

SEMEIOTICA GENERALE DELL' ADDOME

PROF. Dino Vaira

DIPARTIMENTO DI SCIENZE MEDICHE E CHIRURGICHE

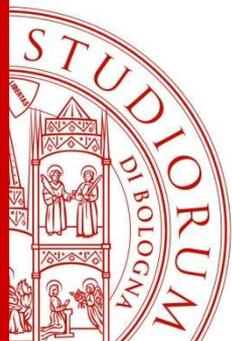
Padiglione 5, I piano, Stanza n.5

051/6364140

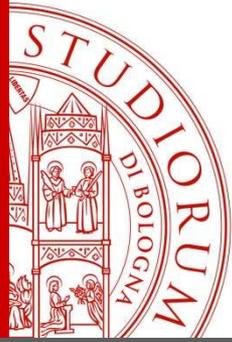
<http://www.unibo.it/docenti/berardino.vaira>

Mail: berardino.vaira@unibo.it

D.A. 82 ANNI, DONNA, PENSIONATA (IN PASSATO RICAMATRICE)



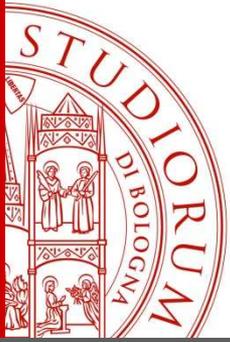
Dino Vaira



ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA:

- IPERTENSIONE ARTERIOSA.
- IPERCOLESTEROLEMIA.
- APPENDICECTOMIA IN ETA' GIOVANILE.
- COLECISTECTOMIA A 50 ANNI.
- ARTROSI POLIDISTRETTUALE.

Dino Vaira

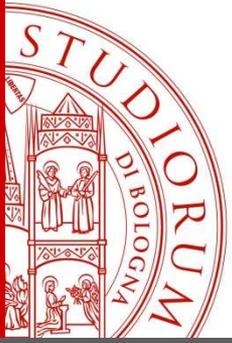


IN FEBBRAIO U.S. PEGGIORAMENTO DELLA
CENESTESI E CALO PONDERALE.

RIFERITI DOLORI OSTEOARTICOLARI DIFFUSI IN
QUADRO DI NOTA POLIARTROSI.

IL CURANTE CONSIGLIA CICLO DI TERAPIA STEROIDEA
PER OS (GIÀ EFFETTUATO IN PASSATO CON
BENEFICIO).

Dino Vaira

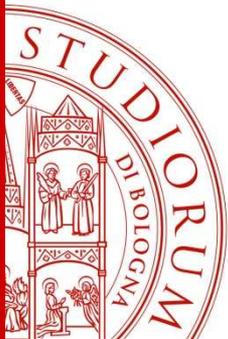


PRESCRIVE INOLTRE ESAMI EMATOCHIMICI DI CONTROLLO CHE EVIDENZIANO LIEVE ANEMIA MICROCITICA.

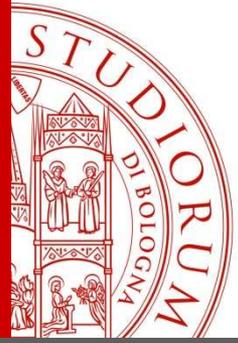


ESECUZIONE DI SOF: 1 campione positivo su 3

Dino Vaira



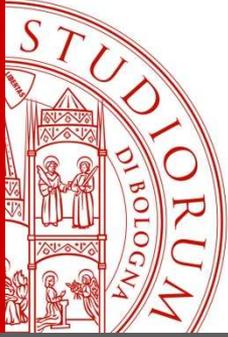
Dino Vaira



QUALE PERCORSO DIAGNOSTICO?

1. OSSERVAZIONE CLINICA E FOLLOW UP LABORATORISTICO ANEMIA
2. DOSAGGIO CEA E CA 19-9
3. ESECUZIONE DI PCS E/O EGDS

Dino Vaira



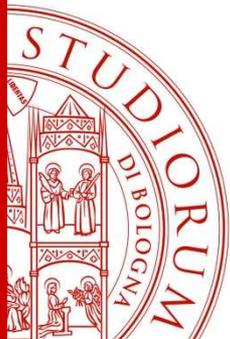
NEL FRATTEMPO LA PAZIENTE VIENE RICOVERATA IN
URGENZA PER MELENA.

SI ESEGUE EGDS CHE EVIDENZIA ULCERA
DUODENALE ED ECOGRAFIA DELL'ADDOME CHE,
LIMITATA DA MARCATO METEORISMO, NON RILEVA
ALTERAZIONI EPATICHE NÉ VERSAMENTO
ADDOMINALE.



VIENE RACCOMANDATO ALLA PAZIENTE DI CESSARE
L'ASSUNZIONE DI FANS (CHE ASSUMEVA IN
AUTONOMIA) ED IMPOSTATA TERAPIA CON PPI.

Dino Vaira



DIAGNOSI

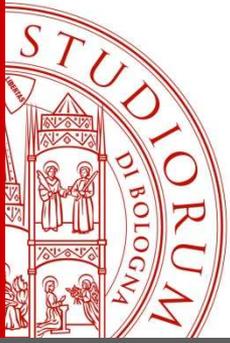


TRATTAMENTO

CASO CLINICO RISOLTO!!!!!!

MA.....

Dino Vaira

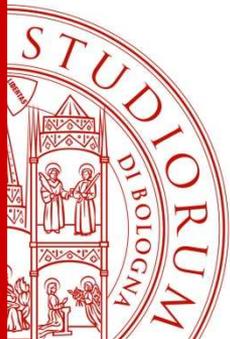


IN LUGLIO U.S. LA PAZIENTE SI RECA NUOVAMENTE
DAL CURANTE:

LAMENTA IPORESSIA E RIFERISCE ULTERIORE CALO
PONDERALE.

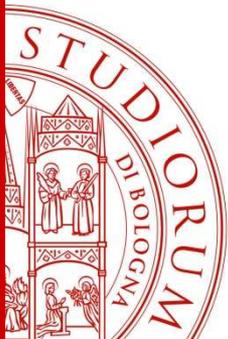
RIFERISCE INOLTRE NETTO PEGGIORAMENTO
DELL'ABITUALE STIPSI.

Dino Vaira

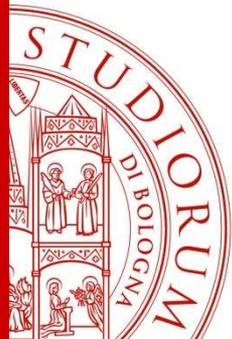


ALL'ESAME OBIETTIVO:
ADDOME TRATTABILE, LIEVE DOLENZA ALLA
PALPAZIONE LUNGO LA CORNICE COLICA, LIEVE
IPERTIMPANISMO DIFFUSO, PERISTALSI PRESENTE,
NON SEGNI DI PERITONISMO.

Dino Vaira



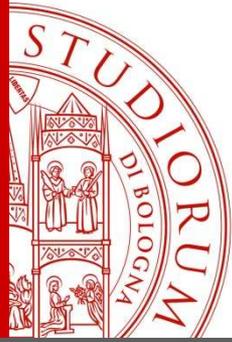
Dino Vaira



QUALE PERCORSO DIAGNOSTICO-TERAPEUTICO?

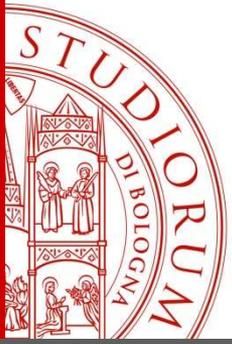
1. TRATTAMENTO CON MACROGOL, DOMPERIDONE E INTEGRATORI ALIMENTARI ED OSSERVAZIONE CLINICA.
2. RIPETIZIONE ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA
3. ESAMI EMATICI + PANCOLONSCOPIA

Dino Vaira



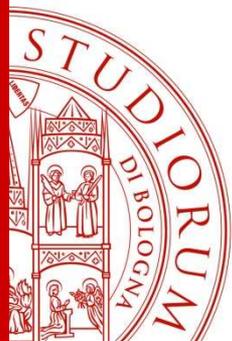
GLI ESAMI EMATICI NON MOSTRANO ANEMIA
MA LIEVE RIALZO PCR, ELEVAZIONE CEA e
CARENZA MARZIALE.

Dino Vaira



DOPO 10 GIORNI, MENTRE E' IN ATTESA DI ESEGUIRE PCS, LA PAZIENTE SI RECA IN PS PER SINDROME DOLOROSA ADDOMINALE CON ALVO CHIUSO ALLE FECI DA 3 GIORNI E AI GAS DA 1.

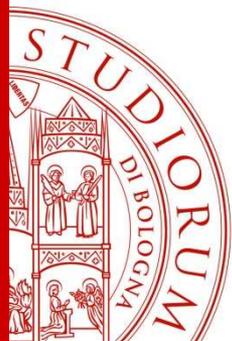
Dino Vaira



VIENE ESEGUITA TC ADDOME SMDC EV, DOPO SOMMINISTRAZIONE DI GASTROGRAFAN, CON RISCONTRO DI QUADRO OCCLUSIVO.

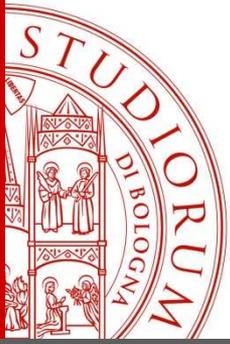
« presenza di multiple anse intestinali distese ed opacizzate con modica componente fluida tra le stesse. Colon discretamente disteso opacizzato sino a livello del sigma sede di multiple formazioni diverticolari ».

Dino Vaira



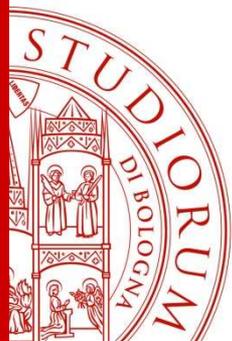
LA PAZIENTE È STATA SOTTOPOSTA AD INTERVENTO DI VISCEROLISI E CECOTOMIA DECOMPRESSIVA.

Dino Vaira



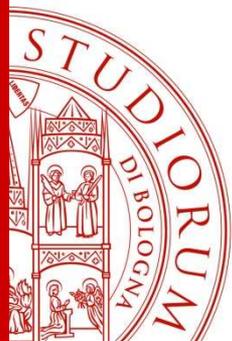
PER MANCATA RIPRESA DELLA CANALIZZAZIONE È STATA RIPETUTA TC ADDOME CON MDC CON RISCONTRO DI PATOLOGICO ISPESSIMENTO PARIETALE CONCENTRICO CON RIDUZIONE DEL LUME COLICO A LIVELLO DEL PASSAGGIO COLON-SIGMA.

Dino Vaira



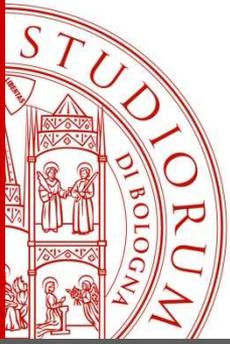
LA PAZIENTE È STATA SOTTOPOSTA A SIGMOIDECTOMIA E CONFEZIONAMENTO DI COLOSTOMIA SECONDO HARTMANN.

Dino Vaira



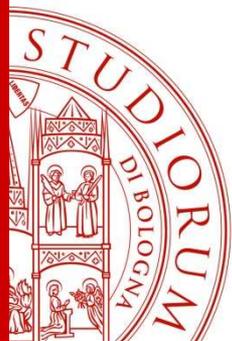
REFERTO ISTOLOGICO:
ADENOCA MEDIAMENTE DIFFERENZIATO DEL
SIGMA CHE INVADE IL TESSUTO CONNETTIVO
PERIVISCERALE.
METASTASI LINFO-PERILINFONODALI.
pT4a pN1b.

Dino Vaira



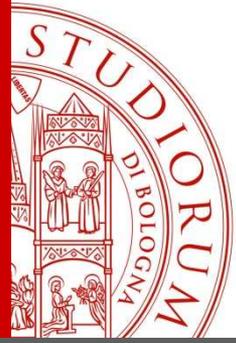
IL POST OPERATORIO È STATO COMPLICATO
DA ESTESO EMATOMA A CARICO DELLA
PARETE ADDOMINALE NELLA SEDE DI SUTURA
E DA SUCCESSIVA DEISCENZA DELLA FERITA
CHIRURGICA.

Dino Vaira



LE CONDIZIONI GENERALI DELLA PAZIENTE
NON PERMETTONO ATTUALMENTE DI
AVVIARE UN PROGRAMMA
CHEMIOTERAPICO.

Dino Vaira



DOLORE ADDOMINALE

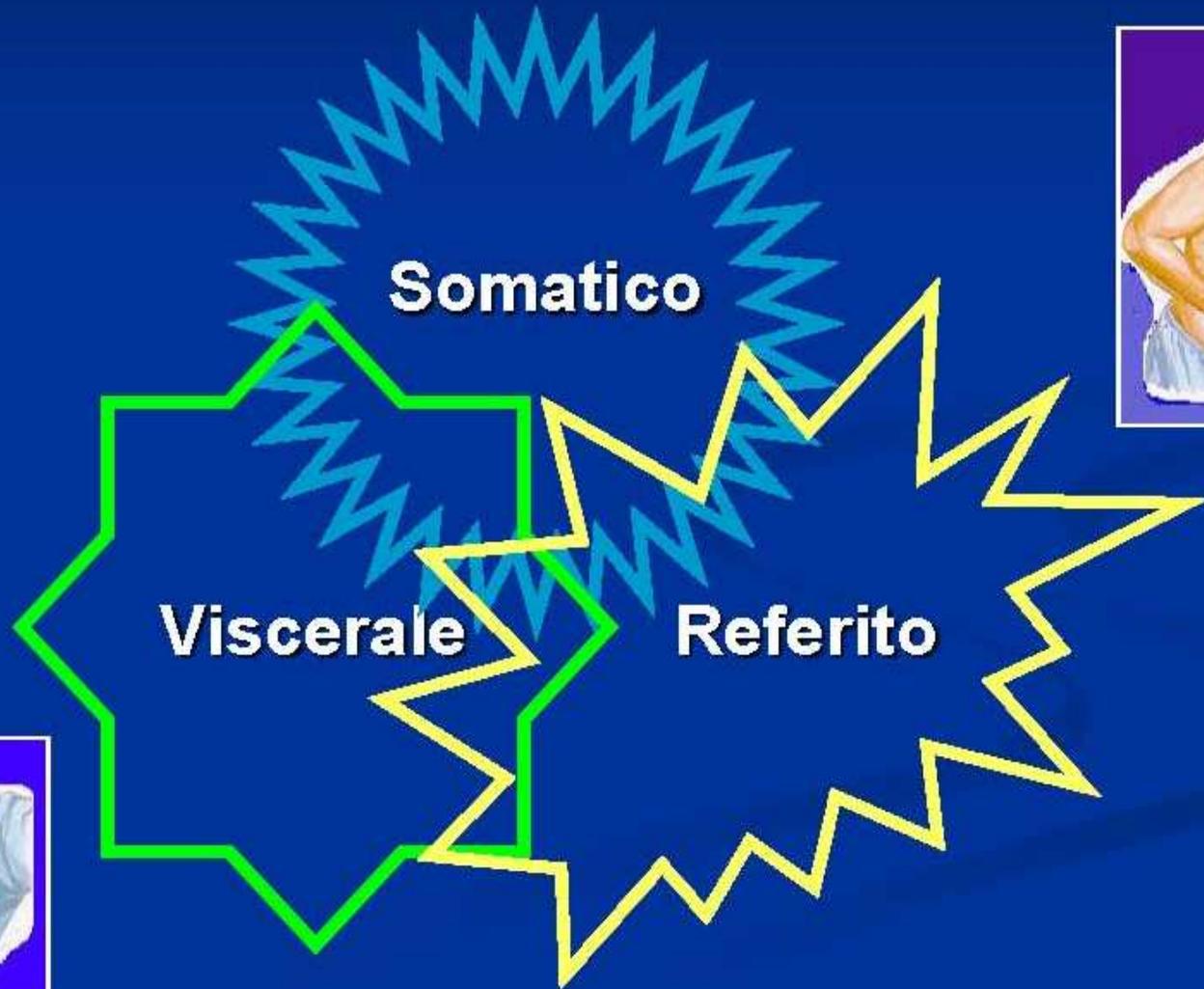
E' sintomo comune di un gran numero di affezioni morbose e ne rappresenta il segnale d'allarme.

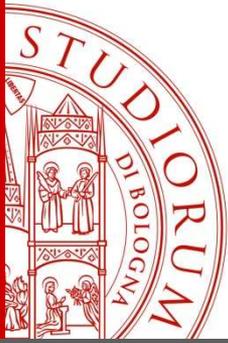
Il dolore è provocato da:

- distensione o spasmo di un viscere cavo (recettori algici presenti nella tonaca muscolare liscia)
- distensione della capsula degli organi parenchimatosi (recettori algici presenti nelle capsule (fegato, milza, reni)
- trazione sul mesentere, sui legamenti, sul peritoneo
- infiltrazione o compressione neoplastica di nervi sensitivi
- ischemia

Dino Vaira

IL DOLORE



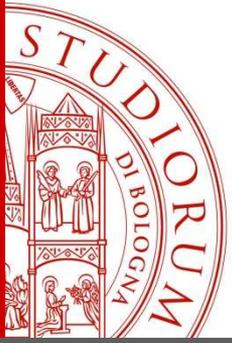


DOLORE VISCEREALE

Origina dalla distensione, spasmo, ischemia degli organi addominali; lo stimolo arriva al S.N.C. attraverso le fibre del sistema nervoso autonomo.

Il dolore viscerale tende ad essere diffuso perché l'innervazione della maggior parte degli organi è multisegmentale e scatena spesso riflessi autonomi quali sudorazione, nausea, vomito, ipotensione.

Dino Vaira

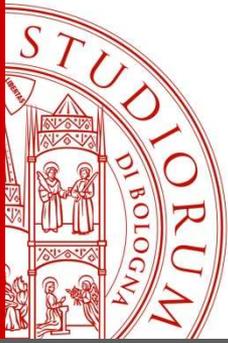


DOLORE SOMATICO

Origina dalla parete addominale e particolarmente dal peritoneo parietale, dalla radice dei mesenterici e dal diaframma.

Dolore più intenso e più precisamente localizzato nel sito della lesione. Il dolore parietale è in genere aggravato dalla tosse e dal movimento.

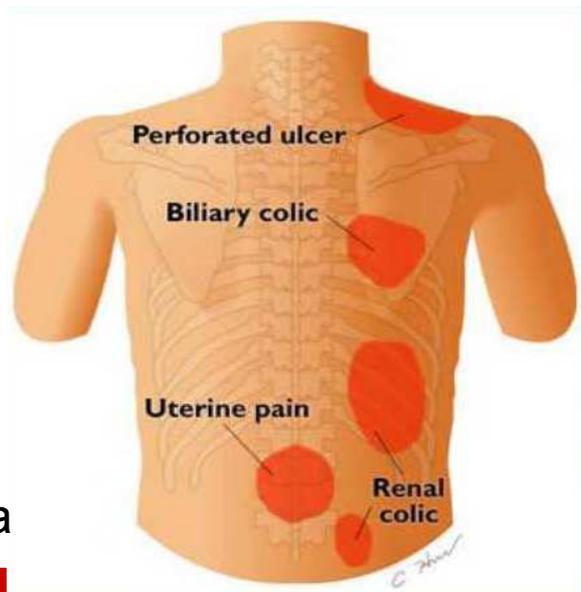
Dino Vaira



DOLORE RIFERITO

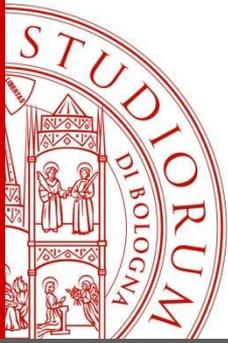
Si ha quando il dolore viene percepito lontano dalla sede della lesione.

E' dovuto alla confluenza degli stimoli algogeni sullo stesso neuromero dove affluiscono gli stimoli originati dall'organo interessato e dal dermatomero dove viene riferito il dolore.



ES: il dolore colecistico può essere percepito in corrispondenza della scapola destra; il dolore pancreatico può essere avvertito al dorso

Dino Vaira

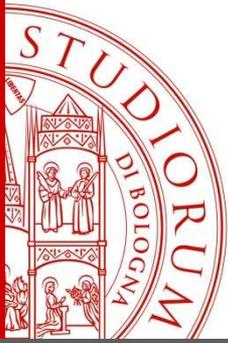


DOLORE IN ADDOME SUPERIORE DESTRO

- FEGATO (stasi, ascesso epatico o sottoepatico, colangite, ecc...)
- COLECISTI (calcolosi complicata, empiema, ecc...)
- RENE (neoplasia, infarto renale, nefrolitiasi)
- RADICI NERVOSE (Herpes Zoster)
- PLEURA (Pleurite)

DOLORI EPI E MESOGASTRICI

- CUORE (angina pectoris, IMA, pericardite)
- STOMACO (ernia jatale, gastrite, ulcera)
- DUODENO (duodenite, ulcera)
- PANCREAS (pancreatite acuta o cronica, neoplasie)
- INTESTINO
- VASI ADDOMINALI (“claudicatio addominale”)

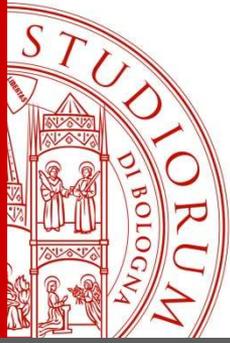


DOLORI IN ADDOME SUPERIORE SINISTRO

- CUORE (angina pectoris, IMA, pericardite)
- STOMACO (ulcera, neoplasia)
- INTESTINO (colite, neoplasie)
- PANCREAS (pancreatite acuta o cronica, neoplasie)
- RENE (nefrolitiasi, infarto renale, neoplasia)
- PLEURA (pleurite)
- MILZA (infarto splenico, splenomegalia)

DOLORI NELL'ADDOME INFERIORE

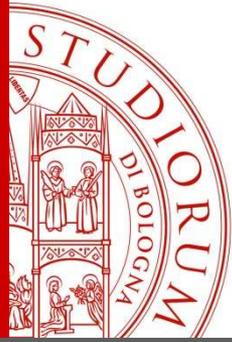
- INTESTINO (appendicite, ernia, ileite terminale, diverticolite, colon irritabile , neoplasia...)
- APPARATO UROGENITALE (nefrolitiasi, affezioni delle vescichette seminali, annessite, cisti ovarica, gravidanza tubarica, tumore uterino, miofibroma)



PUNTI DOLOROSI ADDOMINALI

LA LORO PALPAZIONE INDUCE DOLORE O
CONTRAZIONE DI DIFESA IN PRESENZA DI
AFFEZIONI VISCERALI NON (ANCORA)
RESPONSABILI DI PERITONITE

Dino Vaira



PUNTO CISTICO: ALL'INTERSEZIONE DEL MARGINE ESTERNO DEL M. RETTO DESTRO CON L'ARCATA COSTALE.

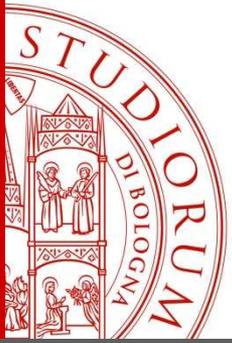
NELLE COLECISTITI ACUTE LA PALPAZIONE DEL PUNTO CISTICO E' ESTREMAMENTE DOLOROSA

SEGNO DI MURPHY: ARRESTO DELL'ATTO INSPIRATORIO IN SEGUITO AL DOLORE INDOTTO DALLA PALPAZIONE DEL PUNTO CISTICO (SI DISPONGONO LE PUNTE DELLE DITA DELLA MANO DESTRA IN PROSSIMITA' DEL PUNTO CISTICO AFFONDANDOLE LEGGERMENTE DALL'AVANTI ALL'INDIETRO E DAL BASSO VERSO L'ALTO, SI INVITA IL PAZIENTE AD ESEGUIRE UNA PROFONDA INSPIRAZIONE; CON L'ABBASSAMENTO DEL DIAFRAMMA L'INSPIRAZIONE PORTA AD UN BRUSCO AVVICINAMENTO DELLA COLECISTI ALLE DITA DELL'OSSERVATORE DA CUI IL DOLORE CHE FA CESSARE AUTOMATICAMENTE L'ATTO INSPIRATORIO)

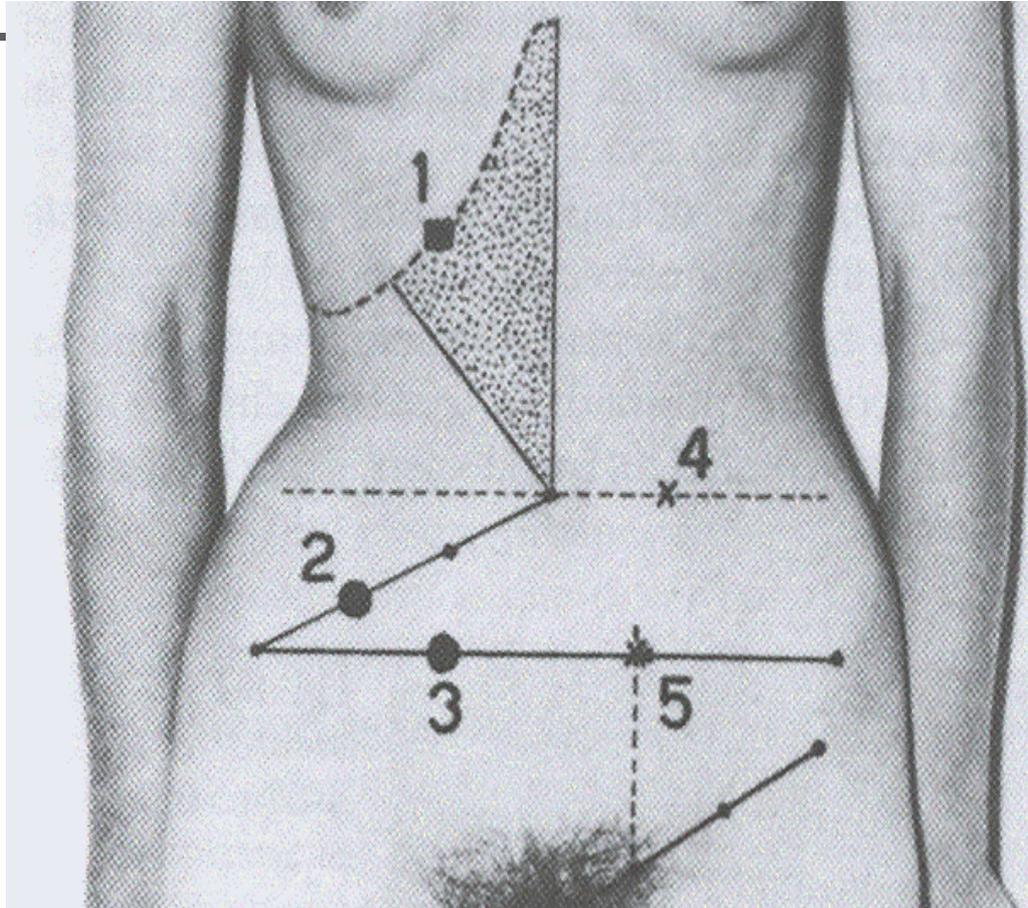
SEGNO DI MURPHY POSITIVO

LITIASI DELLA COLECISTI

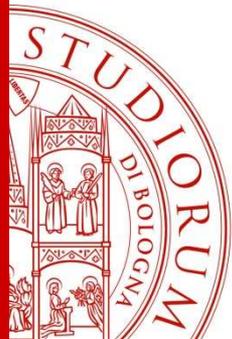
Dino Vaira



PUNTO CISTICO



Dino Vaira



TRIANGOLO PANCREATICO DUODENALE DI CHAUFFARD

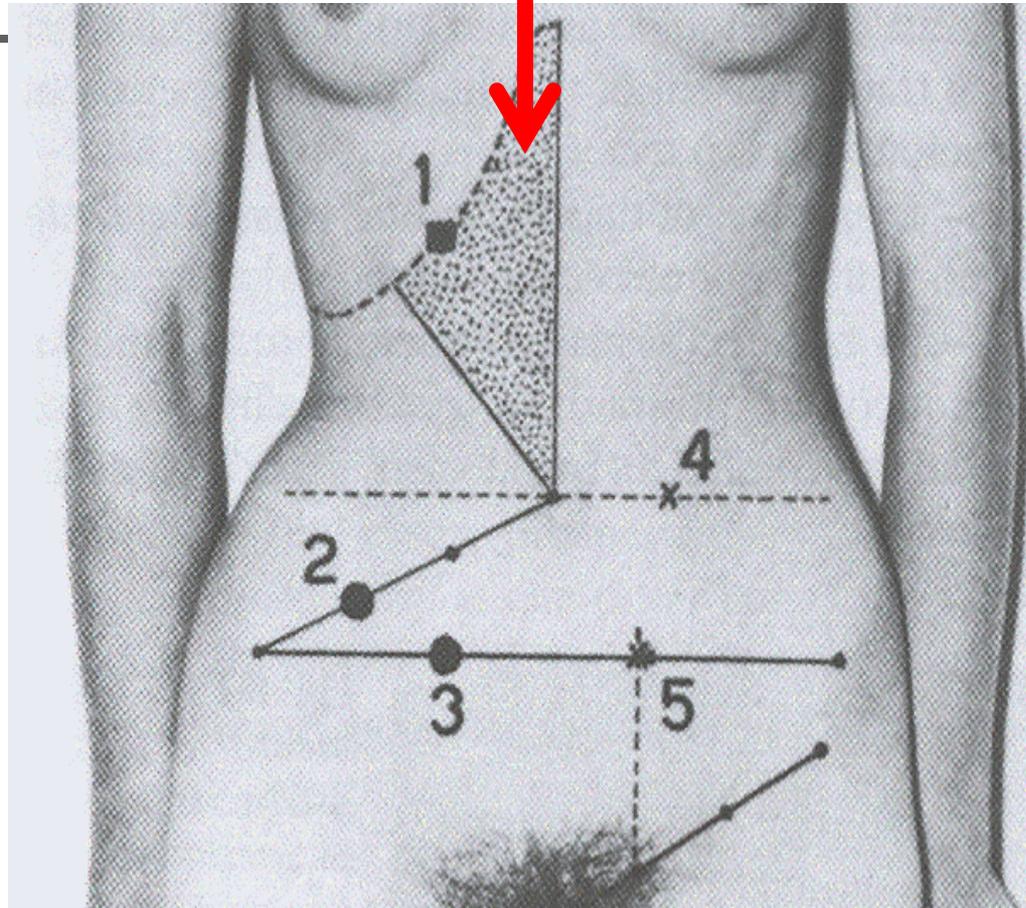
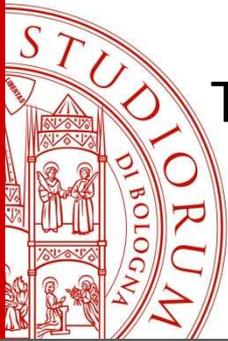
(tracciate le linee xifo-ombelicale ed ombelicale trasversa si disegna la bisettrice dell' angolo retto da esse delimitato in corrispondenza Del quadrante superiore destro dell' addome. L' angolo situato tra questa bisettrice e la linea xifo-ombelicale comprende il triangolo Pancreatico duodenale di Chauffard)

CORRISPONDE ALLA PROIEZIONE DELLA PRIMA PORZIONE DEL DUODENO, DELLA TESTA DEL PANCREAS E DEL COLEDOCO.

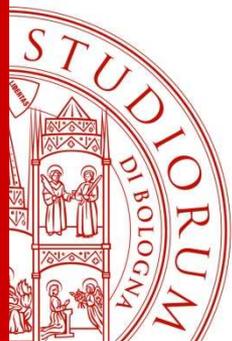
E' DOLENTE NELL' ULCERA DUODENALE, NELLE PANCREATITI, NELLA LITIASI DEL COLEDOCO.

Dino Vaira

TRIANGOLO PANCREATICO DUODENALE DI CHAUFFARD



Dino Vaira

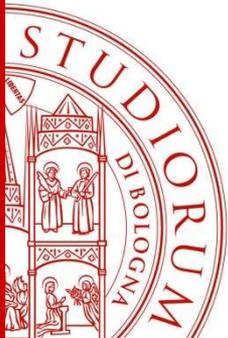


PUNTI APPENDICOLARI

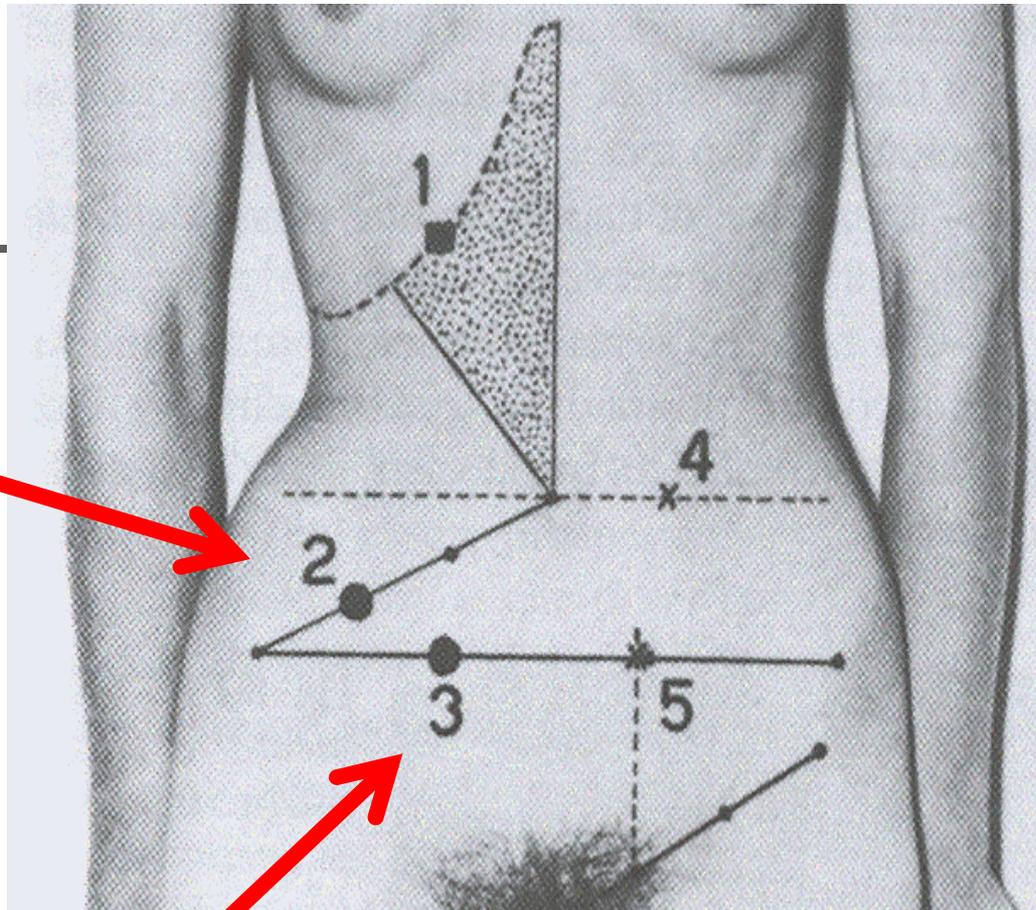
NELLE FLOGOSI ACUTE E CRONICHE DELL' APPENDICE LA DOLORABILITA' ALLA PALPAZIONE SI LOCALIZZA IN CORRISPONDENZA DEL QUADRANTE INFERIORE DESTRO

PUNTO DI MAC BURNEY: SITUATO ALL' UNIONE TRA IL TERZO LATERALE E I DUE TERZI MEDIANI DELLA LINEA SPINO-OMBELICALE (LA LINEA CHE UNISCE LA SPINA ILIACA ANTERO-SUPERIORE ALL' OMBELICO)

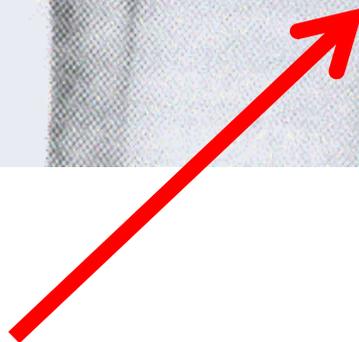
PUNTO DI LANZ: SITUATO TRA TERZO MEDIO E TERZO LATERALE DESTRO DELLA LINEA BISPINO-ILIACA (LA LINEA CHE UNISCE LE DUE SPINE ILIACHE ANTERIORI SUPERIORI)



PUNTO DI MAC BURNEY



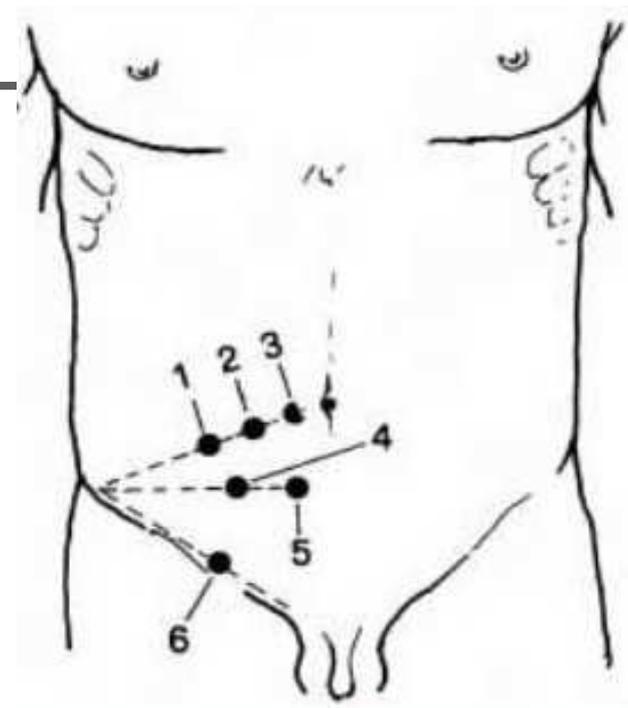
PUNTO DI LANZ

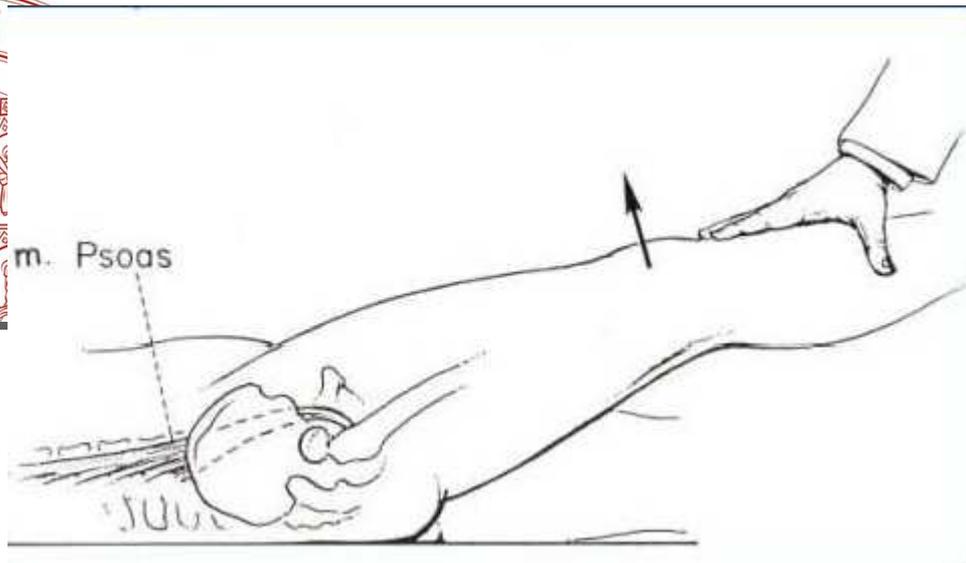


Dino Vaira

Punti e segni appendicolari

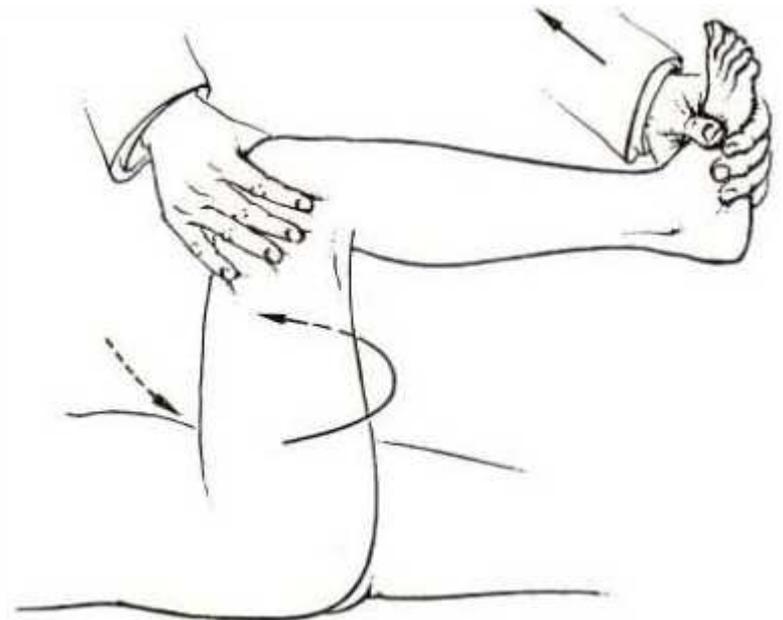
- punto di Mc Burney (1)
- punto di Morris (2)
- punto di Munro (3)
- punto di Lanz (4)
- punto di Clado (5)
- punto di Jalaguier (6)
- segno di Rovsing
(dolore ds alla compressione a sn)
- segno dell'ileo-psoas
(sollevamento coscia contro
pressione di mano opponente)
- segno dell'otturatore
(adduzione della coscia flessa contro
pressione di mano opponente)





SEGNO DELLO PSOAS

SEGNO DELL'OTTURATORIO



Dino Vaira

PUNTI URETERALI

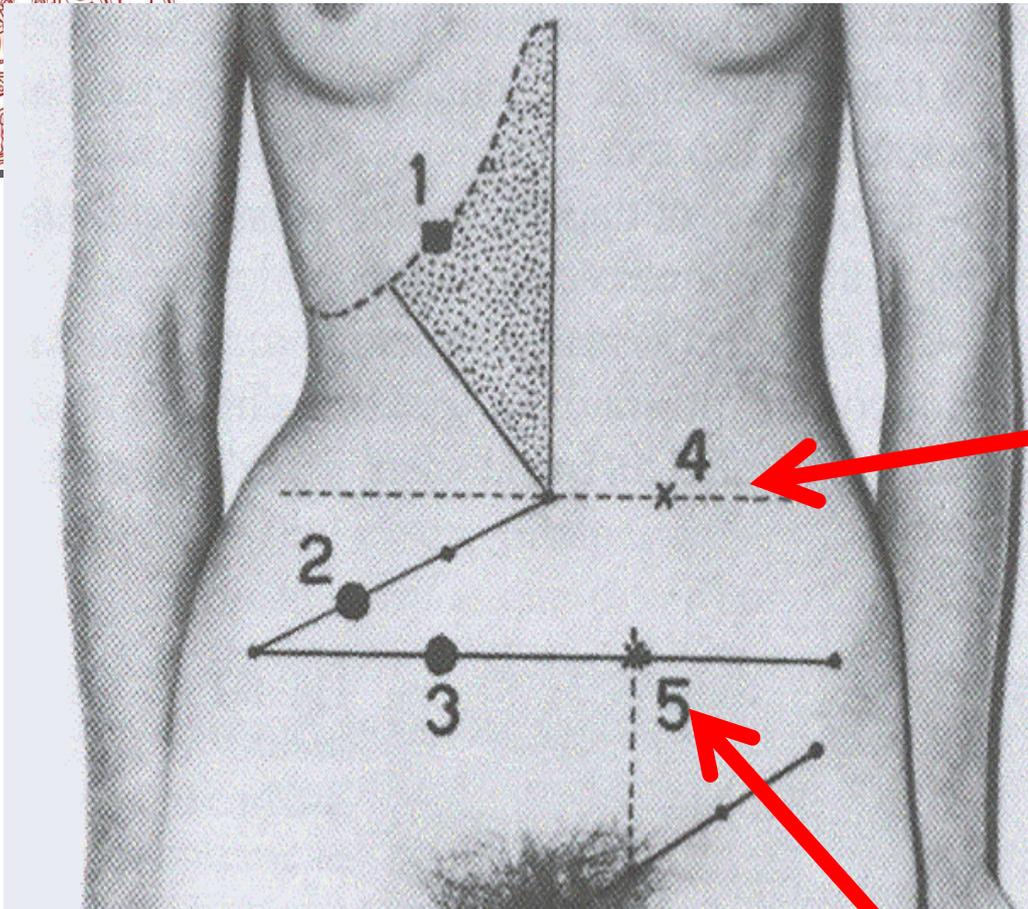
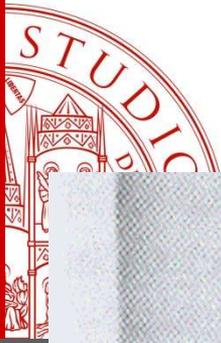
LA DOLORABILITA' DI UNO O PIU' PUNTI URETERALI E' INDICATIVA DI UN CALCOLO IMPEGNATO NELL' URETERE O DI UN DIFFUSO INTERESSAMENTO FLOGISTICO O MECCANICO DELL' URETERE STESSO

PUNTO URETERALE SUPERIORE: SULLA LINEA OMBELICALE TRASVERSA A TRE DITA DALL' OMBELICO

PUNTO URETERALE MEDIO: SULLA LINEA BISPINOILIACA, TRA TERZO MEDIO ED ESTERNO

PUNTO URETERALE INFERIORE: CORRISPONDE ALLO SBOCCO DELL' URETERE IN VESCICA VALUTABILE ALL' ESPLORAZIONE RETTALE NELL' UOMO (LATERALMENTE ED AVANTI ALLE VESCICOLE SEMINALI) ED ALL' ESPLORAZIONE VAGINALE NELLA DONNA (SPINGENDO IN AVANTI IL FORNICE LATERALE)

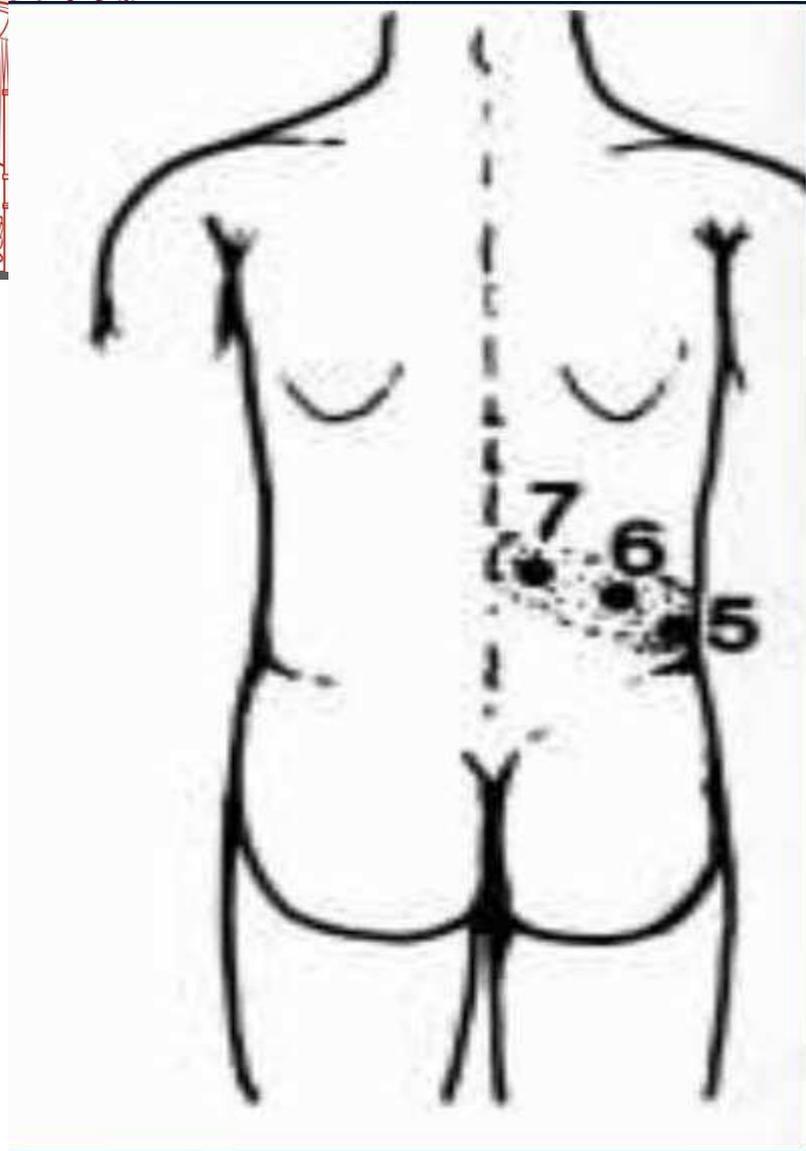
Dino Vaira



PUNTO URETERALE
SUPERIORE
SINISTRO

Dino Vaira

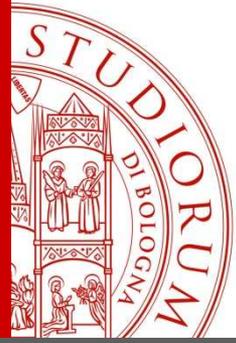
PUNTO URETERALE MEDIO SINISTRO



Punti renali

- punto costo-muscolare (5)
- punto costo-lombare (6)
- punto costo-vertebrale (7)

Dino Vaira

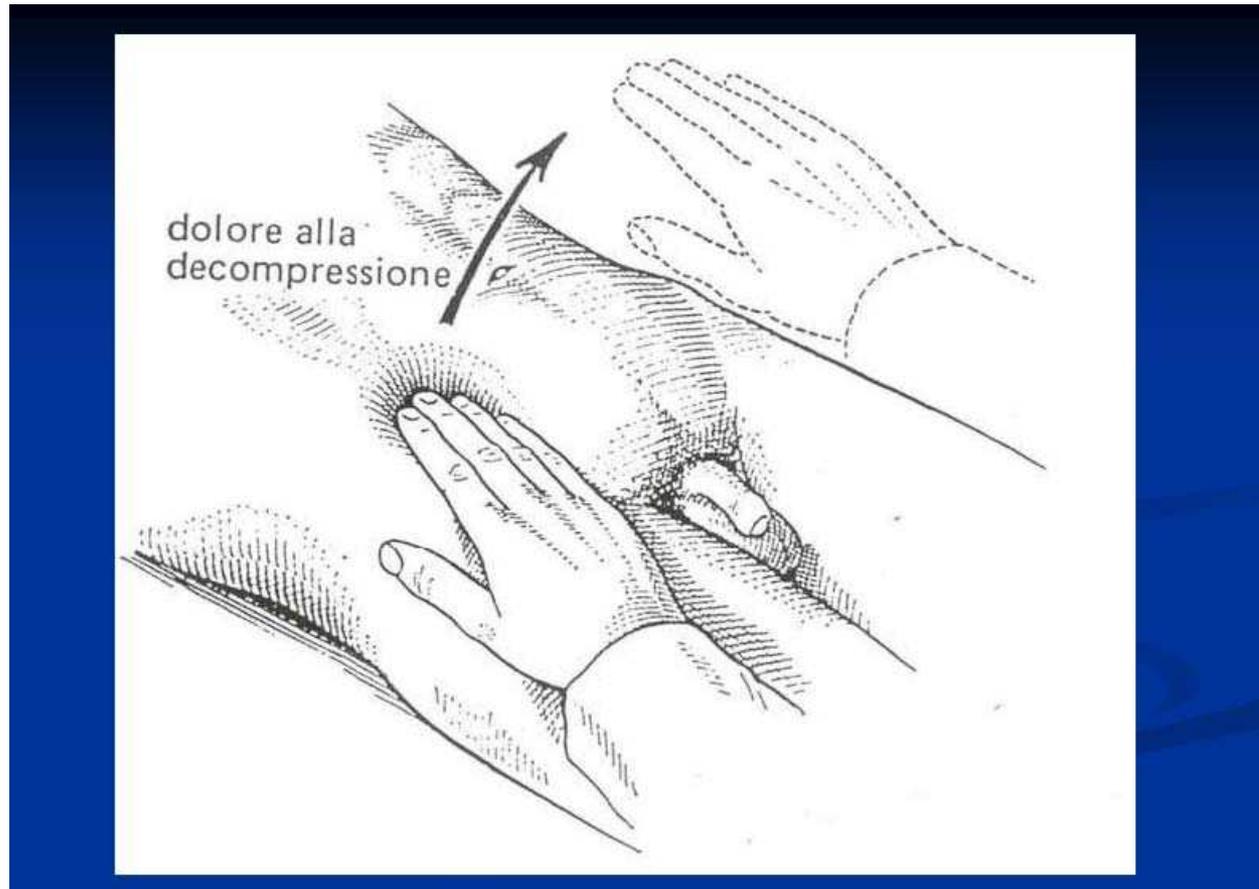


MANOVRA DEL GIORDANO: EFFETTUATA DANDO DEI COLPETTI CON IL BORDO ULNARE DELLA MANO IN REGIONE LOMBARE: SE DETERMINA DOLORE ADDOMINALE → CALCOLOSI RENALE

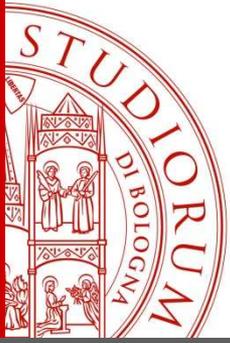


Dino Vaira

SEGNO DI BLUMBERG: DOLORE DI RIMBALZO, INDOTTO DALLA DECOMPRESSIONE ADDOMINALE → FLOGOSI DEL PERITONEO PARIETALE



Dino Vaira

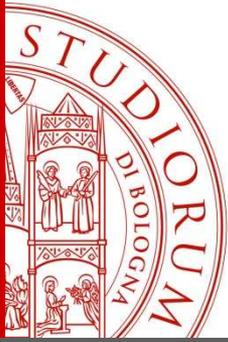


NELLE PERITONITI ACUTE LA CONTRATTURA MUSCOLARE DI DIFESA E' LIMITATA ALLE ZONE SOVRASTANTI IL VISCERE INTERESSATO DAL PROCESSO INFIAMMATORIO (ES: QUADRANTE INFERIORE DESTRO NELL'APPENDICITE ACUTA; AL QUADRANTE SUPERIORE DESTRO NELLA COLECISTITE)

SEGNO DI BLUMBERG E' POSITIVO!

CON IL PROGREDIRE DELL'INFIAMMAZIONE PERITONEALE LA CONTRATTURA SI ESTENDE A TUTTA LA PARETE ADDOMINALE CHE SI PRESENTA AVVALLATA E TESA (ADDOME LIGNEO).

L'IRRITAZIONE DEL PERITONEO SI ASSOCIA A VOMITO, SINGHIOZZO, ILEO (ARRESTO DEL TRANSITO DI FECI E GAS) FINO A SHOCK .



3. PERCUSSIONE

NEL SOGGETTO SANO, LA PERCUSSIONE ADDOMINALE EVOCA UN SUONO TIMPANICO, DEFINITO “TIMPANISMO ENTERO-COLICO” INDOTTO DAL CONTENUTO AEREO DI STOMACO ED INTESTINO.

NELLE REGIONI CORRISPONDENTI AD ORGANI PARENCHIMATOSI SI AVVERTE UN SUONO DEFINITO “OTTUSO”.

LA DIFFERENTE RISONANZA CONSENTE, ALLA PERCUSSIONE, LA DELIMITAZIONE DEL FEGATO E DELLA MILZA SULLA PARETE ADDOMINALE ANTERIORE.

SI PROCEDE IN SENSO CAUDO-CRANIALE, LUNGO LINEE VERTICALI, PER LA DELIMITAZIONE DEI MARGINI INFERIORI, ED IN SENSO CRANIO-CAUDALE PER IL MARGINE SUPERIORE .

VARIAZIONI PATOLOGICHE: IPERTIMPANISMO

OTTUSITÀ PATOLOGICHE

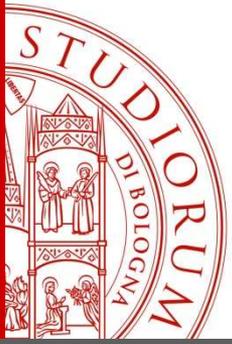
SCOMPARSA DELL'AIA DI OTTUSITÀ EPATICA

Dino Vaira



- PERCUSSIONE DIGITO-DIGITALE
- IL DITO MEDIO DELLA MANO SINISTRA FUNGE DA PLESSIMETRO; ESSO VIENE POSTO A CONTATTO DELLA REGIONE DA ESPLORARE
- IL DITO MEDIO DELLA MANO DESTRA FUNGE DA MARTELLETTO E PERCUOTE IN SENSO ORTOGONALE IL DITO CHE FUNGE DA PLESSIMETRO

Dino Vaira



PERCUSSIONE TOPOGRAFICA SUPERFICIALE:
DELIMITA IL CONFINE TRA I LEMBI POLMONARI E
GLI ORGANI SOLIDI SOTTOSTANTI (CUORE, FEGATO,
MILZA)

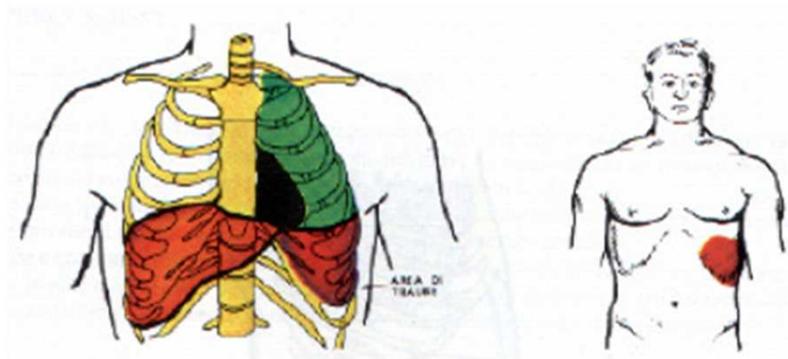
PERCUSSIONE TOPOGRAFICA PROFONDA:
PER INDIVIDUARE CAMBIAMENTI DI STRUTTURA IN
PROFONDITA' (ES. MARGINE SINISTRO DEL CUORE,
CUPOLA EPATICA)

Dino Vaira

TIMPANISMO

1. GASTRICO:
- BOLLA GASTRICA, CHE SI ORIZZONTALIZZA IN POSIZIONE SUPINA (AREA DI TRAUBE)
 - ASSOLUTO (AREA DI WEILL)
 - RELATIVO: AREA COPERTA DAL POLMONE

AREA DI TRAUBE



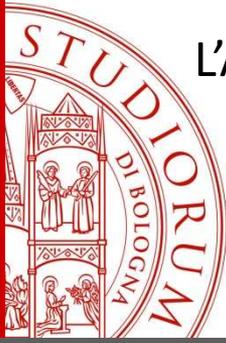
AREA DI TIMPANISMO E' dovuta alla proiezione del fondo gastrico sulla parete costale

LOCALIZZAZIONE:

- 1) VI cartilagine costale SX
- 2) IX cartilagine costale
- 3) Linea ascellare anteriore

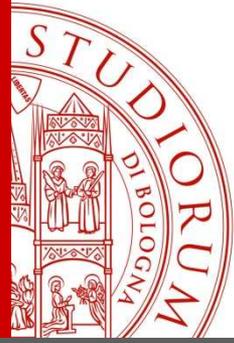
Larga 12cm circa
Alta 10cm circa

Grande importanza diagnostica assume la scomparsa dell'area di timpanismo.



L'AREA DI TRAUBE SEGNA:

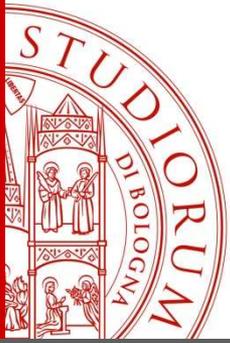
- VERSO DESTRA: IL CONFINE GASTRO-EPATICO CON IL PASSAGGIO DAL TIMPANISMO GASTRICO ALL'OTTUSITA' EPATICA
- VERSO DESTRA E IN ALTO: IL CONFINE GASTRO-CARDIACO CON IL PASSAGGIO DAL TIMPANISMO GASTRICO ALL'OTTUSITA' DEL CUORE
- VERSO L'ALTO IL CONFINE GASTRO-POLMONARE (DIFFICILE DA APPREZZARE : RICHIEDE LA DELIMITAZIONE DEL SOTTILE LEMBO POLMONARE SUL TIMPANISMO GASTRICO SOTTOSTANTE)
- VERSO SINISTRA IL CONFINE GASTRO-SPLENICO CON IL PASSAGGIO DAL TIMPANISMO GASTRICO ALL'OTTUSITA' DELLA MILZA
- IN BASSO IL CONFINE GASTRO- COLICO (DIFFICILE DA APPREZZARE: RICHIEDE DISTINZIONE TRA TIMPANISMO GASTRICO E QUELLO COLICO)



MODIFICA/ SCOMPARSADELL'AREA PER:

- SPLENOMEGALIA
- EPATOMEGALIA
- VERSAMENTO PLEURICO
- CARDIOMEGALIA E VERSAMENTO PERICARDICO

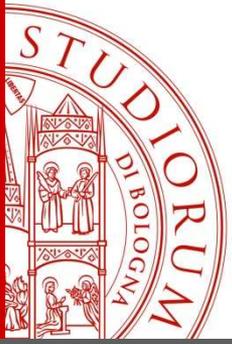
Dino Vaira



AREA DI WEILL E' LA PARTE INFERIORE DELL'AREA DI TRAUBE E CORRISPONDE ALLA PARTE ANTERIORE DEL SENO COSTODIAFRAMMATICO SINISTRO (PARTE PIU' DECLIVE DELLO SFONDATO PLEURICO)

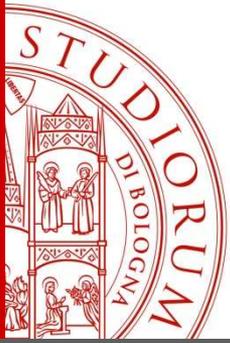
NEI VERSAMENTI PLEURICI DI SINISTRA L'AREA TIMPANICA DI WEILL E' SOSTITUITA DA UN'OTTUSITA'

Dino Vaira



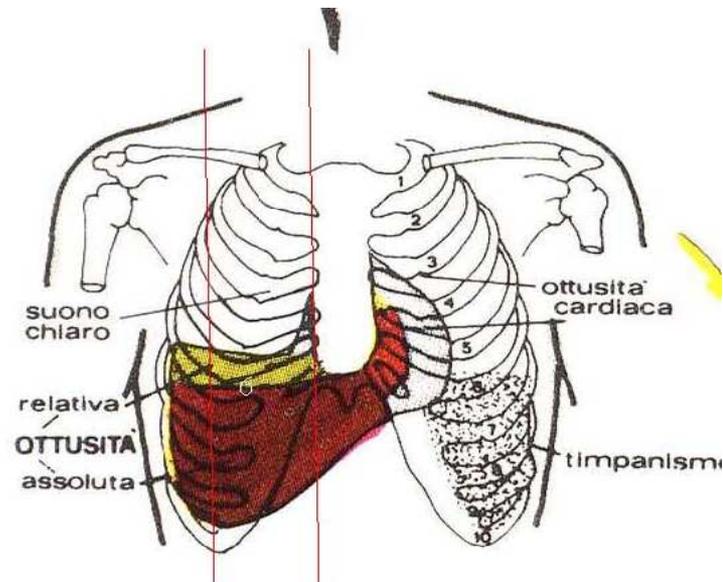
2. INTESTINALE: CARATTERISTICHE NON UNIFORMI, VARIABILI IN BASE A RIPIENEZZA, FASE DIGESTIVA ECC
3. ARIA LIBERA : SCOMPARSA DELL'AIA DI OTTUSITÀ EPATICA: TIMPANISMO ASSOLUTO E RELATIVO

Dino Vaira



IL SUONO OTTUSO DERIVA DALLA PERCUSSIONE SU ORGANI PARENCHIMATOSI O SU STRUTTURE CAVE RIPIENE DI LIQUIDO O SOLIDI (ALIMENTI, FECI)

- AREA DI OTTUSITA' EPATICA (PERCUSSIONE DALL' ALTO, LUNGO L'EMICLAVEARE E L'ASCELLARE MEDIA)
 - ASSOLUTA (FEGATO A CONTATTO DELLA PARETE SENZA INTERPOSIZIONE DEL POLMONE)
 - RELATIVA (POLMONE INTERPOSTO TRA FEGATO E PARETE)



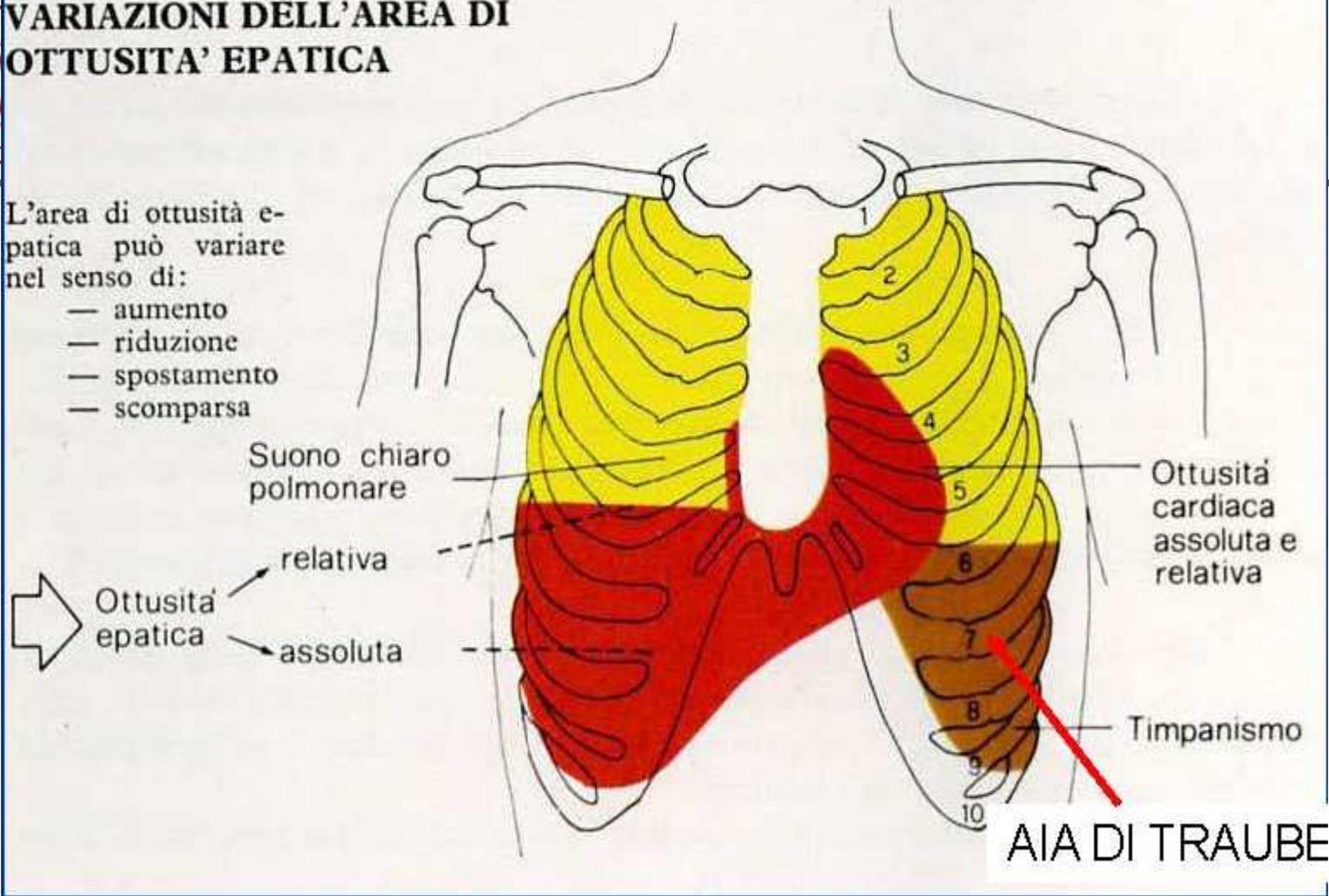
Dino Vaira



VARIAZIONI DELL'AREA DI OTTUSITA' EPATICA

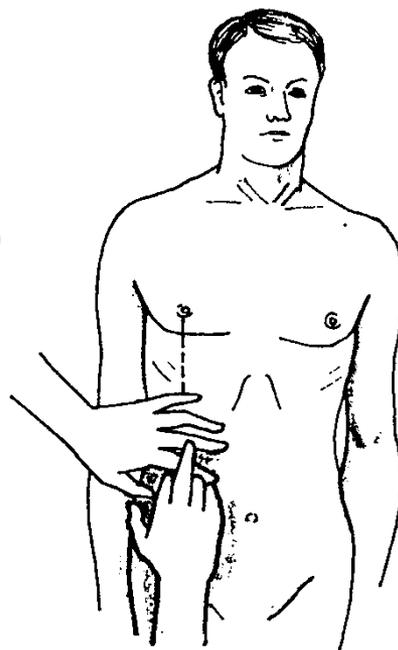
L'area di ottusità epatica può variare nel senso di:

- aumento
- riduzione
- spostamento
- scomparsa



Dino Vaira

PERCUSSIONE DEL FEGATO

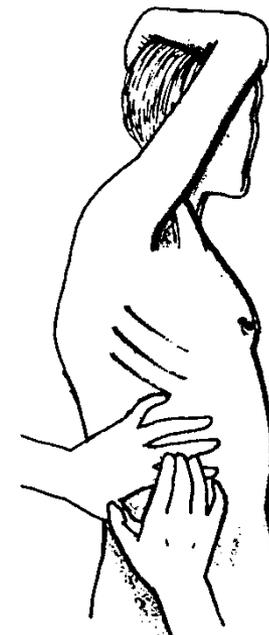


percuSSIONE anteriore del
fegato (sull'emiclaveare)

massima ampiezza
dell'area di ottusità:

10 cm.

(9 - 12)

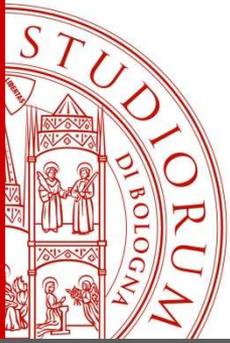


percuSSIONE laterale
del fegato (lungo la
linea ascellare ant.)

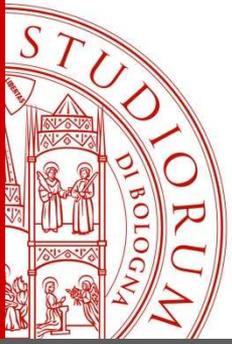
massima ampiezza
dell'area di
ottusità:

7 cm.

Dino Vaira



- AREA DI OTTUSITÀ SPLENICA (PERCUSSIONE LUNGO LA LINEA ASCELLARE MEDIA)
- OTTUSITÀ IPOGASTRICA (GLOBO VESCICALE, UTERO GRAVIDO)
- MASSE SOLIDE O FORMAZIONI CISTICHE
- ASCITE (È OTTUSA L'AREA DOVE È DISPOSTO IL VERSAMENTO CON CONCAVITÀ VERSO L'INTERNO DOVE SI DISPONGONO ANSE TIMPANICHE).

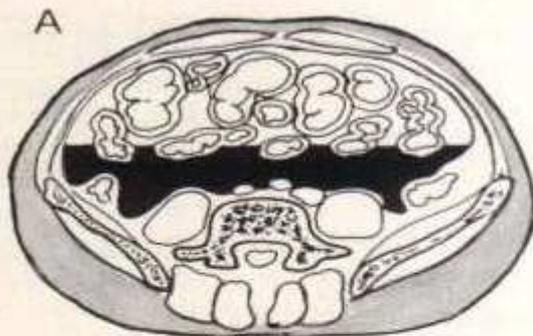


OTTUSITÀ PATOLOGICHE

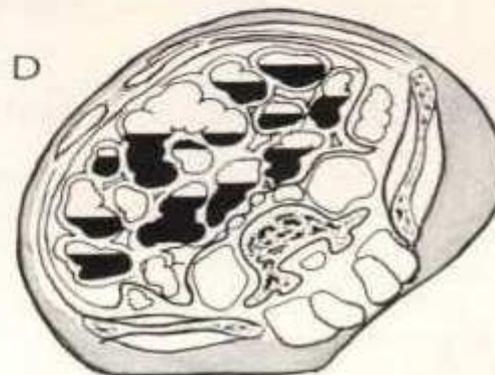
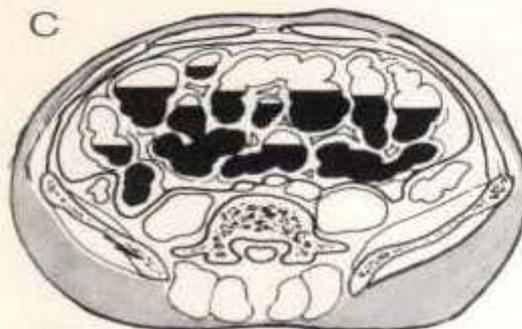
- LOCALIZZATE (MASSE NEOPLASTICHE, SPLENOMEGALIA, CISTI IDATIDEE, MASSE OVARICHE)
- DIFFUSE (VERSAMENTO ENDOADDOMINALE, ASCITE)

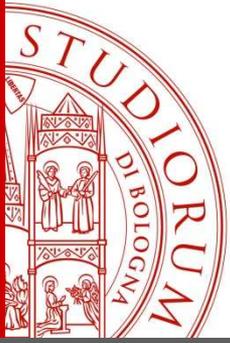
Dino Vaira

FLUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.



FLUIDO CONTENUTO ENTRO LE ANSE INTESTINALI

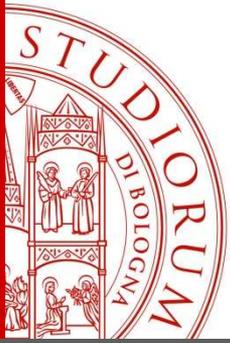




PER ASCITE SI INTENDE LA PRESENZA DI LIQUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.

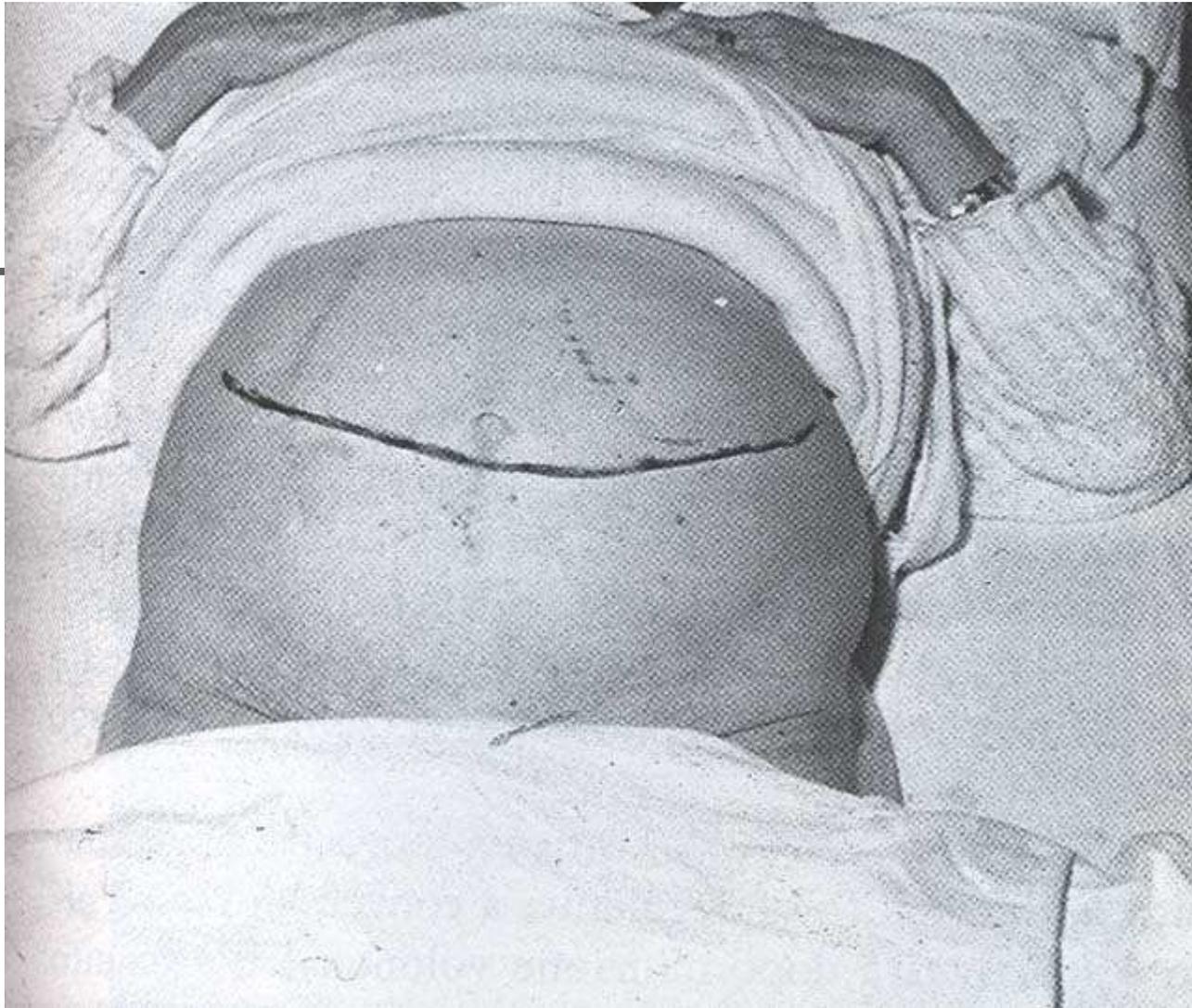
ALL'ESAME CLINICO POSSONO ESSERE DIMOSTRATI NON MENO DI 1000-2000 ML DI LIQUIDO LIBERO IN PERITONEO.

Dino Vaira

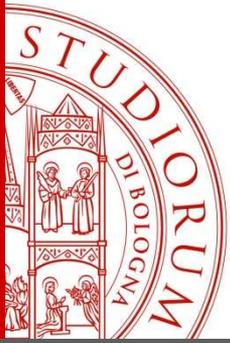


QUANDO IL PAZIENTE GIACE SUPINO IL LIQUIDO TENDE AD ACCUMULARSI VERSO IL BASSO E A FORMARE UN LIVELLO ORRIZZONTALE IN ALTO: QUESTO LIVELLO INCONTRA LA PARETE ADDOMINALE LUNGO UNA LINEA SEMICIRCOLARE A CONCAVITA' RIVOLTA VERSO L'ALTO.

PARTENDO DAL CENTRO DELL'ADDOME E PERCUOTENDO LUNGO LINEE RAGGIATE, E' POSSIBILE DISEGNARE QUESTA LINEA SULLA BASE DEL CAMBIAMENTO DEL SUONO PLESSICO DA TAMPANICO (ANSE INTESTINALI PIENE DI GAS CHE GALLEGGIANO NEL LIQUIDO AL CENTRO DELLA CAVITA' ADDOMINALE) A OTTUSO (LIQUIDO LIBERO A CONTATTO CON LA PARETE).



ASCITE: OTTUSITÀ CON CONCAVITÀ RIVOLTA VERSO L'ALTO

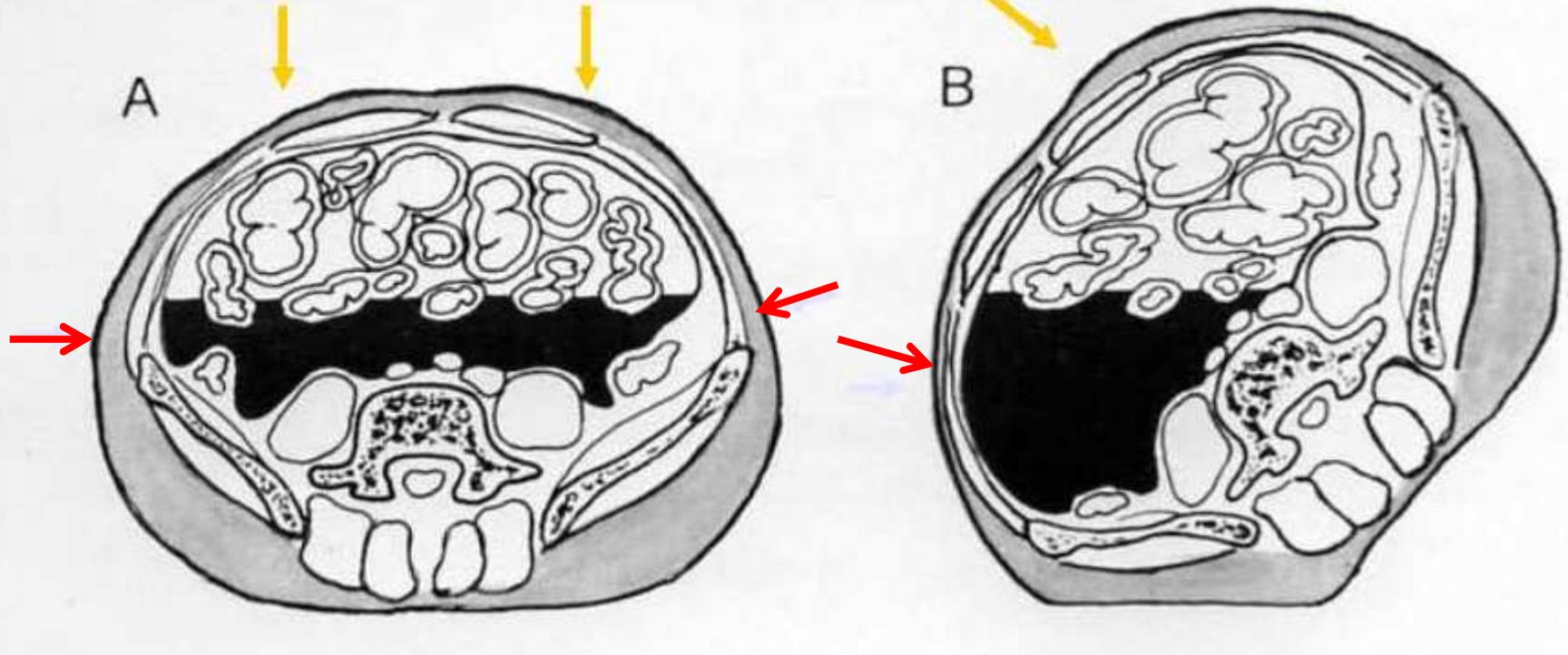


RICERCA DELLA OTTUSITA' MOBILE

SI INVITA IL PAZIENTE A DECOMBERE SUL FIANCO SINISTRO E SI ESEGUE LA PERCUSSIONE DELL'ADDOME LUNGO LA LINEA TRASVERSALE DA DESTRA VERSO SINISTRA: SE VI E' LIQUIDO LIBERO LA REGIONE DEL FIANCO DESTRO (QUELLA PIU' IN ALTO) DARA' UN SUONO TIMPANICO MENTRE LA REGIONE DEL FIANCO SINISTRO DARA' UN SUONO OTTUSO.

SI RIPETE LA MANOVRA FACENDO DECOMBERE IL PAZIENTE SUL FIANCO DESTRO: SE VI E' LIQUIDO LIBERO SI SPOSTA AL FIANCO DESTRO MENTRE IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO SINISTRO COMPARE TIMPANISMO.

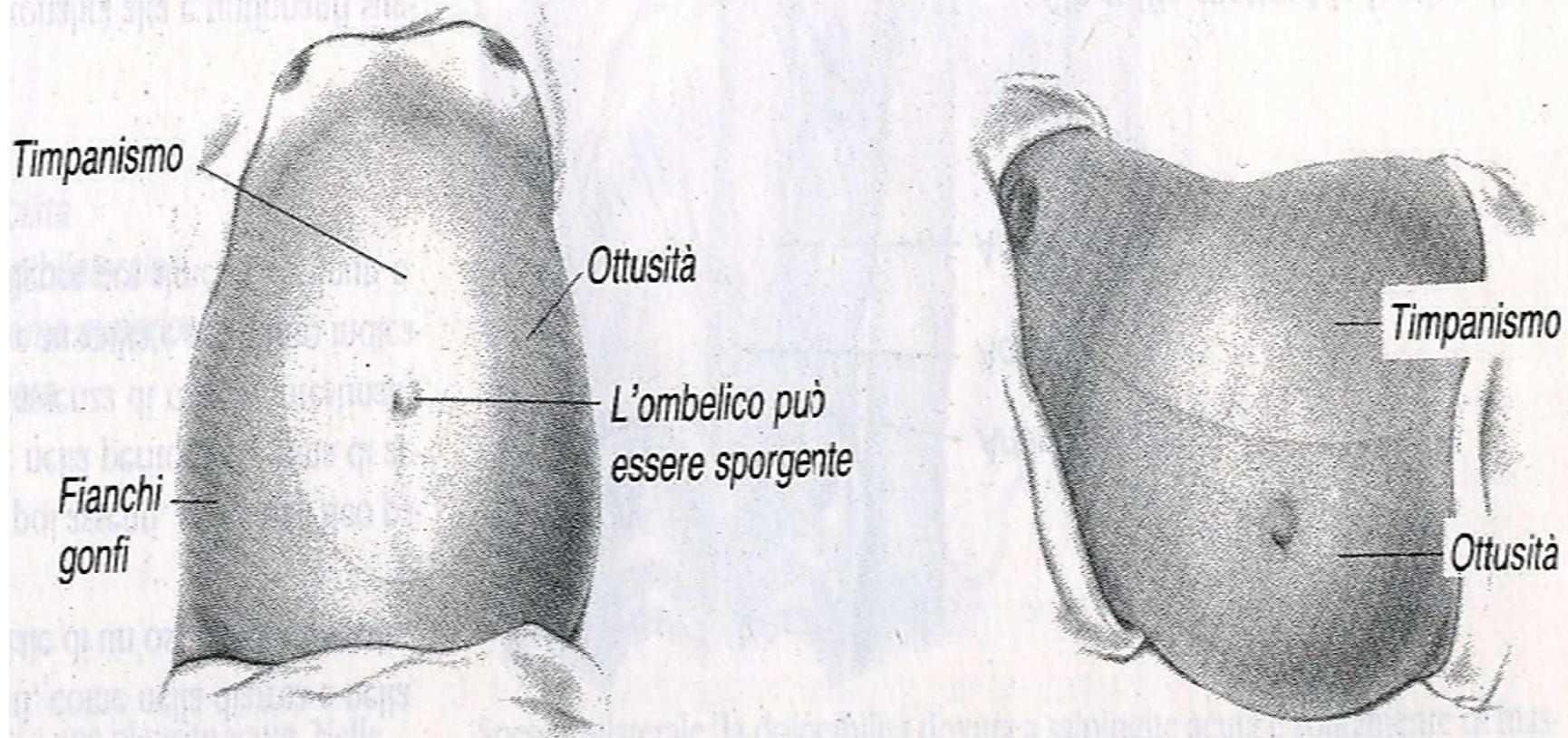
FLUIDO LIBERO NELLA CAVITA' PERITONEALE.



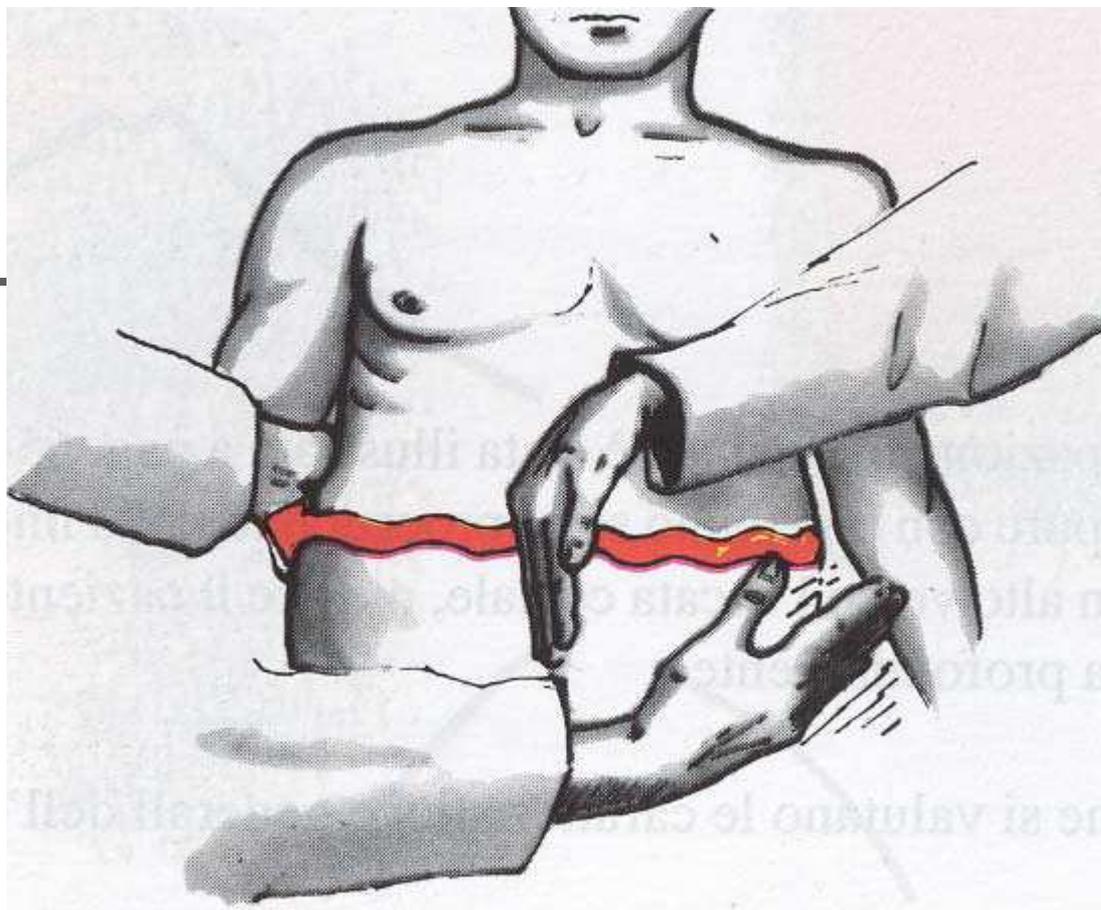
↓ SUONO TIMPANICO (ARIA)

↓ SUONO OTTUSO (LIQUIDO, MASSE SOLIDE)

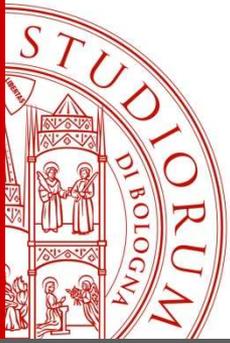
LIQUIDO ASCITICO



Dino Vaira



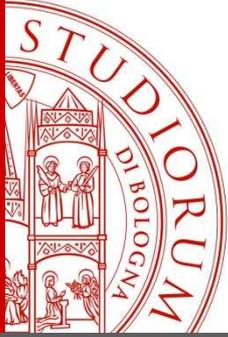
MANOVRE SUPPLEMENTARI IN CASO DI ASCITE: SEGNO DEL FIOTTO



SEGNO DEL FIOTTO

L'OSSERVATORE SI DISPONE ALLA DESTRA DEL PAZIENTE SUPINO, LA MANO SINISTRA POGGIA A PIATTO SULLA REGIONE DEL FIANCO DESTRO.

UNA MANO DEL PAZIENTE VIENE POSTA LUNGO LA LINEA MEDIANA DOVE ESERCITA UNA COMPRESSIONE PER IMPEDIRE LA TRASMISSIONE DEGLI IMPULSI LUNGO LA PARETE ADDOMINALE. LA MANO DESTRA DELL'OSSERVATORE IMPRIME PICCOLI URTI ALLA PARETE ADDOMINALE IN CORRISPONDENZA DEL FIANCO SINISTRO. LA MANO SINISTRA DELL'OSSERVATORE PERCEPIRA' A OGNI URTO UNA SENSAZIONE DI FIOTTO DOVUTA AL TRASMETTERSI DELL'ONDA DI PERCUSSIONE ATTRAVERSO IL LIQUIDO LIBERO CONTENUTO NELLA CAVITA' ADDOMINALE.

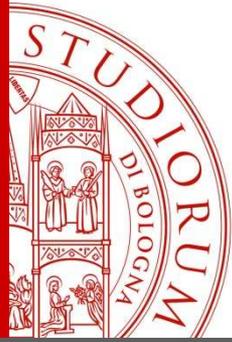


SCOMPARSA DELL' AIA DI OTTUSITÀ EPATICA

PERFORAZIONE DI UN VISCERE CAVO, CON
VERSAMENTO DEL CONTENUTO LIQUIDO
ED AEREO TRA FEGATO E PARETE ADDOMINALE

EZIOLOGIA:

- ULCERA GASTRICA O DUODENALE
- TUMORI INTESTINALI
- STROZZAMENTI
- ROTTURA DIASTATICA DEL CIECO



4. AUSCULTAZIONE

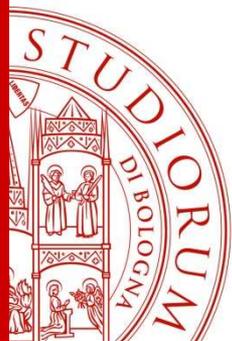
VIENE ESEGUITA A PAZIENTE SUPINO CON IL FONENDOSCOPIO

FISIOLOGICAMENTE AD UNA MODESTA PRESSIONE LA PROGRESSIONE DEL CONTENUTO ADDOMINALE , LIQUIDO E GASSOSO, DETERMINA GORGOGLII E “BORBORIGMI”

→ PIÙ ACCENTUATI SE FLOGOSI O ANSIA O FASI INIZIALI DI ILEO MECCANICO

→ MENO EVIDENTI SE DIABETE, COLICA RENALE, NEUROPATIE, ILEO PARALITICO O MECCANICO TARDIVO

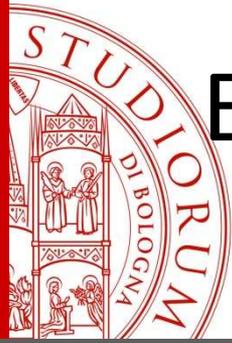
Dino Vaira



PATOLOGICAMENTE:

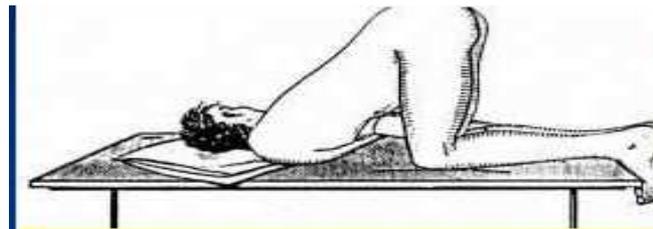
- RUMORI METALLICI DA AUMENTO DEL CONTENUTO AEREO NELLE OCCLUSIONI
- RUMORI DI “SPRUZZO” IN CASO DI STENOSI FORZATA DAL CONTENUTO INTESTINALE
- ASSENZA DI RUMORI: NELLE FASI AVANZATE DI OCCLUSIONE, NELL’ILEO PARALITICO, NEL POSTOPERATORIO (24-48 H)
- SOFFI: STENOSI, ANEURISMI, FISTOLE ARTERO-VENOSE

Dino Vaira



ESPLORAZIONE RETTALE O VAGINALE

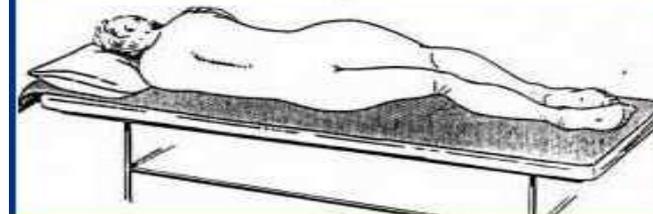
VIENE ESEGUITA A PAZIENTE IN POSIZIONE GENUPETTORALE
O IN POSIZIONE LATERALE DI SIMS



Posizione genu-pettorale

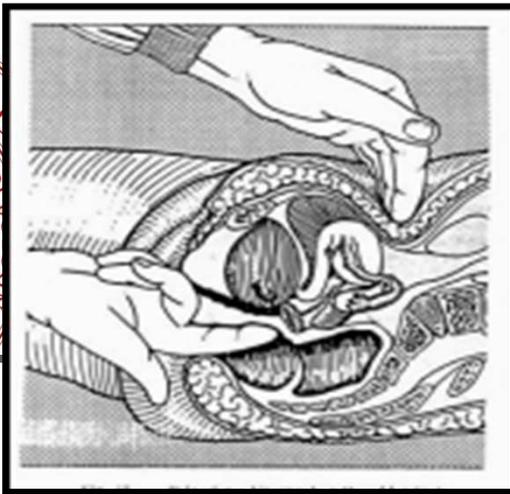


Posizione genu-gomitale



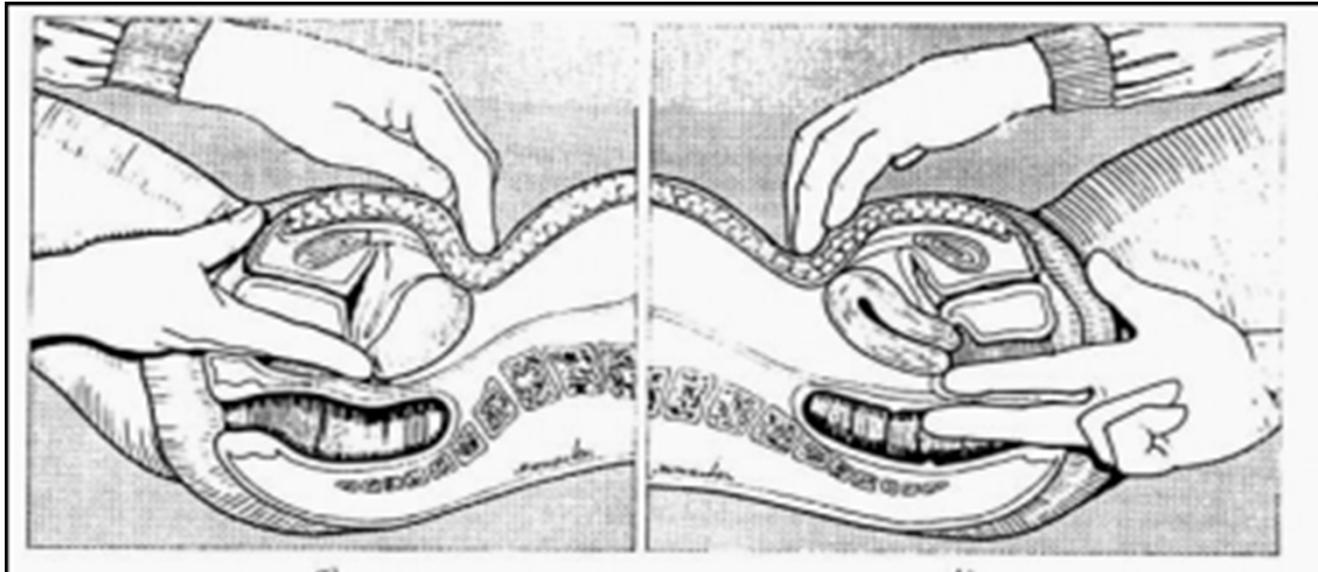
Posizione laterale di Sims

Dino Vaira

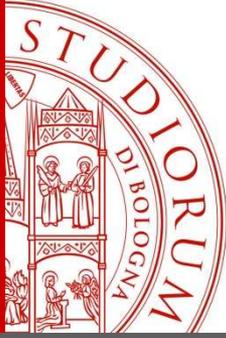


VIA ADDOMINO-RETTALE

VIA ADDOMINO-RETTO- VAGINALE



VIA ADDOMINO-VAGINALE



1. CONTENUTO RETTALE

Presenza o assenza di feci
Presenza di sangue
Carattere delle feci:
pigmetazione, melena

2. PATOLOGIA ANORETTALE

Emorroidi, ragadi, ascessi
Neoplasie
Alterazioni pavimento pelvico

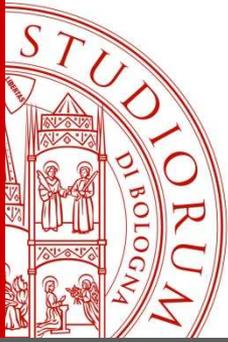
3. PATOLOGIA UROLOGICA

Prostatiti, vescicoliti
Ipertrofia prostatica
Cancro della prostata

4. PATOLOGIA GINECOLOGICA

5. PATOLOGIA ADDOMINO-PELVICA

Raccolte, ascessi,
pelvipеритонiti



MASSE ADDOMINALI PALPABILI

DI UNA MASSA PALPABILE DEVONO ESSERE CONSIDERATE:

- FORMA
- CONSISTENZA
- SUPERFICIE
- SEDE
- RAPPORTI CON GLI ORGANI ENDO-ADDOMINALI

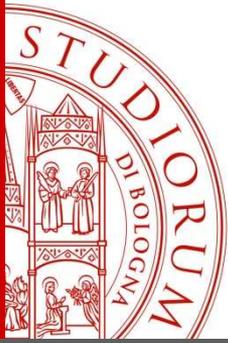
UNA MASSA ADDOMINALE PALPABILE PUO' ESSERE:

- ENDO-ADDOMINALE
- PARTE DELLA PARETE ADDOMINALE (ES.: EMATOMA DEL MUSCOLO RETTO ADDOMINALE, TUMORI LIPOMATOSI)

MASSA PULSANTE

SOSPETTA ANEURISMA AORTA ADDOMINALE

EMERGENZA MEDICO-CHIRURGICA!



ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOCONDRIO DESTRO

- EPATOMEGALIA

IL MARGINE EPATICO SI RENDE PALPABILE NON SOLO IN IPOCONDRIO DESTRO MA ANCHE IN EPIGASTRIO E TALVOLTA IN IPOCONDRIO SINISTRO.

LA SUPERFICIE PUO' ESSERE LISCIA (ES: FEGATO DA STASI) O PRESENTARE UNA FINE NODOSITA' (ES: CIRROSI EPATICA).

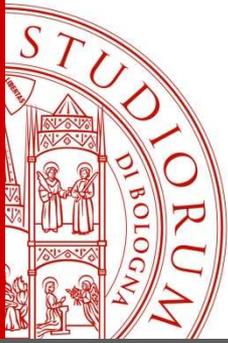
NELLA CIRROSI LA CONSISTENZA EPATICA E' DURA E IL MARGINE PUO' ESSERE TAGLIENTE.

TALVOLTA SI APPREZZA UNA SUPERFICIE IRREGOLARE PER LA PRESENZA DI GROSSOLANI NODULI (ES. METASTASI EPATICHE)

- IDROPE O EMPIEMA DELLA COLECISTI

- PROCESSO INFIAMMATORIO O NEOPLASTICO DELLA FLESSURA EPATICA DEL COLON

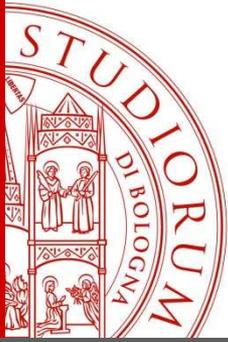
- AUMENTO DI VOLUME DEL RENE DESTRO



ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOCONDRIO SINISTRO

- AUMENTO DI VOLUME DEL LOBO SINISTRO DEL FEGATO
- PROCESSO INFIAMMATORIO O NEOPLASTICO DELLA FLESSURA SPLENICA DEL COLON
- ECCEZIONALMENTE UNA TUMEFUZIONE DELLA CODA DEL PANCREAS
- AUMENTO DI VOLUME DEL RENE SINISTRO (IL RENE INGRANDITO TENDE AD ACQUISTARE UN ASPETTO ROTONDEGGIANTE; E' PRESENTE TIMPANISMO COLICO ANTERIORMENTE ALLA TUMEFUZIONE VISTA LA SEDE RETROPERITONEALE DEL RENE; SI PUO' PALPARE LA MASSA CON LE DUE MANI DI CUI UNA POSTA IN SEDE LOMBARE E TALVOLTA SI HA BALLOTTAMENTO DELLA MASSA TRA LE DUE MANI SE VENGONO IMPRESSE DELLE BRUSCHE PICCOLE SCOSSE)

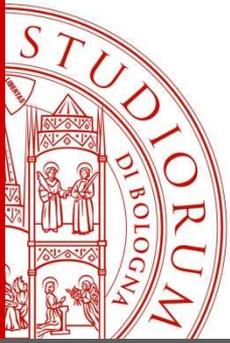
Dino Vaira



ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN EPI-MESOGASTRIO

- EPATOMEGALIA
- TUMORE DELLO STOMACO
(SI RENDE PALPABILE SOLO SE E' CONTEMPORANEAMENTE INFILTRATO L'OMENTO. E' CARATTERISTICA LA VIVACE PERISTALSI GASTRICA CON ONDE DIRETTE DA SINISTRA VERSO DESTRA)
- TUMEFUZIONE DEL PANCREAS
(ES. CISTI O PSEUDOCISTI CHE SI SVILUPPA IN AVANTI SPOSTANDO LO STOMACO IN ALTO E IL COLON IN BASSO)
- TUMEFUZIONE DEI LINFONDI LOMBOAORTICI
(ES. LINFOMI, METASTASI DA TUMORI A RAPIDO SVILUPPO COME IL SEMINOMA)

Dino Vaira

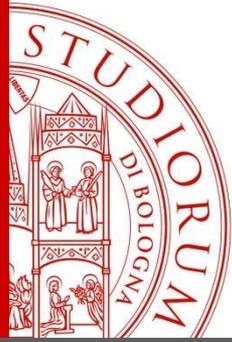


- ANEURISMA DELL'AORTA ADDOMINALE
(MASSA DOTATA DI PULSAZIONE ESPANSIVA)

- CISTI MESENTERICA

- TUMEFAZIONI INTESTINALI
(ES. NEOPLASIE INTESTINO TENUE, INVAGINAZIONE - L'INTESTINO DIVENTA TUMEFATTO, CONGESTO, DOLENTE E VI E' VIVACE PERISTALSI A MONTE -)

Dino Vaira



ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN FOSSA ILIACA DESTRA

- INFIAMMAZIONE O NEOPLASIA DEL CIECO
- ASCESSO APPENDICOLARE
- ASCESSO RETROPERITONEALE
- TUMEFUZIONE LINFONODI ILEOCECALI

Dino Vaira

ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN IPOGASTRIO

- GLOBO VESCICALE

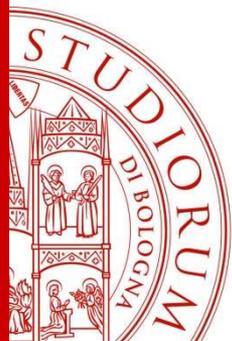
DISTENSIONE DELLA VESCICA PER IMPOSSIBILITA' ALLA EMISSIONE DELLE URINE PER IPERTROFIA PROSTATICA O ALTRA CAUSA URETRALE O PER DIFETTO DELLA CONTRAZIONE DEL MUSCOLO DETRUSORE. SI PRESENTA COME TUMEFAZIONE LISCIA, DOLENTE ALLA PALPAZIONE – CHE SUSCITA LO STIMOLO ALLA MINIZIONE -, OTTUSA ALLA PERCUSSIONE. SCOMPARE UNA VOLTA VUOTATA LA VESCICA CON CATETERISMO.



Fig. 717 - Ritenzione acuta. La vescica si estende fino all'ombelico.

Dino Vaira

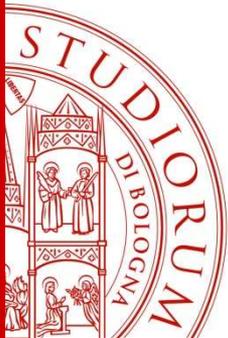
- AUMENTO DI VOLUME DELL'UTERO O DI UN OVAIO



ESEMPI DI TUMEFAZIONI IN FOSSA ILIACA SINISTRA

- INFIAMMAZIONE O NEOPLASIA DEL COLON DISCENDENTE O SIGMA
- ASCESSO RETROPERITONEALE
- FECALOMA
(MASSA DI FECI DISIDRATATE – FREQUENTE NEL PAZIENTE ANZIANO, SPECIE SE ALLETTATO -)

Dino Vaira

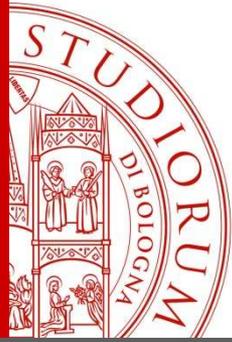


N.B.

QUANDO IL COLON E' SPASTICAMENTE
CONTRATTO, L'ESAMINATORE,
DISPONENDO LE DITA
PERPENDICOLARMENTE AL TRATTO
INTERESSATO, PALPERA' LA CORDA
COLICA



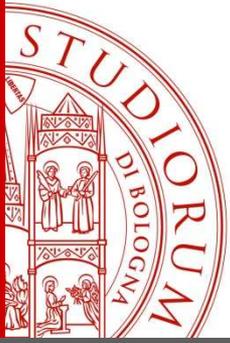
REPERTO FREQUENTE NELLA
SD DELL'INTESTINO IRRITABILE



METEORISMO

AUMENTO DEI GAS NEL TUBO DIGESTIVO

- GASTRICO DA AEROFAGIA (ECESSIVA INGESTIONE DI GAS; SPESSO PRESENTI ERUTTAZIONI POST PRANDIALI)
- INTESTINALE DA ECESSIVA PRODUZIONE DI GAS (ES: DA ALTERAZIONE DELLA NORMALE FLORA BATTERICA)
- INTESTINALE DA DIFETTOSO ASSORBIMENTO DEI GAS (ES: IPERTENSIONE PORTALE, SCOMPENSO CARDIACO CONGESTIZIO DESTRO)
- INTESTINALE DA DIFETTOSA ELIMINAZIONE DEI GAS (ES: IN CORSO DI OCCLUSIONE INTESTINALE)



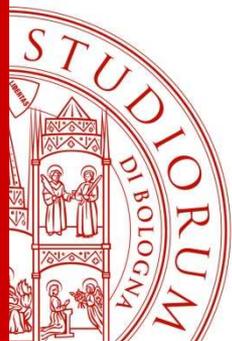
METEORISMO

ALL'ISPEZIONE: ADDOME UNIFORMEMENTE ESPANSO (A VOLTE SI PUÒ APPREZZARE IL DISEGNO DI ALCUNE ANSE INTESTINALI DISTESE CHE POSSONO ESSERE IMMOBILI O ANIMATE DA VIVACE PERISTALTISMO)

LA PALPAZIONE PUÒ EVOCARE FASTIDIO/DOLORE. A VOLTE SI APPREZZANO ANSE INTESTINALI DI CONSISTENZA TESO-ELASTICA.

ALLA PERCUSSIONE: SUONO TIMPANICO.

ALLA AUSCULTAZIONE: BORBORIGMI VIVACI QUANDO LA PERISTALSI INTESTINALE TENTA DI SUPERARE UN OSTACOLO FACENDO PROGREDIRE IL CONTENUTO IDRO-AEREO OPPURE ASSENTI (AD ESEMPIO NELL'ILEO PARALITICO)



ILEO: ARRESTO DEL TRANSITO DEL CONTENUTO INTESTINALE

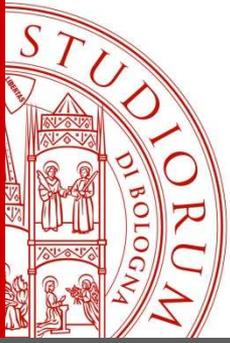
MECCANICO: OSTRUZIONE DEL LUME INTESTINALE DA

- CAUSA INTRALUMINALE: OSTACOLO PRESENTE ALL'INTERNO DEL LUME
- CAUSA INTRAMURALE: ALTERAZIONE PARIETALE CHE RIDUCE IL LUME
- CAUSA EXTRAINTESTINALE: DA COMPRESSIONE ESTERNA

ES: ADENOCARCINOMA STENOSANTE DEL COLON, STENOSI NEL CONTESTO DI M. DI CROHN, ADERENZE VISCERO-VISCERALI O VISCERO-PARIETALI CHE DETERMINANO ALTERAZIONI DEL NORMALE DECORSO DEL TUBO DIGERENTE

ADDOME PIU' O MENO DISTESO GLOBALMENTE A SECONDA DELLA SEDE DELL'OCCLUSIONE. ANSE INTESTINALI DILATATE A MONTE DELL'OSTACOLO CON BORBORIGMI VIVACI. A VOLTE RUMORI METALLICI. L'ALVO E' CHIUSO ALLE FECI E A VOLTE AI GAS (ATTENZIONE: CI PUO' ESSERE DIARREA PARADOSSA!)

VOMITO TANTO PIU' PRECOCE TANTO PIU' ALTA E' LA SEDE DELL'OCCLUSIONE (VOMITO GASTRICO-BILIARE/ FECALOIDE)

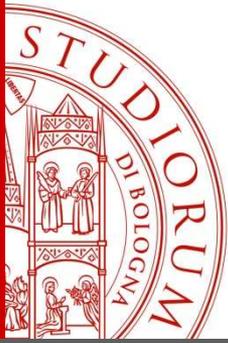


ILEO PARALITICO (DINAMICO): INCAPACITÀ DI PERISTALSI CON RILASSAMENTO DIFFUSO DELLA PARETE INTESTINALE.

LA PARETE INTESTINALE VIENE PASSIVAMENTE DISTESA DAI GAS CHE VI RISTAGNANO SENZA PROGREDIRE.

ES: IN SEGUITO A INTERVENTI CHIRURGICI, TRAUMI DELL'ADDOME; DA FARMACI OPPIACEI, NEUROPLEGICI, MIORILASSANTI.

NELLE PERITONITI ACUTE L'ILEO PARALITICO E' CONSEGUENZA RIFLESSA DELL'INFIAMMAZIONE PERITONEALE: L'ALVO E' COMPLETAMENTE CHIUSO A FECI E GAS, L'ADDOME E' DOLENTISSIMO E DISTESO, POI TESO E INFINE LIGNEO. SEGNO DI BLUMBERG POSITIVO.



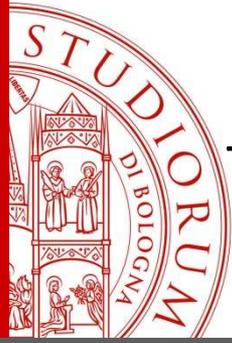
PNEUMOPERITONEO

PRESENZA DI GAS LIBERO ALL'INTERNO DELLA CAVITA' PERITONEALE.

L'ADDOME SI PRESENTA ESPANSO, TIMPANICO ALLA PERCUSSIONE (SCOMPARSA DELLE AREE DI OTTUSITA' EPATICA E SPLENICA)

ES: PNEUMOPERITONEO POST-OPERATORIO (apertura della cavità peritoneale a scopo chirurgico), PNEUMOPERITONEO DA PERFORAZIONE DI VISCERE CAVO ADDOMINALE

Dino Vaira



OBESITA'

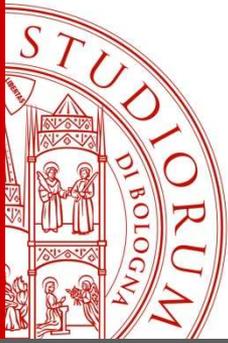
CONDIZIONE PATOLOGICA IN CUI SI HA UN ACCUMULO DI TESSUTO ADIPOSO CAUSATO DA UN INTROITO ENERGETICO CRONICAMENTE ECCELENTE RISPETTO AL CONSUMO.

LA DISTRIBUZIONE DEL GRASSO SOTTOCUTANEO E' DIFFERENTE NELL'UOMO RISPETTO ALLA DONNA.

NELL'UOMO IL GRASSO PREVALE AL COLLO, ALLA NUCA, ALLE SPALLE E AL VENTRE;

NELLA DONNA ALLE ASCELLE E AL SENO MA SOPRATTUTTO NELLA META' INFERIORE DEL CORPO – FIANCHI, GLUTEI, COSCE – (SPESSO SI DETERMINA UN "GREMBIULO ADIPOSO SOPRAPUBICO")

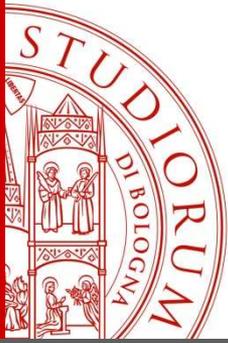
ALL'ESAME OBIETTIVO: PROTRUSIONE DELL'ADDOME; PALPATORIAMENTE SI APPREZZA UN AUMENTO DI SPESSORE DEL PANNICOLO ADIPOSO SOTTOCUTANEO.



INDAGINI STRUMENTALI

- RX ADDOME DIRETTO
- RX TUBO DIGERENTE prime vie
- RX CLISMA OPACO
- MANOMETRIA ESOFAGEA
- STUDIO DELLA SECREZIONE ACIDA (pH metria)
- ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO
- TC
- RMN
- SCINTIGRAFIA
- PET
- ENDOSCOPIA (ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA E PANCOLONSCOPIA)

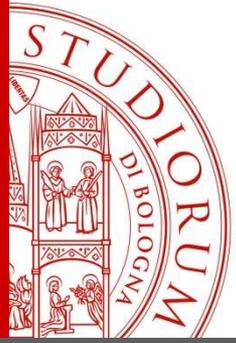
.....



RX ADDOME DIRETTO

L'INDAGINE DIRETTA DELL'ADDOME COMPRENDE PROIEZIONI IN DECUBITO SUPINO, LATERALE E, PREFERIBILMENTE, OVE POSSIBILE, IN STAZIONE ERETTA PER VALUTARE EVENTUALI LIVELLI IDROAEREI, ARIA LIBERA IN PERITONEO E MUTAMENTI DI SEDE E DI ASPETTO DI OMBRE DI MASSA E DI RACCOLTE LIQUIDE.

Dino Vaira

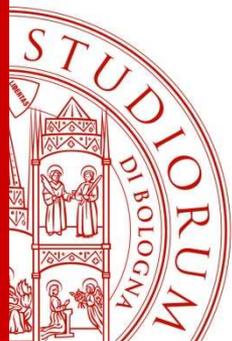


INDICAZIONI:

- DOLORE ADDOMINALE ASSOCIATO A DOLORABILITA' ALLA PALPAZIONE
- SOSPETTO DI OCCLUSIONE INTESTINALE
- SOSPETTO DI PERFORAZIONE
- INGESTIONE DI CORPI ESTRANEI

Dino Vaira

.....



RADIOGRAMMA IN POSIZIONE SUPINA

CONSENTE LA VALUTAZIONE MORFO-DIMENSIONALE E I RAPPORTI DEGLI ORGANI E DEGLI SPAZI DELLA CAVITA' ADDOMINALE.

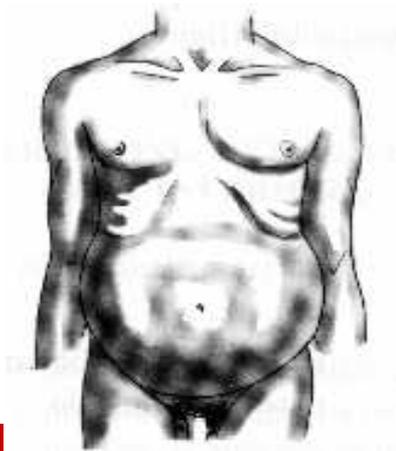
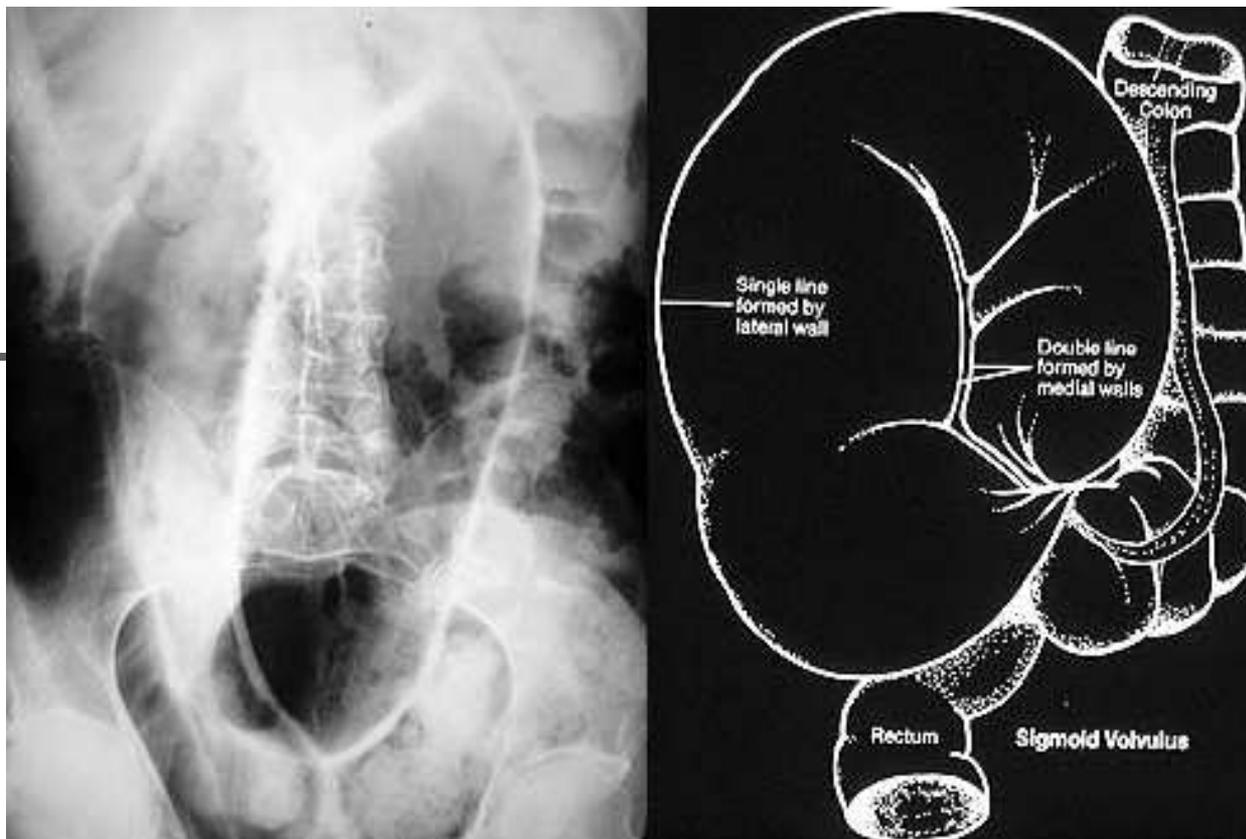
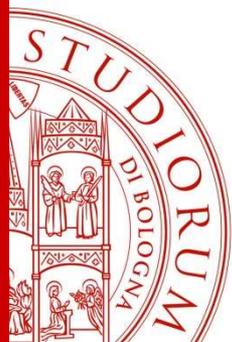
LA PROIEZIONE LATERO-LATERALE PERMETTE LO STUDIO DELLA PARETE ADDOMINALE E DI ACCERTARE LA PRESENZA DI UN PICCOLO PNEUMOPERITONEO.

RADIOGRAMMA IN STAZIONE ERETTA

UTILE PER:

- MOBILIZZARE E LIVELLARE LA STASI IDRO-GASSOSA INTESTINALE
- FACILITARE LA DISPOSIZIONE SOTTO-DIAFRAMMATICA DI ARIA LIBERA
- STUDIO DEI VERSAMENTI

Dino Vaira

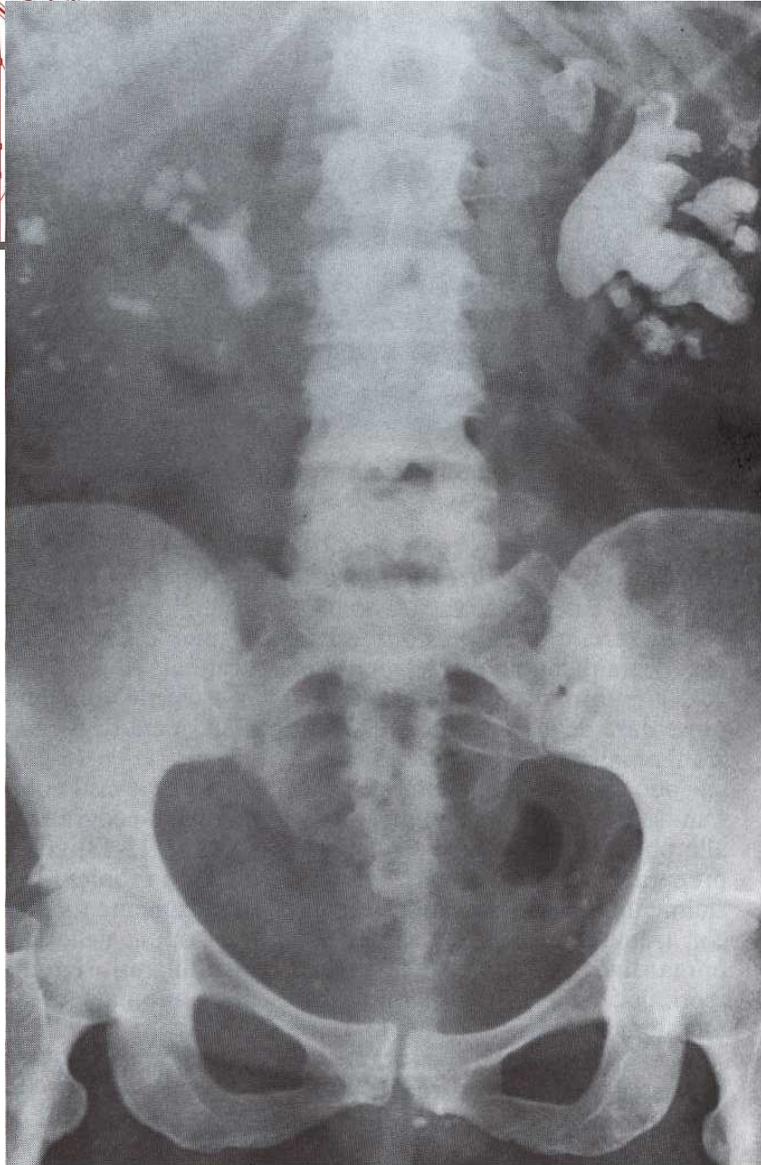


OCCLUSIONE INTESTINALE BASSA: VOLVOLO DEL SIGMA

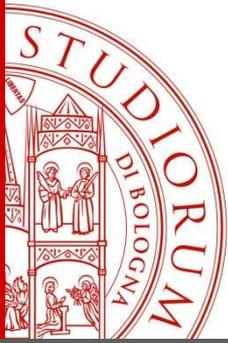


OCCLUSIONE INTESTINALE ALTA: STENOSI IN M. DI CROHN

Dino Vaira



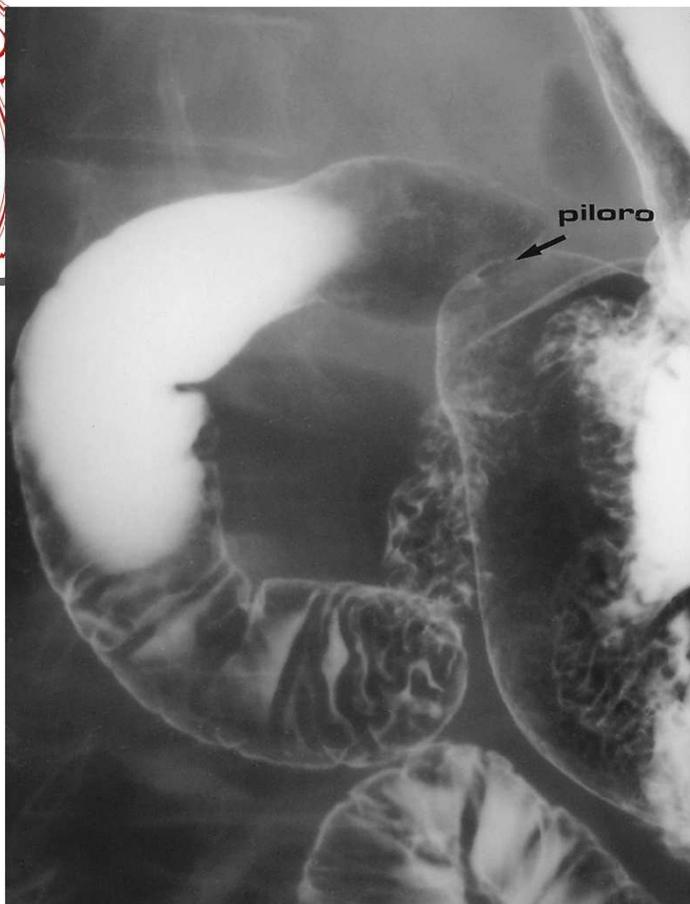
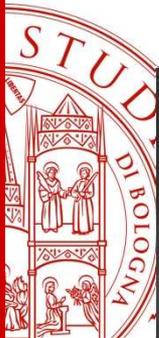
IMMAGINI DI CALCOLI MULTIPLI BILATERALI A STAMPO E NEL PARENCHIMA RENALE



RX TUBO DIGERENTE PRIME VIE

LA RADIOGRAFIA DELL'APPARATO DIGERENTE SUPERIORE (ESOFAGO-STOMACO-DUODENO) È UNA INDAGINE CHE STUDIA IN TEMPO REALE LA PROGRESSIONE DEL MEZZO DI CONTRASTO RADIOPACO (GENERALMENTE SOLFATO DI BARIO) ATTRAVERSO IL CANALE ALIMENTARE PERMETTENDO DI OTTENERE INFORMAZIONI DI TIPO MORFOLOGICO E FUNZIONALE.

Dino Vaira



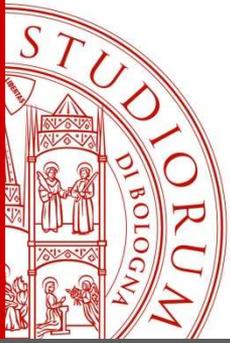
Dino Vaira

RX ESOFAGO



L'ESAME PUÒ DIMOSTRARE LA PRESENZA DI:

- DISCINESIE (MOVIMENTI ANTIPERISTALTICI, ONDE PERISTALTICHE ANOMALE)
- ARRESTO DELLA PROGRESSIONE DEL M.D.C (ATRESIA, OSTRUZIONE CICATRIZIALE, OCCLUSIONE NEOPLASTICA)
- STENOSI (NEOPLASTICA, FUNZIONALE SU BASE SPASTICA CON ESOFAGO A “CAVATURACCIOLI”, ACALASIA, CONGENITA)
- DILATAZIONI (SPESSO A MONTE DI STENOSI, TIPO “MEGAESOFAGO”)
- DIVERTICOLI ESOFAGEI
- ERNIA IATALE



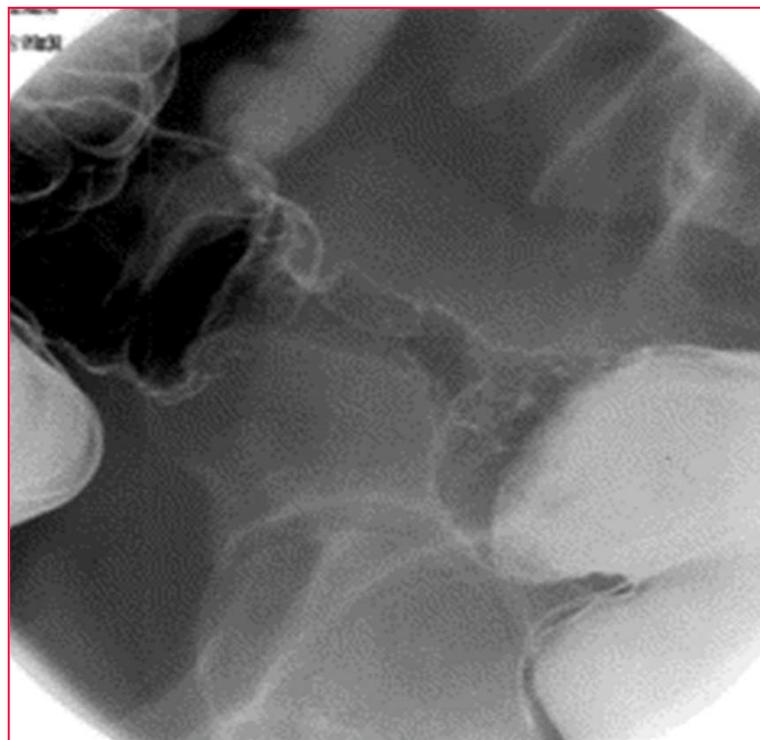
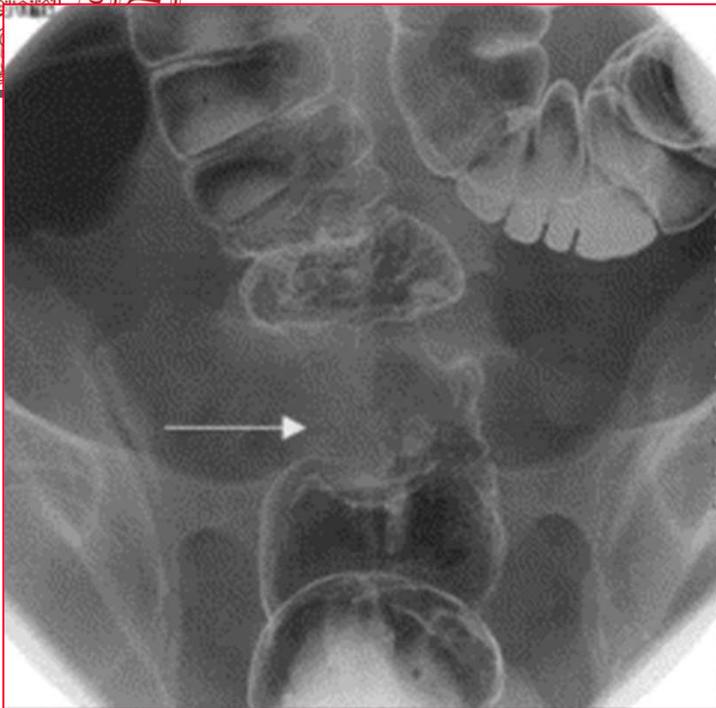
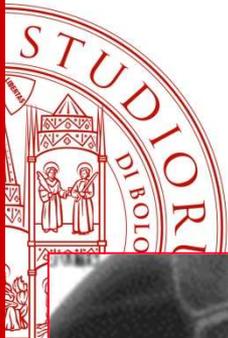
RX CLISMA OPACO

IL MEZZO DI CONTRASTO VIENE INTRODOTTO PER CLISTERE IL CHE CONSENTE UN RAPIDO RIEMPIMENTO DELL'ULTIMA PARTE DELL'INTESTINO.

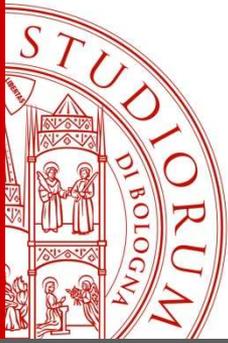
METODICA DEL DOPPIO CONTRASTO:

SI INTONACA PRIMA LA MUCOSA COLICA CON UNA PICCOLA QUANTITA' DI MEZZO DI CONTRASTO E SI CREA POI UN SECONDO CONTRASTO INSUFFLANDO ARIA NEL COLON

Dino Vaira



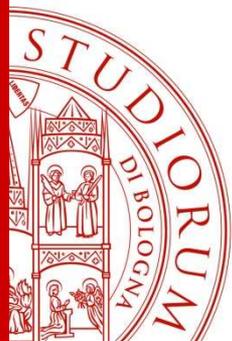
Dino Vaira



ENDOSCOPIA DIGESTIVA

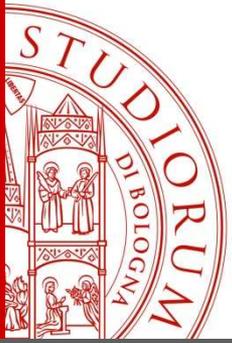
INDICAZIONI:

- EVIDENZIARE LESIONI SUPERFICIALI CHE SFUGGONO ALL' ESAME RADIOLOGICO;
- CONFERMARE LA PRESENZA DI LESIONI SOSPETTATE ALL' ESAME RADIOLOGICO
- EFFETTUARE PRELIEVI BIOPTICI DI LESIONI SOSPETTE;
- TRATTARE PATOLOGIE DI VARIO TIPO (POLIPECTOMIA, SCLEROSI E LEGATURA DI VARICI, PAPILOTOMIA, ECC...)

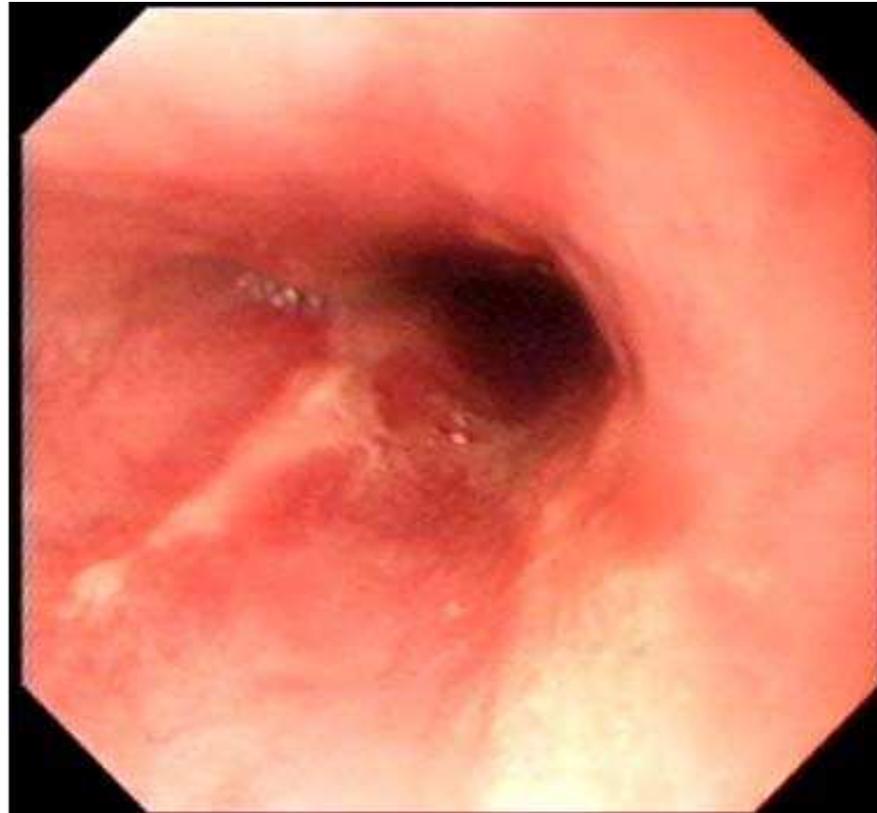


POLIPI ADENOMATOSI DEL COLON

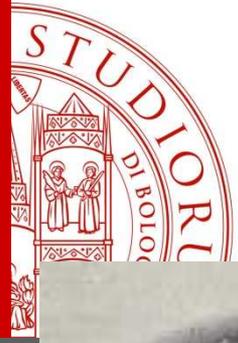




EROSIONI ESOFAGEE



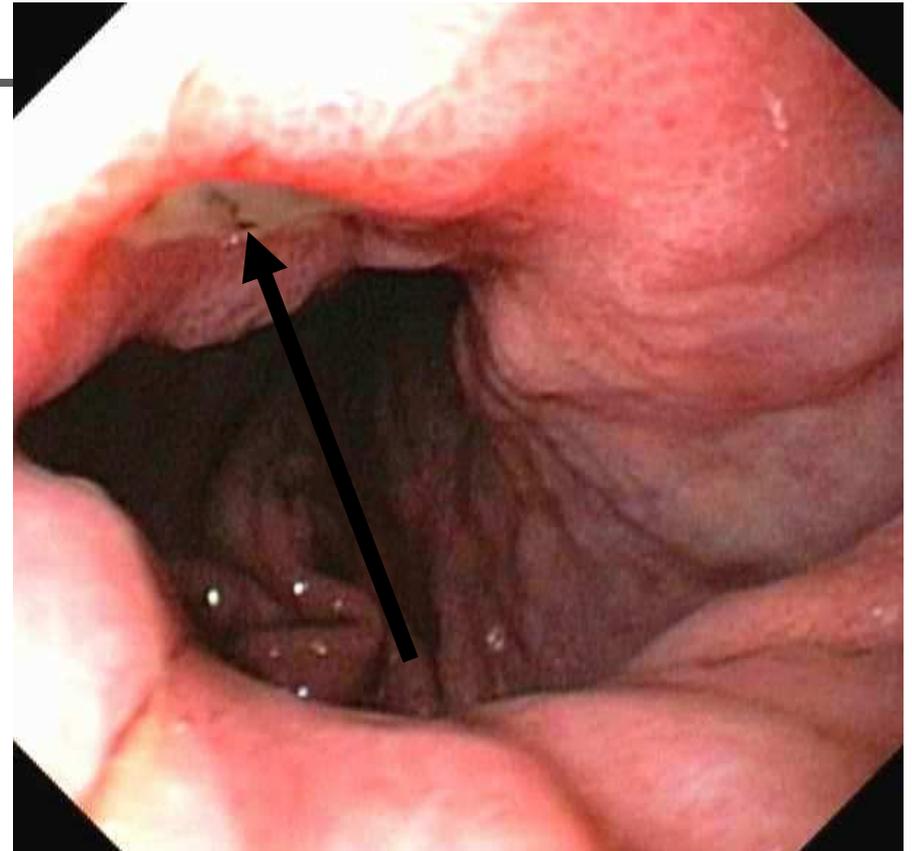
Dino Vaira



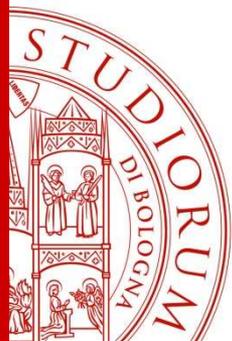
ULCERA PEPTICA



RADIOGRAFIA DELLO STOMACO
CON PASTO BARITATO



VISIONE DIRETTA DELL'ULCERA
TRAMITE EGDS



ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO

L'ECOGRAFIA ADDOMINALE E' UN ESAME NON INVASIVO E BEN TOLLERATO, DIRETTAMENTE ESEGUIBILE AL LETTO DEL MALATO. GARANTISCE UNA ELEVATA ACCURATEZZA DIAGNOSTICA CON BASSI COSTI PERTANTO RAPPRESENTA LA PRIMA MODALITA' DI SCREENING PER LO STUDIO DELL'ADDOME.

L'ECOGRAFIA DELL'ADDOME SUPERIORE PERMETTE DI ESAMINARE FEGATO, COLECISTI E VIE BILIARI, PANCREAS, MILZA, RENI E SURRENI NONCHE' LE PRINCIPALI STRUTTURE VASCOLARI ED I LINFONODI DELLA REGIONE.

L'ECOGRAFIA DELL'ADDOME INFERIORE PERMETTE DI VALUTARE VESCICA, PROSTATA, UTERO E ANNESSI.

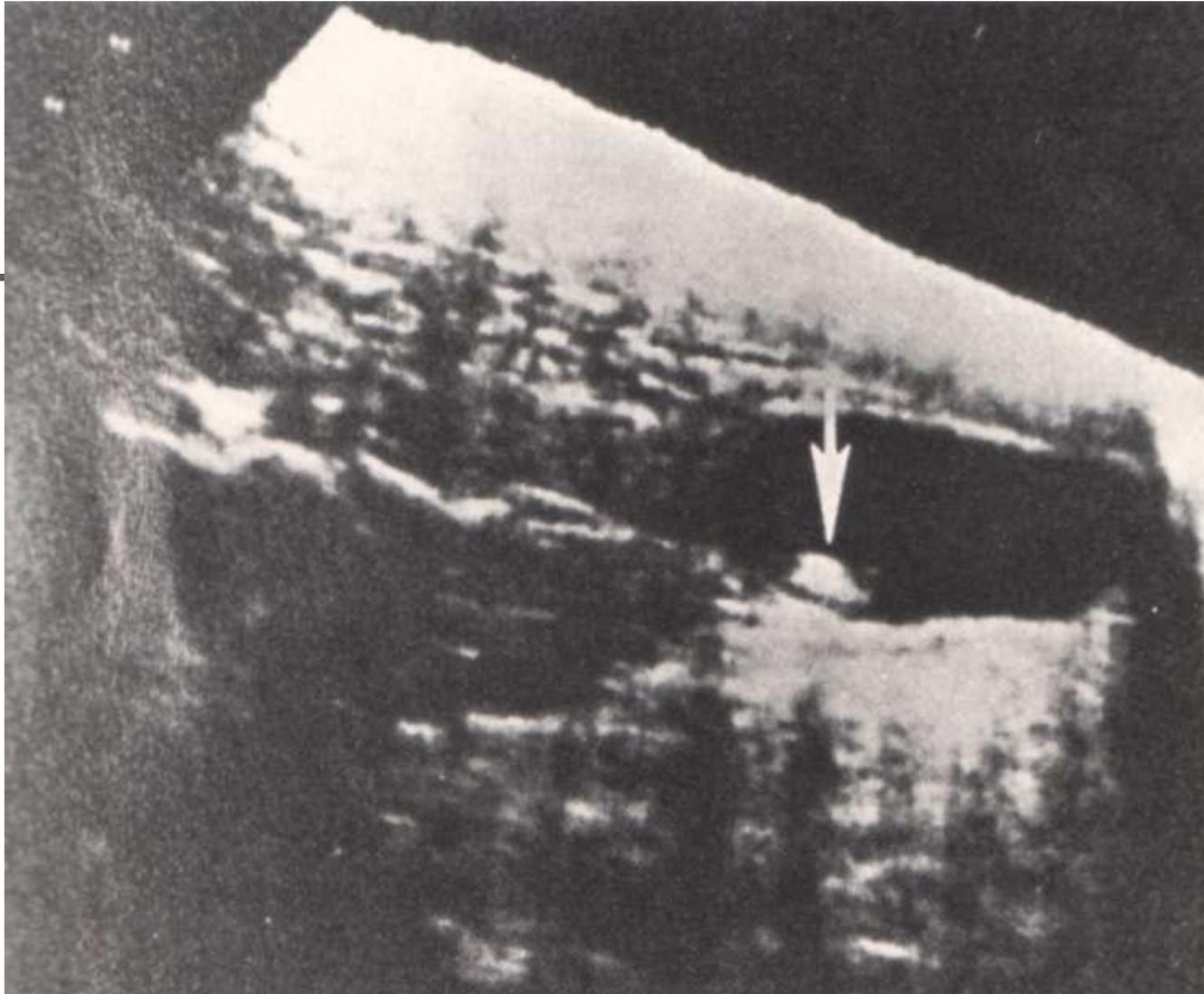
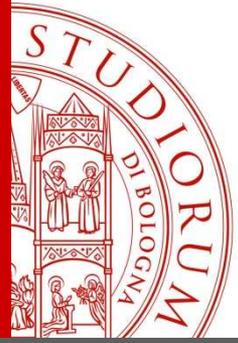
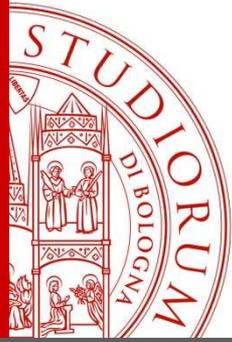


IMMAGINE ECOGRAFICA DI UN CALCOLO IN COLECISTI

ALMA MATER STUDIORUM - UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

IL PRESENTE MATERIALE È RISERVATO AL PERSONALE DELL'UNIVERSITÀ DI BOLOGNA E NON PUÒ ESSERE UTILIZZATO AI TERMINI DI LEGGE DA ALTRE PERSONE O PER FINI NON ISTITUZIONALI

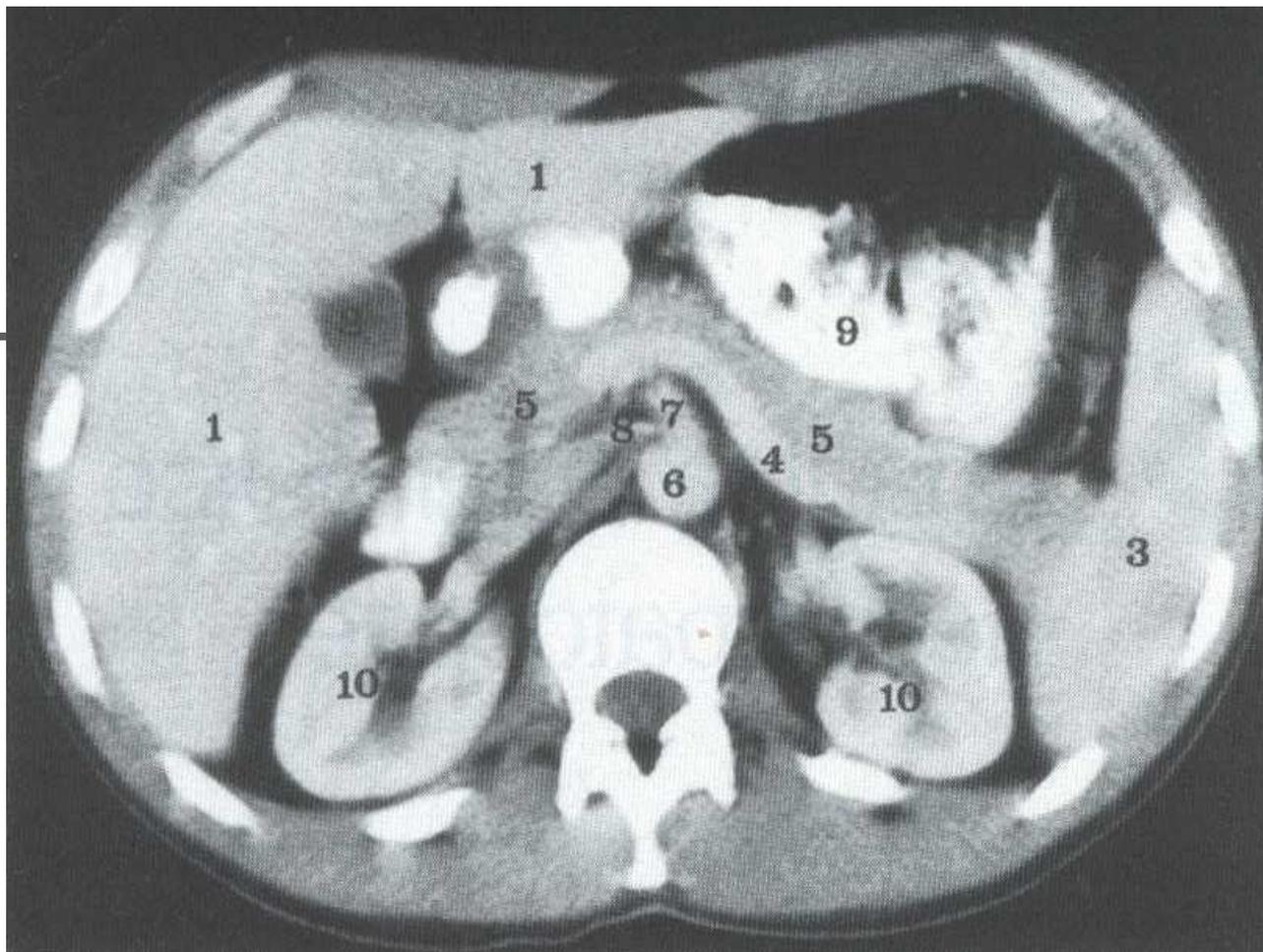


TC ADDOME CON O SENZA MEZZO DI CONTRASTO

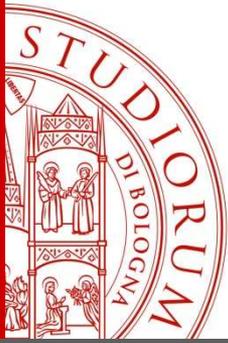
METODICA DI II LIVELLO RISPETTO ALL'ECOGRAFIA E ALLA RADIOGRAFIA A VUOTO O CON CONTRASTO.

UTILIZZA RADIAZIONI IONIZZANTI PER RICOSTRUIRE AL COMPUTER "SEZIONI" DELLA REGIONE CORPOREA INDAGATA.

E' FREQUENTEMENTE UTILIZZATA NELLA STADIAZIONE DELLA PATOLOGIA TUMORALE.



ASPETTO DI SCANSIONE TC NORMALE IN CUI SONO VISIBILI:
1.FEGATO, 2. COLECISTI, 3. MILZA, 4. VENA SPLENICA,
5. PANCREAS, 6. AORTA, 7. ARTERIA MESENTERICA SUPERIORE,
8. VENA RENALE SINISTRA, 9. STOMACO, 10. RENI

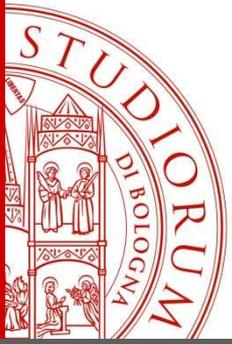


CASO CLINICO

M.S.O. 64 anni, donna

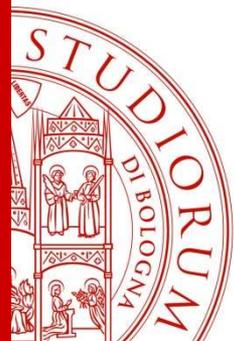
Anamnesi patologica remota:

- ipertensione arteriosa
- trombosi venose profonde recidivanti in trattamento anticoagulante orale
- in dicembre 2012 asportazione di multipli polipi colici (all'esame istologico: displasia di basso grado). La colonscopia era stata eseguita per il riscontro di SOF positivo



La paziente si reca in Pronto Soccorso per insorgenza di dolore addominale prevalente in ipocondrio destro ed epigastrio associato a nausea e vomito. Successivo rialzo febbrile (TC fino a 39° C) con brividi scuotenti.

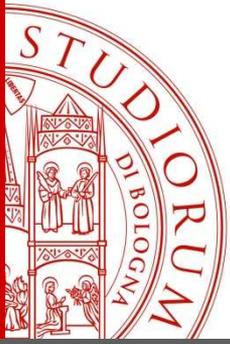
Dino Vaira



All'arrivo in PS la paziente si presenta vigile, orientata nello spazio-tempo, piretica.

In corso di raccolta dell'anamnesi riferisce da anni dolenzia ricorrente in ipocondrio destro esacerbata dal pasto. Saltuariamente si associano epigastralgia e/o dolore alla scapola destra.

Il Curante circa 3 anni prima aveva consigliato esecuzione di ecografia dell'addome (che aveva evidenziato sludge endocolecistico) ed esofagogastroduodenoscopia (che la paziente aveva rifiutato)

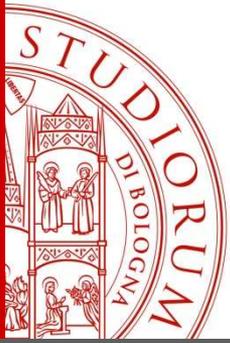


All'esame obiettivo: addome globoso per adipe, trattabile, dolente alla palpazione superficiale in epigastrio ed ipocondrio destro. Borborigmi presenti. Segno di Murphy positivo. Segno di Blumberg negativo.

Presente subittero sclerale.

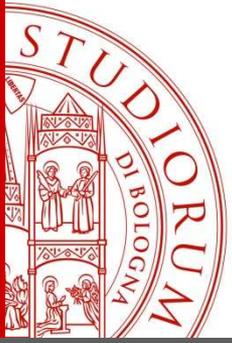
Alvo aperto a gas e feci.

Dino Vaira



Agli esami ematochimici:

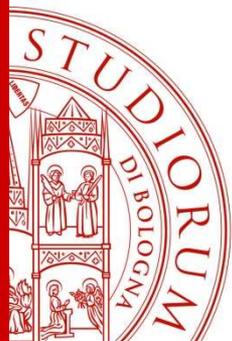
- leucocitosi neutrofila e rialzo degli indici di flogosi (GB $11.20 \cdot 10^3/\text{mmc}$, PCR 5.42 mg/dL)
- aumento della bilirubina (bilirubina totale 4.91 mg/dL di cui diretta 3.69 mg/dL)
- elevazione degli indici di citolisi epatica e di colestasi (AST 287 U/L, ALT 388 U/L, γ GT 257 U/L, fosfatasi alcalina 174 U/L)



La radiografia dell'addome evidenziava qualche piccolo livello idroaereo in corrispondenza del tenue. Non falci d'aria libera endoperitoneale.

La radiografia del torace non mostrava alterazioni ad eccezione di lieve sopraelevazione dell'emidiaframma di destra.

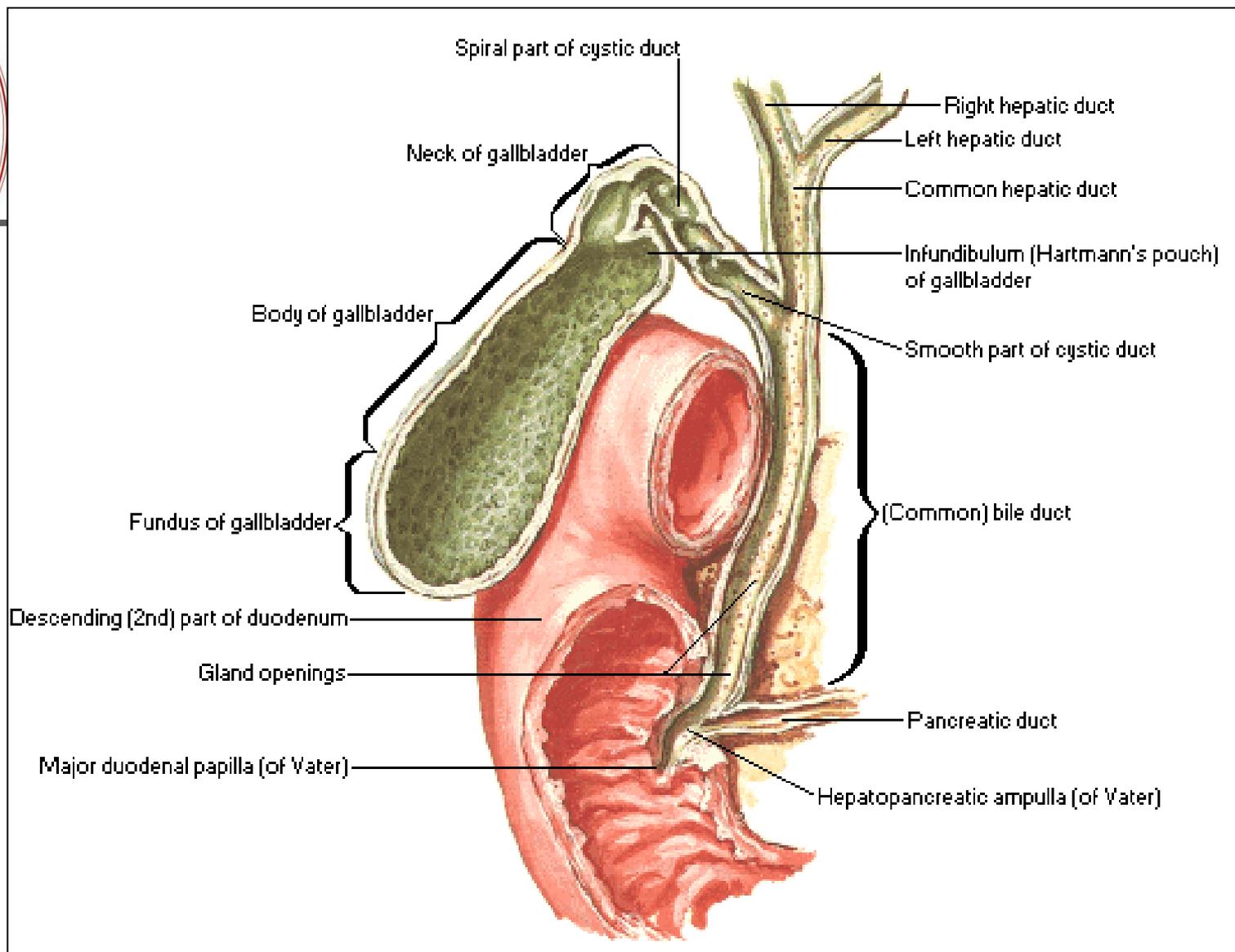
Dino Vaira

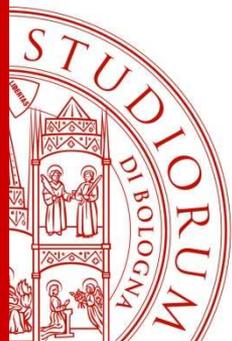


Durante il ricovero in Medicina Interna è stata impostata terapia antibiotica e reidratante associata a digiuno.

L'ecografia dell'addome ha evidenziato: *colecisti distesa con pareti ispessite (6 mm) e con lume contenente un calcolo di 18 mm all'infundibolo*. Le vie biliari intraepatiche non apparivano dilatate mentre *il coledoco risultava di calibro aumentato (11 mm)*, visualizzabile in tutto il suo decorso con *presenza di materiale ecogeno di 11 mm nel tratto intrapancreatico*, riferibile in prima ipotesi a calcolo o sludge biliare.

Dino Vaira

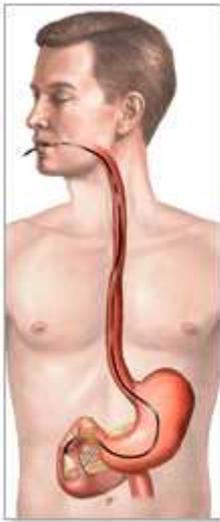
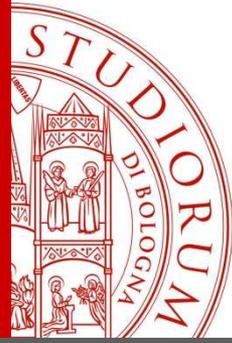




La paziente è stata pertanto sottoposta ad ERCP (colangio-pancreatografia endoscopica retrograda) con riscontro di difetto di riempimento di circa 12 mm nel terzo distale, vie biliari intraepatiche non dilatate e colecisti non iniettabile. *Dopo papillosfinterotomia si procedeva all'estrazione del calcolo con buon drenaggio di bile iodata.*

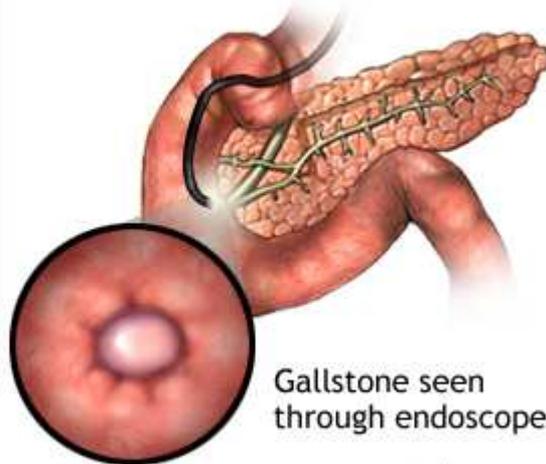
Lieve gemizio ematico nel corso della sfinterotomia con arresto spontaneo (al termine della procedura si eseguivano comunque iniezioni sottomucose di adrenalina 1: 100.000 come profilassi)

Dino Vaira



Endoscope inserted into mouth

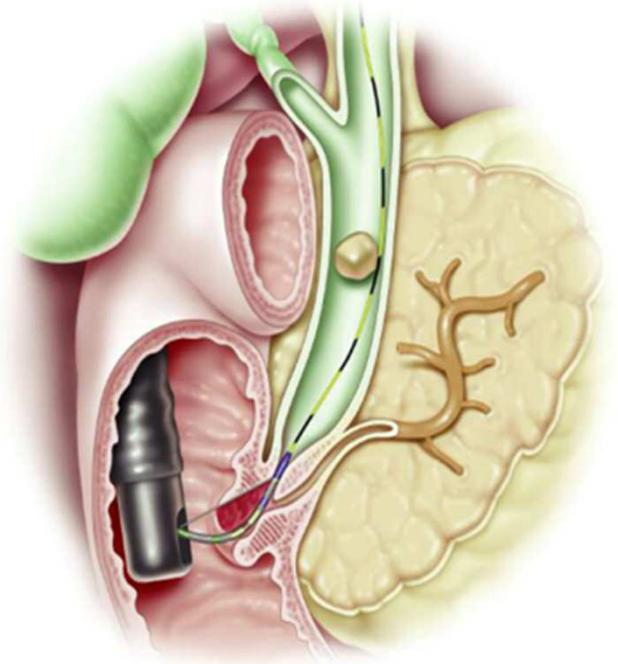
Endoscope travels through gastrointestinal tract until reaching point of blockage



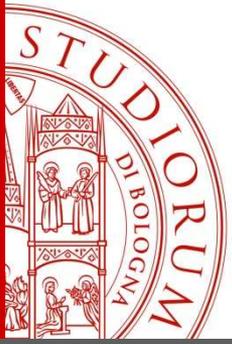
Gallstone seen through endoscope

ADAM.

ERCP



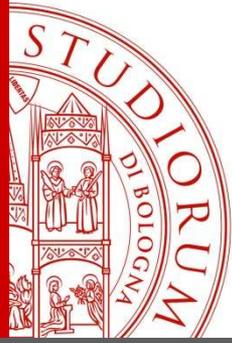
Dino Vaira



Il Consulente Chirurgo ha posto indicazione ad intervento di colecistectomia in elezione.

La paziente è stata dimessa con diagnosi di
“Colangite acuta in litiasi colecisto-coledocica”

Dino Vaira

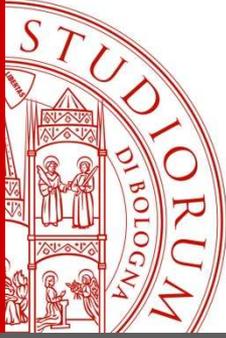


CASO CLINICO

F. B. 87 ANNI, UOMO, OSPITE DI CASA DI RIPOSO

Anamnesi patologica remota:

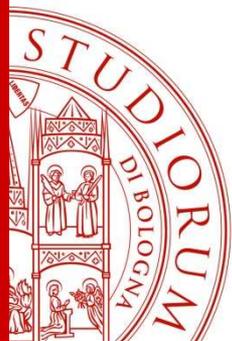
- non chiara allergia alla penicillina
- ipertensione arteriosa
- cardiopatia ischemica cronica post infartuale
- insufficienza renale cronica
- pregressa TEA (tromboendoarterectomia) carotidea sinistra
- in aprile u.s. ictus cortico-sottocorticale nel territorio dell'arteria cerebrale media con infarcimento emorragico. Esiti invalidanti: in particolare disfagia severa con impossibilità ad alimentarsi per os (in corso nutrizione trans sondino naso-gastrico in attesa di posizionamento di PEG
- gastrostomia endoscopica percutanea -)



Una notte il personale della casa di riposo allerta il 118 per l'insorgenza di vomito fecaloide con associata desaturazione (SatO₂ 79% in A.A.)

All'arrivo del 118 il paziente si presenta marezzato.
PA e SatO₂ non rilevabili

Il paziente viene trasportato in PS come codice
ROSSO...



All'arrivo in PS...

Paziente vigile, parzialmente collaborante.

Lamenta dolore addominale.

PA 50/30 mmHg, FC 110 bpm, SatO₂ non rilevabile. Apiretico.

All'esame obiettivo: marezzeria cutanea diffusa.

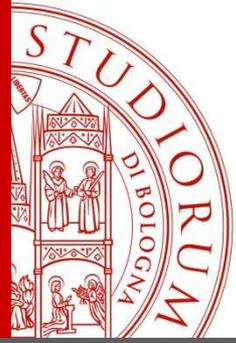
Addome: globoso, dolente alla palpazione soprattutto nei quadranti inferiori; non segni di peritonismo.

Torace: MV aspro sui campi anteriori

Cuore: toni validi, ritmici.

Non edemi declivi agli AAll. Polsi femorali presenti.

Nel sacchetto di raccolta del SNG tracce di materiale enterico.



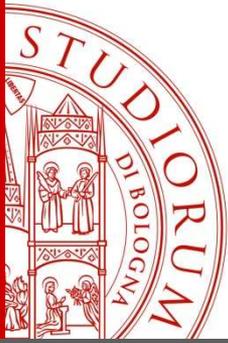
Si esegue una emogasanalisi arteriosa con riscontro di severa acidosi (pH 7.21) mista (respiratoria + metabolica).

Nulla di significativo all'elettrocardiogramma.

Si inizia il riempimento volemico con colloidi e cristalloidi (per ripristinare il volume circolante effettivo)

IIPOTESI DIAGNOSTICHE?????

Si sospetta una ischemia intestinale ma non si può escludere un'iniziale dissezione aortica....



TC TORACO-ADDOMINALE

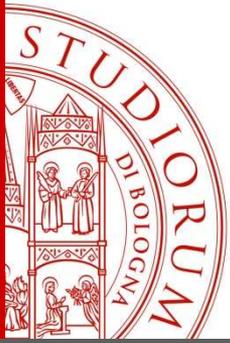
Lo studio AngioTC non evidenzia aspetti riferibili a dissezione.
Non riconoscibili evidenti segni TC da ischemia intestinale (non segni di pneumatosi od aria nel sistema portale, pareti intestinali di spessore conservato).
Non presente aria o raccolte libere in sede addominale (= non perforazione intestinale).

Ma...

Marcata gastrectasia con abbondante ristagno. Aspetti di ristagno a carico delle anse del tenue. Distensione a contenuto gassoso del trasverso e del cieco-ascendente a prevalente contenuto fluido.

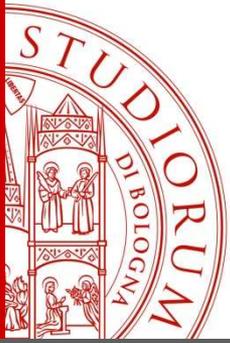
Marcata distensione del retto-sigma e del colon discendente fino alla flessura a prevalente contenuto fecale con grossolano fecaloma rettale.

In più addensamento parenchimale alla base del polmone destro.



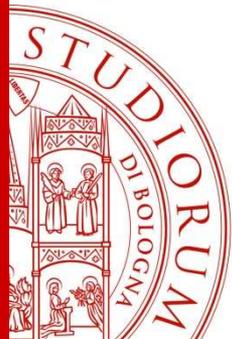
Escluse indicazioni chirurgiche, il paziente è stato trasferito in Medicina Interna con diagnosi di **“Subocclusione intestinale ed addensamento parenchimale destro in paziente con esiti ictali”**

Il paziente è stato sottoposto a terapia catartica trans SNG e mediante enteroclisi/clisteri evacuativi associata a terapia idratante e antibiotica con progressivo miglioramento delle condizioni cliniche.



N.B. il paziente anziano è fortemente soggetto a stipsi fino alla subocclusione/occlusione intestinale per una serie di fattori tra cui la scarsa idratazione, l'allettamento o il semi allettamento, la politerapia farmacologica e le patologie associate (es: M. di Parkinson, diabete).

Un fecaloma in un paziente già compromesso può determinare un netto peggioramento del quadro clinico.



CASO CLINICO

A.P. 21 ANNI, STUDENTESSA IN ARCHITETTURA

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: NEGATIVA

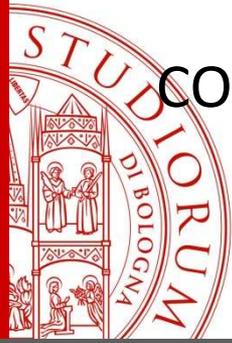
*DA 2-3 MESI ASTENIA, CALO PONDERALE DI 2-3 Kg,
FREQUENTI EPISODI DI SUDORAZIONE, FEBBRICOLA
(TC MAX 37.3 ° C) SEROTINA*

.... MA E' ESTATE E FA CALDO!

*.... E' STRESSATA PER LA PREPARAZIONE DEGLI ESAMI
ALL'UNIVERSITA'!*

.... NON HA DOLORE!

.... PASSERA'



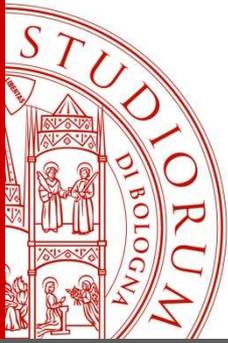
COMPARSA DI UNA MASSA IN FOSSA ILIACA DX/ IPOGASTRIO



SI RECA DAL MEDICO DI FAMIGLIA

ALL'ESAME OBIETTIVO: ADDOME PIANO, TRATTABILE, NON DOLENTE ALLA PALPAZIONE. PERISTALSI VALIDA. PRESENTE TUMEFUZIONE OVALARE DI 5-6 cm, LISCIA, DI CONSISTENZA TESO ELASTICA, NON DOLENTE, FISSA RISPETTO AI PIANI SOTTOSTANTI, IN FOSSA ILIACA DESTRA/ IPOGASTRIO.

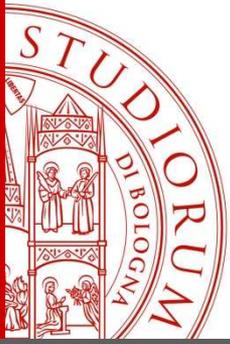
ECOGRAFIA DELL'ADDOME COMPLETO: MASSA DI VEROSIMILE PERTINENZA ANNESSIALE DESTRA. LINFOADENOMEGALIE. NON LESIONI A CARICO DEL FEGATO. CONSIGLIATO APPROFONDIMENTO MEDIANTE TC



*TC TORACO-ADDOMINALE CON MDC: LESIONE
ETEROFORMATIVA OVAIO DESTRO RIFERIBILE IN PRIMA
ISTANZA A LINFOMA. PARZIALE SOVVERTIMENTO OVAIO
CONTROLATERALE. LINFOADENOMEGALIE DIFFUSE SOVRA E
SOTTODIAFRAMMATICHE.*

BIOPSIA: LINFOMA A GRANDI CELLULE

*INIZIATO TRATTAMENTO CON STEROIDI CUI SEGUIRA'
PERCORSO CHEMIOTERAPICO IN AMBIENTE EMATOLOGICO*



A distanza di due settimane viene eseguita colonscopia che conferma la presenza di diverticoli del sigma-colon discendente al momento non complicati.

Alla paziente viene consigliata dieta povera di scorie e cicli mensili di rifaximina e fermenti lattici a scopo di disinfezione intestinale.

Dino Vaira