

La gestione di nausea e vomito in medicina generale

Nausea e vomito sono sintomi comuni a un numeroso gruppo di affezioni gastroenterologiche interessanti sia il tratto intestinale sia gli apparati epato-biliare e pancreatico, ma possono essere espressione anche di patologie extra-addominali (per esempio neurologiche) oppure effetti dovuti a squilibri metabolici, quali le acidosi.

Le difficoltà terapeutiche possono essere non inferiori a quelle diagnostiche, specialmente nei casi di particolare intensità oppure quando la sintomatologia si presenta in modo prolungato. I farmaci disponibili per il trattamento di nausea e vomito presentano meccanismi terapeutici differenti, con azione centrale, periferica o mista, senza essere scevri di effetti aggiuntivi, prevalentemente a carico del sistema nervoso centrale. Situazioni particolari quali la gravidanza o il paziente neoplastico possono presentare problematiche di difficile approccio.

Cosa si intende per nausea e per vomito?

Questi aspetti clinici presentano meccanismi fisiopatologici differenti?



- **La nausea** è un disturbo molto comune, caratterizzato da un senso di malessere indefinito localizzato dall'epigastrio alla faringe. Spesso possono essere presenti contrazioni involontarie dei muscoli della parete gastrica, della faringe e dell'esofago e una salivazione estremamente abbondante. La nausea di norma precede il vomito, ma non necessariamente è seguita da questo.
- **Il vomito** è un disturbo abbastanza frequente, che consiste nell'espulsione violenta dalla bocca del cibo contenuto nello stomaco. Si accompagna in genere a un aumento della salivazione e del pallore. Normalmente il termine "vomito" viene usato in maniera indistinta per indicare condizioni diverse tra cui la stessa nausea, i conati, dovuti alla contrazione della muscolatura respiratoria, e il vomito vero e proprio, regolato in sede cerebrale dall'integrazione di segnali afferenti da varie parti dell'organismo:
 - corteccia cerebrale (segnali relativi a sapori, odori, ricordi, emozioni, immagini);
 - orecchio (informazioni relative alla posizione del corpo rispetto allo spazio);
 - apparato digerente (gola, stomaco, intestino) e altri organi, come il cuore.

La diversità tra medicina generale e specialistica può essere fattore di arricchimento della pratica medica, se a prevalere è il momento dialogico, all'insegna della complementarità, focalizzata sulle esigenze concrete che la gestione di una problematica fa emergere nella quotidianità. **M.D. propone, di volta in volta, un confronto tra le due discipline, fatto di domande precise e di risposte condivise.**

Medicina Generale a cura di:

Cesare Tosetti

Medico di medicina generale, Porretta Terme (BO)

Specialistica a cura di:

Chiara Ricci

Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Gastroenterologia, Università degli Studi di Brescia

Dino Vaira

Dipartimento di Medicina Interna e Gastroenterologia, Università degli Studi Bologna

Al centro del vomito arrivano anche stimoli indotti dall'esposizione a radiazioni o a sostanze chimiche, quest'ultime sia prodotte dall'organismo (per esempio urea, "acetone") sia somministrate a scopo terapeutico (farmaci).



Quali sono le differenze con sindromi più rare quali rigurgito e ruminazione?

- **Il rigurgito** è una risalita di materiale contenuto nello stomaco, dall'esofago alla faringe, fino alla bocca. È composto da succhi gastrici e da chimo e a volte può esserci la presenza di bile. Si differenzia dal vomito per la mancanza di nausea e di contrazioni del diaframma e dei muscoli addominali.
- **La ruminazione o mericismo** è la rigurgitazione del cibo ingerito seguita da parziale rimasticazione, in assenza di sintomi tipo nausea o dolore.

Nausea e/o vomito possono presentarsi in modo acuto, anche molto violento. In questo caso è spesso richiesta una rapida diagnosi differenziale tra problematiche piuttosto differenti: quali sono i principali criteri clinici e strumentali che devono essere impiegati?



L'insorgenza improvvisa di vomito violento, "a getto", impone la necessità di escludere un quadro acuto, che può nascondere una condizione di ipertensione endocranica (per esempio per emorragia cerebrale) o una ischemica miocardica, per esempio posteriore, più tipicamente caratterizza-

ta da una sintomatologia di questo tipo.

Dunque qualora il vomito insorgesse all'improvviso e in modo imponente, anche in assenza di particolari condizioni di rischio pre-esistenti, deve essere esclusa una patologia cardiovascolare.

Dopo una accurata anamnesi, ovviamente le metodiche diagnostiche da utilizzare saranno all'inizio le più semplici (elettrocardiogramma, eventualmente controllo ematochimico degli indici di citonecrosi cardiaca), o, nell'ipotesi di un problema a livello cerebrale, una tomografia assiale computerizzata.

In genere, fortunatamente nausea e vomito durano poco e non si accompagnano a dolore, o non sono preceduti o seguiti da altri disturbi di rilievo e non sono solitamente causati da una patologia importante. Vi sono soggetti particolarmente predisposti, nei quali la vista di particolare materiale (alimentare e non) o la percezione di odori sgradevoli può indurre nausea o vomito.

Ricordiamo che tra le cause più frequenti dell'insorgenza di nausea vi è la gravidanza, nonché le chinetosi, cui può essere associato vomito. La sintomatologia in questo caso è correlata a una particolare sensibilità neurovegetativa. In questo caso la correlazione con il "movimento", sia esso attraverso automobile, nave, ecc, diventa diagnostico.

Più raramente la frequenza e la durata di nausea e vomito sono significative e si possono accompagnare a dolore addominale intenso e persistente, come nel caso di:

- ostruzioni a livello del tratto digestivo superiore;
- calcolosi biliare o renale;
- ulcera gastrica o duodenale (complicata);
- infezioni microbiche o virali gastroenterici (gastroenteriti);
- intossicazioni alimentari e non (fumo, tossine industriali);
- farmaci (antitumorali, oppiacei, digitalici);
- labirintopatie;
- importanti stress psicologici;
- aumento della pressione intracranica (tumo-
re o ematoma);
- diabete scompensato;
- insufficienza renale avanzata.

Per la maggior parte delle condizioni elencate, la raccolta di una attenta e corretta storia anamnestica, è sufficiente per orientare la diagnosi.

L'ecografia addominale è fondamentale nel sospetto di litiasi biliare o patologia pancreatica, mentre uno studio radiologico basale addominale è utile nel sospetto di perforazione da ulcerazione gastrica o duodenale. Nel caso di labirintopatia i test specifici vestibolari possono rappresentare non solo un elemento diagnostico fondamentale, ma in alcuni casi terapeutico.



Nei casi dei pazienti che presentano vomito ricorrente in assenza di patologie dimostrate a livello endoscopico, ecografico e laboratoristico, quali strategie devono essere adottate?

In caso di negatività delle indagini strumentali prima di ipotizzare una componente funzionale come causa del disordine, va indagato il meccanismo della deglutizione e della motilità intestinale ed esclusa un'eventuale componente neurologica. Nel primo caso potrebbe essere indicato l'utilizzo di metodiche radiologiche o di medicina nucleare a cominciare dalla radiografia del tubo digerente, per arrivare agli studi più complessi eseguiti in centri di riferimento, ove vengono eseguite anche tecniche manometriche.

Cause neurologiche possono essere investigate attraverso la tomografia cerebrale e la risonanza magnetica cerebrale.



I farmaci che sono utilizzati per il trattamento del vomito appartengono a classi differenti. Quali sono i grandi gruppi di antiemetici attualmente disponibili e quali caratteristiche principali li differenziano?

Gli antiemetici possono agire a vari livelli:

- direttamente sul centro del vomito bloccando l'azione di sostanze prodotte dall'organismo (acetilcolina, istamina, dopamina, serotonina);
- accelerando il normale svuotamento del contenuto dello stomaco nell'intestino.

Gli antagonisti serotoninergici 5-HT₃ (ondansetron, granisetron, dolasetron, ecc) sono potenti antiemetici limitatamente all'emesi causata da stimolazione vagale (periferica). Hanno la loro maggiore efficacia nei pazienti sottoposti a chemioterapia o radioterapia o in caso di sintomatologia postoperatoria.

Gli antagonisti dopaminergici (metoclopramide, domperidone, ecc) antagonizzano i recettori D₂ in una specifica zona cerebrale, e hanno un'attività procinetica per attività agonista sui recettori 5-HT₄. Tra gli antagonisti dopaminergici vanno inserite sia le fenotiazine (proclorperazina, prometazina), antipsicotici con potente attività antiemetica per l'antagonismo D₂ e muscarinico, sia i butirrofenoni (droperidolo), utilizzati particolarmente per la nausea e vomito postoperatori.

Gli antagonisti H₁ (meclizina, dimenidrato, difenidramina, prometazina) sono farmaci particolarmente efficaci nella chinetosi. La prometazina è utilizzata anche in gravidanza.

Gli anticolinergici sono usati prevalentemente per combattere la nausea da chinetosi mediante patch (scopolamina), mentre gli oppioidi (dronabinolo) vengono utilizzati per il trattamento del vomito indotto da chemioterapia.

Anche i glucocorticoidi sono spesso utilizzati in associazione con antagonisti del recettore 5-HT₃ nei pazienti sottoposti a chemioterapia.

Gli antagonisti dei recettori delle neurochinina 1 penetrano nella barriera emato-encefalica e si diffondono nel sistema nervoso centrale. Il farmaco più utilizzato è l'aprepitant, in grado di impedire il legame tra la sostanza P presente nell'organismo e i recettori NK1. Questi farmaci sono spesso usati dopo chemioterapia, associati a steroide, o dopo l'insorgenza di complicanze postchirurgiche.

Nella pratica clinica vengono utilizzati anche antispastici, antivertiginosi, antistaminici: qual è il loro ruolo?

- I farmaci antispastici riducono la contrazione improvvisa o impropria dei muscoli dell'apparato digerente e di altri distretti, con meccanismi complessi, agendo sulla nausea e vomito soprattutto se associati a sintomatologia dolorosa addominale o sindrome dispeptica.
- Gli antivertiginosi hanno un ruolo decisamente preponderante nella sintomatologia correlata ad alterazioni del labirinto, con conseguente iperstimolazione del tronco cerebrale che attiva il sistema vegetativo.
- Gli antistaminici sono efficaci sia nel trattamento sia nella prevenzione dei sintomi da chinetosi e alcuni di essi possono essere utilizzati in corso di gravidanza.

Qual è il ruolo attuale dei farmaci squisitamente procinetici?

I procinetici agiscono stimolando le normali contrazioni dello stomaco e dell'intestino e ne favoriscono lo svuotamento, accelerando il transito degli alimenti. La nausea e il vomito come conseguenza di un rallentato passaggio degli alimenti attraverso l'apparato digerente, possono essere trattati con farmaci procinetici, tra i quali i più comunemente utilizzati sono metoclopramide e domperidone.

Il trattamento della nausea e vomito nel paziente oncologico, soprattutto in corso di terapia antiblastica, rappresenta un fattore importante per la compliance del paziente. Come può essere affrontato?

La nausea e il vomito sono di comune riscontro nel malato oncologico avanzato. I farmaci utilizzati più comunemente, spesso necessariamente in terapia infusionale, sono gli antagonisti della serotonina, efficaci soprattutto nel trattamento del sintomo acuto. I procinetici (metoclopramide) hanno un'azione procinetica e vengono impiegati nei casi di nausea e vomito associati a gastrite, ristagno gastrico e occlusione intestinale funzionale.

I corticosteroidi sono spesso utilizzati in aggiunta nella prevenzione del disordine gastrointestinale. Le benzodiazepine e neurolettici vengono utilizzati anche nei casi di vomito di natura metabolica (ipercalcemia, insufficienza renale).

L'iperemesi gravidica rappresenta generalmente un evento limitato al primo trimestre di gravidanza. Qual è l'approccio terapeutico consigliato?

La nausea e il vomito sono i sintomi più frequentemente sperimentati nella gravidanza iniziale: l'85% delle gravide presenta nausea, il 50% vomito. Nel 5% dei casi può rendersi necessario un trattamento dell'alterazione idro-elettrolitica. Per combattere il senso di nausea e vomito (che generalmente si accentua in presenza di particolari stimoli, percepiti soggettivamente come fastidiosi) può essere sufficiente introdurre per colazione cibi solidi, ricchi in zuccheri ed evitare di assumere una eccessiva quantità di liquidi. Durante la giornata può essere utile fare piccoli pasti a intervalli frequenti (per esempio ogni 2 ore). È importante inoltre evitare posizioni che facilitano il vomito, come la posizione sdraiata completamente orizzontale. Se, malgrado questi accorgimenti, la nausea e il vomito si manifestano con attacchi violenti oppure si protraggono nel tempo, risulta necessario l'intervento farmacologico. Gli antistaminici (doxilamina, dimenidrinato, difenidramina, idrossizina, ciclizina) hanno dimostrato una buona capacità di riduzione della nausea, senza effetti teratogeni significativi. Questi farmaci sono da ritenersi efficaci e sicuri anche se, come atteso, il loro uso si associa a sonnolenza. La prometazina è un antistaminico fenotiazinico ed è considerata tra i farmaci di prima scelta per il trattamento della nausea e del vomito gravidico. La proclorperazina, altra fenotiazina, ha mostrato efficacia terapeutica, senza effetti teratogeni dimostrati e viene consigliata come farmaco di seconda linea. La vitamina B6 è efficace nel ridurre la nausea, non il vomito, con un probabile effetto dose dipendente.

La persistenza di vomito può indurre squilibri elettrolitici. Quando è opportuno provvedere con interventi di sostegno?

Un singolo episodio o isolati episodi di vomito non comportano mai gravi problemi. Un vomito ripetuto comporta invece la perdita soprattutto di acqua, sodio, cloro, potassio, con necessità di reintegro. Inoltre, un vomito prolungato impedisce una normale alimentazione, con possibilità di malnutrizione. Una complicanza non infrequente è l'emorragia da lacerazione della mucosa gastrica.