

MANUALE DI SEMEIOTICAE METODOLOGIA MEDICA E
CHIRURGICA

**MANUALE DI SEMEIOTICAE METODOLOGIA
MEDICA E CHIRURGICA**

con ????? figure e tabelle

IDELSON-GNOCCHI

© 2021 EDIZIONI IDELSON-GNOCCHI 1908 srl
Sorbona • Athena Medica • Grasso • Morelli • Liviana Medicina •
Grafite
Via M. Pietravalle, 85 – 80131 Napoli
Tel. +39-081-5453443 pbx
Fax +39-081-5464991

+39-338-6015319
<http://www.idelsongnocchi.it>

E-mail: info@idelsongnocchi.it
seguici su @IdelsonGnocchi
@IdelsonGnocchi
visita la nostra pagina
<https://www.facebook.com/edizioniidelsongnocchi>

I diritti di traduzione, di riproduzione, di memorizzazione elettronica e di adattamento totale e parziale con qualsiasi mezzo (compreso microfilm e copie fotostatiche) sono riservati per tutti i paesi.

Autori

- Andrea Albera**, Professore Ordinario di Otorinolaringoiatria, Direttore della S.C. di Otorinolaringoiatria-Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università degli Studi di Torino
- Roberto Albera**, Professore Ordinario di Otorinolaringoiatria, Direttore della SC di Otorinolaringoiatria Audiologia e Foniatria e del Dipartimento Assistenziale Capo Collo dell'AOU San Giovanni Battista di Torino Dipartimento di Scienze Chirurgiche dell'Università degli Studi di Torino
- Gabriella Amorese**, Dirigente Medico, U.O. Anestesia e Rianimazione e Trapianti, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Pisa
- Luca Ampollini**, Dirigente Medico- Chirurgia Toracica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Beatrice Aramini**, Ricercatrice Universitaria e Chirurgo Toracico, Struttura Complessa di Chirurgia Toracica, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena
- Decio Armanini**, Professore Associato -Istituto di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina, Università di Padova
- Vincenzo Baldo**, Professore Ordinario in Igiene e Medicina Preventiva, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Sede di Igiene. Università di Padova
- Matteo Barabino**, Dirigente Medico 1 livello, U.O. di Chirurgia Digestiva ed Epatobiliopancreatica-Dipartimento di Chirurgia Generale, Dipartimento Scienze della salute, Università di Milano
- Alfonso Barbarisi**, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-Direttore U.O.C. di Chirurgia Generale e d'Urgenza, presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona – Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria, Università di Salerno
- Brigida Barberio**, Dirigente medico-U.O.C di Gastroenterologia -Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova
- Lavinia Barbieri**, Specializzando-Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Divisione di Chirurgia Generale, IRCCS Policlinico San Donato
- Elisa Berdondini**, Chirurgo ricostruttivo dell'uretra e dei genitali. U.O.C. di Urologia, Università Humanitas Rozzano (MI), Sede Ospedale Gradenigo Torino
- Marco Bertolotti**, Professore Ordinario di Medicina Interna, Unità Operativa Complessa di Geriatria, Ospedale Civile di Baggiovara, AOU di Modena - Dipartimento di Scienze Biomediche Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia
- Giovanni Bocchialini**, Dirigente Medico-U.O.C. di Chirurgia Toracica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma
- Ugo Boggi**, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-U.O.C di Chirurgia Generale e dei Trapianti, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Università di Pisa
- Luigi Bonavina**, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-Università degli Studi di Milano, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Divisione di Chirurgia Generale, IRCCS Policlinico San Donato VI

Marco Boscaro, Professore Ordinario di Endocrinologia e Direttore della Clinica di Endocrinologia, Dipartimento di Medicina, Università di Padova.

Simona Brancati, Dirigente Medico -U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

Elena Campello, Dottorando-U.O.C Medicina Generale, U.O.SD Malattie Trombotiche ed Emorragiche, Centro Emofilia, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedale-Università di Padova

Paolo Carbognani, Professore Ordinario di Chirurgia Toracica-U.O.C di Chirurgia Toracica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Lucia Carulli, Professore Associato di Gastroenterologia, Unità Operativa Complessa di Gastroenterologia, Ospedale Policlinico, AOU di Modena - Dipartimento di Scienze Biomediche Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia

Francesco Cei, Dirigente Medico-U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

Mauro Ceroni, Professore Associato di Neurologia-IRCCS Fondazione Mondino, Università degli Studi, Pavia

Osvaldo Chiara, Professore a.c.r. ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda – SC Chirurgia Generale Trauma Team, Università degli Studi di Milano

Massimo Chiaretti, Dirigente Medico-Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica “Paride Stefanini” Sapienza Università di Roma

Stefania Cimbanassi, Dirigente Medico-ASST Grande Ospedale Metropolitano di Niguarda – SC Chirurgia Generale Trauma Team, Università degli Studi di Milano

Iolanda Cioffi, Contrattista di Ricerca, U.O.C di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli

Silvia Cocchio, Ricercatore Universitario- Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e di Sanità Pubblica, Sede di Igiene. Università di Padova

Bruno Cola, Professore Ordinario di Chirurgia Generale- U.O.C Chirurgia Generale III – Policlinico Sant’Orsola-Malpighi, Università di Bologna

Rosa Colli, Ricercatore Universitario-Istituto di Semeiotica Chirurgica -Dipartimento di Medicina e Chirurgia Traslazionale-Università Cattolica, Fondazione Policlinico Gemelli, Roma

Giovanni M. Comacchio, Dirigente Medico-Divisione e Cattedra di Chirurgia Toracica e Centro Trapianto Polmone, Università degli Studi di Padova

Giovanni Consani, Dirigente Medico, U.O. Anestesia e Rianimazione Trapianti, Azienda Ospedaliero Universitaria Pisana, Università di Pisa

Guido Costamagna, Professore Ordinario di Chirurgia generale, U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica-Dipartimento di Scienze gastroenterologiche, endocrino-metaboliche e nefro-urologiche- Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Renata D’Inca, Professore acr - Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

Stefano De Francisce, Professore Ordinario di Chirurgia Generale. Direttore Scuola Alta Formazione Università Magna Graecia, Catanzaro

Autori VII

Nicolò De Manzini, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-U.O.C. di Chirurgia Generale. Università degli Studi di Trieste

Guido De Sena, Ricercatore Universitario-Dipartimento di Medicina e Chirurgia, “Luigi Vanvitelli” Università della Campania, Napoli

Marco DellaColetta, Dirigente Medico-Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

LucaDiamanti, Dirigente Medico-IRCCS Fondazione Mondino, Università degli Studi Di Pavia

Biagio Didona, Dirigente Medico-Prima divisione Dermatologica, IDI-IRCCS, Roma

Dario Didona, Dirigente Medico-Clinica Dermatologica e Allergologica, Philipps-Università di Marburg, Germania

SilviaDolenti, Dirigente Medico- U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

MariaGraziaEsposito, Dirigente Medico-Unità Operativa Semplice di Endocrino Chirurgia, Ospedale del Mare, Napoli

SoniaFacchin, Dirigente Medico-Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

EleonoraFaccioli, Dirigente Medico, Divisione e Cattedra di Chirurgia Toracica e Centro Trapianto Polmone, Università degli Studi di Padova

Giuseppe Faggian, Professore Ordinario di Cardiocirurgia- U.O.C. di Cardiocirurgia, Università degli Studi di Verona

Fausto Famà, Professore Associato di Chirurgia Generale, Università degli Studi di Messina

Giovanni Federspil (†), (Rovigo, 23 aprile 1938 – Padova, 19 giugno 2010) Ordinario di Medicina Interna all’Università di Padova è stato un medico, uno scienziato e un noto epistemologo

Massimo Ferrucci, Dirigente Medico-Istituto Oncologico Veneto, Padova

AlessandraFrancica, Specializzanda-U.O.C. di Cardiocirurgia, Università degli Studi di Verona

IlariaFranzese, Dirigente Medico-Divisione di Cardiocirurgia, Università degli Studi di Verona

Francesco Gabrielli, Professore Ordinario di Chirurgia Generale- U.O.C. di Chirurgia Generale Istituti Clinici Zucchi, Monza- Università di Milano-Bicocca

Giorgio Enrico Gerunda, già Professore Ordinario di Chirurgia Generale presso l’Università di Modena e Reggio Emilia

Matteo Gastaldi, Dirigente Medico-IRCCS Fondazione Mondino, Università degli Studi Di Pavia

RobertaGelmini, Professore Ordinario di Chirurgia Generale- U.O.C. Chirurgia Generale d’Urgenza e Oncologica- Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria, Policlinico di Modena

Marco Gentile, Dirigente Medico- Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università di Napoli Federico II

Girolamo Geraci, Professore Associato- U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico- Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche, Università degli Studi di Palermo

Federico Germinale, Dirigente Medico-U.O.C. di Urologia, Università Humanitas Rozzano (MI), Sede Ospedale Gradenigo Torino

Autori VIII

Marika Gervasi, Dirigente Medico-U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia-Università degli Studi di Padova

Matteo Ghisa, Dirigente Medico-Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

Alessandro Giacobbe, Dirigente Medico-U.O.C. di Urologia, Università Humanitas Rozzano (MI), Sede Ospedale Gradenigo Torino

Chiara Giraud, Ricercatore Universitario-Istituto di Radiologia, Dipartimento di Medicina – DIMED, Università degli Studi di Padova - Azienda Ospedale Università di Padova

Marica Grasso, Professore acr-Dipartimento di Medicina, Chirurgia ed Odontoiatria, Università di Salerno

Gabriella Guarnieri, Professore acr, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

Angelo Guttadauro, Ricercatore Universitario- U.O.C. di Chirurgia Generale -Istituti Clinici Zucchi, Monza-Università di Milano-Bicocca

Gabriella Iannuzzo, Ricercatore Universitario-Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università di Napoli Federico II

Rosario Landi, Dirigente Medico- U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica-Dipartimento di Scienze gastroenterologiche, endocrino-metaboliche e nefro-urologiche, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Corrado Lavini, Professore acr, U.O.C. di Chirurgia Toracica-Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Tommaso Losacco, Professore Associato di Chirurgia Generale- Dipartimento di Odontostomatologia e Chirurgia, Università di Bari

Carla Lucarelli, Dottoranda-Divisione di Cardiocirurgia, Dipartimento Scienze Chirurgiche Odontostomatologiche e Materno-Infantili, Università degli Studi di Verona

Francesco Saverio Ludovichetti, Professore acr, Clinica Odontostomatologica, Università degli Studi di Padova

Riccardo Ludovichetti, Dirigente Medico-Hopitaux Universitaires de Geneve

Amalia Lupi, Dirigente Medico-Istituto di Radiologia, Dipartimento di Medicina – DIMED, Università degli Studi di Padova - Azienda Ospedale Università di Padova

Giuseppe Luzi, già Professore Associato di Medicina Interna - Università “La Sapienza”, Roma

Piero Maestrelli, Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

Pietro Maffei, Dirigente Medico-Clinica Medica 3, Dipartimento di Medicina – DIMED, Università di Padova

Paolo Marchesi, Dirigente Medico-Radiologia, Ospedale S. Antonio - Azienda Ospedale Università di Padova

Raffaele Marfella, Professore Ordinario, Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche, Neurologiche, Metaboliche e dell’Invecchiamento, Università degli Studi della Capania “Luigi Vanvitelli”

Maurizio Marra, Dirigente Sanitario Biologo, U.O.C. di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli

Autori IX

Paola Mason, Ricercatore Universitario-Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Padova

Matteo Maternini, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale- Istituti Clinici Zucchi, Monza -Università di Milano-Bicocca

Federico Mocchegiani, Ricercatore Confermato, Clinica di Chirurgia Epatobiliare, pancreatica e dei Trapianti, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Giuseppe Modica, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale ad Indirizzo Toracico-Scuola di Medicina, Dipartimento di Discipline Chirurgiche, Oncologiche e Stomatologiche, Università degli Studi di Palermo

Marco Montorsi, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-Dipartimento di Chirurgia Generale, U.O.C. di Chirurgia Pancreatica, Istituto Clinico Humanitas IRCCS Humanitas University, Rozzano (MI)

Uliano Morandi, Professore Ordinario di Chirurgia Toracica, Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialità Chirurgiche, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Raffaella Motta, Ricercatore Universitario-Istituto di Radiologia, Dipartimento di Medicina – DIMED, Università degli Studi di Padova, Azienda Ospedale Università di Padova

Giovanni Muto, Professore Ordinario U.O.C. di Urologia, Università Humanitas Rozzano (MI), Sede Ospedale Gradenigo Torino

Gennaro Nappo, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Pancreatica Dipartimento di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Humanitas IRCCS Humanitas University, Rozzano (MI)

Francesco Onorati, Professore Associato-U.O.C. di Cardiochirurgia, Università degli Studi di Verona

Enrico Opocher, Professore Ordinario di Chirurgie Generale- U.O.C. di Chirurgia Generale – Epatobiliopancreatica e digestiva-Dipartimento di Chirurgia Generale, Dipartimento Scienze della salute, Università di Milano

Annarita Palumbo, Assistente in formazione specialistica in Ginecologia e Ostetricia, Università Magna Graecia di Catanzaro

Giuseppe Pappalardo, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-Dipartimento di Chirurgia Generale e Specialistica “Paride Stefanini” Sapienza Università di Roma

Fabrizio Pasanisi, Professore Ordinario di Medicina Interna, U.O.C di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli

Silvia Pecere, Dirigente Medico- U.O. di Endoscopia Digestiva Chirurgica-Dipartimento di Scienze gastroenterologiche, endocrino-metaboliche e nefro-urologiche, Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma

Francesco Perticone, Professore Ordinario di Medicina Interna, Università Magna Graecia, Catanzaro

Federico Rea, Professore Ordinario di Chirurgia Toracica-U.O.C. di Chirurgia Toracica e Centro Trapianto Polmone, Università degli Studi di Padova

Luca Revelli, Ricercatore Universitario-Istituto di Semeiotica Chirurgica -Dipartimento di Medicina e Chirurgia Traslazionale-Università Cattolica, Fondazione Policlinico Gemelli, Roma

Simone Ricchitelli, Università Humanitas- Rozzano Milano

Renato Romagnoli, Professore Associato - Chirurgia Generale 2 U – Centro Trapianto Fegato A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Molinette

Autori X

Roberta Rossi, Medico in formazione specialistica in chirurgia generale, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Carlo Rostagno, Professore Associato-U.O.C. DI Cardiologia-Dipartimento di Medicina Sperimentale e Clinica, Università degli Studi di Firenze

Claudio Rovesta, Professore Associato f.r. Clinica Ortopedica e Traumatologica, Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia.

Paolo Rubba, Professore Ordinario di Medicina Interna-Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università di Napoli Federico II

Michele Rusca, Professore Ordinario di Chirurgia Toracica, U.O.C. di Chirurgia Toracica-Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Livio San Biagio, Dirigente Medico-Divisione di Cardiocirurgia, Università degli Studi di Verona

Sergio Sandrucci, Professore Ordinario di Chirurgia Generale-U.O.C. Dipartimento di Chirurgia Oncologica “Sarcoma Viscerale”, Ospedale San Giovanni Battista, Università di Torino Università degli Studi di Torino

Lidia Santarpià, Ricercatore Universitario, U.O.C di Medicina Interna e Nutrizione Clinica, Dipartimento di Medicina Clinica e Chirurgia, Università Federico II, Napoli

Marco Schiavon, Ricercatore Universitario-Divisione e Cattedra di Chirurgia Toracica e Centro Trapianto Polmone, Università degli Studi di Padova

Angela Sciacqua, Direttore della Scuola di Specializzazione in Geriatria, Università Magna Graecia, Catanzaro

Antonio Sciuto, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale-Ospedale “Santa Maria delle Grazie”, Pozzuoli (NA)

Paolo Simioni, Professore Ordinario di Medicina Interna-U.O.C. Medicina Generale, U.O.SD Malattie Trombotiche ed Emorragiche, Centro Emofilia, Dipartimento di Medicina, Azienda Ospedale-Università di Padova

Andrea Sironi, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, IRCCS Policlinico San Donato-Università degli Studi di Milano

Antonio Spinelli, Professore Associato, U.O. di Chirurgia del Colon e Retto-Università Humanitas- Rozzano Milano

Paolo Strignano, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale – Centro Trapianto Fegato A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Molinette

Giacomo Carlo Sturniolo, Professore Ordinario di Medicina Interna- Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche, Università di Padova

Francesco Tandoi, Dirigente Medico- U.O.C. di Chirurgia Generale – Centro Trapianto Fegato, A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino – Presidio Molinette

Roberto Tarquini, Professore Aggregato -U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

Giovanni Tazzioli, Professore Associato di Chirurgia Generale-Dipartimento di Chirurgia e Specialità Chirurgiche, U.O. di Senologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Lorenzo Tosco, Dirigente Medico-U.O.C. di Urologia, Università Humanitas Rozzano (MI), Sede Ospedale Gradenigo Torino

Autori XI

Alice Valoriani, Dirigente Medico-U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

Giulia Vannini, Dirigente Medico-U.O.C. di Medicina Interna, Ospedale San Giuseppe, USL Toscana Centro, Empoli

Luigi Ventura, Dirigente Medico, Chirurgia Toracica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma

Paolo Ventura, Ricercatore Universitario-Dipartimento di Medicina Interna Generale, d'Urgenza e Post-Acuzie, Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico di Modena

Roberta Venturella, Professore Associato di Ginecologia e Ostetricia, U.O.C. di Ostetrica e Ginecologia-Università Magna Graecia di Catanzaro

Roberto Vettor, Professore Ordinario di Medicina Interna-U.O.C. di Clinica Medica 3 – Dipartimento di Medicina – DIMED, Università di Padova

Marco Vivarelli, Professore Ordinario di chirurgia generale, Clinica di Chirurgia Epatobiliare, pancreatica e dei Trapianti, Azienda Ospedaliero-Universitaria Ospedali Riuniti, Università Politecnica delle Marche, Ancona

Alessandro Zerbi, Professore Associato-U.O.C. di Chirurgia Pancreatica-Dipartimento di Chirurgia Generale, Istituto Clinico Humanitas IRCCS Humanitas University, Rozzano (MI)

Fulvio Zullo, Professore Ordinario di Ginecologia e Ostetricia, U.O.C. di Ostetricia e Ginecologia Oncologica - Policlinico Federico II di Napoli, Dipartimento di Neuroscienze e Scienze riproduttive ed odontostomatologiche-Università Federico II di Napoli

Autori

Indice generale

Presentazione ??

Capitolo 1 - La “scienza dei segni” 1

Corrado Lavini

Una storia plurimillenaria 1

La semeiotica oggi 8

Il recupero della “medicina d’osservazione” 9

QR Code 1.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 2 - Approccio e comunicazione con il paziente 11

Sergio Sandrucci

Introduzione 11

Premessa 11

Modelli professionali e comunicazione: medicina centrata sulla malattia o centrata sul paziente? 11

La comunicazione fra il medico ed il paziente 12

Fattori che costituiscono la comunicazione 13

Il dottor Google 14

Affinare le abilità di comunicazione 15

La comunicazione delle cattive notizie 16

Cos’è una cattiva notizia 16

Dire o non dire 16

Cosa non fare 17

Cosa fare 17

SETTING UP the interview: Predisporre tutto al meglio prima del colloquio 17

Assessing the patient’s PERCEPTION (valutare la percezione del paziente) 17

Obtain the patient INVITATION: Non dire al paziente più di quanto non voglia sapere 18

Giving KNOWLEDGE and information to the patient (Fornire una conoscenza adeguata e informazioni sufficienti al paziente) 18

Addressing the patient’s EMOTION with empathic responses (Avvicinarsi allo stato emotivo del paziente con argomenti empatici) 18

STRATEGY and SUMMARY (chiarire la strategia terapeutica e riassumere le informazioni fornite) 19

Il paziente chirurgico 19

L’adattamento alla malattia e l’accettazione delle cure 20xiv

Reazioni a traumi e a malattie che richiedono una cura chirurgica 21

Traumi 21

Malattie 21

Situazioni/pazienti particolari 21

Interventi mutilanti 21

Chirurgia plastica e ricostruttiva 22

L'anestesia 22

QR Code 2.1:

Algoritmi strategia comunicativa

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 3 - Lineamenti di metodologiaclinica23

Giovanni Federspil, Pietro Maffei, Roberto Vettor

La metodologia della scienza 23

Metodologia dell'indagine clinica tra scienza e tecnologia 23

Dalla medicina dei sistemi alla medicina personalizzata: il prepotente ritorno alla clinica dell'individuo 24

La metodologia clinica 25

Cenni di logica applicata alla clinica 27

Il procedimento clinico 27

Valore segnaletico dei segni e dei sintomi 28

Anamnesi ed esame obiettivo come momento dell'osservazione nel metodo scientifico 30

L'errore clinico 31

Bioetica, psicologia, metodologia epidemiologica e clinica 32

Diagnosi differenziale e diagnosi probabilistica 32

La spiegazione in medicina clinica 33

La prognosi 34

La terapia 35

Gli aspetti non scientifici dell'atto clinico 35

QR Code 3.1:

La metodologia della scienza

Logica applicata alla clinica

Le fallacie quali insidie al processo logico della diagnosi

L'analisi decisionale in medicina clinica

La natura individuale della clinica

Bibliografia

Capitolo 4 - Elementi di metodologiaepidemiologica37

Vincenzo Baldo, Silvia Cocchio

Introduzione 37

Le misure di frequenza 37

Rapporti e tassi 38xv

Misure di morbosità 40

Prevalenza 40

Incidenza 40

Incidenza cumulativa (o proporzione di incidenza) 41

Tasso di incidenza (o densità di incidenza o tasso di rischio) 41

Rapporto tra incidenza e prevalenza 41

Le misure di associazione 41

Interpretazione delle associazioni 42

Gli studi epidemiologici 43

Studi descrittivi 44

Studi analitici 44

Studi trasversali o di prevalenza 45

Studi longitudinali o di coorte 45

Studi caso-controllo (o retrospettivi) 46

Studi sperimentali 47

Validità e variabilità dei test diagnostici 48

QR Code 4.1:

Glossario

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 5 - Anamnesi generale 51

Giulia Vannini, Francesco Cei, Roberto Tarquini

Introduzione 51

Ruolo e struttura dell'anamnesi 51

Raccolta dei dati biografici 52

L'età 52

Anamnesi familiare 52

Anamnesi personale fisiologica 52

Nascita, crescita e sviluppo psicofisico 52

Nascita 52

Allattamento e crescita 53

Sviluppo dei caratteri sessuali 53

Anamnesi psicosociale 53

Ambiente familiare 53

Scolarità 53

Attività sessuale 53

Professione e servizio militare 54

Stile di vita 54

Revisione delle principali funzioni fisiologiche 54

Ciclo mestruale 54

Alimentazione 54

Alvo 54XVI

Diuresi e minzione 55

Il sonno 55

Anamnesi personale patologica 55

Anamnesi patologica remota 56

Anamnesi patologica prossima 56

QR Code 5.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 6 - Il dolore e la febbre 57

Paolo Strignano, Renato Romagnoli, Roberto Tarquini, Giulia Vannini, Francesco Cei

Introduzione 57

Definizione 57

Richiami anatomo-fisiologici: le vie della sensibilità dolorifica 57

Trasduzione e trasformazione dell'informazione dei nocicettori 57

Conduzione periferica dei segnali nocicettivi 58

Conduzione ed elaborazione centrale 58

Dolore riferito 58

Modulazione del dolore 59

Dolore neuropatico: basi anatomo-fisiologiche 60

Dolore: suddivisione dei distretti corporei 61

Classificazione clinica: tipi di dolore 62

Valutazione del dolore 63

Trattamento del dolore 63

Metodi alternativi di controllo del dolore 63

La febbre 64

Temperatura corporea normale 64

Risposta di fase acuta 65

Caratteristiche della febbre 66

Disturbi concomitanti alla febbre 69

La febbre di origine sconosciuta 70

L'ipertermia maligna 70

Sindrome maligna da neurolettici 71

Febbre postoperatoria 71

QR Code 6.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Algoritmo febbre e tabelle

Capitolo 7 - Generalità dell'esame obiettivo 73

Roberto Tarquini, Simona Brancati, Silvia Dolenti, Alice Valoriani

Esame obiettivo generale 74

I segni vitali 74

Polso arterioso 74

Pressione arteriosa 75XVII

Il respiro	76
La psiche e il sensorio	77
<i>Transitorie perdite di coscienza (TPC) e durature perdite di coscienza</i>	<i>78</i>
Il coma	78
L'atteggiamento e il decubito	79
L'espressione del volto: la facies	80
Le mani	82
I caratteri della cute	83
<i>Discromie cutanee diffuse</i>	<i>84</i>
<i>Manifestazioni mucocutanee in corso di malattie di interesse internistico</i>	<i>85</i>
Lo stato delle mucose visibili	86
<i>Mucose visibili</i>	<i>86</i>
Congiuntiva	86
Labbra	87
Cavo orale	87
Orofaringe	87
Lo stato del tessuto sottocutaneo	88
<i>Edema</i>	<i>88</i>
<i>Enfisema sottocutaneo</i>	<i>89</i>
<i>Circolo vascolare</i>	<i>90</i>
Le condizioni delle linfoghiandole superficiali	90
Le condizioni dell'apparato muscolare	92
Sviluppo e conformazione dello scheletro	92
QR Code 7.1:	
Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia	

Capitolo 8 - Alvo	93
Antonio Spinelli, Simone Ricchitelli	
<i>Introduzione</i>	<i>93</i>
Obiettivi	93
Definizione	93
Anamnesi	93
<i>Numero di defecazioni</i>	<i>94</i>
Stipsi	94
Stipsi funzionali	94
Stipsi organiche	94
Occlusione intestinale o ileo	94
Ileo paralitico	94
Ileo meccanico	94
Diarrea	94
Diarree acute	95
Diarree croniche	95XVIII

Meccanismo dell'evacuazione 95

- Incontinenza fecale 95
- Incontinenza funzionale 95
- Incontinenza organica 95
- Soiling 95
- Tenesmo rettale 95
- Contratture spastiche dello sfintere 95

Rapporto dolore/evacuazione 95

Quantità delle feci 96

Consistenza 96

Forma 96

Colore 96

Esame obiettivo 98

QR Code 8.1:

- Anatomia
- Anatomia topografica
- Algoritmo diagnostico
- Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 9 - Valutazione dello stato nutrizionale 99

Lidia Santarpia, Iolanda Cioffi, Maurizio Marra, Fabrizio Pasanisi

Introduzione 99

Anamnesi nutrizionale 101

Questionario di frequenza (FFQ) 101

Recall delle 24 ore 101

Diario alimentare 101

Esame obiettivo 102

Metodi diretti - DEXA 103

Metodi indiretti - Antropometria 103

Peso 103

Indice peso/altezza 103

Circonferenze corporee 103

Pliche cutanee 103

Bio-impedenziometria (BIA) 104

Calorimetria Indiretta 104

Equazioni predittive 104

Dati di laboratorio 104

Catabolismo 106

QR Code 9.1:

- Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia **XIX**

Capitolo 10 - Cute, sottocute e annessi 107

Fausto Famà, Dario Didona, Biagio Didona

Introduzione 107

Struttura della cute 107

Lesioni elementari della cute 107

Lesioni primitive 108

Eritema 108

Macula 108

Pomfo 109

Vescicola 109

Bolla 110

Pustola 110

Papula 110

Placca 110

Nodulo 111

Lesioni secondarie 111

Crosta 111

Erosione 111

Ragade 112

Ulcerazione 112

Cicatrice 112

Lesioni primitivo-secondarie 113

Squama 113

Sclerosi 113

Atrofia 113

Segni e processi infiammatori 113

Processi flogistico-suppurativi su base piogenica (ovvero sostenuti più frequentemente da stafilococco aureo e streptococco) 114

Cisti 117

Precancerosi 117

Neoplasie benigne e maligne 117

Carcinoma basocellulare o basalioma 118

Carcinoma spinocellulare o spinalioma 119

Nevi melanocitari 119

Melanoma 120

Palpazione 120

Percussione 121

Auscultazione 121

Semeiotica strumentale 121

Dermatoscopia 121

Lampada di Wood 121

Test allergologici 122

Ecografia cutanea 122

Agoaspirato/agobiopsia 122

Biopsia chirurgica 122XX

QR Code 10.1:

Struttura della cute, riassunto
Glossario
Algoritmo: profilo diagnostico
Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 11 - Apparato endocrino 123

Marica Grasso, Maria Grazia Esposito, Guido De Sena, Alfonso Barbarisi, Decio Armanini, Marco Boscaro

Introduzione 123

Ipofisi 123

Approfondimento anatomico 123

Anamnesi 123

Esame obiettivo 123

Iperpituitarismo 123

Ipopituitarismo 124

Indagini di laboratorio 124

Indagini strumentali 124

Tiroide 125

Fisiologia funzionale 125

Semeiotica fisica generale 125

Semeiotica funzionale generale 125

Prove dirette (in vivo) della funzione tiroidea 126

Misure delle concentrazioni degli ormoni tiroidei 126

Prove che esplorano il controllo omeostatico della tiroide 127

Test al TSH ricombinante (thyrogen) 127

Ricerca di anticorpi antitiroidei 127

Agoaspirato 127

Indici metabolici 127

Semeiotica delle malattie della tiroide 128

Ipertiroidismo e tireotossicosi 128

Complicanze rare dell'ipotiroidismo 129

Ipotiroidismo 130

Tiroiditi 131

Gozzo nodulare non tossico 131

Nodulo neoplastico maligno 132

Paratiroidi 132

Anamnesi 132

Esame obiettivo locale 132

Iperparatiroidismo 132

Esame obiettivo locale 132

Esame obiettivo sistemico 132

Ipoparatiroidismo 132

Esame obiettivo locale 133

Esame obiettivo sistemico 133XXI

Indagini di laboratorio 133

Indagini strumentali 133

Surreni 133

Anamnesi 133

Esame obiettivo 133

Ipercorticosurrenalismo 133

Ipocorticosurrenalismo 134

Indagini di laboratorio 134

Indagini strumentali 134

Gonadi 135

Anamnesi 135

Pubertà precoce 135

Esame obiettivo sistemico 135

Pubertà ritardata 135

Pancreas endocrino 135

Anamnesi ed esame obiettivo 136

Indagini di laboratorio 136

Indagini strumentali 136

Timo 136

Anamnesi ed esame obiettivo 136

Definizione dei test 137

Test per l'insulino resistenza 137

Test da carico del glucosio (75 g) 137

Test rapido ACTH (test al Synacthen) 137

ACTH low dose (test al Synacthen) 137

Test di soppressione con desametasone a basse dosi (Test di Nugent) 138

QR Code 11.1:

Tiroide, riassunto

Fisiologia funzionale

Complicanze dell'ipotiroidismo

Nodulo neoplastico maligno

Paratiroidi, riassunto

Ipofisi, riassunto

Ghiandole surrenali, riassunto

Pancreas, riassunto

Gonadi, riassunto

Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 12 - Semeiotica del collo	139
<i>Giuseppe Pappalardo, Massimo Chiaretti</i>	
Anatomia topografica	139
Esame obiettivo generale del collo	139
<i>Ispezione</i>	139
Conformazione	139
Atteggiamento e motilità	140

XXII

Sporgenze e depressioni normali 140
Caratteristiche della cute 140
Movimenti connessi con le funzioni fisiologiche 140
Caratteristiche ispettive delle tumefazioni 141

Palpazione 141

Palpazione delle formazioni anatomiche del collo 141

Percussione 142

Auscultazione 142

Esame della tiroide 142

Esame dei linfonodi cervicali 142

Linfonodi sopraioidei 142

Linfonodi sottoioidei (tracheali) 142

Linfonodi parotidei 143

Linfonodi cervicali superficiali e profondi (regione sternocleidomastoidea) 143

Linfonodi sopraclaveari 143

Linfonodi nucali 143

Tumefazioni linfonodali 143

Esame delle ghiandole salivari 144

Parotidi 144

Ghiandole sottomascellari 145

Ghiandole sottolinguali 145

Esame delle carotidi e delle giugulari 145

Cisti disembrionogenetiche 145

QR Code 12.1:

Riassunto

Anatomia topografica

Esame della tiroide

Noduli unici della tiroide

Tumefazioni diffuse della tiroide

Gozzo colloidico-cistico multinodulare

Morbo di Basedow

Tiroiditi

I carcinomi indifferenziati o anaplastici

Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 13 - Semeiotica dell'apparato respiratorio 147

Piero Maestrelli, Paola Mason, Gabriella Guarnieri

Anamnesi 147

Anamnesi fisiologica 147

Anamnesi patologica 148

Sintomi e segni 148

Semeiotica fisica del torace 150

Ispezione 150

Conformazione 150XXIII

Ritmo e tipo di respiro 151
Decubito 151
Osservazione di cute e mucose 151

Palpazione 152

Percussione 152

Percussione topografica o delimitante 152

Percussione comparativa 153

Auscultazione 153

Variazioni di intensità del murmure vescicolare 154

Variazioni qualitative del murmure vescicolare 154

Soffio bronchiale 154

Rumori aggiunti 155

Questionari 155

Tecniche di indagine della funzionalità respiratoria 155

Misura dei volumi polmonari e dei flussi respiratori 156

Nomenclatura dei volumi e dei flussi respiratori 156

Interpretazione 157

Curva flusso-volume 157

Interpretazione 158

Test di reversibilità della bronco-ostruzione 159

Test di provocazione bronchiale 159

Test di provocazione bronchiale aspecifica 160

Test di provocazione bronchiale specifica 160

Monitoraggio del picco di flusso espiratorio 160

Test di forza dei muscoli respiratori 161

Test che valutano gli scambi gassosi 161

Capacità di diffusione dell'ossido di carbonio 162

Interpretazione 162

Ossimetria 162

Emogasanalisi arteriosa 162

Test di valutazione globale cardiorespiratoria e muscolare 163

Test da sforzo cardiopolmonare 163

Test del cammino (6 min) 163

QR Code 13.1:

Riassunto

Anatomia

Questionari per il paziente

Asthma Control Test (ACT)

Questionario CECA per la bronchite cronica

COPD Assessment Test (CAT)

Questionario per la dispnea mMRC

Scala di Borg

Stop-Bang

Tecniche di indagine della funzionalità respiratoria

Diagnosi con tecniche di endoscopia toracica **XXIV**

Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Approfondimento - Il nodulo polmonare solitario 163

QR code: Il nodulo polmonare solitario

Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Introduzione

Valutazione clinica

Immagini radiologiche

Rx torace

Tac torace

Dimensione

Attenuazione di segnale

Localizzazione

Margini

Calcificazioni

Pattern morfologici

Enhancement del nodulo

Tasso di crescita

Linfonodi intraparenchimali (IPN)

Tomografia a emissione di positroni (PET)

Modelli per calcolare la probabilità pre-test di malignità

Gestione

Noduli ground-glass (GGN)

Ggn <6 mm

Noduli parzialmente solidi (PSN)

Noduli sub-solidi multipli

Nodulo solido

Nodulo solido <6 mm

Nodulo solido di 6-8 mm

Nodulo solido >8 mm

Biopsia non-chirurgica

Biopsia trans-toracica tac guidata

Broncoscopia convenzionale

Ruolo della guida fluoroscopica

Biopsia su guida broncoscopica

Broncoscopia virtuale (vb)

Broncoscopia con navigazione elettromagnetica (enb=electromagnetic navigation bronchoscopy)

Ecografia radiale endo-bronchiale-rebus (radial endo bronchial ultrasound)

Broncoscopio ultrasottile

Nuove metodiche

Asportazione chirurgica

Radioterapia stereotassica (sbtr, stereotactic body radiation therapy)

Valutazione funzionale preoperatoria

Conclusioni

Autovalutazione

BibliografiaXXV

Capitolo 14 - Traumi del torace 165

Giovanni Bocchialini, Luca Ampollini, Luigi Ventura, Michele Rusca, Paolo Carbognani

Introduzione 165

Valutazione e gestione iniziale 166

Lesioni di parete 166

Fratture costali semplici 166

Volet costale (lembo costale mobile) 167

Fratture dello sterno 168

Frattura di scapola e clavicola 168

Rottura del diaframma 168

Lesioni del parenchima polmonare 168

Trauma tracheo-bronchiale 168

Contusione polmonare 170

Pneumotorace 170

Pneumotoraci complicati 170

Enfisema sottocutaneo 170

Emotorace 171

Lesioni dei visceri intratoracici 172

Trauma esofageo 172

Ingestione di caustici e corpi estranei 172

Lesioni di cuore e grossi vasi 172

Tamponamento cardiaco 173

Traumatismi cardiaci chiusi 173

Lesioni dell'aorta 173

Lesioni dei vasi epiaortici 173

QR Code 14.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 15 - Semeiotica del mediastino 175

Uliano Morandi, Beatrice Aramini

Introduzione 175

Patologie del mediastino e semeiotica clinica 175

Semeiotica strumentale 176

Radiografia del torace 176

Tomografia ad emissione di positroni (TAC-PET) 177

Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) 177

Fibrobroncoscopia ed Endoscopia broncoscopica ad ultrasuoni (EBUS) 177

Broncoscopia operativa 178

Mediastinoscopia e Toracoscopia chirurgica a scopo diagnostico per patologie del mediastino 178

Toracoscopia chirurgica a scopo diagnostico 179

Riscontro indiretto della patologia del mediastino 180

Sindromi mediastiniche 180

Pneumomediastino ed Enfisema sottocutaneo 181XXVI

QR Code 15.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Anatomia del mediastino

Capitolo 16 - Semeiotica della mammella 183

Giovanni Tazzioli, Tommaso Losacco

Anatomia topografica 183

Esame obiettivo 183

Ispezione 184

Forma volume e numero 184

Alterazioni della cute 185

Alterazioni del profilo 187

Alterazioni del complesso areola-capezzolo (CAC) 187

Palpazione 188

Mammella 189

Secrezioni 191

Stazioni linfonodali 191

Autopalpazione 192

Tumori eredo-familiari della mammella 193

Semeiotica strumentale 193

Mammografia 193

Ecografia 195

Risonanza Magnetica Nucleare 195

Galattografia 196

QR Code 16.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Anatomia topografica
Tumori eredo-familiari della mammella

Capitolo 17 - Apparato cardiovascolare 197

Carlo Rostagno

Richiami di anatomia 197

Anamnesi 197

Familiarità 197

Dispnea 198

Dolore toracico 199

Cardiopalmi 200

Sincope 200

Cianosi 201

Edemi 201

Nicturia 201

Esame fisico del cuore 201

Ispezione del cuore 202

Aspetto della regione precordiale 202

Sede e caratteri dell'itto della punta 202

Sede dell'itto 202 **XXVII**

Estensione dell'itto	203
Forza dell'itto	203
Tempo dell'itto	203
Palpazione	203
<i>Fremiti e sfregamenti</i>	203
Fremiti alla punta	203
Fremiti al mesocardio	204
Fremiti alla base	204
Percussione del cuore	204
<i>Area di ottusità assoluta</i>	204
<i>Area di ottusità relativa</i>	204
Confini dell'area di ottusità relativa	205
Ascoltazione cardiaca	205
<i>Focolai di ascoltazione</i>	206
Toni cardiaci	207
<i>Il primo tono</i>	207
<i>Il secondo tono</i>	208
<i>Il terzo tono</i>	208
<i>Il quarto tono</i>	209
Timbro dei toni	210
Sdoppiamento di un tono	210
<i>Sdoppiamento del I tono</i>	210
Soffi cardiaci	210
<i>Soffi sistolici</i>	211
<i>Soffi diastolici</i>	212
Soffi protodiastolici	212
Soffi mesodiastolici	212
Soffi presistolici	214
Soffi continui	214
Arterie	214
<i>Ispezione</i>	214
<i>Palpazione</i>	214
<i>Ascoltazione</i>	215
Vene giugulari e polso venoso	215
<i>Polso venoso</i>	216
Misura della pressione venosa centrale al letto del malato	216
<i>Reflusso epato-giugulare</i>	216
Semeiotica Strumentale: Elettrocardiografia	216
Genesi dell'elettrocardiogramma	216
<i>Parametri elettrocardiografici di base</i>	216
Onda P	217
Intervallo PR	217
Complesso QRS	217
Tratto ST	217XXVIII

Onda T 217
Intervallo QT 217
Onda U 217

L'elettrocardiogramma normale 218

Onda P normale 219
Complesso QRS normale 219
Tratto ST 220
Onda T 220

Asse elettrico del QRS/Blocchi di branca 220

Ecocardiografia 220

Anatomia ecocardiografica 221

Ecocardiografia transesofagea 221

Ecocardiografia Doppler 221

Curve velocimetriche normali 222

L'ecocardiografia nelle valvulopatie 222

QR Code 17.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Richiami di anatomia
Genesi dell'elettrocardiogramma
Cenni di elettrofisiologia clinica
Cenni di anatomia e fisiologia del sistema di eccito-conduzione cardiaca
Tachiaritmie sopraventricolari
Flutter atriale
Fibrillazione atriale
Tachicardia da rientro all'interno della regione sinusale
Tachicardia atriale ectopica
Tachicardia atriale ectopica con blocco AV
Tachicardia atriale da rientro
Tachicardia giunzionale ectopica nodale
Tachicardia da rientro nodale
Tachicardia nodale permanente o incessante
Tachicardie sopraventricolari associate a vie accessorie di conduzione
Sindrome di Wolf-Parkinson-White
Tachicardia ventricolare
Flutter e Fibrillazione ventricolare
Turbe della conduzione atrioventricolare (blocchi A-V)
Alterazioni elettrocardiografiche nella cardiopatia ischemica
Ischemia miocardica ed ECG
Infarto miocardico
Diagnosi differenziale all'ECG dell'infarto miocardico
Alterazioni elettrocardiografiche nella pericardite
Alterazioni elettrocardiografiche da turbe elettrolitiche
Asse elettrico del QRS
Deviazioni dell'asse elettrico
Asse elettrico medio dell'onda PXXIX

Ipertrofia cardiaca ed elettrocardiografia
Blocchi di branca
Blocco di branca destra
Blocco di branca sinistro
Emiblocchi
Anatomia ecocardiografica
Proiezione lungo l'asse maggiore del ventricolo sinistro (proiezione parasternale asse lungo)
Proiezione lungo l'asse minore del cuore (proiezione parasternale asse corto)
Proiezione apicale 4 camere
Proiezione sub-xifoidea
Ecocardiografia nelle valvulopatie
Stenosi mitralica
Insufficienza mitralica
Stenosi aortica
Insufficienza aortica
Stenosi polmonare
Insufficienza polmonare
Stenosi tricuspide
Insufficienza tricuspide
Ecocardiografia nelle miocardiopatie
Miocardiopatie dilatative
Miocardiopatie ipertrofiche
Miocardiopatie restrittive
L'ecocardiogramma nella cardiopatia ischemica
L'ecocardiogramma nelle cardiopatie congenite più comuni
Difetto del setto interatriale
Difetto del setto interventricolare (DIV)
Pervietà del dotto di Botallo
Tetralogia di Fallot
Malattia di Ebstein
Ecocardiografia nelle malattie del pericardio
Ecocardiogramma nella patologia delle camere cardiache (tumori cardiaci, trombi intracardiaci)
Ecocardiogramma nella patologia aortica

Capitolo 18 - Chirurgiacardiaca dell'adulto 223

Giuseppe Faggian, Ilaria Franzese, Livio San Biagio, Carla Lucarelli, Alessandra Francica, Francesco Onorati

Introduzione 223

Cenni di anatomia 223

Patologia dell'aorta toracica e sindromi aortiche acute 223

Principi di terapia chirurgica 226

Valvulopatie aortiche 227

Principi di terapia chirurgica 232

Valvulopatie mitraliche 232

Principi di terapia chirurgica 234XXX

Cardiopatía ischemica e complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto 235

QR Code 18.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Cenni di anatomia
Le patologie dell'aorta toracica
Principi di terapia chirurgica
Metodologia clinica e chirurgica della fase postoperatoria e follow-up
Valvulopatia aortica e mitralica
Principi di terapia chirurgica
Metodologia clinica e chirurgica della fase postoperatoria e follow-up
Cardiopatía ischemica e complicanze meccaniche dell'infarto miocardico acuto
Principi di terapia chirurgica
Metodologia clinica e chirurgica della fase postoperatoria e follow-up

Approfondimento - La chirurgia cardiaca dello scompenso cardiaco

avanzato ed il trapianto di cuore 239

QR Code - Approfondimento

Introduzione
Cenni di anatomo-patologia
Cenni di fisiopatologia
Semeiotica clinico-strumentale e metodologia chirurgica
Principi di terapia chirurgica
Metodologia clinica e chirurgica della fase postoperatoria e follow-up

Capitolo 19 - Semeiotica vascolare degli arti 241

Luca Revelli, Massimo Ferrucci, Rosa Colli

Cenni di anatomia 241

Dolore agli arti 241

Esame obiettivo 243

Ispezione 243

Palpazione 250

Auscultazione 255

Esami strumentali 255

Quadri clinici 255

QR Code 19.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Cenni di anatomia
Arto superiore
Arto inferiore
Esami strumentali
Traumi **XXXI**

Capitolo **20** - Semeiotica addominale 263

Renata D'Incà, Marco Della Coletta, Brigida Barberio, Matteo Ghisa, Sonia Facchin, Giacomo Carlo Sturniolo

Primo approccio alla valutazione dell'addome: punti di repere 263

Rappresentazione topografica 264

Ispezione dell'addome 264

Palpazione dell'addome 266

Palpazione del fegato 266

Palpazione della colecisti 267

Palpazione della milza 267

Palpazione dell'intestino 268

Palpazione di altri organi addominali e di masse addominali 268

Percussione dell'addome 268

Auscultazione 269

Esplorazione rettale 269

Il dolore addominale 270

L'occlusione intestinale 271

Il malassorbimento 272

La diarrea 273

Esami laboratoristici e strumentali 274

Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali (MICI) 274

QR Code 20.1:

Obiettivi

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI)

Epidemiologia

Patogenesi

Segni e Sintomi

Storia naturale della malattia

Iter diagnostico

Diagnosi strumentale

Anatomia patologica

Capitolo **21** - Ascite 275

Francesco Tandoi, Renato Romagnoli

Introduzione e definizione 275

Fisiopatologia dello sviluppo di ascite 275

Paziente cirrotico 275

Paziente sottoposto a trapianto di fegato 277

Stadiazione di Child-Turcotte-Pugh 277

Model For End-Stage Liver Disease (MELD) 277

Diagnosi di ascite 278

Paracentesi diagnostica 278

Analisi del liquido ascitico 278

Diagnostica strumentale 278

Trattamento dell'ascite 279

QR Code 21.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Trattamento dell'ascite

Capitolo 22 - Semeiotica dell'apparato digerente superiore 281

Lavinia Barbieri, Andrea Sironi, Luigi Bonavina

Semeiotica clinica 281

Sintomi 281

Disfagia 281

Pirosi 281

Dolore toracico 282

Dispepsia 282

Nausea, vomito, ematemesi, rigurgito, ruminazione 283

Meteorismo, eruttazioni 283

Disturbi dell'appetito 283

Segni obiettivi 283

Semeiotica strumentale 284

Indagini radiologiche 284

Rx torace 284

Rx tubo digerente prime vie con mezzo di contrasto e videofluorografia 284

Ecografia dell'addome e del collo 285

Tomografia computerizzata (TC) 285

Tomografia ad emissione di positroni (PET) 285

Angio-TC e arteriografia selettiva del tronco celiaco e della arteria mesenterica superiore 285

Laparoscopia diagnostica 285

Indagini endoscopiche 285

Esofagogastroduodenoscopia (EGDS) 285

Tracheobroncoscopia 289

Ecoendoscopia 289

Indagini funzionali 290

Manometria esofagea convenzionale e ad alta risoluzione 290

Esami di laboratorio 291

Studio scintigrafico dello svuotamento gastrico 292

Alternative alla scintigrafia 292

QR Code 22.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 23 - Semeiotica strumentale gastroenterologica e biliopancreatica 293

Guido Costamagna, Silvia Pecere, Rosario Landi

Introduzione 293

Endoscopia del tratto digestivo superiore 293

Esofago 293 XXXIII

Disturbi della motilità esofagea 294

Stomaco 295

Duodeno 295

Endoscopia del tratto digestivo inferiore 296

Intestino tenue 296

Video Capsula Endoscopica 296

Diagnosi 296

Trattamento 298

Enteroscopia push (a spinta) 298

Enteroscopia device-assistita (DAE) 298

Enteroscopia a doppio pallone 298

Enteroscopia a singolo pallone 299

Enteroscopia spirale 299

Endoscopia guidata da pallone 299

Endoscopia del colon 299

Toilette intestinale 300

Valutazione pre-procedura 300

Endoscopia del tratto Bilio-Pancreatico 301

Introduzione 301

Indicazioni 301

Procedura 302

Urgenze endoscopiche 302

QR Code 23.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Urgenze endoscopiche

Tratto digestivo superiore

Sanguinamenti digestivi superiori, varicosi e non varicosi

Ingestione di corpi estranei

Ingestione di caustici

Tratto digestivo inferiore

Sanguinamenti digestivi inferiori

Occlusioni intestinali secondarie a neoformazioni coliche

Distretto bilio-pancreatico

Colangite acuta

Pancreatite acuta biliare

Fistola biliare post-chirurgia delle vie biliari e post-traumatica

Complicanze

Capitolo 24 - Semeiotica del pancreas 303

Gennaro Nappo, Alessandro Zerbi, Marco Montorsi

Semeiotica fisica 303

Semeiotica funzionale 304

Semeiotica strumentale 304XXXIV

QR Code 24.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Semeiotica funzionale
Funzione esocrina
Funzione endocrina

Capitolo 25 - Semeiotica funzionale del fegato, della milza e dell'ipertensione portale 309**Paolo Ventura****Semeiotica fisica del fegato 309***Anamnesi* 309*Esame obiettivo* 310**Semeiotica funzionale del fegato 311****Test di valutazione della massa epatocitaria 313****Semeiotica funzionale dell'ipertensione portale 313***Valutazione dello stato del circolo epatico* 313**Diagnostica per immagini del fegato e delle vie biliari 313****Semeiotica funzionale della milza 315***Anamnesi* 315*Esame obiettivo* 316**Semeiotica funzionale e radiologica della milza 316****QR Code 25.1:**

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Test di valutazione della massa epatocitaria
Test di sofferenza epatocitaria e altri test
Indici di colestasi
Markers virali e test immunologici
Test legati al metabolismo della bilirubina, alla diagnostica differenziale degli itteri e di transito biliare
Valutazione della bilirubinemia e dei suoi metaboliti
Valutazione degli acidi biliari sierici
Studio della bile da drenaggio duodenale
Semeiotica funzionale e radiologica della milza

Capitolo 26 - Peritoneo 317**Roberta Gelmini****Fisiologia del peritoneo 317***Trasporto trans-peritoneale* 317*Funzione sensitiva e nocicettiva del peritoneo* 317*Riparazione tissutale e formazione di aderenze* 317*Applicazione clinica del trasporto del peritoneo* 317**Patologie principali 317***Peritonite* 318

Esami di laboratorio 318

Ascite 319XXXV

Esami di laboratorio 319

La patologia neoplastica del peritoneo 319

Sintomatologia 319

Diagnosi 319

Terapia 320

QR Code 26.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Cenni di anatomia topografica

Applicazione clinica del trasporto del peritoneo: la dialisi peritoneale

Capitolo 27 - Perineo 321

Francesco Gabrielli, Matteo Maternini, Angelo Guttadauro, Bruno Cola

Introduzione 321

Anatomia 321

Patologie pelvico-perineali 321

Fattori di rischio 321

Sintomatologia 321

Sintomi de prolasso degli organi del comparto anteriore 321

Sintomi da patologia del compartimento medio 322

Sintomi da patologia comparto posteriore 322

Esame obiettivo 322

Ispezione 325

Palpazione 325

Esplorazione ano-rettale 325

Diagnosi delle patologie pelvico-perineali 327

Manometria ano-rettale 327

Pancolonscopia 328

Colpo-cisto-entero defecografia 328

Defecografia con RM dinamica 329

Tempi di transito intestinali 329

Ecografia Pelvica, Tranvaginale e Transperineale 329

Ecoendosonografia anale 329

Esame Urodinamico 330

Latenza motoria del nervo pudendo (LMNP) 330

Algoritmo diagnostico del Perineo 331

QR Code 27.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Anatomia

Ano e canale anale (comparto posteriore)

Capitolo 28 - Semeiotica dell'apparato urogenitale maschile 333

Giovanni Muto, Lorenzo Tosco, Gianluca Muto, Federico Germinale, Alessandro Giacobbe

Cenni di anatomia dell'apparato urinario 333

La semeiotica del rene 333xxxvi

<i>Anamnesi</i>	333
<i>Ispezione</i>	333
<i>Palpazione e percussione</i>	333
<i>Auscultazione</i>	334
Semeiotica Ecografica del Rene	334
La nefrolitiasi	335
<i>Anamnesi</i>	335
<i>Ispezione</i>	335
<i>Palpazione</i>	335
<i>Percussione</i>	335
<i>Semeiotica ecografica</i>	335
La pielonefrite	336
<i>Anamnesi</i>	336
<i>Ispezione</i>	336
<i>Palpazione</i>	336
<i>Semeiotica ecografica</i>	336
Le neoplasie renali	336
<i>Anamnesi</i>	336
<i>Ispezione</i>	337
<i>Palpazione</i>	337
<i>Semeiotica ecografica</i>	337
La semeiotica della pelvi renale e dell'uretere	337
<i>Anamnesi</i>	337
<i>Ispezione</i>	337
<i>Palpazione e percussione</i>	337
<i>Semeiotica ecografica</i>	337
Le neoplasie dell'alta via escrettrice	338
<i>Anamnesi</i>	338
<i>Ispezione e palpazione</i>	338
<i>Semeiotica ecografica</i>	338
La patologia litiasica e l'idro-uretero-nefrosi	338
<i>Anamnesi</i>	338
<i>Ispezione</i>	338
<i>Palpazione</i>	339
La semeiotica della vescica	339
<i>Anamnesi</i>	339
<i>Ispezione</i>	339
<i>Palpazione</i>	339
<i>Percussione</i>	339
<i>Semeiotica ecografica</i>	339
La ritenzione acuta di urina	340
<i>Anamnesi</i>	340
<i>Ispezione</i>	340
<i>Palpazione</i>	340
<i>Percussione</i>	340XXXVII

Semeiotica ecografica 340

Le neoplasie vescicali 341

Anamnesi 341

Ispezione 341

Palpazione 341

Semeiotica ecografica 341

La semeiotica della prostata 341

Anamnesi 341

Palpazione 341

Semeiotica ecografica 342

L'adenomatosi prostatica 342

Anamnesi 342

Ispezione 343

Palpazione 343

Le neoplasie prostatiche 343

Anamnesi 343

Ispezione 343

Palpazione 343

Semeiotica ecografica 343

La semeiotica del testicolo 343

Anamnesi 343

Ispezione 344

Palpazione 344

Semeiotica Ecografica 344

L'idrocele 345

Anamnesi 345

Il varicocele 345

La semeiotica del pene 345

Ispezione 345

Palpazione 346

Semeiotica Ecografica 346

Il priapismo 346

Anamnesi 346

Ispezione 346

Palpazione 346

Semeiotica ecografica 346

QR Code 28.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Cenni di anatomia dell'apparato urinario

Capitolo 29 - Semeioticauroginecologica347

Elisa Berdondini, Giovanni Muto, Annarita Palumbo, Roberta Venturella, Fulvio Zullo

Introduzione 347

Anamnesi ginecologica 347

Dolore 348XXXVIII

<i>Sanguinamento anomalo</i>	348
<i>Perdite non ematiche</i>	348
Esame obiettivo ginecologico	349
<i>Ispezione dei genitali esterni</i>	349
<i>Esplorazione vaginale</i>	350
<i>Palpazione bimanuale</i>	350
<i>Esplorazione rettale</i>	351
<i>Esame speculare</i>	351
Prolasso degli Organi Pelvici (POP)	351
<i>Anamnesi</i>	351
<i>Ispezione, palpazione ed esplorazione vaginale</i>	351
Endometriosi	352
Ispezione e palpazione dell'area pubica	352
Semeiotica della vescica	353
<i>Anamnesi</i>	353
<i>Ispezione</i>	353
<i>Palpazione</i>	353
<i>Percussione</i>	353
<i>Semeiotica ecografica</i>	353
Cistite (infezione non complicata delle basse vie urinarie)	353
<i>Anamnesi</i>	353
<i>Ispezione e palpazione</i>	353
Incontinenza urinaria	353
<i>Anamnesi</i>	353
<i>Ispezione e palpazione</i>	354
<i>Semeiotica diagnostica</i>	354
Semeiotica dell'uretra	354
<i>Anamnesi</i>	354
<i>Ispezione</i>	354
<i>Palpazione</i>	354
<i>Semeiotica radiologica</i>	354
Semeiotica del retto	354
<i>Anamnesi</i>	354
<i>Ispezione</i>	355
<i>Esplorazione rettale</i>	355
Stipsi o stitichezza	355
<i>Anamnesi</i>	355
<i>Ispezione</i>	355
Incontinenza fecale	355
<i>Anamnesi</i>	355
Diagnostica di laboratorio e strumentale	355
<i>Esame batteriologico delle secrezioni vaginali e cervicali</i>	355
<i>Tecnica</i>	355
<i>Pap-Test</i>	355XXXIX

Tecnica 355

Test HPV (Human Papilloma Virus) 356

Colposcopia 356

Ecografia pelvica 357

Tecnica 357

Isterosalpingografia (HSG) 357

Istero-sono-salpingografia (SHSG) 357

Tecnica 357

Isteroscopia 357

Tomografia Computerizzata (TC) e Risonanza Magnetica Nucleare (RMN) 358

Esami ematochimici 358

Gonadotropina corionica umana (HCG) 358

Marcatori tumorali 358

QR Code 29.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Introduzione

Anatomia

Endometriosi

Il Lichen sclerosus dei genitali

Cisti vulvari

Neoplasie della vulva

La stenosi uretrale

Il diverticolo uretrale

La fistola uretrale

Masse parauretrali

Caruncola uretrale (prolasso della mucosa uretrale)

Capitolo 30 - Metodologiae semeiologica clinicadell'apparato locomotore 361

Claudio Rovesta

Introduzione 361

Anamnesi 361

Esame fisico 362

Apparato scheletrico 366

Generalità 366

Esame fisico 366

Rachide 366

Esame strumentale dell'apparato scheletrico 367

Apparato articolare 367

Generalità 367

Esame fisico 367

Ispezione 367

Palpazione 367

Valutazione dinamica 367

Spalla 368XL

Test dell'apprensione 368

Gomito 369

Valgo stress test 369

Varo stress test 369

Anca 369

Manovra di Ortolani 369

Manovra di Barlow 369

Ginocchio 369

Cassetto anteriore e posteriore 369

Test di Lachmann 369

Stress in varo-valgo 369

Test di Appley 370

Semeiotica strumentale articolare 370

Apparato muscolo-tendineo 370

Generalità 370

Esame fisico 370

Spalla 371

Segno di Neer 372

Test di Jobe (per il sovraspinoso) 372

Test per il sottospinoso 372

Test per il sottoscapolare (Lift off Test) 372

Test di Speed 372

Polso 372

Segno di Phalen 372

Gamba e piede 372

Segno di Thompson 372

Rachide 372

Segno di Delitala 372

Segno di Wasserman 372

Semeiotica strumentale dell'apparato muscolo-tendineo 372

QR Code 30.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Esame strumentale dell'apparato scheletrico

Esame radiologico

Tomografia Computerizzata (TC)

Risonanza Magnetica (RM)

Densitometria ossea

Scintigrafia ossea

Tomografia ad Emissione di Positroni (PET)

Diagnostica di laboratorio

Markers turnover osseo

Semeiotica strumentale articolare

Esami di laboratorio

Semeiotica strumentale dell'apparato muscolo-tendineo

Diagnostica di laboratorio **XLI**

Capitolo 31 - Semeiotica otorinolaringoiatrica 373

Roberto Albera, Andrea Albera

Malattie dell'orecchio 373

Anamnesi 373

Esame obiettivo 374

Diagnostica strumentale 375

Diagnostica radiologica 378

Paralisi del nervo faciale (VII N.C.) 378

Diagnostica strumentale 379

Vertigine e disturbi dell'equilibrio 380

Anamnesi 381

Esame obiettivo 381

Prove strumentali 382

Diagnostica radiologica 383

Naso, seni paranasali, cavo rinofaringeo 383

Anamnesi 384

Esame obiettivo 385

Diagnostica strumentale 386

Diagnostica radiologica 387

Ghiandole salivari 387

Anamnesi 388

Esame obiettivo 388

Diagnostica strumentale 388

Diagnostica radiologica 388

Cavo orale e orofaringe 388

Anamnesi 389

Esame obiettivo 390

Diagnostica radiologica 391

Laringe e ipofaringe 391

Anamnesi 392

Esame obiettivo 395

Diagnostica strumentale 396

Diagnostica radiologica 396

QR Code 31.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 32 - Semeiotica odontoiatrica 397

Francesco Saverio Ludovichetti, Riccardo Ludovichetti, Marika Gervasi

Introduzione 397

Esame obiettivo 397

Labbra 398

Commisure, guance, fornici geni 398

Processi alveolari 398

Lingua 399XLII

Pavimento della bocca	399
Palato duro e molle	400
Placca e tartaro	400
Apparato parodontale	400
Apparato dentale	400
<i>Anomalie dentarie</i>	401
<i>Lesioni dentarie</i>	401
<i>Principi di occlusione</i>	402
Esame funzionale	402
Tagli e ferite	402
<i>Tumefazioni</i>	403
Alterazioni cromatiche delle mucose	404
<i>Pigmentazioni</i>	404
<i>Lesioni bianche</i>	404
<i>Lesioni rosse</i>	407
Il dolore in odontoiatria	408
QR Code 32.1:	
Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia	
Principi di occlusione	
Capitolo 33 - Diagnostica per immagini	409
Raffaella Motta, Paolo Marchesi, Chiara Giraudò, Amalia Lupi	
<i>Introduzione</i>	409
Tecniche di imaging	410
<i>Radiologia tradizionale</i>	410
<i>Tomografia computerizzata (TC)</i>	410
<i>Risonanza magnetica (RM)</i>	411
<i>Ecografia</i>	412
<i>Medicina Nucleare</i>	413
<i>Radiologia Interventistica</i>	414
Diagnostica per immagini	414
<i>Imaging dell'apparato respiratorio</i>	414
<i>Imaging dell'apparato cardiovascolare</i>	416
Imaging del collo	418
<i>Imaging dell'addome</i>	418
Apparato gastrointestinale	418
Fegato e vie biliari	420
Apparato genito-urinario	422
Pancreas	424
Surreni	425
<i>Imaging dell'apparato muscolo-scheletrico</i>	426
<i>Imaging del sistema nervoso centrale</i>	426XLIII

QR Code 33.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Radiologia interventistica: approfondimento
I mezzi di contrasto

Capitolo 34 - Semeiotica e metodologie di studio del sistema nervoso 427

Mauro Ceroni, Luca Diamanti, Matteo Gastaldi

Introduzione generale 427

Approccio ai disturbi della coscienza, al decadimento cognitivo e ai disturbi psicotici 427**Sistema motorio e coordinazione 427**

Il sistema piramidale 427

Esordio, andamento clinico e patologie 429

Il sistema extrapiramidale 429

Esordio, andamento clinico e patologie 430

Il sistema cerebellare 430

Esordio, andamento clinico e patologie 430

Disturbi della stazione eretta e della deambulazione 430

Il sistema somato-sensitivo 431**Semeiotica dei nervi cranici 433**

Il nervo olfattorio 433

Il nervo ottico 433

Esordio, andamento clinico e patologie 434

La motilità oculare estrinseca ed intrinseca 434

Il nervo trigemino 434

Il nervo faciale 435

Il nervo acustico-vestibolare 435

I nervi della base cranica (glossofaringeo, vago, accessorio, ipoglosso) 436

Semeiotica del sistema nervoso periferico 436**QR Code 34.1:**

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Approccio ai disturbi della coscienza, al decadimento cognitivo e ai disturbi psicotici
Disturbi della coscienza
Disturbi della cognizione o della intelligenza
Disturbi psicotici

Capitolo 35 - Malattie del metabolismo 439

Marco Bertolotti, Lucia Carulli

Diabete mellito 439

Classificazione e cenni di fisiopatologia 439

Criteri diagnostici 439

Clinica e approccio semeiologico 440

Semeiotica del diabete 440

Anamnesi familiare 440

Anamnesi fisiologica 440 **XLIV**

- Anamnesi patologica 441
- Anamnesi patologica specifica 441
- Esame obiettivo generale 441
- Esame obiettivo distrettuale 441
- Ipoglicemie** 441
 - Classificazione* 441
 - Diagnosi, clinica e semeiotica* 441
- Obesità** 442
 - Epidemiologia* 442
 - Eziopatogenesi* 442
 - Valutazione* 442
 - Presentazione clinica e semeiotica* 443
- Epatopatia steatosica non-alcolica** 443
 - Definizione* 443
 - Incidenza e prevalenza* 443
 - Presentazione clinica e semeiotica* 443
 - Anamnesi familiare 443
 - Anamnesi fisiologica 444
 - Anamnesi patologica 444
 - Esame obiettivo generale 444
 - Esame obiettivo distrettuale 444
- Dislipidemie** 444
 - Iperlipemie (iperlipoproteinemie): classificazione e cenni di fisiopatologia* 444
 - Clinica e approccio semeiologico* 444
 - Semeiotica delle iperlipemie 444
 - Diagnostica di laboratorio e strumentale 445
 - Criteri diagnostici delle ipercolesterolemie familiari 445
- Ipolipidemie** 445
 - Principali forme di ipolipidemia* 445
 - Diagnosi, clinica e semeiotica* 446
- Iperuricemia** 447
 - Classificazione e cenni di fisiopatologia* 447
 - Diagnosi, clinica e semeiotica* 447
- Sindrome metabolica** 448
 - Classificazione e cenni di fisiopatologia* 449
 - Diagnosi, clinica e semeiotica* 449
- Magrezze** 450
 - Definizione, classificazione e cenni di fisiopatologia* 450
 - Clinica, semeiotica, approccio diagnostico* 451
- Cenni sui principali difetti congeniti del metabolismo** 451
 - Disordini del metabolismo dei carboidrati* 451
 - Aspetti clinici e diagnostici 452
 - Disordini del metabolismo lipidico* 452
 - Aspetti clinici e diagnostici 452
 - Disordini del metabolismo aminoacidico* 453
 - Aspetti clinici e diagnostici 453XLV

QR Code 35.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Diabete
Complicanze
Diagnostica di laboratorio e strumentale
Obesità
Fattori genetici
Fattori ambientali
Altri Fattori di rischio
Obesità e patologie associate
Epatopatia steatosica non-alcolica
Incidenza e prevalenza
Diagnosi
Fattori di rischio
Dislipidemie
Iperlipemie (iperlipoproteinemie): classificazione e cenni di fisiopatologia
Iperlipemie secondarie
Diagnostica di laboratorio e strumentale – approfondimento
Sindrome metabolica
Criteri Classificativi

Capitolo 36 - Semeiotica in immunologia clinica 455

Giuseppe Luzi

Introduzione 455

Approccio alla semeiotica clinica e di laboratorio 455

Immunodeficienze 455

Agammaglobulinemia X-linked (agammaglobulinemia di Bruton) 456

Immunodeficienza Comune Variabile (ICV) 457

La malattia da HIV 458

Malattie autoimmuni 459

Lupus eritematoso sistemico 459

Sclerodermia – sclerosi sistemica 460

Sindrome di Sjögren 461

Polimiosite - Dermatomiosite 462

Vasculiti 463

Allergie 463

Sindromi allergiche 463

Malattie allergiche di comune riscontro 464

Asma bronchiale 464

Rinite allergica 464

Reazioni avverse da farmaci 465

Allergie alimentari 465

Orticaria-angioedema 466

Allergia da punture da insetti 466

Diagnostica nelle allergie 467 **XLVI**

QR Code 36.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Anatomia funzionale della risposta immunitaria
Le componenti del sistema immunitario
Approccio alla semeiotica clinica e di laboratorio
Immunodeficienze – Approfondimento
Parametri di laboratorio di riferimento per deficit della risposta immunitaria
Immunità anticorpo-mediata
Studio delle sottopopolazioni linfocitarie
Come orientarsi per la diagnosi nelle immunodeficienze primitive
Sindrome di Sjögren – Approfondimento
Vasculiti – forme classificate

Capitolo 37 - Semeiotica di laboratorio delle malattie emorragiche e trombotiche 469

Elena Campello, Paolo Simioni

Introduzione 469

Cenni di fisiologia dell'emostasi 469

Test di laboratorio per lo studio dell'emostasi 469

Test di laboratorio per lo studio delle malattie emorragiche 470

Test per lo studio della coagulazione 470

Test di Primo Livello 470

Test per lo studio delle piastrine 472

Test di Primo Livello 472

Test di Secondo Livello per lo studio delle piastrine 473

Approccio clinico diagnostico al paziente con sindrome emorragica 473

Anamnesi 473

Esame obiettivo 475

Diagnostica delle malattie emorragiche congenite e acquisite 476

Allungamento isolato dell'aPTT 476

Allungamento isolato del PT 476

Allungamento combinato di PT e aPTT 476

Riduzione della conta piastrinica 477

Allungamento del tempo di emorragia/PFA-100 477

PT, aPTT, conta piastrinica, e tempo di emorragia normale MA anamnesi positiva 477

Test di laboratorio per lo studio delle malattie trombotiche 477

Test di laboratorio per la diagnosi di trombofilia ereditaria 478

Fattore V Leiden 478

Variante protrombinica 479

Inibitori fisiologici della coagulazione 479

Altre trombofilie ereditarie rare 479

Test di laboratorio per la diagnosi di trombofilia acquisita 480

Anticorpi antifosfolipide 480

Iperomocisteinemia lieve 480

Test di trombinogenerazione 480XLVII

Approccio clinico diagnostico al paziente con malattia trombotica 481

Anamnesi 481

Principali segni suggestivi della presenza di trombofilia 481

Esame obiettivo 481

Diagnostica delle trombofilie ereditarie ed acquisite 481

QR Code 37.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Cenni di fisiologia dell'emostasi

Difetto congenito di FXI (Emofilia C), Emofilia, Emartro, difetto congenito di fattore V, difetti congeniti di FX e FII

Test di Secondo Livello

Capitolo 38 - Semeiotica del paziente emorragico 483

Girolamo Geraci, Antonio Sciuto, Giuseppe Modica

Introduzione 483

Valutazione dello scenario 483

Gravità dell'evento emorragico 483

Classificazione della entità del sanguinamento 484

Anamnesi 484

Esame obiettivo 484

Decisioni diagnostiche 484

Emoperitoneo 485

Cause di emoperitoneo spontaneo 485

Epatiche 485

Spleniche 485

Renali 485

Gastrointestinali 485

Ginecologiche 485

Vascolari 486

Correlate a disordini della coagulazione 486

Segni e sintomi 486

Diagnosi strumentale 486

Principi di trattamento 486

Emotorace 486

Anamnesi 487

Sintomi 487

Segni 487

Ispezione 487

Palpazione 487

Percussione 487

Auscultazione 488

Diagnosi 488

Diagnosi differenziale 488

Emoretroperitoneo 488

Emorragie digestive 488XLVIII

Definizioni 488

Cause 489

Malattie del tubo digerente in senso stretto 489

Malattie di organi annessi o contigui 489

Malattie generali e sistemiche 489

Identificazione del livello (sede) del sanguinamento 489

Anamnesi 490

Esame obiettivo 490

Ispezione 490

Palpazione 491

Percussione 491

Auscultazione 491

Esplorazione rettale 491

Palpazione della mucosa rettale 491

Emorragie digestive basse 492

Stratificazione del rischio 492

Ematoma del muscolo retto dell'addome 492

QR Code 38.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Retroperitoneo - promemoria anatomico

Stratificazione del rischio

Diagnosi strumentale

Abbreviazioni e acronimi presenti nel capitolo

Capitolo 39 - Emergenze ed urgenze traumatologiche 493

Stefania Cimbanassi, Osvaldo Chiara

Introduzione 493

Trauma maggiore 493

Valutazione primaria 494

A. Airway (C-spine): Controllo della via aerea con protezione del rachide 494

B. Breathing: ventilazione 494

C. Circulation: controllo del circolo 495

D. Disability: valutazione neurologica 496

E. Exposure: esposizione del paziente 496

Valutazione secondaria 497

Anamnesi 497

Esame obiettivo 497

Diagnostica strumentale 498

QR Code 39.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Algoritmo diagnostico per la gestione iniziale del Trauma Maggiore **XLIX**

Capitolo 40 - Addome acuto	501
<i>Nicolò De Manzini</i>	
Parte generale	499
<i>Introduzione</i>	499
<i>Anamnesi</i>	500
<i>Esame obiettivo</i>	501
<i>Metodologia diagnostica</i>	504
Diagnostica radiologica e di laboratorio	504
Parte sistematica	505
<i>Introduzione</i>	505
Addome acuto da patologie intestinali	506
<i>Occlusione intestinale</i>	506
Introduzione	506
Storia clinica	506
Esame obiettivo	506
Diagnosi differenziale	507
Laboratorio ed esami strumentali	507
<i>Patologia ulcerosa peptica</i>	507
Introduzione	507
Storia clinica	508
Esame obiettivo	508
Diagnosi differenziale	508
Laboratorio ed esami strumentali	509
<i>Appendicite acuta</i>	509
Introduzione	509
Storia clinica	510
Esame obiettivo	510
Diagnosi differenziale	510
Laboratorio ed esami strumentali	510
<i>Diverticolite</i>	511
Introduzione	511
Storia clinica	512
Esame obiettivo	512
Laboratorio	512
Diagnosi differenziale	512
Esami strumentali	512
Addome acuto da patologie epato-bilio-pancreatiche	513
<i>Colecistite e colangite</i>	513
Introduzione	513
Storia clinica	513
Esame obiettivo	514
Laboratorio	514
Diagnosi differenziale	514
Esami strumentali	515L

Pancreatite 515

- Introduzione 515
- Storia clinica ed Esame obiettivo 515
- Laboratorio 516
- Diagnosi differenziale 516
- Esami strumentali 517

Addome acuto da cause vascolari 517***Rottura di aneurisma dell'aorta addominale 517***

- Introduzione 517
- Storia clinica 517
- Esame obiettivo 517
- Laboratorio 517
- Esami strumentali 518
- Diagnosi differenziale 518
- Ischemia mesenterica acuta 518

Occlusione mesenterica acuta 518

- Introduzione 518
- Storia clinica ed esame obiettivo 518
- Esami di laboratorio e strumentali 518

Trombosi venosa mesenterica acuta 519

- Introduzione 519
- Storia clinica 519
- Esame obiettivo 519
- Esami di laboratorio e strumentali 519

Ischemia mesenterica non occlusiva 519

- Introduzione 519
- Storia clinica ed esame obiettivo 519
- Esami di laboratorio e strumentali 519

Colite Ischemica 520

- Introduzione 520
- Storia clinica 520
- Esame obiettivo 520
- Esami di laboratorio e strumentali 520
- Diagnosi differenziale 520

Addome acuto da cause urologiche 521***Nefroureterolitiasi 521***

- Introduzione 521
- Storia clinica ed esame obiettivo 521
- Esami strumentali 521

Infezioni delle vie urinarie-pielonefrite 521

- Introduzione 521
- Storia clinica ed esame obiettivo 521
- Esami di laboratorio e strumentali 521
- Diagnosi differenziale 522

Addome acuto da cause ginecologiche 522

Malattia infiammatoria pelvica (PID-Pelvic Inflammatory Disease) 522

Introduzione 522

Storia clinica 522

Esame obiettivo 522

Esami di Laboratorio 522

Esami strumentali 522

Gravidanza ectopica 523

Introduzione 523

Storia clinica ed esame obiettivo 523

Esami di laboratorio e strumentali 523

Torsione ovarica 523

Introduzione 523

Storia clinica ed esame obiettivo 523

Esami strumentali 523

Diagnosi differenziale 523

QR Code 40.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Algoritmo paziente con dolore addominale e shock

Capitolo 41 - Valutazione del rischio operatorio 527

Gabriella Amorese, Giovanni Consani, Ugo Boggi

Introduzione 525

Complicanze post-operatorie 526

Scale per la valutazione del rischio operatorio 528

Algoritmo per la valutazione del rischio operatorio 531

Misure di protezione rispetto al rischio operatorio 531

Conclusioni 533

QR Code 41.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Capitolo 42 - Semeiotica del paziente operato 537

Enrico Opocher, Matteo Barabino

Introduzione 535

Caratteristiche del paziente 535

Ecografia al letto del paziente (Bedside Ultrasonography) 536

Tecnica anestesiológica 536

Mininvasività 537

Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) 538

Cosa osservare 538

Sindrome post-operatoria 538

Il paziente operato 539

Parametri vitali 539

Semeiotica delle complicanze 542

Complicanze anestesiológicas 542

Complicanza emorragica 544LII

Peritonite 545
Complicanza renale 545
Insufficienza respiratoria 546
Occlusione intestinale 547
Febbre e complicanze infettive 548
Trombosi venosa profonda ed embolia polmonare 550
Scompensi Metabolico-Nutrizionali 551
Complicanze neurologiche 552

QR Code 42.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia
Caratteristiche del paziente
Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) – Approfondimento
Sondino Naso-Gastrico (SNG) – Approfondimento
Peritonite – Approfondimento
Complicanze renali – Approfondimento
SSI Incisionali
Patogenesi dell'iperglicemia

Capitolo 43 - Il paziente trapiantato 557

A. Venuti

Fattori condizionanti i risultati del trapianto 555

Il rigetto 555
Complicanze post-operatorie 556
Infezioni 556
Effetti collaterali di farmaci 557

QR Code 43.1:

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Approfondimento - Trapianto di rene 560

Marco Vivarelli, Roberta Rossi, Federico Mocchegiani

Indicazioni 558

Fase pre-operatoria 559

Prelievo da donatore deceduto a cuore battente (Heart Beating Donor, HBD) 559
Prelievo da donatore a cuore non battente (Non Heart Beating Donor, NHBD) 559
Prelievo da donatore vivente 560

Conservazione degli organi 560

Conservazione mediante immersione 561
Conservazione mediante perfusione meccanica 561

Intervento chirurgico 561

Preparazione degli organi a banco (back-table) 561
Tecnica di trapianto 561

Fase post-operatoria 562

Il rigetto 563
Le complicanze post-operatorie 563
Le infezioni 564
Gli effetti collaterali dei farmaci 564LIII

QR code: Trapianto di rene

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Approfondimento - Trapianto di polmone 567

Giovanni M. Comacchio, Eleonora Faccioli, Marco Schiavon, Federico Rea

Introduzione 565

Indicazioni 566

Criteri di elegibilità del donatore 567

Tecnica di prelievo di polmoni 567

Trapianto polmonare 568

Complicanze peri e post-operatorie 569

Complicanze Chirurgiche 569

Primary graft dysfunction (PGD) 569

Rigetto 570

Infezioni 570

Complicanze correlate alla terapia immunosoppressiva 572

QR code: Trapianto di polmone

Autovalutazione a risposta multipla

Approfondimento - Trapianto di fegato 575

Francesco Tandoi, Renato Romagnoli

Indicazioni al trapianto di fegato 573

Trapianto di fegato intero da donatore cadavere non urgente 573

Epatite C 574

Epatite B 574

Cirrosi epatica alcolica 574

Neoplasie epatiche 574

Metastasi da tumori neuroendocrini 575

Malattie Colestatiche 576

Epatite autoimmune 576

Indicazioni emergenti: NASH 576

Controindicazioni assolute e relative 576

Trapianto di fegato in urgenza 577

Insufficienza epatica acuta 577

Ri-trapianto di fegato tardivo 578**QR code: Trapianto di fegato**

Riassunto, Autovalutazione a risposta multipla, Bibliografia

Introduzione

Indicazioni rare al trapianto di fegato

Trapianto di fegato pediatrico

Malattie colestatiche

Malattie metaboliche che causano cirrosi epatica

Malattie del metabolismo in assenza di insufficienza epatica

Insufficienza epatica acuta

Epatoblastoma e altre neoplasie primitive epatiche **LIV**

- Linee guida Tumori della Tiroide Associazione Italiana Oncologia Medica Edizione del 27 ottobre 2017.
- Tecnica chirurgica del trapianto di fegato
 - Dissezione dell'ilo epatico
 - Accesso e preparazione della vena cava retroepatica
 - Tecnica classica o standard
 - Epatectomia totale con preservazione della cava retroepatica (Piggy-Back Technique)
 - Anastomosi cavale
 - Tecnica classica
 - Tecnica Piggy-Back
 - Piggy-Back classico con seconda anastomosi cavale di scarico
 - Piggy-Back secondo Belghiti
 - Piggy-Back con triangolazione cavale di allargamento
 - Anastomosi cavale con tecnica "a paracadute" extra-addominale
 - Anastomosi portale e rivascolarizzazione dell'organo
 - Perfusione dell'organo pre-rivascolarizzazione
 - Rivascolarizzazione
 - La sindrome post-reinfusione
 - Anastomosi arteriosa
 - Anastomosi arteriosa sul tripode celiaco
 - Anastomosi sull'arteria splenica
 - Pontaggio arterioso aortico
 - Principali ricostruzioni arteriose durante la chirurgia di banco
 - Anastomosi biliare
 - Anastomosi biliare L-L
 - Anastomosi epatico-digiunale T-L
 - Tecniche di split-liver
 - Split in-situ adulto-pediatico
 - Split in-situ adulto-adulto
 - Split ex-situ adulto-adulto e adulto-pediatico
 - Living related liver transplantation

Capitolo 44 - Aspetti di bioetica 583

Paolo Rubba, Gabriella Iannuzzo, Marco Gentile

Definizione 581

Il consenso alla terapia 581

Le sperimentazioni cliniche 582

Sperimentazioni in situazioni particolari 583

Impatto della ricerca clinica sulla pratica assistenziale 583

Sacralità della vita e decisioni cliniche 585

Manifestazioni anticipate di volontà: autodeterminazione della persona e autonomia del medico 585

Indice analitico 587LV

QR CODE

Semeiotica del collo

Capitolo 12

RIASSUNTO

Viene dedicato ampio spazio all'anatomia topografica del collo ed alla descrizione delle varie regioni, premessa indispensabile per un ragionamento clinico sulle varie patologie. L'anamnesi segue i principi generali descritti in altro capitolo di questo manuale a cui si rimanda. Dopo un'ampia disamina dell'esame obiettivo del collo, dando particolare enfasi alle caratteristiche semiologiche delle tumefazioni, si descrivono le più frequenti patologie di interesse del chirurgo generale includendo in ogni paragrafo le indagini strumentali da utilizzare.

Anatomia topografica

Il collo ha un **limite superiore** e un **limite inferiore**.

Il limite superiore inizia dalla sinfisi mentoniera, prosegue bilateralmente lungo il margine inferiore della branca orizzontale fino all'angolo della mandibola quindi segue la branca ascendente della mandibola, l'estremità posteriore dell'arcata zigomatica arrivando all'apice del processo mastoideo ed infine raggiunge bilateralmente la protuberanza occipitale esterna seguendo la linea nucale superiore.

Il limite inferiore è rappresentato dalla linea orizzontale che dalla fossetta del giugulo (parte del manubrio sternale) e dal limite superiore dell'articolazione sterno-claveare, prosegue lungo il margine superiore delle clavicole, bilateralmente, fino all'articolazione acromio-clavicolare e da qui, segue una linea orizzontale che unisce le due articolazioni acromio-clavicolari, passando per il processo spinoso della settima vertebra cervicale o "prominente". Lo spazio anatomico del collo così delimitato si divide in tre regioni: anteriore, laterali (destra e sinistra) e posteriore.

Regione anteriore

Il limite superiore della regione anteriore è rappresentato dalla linea che decorre dal margine inferiore della sinfisi mentoniera, bilateralmente lungo il margine inferiore della branca orizzontale fino all'angolo della mandibola (punto d'incontro tra la branca orizzontale e la branca montante) e prosegue con un breve tratto orizzontale che dall'angolo della mandibola interseca il margine anteriore del *muscolo sternocleido mastoideo* (MSCM).

Il limite laterale è rappresentato dai margini anteriori dei MSCM bilateralmente.

Il limite inferiore è rappresentato dalla linea orizzontale che dalla fossetta del giugulo prosegue fino all'articolazione sterno-claveare. La regione anteriore a sua volta si divide in due regioni: sopraioidea e sottoioidea.

Regione sopraioidea

Il limite superiore è quello già descritto per la regione anteriore, il limite inferiore è rappresentato da una linea orizzontale che attraversa il corpo dell'osso ioide e raggiunge bilateralmente il margine anteriore dei muscoli sternocleidomastoidei. Nel complesso pertanto questa regione, a collo iperesteso, assume una *forma triangolare* con la base rappresentata dall'osso ioide e i due lati dai margini inferiori della mandibola e l'apice rappresentato dalla sinfisi mentoniera. La regione sopraioidea contiene principalmente la ghiandola sottomascellare

ed i linfonodi che drenano la linfa della lingua e del pavimento della bocca.

Regione sottoioidea

La regione sottoioidea ha come *limite superiore* una linea orizzontale che passa per il corpo dell'osso ioide e raggiunge bilateralmente il margine anteriore del MSCM. Lateralmente ha come *limiti* i margini anteriori dei MSCM e come **limite inferiore** la fossetta del giugulo fino alle articolazioni sterno-claveari. Complessivamente

questa regione a collo iperesteso assume una forma triangolare con apice sul giugulo. La regione sottoioidea contiene organi di fondamentale importanza per il chirurgo. Limitandoci agli organi di maggior interesse e procedendo dall'alto verso il basso e dalla superficie alla profondità, troveremo la cartilagine tiroidea (contenente la laringe), nel piano retro-muscolare la tiroide e più in basso la trachea. Su un piano più profondo troviamo l'esofago cervicale ed in ultimo le vertebre cervicali.

Regioni laterali del collo

Le regioni laterali del collo (destra e sinistra) si dividono in regioni parotidea, carotidea o sternocleidomastoidea e sopraclavicolare.

La regione parotidea

È situata nella parte supero laterale del collo e prende il nome dalla ghiandola parotide che la occupa quasi interamente. Il *limite superiore* è costituito dal meato acustico esterno e dall'estremità posteriore dell'arcata zigomatica. Il **limite anteriore** è costituito dalla branca ascendente della mandibola. Il *limite inferiore* è costituito da una breve linea orizzontale che dall'angolo della mandibola raggiunge il margine anteriore del MSCM, bilateralmente. Il **limite posteriore** è rappresentato dal processo mastoideo e dal margine anteriore del MSCM. Complessivamente questa regione assume una *forma quadrangolare*.

Regione sterno-cleido-mastoidea

La regione sterno-cleido-mastoidea o carotidea corrisponde alla proiezione cutanea del MSCM. Pertanto, ha come **limite superiore** il processo mastoideo, come limite anteriore il margine anteriore del MSCM, come limite posteriore il margine posteriore del MSCM e infine come limite inferiore il terzo mediale del margine superiore della clavicola e l'articolazione sterno-claveare. La regione carotidea ha *forma rettangolare*, estesa in modo oblungo dall'alto verso il basso e dal dietro all'avanti. La regione sterno-cleido-mastoidea *contiene* principalmente oltre al MSCM da cui prende il nome, il fascio vascolo-nervoso del collo (*arteria carotide, vena giugulare interna, nervo vago*) e i numerosi ed importanti linfonodi, sede di patologie primitive e secondarie (metastasi) da tutti gli organi limitrofi.

Regione sopraclavicolare

Il limite superiore è costituito dal processo mastoideo e dall'estremità laterale della linea superiore della nuca, ove si inseriscono rispettivamente i muscoli SCM e trapezio che ivi convergono. Il limite anteriore è costituito dal margine posteriore del MSCM e decorre dall'alto verso il basso e dal dietro all'avanti. Il limite posteriore è costituito dal margine anteriore del muscolo trapezio. Il limite inferiore è costituito dalla parte intermedia e laterale della clavicola. La regione sopraclavicolare ha *forma quadrangolare* con base inferiore sulla clavicola e contiene principalmente i linfonodi, i vasi succlavi ed i rami del plesso brachiale.

Regione posteriore

Questa regione, detta anche nucale, ha come *limite superiore* la linea leggermente curvilinea a convessità superiore (linea nucale superiore), che unisce gli apici dei processi mastoidei passando per la protuberanza occipitale esterna. I **limiti laterali** sono rappresentati dalla proiezione cutanea dei margini anteriori dei muscoli trapezi. Il *limite inferiore* è rappresentato dalla linea orizzontale, che unisce le due articolazioni acromio-clavicolari passando per l'apofisi spinosa della settima vertebra cervicale (detta prominente). Complessivamente questa regione assume una forma *trapezoidale* con base inferiore, al centro della quale possono essere evidenti, a collo flesso, le apofisi spinose delle vertebre cervicali. Nella regione nucale sono apprezzabili le apofisi spinose delle vertebre cervicali oltre ai linfonodi della nuca.

Esame della tiroide

La tiroide è situata nella **regione sottoioidea**. Si devono preliminarmente raccogliere i fondamentali dati anamnestici che forniranno le informazioni proprie delle singole patologie tiroidee, la presenza di eventuali segni di compressione (dispnea, disfagia cervicale e disfonia per irritazione o paralisi dei nervi ricorrenti con voce bitonale) e di alterata increzione ormonale: in eccesso (quadri clinici di ipertiroidismo) o difetto (quadri di ipotiroidismo). Per adeguate informazioni sui dati anamnestici delle patologie tiroidee, che sono appena accennati in questo capitolo, rimandiamo ai trattati di patologia sistematica. Passiamo ora all'esame obiettivo.

Ispezione

L'esaminatore si pone davanti al paziente ed esamina prima il collo in posizione neutra e poi il collo iperesteso. In condizioni normali la tiroide non è ispettivamente apprezzabile, se non in individui particolarmente magri. In presenza di una tiroide aumentata diffusamente di volume o di una tiroide sede di tumefazioni circoscritte, vedremo che essa si muove, durante la deglutizione, contestualmente al complesso laringo-tracheale a cui è adesa. In questa fase verranno descritte le caratteristiche ispettive delle tumefazioni della tiroide (vedi **Tabella 1** nel testo).

Palpazione

Per la palpazione l'esaminatore destrimano si porrà leggermente alla destra del paziente, il contrario farà il mancino. La palpazione comincerà con le quattro dita a piatto e in caso di tumefazioni queste verranno meglio definite usando le prime tre dita. Una tumefazione della tiroide si apprezzerà palpatariamente nella regione sottoioidea. Se di grandi dimensioni potrà sconfinare nelle regioni limitrofe (carotidee) od approfondirsi al di dietro ed al di sotto del manubrio sternale (*gozzo immerso* nel mediastino). Il termotatto sarà per lo più normale tranne nei rari casi di tumefazioni da tiroidite acuta o da gozzo iperfunzionante in cui la temperatura cutanea potrà risultare aumentata. Il volume, espresso in centimetri di diametro maggiore e minore o

meno correttamente assimilato a prodotti orto-frutticoli (per descrivere sia la forma che le dimensioni), può variare notevolmente. È sempre più raro osservare tumefazioni di grandi dimensioni che appaiono come un diffuso, notevole incremento di tutta la tiroide, espressione di inveterati gozzi colloidocistici, che si possono accompagnare anche a segni di compressione di organi limitrofi (dispnea in postura supina o disfagia alta). Più frequentemente queste tumefazioni appaiono di dimensioni più contenute e possono essere uniche (cisti solitaria o tumori) o multiple (gozzo colloidocistico). Aumenti di volume di tutta la ghiandola, che ne ripetono la forma tipica a farfalla, sono più frequentemente espressione di gozzi iperfunzionanti (*Morbo di Basedow*) e possono accompagnarsi ai segni clinici dell'ipertiroidismo (esoftalmo, dermatografismo rosso, tachicardia, aritmie, cute calda ed arrossata, calo ponderale, insonnia, tremore fine delle estremità, mixedema pretibiale). In base alle dimensioni della tumefazione i limiti appaiono distinti o definiti (noduli più piccoli) od indistinti o indefiniti, soprattutto per notevoli aumenti di volume (di tutta la ghiandola). La superficie appare per lo più liscia. Le tumefazioni della tiroide non sono pulsanti tranne nei casi di pulsilità trasmessa dalle carotidi nelle grandi tumefazioni a sviluppo per lo più laterale. Queste tumefazioni appaiono mobili contestualmente agli atti deglutitori. Tranne nei casi di infiltrazione neoplastica per sviluppo extracapsulare (carcinomi anaplastici o voluminosi carcinomi differenziati) o di intensi processi flogistici estesi ai tessuti circostanti (*tiroidi acute e cronica di Riedel*) le tumefazioni della tiroide risultano mobili sui piani superficiali. Tutte risultano aderenti ai piani profondi (perché ad essi è adesa la ghiandola normale). Essendo sottostanti al piano muscolare, facendo contrarre i muscoli pretiroidei o nastriformi una tumefazione di piccole-medie dimensioni si ridurrà di dimensioni. Meno evidente sarà la riduzione per tumefazioni di maggiori dimensioni. La consistenza può essere variabile: dalla teso-elastica delle cisti solitarie o multiple, alla duro-ligneo (*struma ligneo*) della *tiroidite di Riedel*, mentre quelle dei tumori differenziati sarà quella propria della tiroide normale (cosiddetta consistenza parenchimatosa). Le tumefazioni della tiroide sono per lo più non dolenti, tranne quelle con flogosi acuta in atto, e non riducibili. Se si escludono i casi di grandi cisti, tali tumefazioni non saranno fluttuanti. Essendo per lo più solide o, come le cisti, contenenti liquido denso (*colloide*), il suono sarà ottuso. Tranne i casi di *Morbo di Basedow* non controllato da terapia farmacologica, in cui si possono apprezzare fremiti alla palpazione, sulle tumefazioni della tiroide non si apprezzano thrill.

Passiamo ora a descrivere brevemente i dati obiettivi delle più frequenti patologie tiroidee di interesse chirurgico, presupposto necessario per una diagnosi differenziale.

Noduli unici della tiroide

La prevalenza di tali noduli all'esame obiettivo varia dal 3% al 7%.

Cisti vere (con parete epiteliale) o **pseudocisti** (per necrosi di tumori), **adenomi** e **carcinomi differenziati** si presentano con un nodulo unico di dimensioni variabili e caratteristiche semeiologiche sovrapponibili. Solo la consistenza può differenziarli essendo teso-elastica nelle cisti e parenchimatosa negli adenomi e carcinomi differenziati. Di fronte ad un nodulo singolo della tiroide si procederà ad una valutazione dell'assetto ormonale (*TSH, FT3, FT4, Tireoglobulina-TG, anticorpi antiperoxidasi-TPO, anticorpi anti tireoglobulina-TG, Calcitonina*) ed in tutti i casi ad una ecografia (od ultrasonografia-US).

Attualmente l'ecografia, completata da color-Doppler, rappresenta l'esame fondamentale in quanto consente di differenziare i noduli solidi (tumori) da quelli a contenuto liquido (cisti). Per la valutazione del rischio di malignità dei noduli solidi o cistici con contenuto parzialmente solido, esistono dei criteri di maggiore sospetto sulla base delle caratteristiche ecografiche (marcata ipoecogenicità, crescita del nodulo in senso antero-posteriore, margini irregolari, presenza di microcalcificazioni) e delle dimensioni (superiori al centimetro). Tutti quelli che presentano caratteristiche di maggiore sospetto devono essere sottoposti ad esame citologico mediante aspirazione con ago sottile (FNAC-*Fine Needle Aspiration Cytology*). Tutti quelli a minor rischio devono essere sottoposti a controlli clinici ed ecografici. Le cellule esaminate consentono una classificazione a rischio progressivo di malignità. Rimane una discreta quantità di noduli che dopo FNAC rimangono

indeterminati, soprattutto quando sono presenti le cellule follicolari. Questi casi un tempo destinati ad interventi di tiroidectomia possono oggi venir meglio definiti mediante ecografia con **elasto-sonografia tiroidea** (o **elastografia**) che migliora significativamente la sensibilità, specificità, valori predittivi positivo e negativo dell'eco-color-Doppler. Se la misurazione degli ormoni dimostra uno stato di ipertiroidismo lo studio del paziente verrà completato con scintigrafia (i traccianti radioattivi utilizzati sono **isotopi dello iodio** (*I 123** o *I 131**) e il **tecnezio** (Tc-99m pertecnato). In questi casi apparirà nella mappa scintigrafica un nodulo ipercaptante (cosiddetto "caldo") che inibisce la captazione del resto della ghiandola. Sono questi gli **adenomi di Plummer**, che possono essere responsabili di un quadro clinico di ipertiroidismo meno accentuato di quello del *Morbo di Basedow*. In caso di carcinoma differenziato, lo studio ecografico ed elastografico verrà esteso ai linfonodi ricorrentiali (subito dietro i lobi tiroidei) e cervicali profondi (lungo le vene giugulari interne) per evidenziare eventuali metastasi linfonodali. Queste informazioni sono necessarie per programmare l'intervento chirurgico.

Tumefazioni diffuse della tiroide

Le patologie che interessano diffusamente la ghiandola possono essere: 1) il gozzo colloidico-cistico multinodulare, 2) il morbo di Basedow, 3) le tiroiditi acute, subacute (*De Quervain*), croniche linfomatose (*Hashimoto*) o lignee (*Riedel*), 4) i carcinomi anaplastici.

In questi casi di fondamentale importanza per una diagnosi differenziale, che rappresenta l'obiettivo dell'esame fisico del paziente, è un'accurata anamnesi. Età, sesso, modalità d'insorgenza, evoluzione, quadri clinici di alterata secrezione (ipotiroidismo ed ipertiroidismo), sintomi di compressione degli organi vicini, sono gli elementi imprescindibili da acquisire prima dell'esame obiettivo.

Gozzo colloidico-cistico multinodulare

Un aumento di volume di tutta la tiroide, per lo più asimmetrico per prevalenza della patologia in uno dei lobi con evidenza di noduli multipli di diverse dimensioni, senza segni di alterata secrezione ormonale, fa pensare ad un gozzo colloidico-cistico multinodulare eutiroideo. Nei casi di maggior incremento volumetrico i limiti dei noduli possono risultare, ispettivamente e palpatoriamente, indistinti per estensione della patologia alle regioni sternocleidomastoidee o mediastiniche (*gozzo immerso*). Se in questo contesto compaiono i segni dell'ipertiroidismo si parla di *gozzo basedowizzato*.

Morbo di Basedow

Si caratterizza per un aumento diffuso di tutta la ghiandola per lo più simmetrico con superficie liscia ed i segni clinici dell'ipertiroidismo. Molto frequente nell'evoluzione naturale della malattia è l'esoftalmo (protrusione dei globi oculari) che conferiscono al paziente l'"espressione tragica". Tipici di questa condizione sono i segni di *Stellwag* (incapacità di chiusura delle palpebre), di *Moebius* (difficoltà alla convergenza oculare) e di *Graefe* (asimmetrico sollevamento delle palpebre con lo sguardo in alto).

Tiroiditi

Nelle **forme acute** si accompagnano ai segni della flogosi: brivido, febbre, dolore ai movimenti del collo, tumefazione ricoperta da cute iperemica, dolorabile. Si parla di *strumite*, quando la tiroidite acuta insorge su un gozzo preesistente e i segni di compressione si aggraveranno. Alla tiroidite acuta si accompagnano i segni di ipertiroidismo. Nella **tiroidite subacuta di De Quervain** i segni della flogosi sono meno evidenti, la sintomatologia per lo più dura alcune settimane e la guarigione può lasciare zone di sclerosi. Spesso questa tiroidite si associa a/o complica malattie virali (parotite epidemica, mononucleosi, morbillo, epatite virale). La **tiroidite lignea di Riedel** è caratterizzata da un aumento di consistenza di tutta la ghiandola con segni di interessamento degli organi limitrofi: nervi laringei inferiori o ricorrenti (alterazione della voce), della trachea (dispnea). Il quadro clinico può creare problemi di diagnosi differenziale con i carcinomi indifferenziati o anaplastici. Un'evoluzione più lenta della malattia propende per la tiroidite. Utili elementi per la diagnosi differenziale possono essere ottenuti dalla FNAC, dalla Tomografia Computerizzata (TC) e dalla Risonanza Magnetica (RM).

I carcinomi indifferenziati o anaplastici

Sono tra le neoplasie maligne più aggressive e a prognosi più infausta. La loro caratteristica è la crescita molto rapida della tumefazione che interessa spesso tutta la ghiandola con precoce infiltrazione degli organi vicini: i nervi laringei inferiori, la trachea, i muscoli nastrofornici ed a volte persino la cute. La tumefazione apparirà di consistenza duro-lignea o fibrosa e risulterà fissa rispetto ai piani superficiali. La diagnosi si porrà con FNAC, TC ed RM.

Solo un cenno meritano le **patologie delle paratiroidi**, in quanto quasi mai arrivano a presentarsi come tumefazione essendo queste ghiandole situate posteriormente ai lobi tiroidei. La diagnosi di tumori o iperplasie delle ghiandole è legata ai sintomi dovuti ad un incremento del paratormone (iperparatiroidismo primario). I segni clinici di ipoparatiroidismo sono per lo più esito di un intervento di tiroidectomia totale. I sintomi dell'ipoparatiroidismo chirurgico possono essere temporanei o definitivi e sono dovuti ad una diminuzione della calcemia. Caratteristici dell'ipoparatiroidismo latente sono: il *segno di Trousseau* (gonfiando il manicotto di uno sfigmomanometro a pressione superiore alla sistolica, comparirà l'atteggiamento della mano da ostetrico: estensione delle prime tre dita e flessione del quarto e quinto dito), e il *segno di Chvostek* (contrazione omolaterale dei muscoli della bocca per percussione digitale, o con martelletto, sulla branca montante della mandibola, del ramo inferiore del nervo facciale). Più eclatante è la *crisi tetanica dell'ipoparatiroidismo acuto*: contrattura muscolare dolorosa dei muscoli delle estremità, dei muscoli laringei e bronchiali con possibili conseguenze asfittiche soprattutto nei bambini. La crisi tetanica insorge spontaneamente, raggiunge in pochi minuti l'acme e si accompagna a sudorazione profusa. Regredisce immediatamente con somministrazione endovenosa di soluzioni di calcio.

AUTOVALUTAZIONE

1) Quante sono le regioni laterali del collo?

- A) 2
- B) 3
- C) 4

D) 5

2) **Quante sono le caratteristiche semeiologiche delle tumefazioni all'ispezione?**

A) 4

B) 6

C) 7

D) 8

3) **Con la contrazione dei muscoli nastriformi o pretiroidei una tumefazione della tiroide di piccole-medie dimensioni, alla palpazione diventerà:**

A) più piccola

B) uguale

C) scomparirà

D) più grande

4) **Di fronte ad una tumefazione unica della tiroide il primo mezzo diagnostico da impiegare è:**

A) Radiografia

B) Tomografia Computerizzata (TAC)

C) Ecografia con color-doppler

D) Risonanza Magnetica (RM)

5) **Quali sono i segni clinici di ipoparatiroidismo?**

A) Tachicardia

B) Bradicardia

C) Mano ad ostetrico (Segno di Trousseau) e contrattura dei muscoli della bocca per pressione digitale (Segno di Chvostek)

D) Febbre con brivido

6) **In caso di nodulo della tiroide sospetto per neoplasia all'ecografia qual è l'atteggiamento corretto?**

A) Intervento chirurgico

B) Esame citologico mediante agoaspirazione

C) Ripetere ecografia dopo 12 mesi

D) Ripetere ecografia dopo 6 mesi

Risposte esatte: 1/b – 2/d – 3/a – 4/c – 5/c – 6/b

BIBLIOGRAFIA

• Testut L., Jacob O. *Trattato di Anatomia Topografica con applicazioni Medico-Chirurgiche* traduzione italiana

Fusari R. V ristampa Unione Tipografico-Editrice Torinese 1926 Torino

• Gallone L. *Semeiotica Chirurgica e Metodologia Clinica* II Edizione 1987, Casa Editrice Ambrosiana Milano.

• Cantisani V., Maceroni P., D'Andrea V. et al. *Strain ratio ultrasound elastography increases the accuracy of colour-Doppler ultrasound in the evaluation of Thy-3 nodules. A bi-centre university experience.* EurRadiol. 2016 May;26(5):1441-9.

Anatomia topografica

Il lettore troverà alcuni cenni di **Anatomia Topografica** della regione del collo sul **QR Code** di inizio capitolo.

Esame obiettivo generale del collo

L'esame obiettivo comprende quattro fasi: *ispezione, palpazione, percussione, auscultazione.*

Per ognuna di queste fasi descriviamo i reperti normali e quelli patologici. Tra questi ultimi hanno fondamentale rilievo le caratteristiche semeiologiche delle tumefazioni (vedi **Tabella 12.1**), che vengono

progressivamente meglio definite nelle varie fasi dell'esame obiettivo.

Ispezione

In questa fase vengono descritte le seguenti caratteristiche:

- 1) Conformazione,
- 2) Atteggiamento e mobilità.
- 3) Sporgenze e depressioni normali.
- 4) Caratteristiche della cute.
- 5) Movimenti connessi con le funzioni fisiologiche.
- 6) Caratteristiche ispettive delle tumefazioni.

Conformazione

La conformazione del collo in condizioni di normalità è quella di un tronco di cono appiattito dall'avanti all'indietro con base in basso.

Nel collo sono più o meno ispettivamente evidenti, a seconda della diversa conformazione degli individui (per la minore o maggiore quantità di tessuto adiposo) alcune sporgenze e depressioni naturali (vedi oltre).

QR code 12.1

G. Pappalardo, M. Chiaretti

12 Semeiotica del collo

Capitolo

Tabella 12.1 Caratteristiche Semeiologiche delle tumefazioni.

sede, forma, volume, limiti, superficie, caratteristiche della cute sovrastante, pulsatilità, mobilità con gli atti fisiologici (deglutizione, respirazione, etc)

si definiscono con più precisione le caratteristiche dell'ispezione ed inoltre: termotatto, fremiti e crepitii, rapporti con le strutture soprastanti e sottostanti, consistenza, dolorabilità, riducibilità, fluttuazione

suoni

rumori fisiologici e patologici (soffi)

140 Manuale di semeiotica e metodologia medica e chirurgica

Contrariamente a quanto rappresentato nell'arte figurativa (i colli lunghi di Modigliani), la lunghezza del collo è pressoché costante in rapporto all'altezza complessiva dell'individuo ed è determinata dall'altezza delle vertebre cervicali. Solo alcune patologie congenite o acquisite (mancato sviluppo delle vertebre, loro fusione o dislocazione etc.) possono ridurne la lunghezza. La larghezza invece è notevolmente variabile e dipende dalla diversa rappresentazione del tessuto adiposo e dalla muscolatura.

Una notevole e diffusa quantità di tessuto adiposo o una maggiore rappresentazione dei MSCM caratterizza il collo taurino. Invece un accumulo patologico di tessuto adiposo alla base della regione nucale è l'espressione dell'iper-cortico-surrenalismo (*Morbo di Cushing*).

Atteggiamento e motilità

In condizioni normali, con il collo in posizione neutra (né esteso né flessa), esso appare simmetrico e mantiene la normale posizione eretta del capo. Con il suo sottile strato muscolare superficiale (*muscolo*

platisma) partecipa alla mimica del volto.

In condizioni patologiche il collo assume posture asimmetriche. Queste sono dovute a patologie congenite o acquisite dei MSCM (torcicolli congeniti o acquisiti, ipotrofie, ecc). Anche patologie del rachide cervicale (*scoliosi*) possono determinare posture asimmetriche. Infine, voluminose tumefazioni (vedi oltre) possono determinare asimmetrie (patologie tiroidee, linfadenopatie, cisti congenite, ecc.).

Il collo è la parte più mobile del tronco e dai suoi movimenti dipendono quelli della testa. I movimenti del collo sono: flessione, estensione, rotazione, misti. Ad essi partecipano con attività di agonisti ed antagonisti tutti i muscoli delle varie regioni del collo ed in particolare i MSCM, trapezi e scaleni.

Sporgenze e depressioni normali

Sono più o meno evidenti secondo la diversa rappresentazione del tessuto adiposo. In genere sono apprezzabili nella regione sottoioidea: la prominente della cartilagine tiroidea più sviluppata nel maschio in età post-puberale (cosiddetto pomo d'Adamo) e la fossetta del giugulo di Gruber (depressione subito al disopra del manubrio sternale tra le inserzioni medial dei MSCM). In corrispondenza dei limiti anteriori della regione sterno-cleido-mastoidea sono più o meno evidenti i margini degli omonimi muscoli. Al confine posteriore della regione sopraclavicolare sono evidenti i margini anteriori dei muscoli trapezi. Al centro della regione nucale sono più o meno evidenti le apofisi spinose delle vertebre cervicali ed in particolare della settima (*prominente*) limite centrale, inferiore e posteriore del collo.

Caratteristiche della cute

Il colore della cute del collo deve essere uguale a quello delle altre parti del corpo. Gli annessi piliferi sono presenti nel maschio nella regione sopraioidea ed i capelli coprono la parte superiore della regione nucale. Alterazioni circoscritte del colore della cute (*iperemia*), che si riscontrano spesso in associazione a tumefazioni, sono espressione di flogosi e più raramente di neoplasie. Il dermatografismo rosso (*segno di Maragnon*) espressione di ipertiroidismo, si evidenzia strisciando delicatamente con l'unghia la cute, che determina una linea di color rosso-violaceo.

Un'altra alterazione della cute è l'*edema a mantellina*, distribuito oltre che al collo, alla cute delle porzioni superiori del torace, degli arti superiori e alle parti inferiori del viso, spesso assume color rosso-violaceo e si associa a turgore delle vene superficiali di queste regioni. L'edema a mantellina è espressione di ostacolato deflusso venoso per occupazione del mediastino superiore da parte di masse (*sindrome da occupazione mediastinica*).

Alterazioni dell'integrità della cute sono rappresentate da ferite e cicatrici (traumatiche o da pregressi interventi chirurgici). Possono essere presenti altresì orifizi di tramiti fistolosi: delle cisti del dotto tiro-glosso nella parte superiore della regione sottoioidea

o di patologie linfonodali tubercolari fistolizzate nella regione laterocervicale (*scrofolo*). Infine, possono essere evidenti lesioni dell'integrità cutanea da neoplasie (carcinoma indifferenziato della tiroide, neoplasie primitive o secondarie dei linfonodi), che si presentano oltre che con l'ulcera, come formazioni fungoidi vegetanti. In ogni caso, della soluzione di continuo della cute si devono descrivere: forma e dimensioni, margini, fondo (per le fistole si descrive il tramite esplorato delicatamente con sonde o specilli), secrezioni e modalità con cui vengono secrete (spontaneamente, con spremitura, continue o intermittenti). Per esempio, dalle fistole delle cisti del dotto tiro-glosso, o fistole mediane del collo, gherà un liquido filante, chiaro, o corpuscolato in caso di flogosi suppurativa. Il secreto delle linfadeniti tubercolari fistolizzate, apparirà come spontaneo e di aspetto caseoso, in corrispondenza di tumefazioni latero-cervicali, con orifizio circondato da un alone cianotico. Il secreto di una fistola laterale congenita apparirà da un orifizio circondato da cute normale e localizzato in corrispondenza del terzo superiore del margine anteriore del MSCM, con un tramite che si dirige verso il grande corno dell'osso ioide.

Movimenti connessi con le funzioni fisiologiche

I movimenti sono connessi con: a) la funzione circolatoria, b) respiratoria, e c) deglutitoria. Possono essere fisiologici oppure legati a condizioni patologiche.

Capitolo 12 - Semeiotica del collo 141

a) Nei soggetti magri a collo iperesteso, davanti al margine anteriore dei MSCM sono visibili pulsazioni delle carotidi comuni (*polso carotideo*), le cui caratteristiche verranno descritte parlando della regione carotidea. In condizioni normali non sono visibili le vene giugulari esterne ed interne. Queste si dilatano e possono risultare evidenti all'ispezione in condizioni patologiche: sindrome da occupazione mediastinica, insufficienza della valvola tricuspide ecc. Cenni sulle caratteristiche del polso venoso, più propriamente argomento di semeiotica medica, verranno riportati nel paragrafo della palpazione.

b) Durante una profonda inspirazione, nei soggetti magri, è possibile notare ispettivamente il movimento cranio-caudale della cartilagine tiroidea e degli anelli tracheali. Nei pazienti con ostruzione delle vie respiratorie è possibile apprezzare durante l'inspirazione un'accentuazione del normale infossamento delle fosse sopraclavicolari.

c) Durante una normale deglutizione è facilmente apprezzabile un movimento cranio-caudale del complesso laringo-tracheale. Contestualmente ad esso avranno lo stesso movimento tutti gli organi e le tumefazioni che sono anatomicamente connessi a tale complesso. In particolare, ci riferiamo alla tiroide ad ai linfonodi latero-cervicali patologici che possono aderire alla trachea od alla cartilagine tiroidea.

Caratteristiche ispettive delle tumefazioni

Le tumefazioni presenti nelle varie regioni del collo appaiono evidenti già all'esame ispettivo. Le caratteristiche ispettive sono riportate nella **Tabella 12.1**.

Sommando i dati anamnestici con i dati forniti dall'ispezione, ci si potrà già orientare verso l'organo sede della patologia che si manifesta come tumefazione.

A titolo esemplificativo una tumefazione nella regione sottoioidea ci farà pensare ad una patologia tiroidea, una in sede latero-cervicale, al confine con le regioni anteriori, ci farà presumere una patologia linfonodale o una cisti laterale del collo, ma se ispettivamente pulsante, ad una patologia vascolare. Infine, una tumefazione in regione sopraioidea ad una patologia della ghiandola sottomandibolare o linfonodale. Tutti i caratteri delle tumefazioni elencati nella **Tabella 12.1** sono descritti nell'ispezione. Ma tali caratteristiche verranno meglio precisate alla palpazione.

Palpazione

Rappresenta la fase dell'esame obiettivo più importante per il medico. Ha il compito di riconoscere e descrivere:

- 1) Le formazioni anatomiche che fanno parte del collo.
- 2) Eventuali modificazioni della normale temperatura cutanea (termotatto, in particolare l'aumento circoscritto in corrispondenza delle tumefazioni).
- 3) Le caratteristiche delle tumefazioni:
 - a. Più precisa definizione delle otto caratteristiche ispettive delle tumefazioni (**Tabella 12.1**).
 - b. Nella descrizione delle caratteristiche palpatorie di una tumefazione un cenno a parte merita la consistenza che si esprime come una scala che si può scendere o salire. Partendo dal basso: molle-flaccida, molle-pastosa, molle-elastica, teso/duro- elastica, duro-fibrosa, duro-ligneo, duro-lapideo. Non esiste una consistenza parenchimatosa comune a tutte le tumefazioni, in quanto la consistenza dei parenchimi (l'insieme delle cellule che costituiscono l'organo) varia nei singoli organi.

Quindi, la consistenza parenchimatosa delle tumefazioni dovrebbe essere riferita alla normale consistenza propria dei singoli organi.

Ciò presuppone che l'esaminatore abbia già stabilito che quella tumefazione faccia parte di un determinato organo, risultato che si può ottenere solo alla fine dell'esame obiettivo.

Nell'eseguire la palpazione ci si pone dapprima al davanti del paziente, poi a destra ed a sinistra ed infine al di dietro. La palpazione va eseguita nel seguente ordine: regione sopraioidea, regione sottoioidea, regioni parotidiche, regioni latero-cervicali, regioni supraclavicolarie e regione nucale. La metodica d'esame comprende la palpazione semplice e la palpazione combinata. La palpazione semplice va eseguita prima con le quattro dita a piatto e poi per migliore la definizione, solo con il secondo e terzo dito, mentre il quarto e il quinto sono piegati ad uncino. Il

condotto laringo-tracheale va afferrato tra indice e pollice. La palpazione combinata si applica all'esame della regione sopraioidea: le dita di una mano vengono introdotte nel cavo orale, dove ne esplorano il pavimento, mentre con l'altra mano si esercita una palpazione dall'esterno.

Palpazione delle formazioni anatomiche del collo

- a. La *cartilagine tiroidea*, già evidente ispettivamente nei maschi nella maggior parte dei casi (*pomo di Adamo*), presenta una caratteristica incisura sul margine superiore.
- b. *Osso ioide*, palpabile sulla linea mediana tra pollice e indice applicati a destra e sinistra della cartilagine tiroide, subito al di sopra di essa.
- c. La *cartilagine cricoide*, si sente come una rilevatezza anulare al di sotto della cartilagine tiroidea.

142 Manuale di semeiotica e metodologia medica e chirurgica

- d. Lo *spazio crico-tiroideo*, tra il margine inferiore della cartilagine tiroidea ed il margine superiore della cartilagine cricoidea, si presenta come una depressione di circa 4-6 mm ed è sede di due piccoli linfonodi, a cui affluiscono i linfatici della faringe.
- e. La *trachea*, è accessibile alla palpazione nel suo tratto iniziale, corrispondente ai primi tre, quattro anelli quando il collo è iperesteso. Difficilmente si palpa la tiroide di normali dimensioni.
- f. I ventri dei *MSCM*, vanno esaminati prima a riposo e poi contratti.
- g. La palpazione permette di apprezzare lungo l'intero decorso cervicale la *carotide comune*, estesa fino al margine superiore della cartilagine tiroidea, ove si divide in carotide esterna e carotide interna, le quali possono essere palpate separatamente. La palpazione superficiale con il dorso delle dita può mettere in evidenza un aumento di temperatura ad esempio in un'area di cute eritematosa, e la presenza di un fremito quale quello rilevabile nel caso di una fistola artero-venosa.

In alcune patologie acute dell'albero respiratorio (*pneumotorace spontaneo*) così come nel decorso postoperatorio d'interventi di resezione polmonare, si può sviluppare un *enfisema sottocutaneo* per infiltrazione di aria. Questo si manifesta prima negli strati della parete toracica e poi per la sua diffusione verso l'alto, ed è caratterizzato da un aspetto che per certi versi ricorda l'edema localizzato però solo alla regione sopraclavicolare, collo e volto. Caratteristico dell'enfisema sottocutaneo è il cosiddetto *crepitio di neve*, cioè una sensazione tattile di granulosità cedevole come quando si comprime la neve.

Percussione

La percussione ha scarso rilievo nell'esame obiettivo del collo normale e patologico.

Auscultazione

Nelle sedi in cui palpatariamente si è apprezzato un fremito (*thrill*) si può rilevare all'auscultazione

un soffio sincrono con le pulsazioni come in corso di aneurismi della carotide o un soffio continuo con rinforzo sistolico tipico delle fistole artero-venose. Un soffio sincrono con le pulsazioni cardiache si può apprezzare anche su voluminosi gozzi iperfunzionanti, la cui irrorazione presenta caratteristiche emodinamiche equivalenti a quelle di una fistola arterovenosa. Passiamo adesso a descrivere l'esame obiettivo dei principali organi e strutture vascolari d'interesse chirurgico: tiroide, linfonodi, ghiandole salivari, carotidi e giugulari.

Si rimanda la semeiotica della tiroide al capitolo "Apparato endocrino"; chi volesse approfondire può accedere a: **Esame della tiroide** cliccando sul **QR Code** di inizio capitolo; di seguito, in **Figura 12.1**, riportiamo solamente l'Algoritmo diagnostico e terapeutico per la valutazione dei noduli unici della tiroide.

Esame della tiroide

Approfondimento **Esame della tiroide** la trovate sul **QR Code** di inizio capitolo.

Esame dei linfonodi cervicali

È necessario premettere alcune informazioni indispensabili sulle varie strutture linfonodali del collo.

Esistono in letteratura numerose classificazioni che si basano su criteri anatomico-topografici od anatomico-chirurgici. Noi utilizzeremo una classificazione anatomico-topografica, che tiene conto delle diverse regioni precedentemente descritte: 1) linfonodi sopraioidei (sottomentonieri e sottomascellari); 2) linfonodi sottoioidei (tracheali); 3) linfonodi parotidei; 4) linfonodi cervicali superficiali e profondi (delle regioni dei MSCM); 5) linfonodi sopraclaveari; 6) linfonodi nucali.

Linfonodi sopraioidei

Si dividono in *sottomentonieri* e *sottomascellari*. I primi, più anteriori ed in numero di 2 per lato, ricevono i linfatici omolaterali della cute del mento, del labbro inferiore, della gengiva e del pavimento orale. Drenano nei linfonodi *sottomascellari* e *cervicali profondi*. I linfonodi *sottomascellari* sono situati al di sotto della branca orizzontale della mandibola e sono in rapporto con la ghiandola omonima. Ricevono i linfatici omolaterali dell'ala del naso, della guancia, delle labbra, delle gengive, della lingua e della ghiandola suddetta e drenano nei linfonodi *cervicali profondi*.

Linfonodi sottoioidei (tracheali)

I più superficiali sono situati lungo la vena giugulare anteriore, i più profondi sono situati ai lati della trachea lungo i nervi laringei inferiori (*linfonodi ricorrentziali*). Ricevono la linfa dalla laringe, dalla trachea, ma soprattutto da gran parte della tiroide, rappresentando la prima stazione di metastatizzazione linfatica dei carcinomi papillari. Drenano nei linfonodi *cervicali profondi*.

Capitolo 12 - Semeiotica del collo 143

Figura 12.1 • Algoritmo diagnostico e terapeutico per la valutazione

dei noduli unici della tiroide.

Linfonodi parotidei

Sono situati nella omonima regione in stretto rapporto con la parotide ed alcuni all'interno di essa. Ricevono la linfa delle regioni temporali e frontali, dell'orecchio e dalla stessa ghiandola. Drenano nei linfonodi *cervicali profondi*.

Linfonodi cervicali superficiali e profondi (regione sternocleidomastoidea)

I primi sono dislocati lungo il decorso della vena giugulare esterna. Ricevono la linfa che proviene dalla cute della faccia e dalla regione retro-auricolare. Drenano nei linfonodi *cervicali profondi*. Questi ultimi rappresentano la più importante struttura linfatica del collo, ricevono come seconda stazione la linfa proveniente da tutti i precedenti gruppi. Sono situati a catena lungo tutto il decorso della vena giugulare e in prossimità della carotide comune. Sono palpabili subito al di dietro del margine anteriore dei MSCM.

Linfonodi sopraclaveari

Nel tessuto cellulo-adiposo delle fosse sopraclaveari sono contenuti in profondità numerosi linfonodi e la porzione inferiore del *tronco linfatico giugulare*, che a destra termina nella vena succlavia mentre a sinistra termina nel *dotto toracico*. In questi linfonodi arriva la linfa proveniente anche dai visceri del collo, dei bronchi, del mediastino superiore, della mammella e, a sinistra, possono arrivare in fase tardiva anche metastasi dai carcinomi dello stomaco (*segno di Troisier*).

Linfonodi nicali

I linfonodi nicali drenano la linfa proveniente da tutta la cute e gli annessi cutanei della omonima regione.

Tumefazioni linfonodali

Passiamo a descrivere le caratteristiche semeiologiche delle tumefazioni linfonodali, essendo esse comuni, indipendentemente dai gruppi e dalle regioni in cui si sviluppano.

In soggetti normali, i linfonodi per lo più non sono rilevabili all'esame ispettivo né all'esame palpatorio. Tuttavia, in soggetti magri oppure in bambini definiti un tempo "*linfatici*", è possibile apprezzarli alla palpazione come piccole tumefazioni delle dimensioni di un pisello, in regione laterocervicale, regione sottomentoniera e/o in regione sopraclaveare.

In caso di patologia i linfonodi possono aumentare di volume e presentare segni clinici spesso sovrapponibili, indipendentemente dalla causa che ne ha determinato l'aumento di dimensioni. Se appartengono alle stazioni linfonodali superficiali, divengono evidenti all'ispezione e alla palpazione. Quando i linfonodi si presentano aumentati di volume in breve tempo, a limiti netti, superficie liscia, di consistenza dura, e se la palpazione suscita vivo dolore, si tratterà di *linfadenite acuta*. Quando l'infiammazione si estende ai tessuti perigliandolari, si parla di *perilinfadenite*. Quando più linfonodi si fondono in

una massa rotondeggiante, polilobata, di consistenza variabile da molle-pastosa a duro-elastica, siamo di fronte ad una *linfoadenite cronica*. Le tumefazioni linfonodali possono aderire fra loro per una perilinfoadenite, dando luogo ad un “*pacchetto ghiandolare*”

Eco-color-Doppler

144 Manuale di semeiotica e metodologia medica e chirurgica

che si apprezza come una tumefazione bernoccoluta, aderente ai piani superficiali e profondi nella quale spesso è possibile apprezzare i singoli linfonodi aumentati di volume, deformati, dolorabili. Questo quadro fa sospettare una linfoadenite cronica tubercolare (*scrofolo*). In questi casi, talora, la consistenza è varia in quanto nel pacchetto, i linfonodi presentano tutte le fasi della tubercolosi linfoghiandolare; alcuni hanno consistenza duro-elastica, altri molle, altri fluttuante (*ascesso freddo ganglionare*), altri ancora duro-fibroso o addirittura lapidea. Inizialmente la cute non è interessata; quando però, si forma un *ascesso freddo ganglionare*, la cute dapprima diviene rossa, poi cianotica, quindi si assottiglia e si ulcera, dando esito a liquido purissimo “*caseoso*”. L’orificio fistoloso è circondato da un alone di colorito rosso-violaceo.

Un interessamento linfonodale si può verificare anche in corso di sifilide: si avrà in tal caso una linfo-adenopatia cervicale luetica, moderatamente dolente, isolata, ulcerata raramente alla superficie cutanea. La lesione primaria può non essere rilevabile, se è già stata somministrata la terapia antibiotica oppure se il tempo trascorso dal contagio è troppo lungo. La linfo-adenopatia può comparire nella seconda fase della sifilide, da due a dieci settimane dall’infezione. I linfonodi sono aumentati di volume, deformati, a superficie bernoccoluta, aderenti ai piani superficiali e profondi, di consistenza duro-lignea, non dolorabili alla palpazione.

Se il paziente ha notato da poco la presenza di linfonodi aumentati rapidamente di volume, con le stesse caratteristiche sopra descritte, deve essere presa in considerazione una linfo-adenopatia neoplastica primitiva o metastatica. Raramente si troverà infiltrata la cute sovrastante che si può anche ulcerare.

Nel caso di una linfo-adenopatia metastatica, occorre valutare con attenzione le possibili sedi di insorgenza del tumore primitivo: per i linfonodi cervicali profondi occorre esplorare con attenzione la cavità orale, i tessuti molli del volto, le ghiandole salivari, la tiroide, il faringe ed il laringe; per i linfonodi sopraclavari non vanno trascurati i tumori ad insorgenza dall’arto superiore e dalla mammella. Nei casi più tardivi di metastatizzazione di un cancro della mammella, oggi in realtà molto rari da osservare, possono insorgere edema dell’arto superiore e dolori violenti irradiati da infiltrazione neoplastica delle radici del plesso brachiale.

Quando i linfonodi sono aumentati di volume, a limiti netti, a superficie liscia, spostabili, non aderenti ai piani circostanti, di consistenza duro-fibrosa,

scarsamente dolorabili alla palpazione, si tratterà di una linfo-adenite cronica aspecifica, presente in numerose forme morbose: infezioni della cavità orale e delle prime vie respiratorie, infezioni sistemiche quali la *toxoplasmosi* e la *rosolia* (che interessano caratteristicamente i linfonodi nuca). Si dovrà pensare alla *sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS)* nei casi in cui non coesista patologia linfoproliferativa tumorale.

Linfonodi aumentati di volume e deformati, di consistenza aumentata, non aderenti ai piani superficiali, spostabili sui piani profondi, non dolorabili alla palpazione possono essere linfomi.

Quanto fin qui riportato sulle caratteristiche semeiologiche delle diverse patologie linfonodali, insieme ad una accurata raccolta anamnestica, rappresentano gli elementi indispensabili per impostare la diagnosi differenziale delle diverse linfadenopatie.

Per una diagnosi definitiva entrano in gioco le indagini radiologiche. Gli attuali mezzi diagnostici devono essere utilizzati progressivamente in modo complementare. Il primo mezzo da impiegare è certamente l'ecografia con color-doppler, completata o meno da FNAC. Solo successivamente ed in base ai dati ottenuti si potranno utilizzare la TC, la RM e in casi di localizzazione plurima di neoplasie, anche la PET (*Positron Emission Tomography*). Dall'insieme dei dati ricavati si potrà formulare una diagnosi precisa. Solo nei casi in cui non si sia raggiunta una diagnosi di certezza si può ricorrere all'asportazione chirurgica di uno o più linfonodi da inviare all'anatomopatologo per la diagnosi istologica.

Esame delle ghiandole salivari

Parotidi

In condizioni normali le parotidi non sono apprezzabili né ispettivamente né palpatariamente nelle omonime regioni (vedi **QR Code** di anatomia topografica).

Un aumento di volume di queste ghiandole può essere dovuto ad una *flogosi* o ad una *neoplasia*.

In questi casi nella loggia parotideica compare una tumefazione già ispettivamente apprezzabile e che necessita una palpazione bimanuale (dall'esterno e con l'indice della mano controlaterale introdotto nella cavità boccale fino alla corrispondente parete del faringe).

Aumenti di volume diffusi a tutta la ghiandola sono espressione di processi infiammatori che possono accompagnarsi ai segni clinici della flogosi acuta. Un aumento di volume improvviso e doloroso non accompagnato ai segni della flogosi è espressione di una colica salivare dovuta alla presenza di uno o più piccoli calcoli nel *dotto di Stenone (scialolitiasi)*. Il dolore e la tumefazione caratteristicamente compaiono con la visione, l'assaggio del cibo e si riducono, se al dolore a tipo colica segue l'emissione improvvisa di saliva. In questi casi alla palpazione bimanuale della parotide dovrà seguire la palpazione lungo il decorso del *dotto di Stenone* fino al suo sbocco nella mucosa geniena all'altezza del colletto del secondo molare.

Capitolo 12 - Semeiotica del collo 145

Si potrà apprezzare palpatariamente la presenza di un corpo estraneo, piccolo e duro, corrispondente al calcolo, più spesso in prossimità dello sbocco del dotto. L'individuazione dell'orifizio del dotto potrà consentire il suo incannulamento per eseguire una scialografia con *Lipiodol* e per procedere all'asportazione chirurgica del calcolo. I tumori della parotide possono essere benigni o maligni. I primi si presentano come tumefazioni circoscritte di consistenza dura-elastica, se a contenuto liquido o parenchimoso (tumore misto), a crescita lenta. I tumori maligni della parotide si presentano come tumefazioni di consistenza dura a crescita rapida, che non tardano a manifestarsi con i segni clinici della infiltrazione dei rami del nervo facciale, che attraversano la ghiandola con la conseguente paralisi dei muscoli dell'orbita e della bocca. All'esame obiettivo seguirà la diagnosi strumentale con l'eco-color-doppler integrata da studio TC e/o RM.

Ghiandole sottomascellari

Sono situate nelle omonime regioni (vedi premessa anatomo-topografica) e sono soggette alle stesse patologie delle parotidi. Si rimanda ad esse per le caratteristiche semeiologiche. L'ispezione delle ghiandole sottomascellari viene eseguita a collo iperesteso e la palpazione bimanuale a collo flessso. L'esplorazione del *dotto escretore di Wharton*, che ha un decorso quasi rettilineo, dovrà essere eseguita fino al suo sbocco nella caruncola accanto al frenulo della lingua.

Ghiandole sottolinguali

Sono situate al di sopra dei muscoli milo-ioidei quindi nel pavimento della bocca e non appartengono alle regioni del collo.

Esame delle carotidi e delle giugulari

La *carotide comune di destra* nasce dal tronco anonimo e la sua pulsazione (*polso carotideo*) può essere percepita dalla punta di un dito posizionata tra le inserzioni sternale e clavicolare dei MSCM (*fossa sopraclaveare minore*). L'origine della carotide comune sinistra, direttamente dall'arco aortico, può essere apprezzata più difficilmente. Entrambe le carotidi comuni decorrono al di dietro dei MSCM e le loro pulsazioni, sincrone con il battito cardiaco, potranno essere apprezzate dal secondo e terzo dito al davanti ed al di sotto dei margini anteriori dei suddetti muscoli. Arrivate all'altezza del margine superiore della cartilagine tiroidea, talvolta più in alto in corrispondenza del grande corno dell'osso ioide, le carotidi comuni si dividono nelle due branche terminali: carotide interna e carotide esterna. A questo livello, nei soggetti magri potranno essere percepite palpatariamente le due pulsazioni. Ispettivamente i polsi carotidei potranno essere rilevati con il collo leggermente esteso nei soggetti magri. La presenza all'ispezione di una tumefazione ovale, pulsante, subito

al davanti dei MSCM, deve far pensare ad un aneurisma delle carotidi. Palpatoriamente la pulsazione sincrona con la sistole risulterà intrinseca alla tumefazione che presenta consistenza teso-elastica e superficie liscia. La palpazione di stenosi arteriose potrà mettere in evidenza l'asimmetria dei due polsi carotidei e la percezione di *fremiti*. All'auscultazione si percepiranno dei soffi sistolici, sincroni con l'attività cardiaca. In caso di sospetto aneurisma o stenosi si impone la diagnosi strumentale che inizierà con l'esame eco-color-doppler, completato da angio-TC e da arteriografia selettiva.

Le *vene giugulari superficiali* appaiono dilatate per difficoltà/ostruzione al loro deflusso nei casi di sindrome da occupazione mediastinica. La palpazione della vena giugulare interna destra (*polso venoso*), che si continua in modo quasi diretto nella vena cava superiore, fornisce importanti informazioni sulla dinamica del cuore destro (per esempio insufficienza della valvola tricuspide). La palpazione del polso venoso viene eseguita con il paziente disteso in posizione supina con il tronco sollevato di 45 gradi ed il collo in posizione neutra. Un polso venoso falso è dato dalle oscillazioni trasmesse alla giugulare interna dalla carotide comune. Comprimeo delicatamente la giugulare in un punto qualsiasi, il tratto a monte della compressione si inturgidisce ed appare maggiormente pulsante mentre quello a valle non viene percepito.

Cisti disembrionogenetiche

Solo un cenno meritano le cisti disembrionogenetiche: branchiali (o laterali) e mediana (del dotto tiro-glosso). Le prime sono situate al davanti dei margini dei MSCM, nel terzo superiore al confine con la regione sopraioidea. Possono avere dimensioni varie, a volte anche molto voluminose e presentano le caratteristiche semeiologiche delle cisti tiroidee. La cisti mediana (del dotto tiro-glosso) è situata nella linea mediana più frequentemente in prossimità dell'osso ioide o nel tratto compreso tra esso ed il margine superiore della cartilagine tiroidea. Questa cisti deriva dal dotto tiro-glosso, che arriva in alto fino all'apice del triangolo alla base della lingua. Raramente superano le dimensioni di una noce. A volte sono sede di processi suppurativi con fistolizzazione sulla cute nella linea mediana. La palpazione eviden

Manuale di semeiotica e metodologia medica e chirurgica

zia, oltre i caratteri semeiologici comuni a tutte le cisti, la loro fissità al corpo dell'osso ioide. Le patologie dell'esofago cervicale, per la sede profonda al davanti delle vertebre, raramente possono essere apprezzate all'esame diretto del collo. Fanno eccezione i diverticoli faringo-esofagei di Zenker che se raggiungono grandi dimensioni possono apparire come tumefazioni laterali sinistre. Le caratteristiche semeiologiche in questi casi sono il gorgoglio alla compressione manuale che può determinare una riduzione del volume della tumefazione, per parziale svuotamento

del contenuto (saliva e residui alimentari).