

Il Dolore addominale nell'anziano

Dr Guglielmo W. Spassini

*U.O. Riabilitazione Generale Geriatrica, Anni Azzurri,
Residenza di Rezzato BS*

Journal Club GRG – BS

08/11/2013

Una delle Review più recenti e sistematiche:

Emerg Med Clin North Am. 2011 May;29(2):429-48, x.
doi:10.1016/j.emc.2011.01.012.

Acute abdominal pain in the older adult.

Ragsdale L, Southerland L. Division of Emergency Medicine, Duke University Medical Center, Durham, NC 27710, USA.

Abdominal pain in older adults is a concerning symptom common to a variety of diagnoses with high morbidity and mortality. Organizing the differential into categories based on pathology (inflammatory, obstructive, vascular, or other causes) provides a framework for the history, physical, and diagnostic studies. An organized approach and treatment and considerations specific to the geriatric population are discussed.

Alcuni dati:

1. Gli anziani, definiti come ultrasessantacinquenni sono il segmento di popolazione a più rapida crescita demografica negli Stati Uniti e sono i più frequenti utilizzatori dei dipartimenti di emergenza di qualunque gruppo d'età (McCaig LF, Nawar EN. 2006)
2. Da alcune proiezioni gli anziani usufruiranno di circa un terzo degli accessi ai Dipartimenti di Emergenza, entro il 2030 (Wilber ST, Gerson LW, Terrell KM, et al. 2006)
3. Il dolore addominale è il problema più frequente di accesso al Pronto Soccorso e negli anziani è la quarta causa più comune di accesso al PS (Wofford JL, Schwartz E, Timerding BL, et al. 1996)

4. Numerosi studi osservazionali hanno confermato che almeno un terzo degli adulti riferiscono un episodio di dolore addominale all'anno

5. Incidenza annuale negli adulti che accedono al DEA per dolore addominale è di 44/1000

6. Le percentuali di ricovero per dolore addominale varia dal 18% al 42% nei diversi studi

Tintinalli – Emergency Medicine ACEP Ann Emerg Med, 2000;

7. Sopra i 65 anni la percentuale di ricovero sale al 63%

8. Nei pazienti sopra i 65 anni il 20-33% richiede intervento chirurgico immediato

9. La mortalità totale in questo gruppo di pazienti varia dal 2% al 13%

Corey Lyon e Dwayne, 2006

Le difficoltà nella diagnosi e nel trattamento del dolore addominale nell'anziano sono multifattoriali ma sono accomunate dalla mancanza di segni clinici evidenti e e dalla variabilità di presentazione dei disordini intra-addominali.

In uno studio che comparava adulti e anziani in Pronto Soccorso si evidenziava, in modo consistente, come gli anziani fossero più complessi, richiedessero maggior tempo e maggiori risorse per la diagnosi e il trattamento e che, in particolare, il dolore addominale nell'anziano fosse il sintomo più difficile da affrontare.

McNamara RM, Rousseau E, Sanders AB. 1992

L'approccio proposto da Ragsdale e Southerlan è di basare l'analisi e il trattamento del dolore addominale acuto nell'anziano secondo alcuni criteri patologici:

Infiammatorio

Ostruttivo

Vascolare

Altre cause

Le variazioni fisiopatologiche legate ai processi di invecchiamento sono causa

Sia di una aumentata suscettibilità alle malattie intra-addominali,

Sia delle presentazioni atipiche.

Queste variazioni sistemiche e cellulari riguardano soprattutto

I sistemi

Immunitario

Genito-urinario

Gastro-intestinale

Nervoso, centrale e periferico

Compromissione immunitaria negli anziani:

Riduzione della immunità umorale (meno produzione di anticorpi delle cellule B) con maggior suscettibilità ad infezioni o antigeni nuovi e alle recidive infettive.

(Ongradi J, Stercz B, Kovesdi V, et al. 2009)

Riduzione della immunità cellulare con maggior suscettibilità ad antigeni noti (viraggio fenotipico delle cellule T verso forme più immunosoppressive **(Cusi MG, Martorelli B, Di Genova G, et al, 2010; Grubeck-Loebenstein B, 2010)**

Con secondarie

Conte leucocitarie fallaci (una conta bassa non esclude infezioni acute e una conta alta non esclude una immunodeficienza funzionale)

Inoltre

Bassa risposta ai pirogeni

Temperatura basale più bassa

Ridotta omeostasi termica (produzione e conservazione di calore)

Il 30% di anziani con addome chirurgico non presenta febbre

(Potts FE, Vukov LF. 1999)

Compromissione genito-urinaria nell'anziano

Danno glomerulare con ridotto numero e ridotta funzione (per comorbilità di lungo corso: diabete, ipertensione, aterosclerosi arteriolare)

Ridotta quota di filtrazione glomerulare (dalla quarta decade diminuzione di di 8 ml/min/decade) con *clearance* ridotta sia di farmaci che di metaboliti

Alterazioni della membrana basale e presenza di micro-diverticoli nei tubuli renali distali, con più stasi urinaria e crescita batterica

Ridotta capacità di concentrazione urinaria con secondaria maggior suscettibilità alla ridotta produzione di eritropoietina e perciò maggior facilità alla anemizzazione anche per piccole
(Zhou XJ, Saxena R, Liu Z, et al. *Int Urol Nephrol.* 2008)

Compromissione gastro-intestinale nell'anziano

Ridotto tempo di riempimento ed elasticità del fondo gastrico
Aumentata produzione acida per riduzione delle prostaglandine
Ridotte massa e circolazione epatiche con conseguente
iposintesi albuminica e diminuzione della fase 1 del
metabolismo dei farmaci (più nei maschi che nelle femmine)
(Cotreau MM, von Moltke LL, Greenblatt DJ. 2005)
Aumento diverticoli colici
Iporessia senile con ridotto introiti di fluidi e di alimenti, con
predisposizione alla costipazione
(Radley S, Keighley MR, Radley SC, et al. 1999; Bhutto A, Morley JE. 2008)

E il Sistema Nervoso

La Demenza e l'oscuramento sintomatologico

La Demenza e l'offuscamento anamnestic

Nel periferico slowly switch dalle fibre A Delta (dolore rapido, tagliente, spinoso) alle fibre C (conduzione lenta) con conseguente meno presenza di peritonismo alla bisogna
(Wickremaratchi MM, Llewelyn JG. 2005)

In 212 anziani con peritonite solo il 55% aveva dolore addominale acuto e significativo e solo il 34% aveva reazione di difesa e addome a tavola
(Wroblewski M, Mikulowski P. 1991)

Una review sull'ulcera perforata evidenziava che solo il 21% di anziani presentava segni di peritonismo
(Fenyo G. 1982)

Dolore addominale di origine infiammatoria:

Ulcera peptica

- Incidenza, complicazioni e mortalità sono ridotte negli adulti nelle ultime decadi, ma la frequenza di ricoveri è aumentata negli anziani.
- Questo aumento può essere legato all'uso più consistente di aspirina e di FANS
- circa il 40% degli anziani utilizzano aspirina o FANS e
- l'età è un rischio indipendente di danno gastrico da FANS

Griffin MR *Am J Med.* 1998

- rischio superiore di danno da FANS per i long-user vs gli short-user (sia di FANS che di ASA)

Pilotto A, Franceschi M, Leandro G, et al. *Drugs Aging*. 2003

Laporte JR, Ibáñez L, Vidal X, et al. *Drug Saf*. 2004

- aumentata prevalenza di colonizzazione da *Helicobacter Pylori* con l'età

Graham DY, Malaty HM, Evans DG, et al. *Gastroenterology*. 1991

Marshall BJ. *Am J Gastroenterol*. 1994

- dal 53% al 73% di anziani con Ulcera Peptica sono H.P. positivi

Pilotto A, Salles N. *Helicobacter*. 2002

Nell'anziano presentazione tipica meno frequente,
nel 35% di Ulcere Peptiche endoscopiche i pazienti non hanno
provato dolore

Kemppainen H, Rähä I, Sourander L. *Gerontology*. 1997

Leverat M. *Am J Dig Dis*. 1966

In molti casi la presentazione iniziale avviene in modo indiretto
tramite le complicazioni:

Sanguinamento gastro-intestinale, SOF

Anemia

Angina

Ridotta tolleranza allo sforzo

Scompenso cardiaco

Una complicazione seria: la perforazione (più comune nell'ulcera duodenale)

Dal 5% al 10% degli anziani con U.P.

Solo il 47% di questi anziani ha provato dolore improvviso e solo il 21% rigidità della parete addominale

Rx addome diretto: nel 39% dei casi non mostrava aria libera in addome

La mortalità in caso di perforazione è del 30% (il triplo che nell'adulto)

Altre complicazioni meno comuni: l'ostruzione aderenziale e la penetrazione in organi adiacenti

La mortalità totale per ulcera peptica è 100 volte più alta negli anziani che negli adulti

Fenyo G. *Am J Surg.* 1982

Pancreatite

Nell'anziano è la più frequente causa di dolore addominale non chirurgico

Martin SP, Ulrich CD. *Clin Geriatr Med.* 1999

Cause principali

nell'anziano colelitiasi (52%) e idiopatica

Nell'adulto colelitiasi (36%), iperlipidemia e alcool

Rossetti B, Spizzirri A, Migliaccio C, et al. *BMC Geriatr.* 2009

Xin M, Chen H, Sun J. *World J Gastroenterol.* 2008

Presentazione classica: dolore epigastrico, irradiato
posteriormente, ma anche
Dolore addominale diffuso
Dolore dorsale
Dolore toracico
Con nausea e vomito

Recenti linee-guida suggeriscono che per la diagnosi siano
presenti almeno due dei seguenti 3 criteri:

1. Dolore addominale nei quadranti superiori
2. Elevata amilasemia
3. Referto ECO, TAC o RMN suggestivo per pancreatite (la TAC è la
modalità di conferma preferibile negli Acute Setting)

Kiriyama S, Gabata T, Takada T, et al. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2010

La CPRE è il test sia diagnostico che terapeutico raccomandato in caso di vie biliari dilatate (alla TAC o All'ECO) o recente colecistectomia

Horakova M, Vadovicova I, Katuscak I, et al. *Bratisl Lek Listy*. 2009

La CPRE è relativamente sicura anche nell'anziano:

1- frequenza di complicazioni non significativamente più alta nell'anziano, rispetto all'adulto, anche considerando gli anziani scoagulati)

2- frequenza costante tra i 65-74enni, 75-84enni e i >85enni
Hu KC, Chang WH, Chu CH, et al. . *J Am Geriatr Soc*. 2009

I Ranson criteria e l'APACHE II vengono usati per predire la severità e il rischio di complicazioni

L'età avanzata è un fattore di rischio indipendente di progressione verso l'insufficienza pancreatica, la SIRS e la morte
Gardner TB, Vege SS, Chari ST, et al. *Pancreatology*. 2008

Pancreatite lieve: setting per acuti, fluidi endovenosi, analgesia e antiemesis

Pancreatite grave: setting intensivo, precoce consulenza chirurgica, attenzione alla malnutrizione e alla comorbilità
EBPM come profilassi per l'elevato stato infiammatorio
Tonsi A, Bacchion M, Crippa S, et al. *World J Gastroenterol*. 2009

Via preferibile di nutrizione: enterale (nasogastrica o nasodigiunale); sembra ridurre lo stress ossidativo, stabilizzare lo stato catabolico e migliorare gli *outcome*

McClave SA, Chang WK, Dhaliwal R, et al. *JPEN J Parenter Enteral Nutr*. 2006
Petrov MS, Correia MI, Windsor JA. *JOP*. 2008

Colelitiasi

E' la causa più comune di dolore addominale nell'anziano e la più comune indicazione chirurgica addominale

Laurell H, Hansson LE, Gunnarsson U. *Gerontology*. 2006

L'incidenza aumenta con l'età e raggiunge una prevalenza del 33% a 70 anni

McSherry CK, Ferstenberg H, Calhoun WF, et al. *Ann Surg*. 1985

Predisposizione dell'anziano alla formazione di calcoli biliari:
alterazioni della produzione di bile,
saturazione colesterolica della bile,
ridotta sensibilità cistica alla colecistochinina

I calcoli divengono sintomatici quando ostruiscono il dotto cistico provocando:

Dolore intermittente

Anoressia

Nausea e vomito

La colelitiasi sintomatica può essere trattata con colecistectomia di elezione se il paziente tollera il dolore, riesce ad alimentarsi e non mostra compromissione clinica generale

Un precoce intervento chirurgico comunque riduce i ripetuti accessi al PS e le complicazioni: colecistite, pancreatite, colangite, perforazione ed empiema

Gurusamy KS, Samrai K, Fusai G, et al. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008

Nell'ambito delle malattie biliari la **coledocolitiasi** è più frequente nell'anziano

Provoca ittero ostruttivo, pancreatite, e colangite ascendente
L'ECO ha bassa sensibilità ma alta specificità nel diagnosticare questi calcoli

Maggior sensibilità e specificità si hanno con la RMN, la CPRE
l'Ecografia endoscopica è meglio dell'Ecografia semplice ed ha un'accuratezza comparabile alla CPRE (e molta meno invasività)

Comunque la CPRE rimane l'approccio terapeutico di prima linea

Attasaranya S, Fogel EL, Lehman GA. Choledocholithiasis, ascending cholangitis, and gallstone pancreatitis. *Med Clin North Am.* 2008

Se l'ostruzione coledocica dura da 12 a 24 ore si instaura
colecistite

Un terzo di questi pazienti anziani lamenta dolore addominale minimo, minimo o assente peritonismo, scarsa correlazione con la severità di malattia

Telfer S, Fenyo G, Holt PR, et al. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1998

Anziani con Colecistite severa (empiema, gangrena e perforazione): più di un terzo apiretici, un quarto senza dolore, 32% senza leucocitosi

Gruber PJ, Silverman RA, Gottesfeld S, et al. *Ann Emerg Med.* 1996

Trattamento: idratazione endovenosa, antibiotici a largo spettro, colecistectomia come trattamento definitivo

Elwood DR. *Surg Clin North Am.* 2008

Una particolare varietà è la **colecistite enfisematosa** (meno legata alla litiasi)

Soprattutto negli anziani maschi e diabetici

Mortalità dal 15% al 25%

Mortalità operatoria delle colangiti non enfisematose

Causa più comune: *clostridium difficile e species*
(produzione di gas)

La copertura anche per gli anaerobi e l'intervento chirurgico sono cruciali per la sopravvivenza

Seow VK, Lin CM. *Am J Emerg Med.* 2007

Appendicite

Sfida diagnostica ad ogni età ma soprattutto nell'anziano
Dolore periombelicale che poi si localizza alla fossa iliaca dx, con
anoressia, nausea e vomito

3-4% di anziani con dolore addominale ce l'hanno

Laurell H, Hansson LE, Gunnarsson U. *Gerontology*. 2006

Ultraottantenni a rischio significativamente maggiore di
perforazione e di ritardata chirurgia anche a confronto con i
giovani vecchi (65-79), più per l'età che per la comorbilità

Young YR, Chiu TF, Chen JC, et al. *Am J Med Sci*. 2007

Ad ogni età il laboratorio aiuta poco

Qualche promessa per la stratificazione del rischio dalla PCR
Imaging e Laparatomia ancora insostituibili

Wu H, Lin C, Chang C, et al. *Am J Emerg Med*. 2005

Sulberg D, Chromik AM, Kersting S, et al. *Chirurg*. 2009

Diverticolite e colite

Maggior rischio di stipsi e di diverticolosi nell'anziano (aging e lifestyle).

Studi necroscopici: prevalenza di diverticolosi del 13% tra i <50enni e del 50% tra i <75enni

Commane DM, Arasaradnam RP, Mills S, et al. *World J Gastroenterol.* 2009

Nelle nazioni occidentali è descritta una maggior prevalenza di diverticolosi e diverticolite anche se la diverticolosi non complicata non è tipicamente associata con dolore addominale.

Thompson WG, Patel DG, Tao H, et al. *Dig Dis Sci.* 1982

Studio prospettico su anziani con sintomi addominali (dolore, stipsi, gonfiore) e diverticolosi accertata: solo l'1,7% ha sviluppato diverticolite in 5 anni di osservazione

Salem TA, Molloy RG, O'Dwyer PJ.. *Dis Colon Rectum.* 2007

Sintomi classici di presentazione della diverticolite: dolore crampiforme in fossa iliaca sx, borborigmi, nausea, febbre.
Miglior accuratezza diagnostica: TAC con contrasto (consente di eliminare altre diagnosi differenziali meglio di altre metodiche (US)

Pradel JA, Adell JF, Taourel P, et al. *Radiology*. 1997

Lameris W, van Randen A, Bipat S, et al. *Eur Radiol*. 2008

Trattamento iniziale: antibiotici a largo spettro con preferenza verso gram negativi, decorso tipico di 7-10 giorni

Byrnes MC, Mazuski JE. *Surg Infect (Larchmt)*. 2009

Circa il 25% dei pazienti con diverticolite vanno incontro a complicazioni (ascesso o perforazione: motivo di ricovero), senza distinzione tra episodi iniziali e recidive

Consulenza chirurgica necessaria nei pazienti clinicamente instabili

In alternativa ad intervento chirurgico problematico: drenaggio dell'ascesso diverticolare TAC-guidato

Janes S, Meagher A, Frizelle FA. *Br J Surg*. 2005

Issa N, Dreznik S, Dueck DS, et al. *Colorectal Dis*. 2009

La colite ha presentazione simile alla diverticolite

Cause più frequenti:

Infettive, in particolare il *Clostridium Difficile*

Infiammatorie, come Colite Ulcerosa e Morbo di *Crohn*

Il *Clostridium Difficile* è la causa più comune di diarrea infettiva in Nursing Home negli USA, con mortalità stimata di più del 17%

Crogan NL, Evans BC, *Geriatr Nurs.* 2007

Colite Ulcerosa e *Crohn* hanno una distribuzione anagrafica bimodale:

Più del 20% dei ricoveri per *Crohn* e più del 30% per Colite Ulcerosa sono anziani

Sonnenberg A. *Dig Dis Sci.* 2009

Per la diagnosi differenziale: analisi antigenica fecale, TAC addome e colonscopia.

Dolore addominale di origine ostruttiva

Tra i pazienti anziani: dal 10% al 12% degli accessi in PS per dolore addominale sono da ostruzione intestinale

Kizer KW, Vassar MJ. *Am J Emerg Med.* 1998

Ileo 3 volte più frequente nell'anziano rispetto all'adulto

Telfer S, Fenyo G, Holt PR, et al. *Scand J Gastroenterol Suppl.* 1998

Seconda solo alle malattie biliari come motivo di chirurgia urgente nell'anziano

Hendrickson MH, Naparst TR. *Emerg Med Clin North Am.* 2003

Presentazione dell'ileo dipendente dal tipo (meccanico o paralitico) e dalla localizzazione (tenue o crasso)

Complicazioni: disidratazione, ischemia, sepsi, perforazione

Ostruzione del tenue

Sito più comune di ostruzione (tubo più mobile, più liscio, più sottile, perciò più esposto ad aderenze ed erniazioni rispetto al crasso).

Romano S, Bartone G, Romano L. *Radiol Clin North Am.* 2008

Tre cause più comuni: aderenze (50%-74%), ernie (15%), neolasie (15%)

Hendrickson MH, Naparst TR. *Emerg Med Clin North Am.* 2003

Presentazione: colica e distensione addominale, nausea, vomito, alvo chiuso

L'ileo meccanico da calcoli biliari è raro tra gli anziani (1-4%)

Kauvar DR. *Clin Geriatr Med.* 1993

Ostruzione del tenue

Rx addome diretto ha una sensibilità del 66% e una specificità del 57%

Maglente DD, Balthazar EJ, Kelvin FM, et al. *Am J Roentgenol.*

Rx addome insufficiente per verificare grado, localizzazione e causa

TAC addome più utile, anche per rilevare le forme complicate (compromissione vascolare)

Ma con sensibilità del 92% e specificità del 93%

Mallo RD, Salem L, Flum DR. *J Gastrointest Surg.* 2005

Ostruzione del colon

Cause: neoplasie (60%), volvolo (10-15%), diverticolite

Buechter KJ, Boustany C, Caillouette R, et al. *Am J Surg.* 1988

In generale è meno frequente dell'ostruzione del tenue, ma nell'anziano ha maggior prevalenza (senilità colica)

Presentazione: dolore e distensione addominali, alvo chiuso; vomito solo in fase più tarda o anche assente

Quando la causa è neoplastica può essere presente perdita di peso recente e inspiegabile e alterazioni del volume fecale

Ostruzione del colon

Negli anziani il volvolo del sigma è quello più frequente (40-85% di tutti i volvoli), con una mortalità che va dal 12% al 50%,

Mulas C, Bruna M, Garcia-Armengol J, et al. *Rev Esp Enferm Dig.* 2010

Presentazione: dolore crampiforme o intermittente in fossa iliaca sx ad insorgenza graduale, che progredisce fino a distensione e ostruzione

Il volvolo cecale è in generale meno frequente e più tipicamente giovanile

Presentazione: più simile all'ostruzione del tenue (nausea e vomito più frequenti e precoci); grave rischio di perforazione e necessità di precoce intervento chirurgico

Fattori predisponenti dei volvoli: precedente chirurgia addominale e aderenze, stipsi cronica, farmaci "rallentanti", tumori

Rx addome diretto più accurato per le ostruzioni del crasso che per quelle del tenue, anche se la TAC addome rimane l'esame di scelta

Citato anche l'uso accessorio del clisma di bario, limitato però perché non fornisce informazioni parietali ed extracoliche

Stoker J, van Randen A, Lameris W, et al. *Radiology*. 2009

Ileo paralitico (o funzionale o pseudo-ostruttivo)

In qualunque tratto gastro-enterico

Diagnosi spesso post-chirurgica

Cause: oppiacei, anticolinergici, triciclici, infezioni intra-addominali o retroperitoneali (appendicite, colecistite, pancreatite), alterazioni metaboliche (diselettrolitemie, ipotiroidismo), disordini neurologici (Parkinson, traumi del rachide), infezioni critiche (polmonite etc.), postumi di chirurgia addominale (narcotici, anestetici, manipolazione viscerale)

Foxx-Orenstein AE. 2010; Batke M, Cappell MS. *Med Clin North Am.* 2008

Presentazione: dolore addominale moderato e diffuso, distensione e peristalsi torpida

Rx addome poco sensibile e specifico

TAC come esame di esclusione

Trattamento di supporto

Sindrome di Ogilvie:

Una pseudo-ostruzione colica rara

Comunque tipicamente maschi sopra i 60 anni, debilitati da recente chirurgia non addominale, con ricoveri prolungati, con assunzione di anticolinergici, antiparkinson, fenotiazine, calcio-antagonisti, anti-H2

Jetmore AM, Timmcke AE, Gathright JB, et al. *Dis Colon Rectum*. 1992

Vanek VW, Al-Salti M. *Dis Colon Rectum*. 1986

Young RP, Wu H. *Ann Pharmacother*. 2005

Sindrome di Ogilvie:

Presentazione lenta

Rx addome e TAC mostrano una massiccia dilatazione colica estesa al retto, il clisma al bario è pure diagnostico e la colonscopia è diagnostica e terapeutica (decompressione nell'80% dei casi)

Recidivante nel 22% dei casi

Trattamento di supporto e correzione farmacologica ed elettrolitica

Pazienti stabili: decompressione farmacologica con neostigmina (90% di risposta immediata)

Chirurgia se perforazione o ischemia

Ponec RJ, Saunder MD, Kimmey MB *N Engl J Med.*

Abeyta BJ, Albrecht RM, Schermer CR. *Am Surg.* 2001

Trevisani GT, Hyman NH, Church JM. *Dig Dis Sci.* 2000

Dolore addominale di origine vascolare

Le vasculopatie intestinali sono Tipicamente senili per l'alta prevalenza di aterosclerosi periferica, fibrillazione atriale, ipertensione

Incidenza bassa ma mortalità molto elevata

Distinte in

Ischemiche

Aneurismi arteriosi

Dissecazioni arteriose

Ischemia mesenterica acuta

Causa rara di dolore addominale acuto nell'anziano,
di difficile diagnosi,
con mortalità dal 60% al 90% (stretta correlazione col tempo che
intercorre tra la diagnosi e la chirurgia, meno di 6 ore, più di 12
ore)

Kassahun WT, Schulz T, Richter O, et al. *Langenbecks Arch Surg.* 2008

Acosta-Merida MA, Marchena-Gomez J, et al. . *World J Surg.* 2006

Mortalità non variata negli ultimi anni nonostante i progressi di
Imaging

“A high index of suspicion is required to save these patients”

Può essere occlusiva o non-occlusiva

Occlusiva Arteriosa (75%)

Occlusiva Venosa (8%)

Non occlusiva (17%)

Edwards MS, Cherr GS, Craven TE, et al. *Ann Vasc Surg.* 2003

Occlusiva arteriosa

Embolica o da trombosi

Emboli dal cuore (FA, Scompenso cronico, infarto recente)
attraverso la Arteria Mesenterica Superiore (parallela all'aorta)

Trombi in pazienti con aterosclerosi significativa

Può manifestarsi come una storia di disagio post-prandiale (*angina abdominalis*) e calo di peso con peggioramento improvviso da intercorsa insufficienza arteriosa acuta

Occlusiva venosa

La meno comune

La meno fatale

Presentazione acuta o subacuta

Rischio da: Ipercoagulabilità, ipertensione o trombosi portale, flogosi intestinali, pregresse chirurgia o trauma addominali

Non-occlusiva

Vasocostrizione mesenterica in disidratazione, ipovolemia o ipotensione, spesso in combinazione con scompenso cardiaco

Uso di digossina, ergotamina, catecolamine, sartani, vasopressina e beta-bloccanti pazienti spesso già ricoverati in Setting Intensivi per altre cause (mascheramento sintomatico e diagnostico)

Dolore addominale progressivamente crescente o discontinuo e di natura colica

Ischemia mesenterica acuta

Dolore addominale sproporzionato rispetto all'obiettività

Associato a nausea, vomito e diarrea

Quando l'Ischemia diviene infarto: peritonismo

Solo 1/3 degli anziani triade classica: dolore, febbre e SOF positivo

Chang RW, Chang JB, Longo WE. *World J Gastroenterol.* 2006

Occlusione venosa: indolente, blandi sintomi colici prolungati (48 ore), na.vo.di. e anoressia possibili, SOF positivo frequente, rettorragia segno di infarto

Ischemia mesenterica acuta

Leucocitosi elevata (>20.000), elevazione di amilasi AST, LDH, CPK, acidosi metabolica: non sensibili né specifici
Block T, Nilsson TK, Bjorck M, et al. *Scand J Clin Lab Invest.* 2008

In particolare LDH e ALPh elevati suggeriscono infarto
Murray MJ, Gonze MD, Nowak LR, et al. *Am J Surg.* 1994

Anche il D-Dimero può essere elevato
Kurt Y, Akin ML, Demirbas S, et al. *Eur Surg Res.* 2005

Nell'anziano vi può essere normalità del laboratorio

Ischemia mesenterica acuta

Segni radiografici classici (pollice, ispessimento anse) presenti solo nel 40% dei casi TAC più sensibile (82%-100%) per la trombosi venosa, ma più fallace nella arteriosa

Brandt LJ, Boley SJ. *Gastroenterology*. 2000

Possibili anche

Ispessimento di parete (spesso nell'occlusione arteriosa)

Dilatazione intestinale e pareti assottigliate

Pneumatosi, solo tarda e solo nel 6-30% dei casi

Sanson TG, O'Keefe KP. *Emerg Med Clin North Am*. 1996

Horton KM, Fishman EK. *Radiol Clin North Am*. 2007

Ischemia mesenterica acuta

Angiografia è il *gold standard* ma

È invasiva

Non subito disponibile

Non eseguibile nel paziente instabile

Può ritardare l'embolectomia chirurgica

In alternativa la Multidetector CT Angiography (MDCT-A)

Più disponibile e rapidamente eseguibile

Meno invasiva

Con buona sensibilità e specificità

Kirkpatrick ID, Kroeker MA *Radiology*. 2003

Aschoff AJ, Stuber G, Becker BW, et al. *Abdom Imaging*. 2009

Doppler e RMN utile nell'ischemia cronica ma ruolo minimo nell'acuta

Ischemia mesenterica acuta

Trattamento di supporto e di stabilizzazione circolatoria

I vasopressori possono esacerbare l'ischemia

In particolare vasopressina e alfa-agonisti solo *in extremis*

Berland T, Oldenburg WA. *Curr Gastroenterol Rep.* 2008

Emboli arteriosi e ischemia non occlusiva: buona efficacia di papaverina o altri vasodilatatori direttamente nella arteria mesenterica superiore

Trattamento di base: eparina e antibiotici a largo spettro

Peritonismo o segni di perforazione: chirurgia d'urgenza

Rottura di aneurisma aortico addominale

La 14ma causa di morte negli USA e la 10ma negli anziani

Silverberg E, Boring CC, Squires TSCA *Cancer J Clin.* 1990

E' la prima causa di Morte Improvvisa con un 50% di mortalità pre-ospedaliera

I ricoverati hanno comunque una mortalità dall'80% al 90%

Anche in pazienti selezionati per rapidità di diagnosi e approccio chirurgico (12 minuti!) la mortalità a 30 giorni è ancora del 70%

Johansen K, Kohler TR, Nicholls SC, et al. *J Vasc Surg.* 1991

Rottura di aneurisma aortico addominale

Fattori di rischio: anziani maschi, fumatori, bianchi, familiarità per AAA, presenza di AOAI e di connettivopatie (LES, AR, DM, SD)

Lederle FA. *Ann Intern Med.* 2009

Maggior predittore di rottura è la grandezza dell'aneurisma

Rischio annuale di rottura: con diametro di 3 cm 0.2%-04%, 4 cm 0.8% - 1.1%, 4.5 cm 1.2% -2.1%

Rischio aumentato dalla presenza di fattori di rischio cardiovascolari

Vardulaki KA, Prevost TC, Walker NM, et al. *Br J Surg.* 1998

Van der Vliet JA, Boll AP. *Lancet.* 1997

Rottura di aneurisma aortico addominale

Triade di presentazione classica: ipotensione, massa pulsante, dolore addominale o lombare

Presente nel 30% - 50% dei casi

Sintomi più rari: neuropatia periferica improvvisa (con o senza disestesia), per compressione nervosa, lombalgia intrattabile

La rottura può anche avvenire nel lume intestinale, nella vena cava o nella vena renale sx: è comunque rapidamente fatale

Banerjee A. *Postgrad Med J* 1993

Anziani giunti al PS stabili, ma morti entro 2 ore: l'ipotensione e la tachicardia erano assenti nel 50%

30% diagnosi attribuita a colica renale, diverticolite, emorragia GI

Attenzione: Dolore unilaterale al fianco, irradiato all'inguine, con microematuria, di nuova insorgenza -> sospettare rottura di AAA

Marston WA, Ahlquist R, Johnson G, et al. *J Vasc Surg.* 1992

Rottura di aneurisma aortico addominale

ECO addome in PS accurato ma a volte difficile per il giro-vita o per il gas

Kuhn M, Bonnin RL, Davey MJ, et al. *Ann Emerg Med.* 2000

Solo nei rari pazienti con rottura di minima entità e perciò molto stabili, si può prendere in considerazione la TAC addome

Rottura di aneurisma aortico addominale

Rapida consulenza del chirurgo vascolare

Rapide misure di supporto vitale nel caso di sospetto diagnostico

Emotrasfusione di emazie concentrate

ECO addome urgente

Rapido accesso alla Chirurgia

Dissecazione aortica

L'incidenza di dissecazione è bassa ma potenzialmente fatale se non diagnosticata

Fattori di rischio: ipertensione, precedente chirurgia coronarica, aterosclerosi

Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. *JAMA*. 2000

Forte sospetto clinico: Pazienti con dolore sia toracico che addominale acuto

TAC con contrasto è l'esame di scelta

RMN, ECO addome ed ECO trans-esofagea quando il contrasto è controindicato

Approccio intensivo, supporto pressorio immediato

Il trattamento medico o chirurgico dipende dalla sede della dissecazione

Altre cause di dolore addominale nell'anziano

Genito-urinarie

Comuni: Infezione acute delle vie urinarie e pielonefrite

Cautela nell'attribuzione:

batteriuria asintomatica nel 18% delle donne e nel 10% dei maschi >65enni, a casa
nel 27% e nel 10% >80enni, a casa
nel 58% in Nursing Home

Rodhe N, Lofgren S, Matussek A, et al. *Scand J Infect Dis.* 2008

Lin YT, Chen LK, Lin MH, et al. *J Chin Med Assoc.* 2006

Ritenzione acuta di urina: anuria, dolore addominale e globo vescicale

Facilmente trascurata nel demente

Cause: anticolinergici, anti-istaminici, triciclici, vescica neurologica, ostruzione vescicale

Genito-urinarie

Anche:

Prostatite

Epididimite

Tumori alle gonadi

Torsione testicolare

Gangrena di Fournier

Yeh EL, McNamara R. *Clin Geriatr Med.* 2007

Stipsi (costipazione)

Più frequente nelle donne che negli uomini (disfunzioni della flora pelvica?)

Mccrea GL, Miaskowski C, Stotts N, et al. *J Pain Symptom Manage*. 2009

Già citati sopra i fattori predisponenti (organici e farmacologici)
Sintomi: tenesmo, senso di ripienezza, difficoltà di espulsione
L'ostruzione e la perforazione hanno spesso sintomi simili:
attenzione ed eventualmente un Rx addome

Neoplasie

Neoplasie intra-addominali sono spesso causa di dolore addominale acuto

Manifestazioni legate alla sede: sintomi biliari, ostruzione, peritonite, ascite (con o senza dolore), reperto di massa, sanguinamento occulto o manifesto, perforazione, rachialgie, ostruzione urinaria.

Storia di perdita di peso inspiegabile, anoressia, deperimento generale, sudorazione notturna, positività dei test di screening devono porre il sospetto di neoplasia intestinale.

Neoplasie

Studio su 2000 pazienti (misti, adulti e anziani) in PS, con dolore addominale acuto, seguiti in follow up:

Dalla dimissione ad un anno di osservazione, il 2.8% diagnosi di neoplasia intestinale

Metà di questi pazienti non erano stati diagnosticati alla dimissione

Per questi ultimi le diagnosi di dimissione erano stipsi, sub-occlusione, dolore addominale aspecifico

Laurell H, Hansson LE, Gunnarsson U. *Anticancer Res.* 2006

Neoplasie

>65enni, il 12.8% della popolazione USA):

Nelle nuove diagnosi di neoplasie G-I rappresentano il 63% in generale

Nelle nuove diagnosi di neoplasie G-U il 59.4% nei maschi

Altekruse SF, Kosary CL, Krapcho M, et al, 1975–2007 National Cancer Institute

L'American Cancer Society, ritiene che 1 maschio anziano su 6 e 1 donna anziana su 10 svilupperanno un cancro invasivo

American Cancer Society, January 2010

Cause extra-addominali di dolore addominale acuto

Infarto (in particolare quello inferiore): epigastralgia, nausea e vomito (ECG)

Polmonite, pneumotorace, embolia polmonare

Chetoacidosi alcoolica o diabetica

Avvelenamento da metalli pesanti

Crisi addisoniane

Emocromatosi

Abuso di ASA

Sospensione di oppiacei

Porfiria

Herpes Zoster

Radicolopatie

Cause extra-addominali di dolore addominale acuto

Ernie

Ematoma rettale (TAO)

Cellulite e ascessi

Digossina, colchicina, metformina, antibiotici (Na. Vo. Di.)

Fenotiazine, antidepressivi, ipoglicemizzanti orali, diuretici
(epatopatia)

Sanson TG, O'Keefe KP *Emerg Med Clin North Am.* 1996

Conclusioni (1)

La valutazione del dolore addominale nell'anziano è un sfida

Che bisogna accettare perché, a causa delle manifestazioni atipiche o ritardate, una diagnosi non accurata porta ad un elevato rischio di complicazioni e ad una elevata mortalità

Categorizzare (cause infiammatorie, ostruttive, vascolari o altre) (**analisi**)

può aiutare a sbilanciarsi in un sospetto diagnostico (**ipotesi**)

E bisogna spendersi per raggiungere una diagnosi (**sintesi**)

Conclusioni (2)



**“ ... perché un Geriatra lo vedi dal coraggio,
dall’altruismo e dalla fantasia ...”**

Parafrasi da “La leva calcistica della classe ‘68” di F. De Gregori, in Titanic, 1982