SEMEIOTICA CHIRURGICA

Prof. Zocco
Prof.ssa Roncella

MASTER COPY
Tel. 050 8312126
Cell. 388 9837745

Sbobinature IV AK 2017/18

Revisionato da F. Ferri

Indice

Introduzione alla semeiotica chirurgica..... p1
Iter diagnostico..... p3
Anamnesi..... p5
- Il dolore in chirurgia..... p9

Radiologia di uso corrente in chirurgia..... p24
Elementi di anatomia clinica p38
Esame obiettivo..... p58
Documentazione clinica..... p76
Tumefazioni..... p91
- Mammella..... p103
- Ernie addominali..... p104
- Aneurismi. p106

Soluzioni di continuo..... p111
Procedure diagnostico-terapeutiche essenziali. p132
- Sonde e sondini..... p134
- Cateterismi..... p139
- Aghi ed aghi cannule. p145

Occlusioni intestinali..... p147
- Sintomatologia. p150
- Da strozzamento..... p152
- Da ostruzione..... p166
- Parietali del tenue..... p172
- Endoluminali del colon..... p173
- Parietali del colon..... p174
- Iter diagnostico..... p178
- Riepilogo..... p179

Addome acuto..... p182
- Addome acuto destro inferiore..... p190
  - Appendicite acuta..... p190
- Addome acuto destro superiore..... p202
  - Perforazione ulcera peptica..... p202
  - Colelitiasi biliare p208
- Addome acuto sinistro..... p224
  - Malattia diverticolare..... p224

Arteriopatie..... p242
- AOC..... p243
- Arteriopatie flogistiche..... p251
- Ischemia periferica acuta..... p252

Emorragie digestive..... p255
Il politrauma..... p259
- A: Airways..... p261
- B: Breathing..... p263
- C: Circulation..... p267
- D: Disability..... p270
- E: Exposure..... p271
- Valutazione secondaria p273

Semeiotica della mammella..... p275

master COPY
MASTER COPY
Tel. 050 831 2126
Cell. 388 937745
050/831 2126 388 937745

MASTER COPY
Tel. 050 6312126
Cell. 388 9837745

Libri di testo consigliati:

- Semeiotica chirurgica – M. Seccia, G. Zocco;
- Manuale di semeiotica e metodologia chirurgica – Basile, Di Candio, Bellantone.

Ancor prima di introdurre in cosa consista la semeiotica, il docente tiene a sottolineare di come la sua sia una didattica inclusiva, intenta a coinvolgere gli studenti in quesiti di semeiotica che, seppur all'inizio potrebbero risultare difficoltosi, saranno utili ai fini della buona riuscita della lezione.

INTRODUZIONE ALLA SEMEIOTICA CHIRURGICA

Importanza di una corretta anamnesi

La semeiotica è quella disciplina medica che si prefigge, a partire da sintomi e segni clinici, di arrivare ad una diagnosi nel più breve tempo possibile. Fondamentale per il medico è seguire un iter diagnostico ragionato. Grazie alle informazioni che il pz fornisce al medico si è in grado di svolgere un'*anamnesi diretta* o *indiretta*. L'anamnesi rappresenta tutt'oggi una delle fondamenta su cui si basa la diagnosi; con una buona anamnesi infatti si ottengono il 75% delle diagnosi corrette. La *semeiotica fisica* è l'insieme di anamnesi ed *esame obiettivo* che consiste nel capire, attraverso varie manovre sul paziente, quale sia il suo stato di salute.

A completamento del quadro anamnestico/obiettivo soggiungono la *semeiotica laboratoristica e strumentale,* quindi gli esami di laboratorio e strumentali, da considerarsi in secondo piano in termini di "mezzi utili alla diagnosi" rispetto alla sopraccitata semeiotica fisica. Non si può prescindere, nel fare diagnosi, dalle evidenze cliniche rilevate sul paziente. Sebbene la Telemedicina rappresenti un'interessante sfaccettatura della medicina, essa è da considerarsi marginale e utile solo in casi estremi (si pensi a condizioni di isolamento geografico: il prof. ha sfruttato la telemedicina per curare persone che vivevano in un'isola di soli 500 abitanti, senza alcun medico).

Volendo fornire qualche definizione indichiamo come:

- *sintomo* → l'elemento soggettivo che il pz riferisce (es. dolore → difficile da quantificare nonostante esistano le scale del dolore cui fare riferimento);
- *segno* → un elemento visibile e valutabile tramite criteri oggettivi (es. tumefazione → localizzazione, dimensioni, evoluzione etc.);
- *sindrome* → l'insieme di segni e sintomi più o meno associati;
- *malattia* → l'espressione di quei determinati segni e sintomi;

Per comprendere l'importanza della s. fisica prendiamo due semplici esempi:

Esempio 1. La paziente è seduta a tavola e si porta, dolorante, le mani in sede sottocostale nell'ipocondrio destro. Primo elemento da considerare è che la signora ha consumato un pasto abbondante e ricco di grassi, secondo elemento che notiamo è la posizione delle mani. A questo punto ciò che troppo frequentemente succede è che vengano prescritti numerosi esami strumentali che spesso ritardano la diagnosi definitiva (ad esempio, nell'attesa, la colecisti si può rompere o l'appendice andare in gangrena). Tornando agli elementi chiave per la diagnosi: il dolore origina in ipocondrio dx per poi irradiarsi posteriormente alla base della scapola omolaterale e vi si accompagnano nausea e vomito. Si pensa ad un blocco della colecisti, probabilmente piena di calcoli, e per confermare il sospetto diagnostico prescriviamo il *dosaggio delle transaminasi* e un'*ecografia* [il quadro di *colecistite acuta* è da escludere in quanto il dolore sarebbe stato prolungato e la paziente avrebbe avuto la febbre]. Se gli esami confermano il sospetto si procede con *colecistectomia* per via laparoscopica.

Esempio 2. La paziente si trova in piedi e appoggia le mani nella regione periombelicale. Il dolore ha esordito nella regione epigastrica per poi migrare in basso e raggiungere la fossa iliaca destra. Il sospetto diagnostico è di *appendicite* la cui diagnosi rimane tutt'ora tra le più complesse in quanto i quadri anamnestici sono tanti e diversi tra loro.

Appendicite → esordio, più frequentemente, in età scolare. Il bambino sente dolore sordo a livello dell'epigastrio che si evolve in dolore somatico in fossa iliaca destra; rifiuta di mangiare, presenta febbricola, nausea e talvolta vomito. Si procede con *ecografia* di conferma, *emocromo* per verificare se è presente *leucocitosi* e infine rimozione per via laparoscopica dell'appendice.

Video appendice sana → la paziente arriva al pronto soccorso con un quadro di addome acuto: per via laparoscopica si osserva tuttavia che l'appendice si presenta bianca e quindi sana ma c'è del versamento, del siero, che fa pensare ad un quadro di addome acuto di natura ginecologica. Proseguendo infatti notiamo un utero congesto, una cisti ovarica e dei linfonodi mesenteriali ingrossati. Sebbene l'appendice si presenti sana si procede comunque alla sua rimozione bloccando l'arteria appendicolare, tagliando l'appendice alla base e pulendo il mesenteriolo. Si preferisce rimuoverla in quanto ci sono segni di insulto d'organo (vedi linfonodi mesenteriali ingrossati) e la stessa esplorazione laparoscopica rappresenta un fattore invasivo che potrebbe portare a successiva infiammazione (50% dei casi) per cui la sua rimozione ha un carattere preventivo più che terapeutico. In seguito si osserva la presenza del Diverticolo d Meckel, residuo del dotto onfalo-mesenterico che in alcuni pazienti non viene totalmente assorbito. Fino a pochi anni fa le indicazioni internazionali prevedevano la sua rimozione in quanto potrebbe essere sede di infiammazione e tumori ectopici di stomaco e pancreas, oggi si rimuove solo in caso di infiammazione in atto.

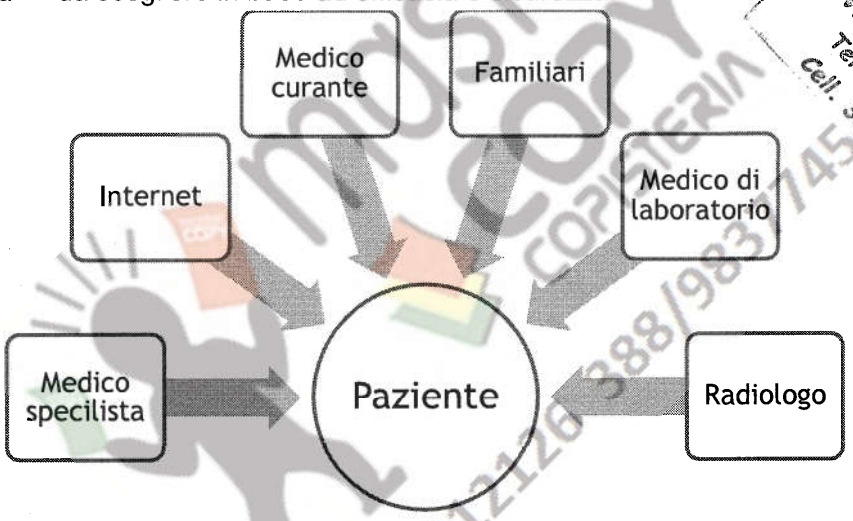
Video appendice gangrenosa → nel caso in cui il quadro diagnostico non risultasse chiaro oppure l'evoluzione dei sintomi fosse troppo rapida, si può arrivare a gangrena dell'appendice. L'appendice si presenta rigonfia di pus, è difficile isolarne le componenti e risulta necessario non solo rimuoverla ma, in caso di peritonite acuta, pulire tutti i quadranti dalle raccolte ascessuali (pus e fibrina), il che è molto agevole per via laparoscopica. Ovviamente è preferibile non arrivare a un quadro del genere ma, grazie ad un'accurata anamnesi e i dovuti esami di conferma, rimuovere l'appendice quando è al primo stadio di tipo catarrale-flemmonoso. Per evitare situazioni simili è importante impostare dei percorsi clinici basati sulle nostre conoscenze e sulle *Linee guida*, negli anni sempre più elaborate perché basate su algoritmi.

MASTER COPY
Tel. 050 831 2126
Cell. 393 9837745

ITER DIAGNOSTICO

Il percorso da seguire quando visitiamo per la prima volta un paziente consiste in:

- *Anamnesi* → fornisce i dati soggettivi riportati dal paziente.
- *Esame obiettivo* → fornisce i dati oggettivi.
- *Sospetto diagnostico* → unicamente basato sulla clinica.
- *Esami di laboratorio e/o strumentali di conferma* → importante la scelta degli esami in base a invasività, costo, sensibilità e specificità. Risulta ovvio che gli esami strumentali debbano essere consoni al sospetto diagnostico (es. per una sospetta appendicite si prescrive un'ecografia e non una risonanza, per un sospetto tumore del colon si prescrive una colonscopia e non una gastroscopia).
- *Diagnosi differenziale* → serve a capire a cosa è dovuto quel particolare dolore considerando tutte gli elementi a nostra disposizione (es. un dolore in fossa iliaca dx può essere appendicite, Morbo di Crohn riacutizzato, occlusione intestinale dovuta a tumore nell'anziano o anche una patologia ginecologica se è una donna fertile).
- *Diagnosi definitiva*
- *Terapia* → da scegliere in base ad efficacia e sicurezza.



MASTER COPY
Tel. 050 831216
Cell. 388 9837745

Quando ci rapportiamo con un paziente dobbiamo considerare che questo entra in comunicazione non solo con noi ma anche con altri medici, coi propri familiari e con internet, che negli anni ha inevitabilmente influenzato l'approccio che il paziente ha con il proprio stato di salute, un tempo erano le riviste a fornire informazioni di tipo "specialistico". Il pz spesso arriva in ambulatorio con il proprio "sospetto diagnostico" con cui il medico deve avere a che fare.

Ancor più preoccupanti sono le situazioni in cui i malati, o sospetti tali, tentano di curarsi da soli oppure si autodiagnosticano malattie senza consultare il medico.

Molti sono i possibili esempi:

- Giovane donna newyorkese con carcinoma metastatico acquista un "miracoloso chemioterapico" su internet che, dopo l'autopsia, si rivela essere un carburante per missili.
- Due coniugi australiani di 65 e 68 anni si autodiagnosticano un tumore del colon al 4° stadio dopo aver letto sul web che si alternano momenti di stipsi alla diarrea, si uccidono entrambi e il risultato autoptico rivela che il marito era sano mentre la donna aveva un polipo.

Compito del medico è saper ascoltare il paziente, valutare tutto ciò che questo riferisce ed essere in grado di fornire una giusta diagnosi. Se il paziente si rifiuta di accettare le nostre indicazioni rimane libero di ascoltare altri pareri, il problema sorge quando il pz è urgente e il medico deve prendere rapide decisioni.