

## “Dottore, ho mal di stomaco”: interpretare i sintomi in gastroenterologia

**Cesare Tosetti**

Medico di medicina generale  
Porretta Terme (BO)  
Area Gastroenterologica Simg

*La localizzazione dei sintomi è una questione cruciale per identificare le varie sindromi digestive. La capacità di riconoscere la sede reale delle sensazioni del paziente richiede grande attenzione, per evitare di trattare in modo inadeguato sindromi intestinali o da reflusso gastroesofageo*

**C**apire i sintomi del paziente è una questione cruciale della professione medica. Capire i sintomi del paziente vuole dire interpretare, mediando tra descrizioni verbali e gestualità, che rappresenta un'arma formidabile, spesso illuminante terminologie oscure e risoltrice di situazioni imbarazzanti.

Prendiamo il caso della dispepsia, termine francamente terrificante, gravato da inconvenienti interpretativi a cominciare dagli studi internazionali. Per noi mediterranei il termine non dovrebbe essere complicato, richiamando la cattiva digestione (*dys - peptos*), ma per gli anglosassoni è piuttosto sinonimo di ulcera peptica, caratterizzata da dolore a digiuno attenuato temporaneamente dai pasti, magari condito da un po' di pirosi da reflusso gastroesofageo.

Per il paziente è una parola da quiz televisivo. Però sono molti i pazienti che si presentano negli ambulatori o telefonano dicendo “Dottore ho mal di stomaco!” (oppure “Ho un po' di gastrite” oppure “Ho lo stomaco gonfio”). Espe-

rienza ed evidenza si accordano nel valutare possibili segni di patologia rilevante, specie se i sintomi sono di recente insorgenza, tuttavia la tentazione di accontentarsi di questa semplice dichiarazione può portare a equivoci diagnostici e insuccessi terapeutici.

In questo campo la sovrapposizione tra malattia da reflusso gastroesofageo (che si estrinseca con sintomi prevalentemente toracici), sindromi intestinali (che manifestano sintomi coinvolgenti anche i quadranti inferiori dell'addome) e patologie dell'addome superiore può essere assai elevata.

Da qui la necessità di non fermarsi alla prima descrizione, ma di approfondire, evitando la pericolosa strada dei questionari di ricerca che, poco sperimentati nella clinica quotidiana, presentano molti svantaggi, dal tempo di compilazione ai termini interpretabili fantasiolosamente dal paziente, all'incomunicabilità: se il paziente traduce male su carta od oralmente i sintomi continuerà a farlo, anche se le domande sono molteplici, se non assistito adeguatamente.

Per superare, almeno parzialmente, queste difficoltà bastano poche altre domande, perché molti equivoci possano essere risolti. In particolare ne riterrei fondamentale una: “Scusi, potrebbe indicare dove sente i fastidi che mi sta descrivendo?”.

### Dall'ambulatorio alla letteratura

A dimostrazione, riporto quanto risposto da 300 pazienti consecutivi, giunti nell'ambulatorio per ogni motivazione, cui ho posto due domande: “Ha mai sofferto di disturbi di stomaco?” e “Può mostrarmi il punto in cui sente i fastidi di stomaco?”.

Ben 216 (72%) dei 300 pazienti hanno dichiarato di avere o avere avuto sintomi gastrici (dolore nel 70% dei casi, bruciore nel 50%, gonfiore nel 35%, ripienezza nel 42%). Ebbene, dolore, bruciore, gonfiore e ripienezza “gastrici” sono stati localizzati almeno in parte al di fuori dell'addome superiore rispettivamente nel 16%, 23%, 30% e 23% dei casi (tabella 1).

Un'analisi più approfondita, di ti-

**Tabella 1**

### Localizzazione dei sintomi da parte dei pazienti

	Torace ± addome superiore	Addome superiore soltanto	Addome inferiore ± addome superiore
Dolore “gastrico”	7%	84%	9%
Bruciore “gastrico”	21%	77%	2%
Gonfiore “gastrico”	2%	70%	28%
Ripienezza “gastrica”	3%	77%	20%

po regressione logistica, evidenza che il solo fattore sesso femminile (ma non età o scolarità) è associato a localizzazione non solo epigastrica di dolore (odds ratio: 3.9, intervallo di confidenza al 95% 1.6-9.4;  $p < 0.01$ ) e bruciore (odds ratio 10.0, intervallo di confidenza al 95% 5.0-23.0;  $p < 0.01$ ), mentre la localizzazione non solo epigastrica di gonfiore (odds ratio: 2.3, valori confidenza al 95% 1.3-4.3;  $p < 0.05$ ) o ripienezza (odds ratio 2.6, valori di confidenza al 95% 1.4-4.8;  $p < 0.05$ ) sono associati a bassa scolarità (ma non a età o sesso).

Pertanto sintomi localizzati al torace o al basso addome sono considerati di origine gastrica dal 16-30% di pazienti ambulatoriali in medicina generale.

Studi particolarmente complessi su volontari sani e pazienti dispeptici hanno dimostrato che dolore e distensione indotti sperimentalmente nello stomaco e nel

duodeno sono percepiti nell'addome superiore. Nel nostro caso, almeno il 20% di "bruciore gastrico" è percepito anche a livello toracico e dovrebbe essere inquadrato nelle sindromi da reflusso, mentre almeno un 20% di gonfiore o ripienezza gastrici sono percepiti anche a livello dell'addome inferiore e dovrebbero essere considerati espressione di sindromi intestinali piuttosto che di dispepsia.

L'analisi dei sintomi riferiti dai pazienti può essere difficoltosa, essendo basata sulle loro capacità descrittive e le simulazioni didattiche hanno dimostrato la scarsa capacità di una comunicazione efficace in questo campo.

Tuttavia, poiché la localizzazione dei sintomi è importante nell'identificare differenti sindromi digestive, la capacità di riconoscere la sede reale delle sensazioni del paziente richiede grande attenzione, per evitare di trattare in modo ina-

deguate sindromi intestinali (specialmente in pazienti con basso livello scolastico) o da reflusso gastroesofageo (specialmente nel sesso femminile).

## BIBLIOGRAFIA

- Drewes AM et al. Experimental pain in the stomach: a model based on electrical stimulation guided by gastroscopy. *Gut* 1997; 41:753-7.
- Mertz H et al. Symptoms and visceral perception in severe functional and organic dyspepsia. *Gut* 1998; 42: 814-22.
- Heading RC et al. Reliability of symptom assessment in dyspepsia. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 1997; 9: 779-81.
- Carlsson R et al. The usefulness of a structured questionnaire in the assessment of symptomatic gastroesophageal reflux disease. *Scand J Gastroenterol* 1998; 33: 1023-9.