

1 Προσέγγιση συχνών κλινικών προβλημάτων

1.1 ΚΟΙΛΙΑΚΟ ΑΛΓΟΣ

Συμπτώματα: Το ιστορικό είναι ο θεμέλιος λίθος της σωστής διάγνωσης του κοιλιακού άλγους. Υπάρχουν αρκετοί διαφορετικοί τρόποι λήψης ενός ιστορικού και κάθε ιατρός αναπτύσσει το δικό του ιδιαίτερο τρόπο. Είναι καλύτερα αρχικά να αφήσουμε τον ασθενή να περιγράψει τον πόνο χωρίς να τον καθοδηγήσουμε. Ζητάμε από τον ασθενή να μας περιγράψει τον πόνο του ξεκινώντας πάντα από την πρώτη φορά που αυτός εμφανίστηκε. Πολλοί ασθενείς δίνουν ακριβές χρονολογικό ιστορικό και κάποιοι άλλοι δίνουν ασαφείς πληροφορίες. Είναι σημαντικό να δίνουμε στον ασθενή τον απαραίτητο χρόνο να παρουσιάσει το πρόβλημά του με τον τρόπο του, αλλά μερικές φορές είναι αναγκαίο και να τον κατευθύνουμε προκειμένου να διευκρινίσουμε τα ακόλουθα σημεία:

- **Χρόνος:** Πότε πόνεσε ο άρρωστος για πρώτη φορά; Πόσο συχνά αυτό εμφανίζεται; Πόσο διαρκεί ένα επεισόδιο; Είναι ο ασθενής ελεύθερος συμπτωμάτων μεταξύ των επεισοδίων ή πάντα υπάρχει ο πόνος έστω και σε μικρό βαθμό; Είναι ο πόνος συνεχής και καθημερινός; Κοιλιακό άλγος που εμφανίζεται για χρόνια είναι απίθανο να οφείλεται σε κακοήθεια. Άλγος που εντοπίζεται κυρίως στην άνω κοιλία και εμφανίζεται σε διακριτά επεισόδια συνήθως οφείλεται σε παθήσεις των χοληφόρων. Άλγος του οποίου είναι συνεχές συνήθως οφείλεται σε λειτουργικά αίτια (π.χ. Σ.Ε.Ε. στα πλαίσια σεξουαλικής κακοποίησης) εφόσον το ιστορικό, η φυσική εξέταση και οι απεικονιστικές τεχνικές δεν αποκαλύψουν το αίτιο (π.χ. κακοήθεια, μυοσκελετικό άλγος, ενδοκοιλιακή φλεγμονή ή λοίμωξη).
- **Χαρακτήρας:** Ζητάμε από τον ασθενή να περιγράψει τον πόνο. Αν ο ασθενής αδυνατεί να δώσει πληροφορίες, πρέπει να τον διευκολύνουμε προσφέροντάς του εναλλακτικές επιλογές με ερωτήσεις του τύπου: Είναι ο πόνος οξύς, είναι βύθιος, είναι σαν κάψιμο ή

σαν μαχαιριά; Η διευκρίνιση του χαρακτήρα του άλγους είναι χρήσιμη στην εκτίμηση ασθενών με πολλαπλά κοιλιακά άλγη, ώστε κάθε σύμπτωμα να μελετηθεί ξεχωριστά.

- **Αντανάκλαση:** Ρωτάμε τον ασθενή αν το άλγος αντανακλά σε κάποια άλλη περιοχή του σώματος. Άλγος της άνω κοιλιακής χώρας που αντανακλά στην οσφύ μπορεί να οφείλεται σε κωλικό των χοληφόρων, σε πεπτικό έλκος ή σε πάθηση του οισοφάγου. Η διάτρηση σπλάχνου μπορεί να προκαλέσει άλγος στον ώμο. Άλγος που αντανακλά στη βουβωνική χώρα ή στους όρχεις προσανατολίζει περισσότερο για πάθηση του ουροποιητικού συστήματος. Άλγος που αντανακλά στο πόδι ή στο μηρό συνήθως οφείλεται σε μη κοιλιακά αίτια. Άλγος με αντανάκλαση στον τράχηλο ή το μπράτσο σχετίζεται με καρδιολογικά αίτια.
- **Ανακουφιστικοί ή επιβαρυντικοί παράγοντες:** Ρωτάμε τον ασθενή αν το άλγος επιδεινώνεται σταθερά μετά από τη λήψη τροφής, από στρεσογόνο ερέθισμα, από την κένωση του εντέρου ή μετά από οποιαδήποτε δραστηριότητα ή αλλαγή θέσης. Σκόπιμη επίσης θεωρείται η ανεύρεση παραγόντων οι οποίοι ανακουφίζουν το κοιλιακό άλγος, όπως μερικά μη συνταγογραφούμενα φάρμακα. Με τη διευκρίνιση των ανωτέρω σημείων μπορούμε να προσδιορίσουμε αν το άλγος οφείλεται σε γαστρεντερολογική πάθηση καθώς επίσης και αν συσχετίζεται με το ανώτερο ή το κατώτερο πεπτικό.
- **Συσχετιζόμενα συμπτώματα:** Η πλήρης αναφορά σε όλα τα συστήματα θεωρείται αναγκαία. Ανάλογα με τη φύση του άλγους είναι σημαντικό να διευκρινιστεί η ύπαρξη απώλειας βάρους, πυρετού, ανορεξίας, ναυτίας, μέλαινας, αιματοχεσίας.
- **Φάρμακα:** Πολλά συμπτώματα είναι δυνατό να οφείλονται σε φάρμακα, συμπεριλαμβανομένων ακόμη και αυτών που χορηγούνται χωρίς ιατρική γνωμάτευση. Η διάρκεια λήψης των φαρμάκων πρέπει να αναφέρεται.
- **Ατομικό και οικογενειακό ιστορικό:** Συλλέγονται πληροφορίες για διάφορους παράγοντες κινδύνου ως προς συγκεκριμένες παθήσεις, ενώ ταυτόχρονα εκτιμάται η ασφάλεια και η καταλληλότητα διαφόρων επεμβατικών εξετάσεων.

Κλινική εξέταση: Μια πλήρης κλινική εξέταση πρέπει να περιλαμβάνει εκτίμηση των ζωτικών σημείων, εξέταση της καρδιάς, πνευμόνων, τραχήλου, δέρματος, αρθρώσεων, λεμφαδένων και όπου ενδείκνυται νευρολογική εξέταση. Η εξέταση της κοιλίας σίγουρα αποτελεί την πιο σημαντική πηγή πληροφοριών για τη διαφορική διάγνωση του άλγους.

- **Εξέταση κοιλίας:** Αρχικά γίνεται εκτίμηση των εντερικών ήχων. Έντονοι εντερικοί ήχοι μπορεί να οφείλονται σε φλεγμονή ή πρώι-

μη εντερική απόφραξη. Οι εντερικοί ήχοι είναι απόντες σε μαζική ιστική καταστροφή ή σε ειλεό. Η ευαισθησία κατά την επίκρουση μπορεί να οφείλεται σε περιτοναϊκό ερεθισμό. Με την ψηλάφηση ελέγχουμε την ύπαρξη μάζας ή ευαισθησίας. Αν ο ασθενής αντιδρά πολύ έντονα, η εξέταση συνεχίζεται αποσπώντας ταυτόχρονα την προσοχή του ασθενούς με ερωτήσεις. Αν υπάρχει κοιλιακή ευαισθησία, ζητείται από τον ασθενή να ανασηκώσει το κεφάλι και τους ώμους του μερικά εκατοστά πάνω από το εξεταστικό κρεβάτι για να διαπιστώσουμε αν η ευαισθησία κατά την ψηλάφηση αλλάζει. Άλγος που επιδεινώνεται με αυτόν τον χειρισμό συνήθως προέρχεται από το κοιλιακό τοίχωμα. Άλγος το οποίο δεν αλλάζει ή βελτιώνεται με την τάση των κοιλιακών μυών συνήθως προέρχεται από ενδοκοιλιακό αίτιο. Οι πλευρές θα πρέπει να ψηλαφώνται προσεκτικά για τον αποκλεισμό του συνδρόμου της επώδυνης πλευράς (σελ. 316). Η ψηλάφηση της αορτής θεωρείται απαραίτητη για τον έλεγχο πιθανής ευαισθησίας ή διόγκωσης.

- **Φλεγμονή και περιτονίτιδα:** Ευαισθησία κατά την επίκρουση, αναπιδώσα ευαισθησία ή άλγος κατά τη μετακίνηση της πυέλου υποδηλώνουν περιτοναϊκή φλεγμονή. Σε διάχυτη περιτονίτιδα η κοιλία μπορεί να είναι συνεσπασμένη. Θετικό **σημείο ψοίτη** (πόνος κατά την έκταση του μηρού με τον ασθενή ξαπλωμένο πλαγίως στον αντίθετο γοφό) μπορεί να εμφανιστεί στην οπισθοπεριτοναϊκή φλεγμονή. Θετικό **σημείο προσαγωγού** (άλγος κατά την εσωτερική στροφή του λυγιωμένου μηρού) μπορεί να εμφανίζεται σε πυελική φλεγμονή. Το **σημείο Murphy** (απότομη διακοπή της αναπνοής κατά την ψηλάφηση του δεξιού άνω τεταρτημορίου της κοιλίας λόγω επιδείνωσης του άλγους) υποδεικνύει χολοκυστίτιδα.
- **Ήπαρ και σπλήνας:** Η ηπατομεγαλία μπορεί να διαπιστωθεί κατά την επίκρουση και την ψηλάφηση. Η επίκρουση του άνω ηπατικού ορίου είναι σαφής, ενώ αυτή του κατώτερου ηπατικού ορίου είναι πιο ασαφής. Το φυσιολογικό ήπαρ έχει μέγεθος 12-15 εκ. στο ύψος της μεσοκλειδικής γραμμής. Το φυσιολογικό ήπαρ συνήθως είναι ψηλαφητό κατά τη βαθιά εισπνοή. Είναι συνήθως πιο εύκολο να ψηλαφίσουμε το χείλος του ήπατος χρησιμοποιώντας και τα δύο χέρια με τις παλάμες επάνω στο θωρακικό κλωβό και τα δάκτυλα αγκιστρωμένα πάνω από το χείλος της πλευράς. Παρόμοια τεχνική χρησιμοποιείται και για την ψηλάφηση του σπλήνα. Ο σπλήνας είναι συνήθως μη ψηλαφητός και η επίκρουση στο αριστερό άνω τεταρτημόριο μπορεί να αποκαλύψει το κατώτερό του όριο.
- **Στίγματα ηπατικής νόσου:** Βλέπε σελ. 40.
- **Η δακτυλική εξέταση** καθώς και η εξέταση της πυέλου χρειάζονται συχνά, ανάλογα με τη διαφορική διάγνωση.

Προσέγγιση της δυσπεψίας: Το χρόνιο ή επαναλαμβανόμενο άλγος που επικεντρώνεται στην άνω κοιλία συνήθως αναφέρεται ως δυσπεψία. Υποπτευόμαστε όταν ο ασθενής έχει συμπτώματα οπισθοστερνικού καύσου, αναγωγών ή δυσκαταποσίας στα στερεά. Μερικοί ασθενείς με Γ.Ο.Π. εμφανίζουν συμπτώματα αποκλειστικά στο επιγάστριο και αυτή η ομάδα είναι δύσκολο να αναγνωρισθεί χωρίς επιπλέον εξετάσεις όπως η ΟΓΔ, με τη δοκιμαστική χορήγηση ενός PPI ή με rHμετρία (σελ. 49). Περίπου το 15-25% των ασθενών με δυσπεπτικά συμπτώματα έχουν πεπτικό έλκος (σελ. 103) (GE 1998;114:579). Στο 60% των ασθενών με δυσπεψία δεν ανευρίσκεται οργανικό αίτιο. Οι ασθενείς αυτοί πάσχουν από μη ελκωτική δυσπεψία (σελ.115). Τα υπόλοιπα αίτια αναφέρονται στον Πίνακα 1.1. Το σύνδρομο της επώδυνης πλευράς εύκολα αναγνωρίζεται κατά τη φυσική εξέταση, αλλά συχνά παραβλέπεται.

Πρέπει απαραίτητα να γίνεται γενική εξέταση αίματος, πλήρης βιοχημικός έλεγχος καθώς και εξέταση αμυλάσης και λιπάσης. Το AGA έχει δημοσιεύσει κατευθυντήριες οδηγίες για την εκτίμηση της δυσπεψίας (GE 1998;114:579). Σε ασθενείς πάνω από 45 ετών με πρόσφατης έναρξης δυσκαταποσία, η ΟΓΔ είναι κατάλληλη για τον αποκλεισμό του γαστρικού καρκίνου. Οι ασθενείς με συμπτώματα συναγερμού όπως απώλεια βάρους, επαναλαμβανόμενοι έμετοι, δυσκαταποσία, αιμορραγία ή αναιμία πρέπει επίσης να υποβληθούν σε ΟΓΔ. Οι ασθενείς κάτω των 45 ετών χωρίς συμπτώματα συναγερμού πρέπει να ελέγχονται για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (Eπ) (σελ. 96) με ορολογικές δοκιμασίες ή με δοκιμασίες αναπνοής. Αν τα αποτελέσματα είναι θετικά, οι ασθενείς θεραπεύονται και υποβάλλονται σε ΟΓΔ εφόσον τα συμπτώματα δεν βελτιωθούν ή επανεμφανιστούν μέσα σε 8 εβδομάδες. Αν ένας νέος ασθενής είναι Eπ αρνητικός, μια εμπειρική θεραπεία με PPI ή H₂RA διάρκειας 4-8 εβδομάδων είναι αποδεκτή. ΟΓΔ πραγματοποιείται μόνον εφόσον τα συμπτώματα δεν υποχωρούν ή όταν αυτά επανεμφανίζονται ραγδαία μετά τη διακοπή της θεραπείας. Δεν έχει ιδιαίτερη αξία η πραγματοποίηση βαριούχου γεύματος αφού δεν είναι αρκετά ευαίσθητη μέθοδος ώστε να αποτελεί αξιόπιστη αρνητική δοκιμασία, ενώ ακόμη και αν αναδειχθεί απεικονιστικά γαστρικό έλκος ή πιθανός καρκίνος, η ΟΓΔ θεωρείται αναγκαία. Αν κανένα αίτιο των συμπτωμάτων δεν ανευρεθεί κατά την ΟΓΔ πρέπει να γίνει κλινική εκτίμηση, ώστε να καθορισθεί πόσο επίμονα θα αναζητηθεί το αίτιο. Αξονική τομογραφία και υπερηχογράφημα της κοιλιακής χώρας, σπινθηρογράφημα της γαστρικής κένωσης, 24ωρη rHμετρία, έλεγχος του λεπτού εντέρου, έλεγχος για *Giardia* και άλλων παρασίτων ή διαιτητικές δοκιμές μπορεί να ενδείκνυνται επιλεγμένα.

Πίνακας 1.1. Αίτια δυσπεψίας

Πάθηση	Σελίδα αναφοράς
Γ.Ο.Π.	49
Πεπτικό έλκος	103
Μη ελκωτική δυσπεψία	115
Παγκρεατίτιδα	277
Κωλικός των χοληφόρων	297
Γαστροπάρεση	117
Καρκίνος του παγκρέατος	290
Δυσανεξία στη λακτόζη	153
Αεροφαγία	12
<i>Giardia</i>	243
Άλλα ενδοκοιλιακά νεοπλάσματα	-
Σύνδρομο ευερέθιστου εντέρου	158
Νόσος Crohn	136
Δυσλειτουργία του σφιγκτήρα του Oddi	312
Κοιλιοκάκη	178
Χρόνια μεσεντέριος ισχαιμία	271
Πορφυρία	360
Δηλητηρίαση με μόλυβδο	-
Σύνδρομο επώδυνης πλευράς	316
Άλλα παράσιτα	252
Στηθάγχη	-
Σωματοποίηση του άλγους	-

Προσέγγιση επαναλαμβανόμενων επεισοδίων του άλγους της άνω κοι-

λίας: Αν το άλγος παρουσιάζεται σε διακριτά επεισόδια μεταξύ των οποίων ο ασθενής αισθάνεται καλά, τότε υπάρχει μεγάλη πιθανότητα ο ασθενής να εμφανίζει κωλικό των χοληφόρων (σελ. 297). Ο εργαστηριακός έλεγχος περιλαμβάνει γενική αίματος, πλήρη βιοχημικό έλεγχο, εξέταση αμυλάσης και λιπάσης καθώς και υπερηχογράφημα του δεξιού άνω τεταρτημορίου. Αν το υπερηχογράφημα είναι αρνητικό, η διαφορική διάγνωση μπορεί να διευρυνθεί περιλαμβάνοντας και τα αίτια της δυσπεψίας (Πίνακας 1.1). Αν ο περαιτέρω έλεγχος δεν αναδείξει κάποιο πειστικό αίτιο του άλγους η πιθανότητα ενός ψευδώς αρνητικού αποτελέσματος του US πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν. Περίπου το 80% των ασθενών με τυπικό ιστορικό κωλικού των χοληφόρων και αρνητικό US και χωρίς κάποιο άλλο προφανές αίτιο δυσπεψίας θα ανακουφιστούν με τη χολοκυστεκτομή. Κάποιοι ιατροί χρησιμοποιούν δοκιμασίες κένωσης της χοληδόχου κύστεως προκειμένου να επιλέξουν τους κατάλληλους ασθενείς για χολοκυστεκτομή (Am J Surg 1997;63:769). Κλάσμα εξώθησης <35% (μετά από διέγερση με CCK) σε σπινθηρο-