

Il dolore e la febbre

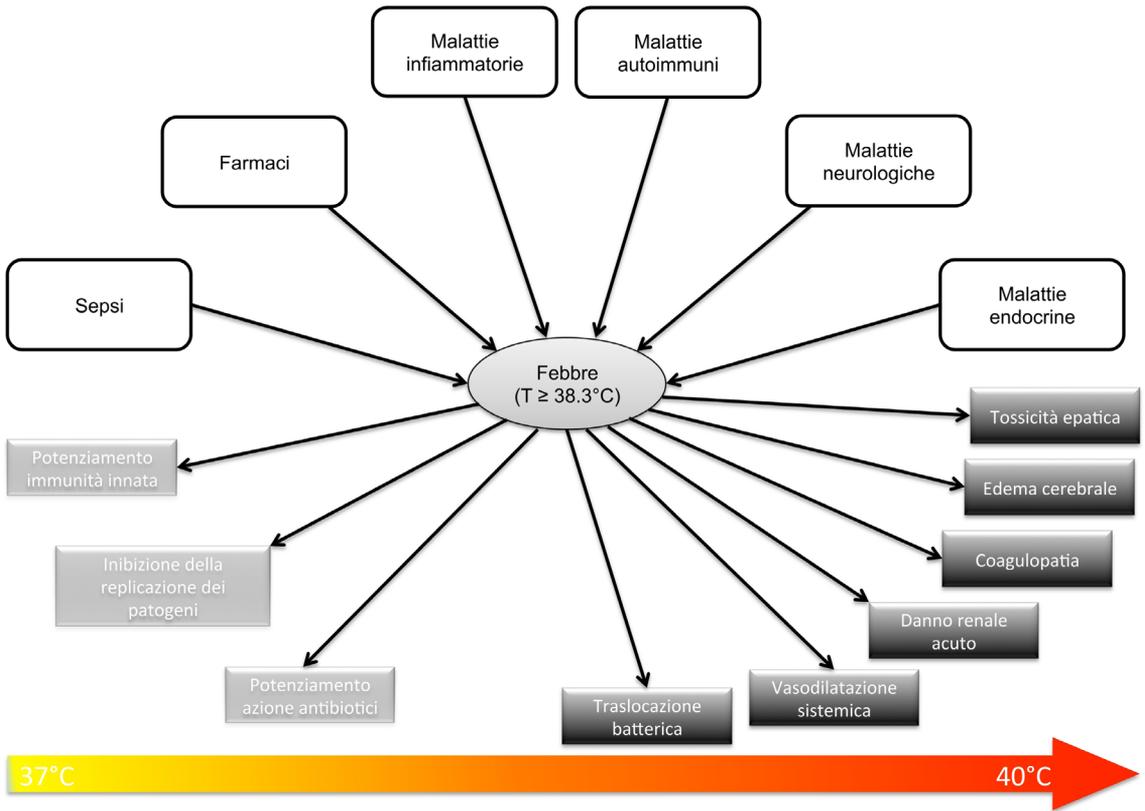
RIASSUNTO

Il dolore rappresenta uno dei sintomi più frequenti per cui un paziente giunge all'osservazione del medico. Considerando che compito della medicina è salvaguardare o ristabilire lo stato di salute e alleviare le sofferenze, un corretto approccio alla diagnosi e terapia del dolore risulta fondamentale per raggiungere entrambi gli obiettivi.

Come il dolore, in molte malattie, specie infettive, anche la febbre può essere il principale e talvolta unico sintomo. Pertanto, essa non è indicativa di qualche particolare tipo di malattia, ma ne costituisce una reazione aspecifica.

La febbre è un sintomo spesso demonizzato che preoccupa i pazienti appena compare (soprattutto i genitori se la febbre riguarda il bambino) ed è ormai consolidata la tendenza, sia in autogestione da parte delle persone che da parte dei medici, di abbassarla subito con gli antipiretici dimenticando che in molti casi rappresenta la risposta di difesa dell'organismo a un evento infettivo nel tentativo di sconfiggere il microrganismo in questione.

Cause ed effetti biologici della febbre



Principali cause di febbre post-operatoria

Iperpiressia entro i primi due giorni

- Febbre da risposta infiammatoria
- Riassorbimento di tessuto necrotico
- Riassorbimento di ematoma
- Atelettasia con infezione del lobo atelettasico
- Infezione specifica del sito anatomico operato quali le infezioni biliari, o le infezioni delle vie urinarie (UTI)
- Secondaria all'emotrasfusione e a farmaci

Iperpiressia tra la 3^a e 5^a giornata

- Broncopolmonite
- SIRS e sepsi
- Infezione del sito chirurgico
- Infezione profonda o flebiti
- Ascessi e raccolte
- TVP ed embolia polmonare

Iperpiressia dopo la 5^a giornata

- Complicanze specifiche della procedura (fistole e deiscenze anastomotiche)
- Infezioni del sito chirurgico
- Infezioni vie urinarie (IVU)
- TVP ed embolia polmonare

Cause di febbre FUO	
Infezioni (25%)	Batteriche comuni: Ascessi (Fegato, milza, pancreas, subfrenici, piccola pelvi, prostata, appendicite, morbo di Crohn, diverticolite) Endocarditi, Tratto biliare (Colangiti, colecistiti, empiema biliare o infezioni del dotto pancreatico) Cavità orale/tratto respiratorio superiore, Ascessi dentali, sinusiti, Osteomieliti (Osteomieliti della colonna vertebrale, mandibola e mascella e infezioni delle protesi articolari) Tubercolosi
	Virus: Epstein-Barr virus (EBV), citomegalovirus (CMV), virus dell'epatite B (HBV), HIV, Herpes simplex, e Parvovirus B19
	Infezioni meno comuni: Amebiasi, Borreliosi (punture di zecca), Brucellosi (lavoratori dei macelli, veterinari, cuochi, personale degli zoo, infezioni da laboratorio) Clamidia (manipolazione alcune specie di uccelli), Febbre da graffio di gatto, Leishmaniosi, Leptosirosi, Listeriosi (pazienti in emodialisi, dopo trapianto, di rene, nei tumori del sistema leucopoietico, soggetti anziani in terapia a lungo termine con corticosteroidi), Malaria (residenti o viaggiatori in zone malariche con profilassi inadeguata), Infezioni fungine (residenti o viaggiatori in zone endemiche: coccidioidomicosi (Nord e Sud America), istoplasmosi (Nord America); in pazienti immunodeficienti: infezioni sistemiche da <i>Candida albicans</i> , aspergillosi, criptococcosi) Rickettsiosi (punture di zecche o acari, nella Febbre Q, trasmissione dagli animali domestici o volatili) Toxoplasmosi (contatti con gatti, consumo di carne cruda, immunodeficienza) Tripanosomiasi (residenti o viaggiatori in Africa centrale od orientale), Tularemia (cacciatori, guardie forestali, lavoratori agricoli, commercianti di animali selvatici, pellicce, personale di cucina)
Neoplasie (15%)	Tumori del sangue: Morbo di Hodgkin, linfoma non-Hodgkin, sindrome mielodisplastica, leucemia
	tumori solidi soprattutto carcinomi di bronchi, pancreas, colon, cellule epatiche e renali
Patologie immunitarie (25%)	Febbre reumatica, lupus eritematoso e altre collagenosi, artrite reumatoide, malattia di Still, arterite temporale, periartrite nodosa, malattia di Wegener e altre vasculiti, morbo di Crohn
Altre cause	Febbre da farmaco: antibiotici, soprattutto penicilline e cefalosporine 31%, cardiovascolari (a-Methyldopa, quinidina, procainamide, idralazina, nifedipina, oxprenololo) 25%, farmaci del SNC (difenilidantoina, LSD, carbamazepina, clorpromazina) 20%
	Altro embolia multipla polmonare, tromboflebite, ematoma, epatite, insufficienza surrenalica, tiroiditi, sarcoidosi, pericarditi aspecifiche, disturbi della termoregolazione
	Febbre factitia
	Cause sconosciute
Varie patologie in combinazione (5%)	

Iter diagnostico nella Febbre FUO (Fever of Unknown Origin)

Osservazione del decorso febbrile

Anamnesi (familiarità, residenti o viaggio all'estero, assunzione di alcuni farmaci, abuso di alcool, interventi chirurgici, esposizione a TBC, contatti con animali)

Esclusione della febbre da farmaco (intesa come febbre che insorge in seguito alla somministrazione di un farmaco e scompare dopo la sua interruzione, quasi sempre entro 48-72 h, in assenza di un'altra causa. L'intervallo tra la prima assunzione del farmaco e la comparsa di febbre varia ampiamente tra i diversi gruppi di farmaci: ca. 8 giorni per gli antibiotici, ca. 45 giorni per i farmaci cardiaci)

Esame fisico classico con particolare attenzione a:

- **Osservazione della testa** (arteriti temporali o del cranio) e **pressione dei seni nasali**
- **Esame neurologico, segni di meningismo**
- **Indagine oculare (completa di fondo oculare):** Un esame oculare approfondito è essenziale anche nei pazienti senza sintomi oculari. I risultati più importanti sono: Ptosi nelle granulomatosi retro-orbitali (es. granulomatosi di Wegener), Scleriti, uveiti nell'artrite reumatoide, lupus eritematoso e altre collagenosi, Lesioni congiuntivali nelle infezioni sistemiche (in particolare nelle infezioni virali e da Chlamydia), Petecchie congiuntivali nell'endocardite e nei linfomi, Congiuntivite in tubercolosi, sifilide, tularemia, infezioni micotiche (soprattutto nelle istoplasmosi), Retinite nella toxoplasmosi e nelle infezioni da CMV, Macchie di Roth sulla retina in endocardite infettiva e leucemia, Lesioni della coroide nella tubercolosi e infezioni fungine
- **Auscultazione del cuore** (endocardite, pericardite idiopatica) e del polmoni
- **Palpazione della ghiandola tiroidea** (la dolorabilità indica una tiroidite subacuta)
- **Palpazione della milza** (endocardite, linfoma)
- **Palpazione del fegato** (il dolore può indicare un ascesso)
- **Ispezione delle dita e delle unghie dei piedi** (endocardite)
- **Ispezione della regione perineale** (fistole), **esplorazione rettale e indagine della piccola pelvi**
- **Esame delle articolazioni** (artriti), **eruzioni cutanea**
- **Linfonodi:** La palpazione delle stazioni linfonodali superficiali è fondamentale perché molte malattie possono provocare tumefazione degli stessi, e talvolta può essere coinvolto un singolo linfonodo (morbo di Hodgkin, toxoplasmosi, mononucleosi infettiva). In particolare, i linfonodi cervicali tendono ad accrescere nei linfomi o nella mononucleosi infettiva
- **Esame della pelle e delle mucose:** Nodi di Osler e petecchie delle gengive nell'endocardite, roseolae della pelle dell'addome nella salmonellosi, iperpigmentazione nella malattia di Whipple, metastasi cutanee di diversi tumori solidi e nei linfomi, vasculite cutanea nelle malattie reumatiche

Parametri di laboratorio:

- **SIEROLOGICI GENERALI** (emocromo con formula leucocitaria, fibrinogeno, ferritina, VES, Proteina Creattiva, Procalcitoninca, elettroliti, creatinina, test di funzionalità epatica e pancreatica, ldh, proteine totali e frazionate, TSH)
- **SPECIFICI** (tipizzazione linfocitaria, test di COOMBS, beta2-microglobulina, ceruloplasmina, ferro, zinco, rame, ANA, ENA screening, Fattore Reumatoide, quantiferon, Manteaux)
- **INDAGINI COLTURALI** (emocolture a freddo e su picco febbrile sia da accesso venoso periferico che centrale se presente, urinocoltura, altro in base al caso come colturale urine, espettorato, escreato, coprocoltura)

Valutazioni diagnostiche non invasive di primo livello (es. elettrocardiogramma, radiografia del torace, ecografia dell'addome, ecocolordoppler cardiaco)

Valutazioni diagnostiche non invasive di secondo livello (TAC torace-addome, RM addome, indagini endoscopiche e biotiche), negli ultimi anni si sta affermando l'uso della **FDG-PET/TC** come prima indagine di secondo livello che si sta rivelando utile nella diagnosi di FUO riducendo anche i tempi di ospedalizzazione.

AUTOVALUTAZIONE

1. **Il dolore somatico:**
 - a. origina solo dalla cute
 - b. è sempre ben localizzabile
 - c. può interessare il sistema osteomuscolare
 - d. è solitamente accompagnato da reazioni neurovegetative

2. **Il dolore riferito:**
 - a. si ha quando la sensazione dolorosa è avvertita in strutture più superficiali, talvolta lontane dalla sede di origine
 - b. si riferisce al dolore che origina da strutture somatiche profonde, quali le ossa, i muscoli, le articolazioni
 - c. è ben diverso dal fenomeno di parietalizzazione
 - d. Non è mai epicritico

3. **Nell'iperestesia si ha una ipersensibilità dei sistemi meccano- e termo-cettivi nei confronti di stimoli non nocivi:**
 - a. nell'allodinia
 - b. nell'iperestesia
 - c. nell'iperpatia
 - d. nell'ipoalgesia

4. **Si definisce dolore cronico quando dura da:**
 - a. più di tre settimane
 - b. più di due mesi
 - c. più di sei mesi
 - d. un tempo indefinito ma non accenna a ridursi di intensità

5. **La febbre è:**
 - a. La temperatura corporea oltre il range di normalità
 - b. È sinonimo di ipertermia
 - c. È conseguente all'innalzamento del punto di regolazione del centro termoregolatore ipotalamico
 - d. È sempre nociva

6. **La temperatura corporea normale:**
 - a. è sempre inferiore a 37 °C
 - b. è la stessa a livello inguinale o rettale
 - c. è compresa tra 36,2 °C e 37,2 °C alla misurazione orale
 - d. è la stessa per tutti gli individui

7. **Quando la temperatura si abbassa quotidianamente, con oscillazioni di oltre 1°, senza giungere mai alla norma si parla di Febbre:**
 - a. continua
 - b. remittente
 - c. sub-continua
 - d. intermittente

Risposte esatte: 1/c – 2/a – 3/b – 4/c – 5/c – 6/c – 7/b

BIBLIOGRAFIA

- Bates B.: *Approccio Clinico al Paziente. Guida all'anamnesi e all'esame obiettivo*. McGraw-Hill Libri Italia, Milano 1993, pp. 1-715.
- Fradà G.: *Semeiotica Medica*. Piccin Nuova Libreria. Padova 1983, pp. 1-968.
- Healey P.M., Jacobson E.]: *Il Processo Decisionale nella Diagnosi Medica*. Il Pensiero Scientifico Editore. Roma 1992, pp. 1-206.
- Sacchetti C., Ponassi A.: *Metodologia Diagnostica. Semeiotica medica e diagnosi differenziale*. Piccin Nuova Libreria. Padova 1991, pp. 1-1147.
- Schmidt R.F., Thews G.: *Fisiologia umana. III Edizione italiana*. Idelson Liviana. Napoli 1992, pp. 1-848.
- Walker H.K., Hall W.D., Hurst J.W.: *Metodi clinici. L'anamnesi; l'esame obiettivo e gli esami di laboratorio*. Piccin Nuova Libreria, Padova 1983, pp. 1-1186.