

Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia

a.a. 2005-2006

Corso di Clinica Medica
(Prof. Giacomo Lucivero)

WWW.SUNHOPE.IT

1

Paziente D.V., maschio, di anni 43

Principali disturbi che rendono necessario il ricovero

- Da alcuni mesi ricomparsa di episodi ricorrenti di dolore all'ipocondrio destro, con irradiazione all'epigastrio e alla regione dorsale destra
- Coesistenza di episodi ricorrenti di nausea e vomito, in relazione all'assunzione dei pasti

WWW.SUNHOPE.IT

2

Anamnesi

- Anamnesi familiare: *padre di anni 78, in buone condizioni di salute; madre di anni 72, affetta da cardiopatia ischemica e morbo di Parkinson. Un fratello è iperteso, altri 3 fratelli in buone condizioni generali. Coniugato con donna di pari età; due figli in buone condizioni di salute.*
- Anamnesi fisiologica: *forte fumatore di tabacco (40 sigarette/die). Non beve alcolici.*

WWW.SUNHOPE.IT

3

Anamnesi patologica remota (1)

- Ricorda il morbillo, la varicella e la parotite
- Ricorrenti episodi di tonsillite durante l'infanzia
- A 12 anni intervento di tonsillectomia
- A 20 anni, riscontro di valori "elevati" della P.A. (150/90 mmHg); su consiglio medico pratica per 1 anno terapia con farmaci beta-bloccanti e per successivi 2 anni terapia con Ca-antagonisti
- Fra i 20-24 anni, notevole riduzione dell'attività fisica (dopo aver praticato sport a livello agonistico) con marcato aumento del peso corporeo (fino a 120 Kg)

WWW.SUNHOPE.IT

4

Anamnesi patologica remota (2)

- Il paziente si sottopone a una dieta ipocalorica, raggiungendo nel giro di alcuni mesi il peso di 84 Kg
- Condizioni cliniche di normalità fino all'età di circa 40 anni

Anamnesi patologica prossima

- Nel gennaio del 2002 compaiono (a) disturbi dispeptici; (b) episodi di nausea e vomito con emissione di "succo gastrico"; (c) "coliche" addominali recidivanti interpretate come "coliche epatiche"; (d) malessere generalizzato

WWW.SUNHOPE.IT

5

Anamnesi patologica prossima (b)

- Nel maggio del 2002, su consiglio del medico curante effettua un esame ecografico dell'addome che mette in evidenza "calcolosi della colecisti"



14.2 - Calcolosi della colecisti (ecografia).
colecisti appare dilatata, ed il calcolo proietta
teriormente il tipico "cono d'ombra" (freccia).

6

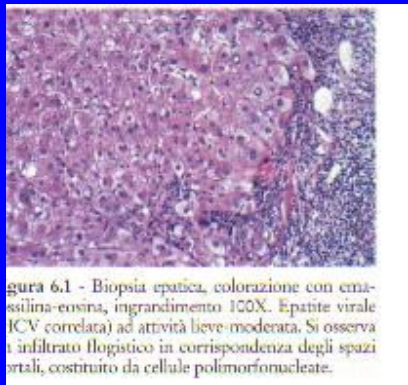


Figura 6.1 - Biopsia epatica, colorazione con ematossilina-eosina, ingrandimento 100X. Epatite virale (CV correlata) ad attività lieve-moderata. Si osserva un infiltrato flogistico in corrispondenza degli spazi portali, costituito da cellule polimorfonucleate.

WWW.SUNHOPE.IT

7

Anamnesi patologica prossima (c)

- Su consiglio del medico curante e di uno specialista chirurgo consultato, si sottopone a colecistectomia per via laparoscopica.
- Dopo l'intervento chirurgico, miglioramento dei disturbi presentati e delle condizioni generali, con incremento del peso corporeo (Kg 91) conservato fino al momento del ricovero.
- A distanza di circa 3 mesi dall'intervento, ricomparsa di sintomatologia dolorosa all'ipocondrio dx, con irradiazioni epigastriche e alla regione dorsale dx, con episodi ricorrenti di nausea e vomito.

WWW.SUNHOPE.IT

8

Anamnesi patologica prossima (d)

- Un nuovo controllo ecografico dell'addome non mette in evidenza elementi patologici
- Su consiglio del medico curante viene praticata per alcuni mesi terapia antispastica che non determina miglioramenti nella sintomatologia
- Per il persistere dei disturbi, il paziente chiede il ricovero presso la Divisione di Medicina Interna e Immunoallergologia dell'AUP-SUN.

WWW.SUNHOPE.IT

9

Esame obiettivo all'ingresso (a)

- Condizioni generali buone, sensorio integro, decubito indifferente
- Cute, mucose visibili e sottocute senza rilievi patologici, masse muscolari normali per tono e trofismo, ossa e articolazioni indenni
- Lingua in asse, mobile
- Peso corporeo Kg 91, altezza 1,68 mt
- Stazioni linfoghiandolari superficiali non apprezzabili, organi ipocondriaci nei limiti

WWW.SUNHOPE.IT

10

Esame obiettivo all'ingresso (b)

- Facies composita, capo normoconformato, pupille isocoriche e isocicliche, assenza di deficit motori dei nervi cranici
- Collo cilindrico, assenza di tumefazioni apprezzabili ispettivamente e palpatariamente
- Torace troncoconico, simmetricamente espansibile con gli atti respiratori, FVT normostrasmesso e suono chiaro polmonare su tutto l'ambito polmonare, basi normalmente espansibili, murmure vescicolare leggermente aspro su tutti gli ambiti polmonari

11

Esame obiettivo all'ingresso (c)

- Cuore: aia cardiaca nei limiti, all'ascoltazione toni 2, puri, con pause libere
- Arterie normosfigmiche nei punti di repere, non presenti flebopatie agli arti inferiori
- Addome trattabile alla palpazione superficiale e profonda su tutti i quadranti, non segni di versamento liquido in cavità peritoneale. Alla palpazione profonda delle regioni epigastriche e ipocondriaca destra si evoca dolenzia, più accentuata sul punto di Murphy
- Apparato urogenitale indenne con manovra di Giordano bilateralmente negativa; non dolenti i punti ureterali

WWW.SUNHOPE.IT

12

Principali esami di laboratorio al momento del ricovero (a)

- VES = 9 mm. 1° hr
- WBC = $11,5 \times 10^3/\text{cmm}$ (N-61%;L-36%;M-3%)
- RBC = $4,99 \times 10^6/\text{cmm}$
- Hgb = 14,7 g/dL
- Hct = 44,3 %
- MCV = 88,7 fL
- MCH = 29,5 pg
- MCHC = 33,2 g/dL
- Plt = $268 \times 10^3 /\text{cmm}$

WWW.SUNHOPE.IT

13

Principali esami di laboratorio al momento del ricovero (b)

• Glucosio	98,00 mg/dL	(v.n. 65,0 - 110,0)
• Urea	34,56 mg/dL	(v.n. 15,0 - 45,0)
• Creatinina	0,84 mg/dL	(v.n. 0,7 - 1,5)
• Ac. Urico	4,58 mg/dL	(v.n. 3,4 - 8,5)
• Sodio	147,2 mmol/L	(v.n. 137,0 - 145,0)
• Potassio	4,55 mmol/L	(v.n. 3,6 - 4,5)
• Cloro	114,3 mmol/L	(v.n. 98,0 - 110,0)
• Colesterolo	231,0 mg/dL	(v.n. 110,0 - 200,0)
• Trigliceridi	313,3 mg/dL	(v.n. 35,0 - 160,0)
• Amilasi	113,0 U/L	(v.n. 30,0 - 110,0)

WWW.SUNHOPE.IT

Altri esami di laboratorio al momento del ricovero (c)

• Proteine totali	7,65 g/dL	(v.n. 6,3 - 8,2)
• Albumina	4,42 g/dL	(v.n. 3,2 - 5,0)
• AST	16,0 U/L	(v.n. 5,0 - 40,0)
• ALT	20,0 U/L	(v.n. 7,0 - 56,0)
• LDH	456,0 U/L	(v.n. 313,0 - 618,0)
• CK	92,0 U/L	(v.n. 30,0 - 135,0)
• ALKP	74,0 U/L	(v.n. 38,0 - 126,0)
• GGT	28,0 U/L	(v.n. 8,0 - 78,0)
• Colinesterasi	7,23 U/mL	(v.n. 4,5 - 15,0)
• Bil. Totale	0,9 mg/dL	(v.n. 0,2 - 1,3)

WWW.SUNHOPE.IT

15

Altri esami di laboratorio

- HBsAg assente
- HBsAb assenti
- HBcAb assenti
- HCV-Ab assenti

- Urinocoltura = Carica batterica 0 CFU/mL

WWW.SUNHOPE.IT

16

Altri esami di laboratorio

- PT 10,6 sec. (v.n. 10,0 - 13,9)
- “ 112,0% (v.n. 80 - 120)
- “ 0,92 INR (v.n. 0,8 - 1,2)
- APTT 23,1 sec. (v.n. 20,0 - 31,0)
- “ 0,89 ratio (v.n. 0,90 - 1,2)
- Fibrinogeno 458,0 mg/dl (v.n. 200 - 400)

WWW.SUNHOPE.IT

17

Diario clinico (1)

- 1° giorno di ricovero – Riferita comparsa, durante la notte precedente, di dolore all'ipocondrio destro, irradiato all'epigastrio alla regione dorsale destra.
- 2° - (ore 21) comparsa di intenso dolore a livello della parte inferiore dell'emitorace destro, con obiettività negativa; (ore 23) epigastralgia con nausea.
- 3° - (ore 3,30) Il paziente lamenta intenso dolore all'ipocondrio destro, irradiato all'epigastrio; comparsa di nausea seguita da vomito a contenuto liquido e residui alimentari; addome trattabile, dolente alla palpazione l'ipocondrio destro

WWW.SUNHOPE.IT

18

Diario clinico (2)

- 3° - (ore 18,0) Comparsa di epigastralgia e vomito
- 4° - Paziente asintomatico. Addome trattabile, con dolenzia all'ipocondrio destro. Segno di Murphy negativo
- 5° - Ricomparsa di dolore all'ipocondrio destro associato a nausea durante la notte precedente
- 6° - Accentuazione del senso di peso postprandiale
- 7° - 9° Effettua indagini diagnostiche

WWW.SUNHOPE.IT

19

RX torace, rachide dorso-lombare

- Accentuazione e disordine del disegno polmonare ilo-perilare. Seni costo frenici liberi. Conservato il rapporto cardio-toracico.
- Note di spondilosi diffusa incipiente. Conservati gli spazi-intersomatici

WWW.SUNHOPE.IT

20

Ecografia addome

- Esame limitato dal marcato meteorismo intestinale
- Fegato di dimensioni normali (143 mm), a margini regolari ed ecostruttura parenchimale finemente disomogenea
- Non si osservano lesioni focali intraepatiche
- Esiti di colecistectomia
- Normale calibro delle vene sovraepatiche e dell'asse spleno-portale
- Milza di dimensioni aumentate (122 mm) ad ecostruttura conservata
- Reni in sede anatomica, con conservato rapporto cortico-pielico; microlitiasi bilaterale

WWW.SUNHOPE.IT

21

PRINCIPALI CAUSE DI NAUSEA E VOMITO

- *Gastroenterite - Gastrite/ulcera gastrica*
 - *Cinetopatie - Paresi gastrica*
 - *Ostacolo allo svuotamento gastrico*
- *Ostruzioni del piccolo intestino (al di sopra della porzione media del digiuno)*
- *Malattie sistemiche (con febbre elevata o dolori intensi)*
 - *Peritonite*
- *Iperemesi gravidica o steatosi epatica acuta in gravida*
 - *Farmaci o tossine (compresa la chemioterapia)*
 - *Aumento della pressione intracranica*
- *Vomito psicogeno / disordini alimentari (bulimia)*

WWW.SUNHOPE.IT

22

La dispepsia

- E' definita come dolore e/o malessere persistente o ricorrente, localizzato all'emiaddome superiore, abitualmente collegato all'assunzione di cibo e caratterizzato da senso di sazietà precoce, di ripienezza postprandiale o di distensione addominale.
- Il disturbo è molto comune e può interessare, nel corso della vita, circa il 25 % della popolazione generale.

WWW.SUNHOPE.IT

23

Le dispepsie: aspetti eziopatogenetici

- Classificazione eziologica
 - a) Dispepsia idiopatica o funzionale
 - b) Dispepsia da cause organiche

WWW.SUNHOPE.IT

24

Le dispepsie: aspetti clinici

- Classificazione clinica
 - a) Dispepsia da alterata motilità
 - b) Dispepsia “simil-ulcerosa

WWW.SUNHOPE.IT

25

Aspetti patogenetici delle dispepsie “funzionali”

- *Infezione da Helicobacter pylori (?)*
- *Secrezione acida dello stomaco*
- *Alterazioni della motilità gastrica*
- *Alterazioni della sensibilità*
- *Alterazioni del sistema nervoso centrale*
- *Dieta e fattori ambientali*

WWW.SUNHOPE.IT

26

Gastriti e gastropatie come causa di dispepsia da cause organiche

Principali forme di “gastriti” e gastropatie (a)

- *Gastrite indotta da Helicobacter pylori*
 - *forma superficiale, localizzata o antrale*
 - *generalizzata o “pangastrite”*

WWW.SUNHOPE.IT

27

Principali forme di “gastriti” e gastropatie (b)

- *Gastrite atrofica*
 - *In corso di Anemia Perniciosa (fondo gastrico; autoimmune)*
 - *Pangastrite atrofica (antro e fondo; stadio finale di gastrite da H. pylori)*
- *Gastropatia erosivo-emorragica*
 - *Da uso di FANS*
 - *Correlata allo stress*
 - *Gastropatia alcolica*

WWW.SUNHOPE.IT

28

Principali cause organiche di dispepsia

- Altre patologie dell'apparato digerente
 - *Ulcera peptica*
 - *Reflusso gastroesofageo*
 - *Tumore gastrico o esofageo*
 - *Lesioni gastroduodenali da farmaci*
 - *Infezioni intestinali, sindromi da malassorbimento, colon irritabile*

WWW.SUNHOPE.IT

29

Patologie pancreatiche ed epatiche nelle dispepsie da cause organiche

- Malattie pancreatiche
 - *Pancreatite cronica*
 - *Carcinoma del pancreas*
- Patologie delle vie biliari
 - *Colelitiasi*
 - *Discinesie delle vie biliari*

WWW.SUNHOPE.IT

30

Sindrome dispeptica in corso di altre patologie

- Malattie sistemiche
 - *Collagenopatie (LES, sclerodermia, amiloidosi)*
 - *Vascolopatie (cardiopatia ischemica, angina intestinale)*
- Endocrinopatie
 - *Diabete mellito*
 - *Ipo- e ipertiroidismo*
 - *Iposurrenalismo*
- Alterazioni metaboliche
 - *Ipercalcemia*
 - *Insufficienza renale*

WWW.SUNHOPE.IT

31

Valutazione clinica della dispepsia

- Esclusione anamnestica di malattia da reflusso gastroesofageo, sindrome del colon irritabile, aerofagia
- *Età, presenza o assenza di sintomi allarmanti (es. dolore grave, disfagia, perdita di peso, vomito, sanguinamento)*
- Test sierologico o “breath test” per infezione da *Helicobacter pylori*
- *In presenza di sintomi allarmanti in un paziente di età > 45 anni, con positività per infezione da HP, sono da effettuare indagini diagnostiche (ecografiche, radiologiche, endoscopiche) per individuare cause organiche di dispepsia*

WWW.SUNHOPE.IT

32

RX esofago, stomaco e duodeno a doppio contrasto (7° giorno di ricovero)

- L'indagine condotta con la metodica del doppio contrasto ha mostrato:
- Regolare progressione del m.d.c. in esofago; disegno mucoso esofageo nella norma.
- Cardias in sede e continente; stomaco in sede, di forma e volume regolare; assenza di lesioni organiche
- Piloro pervio. In sede apico-bulbare si apprezza una serrata stenosi eccentrica del lume che causa rallentato svuotamento gastrico del m.d.c..
- Regolare progressione del mezzo di contrasto nelle anse duodenali a valle. Opportuna integrazione endoscopica

WWW.SUNHOPE.IT

33

Diario clinico (3)

- In 9° giornata il paziente esegue una esofago-gastro-duodenoscopia che porta al seguente referto:

WWW.SUNHOPE.IT

34

Esofago-gastro-duodenoscopia (a)

- Esofago normale per decorso, calibro e distensibilità. La mucosa dell'estremo cardiale è iperemica con un'erosione. Linea Z risalita. Cardias incontinente con prolasso intermittente di mucosa gastrica in esofago.
- Cavità gastrica ben distensibile con lago mucoso limpido e peristalsi valida. La mucosa antrale appare iperemica: biopsia per ricerca *H pylori* test rapido all'ureasi (URT).

WWW.SUNHOPE.IT

35

Esofago-gastro-duodenoscopia (b)

- Piloro in sede e normale cinesi.
- Bulbo poco distensibile, deformato come esito cicatriziale di pregressa ulcera peptica, substenosato per notevole congestione della mucosa. Sulla parete anteriore ulcera in fase attiva di forma circolare a fondo fibrinoso, non sanguinante.
- Fondo e regione sottocardiale normali.

WWW.SUNHOPE.IT

36

Esofago-gastro-duodenoscopia

Conclusioni diagnostiche

- Ernia iatale, esofagite di I grado, prolasso intermittente di mucosa gastrica in esofago
- Gastropatia antrale iperemica, ulcera bulbare attiva su bulbo cicatriziale
- Ricerca di *H. pylori*, mediante test rapido all'ureasi, positiva

WWW.SUNHOPE.IT

37

Ulcera peptica (a)

- *Le ulcere peptiche (gastrica e duodenale) costituiscono un grave problema medico per la loro frequenza e per gli elevati costi economici che la diagnosi e la terapia comportano.*
- La mortalità legata a queste patologie è relativamente bassa ed è in relazione alle complicanze soprattutto emorragiche.
- *La malattia ulcerosa correlata all'infezione da Helicobacter Pylori (HP), tende a cronicizzare, con un'elevata (60-90%) frequenza di riacutizzazioni per anno, in assenza di eradicazione farmacologica dell'infezione da HP.*

WWW.SUNHOPE.IT

38

Ulcera peptica (b)

- Nella forma indotta dall'uso di FANS, le recidive si riducono significativamente se l'assunzione del farmaco è sospesa.
- *L'incidenza totale nel corso della vita per la malattia ulcerosa (gastrica e duodenale) è di circa il 12% nell'uomo e del 9% nella donna.*
- L'assunzione giornaliera di FANS aumenta notevolmente il rischio di ulcera, a causa della inibizione della sintesi di prostaglandine che hanno un effetto di difesa sulla mucosa gastro-duodenale mediante lo stimolo del flusso ematico, della secrezione di muco e di bicarbonati.
- *L'HP aumenta il rischio di sviluppare ulcera duodenale di circa 5-7 volte. Il fumo di tabacco riduce la secrezione di bicarbonati a livello duodenale e aumenta il rischio di malattia ulcerosa di circa 2 volte.*

WWW.SUNHOPE.IT

39

Principali cause di ulcera peptica (a)

- **Forme frequenti**
 - *Associata ad infezione da HP*
 - *Associata all'uso di FANS*
 - *Ulcera da stress*

WWW.SUNHOPE.IT

40

Principali cause di ulcera peptica (b)

- **Forme rare e specifiche**
 - **Da ipersecrezione acida**
 - *Gastrinoma*
 - *Aumento di mastociti e basofili*
 - *Mastocitosi (ereditaria o sporadica)*
 - *Leucemia basofila*
 - **Da iperfunzione/iperplasia delle cellule-G antrali**
 - **Altre infezioni**
 - *Virali (Herpes simplex virus tipo 1, citomegalovirus)*
 - *? Altre infezioni*
 - *Ostruzione duodenale*
 - *Insufficienza vascolare (perforazioni associate ad uso di crack o cocaina)*
 - *Indotta da radiazioni*
 - *Indotta da chemioterapia (infusione dell'arteria epatica)⁴¹*

Ulcera peptica e infezione da HP (a)

- L'ulcera gastrica è costantemente associata ad infiammazione cronica e diffusa della mucosa dell'antro gastrico; anche l'ulcera duodenale è associata a duodenite con distribuzione a placche.
- *La grande maggioranza dei pazienti con ulcera gastrica o duodenale ha infezione da HP. La eradicazione farmacologica dell'infezione da HP riduce significativamente la possibilità di una recidiva del processo ulceroso.*

WWW.SUNHOPE.IT

42

Ulcera peptica e infezione da HP (b)

- Anche se l'infezione da HP è la più comune infezione nel mondo, soltanto il 10-20% dei pazienti con infezione svilupperà un'ulcera nel corso della vita. I cofattori che determinano la "diatesi" ulcerosa e lo sviluppo dell'ulcera non sono state fino ad oggi individuati.
- Nel controllo dell'integrità della mucosa gastro-duodenale entrano in gioco numerosi fattori quali la secrezione acida, le modificazioni nella secrezione di gastrina e somatostatina, la presenza di aree di metaplasia gastrica a livello duodenale, una ridotta secrezione duodenale di bicarbonati, l'inibizione della ciclossigenasi-1 con ridotta produzione di prostaglandine endogene.

WWW.SUNHOPE.IT

43

Complicanze dell'ulcera peptica

- Emorragia
- Perforazione
- Stenosi con ostruzione
- Degenerazione neoplastica

WWW.SUNHOPE.IT

44

Principali esami di laboratorio dopo 9 giorni di ricovero

• Glucosio	103,00 mg/dL	(v.n. 65,0 - 110,0)
• Urea	28,45 mg/dL	(v.n. 15,0 - 45,0)
• Creatinina	0,76 mg/dL	(v.n. 0,7 - 1,5)
• Ac. Urico	4,58 mg/dL	(v.n. 3,4 - 8,5)
• Sodio	141,2 mmol/L	(v.n. 137,0 - 145,0)
• Potassio	4,15 mmol/L	(v.n. 3,6 - 4,5)
• Cloro	109,6 mmol/L	(v.n. 98,0 - 110,0)
• Colesterolo	198,0 mg/dL	(v.n. 110,0 - 200,0)
• Trigliceridi	200,3 mg/dL	(v.n. 35,0 - 160,0)
• Amilasi	77,0 U/L	(v.n. 30,0 - 110,0)

WWW.SUNHOPE.IT

Esami di laboratorio dopo 7 giorni di ricovero

• Proteine totali	7,08 g/dL	(v.n. 6,3 - 8,2)
• Albumina	4,06 g/dL	(v.n. 3,2 - 5,0)
• AST	13,0 U/L	(v.n. 5,0 - 40,0)
• ALT	22,0 U/L	(v.n. 7,0 - 56,0)
• LDH	397,0 U/L	(v.n. 313,0 - 618,0)
• CK	119,0 U/L	(v.n. 30,0 - 135,0)
• ALKP	74,0 U/L	(v.n. 38,0 - 126,0)
• GGT	28,0 U/L	(v.n. 8,0 - 78,0)
• Colinesterasi	6,35 U/mL	(v.n. 4,5 - 15,0)
• Bil. Totale	0,8 mg/dL	(v.n. 0,2 - 1,3)

WWW.SUNHOPE.IT

46

Diario clinico (4)

- In 10° giornata il paziente inizia terapia con omeprazolo (inibitore della pompa protonica)
- 11° - 12° giorno- paziente asintomatico
- 13° giorno: Dimissione con l'indicazione a effettuare un ciclo di terapia eradicante per l'infezione da H. pylori

WWW.SUNHOPE.IT

47

Terapia dell'ulcera peptica HP-associata

(1) Inibitori della pompa protonica

- Omeprazolo (20 mg/die x 10-14 gg)
- Lansoprazolo (30 mg/die x 10-14 gg)

oppure

Antagonisti dei recettori H2

- Cimetidina (800 mg/die x 6-8 sett.)
- Ranitidina (300 mg/die x 6-8 sett.)
- Famotidina (40 mg/die x 6-8 sett.)

(2) Amoxicillina (1.000 mg x2/die x 10-14 gg)

(3) Claritromicina (500 mg x2/die x 10-14 gg)

oppure

- Metronidazolo (500 mg x2/die x 10-14 gg)
- Tetraciclina (500 mg x2/die x 10-14 gg)

WWW.SUNHOPE.IT

48