

# Approccio clinico integrato da ecoscopia

L'obiettivo dello studio è quello di valutare se l'uso di un ecoscopio portatile di piccole dimensioni migliora l'approccio clinico al paziente affetto da patologia sistemica e addominale permettendo una precisa attribuzione del quadro sintomatologico in atto

Marco Castagna - Medicina generale - Viadana (MN)

La letteratura scientifica documenta in diversi capitoli la possibilità che un paziente possa essere affetto da due patologie concomitanti (appendicite acuta coesistente con l'influenza, oppure iperpiressia e meningite); la conseguenza di un mancato tempestivo riconoscimento di una delle due condizioni può comportare gravi complicanze cliniche tra cui il decesso. È altresì noto che patologie diverse possono manifestarsi con sintomi identici.

L'influenza è malattia infettiva caratterizzata da sintomatologia sistemica: febbre, malessere generale, cefalea, dolori muscoloscheletrici e respiratori, faringodinia. Molto frequentemente sussistono concomitanti disturbi a carico dell'apparato gastrointestinale tra i quali nausea, vomito, diarrea, addominalgia.

Quest'ultimo sintomo può avere origine in una qualsiasi struttura dell'addome o della sua parete, ma anche essere dovuta a cause in sedi extraddominali (pleure, cuore, polmoni, ecc).

Costituiscono segni di allarme, indice di gravità dell'addominalgia la presenza di: iperpiressia, stipsi, vomito, emottisi, ematemesi, contrattura della parete addominale, ittero, ecc.

Nella fase di progettazione dello studio sono state preventivamente identificate le patologie da diagnosticare mediante l'esame ecoscopico (*Vscan*), che possono essere responsabili di addominalgia: 1) calcolosi renale/ve-

scicale, 2) idronefrosi, 3) calcolosi colecistica, 4) versamento pleurico, 5) ascite, 6) aneurisma dell'aorta addominale, 7) splenomegalia.

Per questo studio sono stati arruolati tutti quei pazienti afferenti spontaneamente al medico di medicina generale e portatori di un quadro clinico/sintomatologico sistemico (malessere e/o rinorrea, e/o tosse, e/o nausea, e/o faringodinia, e/o febbre ecc.) e addominale (addominalgia), in periodo di massima incidenza di sindrome influenzale.

Sono stati esclusi dallo studio tutti i pazienti affetti da franche scariche alvine di tipo diarroico, nonché tutti i pazienti che prima di accedere al medico di medicina generale, si erano recati autonomamente presso un pronto soccorso ospedaliero o presso il medico di continuità assistenziale per un quadro sintomatologico sistemico e addominale di tipo influenzale o simil-influenzale.

## ► Metodologia dello studio

Lo studio è durato tre mesi (dicembre 2013-febbraio 2014); le fasi operative dell'approccio clinico/strumentale nell'ambulatorio del medico di medicina generale hanno incluso:

- 1) anamnesi (fisiologica, patologica remota, patologica recente);
- 2) esame obiettivo (ispezione, palpazione, percussione, ascoltazione);
- 3) ecoscopia mediante *Vscan*;
- 4) diagnosi e terapia ed, eventual-

mente, ulteriori accertamenti ritenuti necessari per definire la diagnosi.

## ► Risultati

Complessivamente sono stati arruolati 38 pazienti, di età compresa fra 17 e 88 anni. Nella maggior parte dei pazienti il quadro sintomatologico generale e addominale è stato ascritto alla sindrome influenzale. In questi pazienti l'esame ecoscopico non ha rilevato nessuna criticità.

In un caso invece è stata evidenziata all'ecoscopia la presenza di *sludge* biliare (all'esame obiettivo l'algia spontanea al punto cistico aumentava nettamente alla palpazione). Tale condizione è stata meritevole di ulteriori accertamenti non urgenti, eseguiti presso l'ambulatorio del medico di medicina generale.

In un altro caso l'importante dolore toraco-addominale destro indagato con ecoscopia ha permesso di escludere il versamento pleurico, la calcolosi renale, l'idronefrosi e la colelitiasi. In un paziente è stata necessaria la prescrizione di ulteriori indagini.

In tutti i pazienti è stato possibile, tramite l'ecoscopia, dirimere il dubbio se la dolorabilità dell'addome fosse conseguenza o meno delle seguenti patologie: calcoli nefrovescicali, idronefrosi, colelitiasi, aneurisma aortico, versamento pleurico, versamento ascitico, splenomegalia.

La durata media dei singoli esami

ecoscopici è stata di 3-4 minuti.

Nelle ecoscopie eseguite nei pazienti con addominalgia dovuta alla sindrome influenzale si è riscontrato nella quasi totalità dei casi una colecisti piena e distesa la quale è stata qui definita come "segno della colecisti da influenza". Si sottolinea che tale reperto non è da ascrivere ad una condizione patologica della colecisti ma ad un aspetto della stessa in corso di influenza. Tale evidenza ecoscopica ha quindi permesso un ottimo studio della colecisti stessa (del contenuto, esclusione di calcoli, visibilità della parete della colecisti).

Si ritiene con buona approssimazione che tale reperto sia in prima ipotesi in relazione al digiuno del paziente dovuto alla sintomatologia influenzale (nausea, inappetenza ecc.). Si segnala che tutti questi pazienti lamentavano alla palpazione dell'addome una significativa accentuazione della dolorabilità spontanea particolarmente accentuata nei quadranti alti (ipocondrio destro, sinistro ed epigastrio). In tutti questi pazienti si sono anche valutate le caratteristiche dell'aorta addominale (diametro trasverso ecc.).

## ► Conclusioni e commento

Lo studio ha permesso di trarre le seguenti conclusioni:

- a)** percezione da parte del medico di una miglior accuratezza diagnostica e di conseguenza di aver già definito (nella maggior parte dei casi) alla prima visita la diagnosi e la migliore proposta terapeutica (*Qualità erogata*);
- b)** conferma per quanto riguarda le prescrizioni di accertamenti clinico/strumentali, successivi alla prima visita, per una migliore definizione della diagnosi;
- c)** riduzione dell'impegno (sia di tempo che economico) del paziente dovuto al sensibile incremento della

certezza dell'iter diagnostico (vedi punto precedente);

**d)** brevità del tempo di esecuzione (tre/quattro minuti) e non invasività dell'esame ecoscopico;

**e)** conseguenza dei punti c) d) è la dichiarata soddisfazione del paziente (*Qualità percepita*);

**f)** ...e di riflesso maggior soddisfazione del medico;

**g)** tutti i pazienti hanno accettato di buon grado di sottoporsi all'esame ecoscopico;

**h)** efficacia dell'indagine ecoscopica della colecisti (v. Segnalazione);

**i)** facilitazione della doppia diagnosi.

Lo studio in oggetto ha confermato l'affidabilità del *Vscan* nel percorso diagnostico.

Da questo percorso è derivata la percezione, da parte del medico, di una riduzione dell'incertezza diagnostica dopo l'approccio anamnestico e obiettivo grazie all'uso integrato del *Vscan* e, di conseguenza, una migliore accuratezza diagnostico-terapeutica e un migliore utilizzo delle risorse messe a disposizione dal Sistema sanitario.

Nella consapevolezza della limitata casistica di pazienti entrati nello studio si propone all'evidenza della classe medica come esperienza personale di medico di medicina generale e quale punto di partenza per eventuali discussioni o approfondimenti riguardo il lavoro stesso e le conclusioni in esso riportate.

Gli esami ecoscopici eseguiti con *Vscan* sono stati tutti erogati gratuitamente. L'utilizzo del *Vscan* è consigliabile solo per quei medici di medicina generale che hanno seguito il percorso formativo teorico e pratico specifico, rafforzato a sua volta da un congruo periodo di addestramento all'utilizzo dello strumento.

La difficoltà dell'impostazione del lavoro in oggetto è nata dal fatto che nella letteratura presa in considerazione

non si sono trovati studi simili con cui paragonarsi. Questo, visto da altra angolazione, fa capire come l'utilizzo dell'ecoscopio (*Vscan*) nell'ambulatorio del medico di medicina generale sia in questo momento storico alquanto "pionieristico". Questo, associato alla curiosità personale, sono stati gli input alla realizzazione dello studio in oggetto, con l'obiettivo di identificare ulteriori modalità operative (in questo caso nel contesto della sindrome influenzale) adatte a ridurre l'incertezza dell'iter diagnostico-terapeutico nella pratica quotidiana del medico di medicina generale, così da realizzare un vantaggio sia per il medico che, soprattutto, per il paziente stesso.

Il numero dei pazienti totali arruolati in questo studio confermano non significatività statistica. Il concetto invece cambia totalmente se moltiplichiamo questi numeri per il numero totale dei medici di medicina generale convenzionati presenti in un singolo distretto o meglio ancora per tutti i medici di medicina generale dell'ASL della provincia di Mantova (circa 350).

Questo comporta l'espressione, sulla base della logica equa distribuzione epidemiologica dei casi clinici di pazienti affetti da sintomatologia sistemica e gastrointestinale nella popolazione assistita dai 350 medici di medicina generale convenzionati dell'ASL di Mantova dei seguenti dati numerici:  $38 \times 350$  pari cioè a 13300 potenziali pazienti coinvolti.

Se invece consideriamo il numero totale dei pazienti ai quali è stata diagnosticata una patologia (7) e moltiplichiamo per 350 (numero totale dei medici) raggiungiamo il numero teorico di 2450 pazienti.

Chi scrive ammette che, senza l'utilizzo del *Vscan*, questi sette pazienti sarebbero stati prudenzialmente inviati ad ulteriori accertamenti presso strutture ASL per definire la diagnosi.