

# **Quarta Lezione: Il dolore addominale**

**28 / 03 / 2018**

# DOLORE ADDOMINALE

E' sintomo comune di un gran numero di affezioni morbose e ne rappresenta il **segnale d'allarme**.

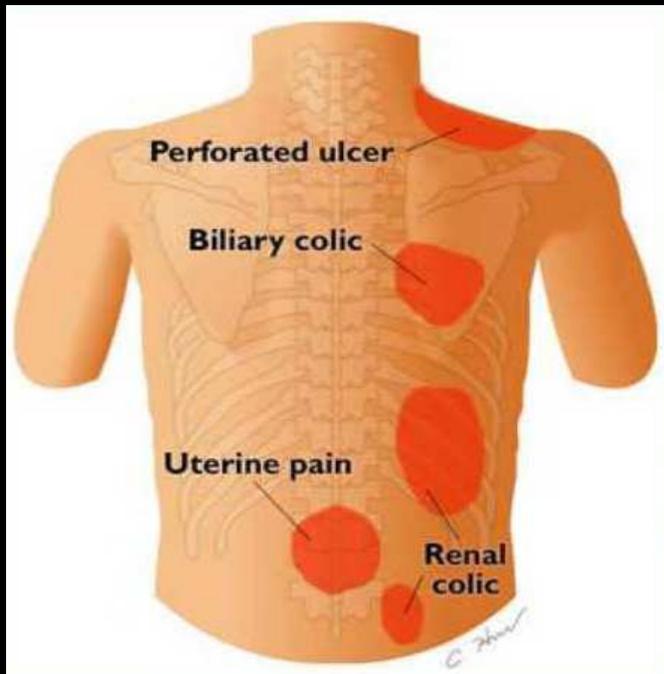
Il dolore è provocato da:

- **distensione** o **spasmo** di un viscere cavo  
(>nocicettori presenti nella tonaca muscolare liscia)
- distensione della capsula degli organi parenchimatosi  
(>nocicettori presenti nella capsula epatica, splenica, renale)
- trazione sul **mesentere**, sui **legamenti**, sul peritoneo  
(>nocicettori presenti nel mesentere, peritoneo viscerale)
- infiltrazione o compressione neoplastica di nervi sensitivi  
(nocicettori direttamente coinvolti)
- ischemia  
(nocicettori direttamente e indirettamente coinvolti)

# DOLORE RIFERITO

Si ha quando il dolore viene percepito lontano dalla sede della lesione.

E' dovuto alla **confluenza** degli stimoli algogeni sullo **stesso 'neurone sensoriale'** dove affluiscono gli stimoli originati dall'organo interessato e dal dermatomero dove viene riferito il dolore.



ES: il **dolore colecistico** può essere percepito in corrispondenza della **scapola destra**; il **dolore pancreatico** può essere avvertito al **dorso**

# Palpazione

## Come si effettua:

Tranquillizzare il paziente

Mano non fredda

Iniziare dalle “zone” non dolenti !

Respirazione superficiale

Palpazione superficiale e profonda

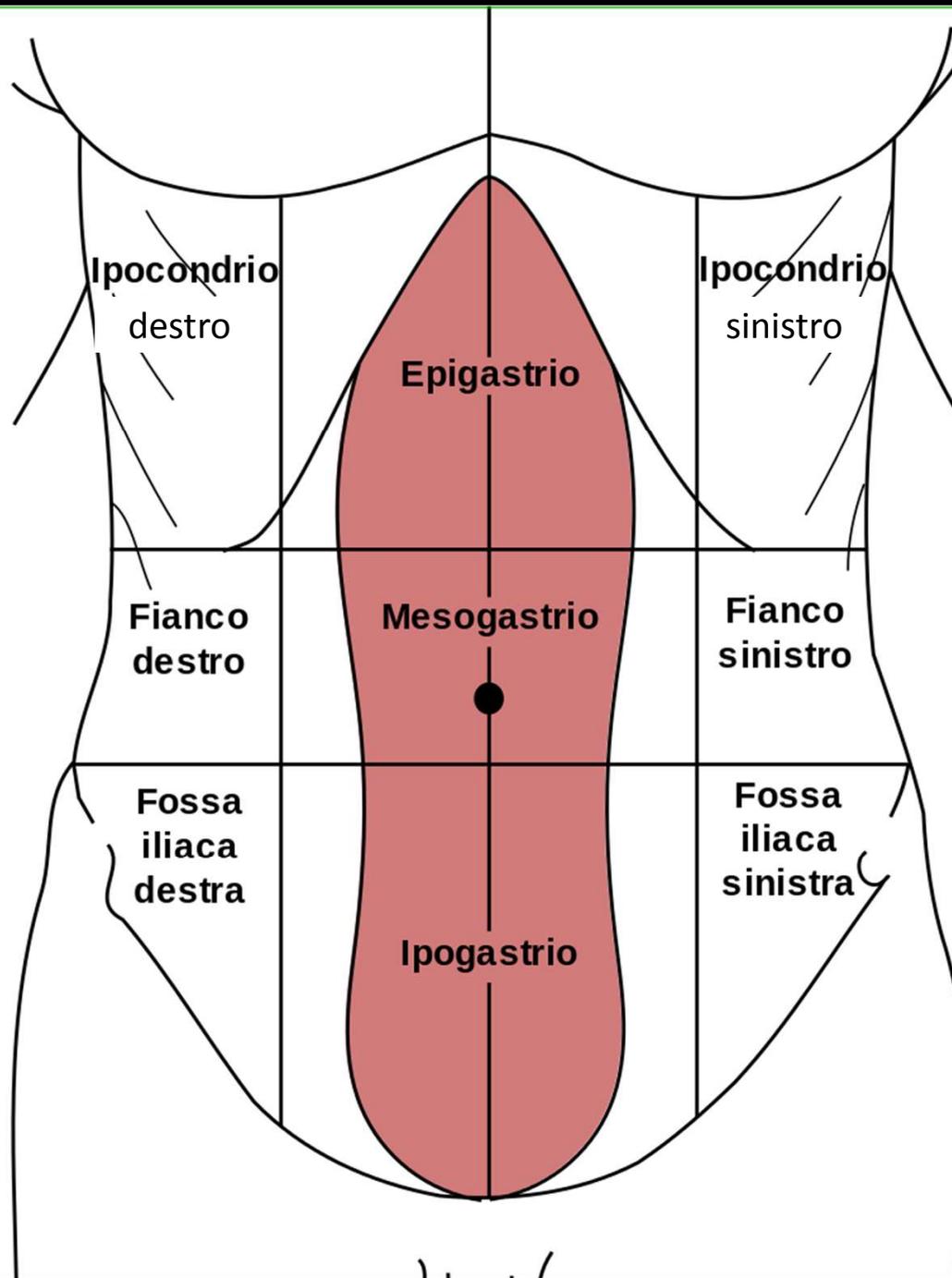
## Cosa si vuole identificare:

Zona / area che duole  
(dolore spontaneo e provocato)

Localizzare e valutare  
gli organi addominali

Individuare masse

Cogliere eventuali versamenti



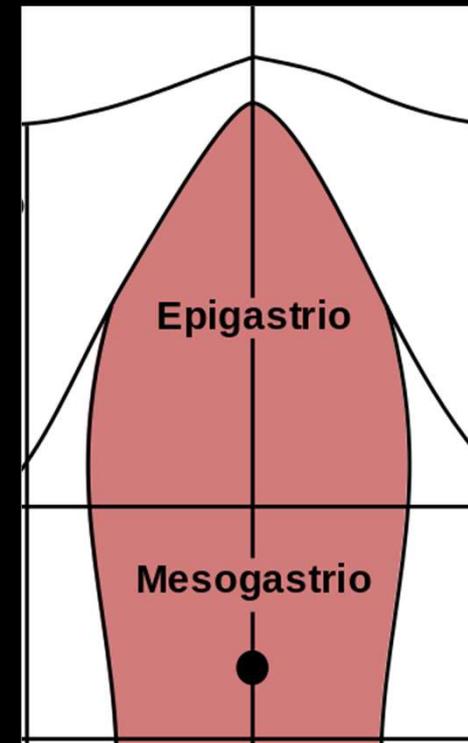
## DOLORE IN ADDOME SUPERIORE DESTRO

- FEGATO (stasi, ascesso epatico o sottoepatico, colangite, ecc...)
- COLECISTI (calcolosi complicata, empiema, ecc...)
- RENE (neoplasia, infarto renale, nefrolitiasi)
- “RADICI NERVOSE” dei Neuroni sensoriali (DRG) (H. Zoster)
- PLEURA (Pleurite)



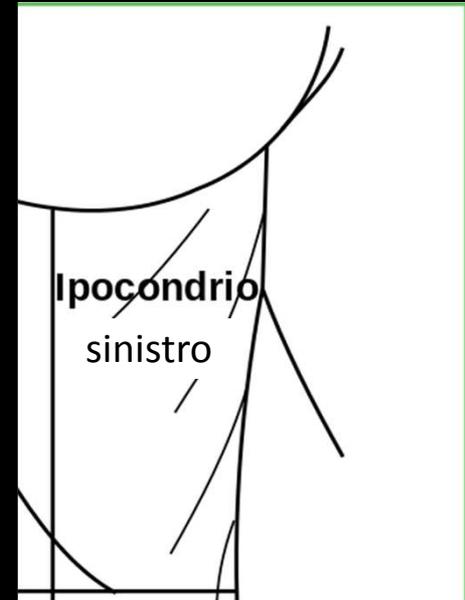
## DOLORI EPI E MESOGASTRICI

- CUORE (angina pectoris, IMA, pericardite)
- STOMACO (ernia jatale, gastrite, ulcera)
- DUODENO (duodenite, ulcera)
- PANCREAS (pancreatite acuta o cronica, neoplasie)
- INTESTINO
- VASI ADDOMINALI (“*claudicatio abdominis*”)



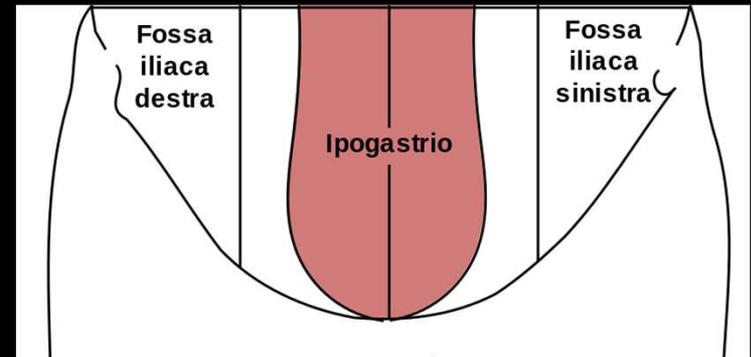
## DOLORI IN ADDOME SUPERIORE SINISTRO

- CUORE (angina pectoris, IMA, pericardite)
- STOMACO (ulcera, neoplasia)
- INTESTINO (colite, neoplasie)
- PANCREAS (pancreatite acuta o cronica, neoplasie)
- RENE (nefrolitiasi, infarto renale, neoplasia)
- PLEURA (pleurite)
- MILZA (infarto splenico, splenomegalia)



## DOLORI NELL'ADDOME INFERIORE

- INTESTINO  
(appendicite, ernia, ileite terminale, diverticolite, IBS, neoplasia...)
- APPARATO UROGENITALE  
(nefrolitiasi, affezioni delle vescichette seminali, annessite, cisti ovarica, gravidanza tubarica, tumore uterino, miofibroma)



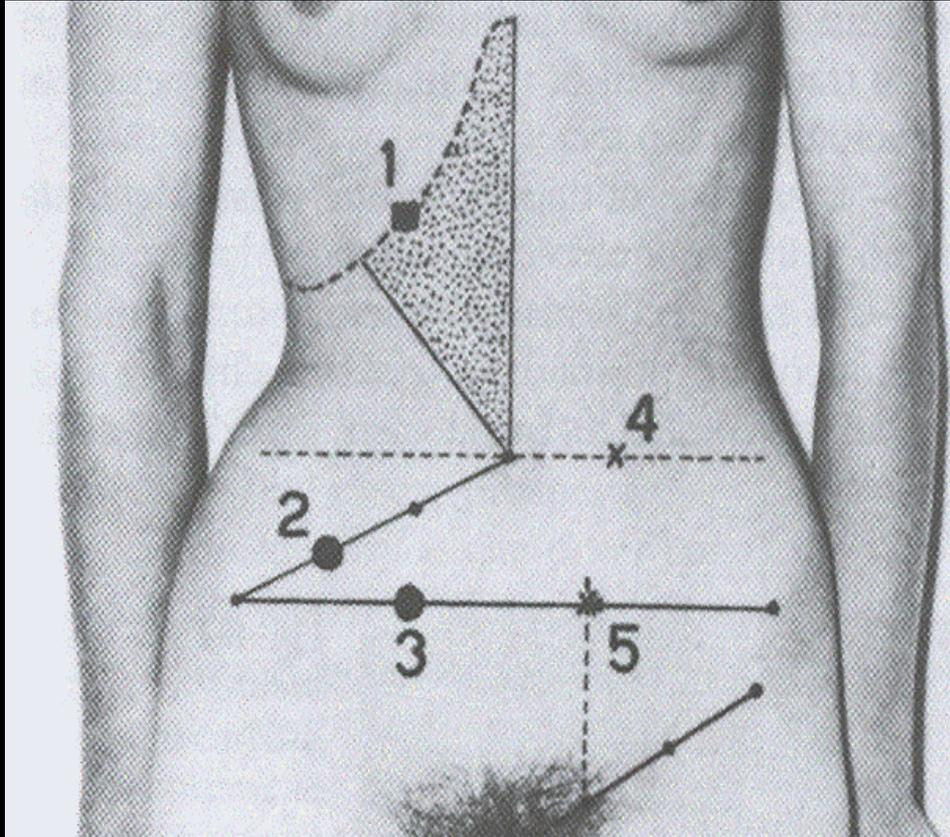
**Punti**

**Segni**

**Aree**

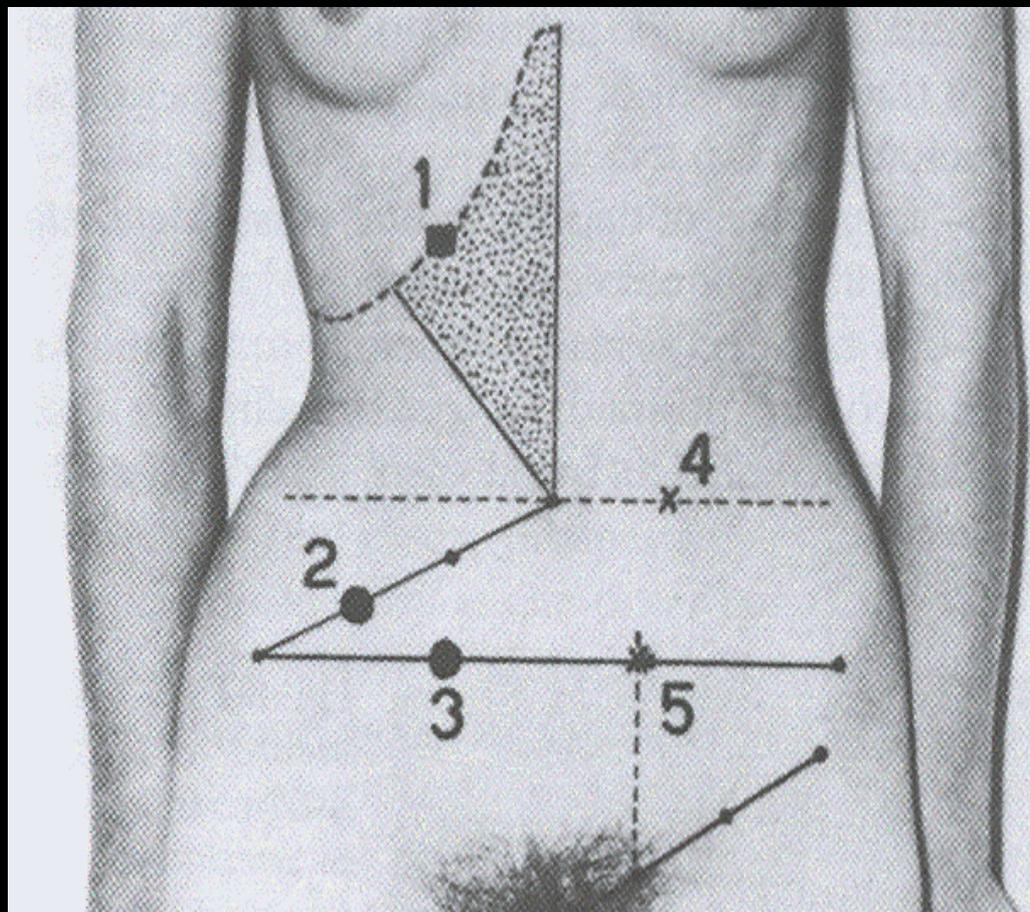
# 'Punti' Dolorosi Addominali

LA LORO PALPAZIONE INDUCE **DOLORE** O 'CONTRAZIONE DI DIFESA' IN PRESENZA DI AFFEZIONI VISCERALI NON (ANCORA) RESPONSABILI DI PERITONITE



1. CISTICO / MURPHY
2. MAC BURNEY
3. LANZ
4. BAZIN
5. TOURNEUX

# Punto Cístico



## **PUNTO CISTICO:**

all'intersezione del margine esterno del m. retto dx con l'arcata costale.

nelle **colecistiti acute** la palpazione del punto cistico è estremamente dolorosa

## **SEGNO DI MURPHY:**

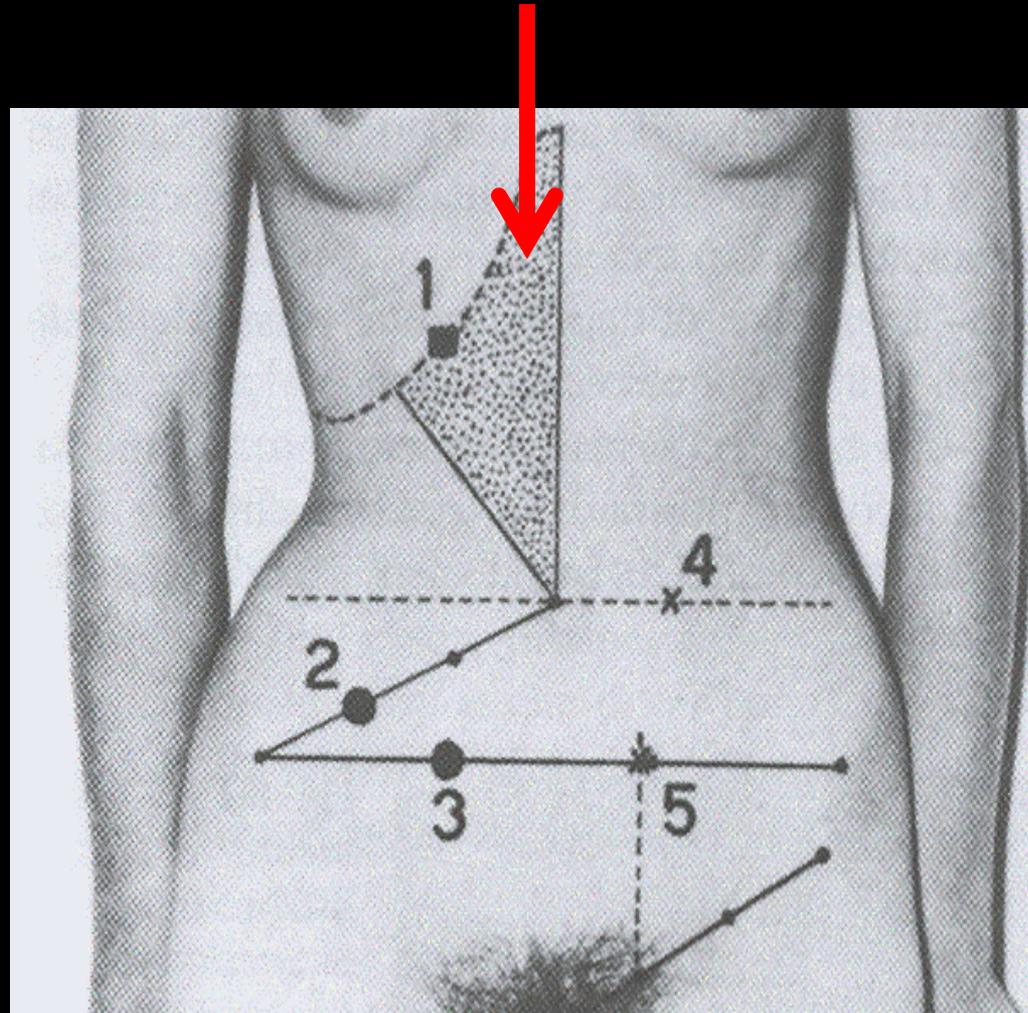
arresto dell'atto inspiratorio in seguito al dolore indotto dalla palpazione del punto cistico;

- le punte delle dita della mano destra in prossimità del punto cistico
- affondandole leggermente dall'avanti all'indietro e dal basso verso l'alto;
- si invita il paziente ad eseguire una profonda inspirazione; con l'abbassamento del diaframma l'inspirazione porta ad un brusco avvicinamento della colecisti alle dita dell'osservatore da cui il dolore che fa cessare automaticamente l'atto inspiratorio

**SEGNO DI MURPHY +++**

**LITIASI DELLA COLECISTI**

# Triangolo Pancreatico Duodenale di Chauffard



# Triangolo Pancreatico Duodenale di Chauffard

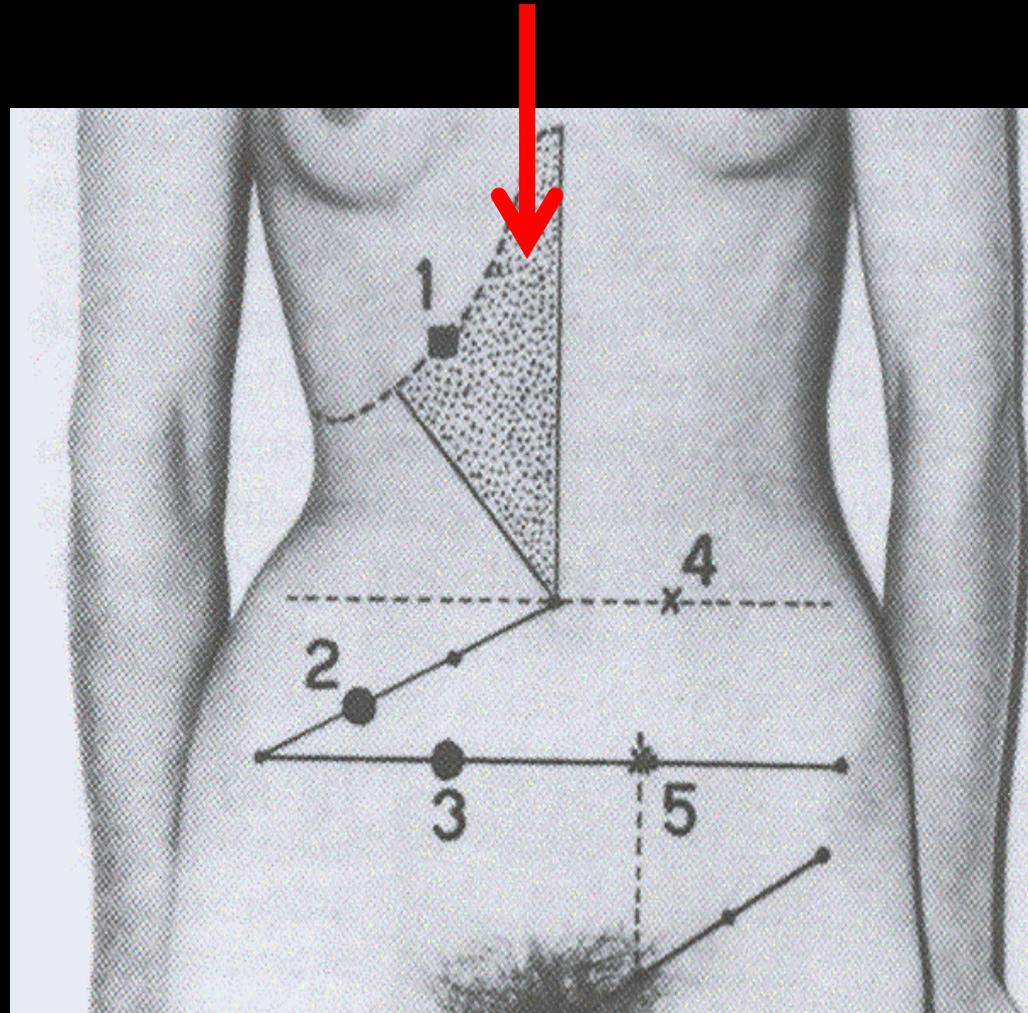
tracciate le linee **xifo-ombelicale** ed **ombelicale trasversa** si disegna la **bisettrice** dell'angolo retto da esse delimitato in corrispondenza del quadrante superiore destro dell'addome;

L'angolo situato tra questa bisettrice e la linea xifo-ombelicale comprende il **triangolo pancreatico duodenale di Chauffard**

corrisponde alla proiezione della prima porzione del duodeno, della testa del pancreas e del coledoco

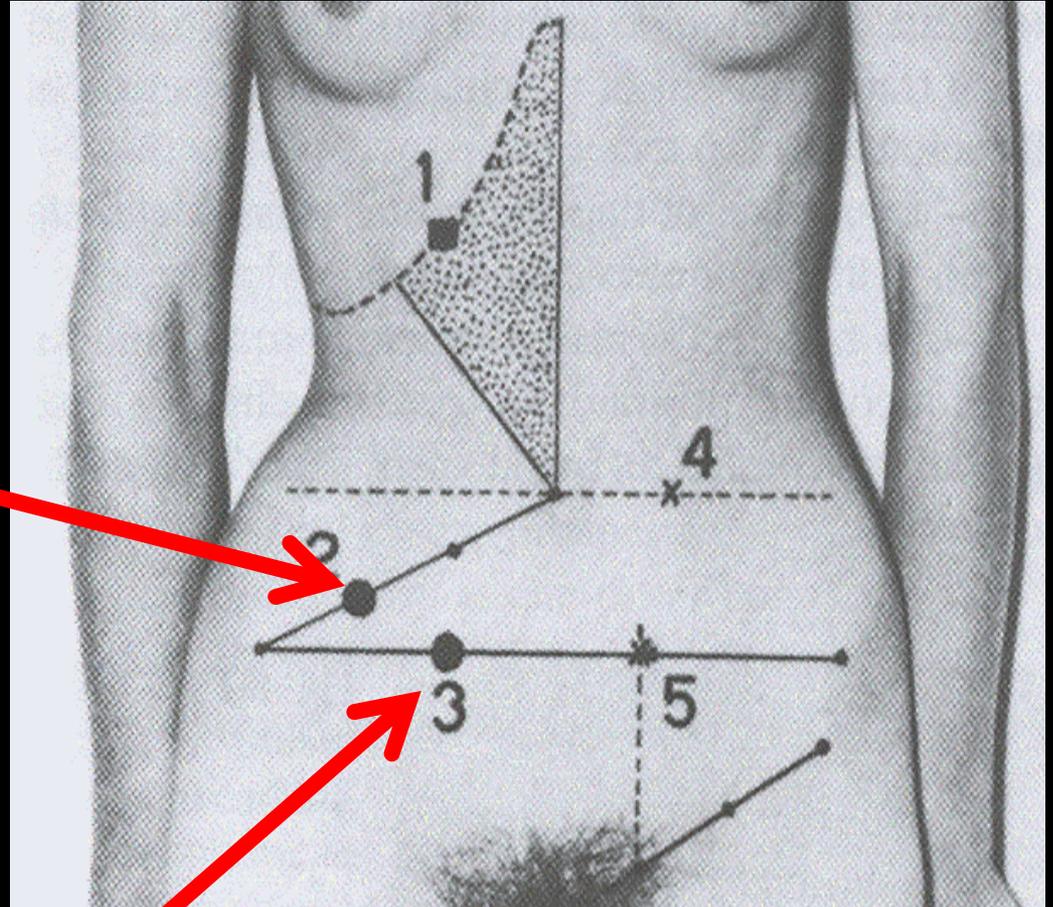
È dolente nell'ulcera duodenale, nelle pancreatiti, nella litiasi del coledoco.

# Triangolo Pancreatico Duodenale di Chauffard



# Punti Appendicolari

Punto di Mac Burney



Punto di Lanz

# Punti Appendicolari

nelle **flogosi acute** e croniche dell'appendice la dolorabilità alla palpazione si localizza in corrispondenza del quadrante inferiore dx

## PUNTO DI MAC BURNEY:

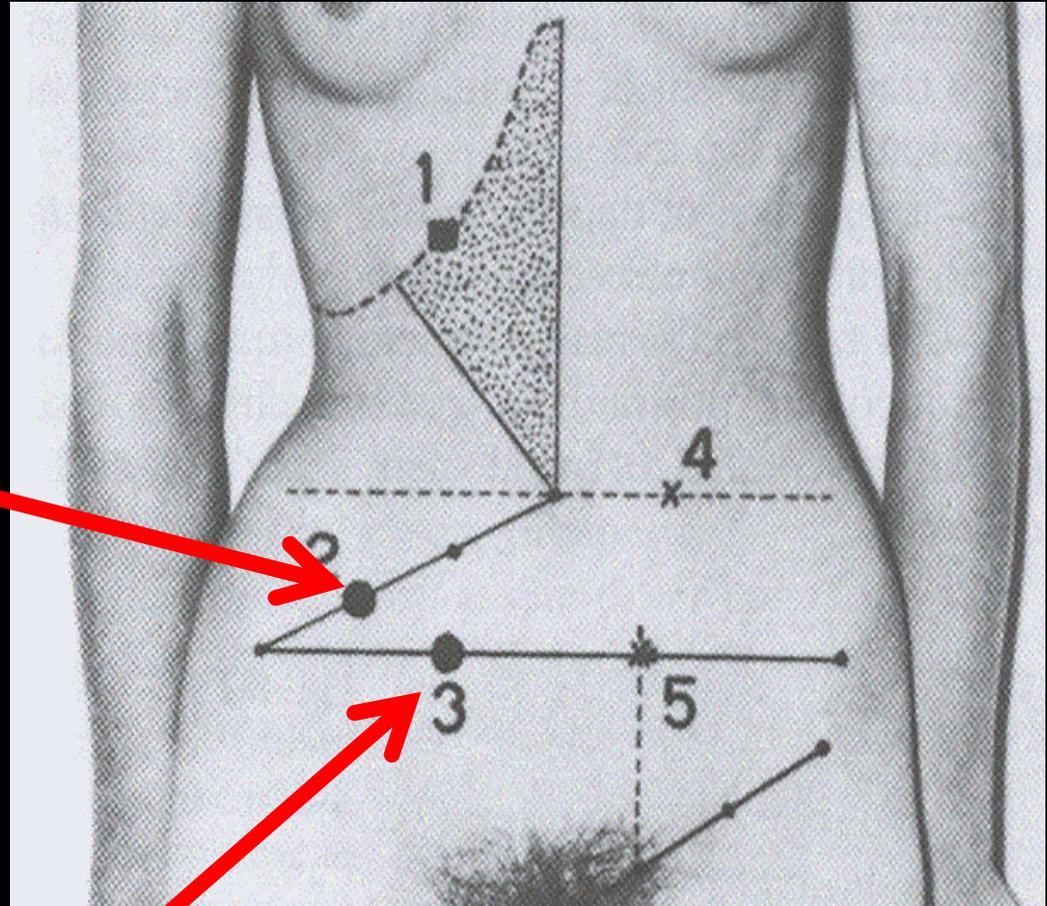
situato all'unione tra il terzo laterale e i due terzi mediani della **linea spino-ombelicale** (la linea che unisce la spina iliaca antero-superiore all'ombelico)

## PUNTO DI LANZ:

situato tra terzo medio e terzo laterale destro della **linea bispino-iliaca** (la linea che unisce le due spine iliache anteriori superiori)

# Punti Appendicolari

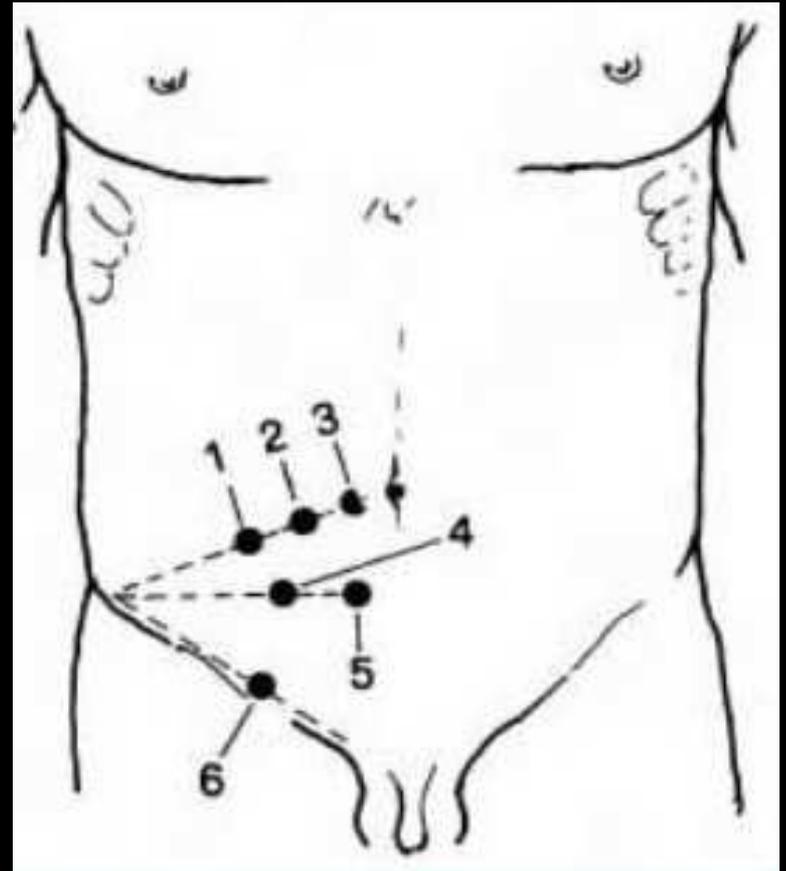
Punto di Mac Burney

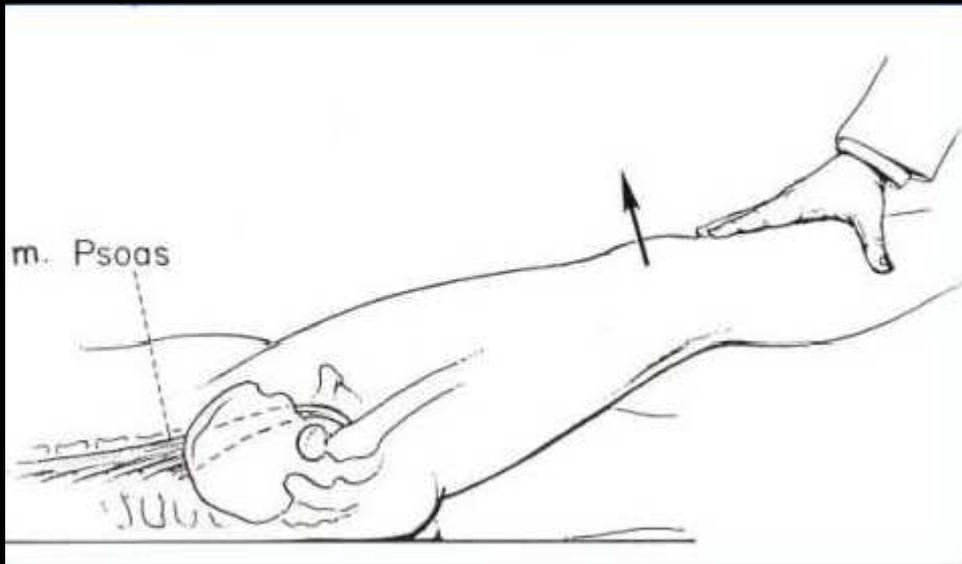


Punto di Lanz

## Altri punti e segni appendicolari

- punto di Mc Burney (1)
- punto di Morris (2)
- punto di Munro (3)
- punto di Lanz (4)
- punto di Clado (5)
- punto di Jalaguier (6)
- segno di Rovsing  
(dolore ds alla compressione a sn)





## 'SEGNO DELLO PSOAS'

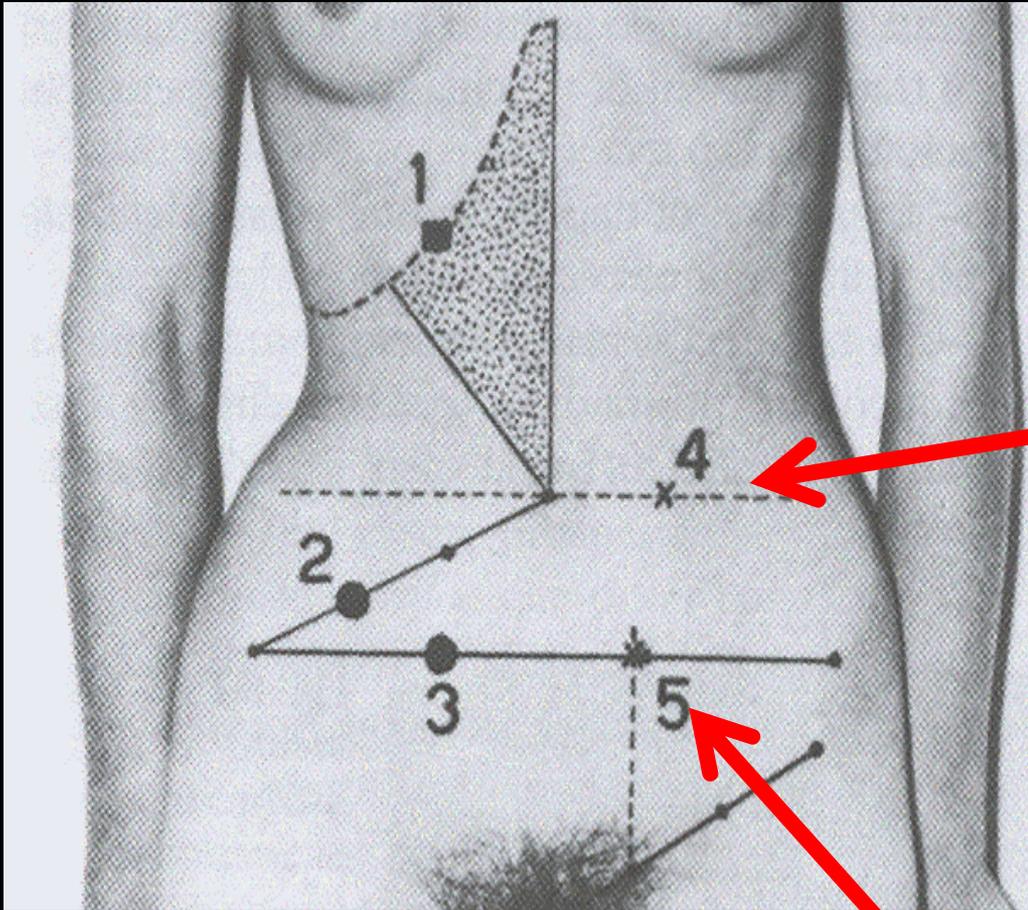
Sollevamento della coscia  
contro pressione di mano  
opponente

## 'SEGNO DELL'OTTURATORIO'

Adduzione della coscia flessa  
contro pressione di mano  
opponente



# Punti Ureterali



PUNTO URETERALE  
SUPERIORE SX

PUNTO URETERALE MEDIO SX

# Punti Ureterali

la dolorabilità di uno o più punti ureterali è indicativa:

di un calcolo impegnato nell'uretere;

di un diffuso interessamento flogistico o meccanico dell'uretere stesso

## **PUNTO URETERALE SUPERIORE:**

- sulla linea ombelicale trasversa a tre dita dall'ombelico

## **PUNTO URETERALE MEDIO:**

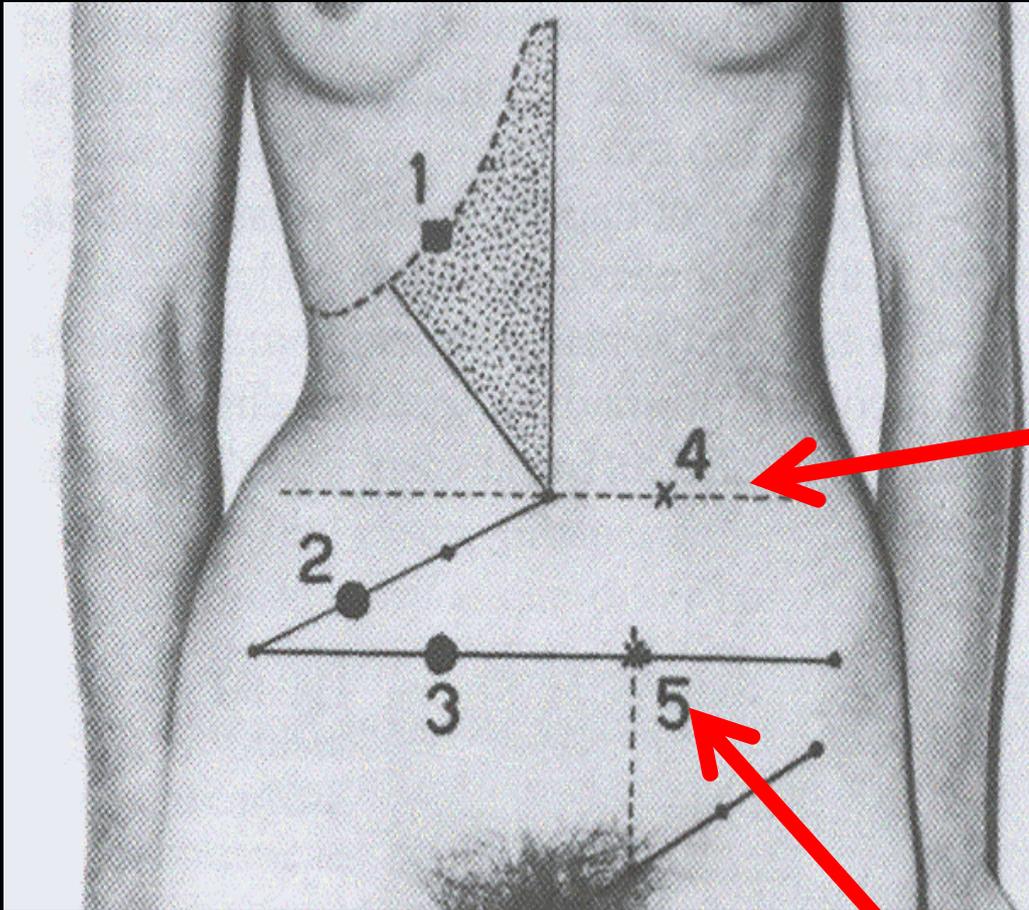
- sulla linea bispinoiliaca, tra terzo medio ed esterno

## **PUNTO URETERALE INFERIORE:**

- nell'uomo (esplorazione rettale): sbocco dell'uretere in vescica lateralmente ed avanti alle vescicole seminali;

- nella donna (esplorazione vaginale): spingendo in avanti il fornice laterale

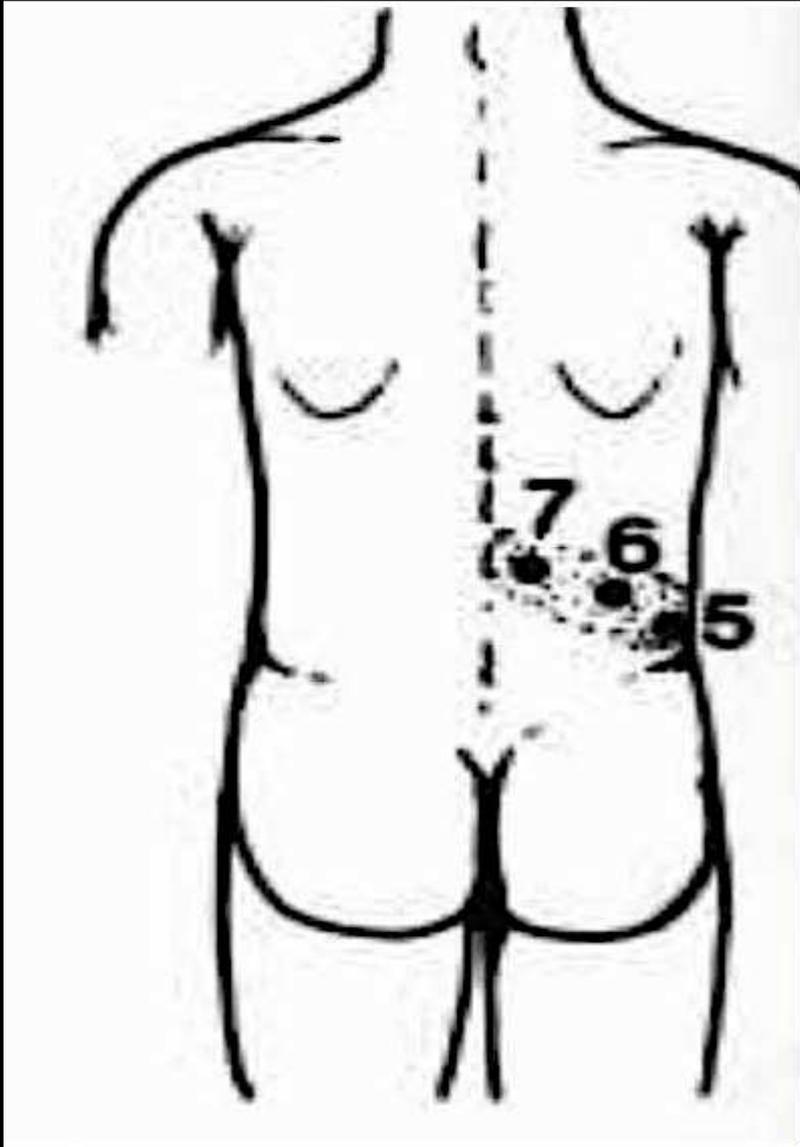
# Punti Ureterali



PUNTO URETERALE  
SUPERIORE SX

PUNTO URETERALE MEDIO SX

## Punti Renali



5. Punto costo-muscolare

6. Punto costo-lombare

7. Punto costo-vertebrale

# MANOVRA DI GIORDANO

Si esegue dando dei colpetti con il bordo ulnare della mano in regione lombare.

**Se dolore → possibile calcolosi renale**

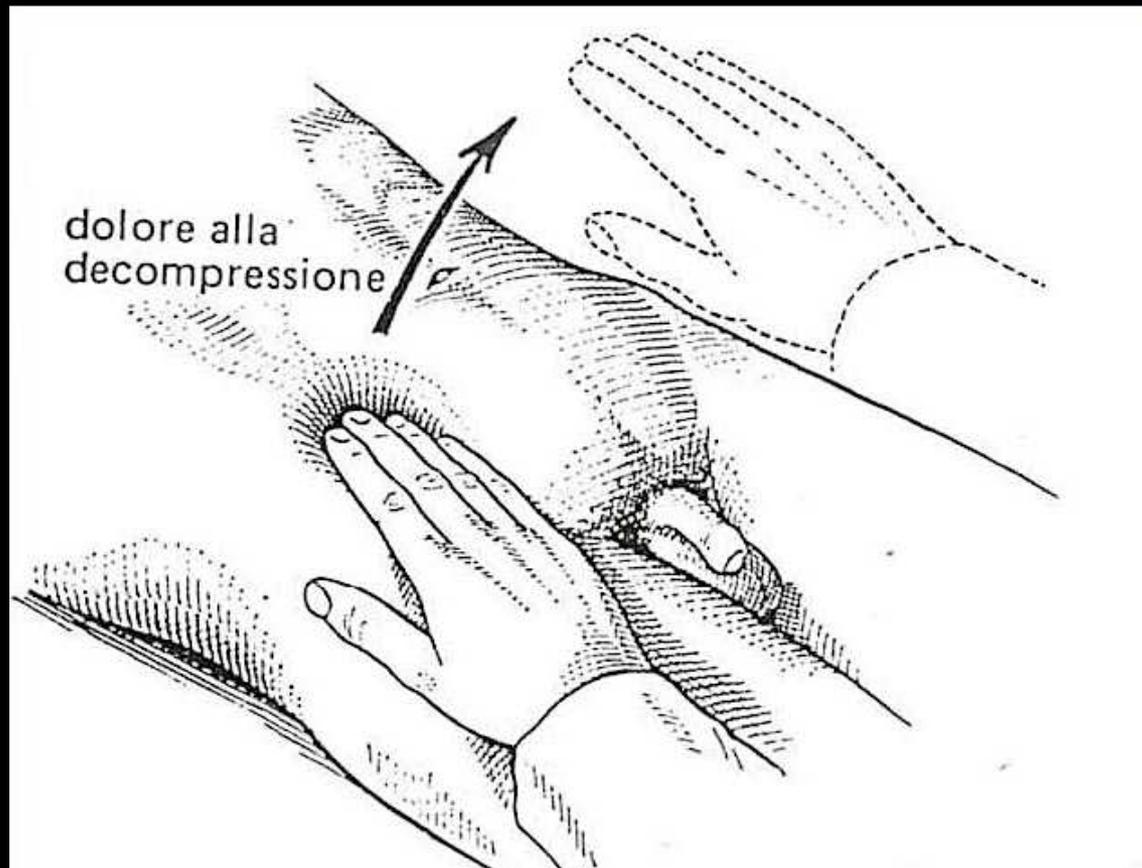


# Segno di Blumberg

DOLORE DI RIMBALZO: INDOTTO DALLA DECOMPRESSIONE ADDOMINALE

=

FLOGOSI DEL PERITONEO PARIETALE



# Peritonite Acuta

Contrattura muscolare di difesa è limitata alle zone sovrastanti il viscere interessato dal processo infiammatorio (es: quadrante inferiore dx nell'appendicite acuta; al quadrante superiore destro nella colecistite, etc.)

Segno di Blumberg è positivo

Con il progredire dell'infiammazione peritoneale la **contrattura si estende a tutta la parete addominale** che si presenta avvallata e tesa (**'addome ligneo'**).

l'irritazione del peritoneo si associa a:

- vomito
- singhiozzo
- 'ileo' (alvo chiuso a feci e gas)
- shock

# Percussione

- Nel soggetto sano, la percussione addominale evoca un suono timpanico, definito “timpanismo entero-colico”

indotto dal contenuto aereo dello stomaco e dell'intestino

- Nelle regioni corrispondenti ad organi parenchimatosi si avverte un suono definito “ottuso”
- La differente risonanza consente, alla percussione, la delimitazione del fegato e della milza sulla parete addominale anteriore

## Come si effettua ?

- Si procede in senso caudo-craniale, lungo linee verticali, per la delimitazione dei margini inferiori, ed in senso cranio-caudale per il margine superiore .
- **Variazioni patologiche:**
  - Ipertimpanismo
  - Ottusità patologiche
  - Scomparsa dell'aia di ottusità epatica

# Percussione digito-digitale



- il dito medio della mano sinistra funge da **plessimetro**; esso viene posto a contatto della regione da esplorare
- il dito medio della mano destra funge da **martelletto** e percuote in senso ortogonale il dito che funge da plessimetro

# Tipi di percussione

## Topografica superficiale:

per delimitare il confine tra i lembi polmonari e gli organi solidi sottostanti (cuore, fegato, milza)

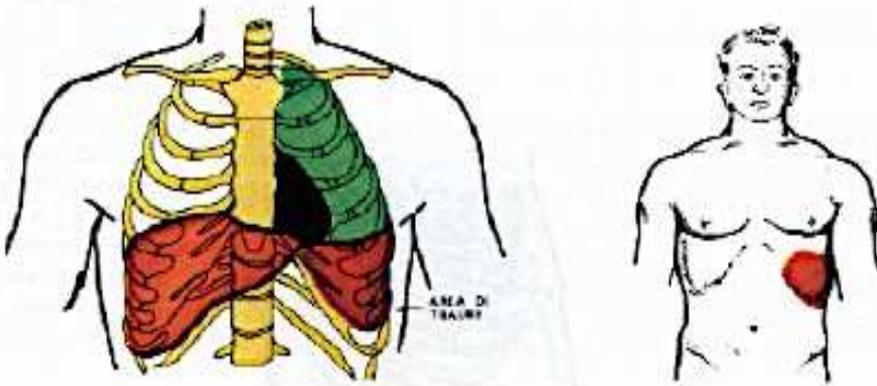
## Topografica profonda:

per individuare cambiamenti di struttura in profondità' (es. margine sinistro del cuore, cupola epatica, etc.)

# Timpanismo Gastrico

**Area di Traube: bolla gastrica, che si orizzontalizza in posizione supina**

## AREA DI TRAUBE



**AREA DI TIMPANISMO** E' dovuta alla proiezione del fondo gastrico sulla parete costale

### LOCALIZZAZIONE:

- 1) VI cartilagine costale SX
- 2) IX cartilagine costale
- 3) Linea ascellare anteriore

Larga 12cm circa  
Alta 10cm circa

Grande importanza diagnostica assume la scomparsa dell'area di timpanismo.

- ASSOLUTO  
(‘AREA DI WEILL’)

- RELATIVO  
(‘AREA COPERTA DAL POLMONE’)

## Localizzazione dell'area di Traube

- **verso destra:**

il confine gastro-epatico con il passaggio dal **timpanismo gastrico** all'ottusità epatica

- **verso destra e in alto:**

il confine gastro-cardiaco con il passaggio dal **timpanismo gastrico** all'ottusità del cuore

- **verso l'alto:**

il confine gastro-polmonare (difficile da apprezzare): richiede la delimitazione del sottile lembo polmonare sul timpanismo gastrico sottostante

- **verso sinistra:**

il confine gastro-splenico con il passaggio dal timpanismo gastrico all'ottusità della milza

- **in basso:**

il confine gastro-colico (difficile da apprezzare: richiede distinzione tra timpanismo gastrico e quello colico)

## MODIFICA / SCOMPARSA DELL' AREA PER:

- SPLENOMEGALIA
- EPATOMEGALIA
- VERSAMENTO PLEURICO
- CARDIOMEGALIA E VERSAMENTO PERICARDICO

## AREA DI WEILL:

e' la parte inferiore dell'area di traube e corrisponde alla parte anteriore del seno costodiaframmatico sinistro (parte piu' declive dello sfondato pleurico)

NEI VERSAMENTI PLEURICI DI SINISTRA L'AREA  
**TIMPANICA** DI WEILL E' **SOSTITUITA DA**  
**UN'OTTUSITA'**

INTESTINALE:

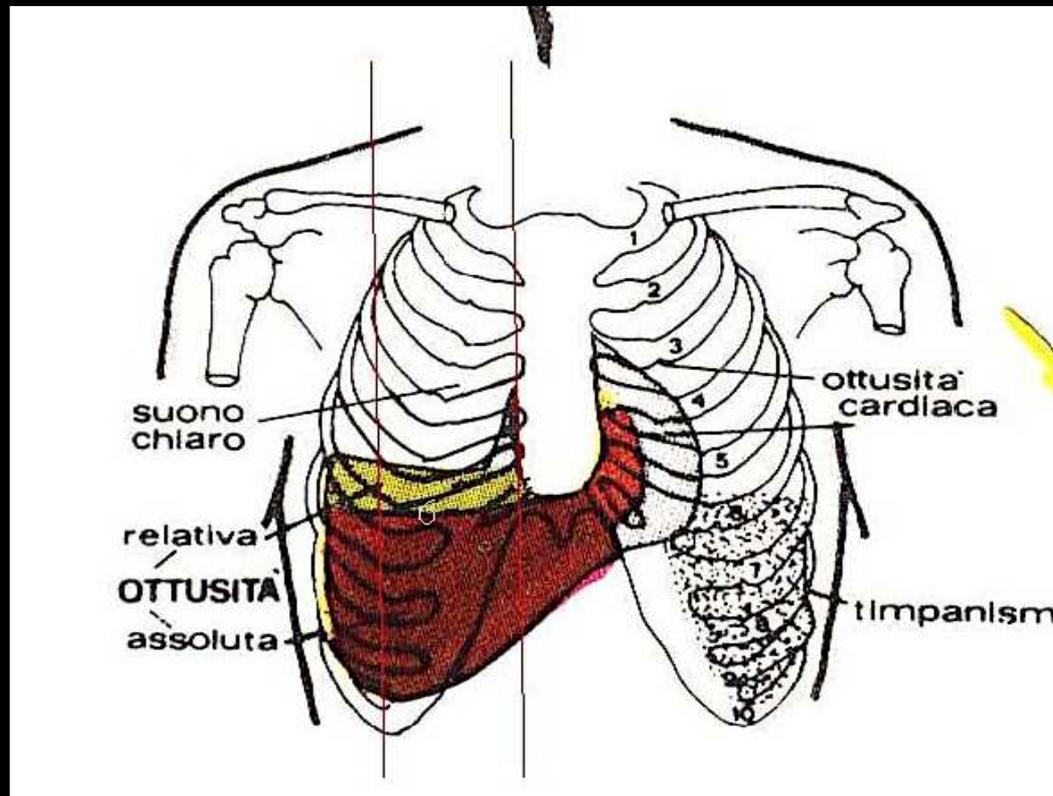
caratteristiche non uniformi, variabili in base a  
ripienezza, fase digestiva, ecc

ARIA LIBERA:

scomparsa dell'aia di ottusità epatica  
(timpanismo assoluto e relativo)

**IL SUONO OTTUSO:** deriva dalla percussione su organi parenchimosi o su strutture cave ripiene di liquido o solidi (alimenti, feci);

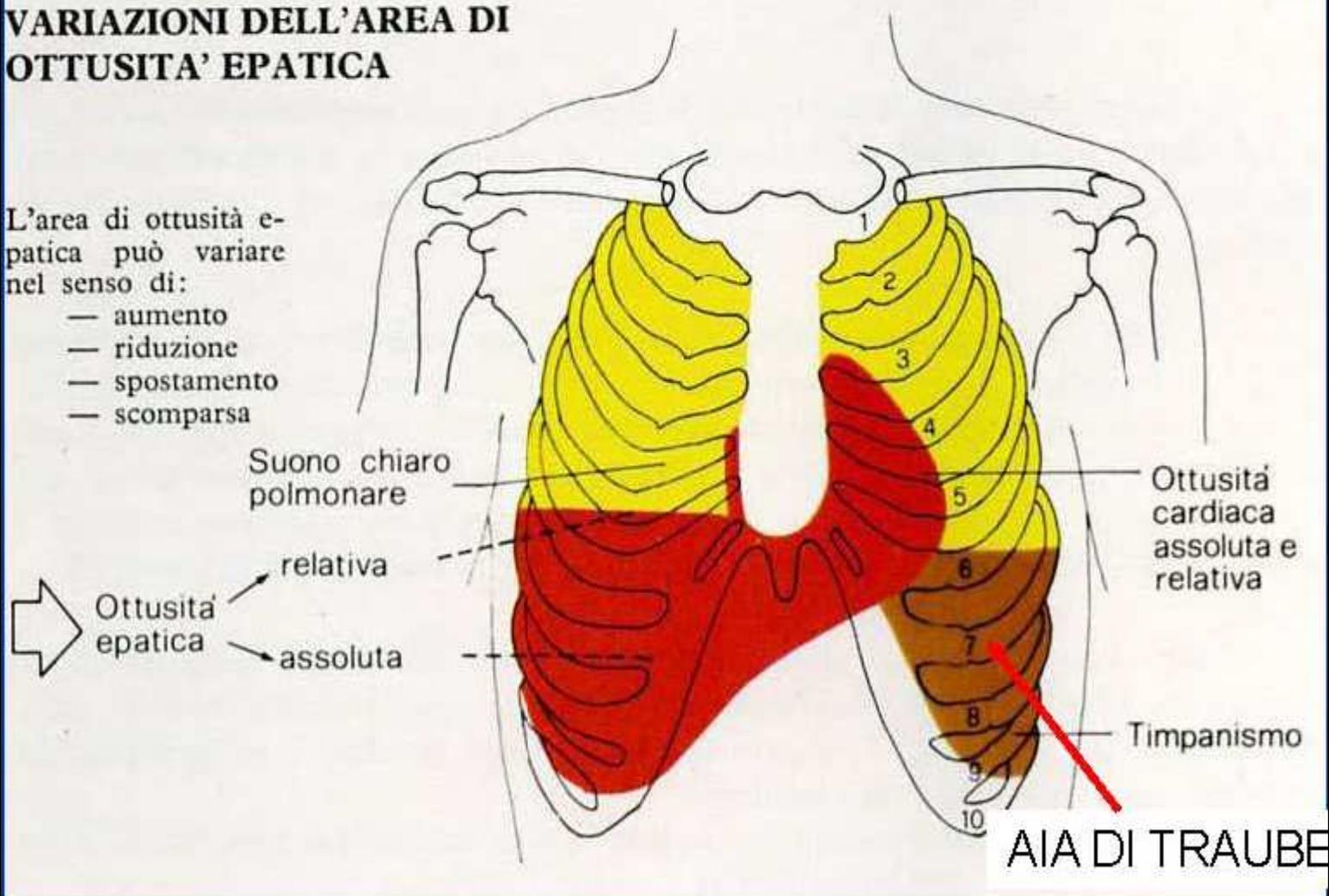
- **AREA DI OTTUSITA' EPATICA** (PERCUSSIONE DALL' ALTO, LUNGO L'EMICLAVEARE E L'ASCELLARE MEDIA):
  - **ASSOLUTA** (FEGATO A CONTATTO DELLA PARETE SENZA INTERPOSIZIONE DEL POLMONE)
  - **RELATIVA** (POLMONE INTERPOSTO TRA FEGATO E PARETE)



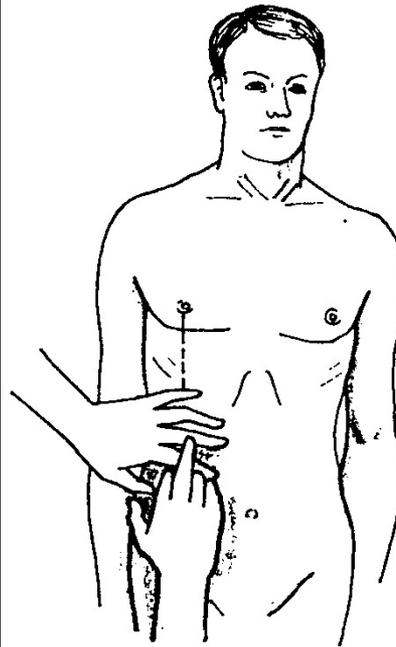
# VARIAZIONI DELL'AREA DI OTTUSITA' EPATICA

L'area di ottusità epatica può variare nel senso di:

- aumento
- riduzione
- spostamento
- scomparsa



# PERCUSSIONE DEL FEGATO



percuSSIONE anteriore del  
fegato (sull'emiclaveare)

massima ampiezza  
dell'area di ottusità:

**10** cm.

(9 - 12)



percuSSIONE laterale  
del fegato (lungo la  
linea ascellare ant.)

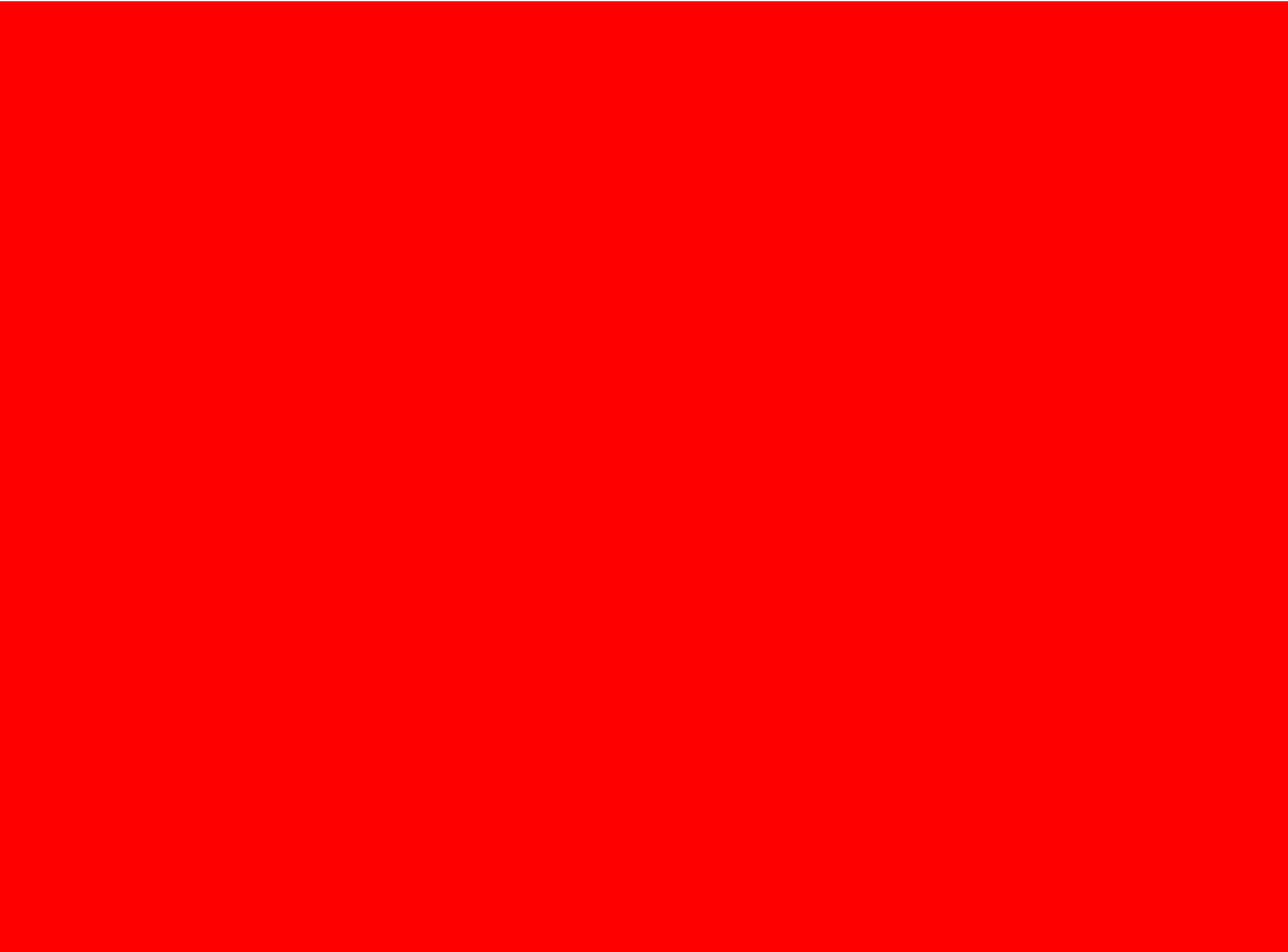
massima ampiezza  
dell'area di  
ottusità:

**7** cm.

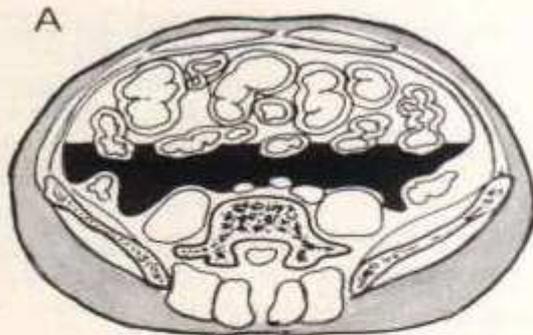
- AREA DI OTTUSITÀ SPLENICA (PERCUSSIONE LUNGO LA LINEA ASCELLARE MEDIA)
- OTTUSITÀ IPOGASTRICA (GLOBO VESCICALE, UTERO GRAVIDO)
- MASSE SOLIDE O FORMAZIONI CISTICHE
- ASCITE (È OTTUSA L'AREA DOVE È DISPOSTO IL VERSAMENTO CON CONCAVITÀ VERSO L'INTERNO DOVE SI DISPONGONO ANSE TIMPANICHE).

## OTTUSITÀ PATOLOGICHE

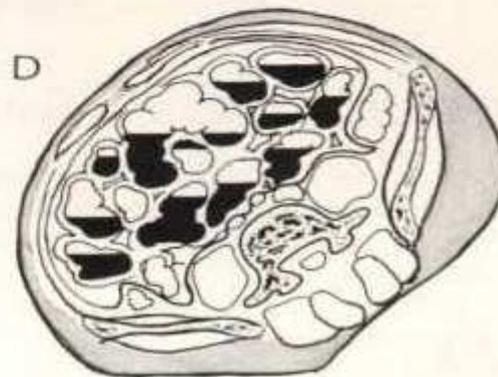
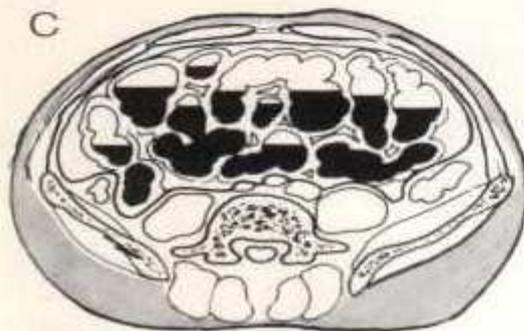
- LOCALIZZATE (MASSE NEOPLASTICHE, SPLENOMEGALIA, CISTI IDATIDEE, MASSE OVARICHE)
- DIFFUSE (VERSAMENTO ENDOADDOMINALE, ASCITE)



**FLUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.**



**FLUIDO CONTENUTO ENTRO LE ANSE INTESTINALI**

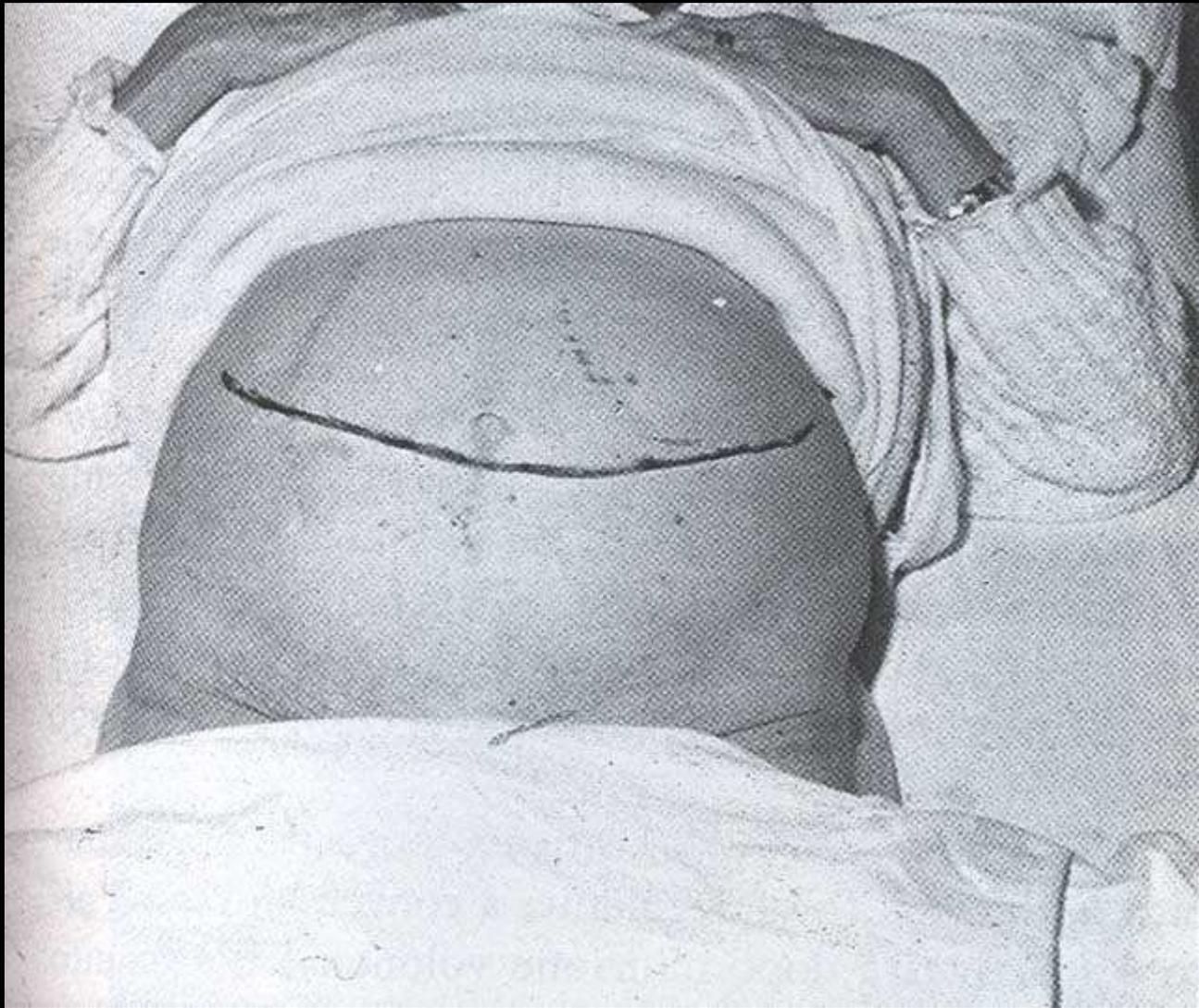


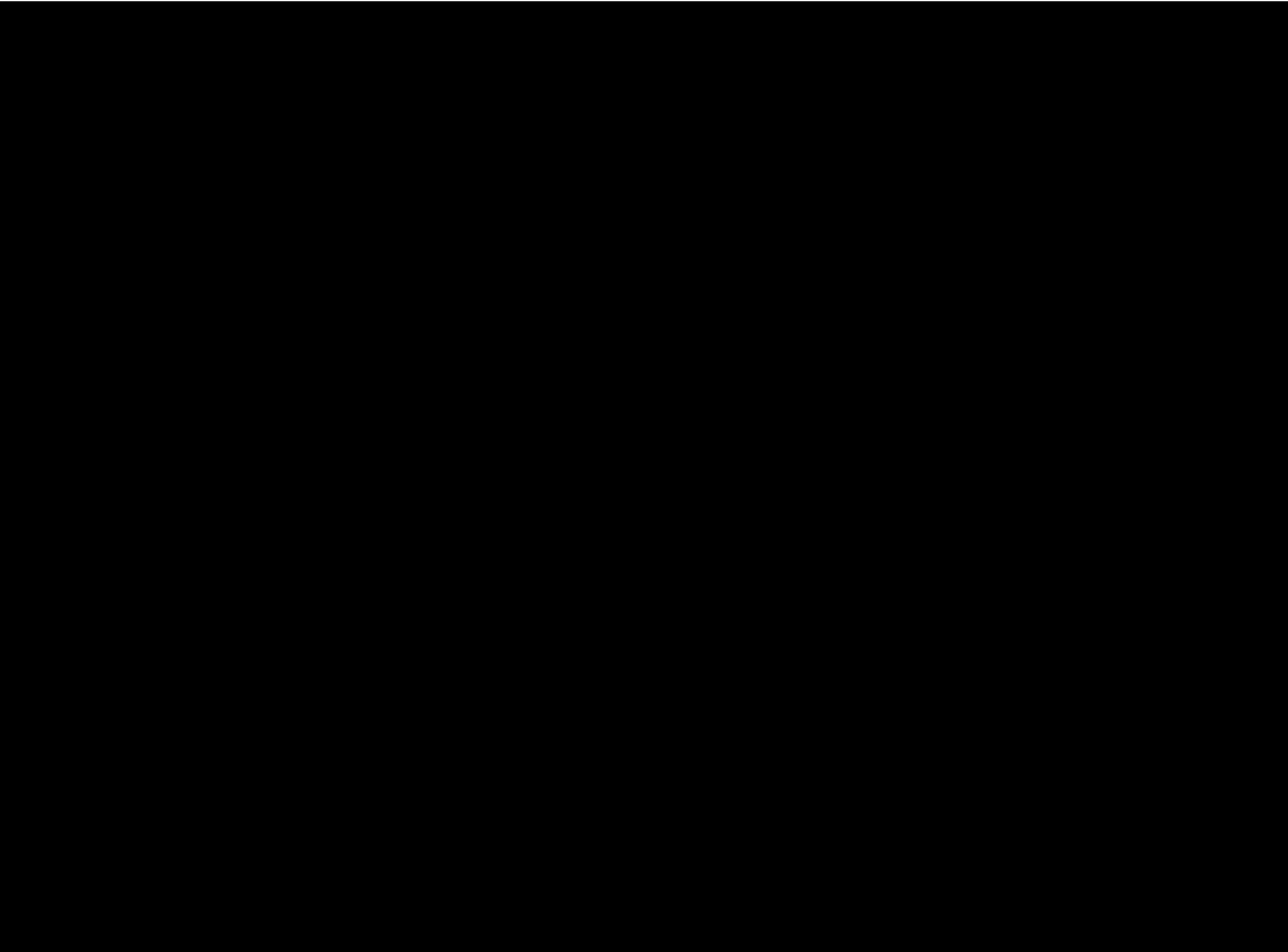
PER ASCITE SI INTENDE LA PRESENZA DI  
LIQUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.

ALL'ESAME CLINICO POSSONO ESSERE  
DIMOSTRATI NON MENO DI 1000-2000 ML DI  
LIQUIDO LIBERO IN PERITONEO.

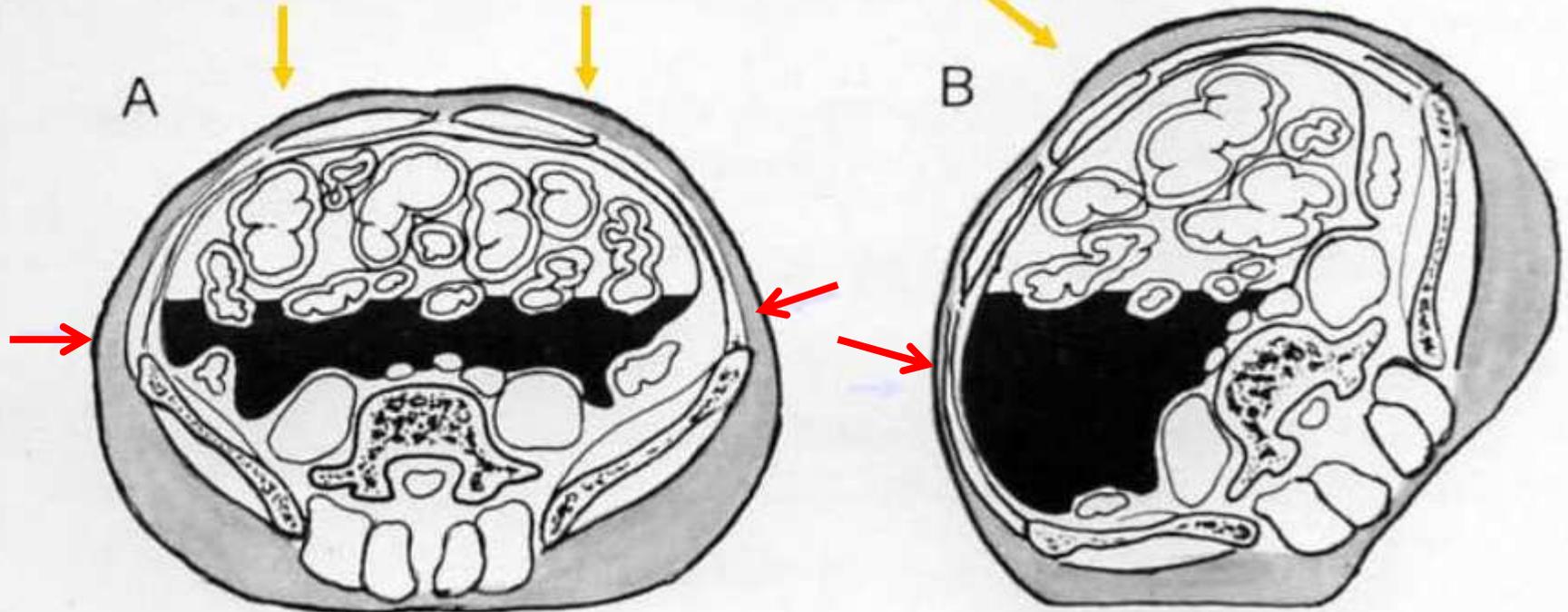
QUANDO IL PAZIENTE GIACE SUPINO IL LIQUIDO TENDE AD ACCUMULARSI VERSO IL BASSO E A FORMARE UN LIVELLO ORRIZZONTALE IN ALTO: QUESTO LIVELLO INCONTRA LA PARETE ADDOMINALE LUNGO UNA LINEA SEMICIRCOLARE A CONCAVITA' RIVOLTA VERSO L'ALTO.

PARTENDO DAL CENTRO DELL'ADDOME E PERCUOTENDO LUNGO LINEE RAGGiate, E' POSSIBILE DISEGNARE QUESTA LINEA SULLA BASE DEL CAMBIAMENTO DEL SUONO PLESSICO DA TIMPANICO (ANSE INTESTINALI PIENE DI GAS CHE GALLEGGIANO NEL LIQUIDO AL CENTRO DELLA CAVITA' ADDOMINALE) A OTTUSO (LIQUIDO LIBERO A CONTATTO CON LA PARETE).





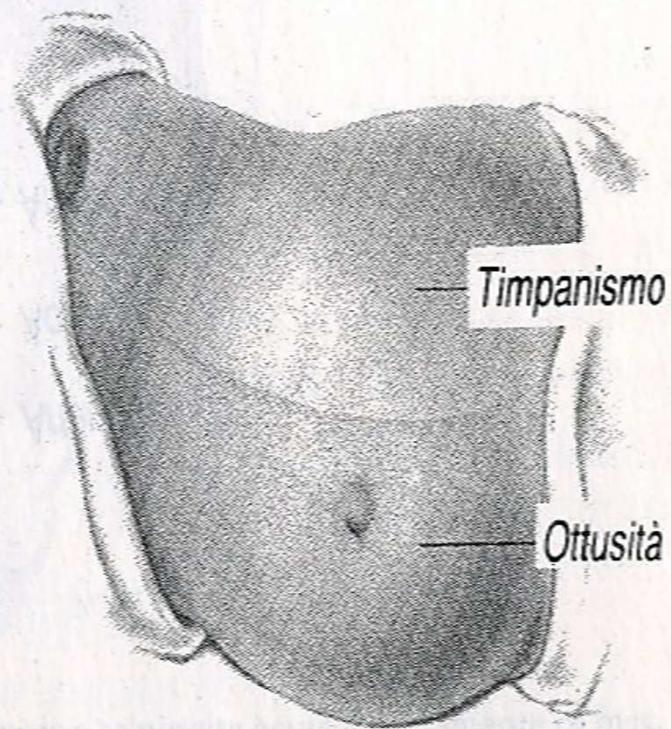
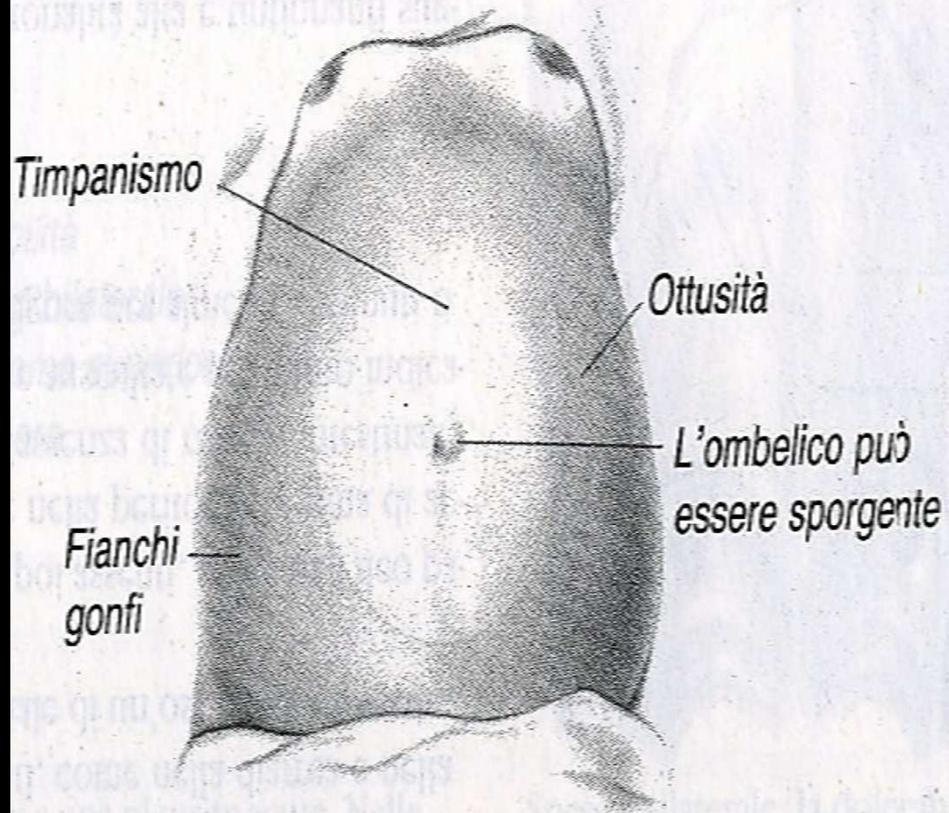
**FLUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.**

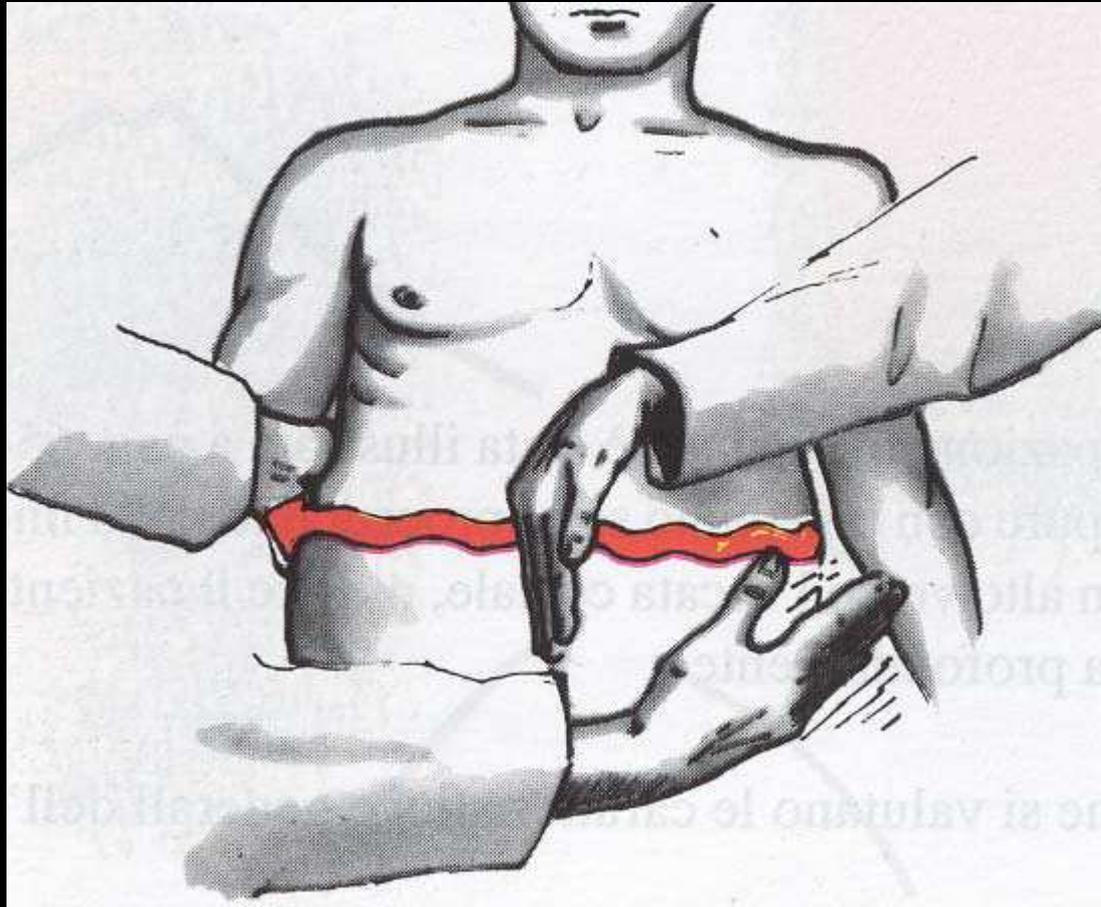


↓ SUONO TIMPANICO (ARIA)

↓ SUONO OTTUSO (LIQUIDO, MASSE SOLIDE)

## LIQUIDO ASCITICO





MANOVRE SUPPLEMENTARI IN CASO DI ASCITE:  
SEGNO DEL FIOTTO

## SEGNO DEL FIOTTO

L'OSSERVATORE SI DISPONE ALLA DESTRA DEL PAZIENTE SUPINO, LA MANO SINISTRA POGGIA A PIATTO SULLA REGIONE DEL FIANCO DESTRO.

UNA MANO DEL PAZIENTE VIENE POSTA LUNGO LA LINEA MEDIANA DOVE ESERCITA UNA COMPRESSIONE PER IMPEDIRE LA TRASMISSIONE DEGLI IMPULSI LUNGO LA PARETE ADDOMINALE. LA MANO DESTRA DELL'OSSERVATORE IMPRIME PICCOLI URTI ALLA PARETE ADDOMINALE IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO SINISTRO. LA MANO SINISTRA DELL'OSSERVATORE PERCEPIRA' A OGNI URTO UNA SENSAZIONE DI FIOTTO DOVUTA AL TRASMETTERSI DELL'ONDA DI PERCUSSIONE ATTRAVERSO IL LIQUIDO LIBERO CONTENUTO NELLA CAVITA' ADDOMINALE.

# SCOMPARSA DELL' AIA DI OTTUSITÀ EPATICA

PERFORAZIONE DI UN VISCERE CAVO, CON  
VERSAMENTO DEL CONTENUTO LIQUIDO  
ED AEREO TRA FEGATO E PARETE ADDOMINALE

## EZIOLOGIA:

- ULCERA GASTRICA O DUODENALE
- TUMORI INTESTINALI
- STROZZAMENTI
- ROTTURA DIASTATICA DEL CIECO

# 4. AUSCULTAZIONE

VIENE ESEGUITA A PAZIENTE SUPINO CON IL FONENDOSCOPIO

FISIOLOGICAMENTE AD UNA MODESTA PRESSIONE LA PROGRESSIONE DEL CONTENUTO ADDOMINALE , LIQUIDO E GASSOSO, DETERMINA GORGOGLI E “BORBORIGMI”

→ PIÙ ACCENTUATI SE FLOGOSI O ANSIA O FASI INIZIALI DI ILEO MECCANICO

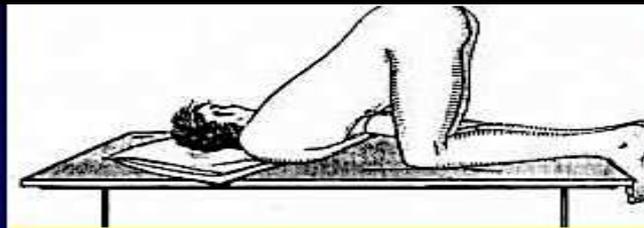
→ MENO EVIDENTI SE DIABETE, COLICA RENALE, NEUROPATIE, ILEO PARALITICO O MECCANICO TARDIVO

## PATOLOGICAMENTE:

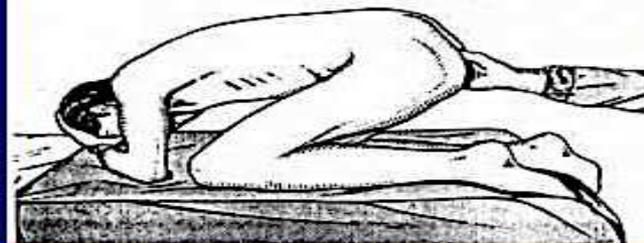
- RUMORI METALLICI DA AUMENTO DEL CONTENUTO AEREO NELLE OCCLUSIONI
- RUMORI DI “SPRUZZO” IN CASO DI STENOSI FORZATA DAL CONTENUTO INTESTINALE
- ASSENZA DI RUMORI: NELLE FASI AVANZATE DI OCCLUSIONE, NELL’ILEO PARALITICO, NEL POSTOPERATORIO (24-48 H)
- SOFFI: STENOSI, ANEURISMI, FISTOLE ARTERO-VENOSE

# ESPLORAZIONE RETTALE O VAGINALE

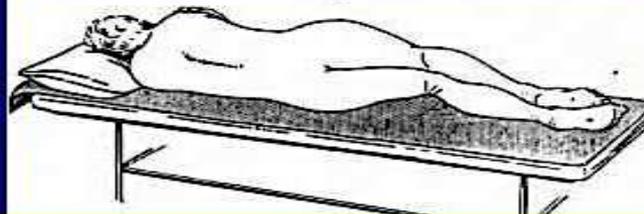
VIENE ESEGUITA A PAZIENTE IN POSIZIONE GENUPETTORALE  
O IN POSIZIONE LATERALE DI SIMS



Posizione genu-pettorale



Posizione genu-gomitale

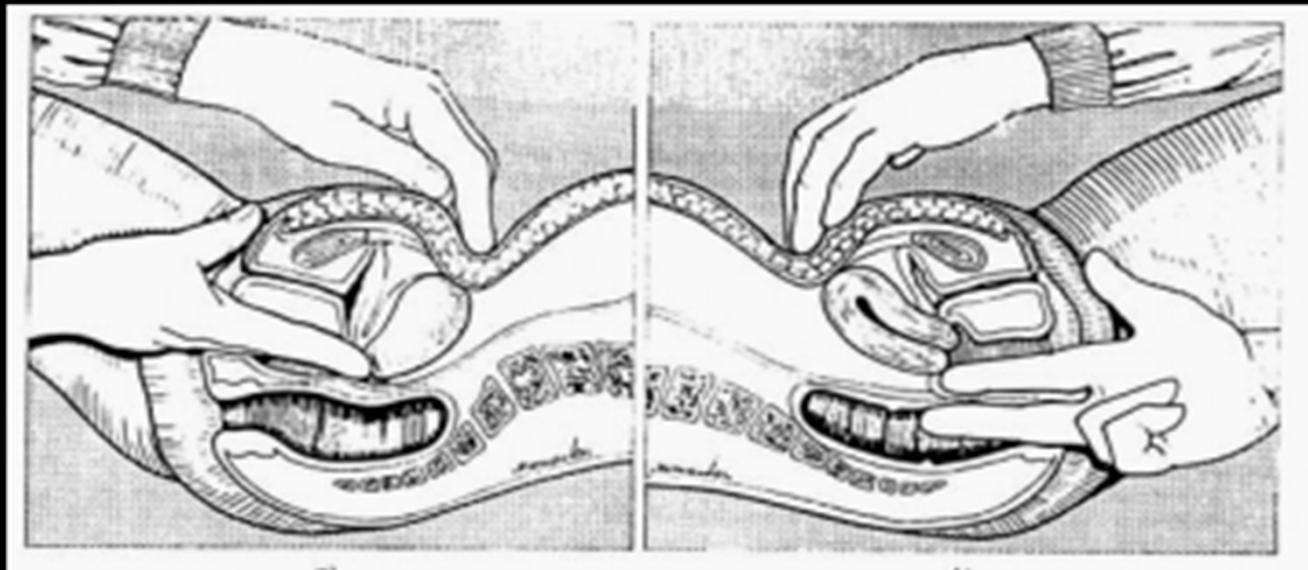


Posizione laterale di Sims



VIA ADDOMINO-RETTALE

VIA ADDOMINO-RETTO- VAGINALE



VIA ADDOMINO-VAGINALE

## 1. CONTENUTO RETTALE

Presenza o assenza di feci  
Presenza di sangue  
Carattere delle feci:  
pigmetazione, melena

## 2. PATOLOGIA ANORETTALE

Emorroidi, ragadi, ascessi  
Neoplasie  
Alterazioni pavimento pelvico

## 3. PATOLOGIA UROLOGICA

Prostatiti, vescicoliti  
Ipertrofia prostatica  
Cancro della prostata

## 4. PATOLOGIA GINECOLOGICA

## 5. PATOLOGIA ADDOMINO-PELVICA

Raccolte, ascessi,  
pelviperitoniti

# MASSE ADDOMINALI PALPABILI

DI UNA MASSA PALPABILE DEVONO ESSERE CONSIDERATE:

- FORMA
- CONSISTENZA
- SUPERFICIE
- SEDE
- RAPPORTI CON GLI ORGANI ENDO-ADDOMINALI

UNA MASSA ADDOMINALE PALPABILE PUO' ESSERE:

- ENDO-ADDOMINALE
- PARTE DELLA PARETE ADDOMINALE (ES.: EMATOMA DEL MUSCOLO RETTO ADDOMINALE, TUMORI LIPOMATOSI)

MASSA PULSANTE

SOSPETTA ANEURISMA AORTA ADDOMINALE

EMERGENZA MEDICO-CHIRURGICA!

## ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOCONDRIO DESTRO

- EPATOMEGALIA

IL MARGINE EPATICO SI RENDE PALPABILE NON SOLO IN IPOCONDRIO DESTRO MA ANCHE IN EPIGASTRIO E TALVOLTA IN IPOCONDRIO SINISTRO.

LA SUPERFICIE PUO' ESSERE LISCIA (ES: FEGATO DA STASI) O PRESENTARE UNA FINE NODOSITA' (ES: CIRROSI EPATICA).

NELLA CIRROSI LA CONSISTENZA EPATICA E' DURA E IL MARGINE PUO' ESSERE TAGLIENTE.

TALVOLTA SI APPREZZA UNA SUPERFICIE IRREGOLARE PER LA PRESENZA DI GROSSOLANI NODULI (ES. METASTASI EPATICHE )

- IDROPE O EMPIEMA DELLA COLECISTI

- PROCESSO INFIAMMATORIO O NEOPLASTICO DELLA FLESSURA EPATICA DEL COLON

- AUMENTO DI VOLUME DEL RENE DESTRO

## ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOCONDRIO SINISTRO

- AUMENTO DI VOLUME DEL LOBO SINISTRO DEL FEGATO
- PROCESSO INFIAMMATORIO O NEOPLASTICO DELLA FLESSURA SPLENICA DEL COLON
- ECCEZIONALMENTE UNA TUMEFUZIONE DELLA CODA DEL PANCREAS
- AUMENTO DI VOLUME DEL RENE SINISTRO (IL RENE INGRANDITO TENDE AD ACQUISTARE UN ASPETTO ROTONDEGGIANTE; E' PRESENTE TIMPANISMO COLICO ANTERIORMENTE ALLA TUMEFUZIONE VISTA LA SEDE RETROPERITONEALE DEL RENE; SI PUO' PALPARE LA MASSA CON LE DUE MANI DI CUI UNA POSTA IN SEDE LOMBARE E TALVOLTA SI HA BALLOTTAMENTO DELLA MASSA TRA LE DUE MANI SE VENGONO IMPRESSE DELLE BRUSCHE PICCOLE SCOSSE)

## ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN EPI-MESOGASTRIO

- EPATOMEGALIA

- TUMORE DELLO STOMACO

( SI RENDE PALPABILE SOLO SE E' CONTEMPORANEAMENTE INFILTRATO L'OMENTO. E' CARATTERISTICA LA VIVACE PERISTALSI GASTRICA CON ONDE DIRETTE DA SINISTRA VERSO DESTRA)

- TUMEFUZIONE DEL PANCREAS

(ES. CISTI O PSEUDOCISTI CHE SI SVILUPPA IN AVANTI SPOSTANDO LO STOMACO IN ALTO E IL COLON IN BASSO)

- TUMEFUZIONE DEI LINFONDI LOMBOAORTICI

(ES. LINFOMI, METASTASI DA TUMORI A RAPIDO SVILUPPO COME IL SEMINOMA)

- ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE  
(MASSA DOTATA DI PULSAZIONE ESPANSIVA)

- CISTI MESENERICA

- TUMEFAZIONI INTESTINALI  
(ES. NEOPLASIE INTESTINO TENUE, INVAGINAZIONE - L'INTESTINO DIVENTA TUMEFATTO, CONGESTO, DOLENTE E VI E' VIVACE PERISTALSI A MONTE -)

## ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN FOSSA ILIACA DESTRA

- INFIAMMAZIONE O NEOPLASIA DEL CIECO
- ASCESSO APPENDICOLARE
- ASCESSO RETROPERITONEALE
- TUMEFUZIONE LINFONODI ILEOCECALI

## ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOGASTRIO

- GLOBO VESCICALE

DISTENSIONE DELLA VESCICA PER IMPOSSIBILITA' ALLA EMISSIONE DELLE URINE PER IPERTROFIA PROSTATICA O ALTRA CAUSA URETRALE O PER DIFETTO DELLA CONTRAZIONE DEL MUSCOLO DETRUSORE. SI PRESENTA COME TUMEFAZIONE LISCIA, DOLENTE ALLA PALPAZIONE – CHE SUSCITA LO STIMOLO ALLA MINZIONE -, OTTUSA ALLA PERCUSSIONE. SCOMPARE UNA VOLTA VUOTATA LA VESCICA CON CATETERISMO.



- AUMENTO DI VOLUME DELL'UTERO O DI UN OVAIO

# ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN FOSSA ILIACA SINISTRA

- INFIAMMAZIONE O NEOPLASIA DEL COLON DISCENDENTE O SIGMA
- ASCESSO RETROPERITONEALE
- FECALOMA  
(MASSA DI FECI DISIDRATATE – FREQUENTE NEL PAZIENTE ANZIANO,  
SPECIE SE ALLETTATO -)

QUANDO IL COLON E' SPASTICAMENTE  
CONTRATTO, L'ESAMINATORE,  
DISPONENDO LA MANO A PIATTO SULLA  
PARETE ADDOMINALE PALPERA' LA  
COSIDDETTA CORDA COLICA



REPERTO FREQUENTE NELLA  
SD DELL'INTESTINO IRRITABILE

# METEORISMO

## AUMENTO DEI GAS NEL TUBO DIGESTIVO

- GASTRICO DA AEROFAGIA (ECESSIVA INGESTIONE DI GAS; SPESSO PRESENTI ERUTTAZIONI POST PRANDIALI)
- INTESTINALE DA ECESSIVA PRODUZIONE DI GAS ( ES: DA ALTERAZIONE DELLA NORMALE FLORA BATTERICA)
- INTESTINALE DA DIFETTOSO ASSORBIMENTO DEI GAS (ES: IPERTENSIONE PORTALE, SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO DESTRO)
- INTESTINALE DA DIFETTOSA ELIMINAZIONE DEI GAS (ES: IN CORSO DI OCCLUSIONE INTESTINALE)

# METEORISMO

ALL'ISPEZIONE: ADDOME UNIFORMEMENTE ESPANSO ( A VOLTE SI PUÒ APPREZZARE IL DISEGNO DI ALCUNE ANSE INTESTINALI DISTESE CHE POSSONO ESSERE IMMOBILI O ANIMATE DA VIVACE PERISTALTISMO)

LA PALPAZIONE PUÒ EVOCARE FASTIDIO/DOLORE. A VOLTE SI APPREZZANO ANSE INTESTINALI DI CONSISTENZA TESO-ELASTICA.

ALLA PERCUSSIONE: SUONO TIMPANICO.

ALLA AUSCULTAZIONE: BORBORIGMI VIVACI QUANDO LA PERISTALSI INTESTINALE TENTA DI SUPERARE UN OSTACOLO FACENDO PROGREDIRE IL CONTENUTO IDRO-AEREO OPPURE ASSENTI (AD ESEMPIO NELL'ILEO PARALITICO)

## ILEO: ARRESTO DEL TRANSITO DEL CONTENUTO INTESTINALE

MECCANICO: OSTRUZIONE DEL LUME INTESTINALE DA

- CAUSA INTRALUMINALE: OSTACOLO PRESENTE ALL'INTERNO DEL LUME
- CAUSA INTRAMURALE: ALTERAZIONE PARIETALE CHE RIDUCE IL LUME
- CAUSA EXTRAINTESTINALE: DA COMPRESSIONE ESTERNA

ES: ADENOCARCINOMA STENOSANTE DEL COLON, STENOSI NEL CONTESTO DI M. DI CROHN, ADERENZE VISCERO-VISCERALI O VISCERO-PARIETALI CHE DETERMINANO ALTERAZIONI DEL NORMALE DECORSO DEL TUBO DIGERENTE

ADDOME PIU' O MENO DISTESO GLOBALMENTE A SECONDA DELLA SEDE DELL'OCCLUSIONE. ANSE INTESTINALI DILATATE A MONTE DELL'OSTACOLO CON BORBORIGMI VIVACI. A VOLTE RUMORI METALLICI. L'ALVO E' CHIUSO ALLE FECI E A VOLTE AI GAS (ATTENZIONE: CI PUO' ESSERE DIARREA PARADOSSA!)

VOMITO TANTO PIU' PRECOCE TANTO PIU' ALTA E' LA SEDE DELL'OCCLUSIONE (VOMITO GASTRICO-BILIARE/ FECALOIDE)

ILEO PARALITICO (DINAMICO): INCAPACITÀ DI PERISTALSI CON RILASSAMENTO DIFFUSO DELLA PARETE INTESTINALE.

LA PARETE INTESTINALE VIENE PASSIVAMENTE DISTESA DAI GAS CHE VI RISTAGNANO SENZA PROGREDIRE.

ES: IN SEGUITO A INTERVENTI CHIRURGICI, TRAUMI DELL'ADDOME; DA FARMACI OPPIACEI, NEUROPLEGICI, MIORILASSANTI.

NELLE PERITONITI ACUTE L'ILEO PARALITICO E' CONSEGUENZA RIFLESSA DELL'INFIAMMAZIONE PERITONEALE: L'ALVO E' COMPLETAMENTE CHIUSO A FECI E GAS, L'ADDOME E' DOLENTISSIMO E DISTESO, POI TESO E INFINE LIGNEO. SEGNO DI BLUMBERG POSITIVO.

# PNEUMOPERITONEO

PRESENZA DI GAS LIBERO ALL'INTERNO DELLA CAVITA' PERITONEALE.

L'ADDOME SI PRESENTA ESPANSO, TIMPANICO ALLA PERCUSSIONE (SCOMPARSA DELLE AREE DI OTTUSITA' EPATICA E SPLENICA)

ES: PNEUMOPERITONEO POST-OPERATORIO (apertura della cavità peritoneale a scopo chirurgico), PNEUMOPERITONEO DA PERFORAZIONE DI VISCERE CAVO ADDOMINALE

# OBESITA'

CONDIZIONE PATOLOGICA IN CUI SI HA UN ACCUMULO DI TESSUTO ADIPOSO CAUSATO DA UN INTROITO ENERGETICO CRONICAMENTE ECCEDENTE RISPETTO AL CONSUMO.

LA DISTRIBUZIONE DEL GRASSO SOTTOCUTANEO E' DIFFERENTE NELL'UOMO RISPETTO ALLA DONNA.

NELL'UOMO IL GRASSO PREVALE AL COLLO, ALLA NUCA, ALLE SPALLE E AL VENTRE;

NELLA DONNA ALLE ASCELLE E AL SENO MA SOPRATTUTTO NELLA META' INFERIORE DEL CORPO – FIANCHI, GLUTEI, COSCE – (SPESSO SI DETERMINA UN "GREMBIULO ADIPOSO SOPRAPUBICO")

ALL'ESAME OBIETTIVO: PROTRUSIONE DELL'ADDOME; PALPATORIAMENTE SI APPREZZA UN AUMENTO DI SPESSORE DEL PANNICOLO ADIPOSO SOTTOCUTANEO.

# INDAGINI STRUMENTALI

- RX ADDOME DIRETTO
- RX TUBO DIGERENTE prime vie
- RX CLISMA OPACO
- MANOMETRIA ESOFAGEA
- STUDIO DELLA SECREZIONE ACIDA (pH metria)
- ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
- TC
- RMN
- SCINTIGRAFIA
- PET
- ENDOSCOPIA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA)

.....

## RX ADDOME DIRETTO

L'INDAGINE DIRETTA DELL'ADDOME COMPRENDE PROIEZIONI IN DECUBITO SUPINO, LATERALE E, PREFERIBILMENTE, OVE POSSIBILE, IN STAZIONE ERETTA PER VALUTARE EVENTUALI LIVELLI IDROAEREI, ARIA LIBERA IN PERITONEO E MUTAMENTI DI SEDE E DI ASPETTO DI OMBRE DI MASSA E DI RACCOLTE LIQUIDE.

## INDICAZIONI:

- DOLORE ADDOMINALE ASSOCIATO A DOLORABILITA' ALLA PALPAZIONE
- SOSPETTO DI OCCLUSIONE INTESTINALE
- SOSPETTO DI PERFORAZIONE
- INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI

.....

## RADIOGRAMMA IN POSIZIONE SUPINA

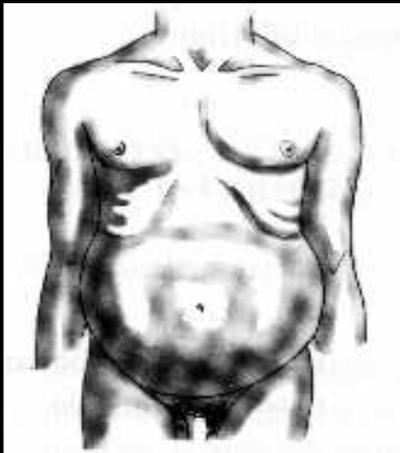
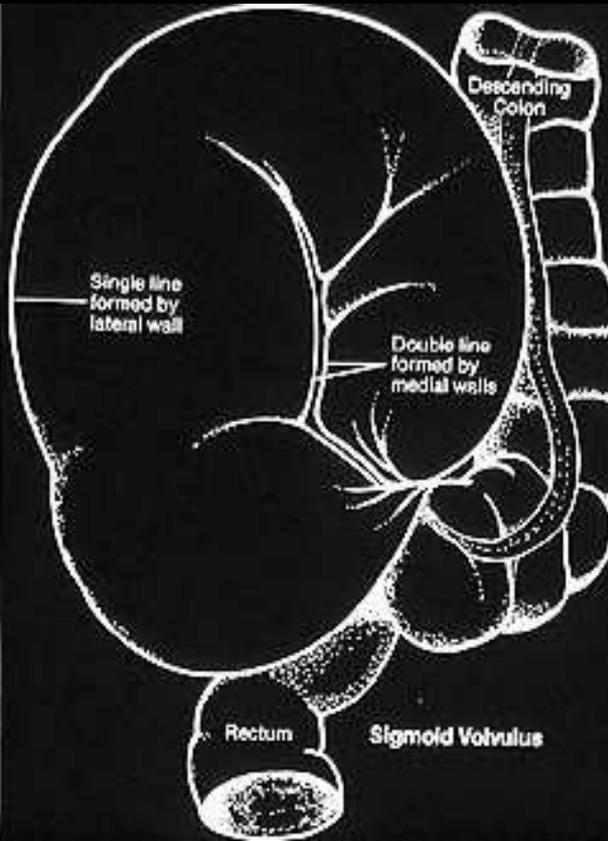
CONSENTE LA VALUTAZIONE MORFO-DIMENSIONALE E I RAPPORTI DEGLI ORGANI E DEGLI SPAZI DELLA CAVITA' ADDOMINALE.

LA PROIEZIONE LATERO-LATERALE PERMETTE LO STUDIO DELLA PARETE ADDOMINALE E DI ACCERTARE LA PRESENZA DI UN PICCOLO PNEUMOPERITONEO.

## RADIOGRAMMA IN STAZIONE ERETTA

UTILE PER:

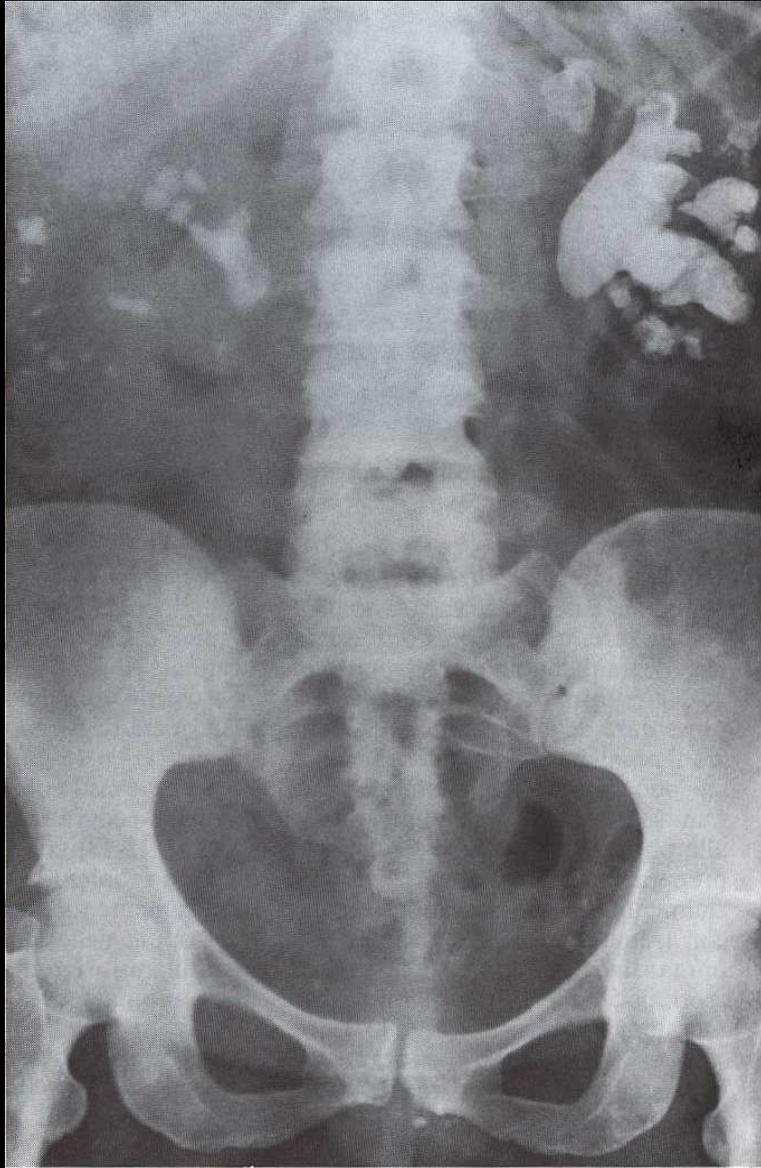
- MOBILIZZARE E LIVELLARE LA STASI IDRO-GASSOSA INTESTINALE
- FACILITARE LA DISPOSIZIONE SOTTO-DIAFRAMMATICA DI ARIA LIBERA
- STUDIO DEI VERSAMENTI



**OCCLUSIONE INTESTINALE  
BASSA: VOLVOLO DEL SIGMA**



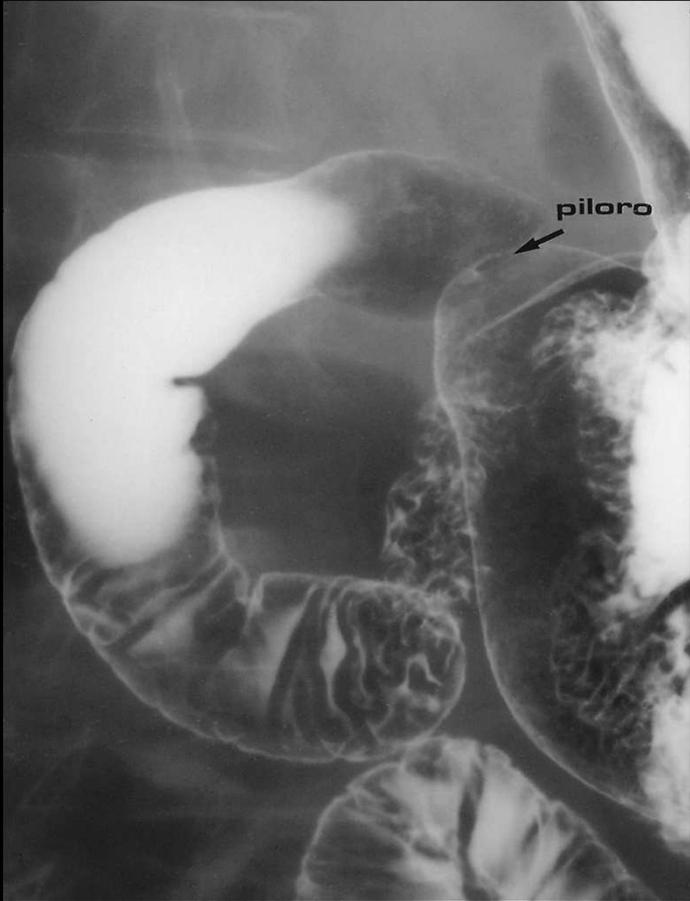
OCCLUSIONE  
INTESTINALE  
ALTA: STENOSI IN  
M. DI CROHN



IMMAGINI DI CALCOLI  
MULTIPLI BILATERALI  
A STAMPO E NEL  
PARENCHIMA RENALE

## RX TUBO DIGERENTE PRIME VIE

LA RADIOGRAFIA DELL'APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (ESOFAGO-STOMACO-DUODENO) È UNA INDAGINE CHE STUDIA IN TEMPO REALE LA PROGRESSIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO RADIOPACO (GENERALMENTE SOLFATO DI BARIO) ATTRAVERSO IL CANALE ALIMENTARE PERMETTENDO DI OTTENERE INFORMAZIONI DI TIPO MORFOLOGICO E FUNZIONALE.



## RX ESOFAGO



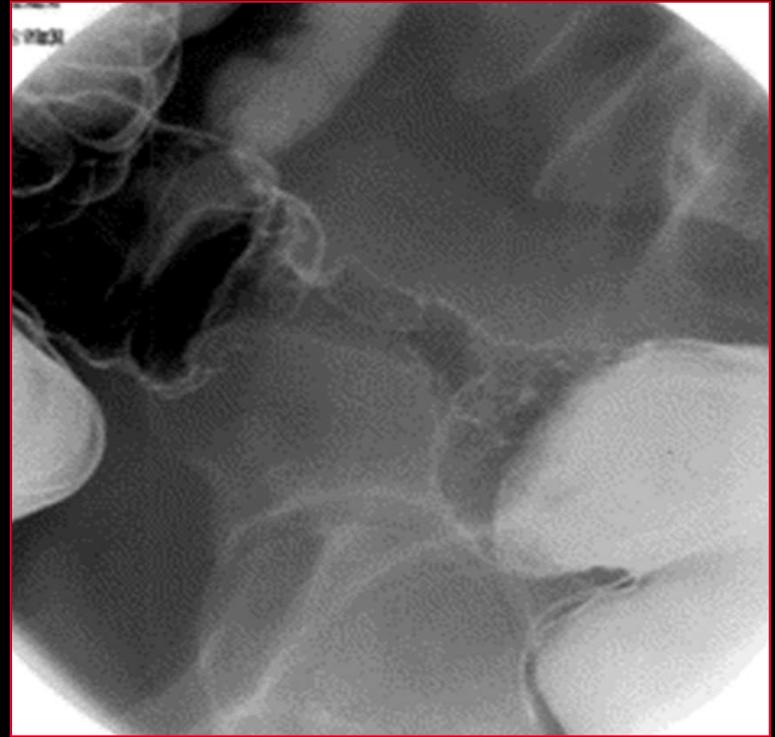
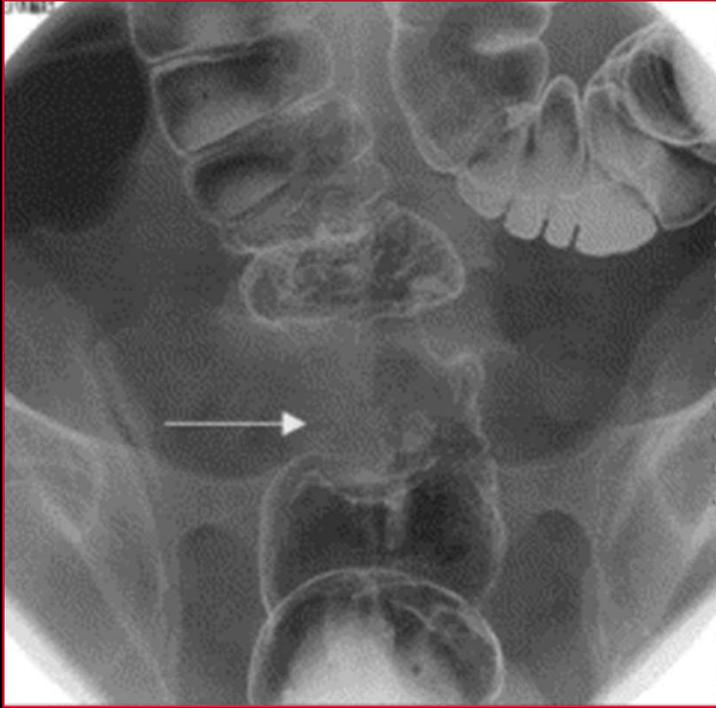
- L'ESAME PUÒ DIMOSTRARE LA PRESENZA DI:
- DISCINESIE (MOVIMENTI ANTIPERISTALTICI, ONDE PERISTALTICHE ANOMALE)
  - ARRESTO DELLA PROGRESSIONE DEL M.D.C (ATRESIA, OSTRUZIONE CICATRIZIALE, OCCLUSIONE NEOPLASTICA)
  - STENOSI (NEOPLASTICA, FUNZIONALE SU BASE SPASTICA CON ESOFAGO A “CAVATURACCIOLI”, ACALASIA, CONGENITA)
  - DILATAZIONI (SPESSO A MONTE DI STENOSI, TIPO “MEGAESOFAGO”)
  - DIVERTICOLI ESOFAGEI
  - ERNIA IATALE

## RX CLISMA OPACO

IL MEZZO DI CONTRASTO VIENE INTRODOTTO PER CLISTERE IL CHE CONSENTE UN RAPIDO RIEMPIMENTO DELL'ULTIMA PARTE DELL'INTESTINO.

METODICA DEL DOPPIO CONTRASTO:

SI INTONACA PRIMA LA MUCOSA COLICA CON UNA PICCOLA QUANTITA' DI MEZZO DI CONTRASTO E SI CREA POI UN SECONDO CONTRASTO INSUFFLANDO ARIA NEL COLON



# ENDOSCOPIA DIGESTIVA

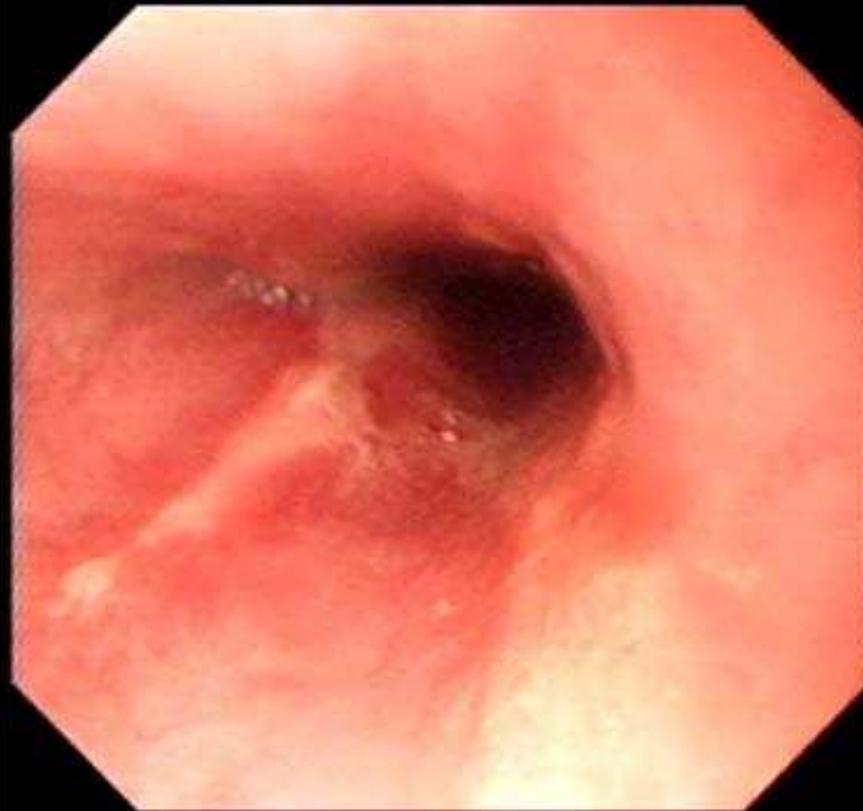
## INDICAZIONI:

- EVIDENZIARE LESIONI SUPERFICIALI CHE SFUGGONO ALL' ESAME RADIOLOGICO;
- CONFERMARE LA PRESENZA DI LESIONI SOSPETTATE ALL' ESAME RADIOLOGICO
- EFFETTUARE PRELIEVI BIOPTICI DI LESIONI SOSPETTE;
- TRATTARE PATOLOGIE DI VARIO TIPO (POLIPECTOMIA, SCLEROSI E LEGATURA DI VARICI, PAPILOTOMIA, ECC...)

# POLIPI ADENOMATOSI DEL COLON



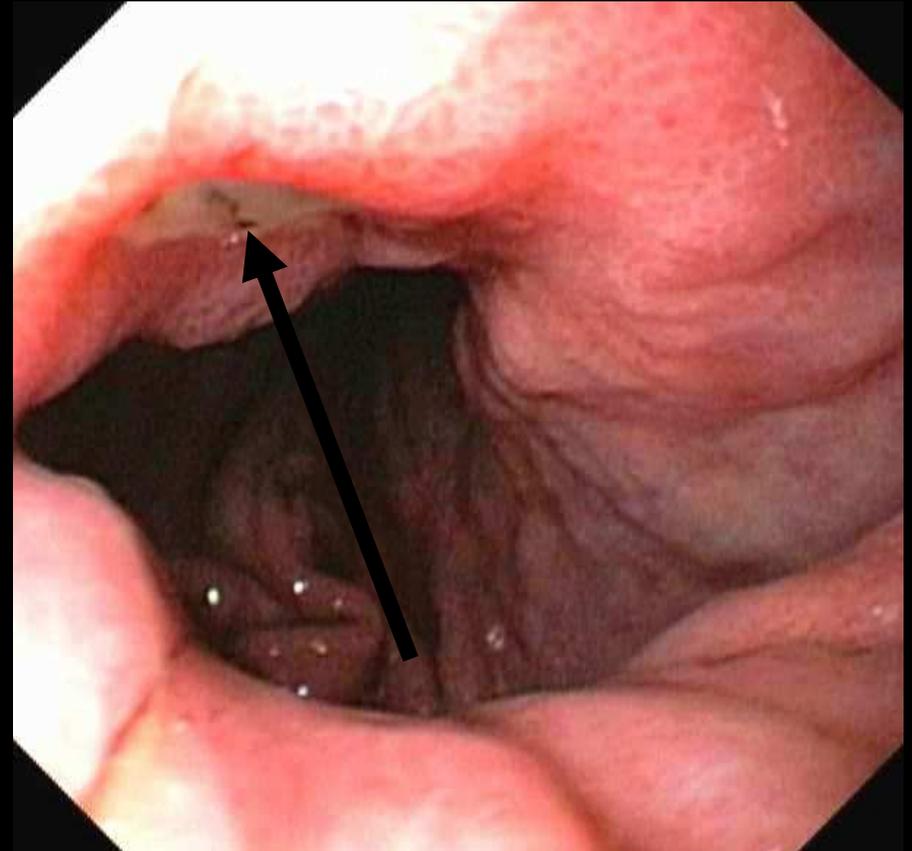
# EROSIONI ESOFAGEE



# ULCERA PEPTICA



RADIOGRAFIA DELLO STOMACO  
CON PASTO BARITATO



VISIONE DIRETTA DELL'ULCERA  
TRAMITE EGDS

# ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO

L'ECOGRAFIA ADDOMINALE E' UN ESAME NON INVASIVO E BEN TOLLERATO, DIRETTAMENTE ESEGUIBILE AL LETTO DEL MALATO. GARANTISCE UNA ELEVATA ACCURATEZZA DIAGNOSTICA CON BASSI COSTI PERTANTO RAPPRESENTA LA PRIMA MODALITA' DI SCREENING PER LO STUDIO DELL'ADDOME.

L'ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE PERMETTE DI ESAMINARE FEGATO, COLECISTI E VIE BILIARI, PANCREAS, MILZA, RENI E SURRENI NONCHE' LE PRINCIPALI STRUTTURE VASCOLARI ED I LINFONODI DELLA REGIONE.

L'ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE PERMETTE DI VALUTARE VESCICA, PROSTATA, UTERO E ANNESSI.

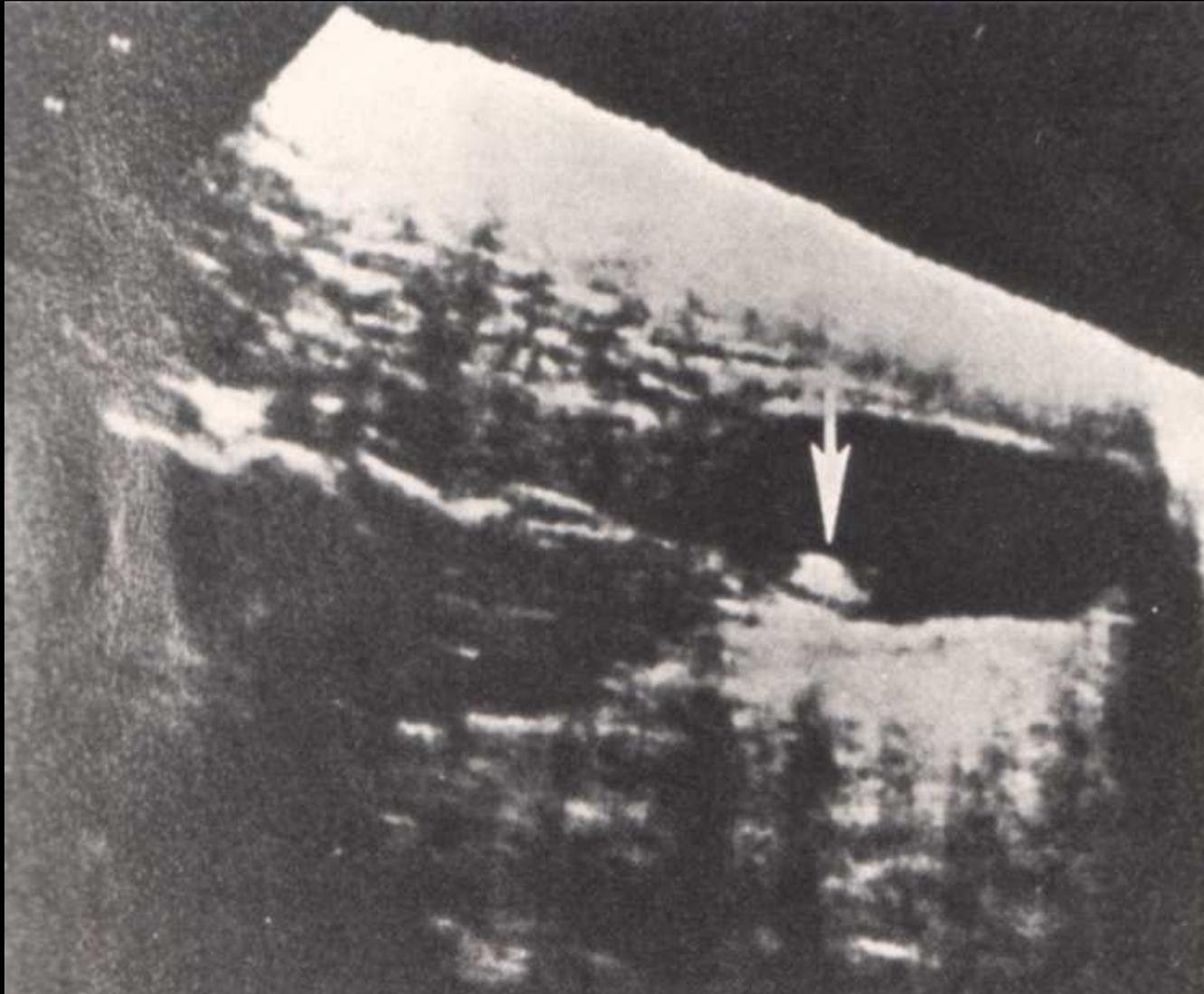


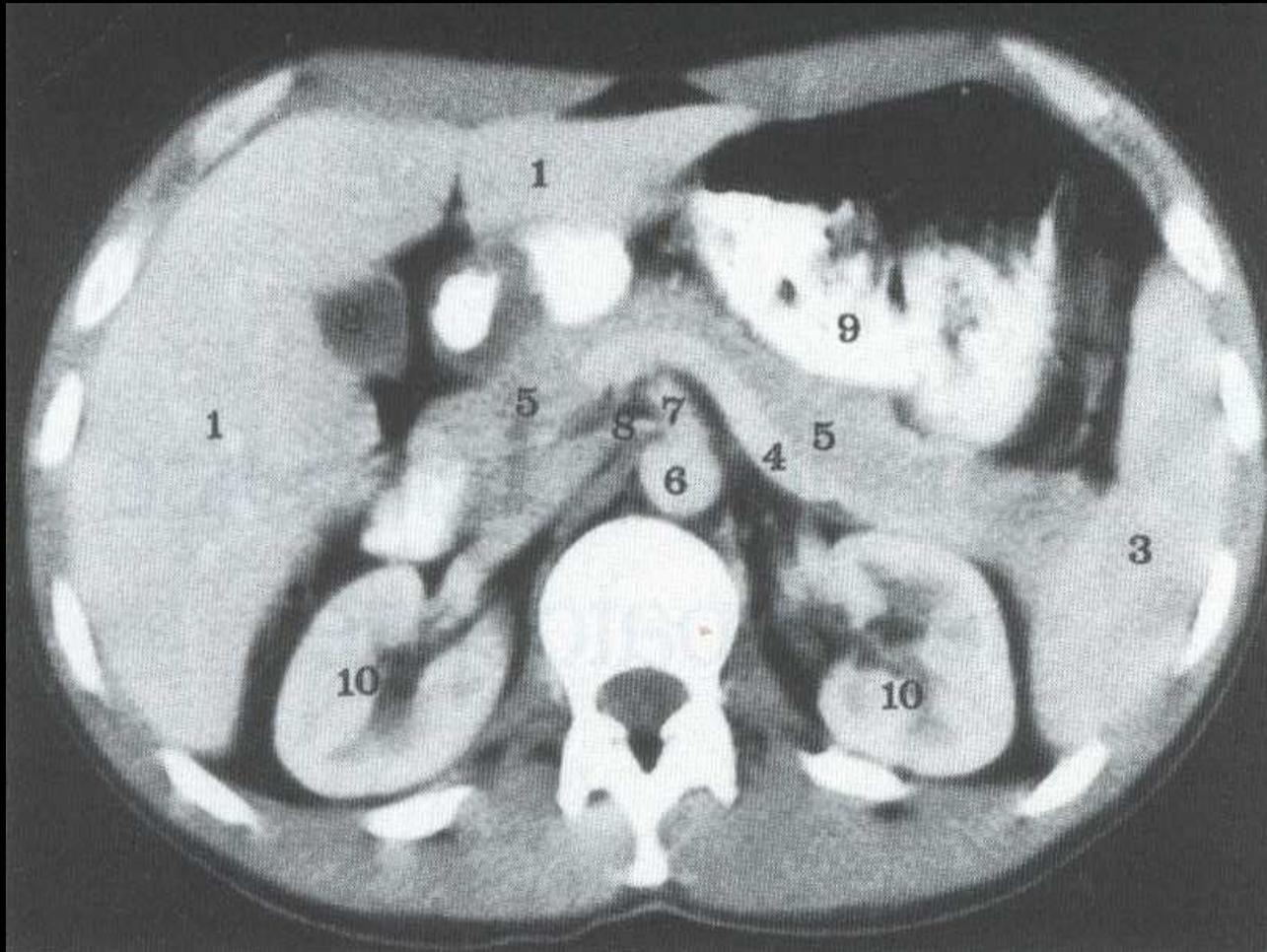
IMMAGINE ECOGRAFICA DI UN CALCOLO IN COLECISTI

# TC ADDOME CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO

METODICA DI II LIVELLO RISPETTO ALL'ECOGRAFIA E ALLA RADIOGRAFIA A VUOTO O CON CONTRASTO.

UTILIZZA RADIAZIONI IONIZZANTI PER RICOSTRUIRE AL COMPUTER "SEZIONI" DELLA REGIONE CORPOREA INDAGATA.

E' FREQUENTEMENTE UTILIZZATA NELLA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA TUMORALE.



ASPETTO DI SCANSIONE TC NORMALE IN CUI SONO VISIBILI:  
1.FEGATO, 2. COLECISTI, 3. MILZA, 4. VENA SPLENICA,  
5. PANCREAS, 6. AORTA, 7. ARTERIA MESENTERICA SUPERIORE,  
8. VENA RENALE SINISTRA, 9. STOMACO, 10. RENI

# CASO CLINICO

M.S.O. 64 anni, donna

Anamnesi patologica remota:

- ipertensione arteriosa
- trombosi venose profonde recidivanti in trattamento anticoagulante orale
- in dicembre 2012 asportazione di multipli polipi colici (all'esame istologico: displasia di basso grado). La colonscopia era stata eseguita per il riscontro di SOF positivo

La paziente si reca in Pronto Soccorso per insorgenza di dolore addominale prevalente in ipocondrio destro ed epigastrio associato a nausea e vomito. Successivo rialzo febbrile (TC fino a 39° C) con brividi scuotenti.

All'arrivo in PS la paziente si presenta vigile, orientata nello spazio-tempo, piretica.

In corso di raccolta dell'anamnesi riferisce da anni dolenzia ricorrente in ipocondrio destro esacerbata dal pasto. Saltuariamente si associano epigastralgia e/o dolore alla scapola destra.

Il Curante circa 3 anni prima aveva consigliato esecuzione di ecografia dell'addome (che aveva evidenziato sludge endocolecistico) ed esofagogastroduodenoscopia (che la paziente aveva rifiutato)

All'esame obiettivo: addome globoso per adipe, trattabile, dolente alla palpazione superficiale in epigastrio ed ipocondrio destro. Borborigmi presenti. Segno di Murphy positivo. Segno di Blumberg negativo.

Presente subittero sclerale.

Alvo aperto a gas e feci.

Agli esami ematochimici:

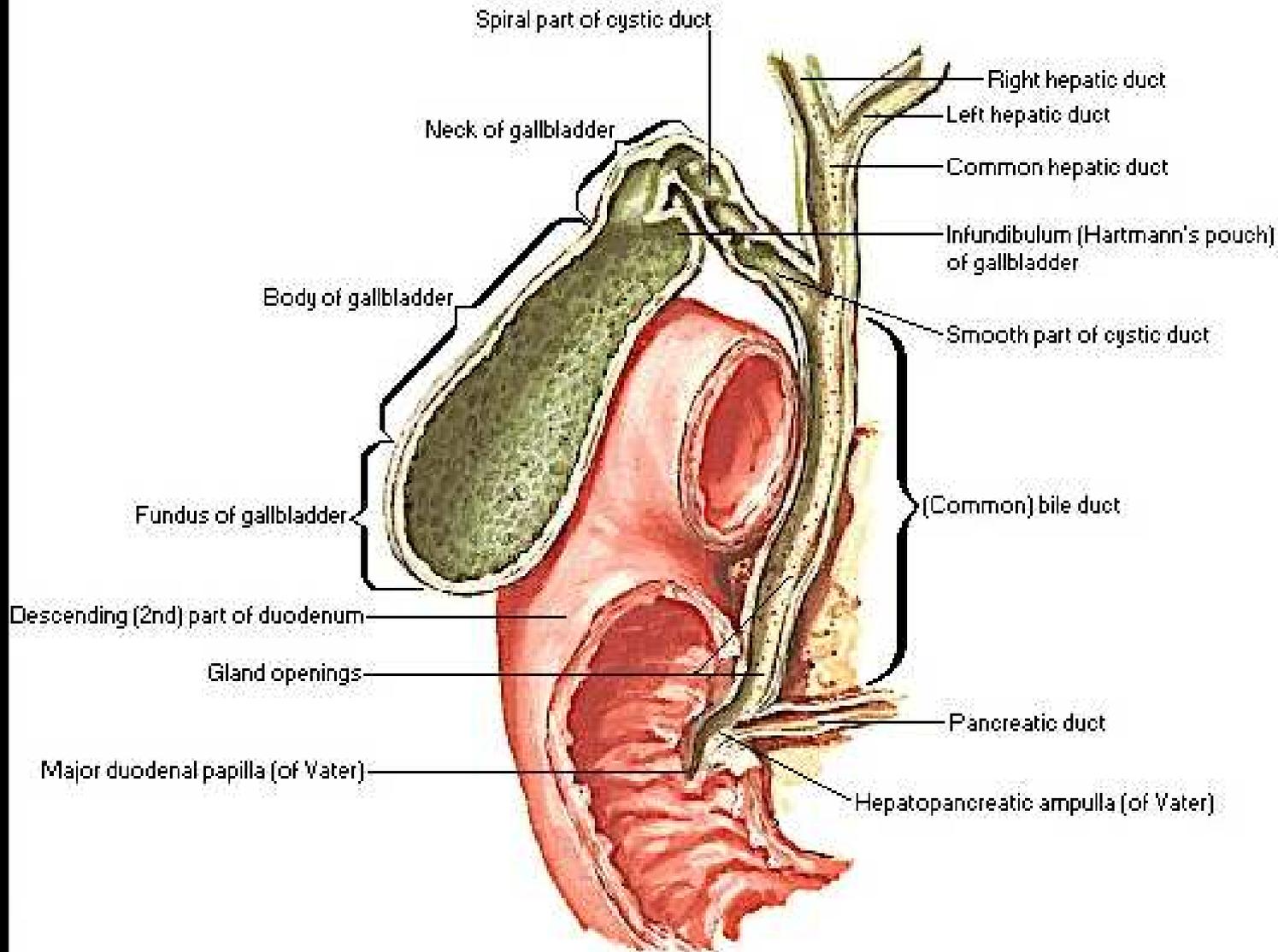
- leucocitosi neutrofila e rialzo degli indici di flogosi (GB  $11.20 \cdot 10^3/\text{mmc}$ , PCR 5.42 mg/dL)
- aumento della bilirubina (bilirubina totale 4.91 mg/dL di cui diretta 3.69 mg/dL)
- elevazione degli indici di citolisi epatica e di colestasi (AST 287 U/L, ALT 388 U/L,  $\gamma$ GT 257 U/L, fosfatasi alcalina 174 U/L)

La radiografia dell'addome evidenziava qualche piccolo livello idroaereo in corrispondenza del tenue. Non falci d'aria libera endoperitoneale.

La radiografia del torace non mostrava alterazioni ad eccezione di lieve sopraelevazione dell'emidiaframma di destra.

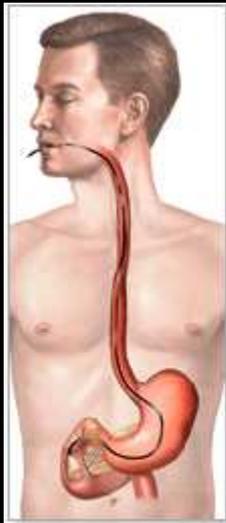
Durante il ricovero in Medicina Interna è stata impostata terapia antibiotica e reidratante associata a digiuno.

L'ecografia dell'addome ha evidenziato: *colecisti distesa con pareti ispessite (6 mm) e con lume contenente un calcolo di 18 mm all'infundibolo*. Le vie biliari intraepatiche non apparivano dilatate mentre *il coledoco risultava di calibro aumentato (11 mm)*, visualizzabile in tutto il suo decorso con *presenza di materiale ecogeno di 11 mm nel tratto intrapancreatico*, riferibile in prima ipotesi a calcolo o sludge biliare.



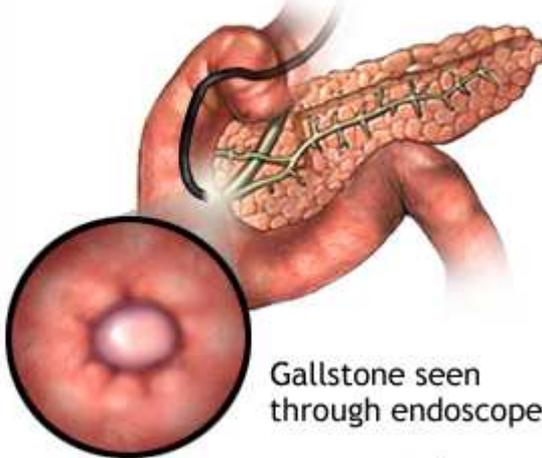
La paziente è stata pertanto sottoposta ad ERCP (colangio-pancreatografia endoscopica retrograda) con riscontro di difetto di riempimento di circa 12 mm nel terzo distale, vie biliari intraepatiche non dilatate e colecisti non iniettabile. *Dopo papillosfinterotomia si procedeva all'estrazione del calcolo con buon drenaggio di bile iodata.*

Lieve gemizio ematico nel corso della sfinterotomia con arresto spontaneo (al termine della procedura si eseguivano comunque iniezioni sottomucose di adrenalina 1: 100.000 come profilassi)



Endoscope inserted into mouth

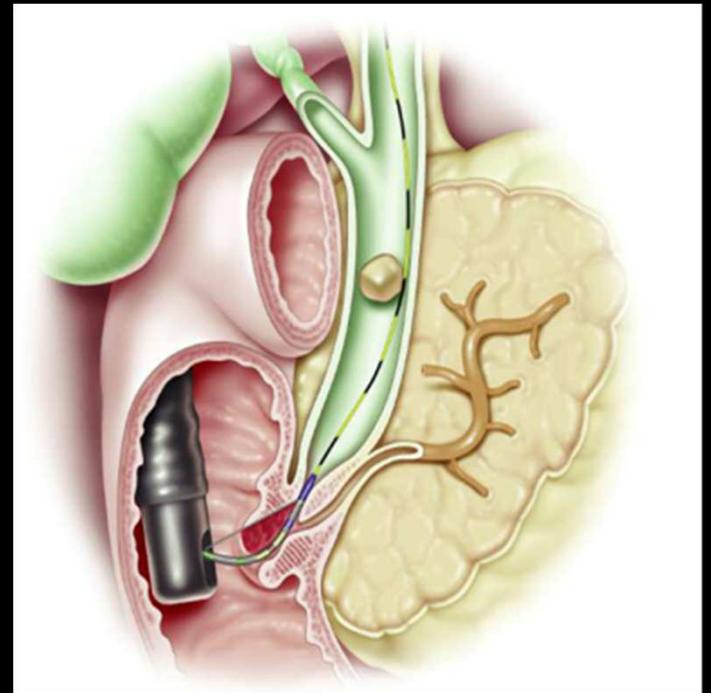
Endoscope travels through gastrointestinal tract until reaching point of blockage



Gallstone seen through endoscope

ADAM

# ERCP



Il Consulente Chirurgo ha posto indicazione ad intervento di colecistectomia in elezione.

La paziente è stata dimessa con diagnosi di  
“Colangite acuta in litiasi colecisto-coledocica”

# CASO CLINICO

F. B. 87 ANNI, UOMO, OSPITE DI CASA DI RIPOSO

## *Anamnesi patologica remota:*

- non chiara allergia alla penicillina
- ipertensione arteriosa
- cardiopatia ischemica cronica post infartuale
- insufficienza renale cronica
- pregressa TEA (tromboendoarterectomia) carotidea sinistra
- in aprile u.s. ictus cortico-sottocorticale nel territorio dell'arteria cerebrale media con infarcimento emorragico. Esiti invalidanti: in particolare disfagia severa con impossibilità ad alimentarsi per os (in corso nutrizione trans sondino naso-gastrico in attesa di posizionamento di PEG  
- gastrostomia endoscopica percutanea -)

Una notte il personale della casa di riposo allerta il 118 per l'insorgenza di vomito fecaloide con associata desaturazione (SatO<sub>2</sub> 79% in A.A.)

All'arrivo del 118 il paziente si presenta marezzato.  
PA e SatO<sub>2</sub> non rilevabili

Il paziente viene trasportato in PS come codice rosso...

*All'arrivo in PS...*

Paziente vigile, parzialmente collaborante.

Lamenta dolore addominale.

PA 50/30 mmHg, FC 110 bpm, SatO<sub>2</sub> non rilevabile. Apiretico.

All'esame obiettivo: marezzeria cutanea diffusa.

Addome: globoso, dolente alla palpazione soprattutto nei quadranti inferiori; non segni di peritonismo.

Torace: MV aspro sui campi anteriori

Cuore: toni validi, ritmici.

Non edemi declivi agli AAI. Polsi femorali presenti.

Nel sacchetto di raccolta del SNG tracce di materiale enterico.

Si esegue una emogasanalisi arteriosa con riscontro di severa acidosi (pH 7.21) mista (respiratoria + metabolica).

Nulla di significativo all'elettrocardiogramma.

Si inizia il riempimento volemico con colloidi e cristalloidi (per ripristinare il volume circolante effettivo)

**IPOTESI DIAGNOSTICHE?????**

Si sospetta una ischemia intestinale ma non si può escludere un'iniziale dissezione aortica....

## TC TORACO-ADDOMINALE

Lo studio AngioTC non evidenzia aspetti riferibili a dissezione.

Non riconoscibili evidenti segni TC da ischemia intestinale (non segni di pneumatosi od aria nel sistema portale, pareti intestinali di spessore conservato).

Non presente aria o raccolte libere in sede addominale (= non perforazione intestinale).

Ma...

Marcata gastrectasia con abbondante ristagno. Aspetti di ristagno a carico delle anse del tenue. Distensione a contenuto gassoso del trasverso e del cieco-ascendente a prevalente contenuto fluido.

Marcata distensione del retto-sigma e del colon discendente fino alla flessura a prevalente contenuto fecale con grossolano fecaloma rettale.

In più addensamento parenchimale alla base del polmone destro.

Escluse indicazioni chirurgiche, il paziente è stato trasferito in Medicina Interna con diagnosi di **“Subocclusione intestinale ed addensamento parenchimale destro in paziente con esiti ictali”**

Il paziente è stato sottoposto a terapia catartica trans SNG e mediante enteroclisi/clisteri evacuativi associata a terapia idratante e antibiotica con progressivo miglioramento delle condizioni cliniche.

N.B. il paziente anziano è fortemente soggetto a stipsi fino alla subocclusione/occlusione intestinale per una serie di fattori tra cui la scarsa idratazione, l'allettamento o il semi allettamento, la politerapia farmacologica e le patologie associate (es: M. di Parkinson, diabete).

Un fecaloma in un paziente già compromesso può determinare un netto peggioramento del quadro clinico.

## CASO CLINICO

*A.P. 21 ANNI, STUDENTESSA IN ARCHITETTURA*

*ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: NEGATIVA*

*DA 2-3 MESI ASTENIA, CALO PONDERALE DI 2-3 Kg,  
FREQUENTI EPISODI DI SUDORAZIONE, FEBBRICOLA  
(TC MAX 37.3 ° C) SEROTINA*

*.... MA E' ESTATE E FA CALDO!*

*.... E' STRESSATA PER LA PREPARAZIONE DEGLI ESAMI  
ALL'UNIVERSITA'!*

*.... NON HA DOLORE!*

*.... PASSERA' ....*

# COMPARSA DI UNA MASSA IN FOSSA ILIACA DX/ IPOGASTRIO



SI RECA DAL MEDICO DI FAMIGLIA

ALL'ESAME OBIETTIVO: ADDOME PIANO, TRATTABILE, NON DOLENTE ALLA PALPAZIONE. PERISTALSI VALIDA. PRESENTE TUMEFUZIONE OVALARE DI 5-6 cm, LISCIA, DI CONSISTENZA TESO ELASTICA, NON DOLENTE, FISSA RISPETTO AI PIANI SOTTOSTANTI, IN FOSSA ILIACA DESTRA/ IPOGASTRIO.

ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO: MASSA DI VEROSIMILE PERTINENZA ANNESSIALE DESTRA. LINFOADENOMEGALIE. NON LESIONI A CARICO DEL FEGATO. CONSIGLIATO APPROFONDIMENTO MEDIANTE TC

*TC TORACO-ADDOMINALE CON MDC: LESIONE  
ETEROFORMATIVA OVAIO DESTRO RIFERIBILE IN PRIMA  
ISTANZA A LINFOMA. PARZIALE SOVVERTIMENTO OVAIO  
CONTROLATERALE. LINFOADENOMEGALIE DIFFUSE SOVRA E  
SOTTODIAFRAMMATICHE.*

*BIOPSIA: LINFOMA A GRANDI CELLULE*

*INIZIATO TRATTAMENTO CON STEROIDI CUI SEGUIRA'  
PERCORSO CHEMIOTERAPICO IN AMBIENTE EMATOLOGICO*

A distanza di due settimane viene eseguita colonscopia che conferma la presenza di diverticoli del sigma-colon discendente al momento non complicati.

Alla paziente viene consigliata dieta povera di scorie e cicli mensili di rifaximina e fermenti lattici a scopo di disinfezione intestinale.