

# Dolore addominale acuto: diagnosi e gestione in urgenza (parte II)

Lorenzo Cristoni, Valeria Palmonari, Primiano Iannone, Tiziano Lenzi\*

UO di Pronto Soccorso Medicina d'Urgenza, Imola

\*Direttore DEU, Imola

## SINTESI

Il dolore addominale acuto rappresenta una sfida per il medico d'urgenza, visto l'ampio spettro delle potenziali cause, la mancanza di standard diagnostici e gestionali in urgenza e l'esigenza di una rapida gestione del paziente nel DEU. Risulta fondamentale escludere o confermare rapidamente le patologie che espongono il paziente a immediato rischio di vita come la rottura di un aneurisma aortico e l'infarto miocardico acuto laddove un po' più di tempo è concesso per diagnosticare altre condizioni che, anche se non immediatamente pericolose, conducono a complicanze gravi se non trattate, come la torsione testicolare e la pielonefrite acuta.

## L'OBI nel paziente con dolore addominale acuto

La diagnosi di una determinata condizione clinica responsabile di dolore addominale (DA) spesso richiede tempo e monitoraggio clinico, laboratoristico e strumentale ravvicinato, così come la stabilizzazione clinica nei pazienti "non acuti" richiede il tempo necessario affinché gli interventi terapeutici sortiscano il loro effetto.

L'OBI offre il vantaggio di disporre di più tempo per assumere decisioni difficili, di poter seguire le modificazioni delle condizioni cliniche e di poter valutare gli effetti del trattamento acuto. Il risultato che si prefigge è la dimissione in sicurezza del paziente e la garanzia di prestazioni qualitativamente ottimali a fronte di un contenimento dei ricoveri. Sulla base dei criteri contenuti nella proposta della SIMEU relativa all'istituzione dell'Unità di OBI e dei percorsi clinico-assistenziali propri del nostro DEU, anche a Imola sono stati stabiliti i criteri di accesso all'OBI e gli standard assistenziali per il paziente con DA acuto (Tabella 1).

Mentre il dolore addominale acuto sottende spesso nell'anziano malattie pericolose e chirurgiche, risulta avere un'origine benigna nella maggior parte dei pazienti giovani che, in genere dopo una breve osservazione clinica, possono essere affidati al medico curante con la diagnosi di "dolore addominale non specifico".

Obiettivo dello sviluppo di percorsi diagnostici mirati è quello di aiutare il medico a differenziare i pazienti che necessitano di un ricovero o di un periodo di osservazione breve intensiva da quelli che possono essere dimessi con sicurezza.

Il paziente può essere dimesso dall'OBI:

- dopo essere giunti a una diagnosi specifica che consente la dimissione (diverticolosi semplice, gastroenterite, colica renale, colica biliare non complicata ecc.);
- con il miglioramento di una condizione che diventa gestibile dal medico curante dopo le prime cure prestate (pielonefrite/diverticolite non complicate ecc.);
- dopo che, migliorato il sintomo, sono state escluse condizioni pericolose pur non essendo giunti a una diagnosi definitiva.

È il caso, quest'ultimo, di una larga parte dei pazienti con DA acuto dimessi da PS o dopo OBI, soprattutto se di età inferiore ai 50 anni, e che dovrebbero essere dimessi con la diagnosi di "dolore addominale non specifico" (NSAP).

È stato riportato che solo il 3% dei pazienti dimessi con tale diagnosi viene ricoverato nelle 3 settimane successive. *Follow up* più prolungati mostrano che l'80% di tali pazienti è asintomatico e non ha problemi a distanza di cinque anni mentre del restante 20% un terzo risulta affetto da patologia appendi-

TAB. 1

Criteri correnti DEA Imola per l'osservazione breve del dolore addominale (da Iannone, modificata).

Criteri di esclusione	Standard assistenziali	Criteri di dimissione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comorbidità scompensata</li> <li>• Instabilità dei parametri vitali</li> <li>• GB &gt; 20.000/mm<sup>3</sup></li> <li>• Febbre &gt; 38,5 °C</li> <li>• Dolore grave refrattario</li> <li>• Evidenza o forte sospetto di peritonite, perforazione, appendicite acuta, AAA, epatite acuta, diverticolite, pancreatite acuta, colecistite, ittero ostruttivo, occlusione intestinale completa, ischemia/infarto intestinale, massa addominale di ndd, torsione di testicolo/ovaio, gravidanza extrauterina, minaccia d'aborto, altre cause (polmonite, IMA, ketoacidosi diabetica)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Analgesia</li> <li>• Raccolta completa dell'anamnesi e descrizione seriata di obiettività e parametri vitali (rivalutazione clinica sempre documentata)</li> <li>• Emocromo, esame urine, glicemia e creatinina</li> <li>• Test di gravidanza (donne fertili)</li> <li>• ALT, bil. tot. e amilasi (sospetto dolore biliare)</li> <li>• US se sospetta origine biliare e reno-ureterale</li> <li>• Rx addome: se dubbia perforazione/occlusione</li> <li>• TC addome: se dubbio persistente</li> <li>• Eventuale valutazione specialistica: ginecologia per dolore pelvico sconosciuto, urologica per dolore di sospetta natura reno-ureterale, chirurgica per sospetta origine biliare e appendicolare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Risoluzione del dolore</li> <li>• Esclusione cause gravi di dolore addominale</li> <li>• Indicazioni per adeguato <i>follow up</i></li> </ul>

colare e il rimanente da disturbi ginecologici benigni o dalla sindrome del colon irritabile<sup>1,2</sup>.

I pazienti con NSAP riferiscono spesso il dolore nei quadranti addominali inferiori, ponendo problemi di diagnosi differenziale con l'appendicite acuta, la diverticolite e disturbi ginecologici, in particolare la PID<sup>3</sup>.

L'ipotesi di NSAP è avvalorata da una non eclatante dolorabilità alla palpazione e dall'assenza di peritonismo, mentre una lieve leucocitosi non la esclude, essendo una conta dei globuli bianchi superiore a 10.500/μl presente nel 28% di tali pazienti<sup>4</sup> e risultando inoltre poco elevata la specificità della leucocitosi anche per le patologie che entrano in diagnosi differenziale.

Il NSAP è comunque una diagnosi d'esclusione e occorre sottolineare che nell'anziano, in cui più alta è la percentuale di diagnosi errate ed elevata l'incidenza di malattie pericolose e potenzialmente chirurgiche, con probabilità accresciuta in assenza di anamnestici episodi di dolore simile, l'esame fisico ha dimostrato scarsa sensibilità e specificità per tale diagnosi<sup>5</sup>.

Nell'età geriatrica pertanto, in alternativa o a completamento dell'osservazione, trova indicazione l'esecuzione in acuto di una TC addome, in grado di escludere con accuratezza le più pericolose patologie chirurgiche.

L'esecuzione in tempi brevi di uno studio del grosso intestino, vista l'incidenza del tumore del colon-retto nelle fasce di età più avanzate come causa di

DA acuto, può essere un'ulteriore alternativa nei pazienti non più acuti dopo l'OBI<sup>6,7</sup>.

In assenza di un approfondimento diagnostico con TC è ragionevole d'altro canto accompagnare la diagnosi di dimissione di NSAP, fatta su pazienti giovani o senza pericolosi fattori di rischio e con DA a presentazione ed evoluzione "benigna", con istruzioni che portino a un *follow up* medico ravvicinato o a ritornare in PS qualora il dolore ricompaia in tempi ravvicinati o peggiori se ancora presente in forma lieve al momento della dimissione.

## OBI in casi specifici

### Dolore di sospetta origine appendicolare

In caso di dolore in fossa iliaca destra l'OBI riveste un ruolo importante per evitare errori diagnostici, frequenti soprattutto nell'anziano e nella donna.

L'età avanzata, per la scarsa localizzazione e intensità dei sintomi, e il sesso femminile, per le numerose malattie ginecologiche e urinarie che entrano in diagnosi differenziale<sup>8</sup>, sono le condizioni nelle quali vi è un maggiore rischio di errore diagnostico (fino al 40% dei casi)<sup>9</sup> e che meritano pertanto indagini strumentali più approfondite e un'osservazione clinica più prolungata.

Reperti urinari tipici per cistite o pielonefrite, per esempio, accompagnano circa il 40% delle appendiciti acute a causa della contiguità alle vie urinarie del processo infiammatorio appendicolare<sup>10</sup> (Tabella 2).

TAB. 2

Diagnosi differenziale con l'appendicite acuta.

Patologia	Elementi di diagnosi differenziale
PID e sue complicanze	Clinica e obiettività spesso sovrapponibili. Cercare secrezioni vaginali purulente, dolore in altre sedi addominali, dolorabilità a mobilizzazione della cervice uterina
Rottura di follicolo di Graaf o di cisti di corpo luteo	Rispettivamente a metà e al termine del ciclo mestruale, dolore più diffuso e meno intenso
Torsione di cisti ovarica	Clinica e obiettività scarsamente differenziabili. Peritonismo e shock precoci se si associa emoperitoneo. Ecografia trans-vaginale indifferibile in caso di sospetto
Gravidanza extrauterina	Test di gravidanza positivo
Infezione delle vie urinarie	Sintomi e reperti urinari spesso concomitano e non escludono appendicite acuta. Orientarsi su infezione urinaria se eritrociti > 30 /HPF ( <i>High-Power Field</i> ) o leucociti > 20 /HPF <sup>17</sup>
Malattia di Crohn	Difficile la diagnosi differenziale se i sintomi esordiscono in modo acuto. Di solito si caratterizza per una storia di dolore addominale di lunga durata, con sintomi gastroenterici
Gastroenterite	Prevale la diarrea e il vomito è solito precedere il dolore che è presente anche al di fuori delle aree tipiche dell'appendicite
NSAP	Tipicamente autolimitantesi

L'osservazione per 8-10 ore sembra una valida alternativa all'esecuzione precoce di una TC spirale per la diagnosi dei casi dubbi, avendo alcuni studi evidenziato che tale prassi può diminuire il numero di laparotomie inutili senza aumentare il tasso di perforazione<sup>11-15</sup>.

Vi è qualche evidenza inoltre che la determinazione seriata dell'emogramma durante il periodo di osservazione possa contribuire a identificare i casi di appendicite acuta inizialmente dubbi rispetto a quelli di NSAP, tale pratica raggiungendo in uno studio una sensibilità del 92% e una specificità del 100%<sup>16</sup>.

### DA in paziente con ernia

Alla riduzione di un'ernia che si sospetta complicata è bene segua, oltre a una valutazione chirurgica, anche un'osservazione clinica di alcune ore, soprattutto se il paziente è anziano o demente e quindi con difficoltà a riferire la sintomatologia dolorosa e con tendenza a sviluppare una minore reazione parietale e febbrile all'infiammazione del peritoneo<sup>18</sup>. Il persistere del DA, l'insorgenza di segni di occlusione, sintomi sistemici o di reazione peritoneale in corso di OBI sono spie di una potenziale gangrena ischemica e indicano la necessità di una immediata rivalutazione chirurgica.

### Sospetta gravidanza extrauterina

In urgenza, alla diagnosi si giunge mediante l'interpretazione dei dati ecografici nel contesto della variabilità del dosaggio della beta HCG, noto che una normale gravidanza intrauterina deve essere vista con l'ecografia trans-vaginale (ETV) quando la beta HCG superi le 1500 UI/l.

Nel caso in cui l'ecografia TV non mostri segni certi di GE e la beta HCG risulti inferiore a 1500 UI/l sarà il riscontro o meno di un incremento della beta HCG superiore al 66% dopo 48 h di osservazione a confermare o escludere la diagnosi<sup>19-22</sup>.

### Paziente con diverticolite acuta

Il trattamento, nei casi di diverticolite non grave (dolore localizzato e non severo, assenza di segni di SIRS e di segni di peritonite localizzata/generalizzata, ascesso < 2 cm all'US/TC) e non complicata (assenza di fistolizzazioni/stenosi/enterorragia), in pazienti complianti con la terapia per os e senza comorbidità, può essere su base ambulatoriale (trattamento per os per gram negativi e anaerobi per 7-10 gg, dieta idrica per 3 gg, istruzioni per tornare se il dolore peggiora o compaiono sintomi sistemici o se i sintomi persistono dopo 3 gg), con *follow up* ravvicinato affidato al medico

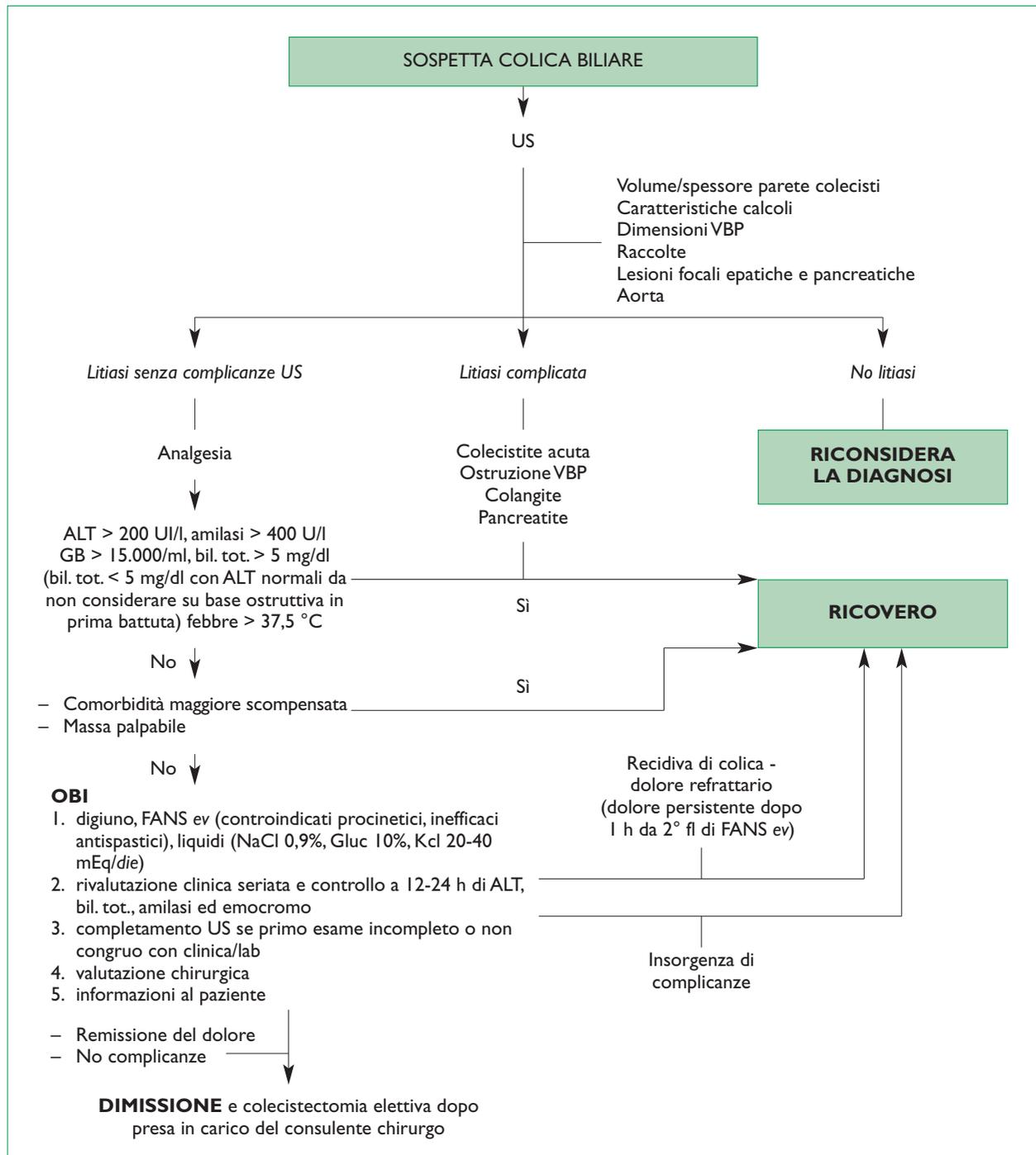


Fig. 1 - Algoritmo colica biliare (da Iannone, modificata)<sup>32-35</sup>.

curante ed eventuale indicazione a eseguire RX clisma opaco o colonscopia sollecita se il paziente non è noto portatore di diverticoli<sup>23-25</sup>. Un periodo di OBI è giustificato se, in un paziente non critico, persistono dubbi sulla diagnosi o sulla presenza di eventuali complicanze, con un'atten-

zione particolare per il paziente di età inferiore ai 40 anni che, anche se privo di comorbidità, tende ad avere un'incidenza di complicanze associate all'episodio di diverticolite maggiore rispetto al paziente più anziano con più frequente necessità di un'intervento chirurgico d'urgenza<sup>26</sup>.

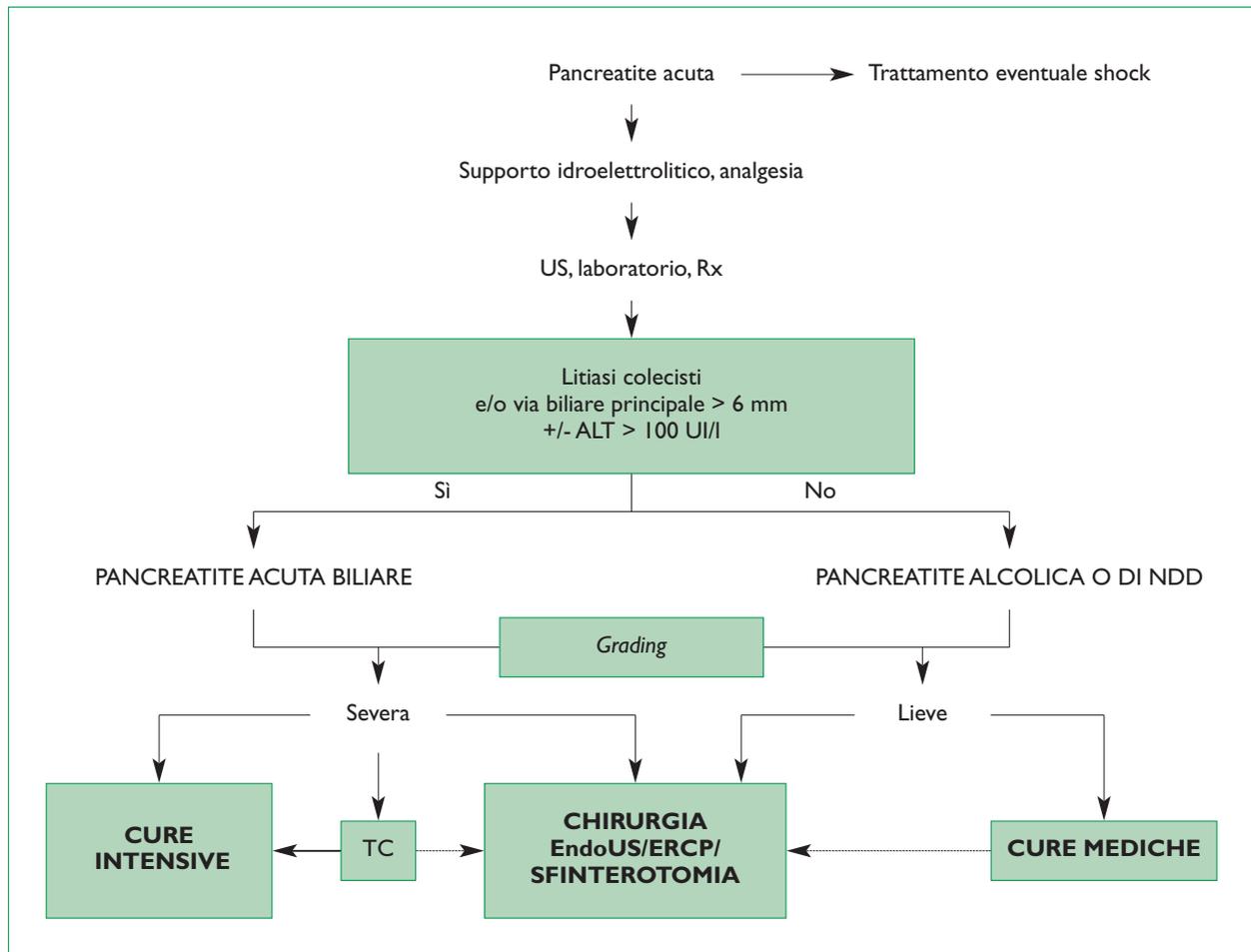


Fig. 2 - Algoritmo pancreatite acuta (da Iannone, modificata).

### Paziente con pielonefrite

L'OBI è un'opzione al ricovero in assenza di idro-nefrosi o altre condizioni a rischio per complicanze (immunodepressione, età avanzata, comorbidità come il diabete e stati di immunodeficienza, anomalie strutturali delle vie urinarie, calcolosi renale, recente trauma renale, recenti interventi strumentali su vie urinarie) cui si associa il 75% dei casi di ascesso renale e perirenale, oltre che in assenza di macroematuria, di scarsa *compliance* alla terapia per *os*, di recente ospedalizzazione (rischio ceppi resistenti), di gravidanza, di segni di tossicità sistemica persistenti oltre i tre giorni nonostante terapia antibiotica.

Dopo un periodo di OBI di 24 ore dove si è proceduto all'idratazione *ev* e per *os*, all'inizio di antibiototerapia *ev* (ceftriaxone, aminoglicoside, chinolonico) e all'esclusione di complicanze mediante ecografia o TC, l'assenza di vomito e di insuffi-

cienza renale, la *compliance* alla terapia e all'idratazione per *os* e la risoluzione del quadro di SIRS rendono possibile la dimissione a domicilio con antibiototerapia per *os* e controllo medico a due giorni<sup>10,27,28</sup>.

### Paziente con gastroenterite

L'OBI può essere considerata in caso di dubbio diagnostico, quando pertanto si ritenga necessario documentare l'attenuarsi o la risoluzione del dolore, e nei casi in cui la coesistenza di vomito, tipica delle forme virali, e di iniziale modesta disidratazione possa essere ragionevolmente risolta nell'arco di 24 ore.

Particolare attenzione occorre nei pazienti anziani, essendo nell'età avanzata molto bassa l'incidenza di infezioni del tubo gastroenterico, se si esclude la diarrea da antibiotici<sup>29</sup>.

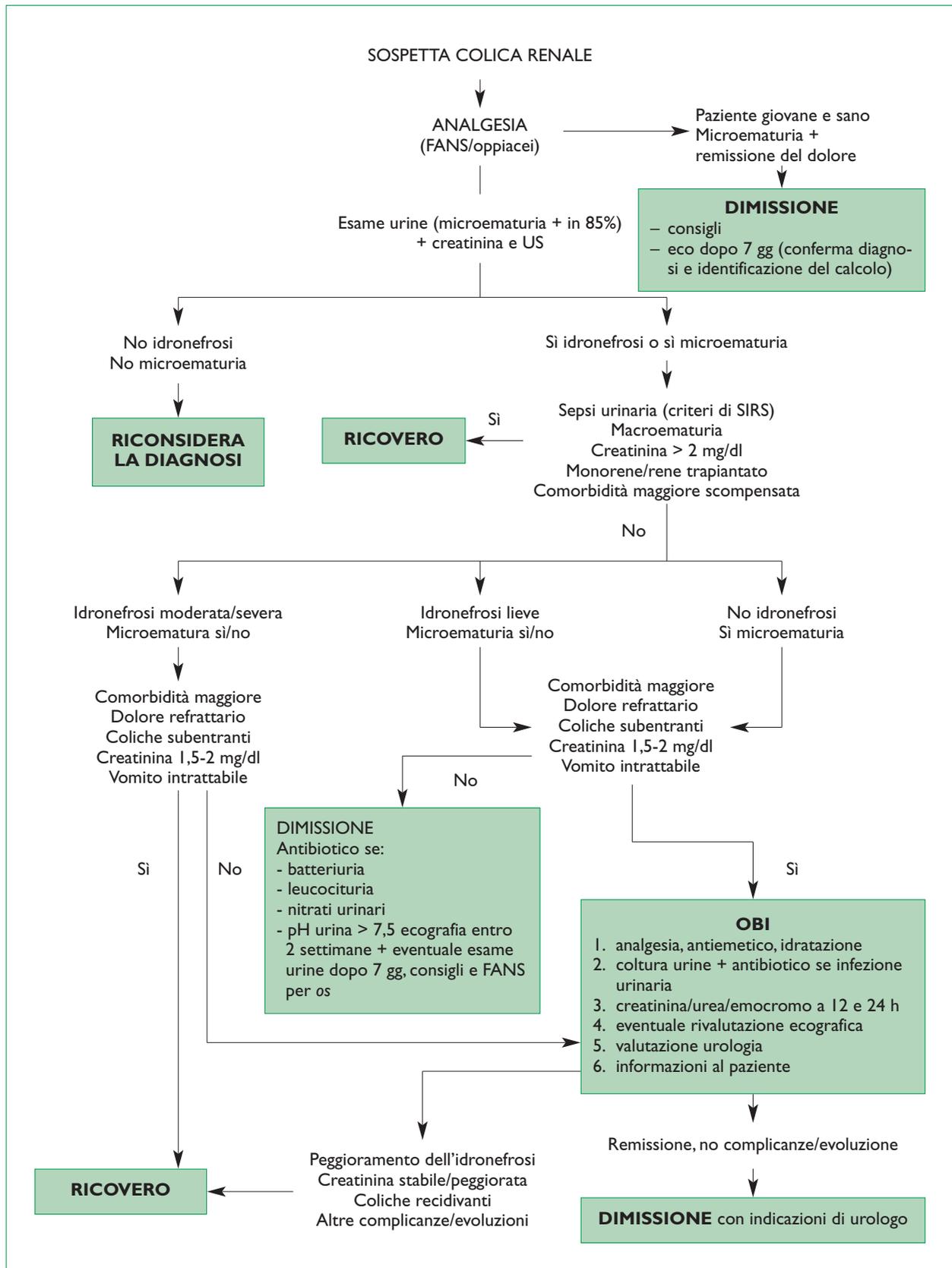


Fig. 3 - Algoritmo colica renale (da Iannone, modificata)<sup>35,36</sup>.

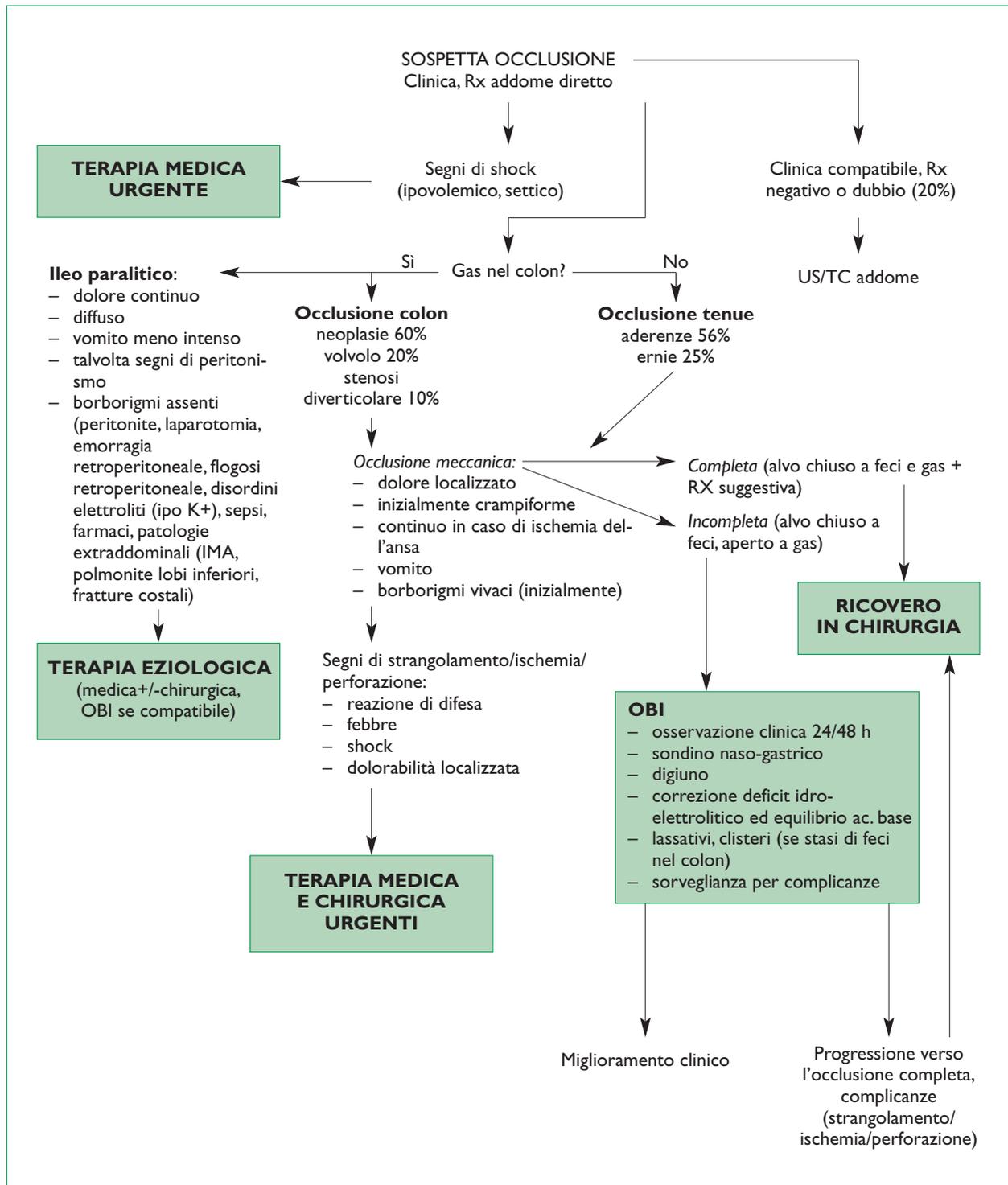


Fig. 4 - Algoritmo occlusione intestinale (da Iannone, modificata).

### Paziente con dispepsia acuta

Nel paziente con ricorrenti sintomi *ulcer like* o *dysmotility like* è in genere il medico curante che pro-

gramma l'iter diagnostico, in particolare in presenza di sintomi d'allarme quali anoressia, anemia sideropenica, perdita di peso, recente insorgenza dei sintomi e disfagia<sup>30</sup>.

Nel caso di pazienti che accedono al DEU con sintomi riferiti all'addome superiore il termine "sindrome dispeptica acuta" è accettato per etichettare quadri clinici acuti derivanti da un'interessamento gastro-duodenale quando siano assenti segni e sintomi che indirizzino i sospetti verso complicanze quali perforazione o sanguinamento.

In assenza di criteri per la diagnosi di dispepsia funzionale, che include circa 3/4 dei casi, l'OBI è l'opzione da preferire, considerato che sia il laboratorio sia le indagini strumentali disponibili in urgenza non sono di ausilio alla clinica nel differenziare le diverse condizioni patologiche che sottendono tali quadri clinici (ulcera peptica, gastrite acuta erosiva ed emorragica e dispepsia funzionale) oltre al fatto che l'esclusione delle malattie pericolose che entrano in diagnosi differenziale si avvale di rilevazioni cliniche, laboratoristiche e strumentali ripetute nello spazio di alcune ore.

L'ecografia esclude l'origine biliare se non rileva calcoli ma spesso occorre una ripetizione dell'indagine a distanza di alcune ore nel caso il paziente abbia mangiato da poco, situazione abbastanza tipica nel paziente con sintomi dispeptici.

Il dolore biliare, nonostante la sede comune, è in genere riconoscibile per il suo carattere continuo e prolungato e rimane la clinica o il criterio *ex iuvenibus* della terapia, piuttosto che l'indagine strumentale, a indirizzare verso la diagnosi in caso di concomitante riscontro ecografico di litiasi colecistica. ECG e troponine seriate servono per escludere l'origine coronarica dei sintomi laddove sia opportuno sospettarla, mentre enzimi pancreatici non alterati (le lipasi più che le amilasi) ne escludono l'origine pancreatica.

La determinazione delle transaminasi è raccomandata se prevalgono vomito ed epigastralgia per escludere un'epatite acuta o una riacutizzazione di epatite cronica, essendo opportuno un secondo prelievo a distanza di 12-24 ore se ne venisse documentato solo un modesto rialzo in assenza di citonecrosi anamnestica.

Nel caso si sospetti la perforazione dell'ulcera è indicata l'esecuzione di un'Rx dell'addome, anche se è stato evidenziato come la radiologia convenzionale da sola fallisca nel porre diagnosi di perforazione in circa il 15% dei casi<sup>31</sup>.

L'esecuzione di una TC è indicata qualora il dubbio persista e le condizioni del paziente lo permettano. Si propongono alcuni algoritmi che riguardano certe condizioni cliniche i cui differenti gradi di gravità possono implicare percorsi gestionali diversi a partire dal DEA, inclusa l'OBI (Figure 1-4).

#### ACRONIMI

DEU: dipartimento di emergenza-urgenza  
 DA: dolore addominale  
 AAA: aneurisma dell'aorta addominale  
 ACEP: American College of Emergency Physician  
 IBD: malattia infiammatoria intestinale  
 PBS: peritonite batterica spontanea  
 FHC: Fitz-Hugh-Curtis (sindrome di)  
 NSAP: dolore addominale non specifico  
 GE: gravidanza ectopica  
 PID: malattia infiammatoria pelvica  
 IMA: infarto miocardico acuto  
 US: ultrasuoni  
 GB: globuli bianchi  
 SGI: sanguinamento gastro-intestinale  
 SIRS: sindrome da risposta infiammatoria sistemica

#### Bibliografia

1. Lukens TW *et al.* The natural history and clinical findings of undifferentiated abdominal pain. *Ann Emerg Med* 1993; 22: 690-695.
2. Gallagher EJ. *Acute abdominal Pain*. In: Tintinalli JE, Gabor DK, Stapczynski JS. *Emergency Medicine: a comprehensive study guide*. VI ed. McGraw Hill, New York, 2004, p. 500.
3. Morino M, Pellegrino L *et al.* Acute nonspecific abdominal pain. A randomized, controlled trial comparing early laparoscopy versus clinical observation. *Ann Surg* 2006; 244(6): 881-886.
4. Gallagher EJ. *Acute abdominal Pain*. In: Tintinalli JE, Gabor DK, Stapczynski JS. *Emergency Medicine: a comprehensive study guide*. VI ed. McGraw Hill, New York, 2004, p. 489.
5. Marco CA *et al.* Abdominal Pain in geriatric emergency patients: variables associated with adverse outcomes. *Acad Emerg Med* 1998; 5(12): 1163-68.
6. De Dombal FT *et al.* Presentation of cancer to hospital as "acute abdominal pain". *Br J Surg* 1980; 67: 413.
7. Robert T *et al.* Derivation of a clinical guideline for the assessment of nonspecific abdominal pain: the Guidelin for Abdominal Pain in the ED Setting (GAPEDS) Phase 1 study. *American J Emerg Med* 2005; 23: 709-717.
8. Rothrock SG *et al.* Misdiagnosis of appendicitis in nonpregnant women of childbearing age. *J Emerg Med* 1995; 13: 1-8.
9. Andersson RE *et al.* Diagnostic accuracy and perforation rate in appendicitis: association with age and sex of the patient and with appendectomy rate. *Eur J Surg* 1992; 158: 37-41.
10. Puskar D *et al.* Urinalysis, ultrasound analysis, and renal dynamic scintigraphy in acute appendicitis. *Urology* 1995; 45: 108-112.
11. Andersson LE *et al.* Repeated clinical and laboratory examinations in patients with an equivocal diagnosis of appendicitis. *World J Surg* 2000; 24: 479-485.
12. Kirby CP *et al.* Active observation of children with possible appendicitis does not increase morbidity. *ANZ J Surg* 2001; 71: 412-413.
13. Jones PF. Suspected acute appendicitis: trends in management over 30 years. *Br J Surg* 2001; 88: 1570-77.
14. Graff L *et al.* Probability of appendicitis before and after observation. *Ann Emerg Med* 1991; 20: 503-507.
15. Colson M *et al.* Negative appendectomy rates are no longer acceptable. *Am J Surg* 1997; 174: 723-727.
16. Thompson MM *et al.* Role of sequential leucocyte counts and C-reactive protein measurements in acute appendicitis. *Br J Surg* 1992; 79(8): 822-824.

17. Paulson EK *et al.* Suspected Appendicitis. *N Engl J Med* 2003; 348 (3): 236-242.
18. Fenyo G. Diagnostic problems of acute abdominal pain in the aged. *Acta Chir Scand* 1974; 140: 396.
19. Kadar N *et al.* discriminatory HCG zone: its use in the sonographic evaluation for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1981; 58: 156.
20. American College of Emergency Physician. Clinical Policy for the Initial Approach to Patients Presenting With a Chief Complaint of Vaginal Bleeding. *Ann Emerg Med* 1997; 29(3).
21. Braffman BH *et al.* Emergency Department screening for ectopic pregnancy: a prospective US study. *Radiology* 1994; 190: 797.
22. Mol BWJ, Hajenius PJ *et al.* Serum human chorionic gonadotropin measurement in the diagnosis of ectopic pregnancy when transvaginal sonography is inconclusive. *Fertil Steril* 1998; 70: 972-981.
23. Mizuki A *et al.* The out-patient management of patients with acute mild-to-moderate colonic diverticulitis. *Aliment Pharmacol Ther* 2005; 21(7): 889-897.
24. Sleisenger HM, Feldman M, Scharschmidt BF. *Gastrointestinal and Liver Disease*. VI ed. WB Saunders, Philadelphia, 1998, Chapter 106, p. 1794.
25. Simon EJ *et al.* Management of diverticulitis. *BMJ* 2006; 332: 271-275.
26. Konvolinka CW. Acute diverticulitis under age forty. *Am J Surg* 1994; 167: 562.
27. Hoves DS. Urinary Tract Infection, female. *Emedecine from WebMD* 2005.
28. Shoff WH. Pyelonephritis, acute. *Emedecine from WebMD* 2007.
29. Gallagher EJ. *Acute abdominal pain*. In: Tintinalli JE, Gabor DK, Stapczynski JS. *Emergency Medicine: a comprehensive study guide*. VI ed. McGraw Hill, New York, 2004, p. 497.
30. Talley NJ *et al.* Indigestion: when is it functional? *BMJ* 2001; 323: 1294-97.
31. Grassi R *et al.* Gastro-duodenal perforations: conventional plain film, US and CT findings in 166 consecutive patients. *Eur J Radiol* 2004; 50(1): 30-36.
32. Silen W. *Cope's early diagnosis of the acute abdomen*. 20<sup>th</sup> ed. Oxford University Press, New York, 2000.
33. Gracie WA, Ransohoff DE. The natural History of silent gallstone: the innocent gallstone is not a myth. *N Engl J Med* 1982; 307: 798.
34. Attili AF, De Santis A *et al.* The natural history of gallstone: the GREPECO experience. *Hepatology* 1995; 21: 655.
35. Wright PJ *et al.* Managing acute renal colic across the primary-secondary care interface: a pathway of care based on evidence and consensus. *BMJ* 2002; 325: 1408-12.
36. Bove P *et al.* Reexamining the value of ematuria testing in patient with acute flank pain. *J Urol* 1999; 162 (pt. 1): 685.

## ABSTRACT

Acute abdominal pain is a medical challenge for emergency physician due to the variety of possible diagnosis, lack of diagnostic and treatment standard in emergency department and the need of a rapid patient management. It is of paramount importance to quickly rule out or diagnose life threatening clinical conditions as acute myocardial infarction or aortic abdominal aneurism rupture. A few more time is allowed to confirm other diseases that lead to major complications if left untreated as acute appendicitis, testicular torsion and acute pyelonephritis.

While acute abdominal pain in the elderly reflect often surgical conditions, it has a benign origin in the majority of young patients who can be generally managed as out patient, after a short clinical observation, with a diagnosis at discharge of non specific abdominal pain. The reason for the development of practical clinical pathways for patient with acute abdominal pain is to facilitate physician in differentiating patient who need hospital admission or a short intensive observation from those who can be safely discharged home.