



GastroEpatò Medicina on line

Un Medico X Tutti

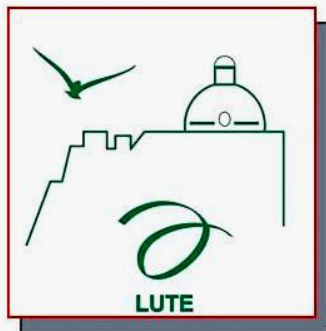
Medicina Interna



La clinica

anno accademico

2016-2017



LIBERA UNIVERSITA' PER LA TERZA ETA'

AUSER INSIEME - MILAZZO

LUTE

" INSIEME SI PUO' "

A cura del dott. Claudio Italiano

338 18 14 307

claudiomario.italian@alice.it

Ma che vor di?
Che e' sta clinnica?

'A clinnica..?
Clinica Villa Salus?
Casa di Cura Carmona?
Clinica Cappellani?

Ce mancava
pure er nipote
fregnone!

Mimmo



Significato della clinica: observatio et ratio ratio interpretandi...

- Valutazione del paziente
- Anamnesi
- Visita
- Ispezione, palpazione, percussione, auscultazione
- Pensiero diagnostico col supporto strumentale
- Diagnosi
- Cura



Esempio pratico

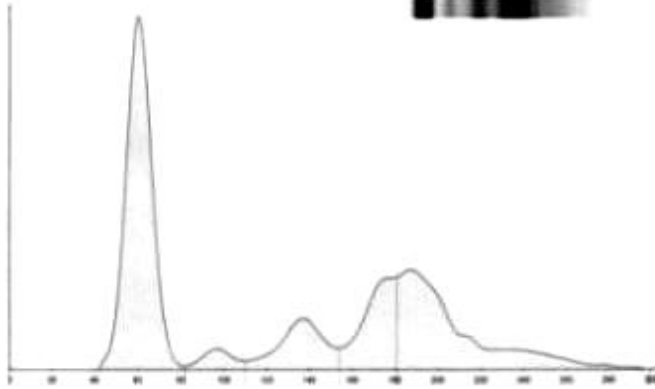
Si presentano al PS, alla ns osservazione due pazienti anziani:

1°) dispnea, febbricola, mancanza d'aria, affanno, astenia...

2°) dispnea, febbricola, mancanza d'aria, affanno, astenia....



Mieloma multiplo

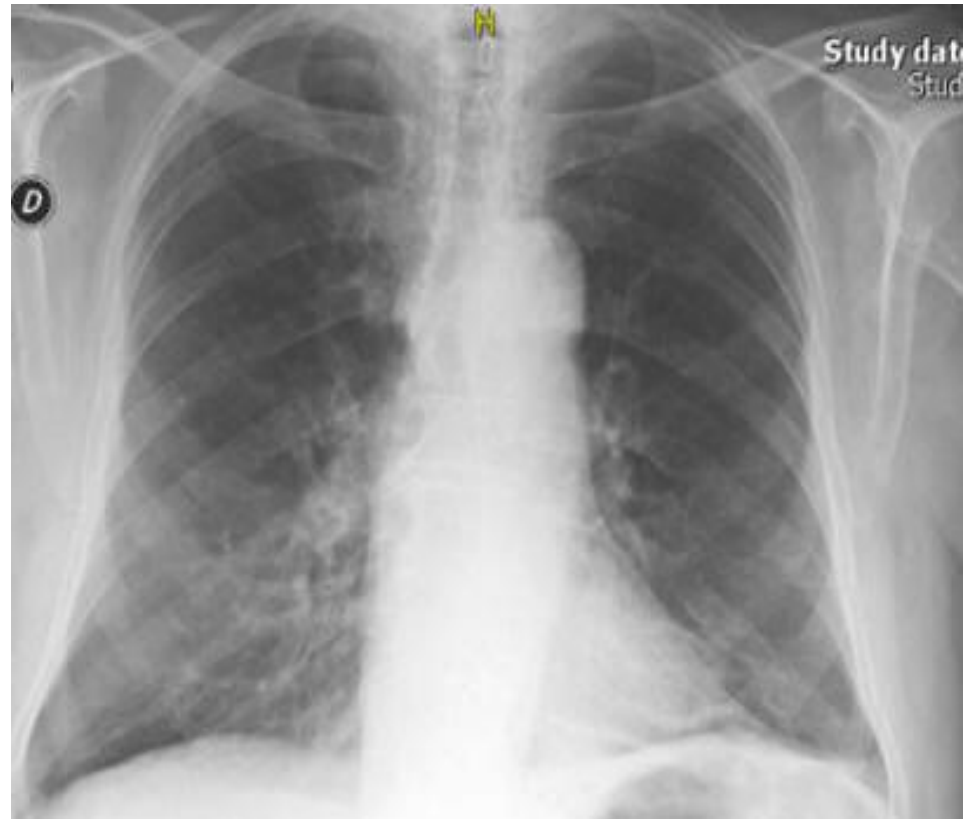


Elettroforesi delle Sieroproteine
eseguite con il metodo in gel di agarosio

Frazioni	%	Int. rif. %	g/dl	Int. rif. g/dl
Albumina	42,1 <	50,0-71,0	3,16	3,40 - 5,00
Alfa 1	3,2	1,5 - 4,2	0,24	0,10 - 1,30
Alfa 2	11,1	5,7-13,0	0,83	0,40 - 0,90
Beta	14,2 >	7,1 - 14,0	1,67	0,50-1,00
Gamma	29,4 >	9,0-20,0	3,21	0,60-1,50
I 0,73 (Rit: 1,16-2,10)		Proteine Totali: 7,5 g/dl		

Commento: Si evidenzia la presenza di un addensamento in zona gamma.

Classico aspetto del protidogramma in corso di mieloma o piuttosto MGUS: a destra notate un picco zonale, talora può essere più elevato, quasi come quello di sinistra che esprime il valore dell'albumina, tanto da conferire l'aspetto di "dita della mano a corna".

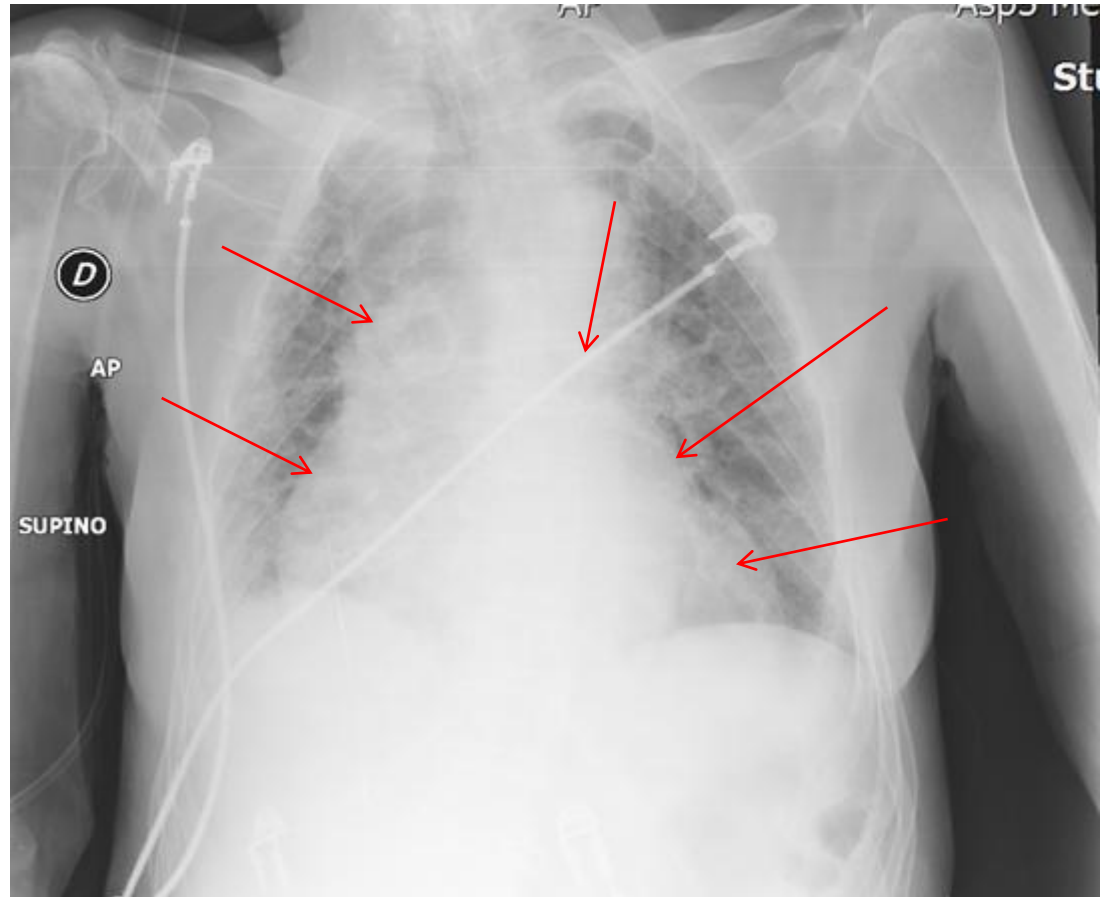
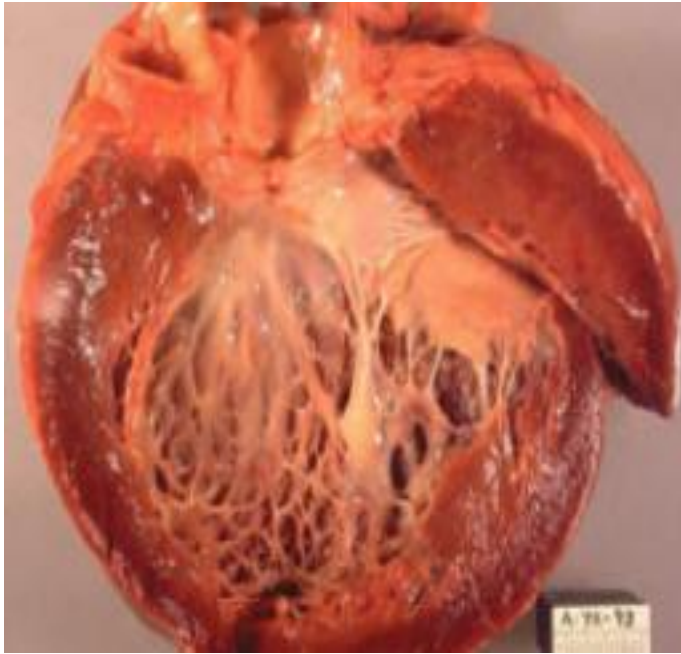


RX TORACE: riacutizzazione di BPCP in paziente con mieloma multiplo

Un Medico X Tutti Medicina Interna



Miocardiopatia dilatativa



Cuore umano: cardiopatia dilatativa

A lato Rx torace, enorme cuore “a scarpone” e segni di congestione del piccolo circolo

Un Medico X Tutti

Medicina Interna



Anàmnese



- Anamnesi= *sostantivo femminile*
- **1.**Reminiscenza, ricordo; nella filosofia platonica, la reminiscenza delle idee, cioè l'atto supremo del conoscere.
- **2.**In medicina, la raccolta particolareggiata delle notizie che riguardano il paziente.
- **3.** 4 fasi: a. familiare, a. fisiologica,
- a. patologica remota, a. Patologica prossima



Il processo clinico

- Anamnesi familiare
- Anamnesi fisiologica
- Anamnesi patologica
- Anamnesi patologica prossima
- Visita, ispezione, palpazione, percussione, auscultazione
- Indagini di laboratorio e strumentali
- Diagnosi
- Cura



Il bastone di Asclepios

Il paziente, questo sconosciuto: anamnesi delle generalità

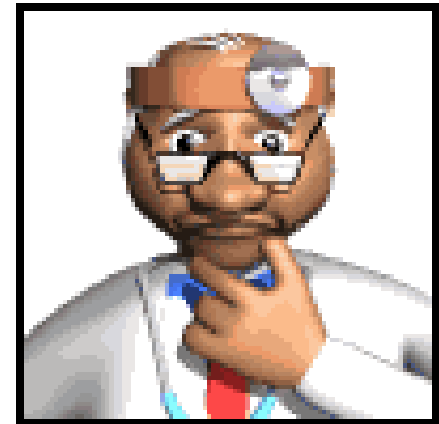
- Raccolta delle generalità, anche anamnesi lavorativa...
- Per primi vengono raccolti i dati relativi a nome, età, sesso, stato civile, luogo di nascita e di residenza. Tali dettagli servono per identificare la persona che si sta per interrogare. Questa parte viene redatta soltanto la prima volta che la persona viene all'osservazione del medico, diventando poi parte della scheda clinica elettronica (o della cartella clinica).
O su tavoletta di pietra



Che lavoro svolge?



Mi fanno male i gomiti,
dottore.. Come mai?



Anamnesi familiare

- **L'anamnesi familiare** prevede due soli ambiti: gli ascendenti (i genitori e i nonni) e i collaterali (fratelli e sorelle). Si indaga dunque sullo stato di salute di tali persone, sulla loro eventuale patologia e/o causa di morte. Questo punto è molto importante per conoscere i fattori di rischio genetici (che possono essere visualizzati tramite un genogramma), ambientali, o l'eventuale predisposizione familiare. Alcune condizioni patologiche non si trasmettono con modalità ereditaria ma è provata la predisposizione familiare.
- Ne sono esempio **l'ipertensione arteriosa essenziale, la cardiopatia ischemica, allergopatie, malattie del sistema immunitario, il DMT2, tumore del seno, tumore del colon, tumore della prostata**
- Possono anche essere richieste informazioni riguardo ai nonni soprattutto se si sospetta una malattia autosomica dominante a penetranza incompleta (vengono all'osservazione come fenotipi che saltano una generazione).

Anamnesi personale

- Anamnesi personale fisiologica
- Vengono chieste al paziente informazioni riguardo alla propria nascita, se a termine o no, e al parto se naturale (parto eutocico o parto distocico) o operativo (parto cesareo), il peso alla nascita, l'allattamento materno, mercenario o artificiale, primi atti dell'infanzia (dentizione, primi passi, prime parole) ed eventualmente profitto scolastico.

A. familiare

Ma che nipote
fregnone che mi
doveva capità....



In che
senso??



Vengono chieste ulteriori
informazioni...
conto in banca... disponibilità!



Anamnesi fisiologica 1/2

- Pubertà: menarca, regolarità dei flussi mestruali, comparsa dei primi peli, primi atti della vita di relazione, lo sviluppo somatico (staturale e ponderale) e psichico.
- Servizio militare: per accertare la presenza di eventuali evidenti patologie alla visita di leva, se il servizio fu assolto, se è stato riformato ecc.
- Matrimonio e gravidanze: viene indagata l'attività riproduttiva, numero dei figli (parità) numero delle gravidanze e modalità dei parti, se distocico, eutocico, aborti, allattamento. Vengono anche chieste informazioni sullo stato coniugale e sull'andamento del matrimonio in quanto il matrimonio può determinare l'insorgenza di alcune nevrosi o psicosi (patologia del matrimonio, un individuo psicolabile latente patologie psicotiche)
- Sessualità: si indaga, con discrezione, la vita sessuale del paziente, in particolare la presenza di problemi sessuali, calo della libido, dispareunia, presenza di comportamenti a rischio per malattie sessualmente trasmissibili.

Anamnesi fisiologica 2/2

- Menopausa: età di esordio (precoce o tardiva) comparsa di manifestazioni e sintomi, eventuali complicanze, terapia sostitutiva.
- Stili di vita: abitudini alimentari circa la quantità e qualità dell'alimentazione, l'uso di alcool, tabacco, sostanze stupefacenti. Sedentarietà. Relazioni sociali. Situazione economica, familiare, domiciliare, soprattutto nell'anziano spesso soggetto a modifiche del nucleo familiare e/o nei rapporti tra i congiunti oltre che soggetto a trasferimento di residenza.
- Allergie ambientali o a farmaci.
- Alvo regolare o irregolare.
- Minzione viene indagata la quantità, la frequenza e il colore; se è presente minzione notturna, o se la stessa causa bruciore.
- Attività lavorativa: in questa fase si raccolgono informazioni sul tipo di attività che si svolge o che si è svolta, per comprendere se sia o sia stato in passato esposto ad agenti fisici, chimici o biologici o altre possibili condizioni potenzialmente responsabili di disturbi o malattie professionali. Proprio legati alla natura lavorativa della persona è stata individuata la maggior parte dei disturbi evidenziati, (un quarto dei casi) notificati grazie all'anamnesi.[5]
- Tratti strutturali della personalità: Informazioni sul profitto di studio o lavoro. Tendenza a sovra o sottostimare l'importanza del proprio stato di salute. L'umore del paziente con particolare riferimento alla risposta psicologica allo stato di malattia (accettazione, volontà di guarire, il concetto di morte, fiducia nei medici).

Si, quandu eri figghiolu me padri mi dissi che avia u cabbunchiu, poi militari mi vinni a frevi i stindicchiu ma mi passoi subito, appoi mi maritai e mi ficiru i tonzilli e poi mi operaru u culu e l'appindici. Pigghiu un saccu di midicinali... 'na pinnula ianca e rutunna, una ianca cchiu' rossa...na farmacia, ci dicu



Le patologie, l'a. patologica

Cercare sempre di avere informazioni sulle patologie piu' precise possibili, magari con esibizione di cartelle cliniche e/o documentazioni

Mi dica di quali patologie ha sofferto in passato, se e' stato operato, incidenti, traumi e cosi via..



Anamnesi patologica remota

- Essa consiste nell'indagine cronologica ed ordinata delle malattie, traumi ed interventi chirurgici sofferti dal paziente nel passato.
- Malattie infettive (in particolare quelle dell'infanzia) che abbiano lasciato una immunità permanente e che quindi non possono ripresentarsi. Ciò aiuta nella diagnosi differenziale.
- Malattie le cui recidive (o manifestazioni a distanza) potrebbero essere responsabili della sintomatologia attuale del paziente, per esempio tubercolosi, tumori, epatite virale o la sifilide che può dare delle manifestazioni cliniche evidenti anche dopo alcuni anni.
- Interventi chirurgici pregressi ad esempio in caso di tumori maligni che possono recidivare dopo intervalli di tempo molto lunghi. Possono agevolare l'indagine del medico qualora il paziente non sappia spiegare bene di cosa ha sofferto.
- Traumi ossei pregressi (ad esempio fratture) possono essere indice di osteoporosi o rarefazione ossea da metastasi tumorali ossee o da mieloma multiplo.

Anamnesi patologica prossima

- Definita anche "patologica recente" riguarda il disturbo per cui il paziente consulta il medico.
- Vengono indagati la modalità di insorgenza dei disturbi, sul momento esatto della loro comparsa, sulla localizzazione, intensità, forma, carattere e irradiazione del dolore (se presente); la diuresi e minzione, l'alvo (feci); l'esito di eventuali esami eseguiti precedentemente e l'esito della terapia ove essa sia già stata effettuata. Vengono raccolte informazioni riguardo al sonno, sete e fame, astenia, ansia, tosse, starnuto, vomito, attività sessuale, dispnea, palpitazioni, prurito, eccetera).
- Anamnesi farmacologica: medicinali prescritti o autosomministrati (farmaci da banco)
- Anamnesi tossicologica: uso di droghe.

Motivo dell'afferenza del paziente: quali sono i sintomi?

- Perché è venuto?
- Quali sintomi?
- E' critico?
- E' cronico?
- E' acuto?
- E' in pericolo di vita?
- C'e' tempo per decidere?
- Respira? Il circolo com'è? L'addome? Feci? Urine?

Intervento urgente



La clinica, l'esame obiettivo

- L'esame obiettivo può essere: mirato al problema, esteso ad altri aspetti correlati, dettagliato e completo in base a quanto ritenuto necessario tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente.
- Es. se vengo per un dolore al petto, non chiedo al paziente se l'alvo è aperto a feci e gas, ma eseguo un ecg e chiedo enzimi miocardiospecifici

Mettere il paziente a
suo agio...

GRRRRRR
Vada fuori ed
aspetti il suo turno...
me ne frego che ha
un peso sul cuore!



Piedi e sanita'

- Dottore, ha visto i risultati delle mie analisi?
 - Sì, certo...
 - Allora? Che mi dice? è grave?
 - Mah, guardi: deve solo stare attento a dove mette il piede destro.
 - Il piede destro? E perché?
 - Perché il sinistro ce lo ha già nella fossa.



Esame obiettivo

- Per esame obiettivo (generalmente abbreviato nelle cartelle cliniche come "e.o.") si intende l'insieme di manovre diagnostiche effettuate dal medico per verificare la presenza o assenza, nel paziente, dei segni (o sintomi obiettivi) indicativi di una deviazione dalla condizione di normalità fisiologica.
- Il medico, dopo aver correttamente raccolto sintomi (sensazioni riferite dal paziente sulla sua condizione di salute) tramite l'anamnesi, e segni (informazioni obiettive sullo stato di conformità o di deviazione dal modello fisiologico) tramite l'esame obiettivo, può cominciare a sospettare la presenza o assenza di determinate patologie e quindi orientarsi nel prescrivere gli accertamenti adeguati per giungere alla diagnosi.

Esempi di sintomi nell'anziano

- Anoressia
- Dispnea
- Disfagia
- edemi
- Astenia
- Dolore petto
- Disuria, ematuria,
- poliuria
- Pallore cutaneo
- Cianosi periferica
- Arti freddi



Esempi di sintomi nel giovane

- Anoressia
- Dispnea
- Disfagia
- Edemi
- Dolore petto
- Disuria
- Poliuria
- Pallore
- Cianosi
- Arti freddi



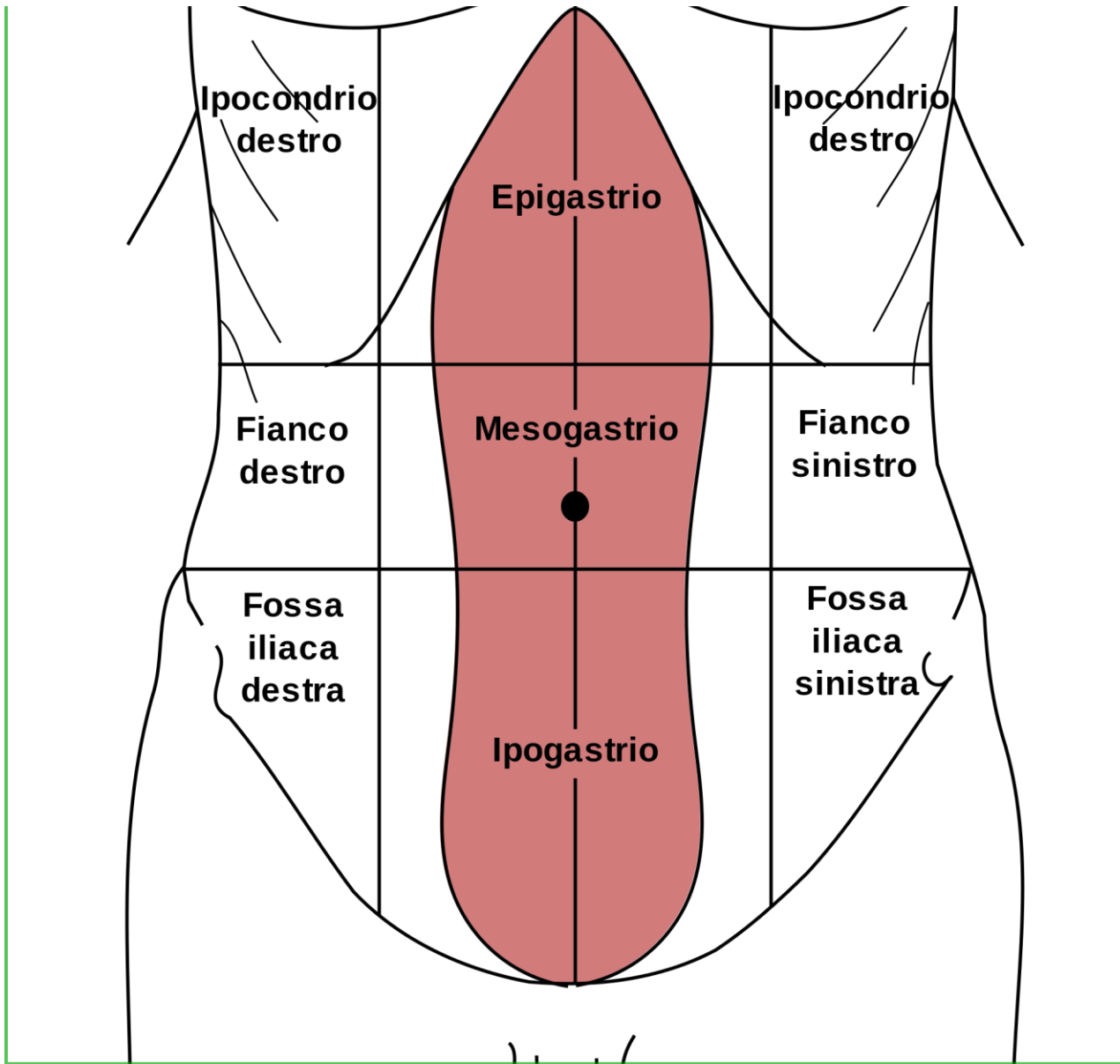
Addome

- **L'esame obiettivo** addominale é una tipologia di esame di non sempre facile esecuzione, soprattutto perché la valutazione clinica non sempre corrisponde ai riscontri patologici, perché la valutazione della pressione intra-addominale ha una scarsa correlazione con la clinica e perché appare un'esame a volte sensibile ma poco specifico, dato che i differenti organi addominali possono manifestare il proprio disordine con la stessa modalità clinica. Qui prenderemo brevemente in considerazione cosa deve conoscere un Intensivista per la valutazione clinica del paziente a livello addominale.

ISPEZIONE:

- Per quello che concerne la posizione del paziente, esso generalmente giace in **posizione supina**, con entrambe le braccia lungo il corpo ed il capo leggermente inclinato in avanti dato che poggia su un cuscino, in modo da distendere meglio la parete addominale. Se la muscolatura addominale del paziente non si distende, qualora sia possibile in base alla situazione clinica, è opportuno far sollevare le gambe flettendole sul piano del letto.

ispezione



Possibili patologie che causano i dolori localizzati nel quadrante superiore destro dell'addome

Fegato.

1. Epatiti
2. Angioma epatico
3. Carcinoma epatico

Cistifellea:

1. Calcoli biliari
1. Cancro della colecisti
2. Colangite

Rene:

1. Calcoli al rene destro
2. Infezione

Stomaco:

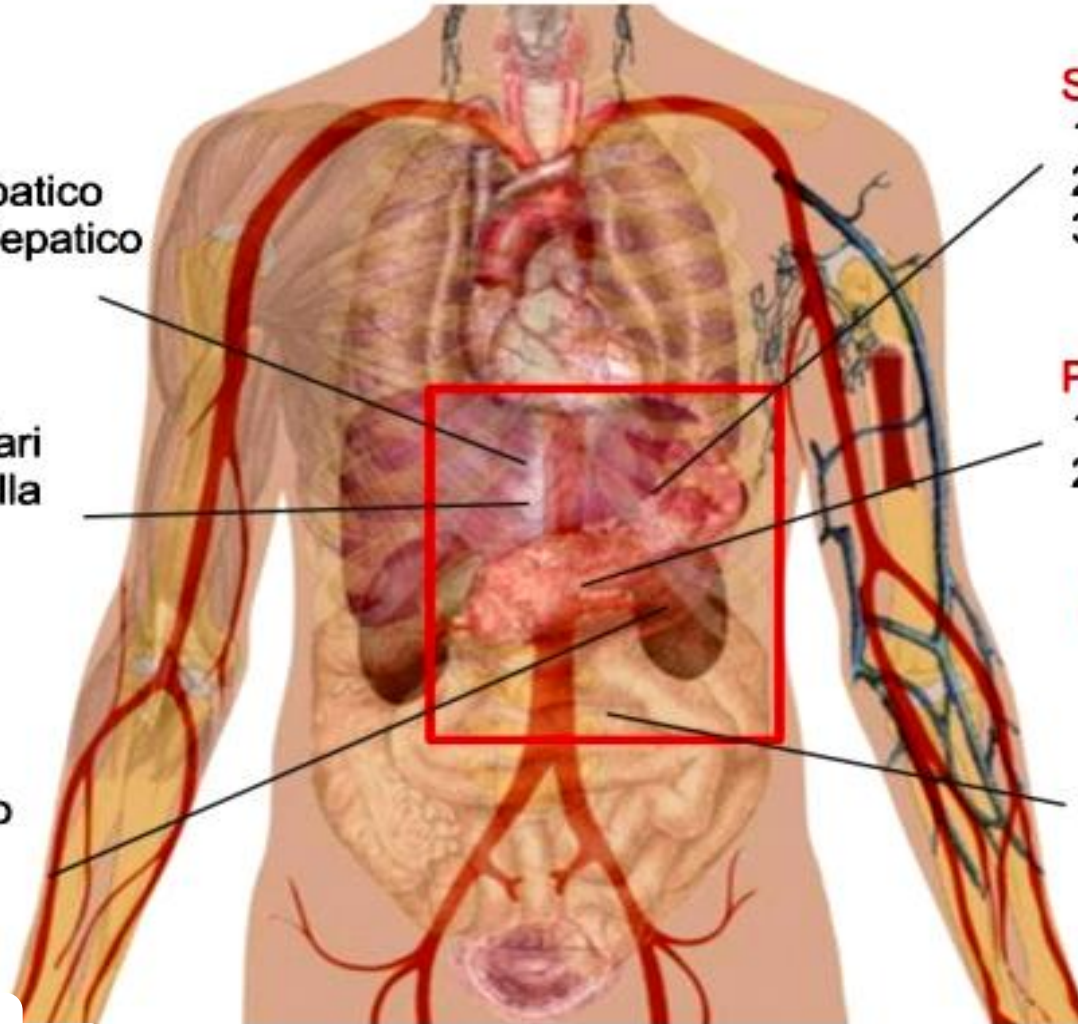
1. Gastrite
2. Ernia iatale
3. Cancro allo stomaco

Pancreas:

1. Pancreatite
2. Tumore al pancreas

Intestino:

1. Diverticolite
2. Occlusione
3. Ulcere duodenali
4. Cancro iFecalomi
5. Accumulo di gas



ispezione

- **Contorno dell'addome:** la **simmetria dell'addome**, se ci sono **prominenze** localizzate
- se è **globoso, svasato ai lati, batraciano, incavato**, nella meningite è un **“addome a barca”**., puo' essere **ascitico**
- Puo' presentare circoli vascolari collaterali superficiali.
- L'addome può essere **globoso** in caso di obesità (diffusa o localizzata), in caso di **meteorismo**, in caso di anse intestinali molto dilatate, in gravidanza (dall'VIII mese ci può essere inoltre un'estroflessione ombelicale). La globalità dell'addome se risulta localizzata in sede periombelicale ad ampio raggio può indicare un'occlusione intestinale a livello ileale; mentre se risulta piuttosto di forma ovale-eccentrica può indicare un'occlusione colica distale, e se ovale-trasversa può indicare una dilatazione colica molto severa. In caso di prominenza asimmetrica si deve pensare alla presenza di neoplasie, cisti ovariche, ecc....



ASCITE



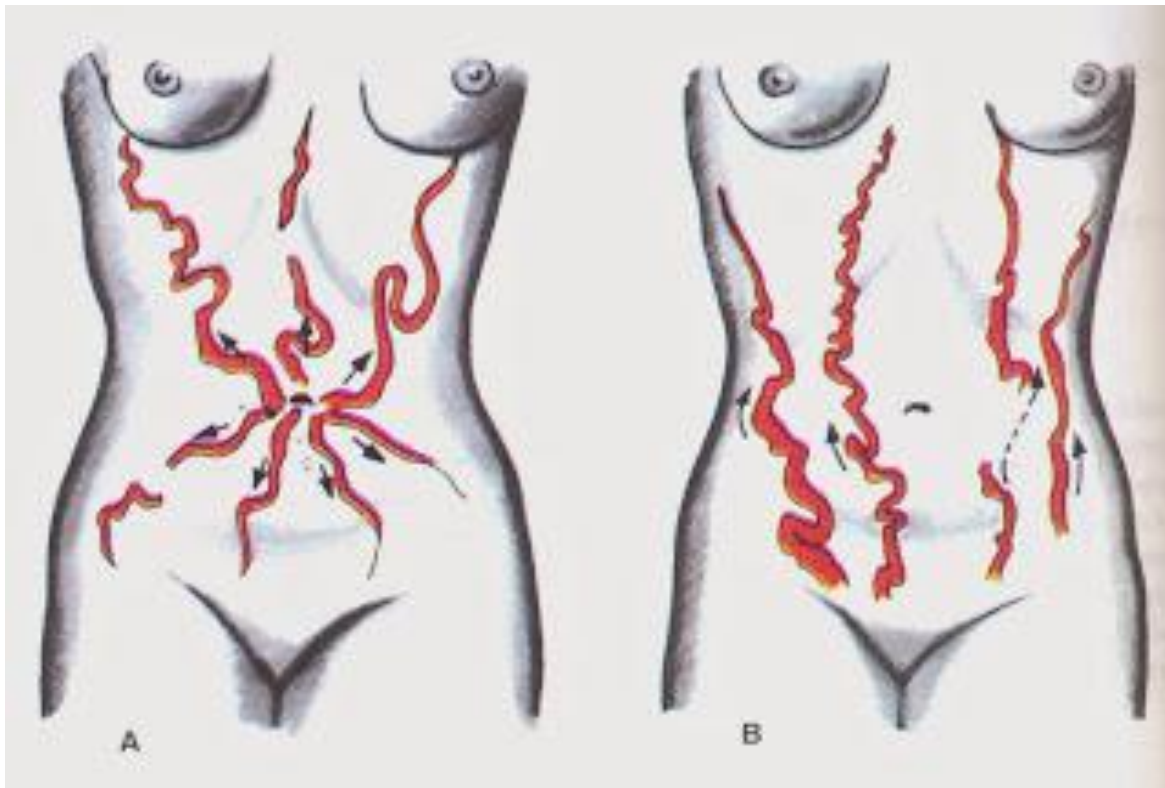
CISTI
OVARICA



METEORISMO





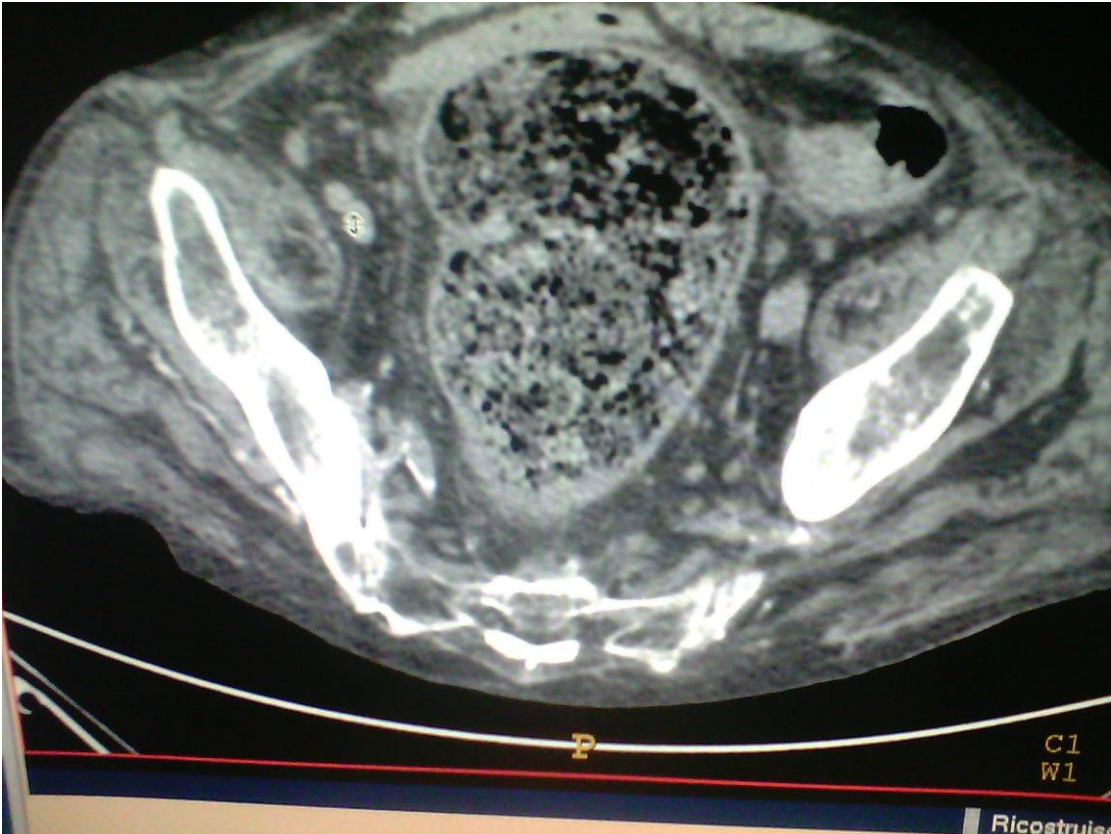


Circoli collaterali, visualizzazione della rete vascolare superficiale della parete addominale, costituita da diversi tipi di anastomosi.

Caput Medusae (circolo porto-cavale) se la distribuzione venosa é a raggiera, a partenza ombelicale, dovuta all'anastomosi fra le vene paraombelicali/vene epigastriche/vene ipogastriche; tipicamente indica un'ipertensione portale.

Circolo cava-cava , distribuzione longitudinale infero-superiore dovuta alla presenza di anastomosi fra la vena cava inferiore/superiore tramite le vene ipogastriche/epigastriche/mammarie interne; tipicamente indica un'ostruzione della Vena Cava Inferiore.

Rx diretta addome



laparoccele





Sangue all'ispezione anale !!

- **Melena**= emissione di feci picee, sangue digerito, putrido
- La melena è dovuta principalmente a:
- Sanguinamento gastrico o da ulcera peptica
- Sanguinamento di varici esofagee
- Lesioni della giunzione esofago-gastrica a seguito di vomito violento (Mallory-Weiss)
- Lesioni da corpo estraneo
- Infarto intestinale (mancanza di flusso sanguigno all'intestino)
- Malformazioni vascolari
- Neoplasie dell'apparato digerente



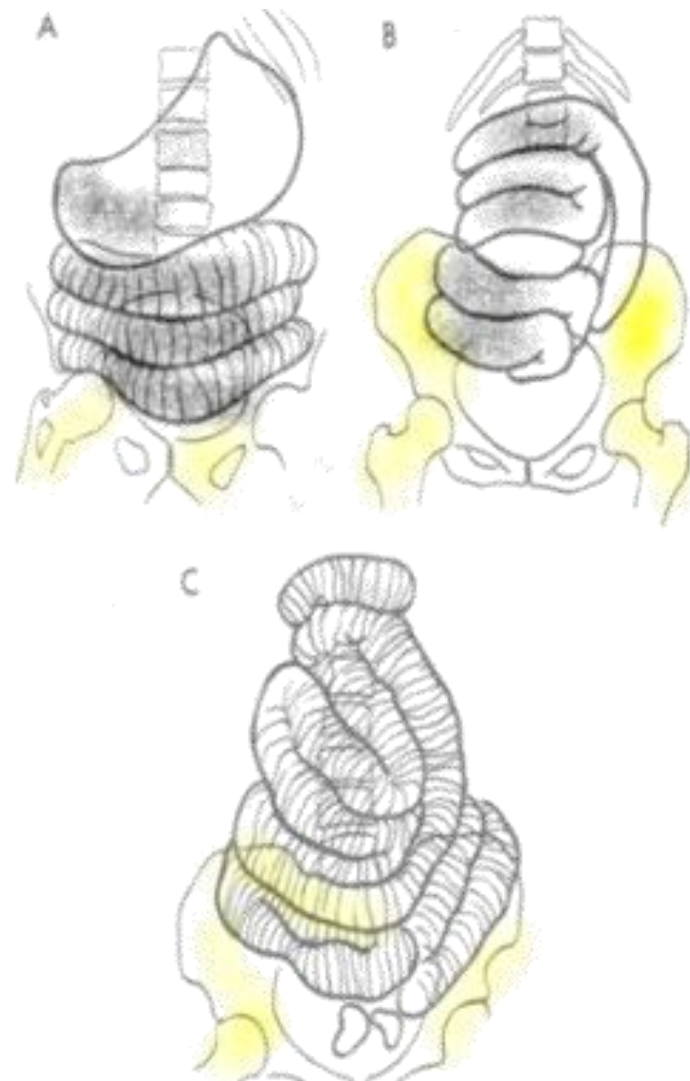


Sangue all'ispezione anale !!

- Ematochezia= passaggio di sangue in meno di 14 ore
- Melena= sangue nero digerito
- Rettorragia= sangue rosso vivo e/o feci mucosanguinolente
- Proctoraggia= sangue rosso vivo, es. emorroidi

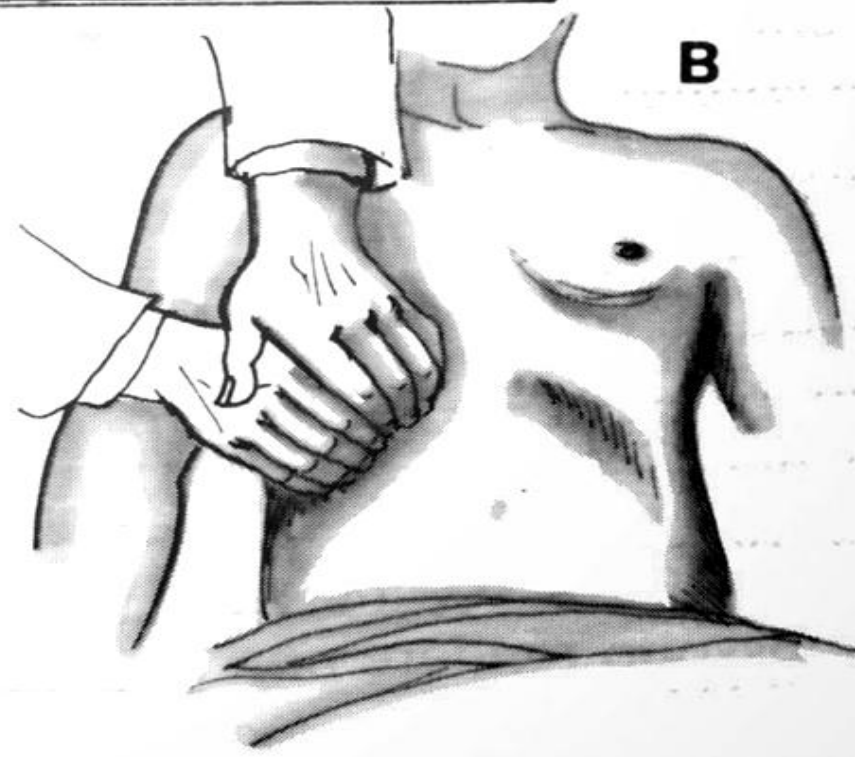
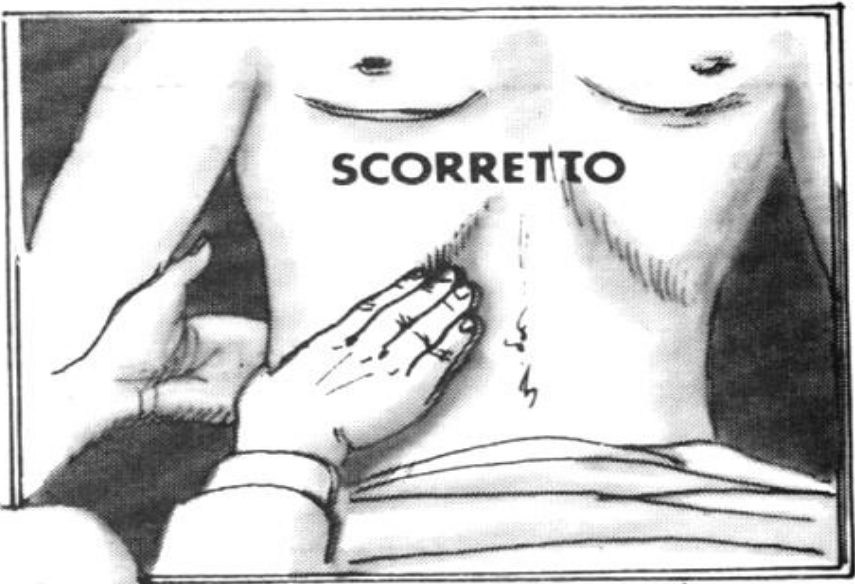
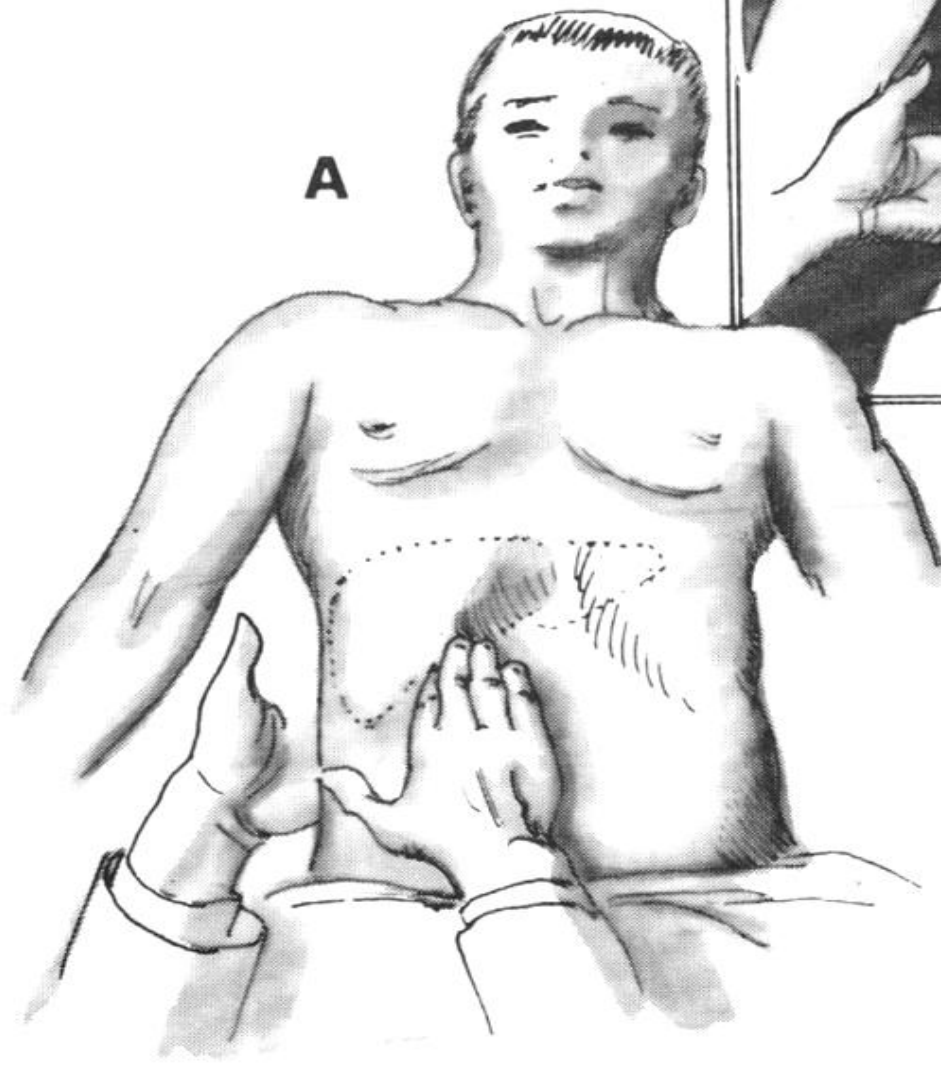
La radiografia diretta dell'addome

La radiografia dell'addome in bianco fornisce importanti informazioni per la diagnosi di occlusione, specialmente per la diagnosi differenziale tra occlusione del tenue e quella del colon. A dx è schematizzata l'occlusione meccanica del tenue; nello schema A, si possono osservare la gastrectasia e le valvole conniventi dell'intestino tenue; in B, non si apprezzano le valvole conniventi, però è la disposizione a "scala a pioli" che è segno radiologico del tenue; in C si apprezza un'occlusione completa ed avanzata del piccolo intestino, perché il colon non è evidente. Le lastre vanno eseguite sia in decubito supino che in posizione eretta e devono includere il diaframma e la parte inferiore della pelvi.



palpazione

- **PALPAZIONE:** localizzare i dolori spontanei/provocati (dolente/dolorabile) e localizzare/studiare i diversi organi addominali e/o masse abnormi. I rilievi palpatori sono tanto più precisi quanto il paziente ha **un addome trattabile**; la palpazione **va sempre iniziata** dalle **aree non dolenti**, procedendo delicatamente verso le aree a maggior dolore (in questo modo si genera una minore stimolazione algogena nella fase iniziale)
- Se il paziente ha **molto dolore nel contrarre la muscolatura addominale** (condizione accentuata mentre il paziente si alza dal decubito supino) questo indica un dolore parietale.
- La palpazione può essere **superficiale** che rileva i gradi minori di dolorabilità/resistenza della parete addominale; va eseguita con la mano a piatto (non con la punta delle dita) e avambraccio orizzontale, in maniera attenta/cauta, per favorire la distensione del paziente, **profonda** se la pressione viene aumentata gradualmente, a volte con la mano sinistra posta sopra la destra per aumentare gradualmente la pressione, oppure **bimanuale**, condizione che spesso appare di aiuto per la palpazione profonda, soprattutto per il fegato/milza/rene.



Esempio di palpazione

- Per il **fegato** la valutazione viene effettuata mentre il paziente inspira profondamente; la mano anteriore si trova parallela al muscolo retto (NON al margine costale), la mano posteriore va collocata fra la XII costa e la cresta iliaca; se la mano si pone scorrettamente il margine epatico diviene meno accessibile alla palpazione; è anche possibile la manovra “ad uncinamento”, con l’esaminatore posto a destra del paziente, che uncina con entrambe le mani il margine costale destro del paziente. Per la **milza** si riesce a palpare nell’adulto generalmente quando si ha splenomegalia (e la manovra va sempre eseguita in maniera delicata, per evitare falsi positivi): il paziente giace sul lato destro, con le cosce flesse, mentre l’esaminatore si trova alla destra del paziente (quindi di fronte); la mano sinistra spinge anteriormente la parte postero-inferiore dell’emitorace sinistro, mentre la superficie palmare delle dita della mano destra esercita una lieve pressione sul quadrante addominale superiore sinistro, percependo la discesa della milza durante inspirio profondo; è possibile una manovra di uncinamento sul margine costale sinistro, con il paziente in posizione supina; se c’è una massa palpabile in ipocondrio sinistro depone a favore della milza la presenza di mobilità col respiro, margine indentato (incisure costali), forma a lingua dell’organo palpabile. La consistenza può essere aumentata in caso di LLC, Hodgkin’s lymphoma, anemia perniziosa/emolitica, policitemia rubra vera, cirrosi epatica, mentre risulta di consistenza ridotta in caso di malattie infettive, tifo/sepsi e/o tubercolosi miliare.



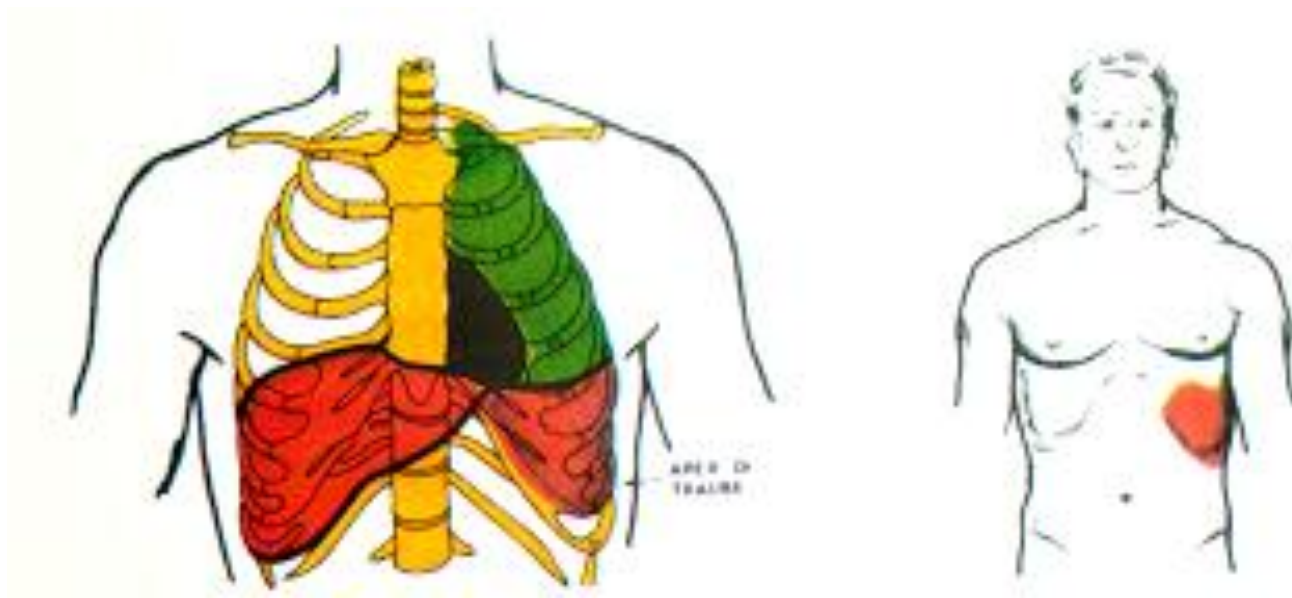
b



c

percussione

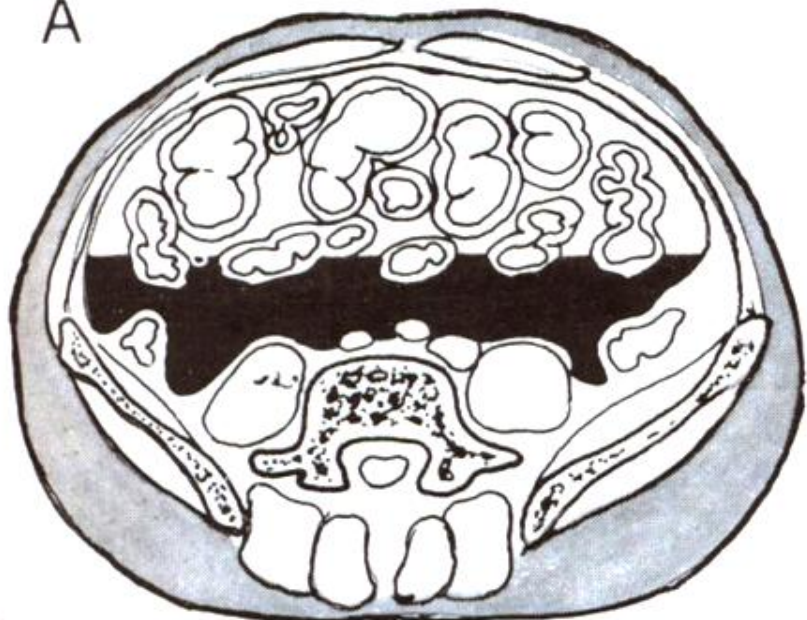
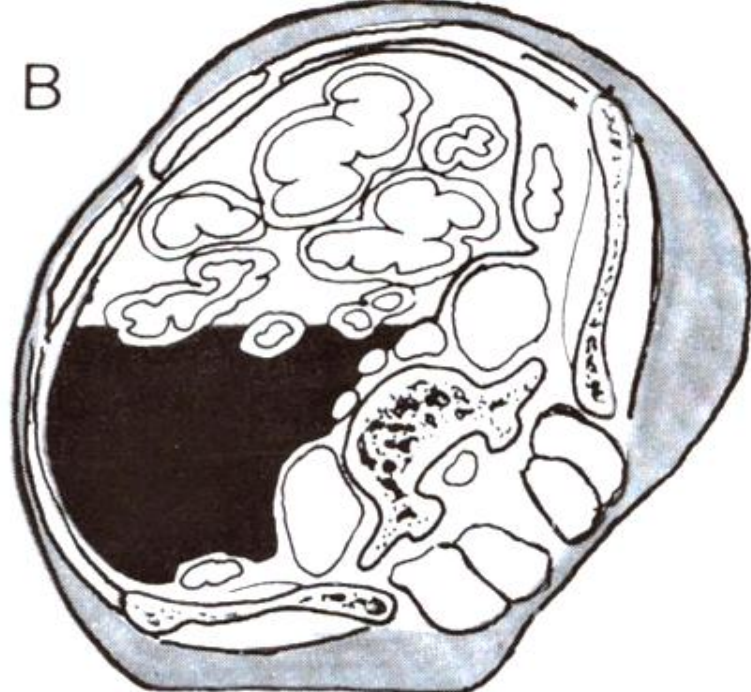
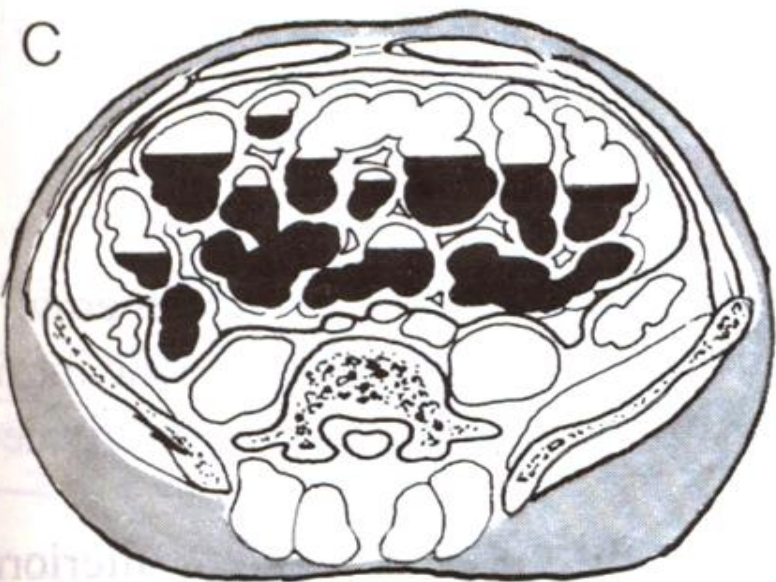
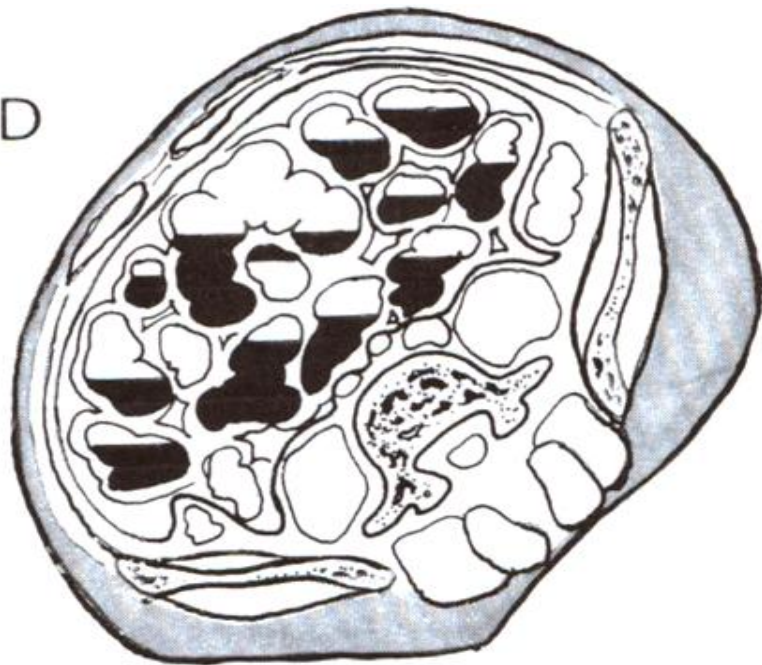
- **PERCUSSIONE:**
- Tramite percussione dell'addome, generalmente si ottiene un **suono timpanico**, diffuso su tutto l'ambito, con la comparsa di un tono più grave nell'area del Traube e meno grave nel decorso del colon e nella zona periombelicale. L'ipocondrio destro mostra la presenza di un suono ipofonetico (o di coscia), quando in inspirio il fegato scende sotto l'arcata costale; non è quasi mai possibile ottenere un suono di percussione colico lungo tutto il decorso intestinale, perché il contenuto colico smorza le vibrazioni.



L'**area di Traube** corrisponde alla proiezione del timpanismo gastrico sulla parete anteriore dell'emitorace sinistro; i limiti sono compresi medialmente fra il margine epigastrico epatico/apice cardiaco, superiormente con il margine inferiore del polmone sinistro, inferiormente con l'arcata costale sinistra, lateralmente con l'ottusità splenica. Tipicamente presenta una dimensione di 8-10 cm di altezza e 12 cm di larghezza; la parte inferiore è chiamata **Area di Weill**, corrispondente alla **parte anteriore del seno costofrenico sinistro**, che diviene ottusa in corso di versamento pleurico sinistro. L'area di Traube scompare o si riduce in caso di splenomegalia, versamento pleurico sinistro, cardiomegalia/versamento pericardico, neoplasie del fundus gastrico e neoplasie retrogastriche o retroperitoneali.

Liquido addominale

- Il **liquido addominale** si deve porre sempre in diagnosi differenziale fra l'ascite (liquido libero peritoneale) e la presenza di fluido intraintestinale; se è ascite in clinostasi il livello idroaereo è ben delimitato, simmetrico e si modifica con un lieve decubito laterale (si chiama anche *segno dell'ottusità mobile*); se il fluido è intraintestinale, in clinostasi il livello idroaereo è poco delimitato e non si modifica con un lieve decubito laterale.

A**B****C****D**

auscultazione

- **AUSCULTAZIONE:**

Si parla di **borborigmi** come suoni intestinali a carattere gorgogliante, dovuti alla peristalsi attiva che tipicamente scompaiono in corso di ileo (soprattutto nella forma paralitica, mentre nella forma meccanica tipicamente nella fase iniziale sono più accentuali a monte dell'ostruzione). Nell'auscultazione dell'addome si possono anche percepire **sfregamenti** che divengono importanti in corso di infarto splenico/periepatite e/o **soffi** che tipicamente indicano la presenza di un aneurisma dell'aorta addominale, una stenosi dell'arteria renale-mesenterica superiore (di solito con un soffio peri/paraombelicale) e/o processi stenosanti dei grossi tronchi arteriosi locali.

Palpazione del fegato

- La **palpazione** é bimanuale e viene effettuata anche con una sola mano, procedendo dalla linea mediana verso destra e dal basso verso l'arcata costale, mentre il paziente giace in decubito supino, in inspirio profondo. Del fegato si devono valutare le dimensioni con un margine epatico che si trova sotto l'arcata costale destra (lungo la linea emiclaveare) e decorre verso sinistra trovandosi sulla linea alba a metà della linea xifo-ombelicale; la **consistenza** che solitamente é parenchimatosa/soffice, mentre se é palpabile indica comunque un aumento della consistenza (come in caso di epatite acuta/cronica o nel fegato da stasi); può essere pastoso nel fegato steatosico e duro nella cirrosi. La **superficie** é solitamente liscia (condizione anche presente nel fegato da stasi, nella steatosi epatica, nelle malattie ematologiche e/o nell'amiloidosi), gibbosa (come in caso di metastasi) o con tumefazione singola (come nel caso di gomme luetiche e/o cisti da echinococco). Per quello che riguarda i margini, solitamente scivola sotto le dita, mentre presenta un margine netto e duro nella cirrosi epatica. La dolorabilità appare positiva in caso di lesioni infiammatorie e/o nell'epatomegalia con tensione capsulare superficiale, condizione che si pone in diagnosi differenziale con il segno di Murphy.

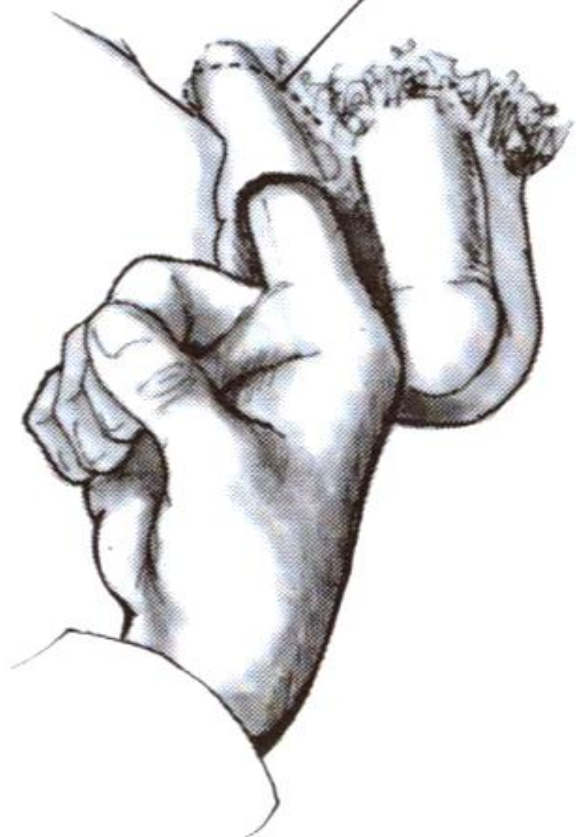
Fegato, altre info

- Per quello che riguarda la **percussione** il suono plessimetrico del fegato è **ottuso**; si ha un'area di ottusità assoluta che rappresenta l'area epatica non coperta dal polmone, fino alla VI costa ed un'ottusità relativa che rappresenta l'area rivestita da polmone, superiormente 3-4 cm sopra alla V costa). Verso sinistra l'ottusità si prolunga con l'ottusità cardiaca. Il margine inferiore del fegato non basta a determinare una epatomegalia (potrebbe essere semplicemente un fegato ptosico), per cui bisogna delimitare alla percussione i due margini epatici in decubito supino (che tipicamente si localizzano a distanza di circa 10 cm). I valori sono comunque variabili in base al diverso tipo di morfologia del paziente (normale, megalosplancnico, microsplancnico). In inspirio profondo il margine epatico inferiore si abbassa di 1-1,5 cm, mentre il margine inferiore del polmone avanza di 3-4 cm sul limite superiore dell'ottusità assoluta. Esistono condizioni che alterano l'area di ottusità epatica; un **aumento ottusità reale** si ha in caso di epatomegalia, apparente in caso di ottusità patologiche circostanti si continuano direttamente con quella epatica (come per il versamento pleurico, l'epatizzazione del lobo polmonare inferiore destro, neoplasie del colon o dello stomaco, ecc...) o discontinuo in caso di emangioma/cavernoma. Una **riduzione dell'ottusità reale** si ha in caso di cirrosi epatica, mentre é apparente in caso in cui il polmone o il cavo pleurico ricoprono il fegato per un tratto maggiore (come in caso di enfisema polmonare, pneumotorace). Una **scomparsa dell'ottusità** si ha quando ci si trova di fronte ad un timpanismo addominale completo con pneumoperitoneo; si ricerca lungo la linea ascellare media (dato che anteriormente può esserci la flessura colica epatica e/o le anse intestinali).

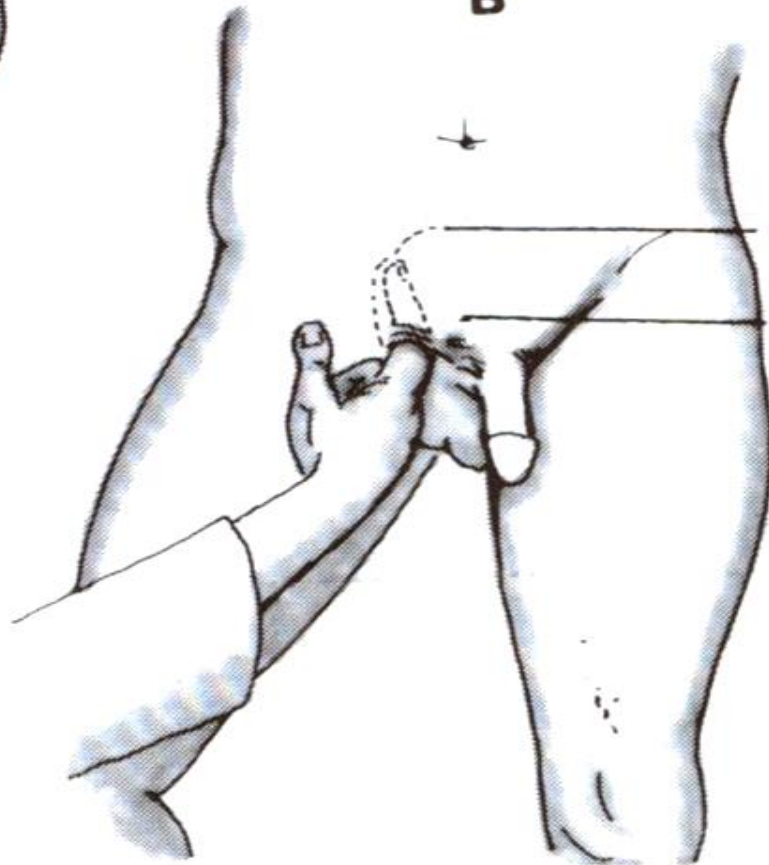
ESAME OBIETTIVO INGUINE - PROSTATA - VESCICA:

- Per il **canale inguinale** l'esame permette di rilevare la presenza di eventuali ernie; il dito dell'esaminatore viene inserito nella **porzione inferiore dello scroto** (se si tratta di un uomo), introflettendolo in modo che il dito scorra lungo il canale inguinale, fino alla palpazione dell'anello inguinale esterno e poi interno. Il paziente effettua la manovra del Valsalva (o con il torchio addominale, o tramite colpi di tosse) al fine di permettere la miglior valutazione della massa erniaria. Si parla di **ernia diretta** se questa passa tramite un punto di maggior debolezza della parete addominale, medialmente all'arteria epigastrica profonda, comparando all'anello inguinale esterno senza passare dal canale inguinale; tipicamente l'ernia é piccola e raramente penetra nello scroto. Si parla di **ernia indiretta** se passa attraverso gli anelli inguinali esterni/interni, lungo il canale inguinale; il collo del sacco erniario giace lateralmente all'arteria epigastrica profonda e l'ernia solitamente é più voluminosa, fino a penetrare nello scroto.

Anello inguinale esterno



B



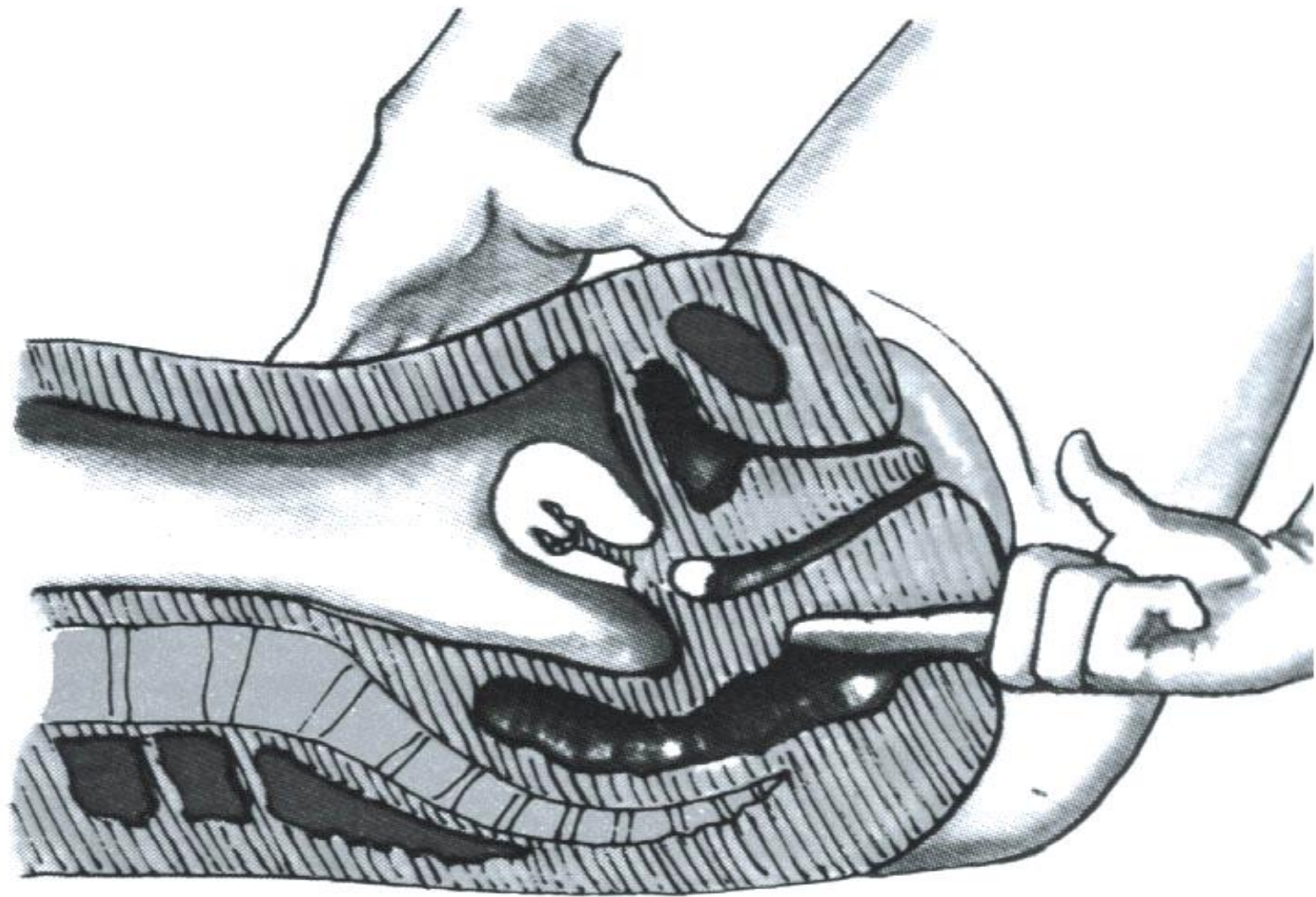
Anello inguinale interno

Anello inguinale esterno

ANO-RETTO

- L'esame obiettivo ano-rettale è indicato nei **pazienti maschi oltre ai 40 anni**, in presenza di emissione di muco o sangue dal retto, nei disturbi dell'alvo e/o nel sospetto clinico di appendicite (si chiama *segno di Rotter*). Può essere una valutazione digitale oppure endoscopica; nell'indagine digitale il paziente si trova in posizione supina (si ha un miglior controllo del cavo di Douglas) o in posizione genupettorale. Il dito esploratore (indice), lubrificato con gel, viene introdotto ruotandolo al fine di esaminare l'intera circonferenza del retto, mentre il paziente a bocca aperta effettua la manovra di torchio addominale. In caso di estremo dolore rettale (prodotto da alterazioni patologiche anali) si può ridurre il disagio dell'esame mediante una supposta di anestetico locale.

All'**ispezione** dell'ano e della regione circostante si deve valutare la presenza di emorroidi, eczema, fistole (definite come *ragadi anali*; per classificare i diversi reperti si fa riferimento alle posizioni di un quadrante d'orologio (guardando da dietro). Segue poi la valutazione dello sfintere sia per quello che riguarda la muscolatura ed il tono (generalmente ha una disposizione a forma di laccio), sia per quello che riguarda la valutazione della prostata (in forma, dimensioni, margini, superficie, consistenza, spremitura e dolorabilità).



E tutto questo discorso per evitare
che....

