

Edemi generalizzati ed edemi localizzati

N. Javaud, O. Fain

L'edema è un motivo di ricorso frequente al Pronto Soccorso. Nella pratica clinica, la diagnosi positiva di edema non pone alcun problema. Non sono patologici: gli edemi moderati nella stagione calda e gli edemi moderati del periodo premenstruale e della gravidanza senza ipertensione o proteinuria. L'esame clinico, con la raccolta di alcuni elementi chiave di interrogatorio, biologia e imaging, permette di guidare il ragionamento diagnostico e di evocare un'eziologia. Il carattere diffuso dell'edema orienta verso l'insufficienza cardiaca, le malattie renali (insufficienza renale e sindrome nefrosica), la cirrosi scompensata e le patologie digestive (malassorbimento ed enteropatia essudativa). Il carattere localizzato e non infiammatorio dell'edema orienta verso un angioedema o una malattia trombotica. Il carattere localizzato e infiammatorio dell'edema orienta principalmente verso una malattia infettiva. Il trattamento degli edemi è eziologico.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tutti i diritti riservati.

Parole chiave: Insufficienza cardiaca; Insufficienza renale; Cirrosi; Angioedema

Struttura dell'articolo

■ Introduzione	1
■ Edemi generalizzati	1
Albuminemia normale	1
Albuminemia bassa	2
■ Edemi localizzati	3
Non infiammatori	3
Infiammatori	4
■ Valutazione eziologica	4
■ Conclusioni	4

■ Introduzione

L'edema, accumulo anomalo di liquido nei tessuti, è un motivo di ricorso frequente al Pronto Soccorso. L'edema interstiziale riguarda l'accumulo di liquido nello spazio extracellulare. L'edema sottocutaneo può essere associato a una soffiatura delle sierose e/o a un edema viscerale. Nella pratica clinica, la diagnosi positiva di edema non pone alcun problema. Prima di considerare un approccio diagnostico eziologico, occorre tenere conto del fatto che non tutti sono patologici: il gonfiore modesto nella stagione calda e l'edema moderato del periodo premenstruale e della gravidanza senza ipertensione o proteinuria.

L'esame clinico, con la raccolta di alcuni elementi chiave di interrogatorio, biologia e imaging, permette di guidare il ragionamento diagnostico e di evocare un'eziologia (Fig. 1).

■ Edemi generalizzati

Albuminemia normale

Origine cardiaca

Gli edemi periferici (Fig. 2), come i sintomi (dispnea e astenia), sono aspecifici. Tuttavia, la diagnosi di insufficienza cardiaca è, di solito, facile. Nei paesi sviluppati, l'1-2% della popolazione ha un'insufficienza cardiaca. La prevalenza aumenta al 10% tra le persone di più di 70 anni^[1,2]. L'ortopnea, il turgore giugulare e il ritmo di galoppo hanno una specificità del 70-90% per la diagnosi, ma una sensibilità solo dell'11-55%. Essi devono essere valutati alla luce della storia della malattia, dell'esame clinico e dei risultati di ulteriori esami. L'interrogatorio ricerca una malattia coronarica (causa di insufficienza cardiaca nei due terzi dei casi), l'ipertensione e il diabete (fattori che contribuiscono in modo importante). L'insufficienza cardiaca può anche derivare da una causa genetica, da un'infezione virale (passata inosservata o meno), da un'intossicazione da alcol e dalla chemioterapia. Gli esami di routine, elettrocardiogramma (ECG) e radiografia del torace, hanno una bassa sensibilità, ma sono in grado di fornire altre informazioni utili (l'ECG può trovare una fibrillazione atriale, un QRS largo maggiore di 120 ms e una bradicardia senoatriale). La radiografia può rivelare un edema polmonare e una patologia polmonare primitiva^[1,2]. Si raccomanda la misurazione della concentrazione dei peptidi natriuretici, poiché i loro livelli sono elevati nell'insufficienza cardiaca^[3,4]. L'ecocardiografia permette la conferma della diagnosi e fornisce informazioni sulla struttura e sulla funzione miocardica e valvolare. Consente la distinzione tra insufficienza cardiaca sistolica e diastolica. La documentazione di una frazione di eiezione normale o subnormale (>40 o 50%) è necessaria per la diagnosi di insufficienza

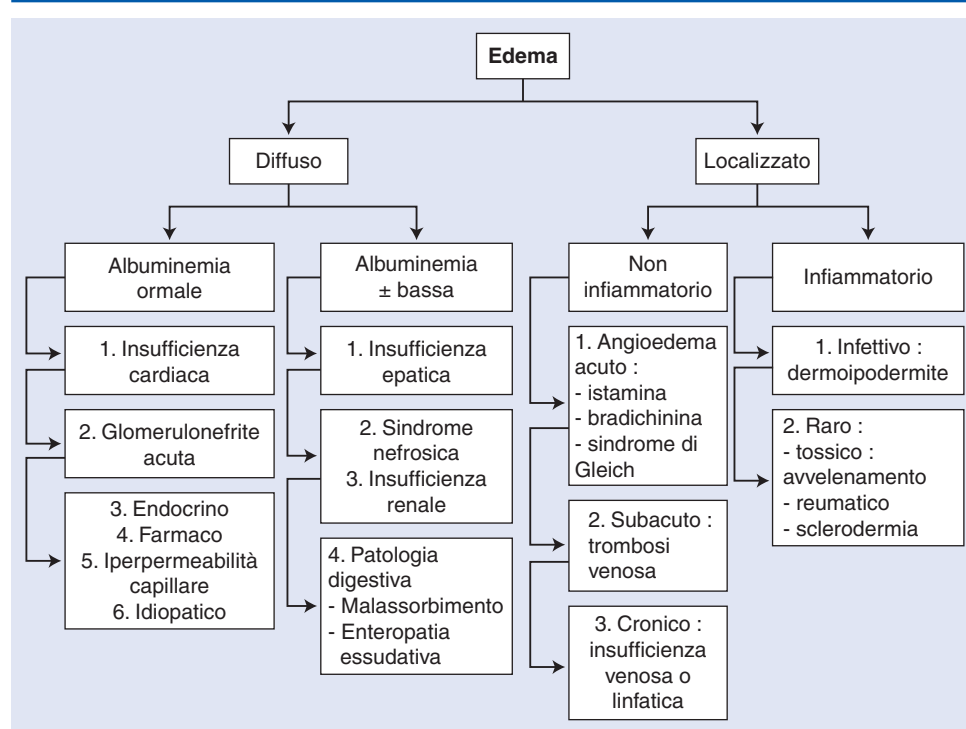


Figura 1. Algoritmo decisionale. Orientamento diagnostico di fronte a un edema.



Figura 2. Edema dell'arto inferiore con il segno della "fovea", cioè l'impronta del dito che scompare lentamente (insufficienza cardiaca).

cardiaca diastolica. Essa richiede anche un rilassamento ventricolare anormale, un riempimento e una distensibilità diastolica alterate [1,2].

È anche possibile l'insufficienza cardiaca con insufficienza ventricolare destra. Si verifica nelle situazioni di cuore polmonare postembolico. L'incidenza è del 4% a due anni in uno studio su 223 pazienti con embolia polmonare. I fattori di rischio di comparsa del cuore polmonare cronico erano: una recidiva di embolia polmonare, un episodio di embolia in giovane età, un significativo difetto di perfusione e un'embolia idiopatica alla presentazione [5]. L'insufficienza ventricolare destra si riscontra anche nel cuore polmonare cronico secondario a malattie bronchiali croniche ostruttive. La diagnosi, facile, si basa sul terreno.

Origine renale a carattere acuto

Gli edemi di origine renale interessano tutto il corpo, ma colpiscono soprattutto il viso. Può trattarsi di un attacco acuto. L'esistenza di un'improvvisa comparsa di ipertensione associata a un'ematuria macroscopica, a un'oliguria e a un'insufficienza

renale acuta definisce, in presenza di edemi, la sindrome nefritica acuta. La glomerulonefrite acuta post-streptococcica rappresenta un tipico esempio di un gruppo più ampio di glomerulonefrite postinfettiva [6].

Origini diverse più rare

Le cause endocrine, legate all'ipertiroidismo e alla sindrome di Cushing sono più rare. Le cause legate ai farmaci devono essere sempre tenute in considerazione: glucocorticoidi, inibitori del calcio, insulina, glitazone, interferone e così via (elenco non esaustivo).

La sindrome idiopatica da iperpermeabilità capillare (malattia di Clarkson) è una malattia rara caratterizzata da crisi acute con conseguente shock ipovolemico, edemi, emocoagulazione (ematocrito elevato) e ipoalbuminemia senza albuminuria. È spesso associata a una gammopatia monoclonale di significato indeterminato [7].

Albuminemia bassa

Origine epatica

Questi edemi sono spesso associati a un'ascite. Si osservano in pazienti con cirrosi, qualunque ne sia la causa. In Francia, l'alcol è la principale causa di cirrosi. L'epatite virale C è la seconda e la terza è la steatosi epatica non alcolica. Altre cause sono più rare [8].

L'ascite e l'edema fanno parte degli scompensi specifici associati alla cirrosi con sanguinamento gastrointestinale, sindrome epatorenale ed encefalopatia epatica. Queste complicanze potenzialmente associate, vanno ricercate in qualsiasi scompenso con edema e ascite [9,10].

Origine renale a carattere cronico

Gli edemi possono accompagnare una lesione cronica come un'insufficienza renale o una sindrome nefrosica. L'insufficienza renale cronica è definita da una diminuzione della velocità di filtrazione glomerulare da più di tre mesi, spesso accompagnata da albuminuria. Le cause principali sono il diabete (45%), l'ipertensione (27%), la glomerulonefrite (8%) e la nefrite interstiziale cronica (4%). Le altre cause sono più rare (malattia ereditaria, vasculite, neoplasia e cause idiopatiche) [11]. La sindrome nefrosica è definita da una proteinuria superiore a 3 g per 24 ore. La nefropatia diabetica è la causa più frequente di proteinuria nefrosica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3236376>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3236376>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)