dolore addominale aumenta con i movimenti del paziente che pertanto nell'addome acuto assume un atteggiamento immobile il più possibilmente antalgico: *posizione a cane di fucile*. Questo è un dato differenziale con altri tipi di dolore addominale, come ad esempio le coliche.

I segni generali consistono in:

- tachicardia
- ipotensione arteriosa
- febbre: alterato rapporto fra temperatura rettale e ascellare, dove addirittura può esservi ipotermia.
- leucocitosi

Le alterazioni della funzione intestinale consistono di solito nell'ileo paralitico riflesso con tutte le conseguenze fisiopatologiche dell'occlusione adinamica: ciò determina la chiusura dell'alvo ai gas e alle feci e l'assenza di rumori peristaltici all'auscultazione dell'addome. Come vedremo, in casi particolari esistono eccezioni a questa frequente e patognomonica situazione.

Il dolore, i sintomi generali già detti, l'ileo possono già di per sé costituire segni di compromissione peritoneale.

Questa può consistere:

nella peritonite con tutti i suoi segni caratteristici:

- contrattura della muscolatura addominale
- viva dolorabilità alla palpazione superficiale e/o allo sfioramento
- dolore all'esplorazione rettale

oppure nel peritonismo, per il quale la dolorabilità è meno superficiale, ma può esservi contrazione antalgica della parete addominale senza contrattura. In tal caso è presente il segno di Blumberg: dolore palpatorio del rimbalzo.

Generalmente, quando il quadro sindromico descritto è completo (dolore, collasso, peritonite), il paziente è da operare e presto.

Tuttavia, anche se la situazione di emergenza non lascia molto margine di tempo, mentre si praticano i primi provvedimenti terapeutici soprattutto mirati alla correzione dello stato generale, è sempre possibile e necessario

cercare un indirizzo diagnostico.

Ciò a maggior ragione è realizzabile e doveroso quando la sindrome è incompleta o comunque attenuata e allora il paziente può attendere un intervento differito.

Le cause più frequenti di addome acuto sono:

- appendicite
- colecistite acuta - empiema per calcolosi
- occlusione intestinale meccanica acuta
- perforazione di visceri - es. duodeno - stomaco - sigma, ecc.
- pancreatite acuta
- infarto intestinale
- emoperitoneo (gravidanza extrauterina - rottura splenica - ecc. )
- torsione di cisti ovarica o di fibromioma uterino.

La diagnosi differenziale, quasi sempre difficile, si basa fondamentalmente sui mezzi tradizionali e cioè:

l'anamnesi: precedenti significativi, come ad esempio la calcolosi colecistica per la colecistite acuta e per la pancreatite, e le caratteristiche dell'esordio, per esempio: caratteri del dolore, alterazioni dell'alvo, ecc.

l'esame obiettivo.

esami strumentali: Radiologia, Ecotomografia (ETG), Video-laparoscopia, ecc. - non sempre realizzabili, vista la situazione d'urgenza.

\*\*\*

Vediamo ora in dettaglio le situazioni patologiche che possono essere responsabili di addome acuto.

- La perforazione è il caso più paradigmatico.

Gas libero, solitamente dallo stomaco o dal duodeno, filtra nel cavo peritoneale e si raccoglie negli spazi più alti che, con paziente supino o semiseduto. sono costituiti dallo spazio tra fegato, parete anteriore e diaframma. Questo dato, che semeiologicamente corrisponde alla scomparsa dell'aria di ottusità epatica, è rilevabile con una radiografia diretta dell'addome o ancor meglio del torace.

Così, come nelle prove della semeiologia fisica e anche radiologicamente, in casi dubbi può essere utile ripetere l'esame con

paziente in decubito laterale sinistro: la bolla di aria libera si sposta allora contro la parete toracica laterale destra, rendendosi evidente con maggiore facilità.

In circa un terzo dei casi inizialmente non è dimostrabile radiologicamente la bolla di aria libera. Questa tuttavia di solito compare, se si ripete l'esame dopo breve tempo. Non si dovrebbe a nostro parere eseguire, come da qualche Autore indicato, un esame radiologico - in urgenza ? - con gastrografin e conseguente reperimento del mezzo di contrasto fuori del viscere.

- L'occlusione meccanica acuta è quella che avviene quando, oltre che a interrompersi la canalizzazione, si determinano anche alterazioni della vascolarizzazione: esempi tipici il volvolo, l'invaginazione, lo strozzamento, lo strangolamento.

In tali casi si passa in successione rapida dal quadro di un ileo meccanico, quindi con iperperistaltismo a monte dell'ostacolo, a quello dell'ileo dinamico, quando abbiano inizio i fenomeni vascolari.

- Il volvolo. Nella prima fase l'addome, che è ancora trattabile, presenta la tumefazione dovuta all'ansa interessata. Il volvolo interessa con alta frequenza l'ansa ileocecale e il sigma, e di norma crea asimmetria dell'addome. L'esame radiologico a vuoto conferma la distensione gassosa dell'ansa volvolata.

Nella seconda fase compaiono i segni dell'ileo paralitico, come il quadro radiologico di livelli idro-aerei in anse dilatate a monte dell'ostacolo.

- L'invaginazione. Generalmente è abbastanza agevole sospettare l'invaginazione, di solito colo-colica o ileo-colica: precocemente i pazienti hanno proctorragia per le alterazioni dell'ansa invaginata.

In tali condizioni l'esame con clisma baritato può confermare la diagnosi con il suo aspetto caratteristico e in qualche caso può ridurre l'invaginazione. Tuttavia poiché la diagnosi è facile e poiché la metodica del clisma si è rivelata talora pericolosa, oggi si tende ad abbandonare questo metodo. Probabilmente il classico salsicciotto dell'invaginazione, che nelle fasi iniziali del resto è di facile palpazione, può essere studiato, se occorre, con metodiche meno invasive.

- Riduzione in massa di un'ernia strozzata. E' una situazione particolarmente pericolosa da occlusione meccanica acuta quella della cosiddetta riduzione in massa di un'ernia strozzata, di solito inguinale. Ciò avviene quando si riduce nel cavo addominale l'ansa erniata in blocco con il cingolo strozzante, che ovviamente è il colletto del sacco, mantenendosi così la conseguente compromissione vascolare dell'ansa, con ischemia e necrosi dell'ansa stessa.

Tale situazione è particolarmente grave, perché frequente in persone anziane, nelle quali il curante ha eseguito a domicilio la riduzione dell'ernia e apparentemente con successo; ma si arriva all'intervento chirurgico con ritardo.

La colecisti può rendersi responsabile di un addome acuto quando un calcolo, incuneatosi nell'infundibolo o nel dotto cistico, la ostruisce, creando dapprima un'idrope, poi un empiema.

In tal caso la colecisti diventerà molto voluminosa e, prima che si stabilisca la contrattura addominale, sarà chiaramente palpabile.

Mentre in questa fase la diagnosi è facile, quando si stabilisce l'addome acuto difficoltà possono essere presenti. In tal caso la radiologia può dimostrare l'immagine di calcoli radiopachi e l'ecotomografia, anche se disturbata dall'iniziale distensione delle anse intestinali, può mettere in evidenza il quadro colecistico.

Abbastanza simile è la situazione della cisti ovarica torta : dipende dal momento in cui la paziente arriva all'osservazione. Nelle fasi iniziali è presente soltanto peritonismo: la massa è palpabile e abbastanza facilmente diagnosticabile. Ciò non è più, se si è instaurata la contrattura della parete. Un esame radiologico o meglio un'ecotomografia possono essere di aiuto nella diagnosi.

Nella pancreatite acuta, esiste non raramente una certa discrepanza fra stato generale, notevolmente compromesso con dolore violento, e relativamente scarsa significatività dei reperti addominali.

Spesso nella pancreatite si è costretti ad attendere prima di decidere per un intervento d'urgenza, che qualche volta non è nemmeno indicato.

D'altra parte proprio per questo motivo la diagnosi deve essere corretta. Dando per conosciuta tutta la diagnostica di laboratorio, anch'essa peraltro non sempre dirimente, esiste per questa malattia una netta indicazione ad esami radiologici e , se possibile, ecografici.

E' infatti importante per la diagnosi l'evidenza radiologica di:

- calcificazioni nel pancreas
- distensione gassosa di un'ansa del tenue o del colon trasverso ( ansa a sentinella )
- versamento pleurico a sinistra
- calcolosi biliare.

Se l' ecotomografia non è troppo disturbata dal meteorismo, essa evidentemente è preziosa per quanto riguarda la morfologia pancreatica, la presenza di calcificazioni e di calcoli biliari.

L' infarto intestinale per molti versi può essere confuso con una pancreatite, con la quale ha in comune la discrepanza nelle fasi iniziali tra quadro addominale e gravità del dolore e delle condizioni generali.

In questa malattia è frequente peraltro la diarrea sanguinolenta e abbastanza precoci i segni dell'ileo.

Nelle fasi iniziali la radiologia può intervenire nella diagnostica differenziale escludendo segni riferibili a pancreatite.

Sempre nelle fasi iniziali, nelle quali è frequente l'iperperistaltismo, l'esame radiologico diretto dell'addome può mettere in evidenza la scomparsa di gas nel colon destro, con dilatazione del colon sinistro.

L'evidenza di emboli gassosi nel distretto venoso mesenterico o nella porta, oltre che essere un dato non costante è comunque un dato tardivo, già patognomonico di una situazione infartuale avanzata.

Nell'addome acuto vascolare v'è il problema dell' angiografia : perché problema?

Perché l'angiografia può essere un esame non agevolmente eseguibile in urgenza, sia per motivi logistici sia perché non esente da rischio in questo tipo di pazienti, spesso anziani e con molti parametri vitali compromessi. Non v'è dubbio tuttavia che l'angiografia , soprattutto nelle fasi iniziali, può offrire notevoli vantaggi, sia perché in grado di permettere interventi più precoci e meno demolitivi sia perché in più casi di quanto non si creda

può essere curativa.

Molte segnalazioni dimostrano come in circa 1/3 dei casi l'infarto intestinale possa essere non di natura occlusiva, ma da spasmo del letto arterioso splancnico. Nelle fasi preinfartuali la perfusione selettiva di farmaci vasodilatatori darebbe risultati apprezzabili secondo alcuni Autori.

Queste possibilità sono tuttavia difficili da realizzare, perché nella maggior parte dei casi il paziente arriva all'osservazione con infarto in atto e l'angiografia non ha più significato, anche e soprattutto perché l'intervento diventa estremamente urgente.

L'emoperitoneo può essere indotto da situazioni primitive o post-traumatiche.

Le condizioni di osservazione più frequenti sono quelle dovute a gravidanza extrauterina e a fissurazioni della milza di solito in milze megaliche per traumi anche lievi. La diagnosi si basa fondamentalmente sul quadro dell'anemia acuta con o senza shock emorragico e ben difficilmente è necessario, o se ne ha il tempo, eseguire indagini radiologiche. In tali pazienti l'esame radiografico diretto dell'addome e del torace può dimostrare innalzamento e/o immobilità dell'emidiaframma di sinistra, quando il sangue raggiunge l'ipocondrio. La presenza di una splenomegalia può essere evidenziata dalla palpazione e/o dall'ecotomografia, quando possibili; radiologicamente dalla medializzazione dell'ombra gastrica.

Altre situazioni più drammatiche sono quelle dovute a rotture di aneurismi; tra questi i più frequenti sono quelli a carico dell'arteria splenica e dell'epatica, per non parlare dell'aorta, specie addominale; difficilmente tuttavia questi pazienti arrivano vivi al pronto soccorso.

Una patologia che comincia ad avere una certa importanza in tal senso è l'angioma epatico, il quale può andare incontro a fatti infartuali e creare sindromi acute prevalentemente dolorose quando la glissoniana è solamente distesa, emorragiche quando questa si rompe, configurandosi così il quadro dell'emoperitoneo.

In tali casi vi si pensa soltanto se si sa che il paziente è portatore di angioma epatico: questo è evidentemente ben studiabile con metodiche ultrasonografiche e tomografiche.

Ho lasciato per ultima quella che in realtà è la causa più frequente di addome acuto, l'appendicite, perché nella maggior parte dei casi si tratta di soggetti giovani con segni di addome acuto che di solito è interpretato correttamente senza la necessità di esami morfologici. La diagnosi è giusta nella maggior parte dei casi, ma non sempre. Proprio in funzione di questa percentuale di errori diagnostici, sarebbe auspicabile un esame rapido e dirimente, ma usualmente si segue la diagnostica clinica convenzionale e non mi risulta che diagnostica morfologica radiologica o ultrasonografica possa avere efficacia, se non in casi particolari.

Queste le affezioni simulanti un'appendicite acuta:

- colecistite acuta
- linfadenomesenterite
- Crohn ileo-cecale acuto
- diverticolite di Meckel
- malattie acute annessiali
- rimbalzo cecale da stenosi colon sinistro
- litiasi pielo-ureterale.

Soltanto nella prima, la colecistite, e nelle ultime due è possibile, pensandoci, avere una diagnosi morfologica, sia pure orientativa.

Della prima abbiamo già parlato. Nel rimbalzo cecale, poiché in realtà si tratta di un ileo meccanico a doppio ostacolo - a sinistra e sulla valvola ileocecale continente - la diagnosi è possibile, se si ha l'informazione, diretta o riferita dei prodromi caratteristici dell'ileo meccanico, cioè dolore e iperperistaltismo. Anche quando si è avviato il meccanismo di distensione cecale, è ancora possibile osservare le immagini radiologiche della distensione con livelli dal cieco all'ostacolo sinistro, di solito alla flessura splenica.

E' evidente che tutto questo non è più realizzabile quando iniziano i fatti regressivi della parete cecale e dell'appendice o peggio la perforazione.

L'ultima affezione, l'urolitiasi, può intervenire nella diagnostica differenziale, quando è accompagnata da un grave ileo paralitico.

La diagnosi in qualche caso può essere difficile, anche perché spesso non si può avere l'aiuto dirimente dell'indagine morfologica.



Visto che siamo entrati con l'appendicite acuta nel capitolo delle cause di errore, parliamo allora dei quadri di addome acuto con sintomatologia atipica e dei falsi addomi acuti.

Nel vecchio, nel bambino e nei soggetti defedati una malattia acuta dell'addome può presentarsi oligosintomatica o comunque in modo anomalo, aumentando così la sua pericolosità per le difficoltà diagnostiche.

Faccio un esempio, che è anche l'eventualità più frequente : ancora l'appendicite acuta. I segni dell'addome acuto sono incompleti o attenuati, quando in peritoneo è già presente materiale purulento.

Questi sono i casi che più esigono esperienza da parte degli esaminatori e dove tutte le risorse a disposizione devono essere impiegate.

La radiografia diretta dell'addome in tali casi spesso coglie elementi che, aggiunti ad altri, portano alla decisione chirurgica: solitamente questi segni radiologici consistono per l'appendicite acuta in dilatazione gassosa con livelli del cieco e dell'ultima ansa ileale o nei casi più gravi anche di anse ileali più a monte.

### **Addome acuto non chirurgico**

Come si è detto nell'introduzione di questa lezione, accenniamo ora alle forme dell'addome acuto non chirurgico. Questa sindrome, tutt'altro che rara, dovrebbe essere sempre di competenza medica e un incauto intervento chirurgico sarebbe un errore, perché inutile e spesso pericoloso. Le cause di questo quadro patologico sono estremamente varie e ciò contribuisce alla difficoltà del corretto inquadramento diagnostico.

L'estrema varietà dei momenti causali ne rende difficile la classificazione, che, fra tante segnalazioni in letteratura, la più completa e convincente sembra essere quella in C. Colombo e Coll. (1), qui riportata.

#### **- Cause endoaddominali**

infezioni intestinali, epatite acuta, colica biliare, patologie urologiche (colica reno-ureterale, pielonefrite acuta, cistite acuta), linfadenite mesenterica, mononucleosi infettiva, malaria,

vasculiti, porpora trombocitopenica, porpora di Schönlein-Henoch, polisierositi, patologie ginecologiche.

- **Cause toraciche**

cardiache (infarto, pericardite acuta), polmonari (pleuropolmonite basale, embolia polmonare), aneurisma dissecante dell'aorta, traumi toracici.

- **Cause metaboliche**

uremia, diabete scompensato (cheto-acidosi diabetica), squilibri elettrolitici, crisi addisoniane.

- **Cause nervose**

tabe dorsale, herpes zoster addominale, radicoliti, tumori o traumi vertebro-midollari, veleni da punture di insetti, tra cui importante e relativamente frequente anche in Italia il ragno Malmignatta, vedova nera mediterranea.

Sono queste le situazioni che espongono di più ad una inutile laparotomia, anche perché in effetti sono situazioni rare, poco conosciute e il più delle volte non verificabili nei tempi che si ritengono a disposizione, se convinti di aver a che fare con un addome acuto.

Si capisce dunque quanto possa essere difficile una corretta impostazione diagnostica. Questa si può avvalere dell'indagine anamnestica e naturalmente di un accurato esame obiettivo non soltanto dell'addome, ma anche al di fuori di questo, esaminando aree extra-addominali, seguendo gli indirizzi sopra elencati.

E' chiaro che l'esame obiettivo dell'addome deve essere particolarmente accurato. Potrebbe indirizzare nell'interpretazione diagnostica, per esempio: l'assenza di contrattura di difesa, del silenzio peristaltico e della chiusura dell'alvo caratteristici della compromissione peritonitica. Oppure, come altro esempio, l'intenso meteorismo con iperperistaltismo, certamente escludenti la compromissione peritoneale, ma suggerenti invece un qualche motivo di occlusione o subocclusione intestinale.

E' evidente in queste condizioni l'utilità degli esami emato-chimici, di quelli radiologici ed ecografici. Ma spesso è risolutiva l'aggressione video- endoscopica, che oltre a chiarire con la visione diretta la motivazione dell'evento, ha, come noto, buone probabilità di risolvere

chirurgicamente il problema, sempre che esso risieda nell'ambito addominale.

**In conclusione:** a questo punto crediamo proprio che si possa concludere. Speriamo con questa carrellata di aver sottolineato come l'addome acuto ancor oggi costituisca una situazione difficile e pericolosa in modo particolare per il chirurgo, che spesso nella sua angoscia decisionale spera che il radiologo capisca meglio di lui ciò che si nasconde in un addome acuto. E io credo che ciò possa realizzarsi davvero con l'avvento di sempre più perfezionate metodiche di indagine morfologica e, come s'è detto sopra, dall'intervento delle tecniche video-endoscopiche.

Così l'addome acuto sarà un pò meno la "tomba del chirurgo" come dicevano gli Antichi e speriamo ancor meno quella del malato.

-----

### **Letture consigliate**

- 1 - C. Colombo, A.E. Paletto, G. Maggi, E. Masenti, N. Massaioli  
Trattato di Chirurgia - Ed. Minerva Medica 2001
- 2 - D. F. D'Amico  
Chirurgia Generale - Fisiopatologia Clinica e Terapia - Piccin 2006
- 3 - S. Stipa  
Manuale di chirurgia - Ed. Monduzzi 2007