

# Apparato digerente: sintomi e funzioni

**Disfagia:** difficoltà alla deglutizione di alimenti solidi o liquidi dalla bocca allo stomaco (oro-faringea-esofagea)

- I solidi determinano disfagia > rispetto ai liquidi
- Può essere associata a dolore, tosse, perdita di peso etc.
- Cause: Ca esofago, stenosi benigne, esofagite

## Odinofagia

- Dolore alla deglutizione
- Cause orofaringee (lingua, faringe, ostruzione meccanica)
- Cause esofagee (disturbi della motilità, ostruzioni intraluminali, ostruzioni estrinseche)

## Calo ponderale

- Malattie gastrointestinali, sindromi da malassorbimento, tireotossicosi
- Chiedere sempre se l'appetito è normale, aumentato o ridotto

# Sintomi e funzioni

## Rigurgito:

**Risalita di una piccola quantità di chimo o succo gastrico dallo stomaco alla faringe e bocca dalla quale può essere emesso o inghiottito di nuovo**

- **Dovuto a ipermotilità gastrica seguita da ipotonia del cardias**
- **Manca la nausea, vi può essere piroisi (acidità gastrica) e contrazione del diaframma e muscoli addominali**
- **Cause: acalasia esofagea, (mancato rilassamento fisiologico dello sfintere all'onda peristaltica), diverticoli esofagei, ernia iatale, ulcera peptica, Ca gastrico**

## Nausea

- **Bisogno impellente di vomitare**
- **Sintomi associati: astenia, salivazione, sudorazione, tachicardia, pallore, ipotensione arteriosa**

# Sintomi e funzioni

**Vomito** ⇨ **Esplorazione forzata attraverso la bocca di contenuto gastrico**

- **Si accompagna a nausea.**
- **Vomito senza nausea è indice di ipertensione endocranica**
  - **Cause:**
    - ✓ **gravidanza, fattori psichici, malattie neurologiche, malattie digerente (ulcera gastroduodenale, colecistite, colelitiasi, epatite acuta), malattie del metabolismo e disendocrine (uremia, ipercalcemia), allergia o intossicazione da farmaci, malattie febbrili, IMA, dolore**
      - » **alimentare**
      - » **acquoso**
      - » **biliare**
      - » **ematico**
      - » **fecaloide**
  - **Chiedere:**
    - **se presente al mattino a digiuno**
    - **se concomita coi pasti**
    - **se associato a dolore**
    - **se il materiale è striato di sangue o bile**
    - **se il materiale è indigerito**
    - **se ha assunto farmaci**

# Sintomi e funzioni

## Dispepsia:

**Senso di pienezza, gonfiore, dolore all'epigastrio, malessere, spesso associato a nausea e flatulenza**

### ➤ Cause:

- **Gastrite o ulcera gastrica (i sintomi possono essere aggravati dall'ingestione alimentare)**
- **Duodeniti o ulcera duodenale (solievo frequente con l'ingestione alimentare; risveglio durante la notte)**
- **Calcolosi biliare: favorito da cibi grassi**
- **Sindrome da colon irritabile**

### ➤ Chiedere:

- **Fattori che peggiorano o migliorano i sintomi**
- **Se vi è risveglio notturno**
- **Se vi è anoressia, nausea, vomito, calo ponderale**
- **Se vi è uso: fumo, alcool, aspirina o altri FANS**

# Sintomi e funzioni

**Ematemesi** → emissione di sangue vivo o digerito a color posa di caffè con il vomito

## Melena

- Feci nerastre da emorragia alta dello stomaco e duodeno
- Cause di sanguinamento gastrointestinale
  - **Ulcera** **30% (gastrica)**
  - **Ulcera** **21% (duodenale)**
  - **Gastrite erosiva** **9%**
  - **Esofagite o ulcera esofagea** **8%**
  - **Duodenite** **4%**
  - **Varici** **3%**
  - **Tumori** **2%**

# Sintomi e funzioni

## Dolore addominale

- **Sordo o crampiforme fino alla colica (dolore viscerale) o molto intenso peritonitico (dolore parietale)**
- ***Dolore viscerale:***
- **sordo-crampiforme e attanagliante, percepito spesso su:**
  - **epigastrio (linea mediana): nelle affezioni del tratto gastroenterico alto (stomaco, duodeno, papille di Vater, fegato, colecisti)**
  - **tratto periombelicale (organi medio-intestinali: tenue dalla papilla di Vater ai 2/3 dal colon trasverso)**
  - **ipogastrio: colon distale, sigma, retto e vescica**
- **Cause: da flogosi, contrazione o lesione di un organo cavo muscolare (intestino, colecisti, vie biliari, ureteri, vescica)**
- ***Dolore parietale:***
  - **Acuto, intenso, associato a notevole prostrazione**
- **Cause: da flogosi o infiltrazione del peritoneo parietale**

# Sintomi e funzioni

## Angina mesenterica

- **Dolore da ischemia dell'intestino che si manifesta come dolore periombelicale dopo i pasti, per la richiesta di sangue maggiore durante la digestione. E' solitamente associato a calo ponderale significativo**

### Cause:

- » **Aterosclerosi**
- » **Stenosi dei vasi mesenterici**

## Flatulenza e meteorismo

- **Il gas intestinale deriva dall'aria ingoiata e della fermentazione del colon**
- **E' associato a senso di gonfiore**

### Cause:

- **Aerofagia (ingestione eccessiva di aria)**
- **Eccesso di fibre nella dieta (legumi, leguminose)**
- **Esofagite da reflusso**
- **Ernia iatale**
- **Colelitiasi**

# Sintomi e funzioni

## Stipsi:

**Ridotta frequenza defecatoria con sforzo e difficoltà alla emissione di feci, associata a sensazione di evacuazione incompleta e spesso a dolore**

### ➤ **Cause:**

- **Funzionale: sindrome intestino irritabile, età avanzata, sedentarietà**
- **Ostruttiva: stenosi benigna diverticolare, tumori**
- **Metabolica: ipokaliemie, ipotiroidismo, ipocalcemia**
- **Farmaci: abuso di lassativi**
- **Dieta: poveri di fibre**
- **Condizionamenti fisiologici**
- **Megacolon congenito**

**Si associa spesso a inappetenza, digestione difficile, cefalea, astenia, malessere**

# Sintomi e funzioni

## Diarrea:

- **Aumento di frequenza e volume fecale con modificazioni della consistenza (feci poco formate, non formate, acquose)**
- **Il risveglio notturno per diarrea è caratteristico di malattie diarroiche gravi**
- **Ricercare sempre muco e sangue**

### ➤ Cause:

- **Infettive (batteri, virus, protozoi, parassiti)**
- **Infiammatorie (colite ulcerosa, morbo di crohn)**
- **Malassorbimento (morbo celiaco)**
- **Pancreatite cronica**
- **Colestasi**
- **Abuso di lassativi**
- **ipertiroidismo**

**Pseudodiarrea** ⇒ **Aumento della frequenza defecatoria (piccole quantità di feci ben formate)**

**Diarrea spuria** ⇒ **Periodi di diarrea in pazienti stitici per fermentazione delle feci ritenute, che saltuariamente vengono eliminate con frequenza evacuatoria elevata**

# Sintomi e funzioni

## Sanguinamento rettale

- **Nella colite ulcerosa: scariche intense e frequenti con muco e sangue**
- **Nella malattia diverticolare e infarto intestinale: emorragia abbondante**
- **Il sanguinamento occulto con anemizzazione deve far sospettare un carcinoma o abuso di FANS**
- **Cause di sangue rosso vivo o marrone nelle feci: polipi, malattie diverticolari, infarto intestinale, carcinoma, malattie infiammatorie intestinali, emorroidi, angiodisplasia**

## **Sintomi delle epatopatie dovuti a :**

- **Danni alle cellule epatiche (malattie epatocellulari)**
- **Ostruzione al flusso biliare (coledociti)**
- **Fibrosi e gravi alterazioni dell'architettura lobulare epatica (cirrosi)**

**Astenia, anoressia, disgusto per cibi grassi e alcool, ittero, feci chiare, urine scure, sanguinamento, ecchimosi, ematomi, disturbi del ritmo del sonno (sintomo precoce dell'EPS)**

### ➤ **Chiedere:**

- **Viaggi in aree endemiche (Epatite A)**
- **Abuso di alcool o droghe endovena**
- **Pregressa trasfusione di sangue**
- **Contatti con pazienti itterici**
- **Farmaci assunti di recente**
- **Occupazione con esposizione ad epatotossine**
- **Presenza di dolore e calo ponderale**
- **Colore delle feci ed urine**
- **Anamnesi familiare per epatopatie**

### ➤ **Cause:**

- **Etilismo**
- **Epatite infettive (A, B, C, D, E)**
- **Farmaci (iperdosaggio di paracetamolo)**
- **ECA autoimmunitarie**
- **Malattie metaboliche (emocromatosi, morbo di Wilson)**

## Sintomi suggestivi di colestasi:

- **Prurito soprattutto dopo bagno caldo e a letto**
  - **Feci chiare ed urine scure**
  - **Iscurimento della pelle**
  - **Triade di Charchot (colangite suppurativa acuta: dolore ipocondrio dx, ittero, febbre con brividi)**
- **Cause intraepatiche:**
- **Colestasi da farmaci (fenotiazine)**
  - **Cirrosi biliare primitiva**
- **Cause extraepatiche:**
- **Ca dei dotti biliari**
  - **Calcolosi delle vie biliari**
  - **Colangite sclerosante primitiva**
  - **Carcinoma testa del pancreas**
  - **Cirrosi biliare primitiva**

## **Sintomi suggestivi di pancreatite acuta:**

- **Dolore addominale superiore persistente e intenso**
- **Dolore epigastrio e al quadrante superiore sx**
- **Dolore irradiato alla schiena, accompagnato da nausea e vomito**
- **Dolore parzialmente attenuato dalla posizione seduta e in avanti**
  - **Cause:**
    - **Alcool**
    - **Farmaci (furosomide, azatioprina, cortisonici)**
    - **Calcolosi dei dotti biliari**

## **Pancreatite cronica**

- **Dolore addominale persistente da moderato ad intenso**
- **Calo ponderale, feci chiare e grasse (steatorrea) da esaurimento esocrino**
- **Diabete mellito tardivo**
- **Fibrosi progressiva che può ostruire le vie biliari causando colestasi ed itteri**

## Sintomi di patologie renali e vescicali:

### ✓ **Pollachiuria:** minzione più frequente del normale con volume urinario normale o aumentato

#### ➤ **Cause:**

- **Vescica irritabile (infezione, flogosi, irritazione chimica)**
- **Ridotta compliance del detrusore (fibrosi, tumore)**
- **Ostacolo al deflusso vescicale (volume residuo aumentato nell'ipertrofia prostatica)**

### ✓ **Nicturia:**

- **Risveglio notturno per minzione impellente**
- **Stesse cause della pollachiuria**

### ✓ **Poliuria:**

- **Emissione di volume urinario abbondante**

#### ➤ **Cause:**

- **Ingestione di molti liquidi**
- **Perdita di concentrazione delle urine (IRC, diabete insipido)**
- **Diuresi osmotica (diabete mellito)**
- **Trattamento diuretico**

## **Dolore alle vie urinarie:**

- **Può originare dal rene, uretere, vescica, uretra**
- **La colica renale da ostruzione dell'uretre provoca colica intensa che si irradia all'inguine e allo scroto. Il paziente è molto agitato e si contorce**
- **Il dolore vescicale è sovrapubico**
  - **Cause:**
    - **Pielonefrite (febbre e dolore lombare)**
    - **Nefrolitiasi (coliche ureterali)**
    - **Cistiti (dolore sovrapubico)**

## **Disuria e stranguria:**

- **Dolore alla minzione che si presenta difficoltosa**
- **Infezione vescicale**
- **Uretriche**
- **Prostatiche**

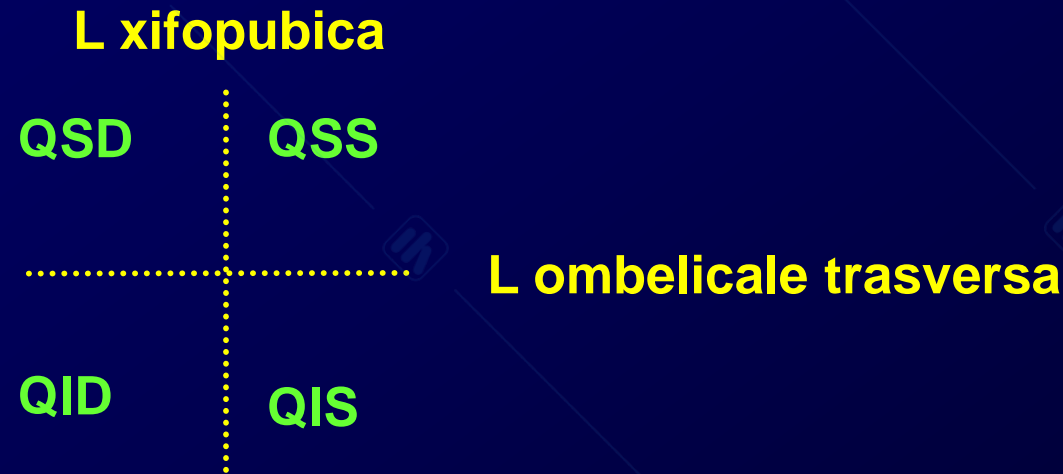
## **Minzione ritardata:**

- **Tempo di latenza lungo fra l'inizio della minzione e fuoriuscita di urine**
  - **Causa: ostacolo al deflusso vescicale**

## **Incontinenza urinaria:**

- **Perdite di urine da tosse, starnuti, risata**
- **Incontinenza da sovraccarico quando la vescica è piena**
  - **Cause:**
    - **Danno sfinterico postpartum**
    - **Debolezza sfinterica nell'anziano**
    - **Patologie benigne e maligne della prostata**
    - **Denervazione vescicale da lesioni spinali**

# Divisione topografica dell'addome in 4 quadranti dalla linea xifopubica verticale e linea ombelicale trasversa orizzontale



**Oppure in 9 regioni mediante 2 linee orizzontali: una superiore che passa attraverso il bordo inferiore del margine costale (congiunge l'estremità delle 2 decime costale, e 2 verticali rappresentate dal prolungamento delle 2 emiclaveari**

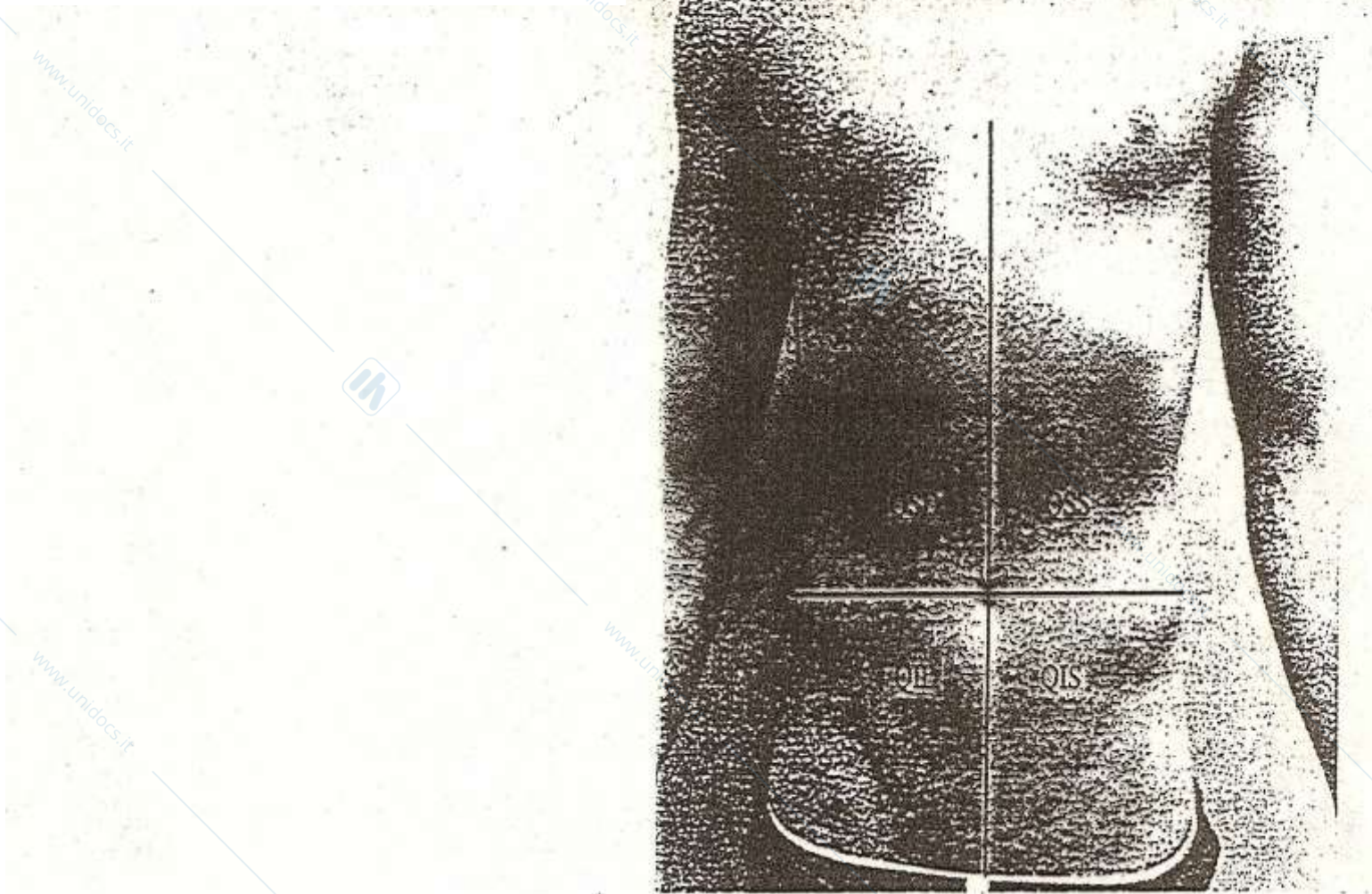


- **Le pareti laterali vengono divise in 2 metà (anteriore e posteriore) dalla linea ascellare media prolungata**
- **La parte posteriore è divisa in 2 regioni (dx e sx) dalla linea vertebrale**
- **Le regioni lombari divise dalla linea costo iliaca (condotta verticalmente dal 3° posteriore alla cresta iliaca in alto) in regione lombare interna o renale ed esterna (regione lombare esterna**

# Correlazione anatomiche delle 9 regioni

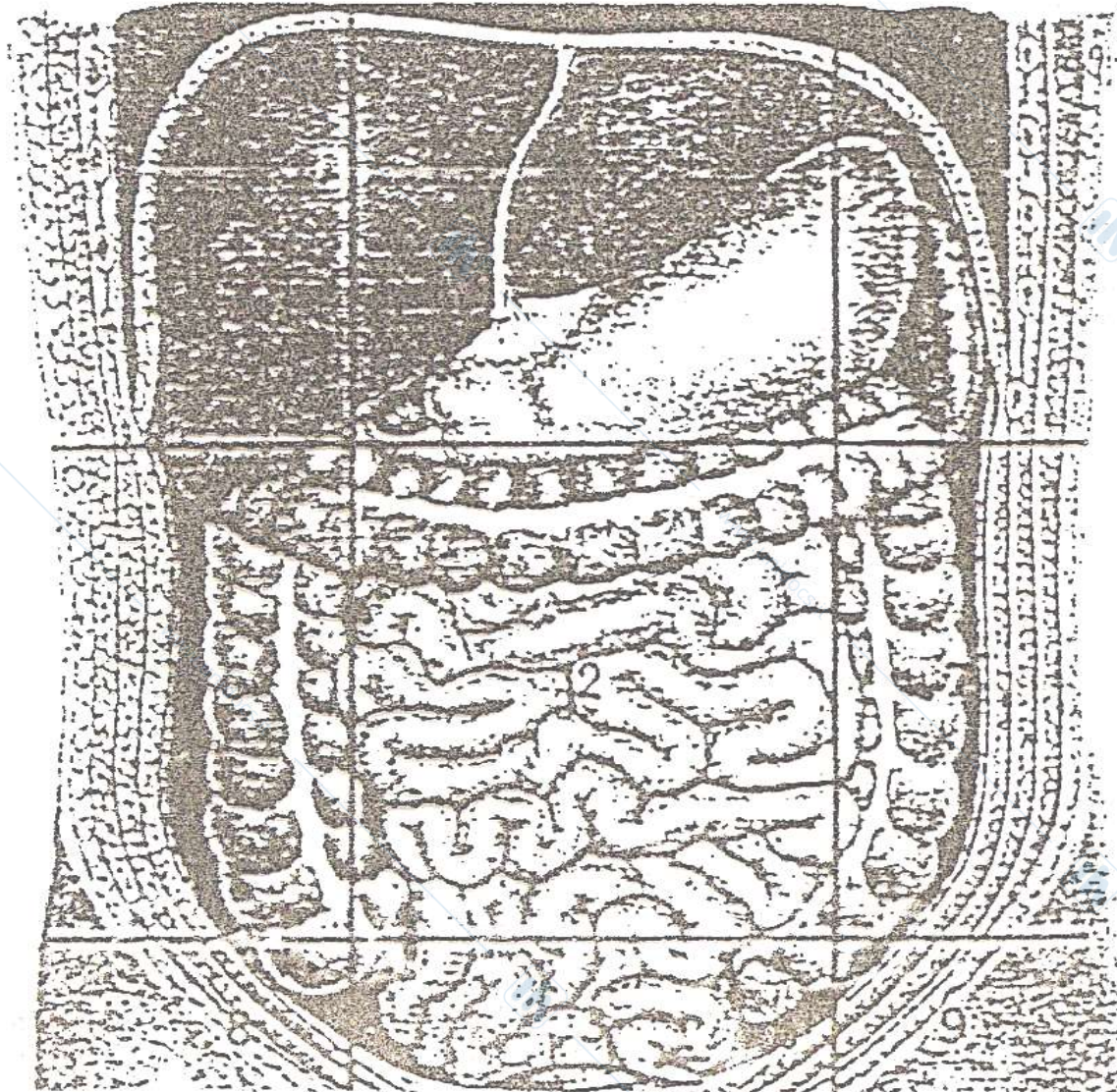
- 1) **Ipocondrio dx: lobo dx del fegato, colecisti, parte del duodeno, flessura epatica del colon, parte del rene dx, ghiandola surrenalica**
- 2) **Epigastrio: parte pilorica dello stomaco, duodeno, pancreas, parte del fegato**
- 3) **Ipocondrio sx: stomaco, milza, coda del pancreas, flessura splenica del colon, polo superiore del rene sx, ghiandola surrenalica**
- 4) **Lombare dx: colon ascendente, metà inferiore del rene dx, parte del duodeno e digiuno**
- 5) **Ombelicale: omento, mesentere, parte inferiore del duodeno, digiuno ed ileo**
- 6) **Lombare sx: colon discendente, metà inferiore del rene sx, parte del digiuno e dell'ileo**
- 7) **Fossa iliaca dx: cieco, appendice, parte inferiore dell'ileo, uretere dx, funicolo spermatico dx, ovaio dx**
- 8) **Ipogastrio: ileo, vescica, utero (in gravidanza)**
- 9) **Fossa iliaca sx: sigma, uretere sx, funicolo spermatico sx, ovaio sx**

## I quattro quadranti dell'addome

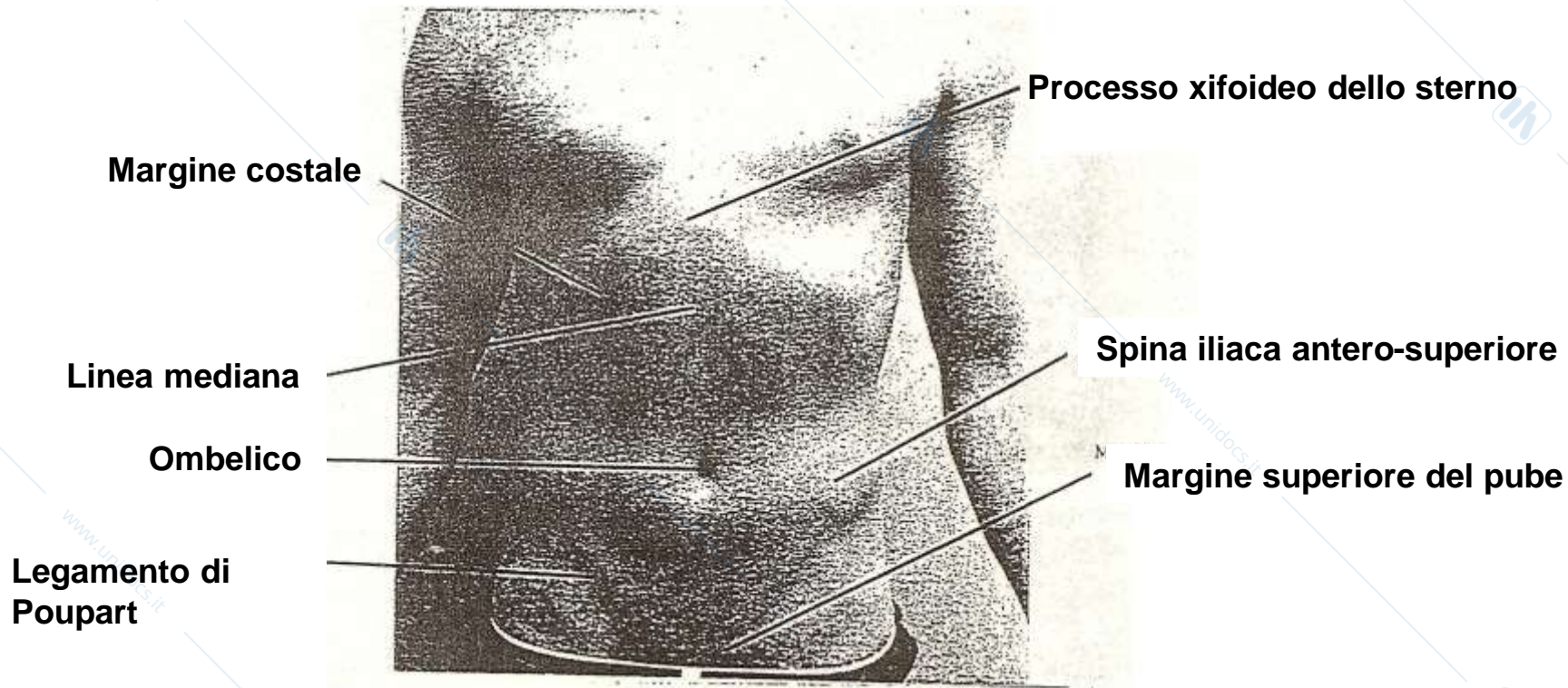


# Le nove regioni dell'addome

- 1) epigastrica;
- 2) ombelicale;
- 3) ipogastrica (pubica);
- 4 e 5 ipocondri dx e sx
- 6 e 7 regioni lombari dx e sx
- 8 e 9 regioni inguinali dx e sx



# Punti di repere dell'addome



# Ispezione (1)

## Forma:

- **Parete lievemente convessa, svasata in alto e ristretta in basso**
- **Nei primi anni di vita più voluminoso per la megalosplancnia**
- **Nelle donne più allargato in basso per l'ampiezza del bacino**
- **Paziente supino, in completo rilassamento con un solo cuscino sotto il capo e con le braccia lungo i fianchi**

## Profilo anomalo:

- **Per distensione addominale generalizzata (liquidi e gas)**
- **Estroflessione dell'ombelico (ascite, ernia)**
- **Contrazioni peristaltiche vigorose (ostruzioni intestinali)**
- **Protuberanze localizzate per diastasi dei muscoli retti ed ernie. Una distensione della metà superiore dell'addome al di sopra dell'ombelico, può essere causata da un carcinoma, cisti pancreatica, dilatazione gastrica**

# Ispezione (2)

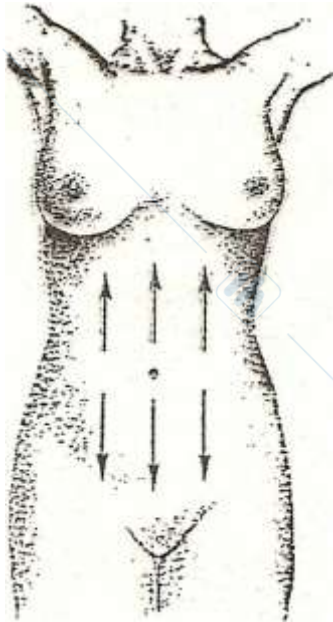
## Cute:

- Pallido, itterico
- Strie longitudinali da distensione (obesità, gravidanza, ascite)
- Strie rubre da assottigliamento della cute (S. di Chusing)
- Cercare con attenzione lesioni cutanee specie i noduli (un linfonodo ombelicale ingrandito di aspetto perlaceo può indicare la presenza di un linfoma intraddominale)
- Cercare ecchimosi, aree eritematose (flogosi)
- Un'alterazione bluastra della cute a sede periombelicale (segno di Cullen) o ai fianchi (segno di Grey Turner) si ha nella pancreatite acuta emorragica
- Notare se presenti cicatrici e descriverle (indice di possibili aderenze interne)
- Circolo venoso: al di sopra dell'ombelico il ritorno venoso dovrebbe avvenire in direzione cefalica mentre al di sotto in direzione caudale
- Nell'ostruzione della vena cava inferiore tutte le vene drenano verso l'alto. Nell'ipertensione portale... radialmente all'ombelico

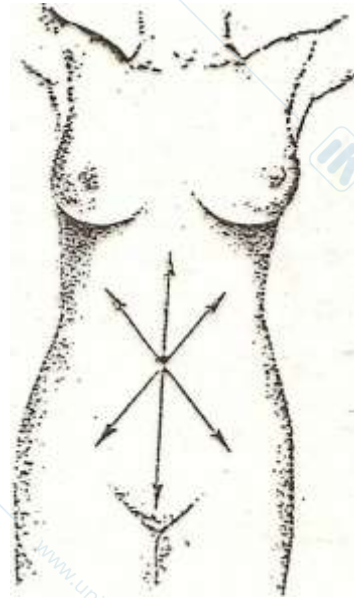
Per stabilire la direzione del ritorno venoso si pongono gli indici della mano affiancati al di sopra di una vena e si esercita una pressione laterale svuotando la sezione del vaso. La direzione del flusso è nella direzione del riempimento più rapido

- Osservare la motilità con gli atti respiratori: limitata nei processi peritonitici
- Masse della parte vengono evidenziate facendo contrarre i muscoli retti addominali: Si fa sollevare la testa del lettino
- Pulsazione abnorme addominale a livello della linea mediana può far sospettare un'aneurisma dell'aorta addominale

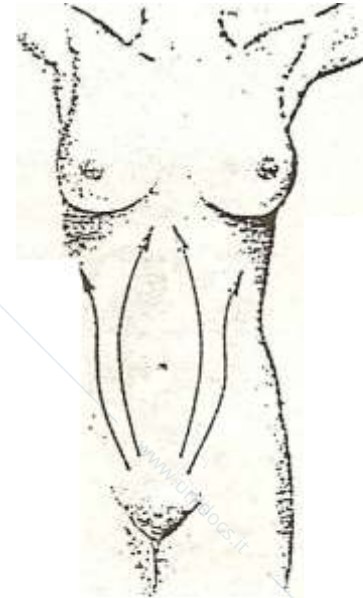
# Reticoli venosi addominali



Normale



Ipertensione  
portale

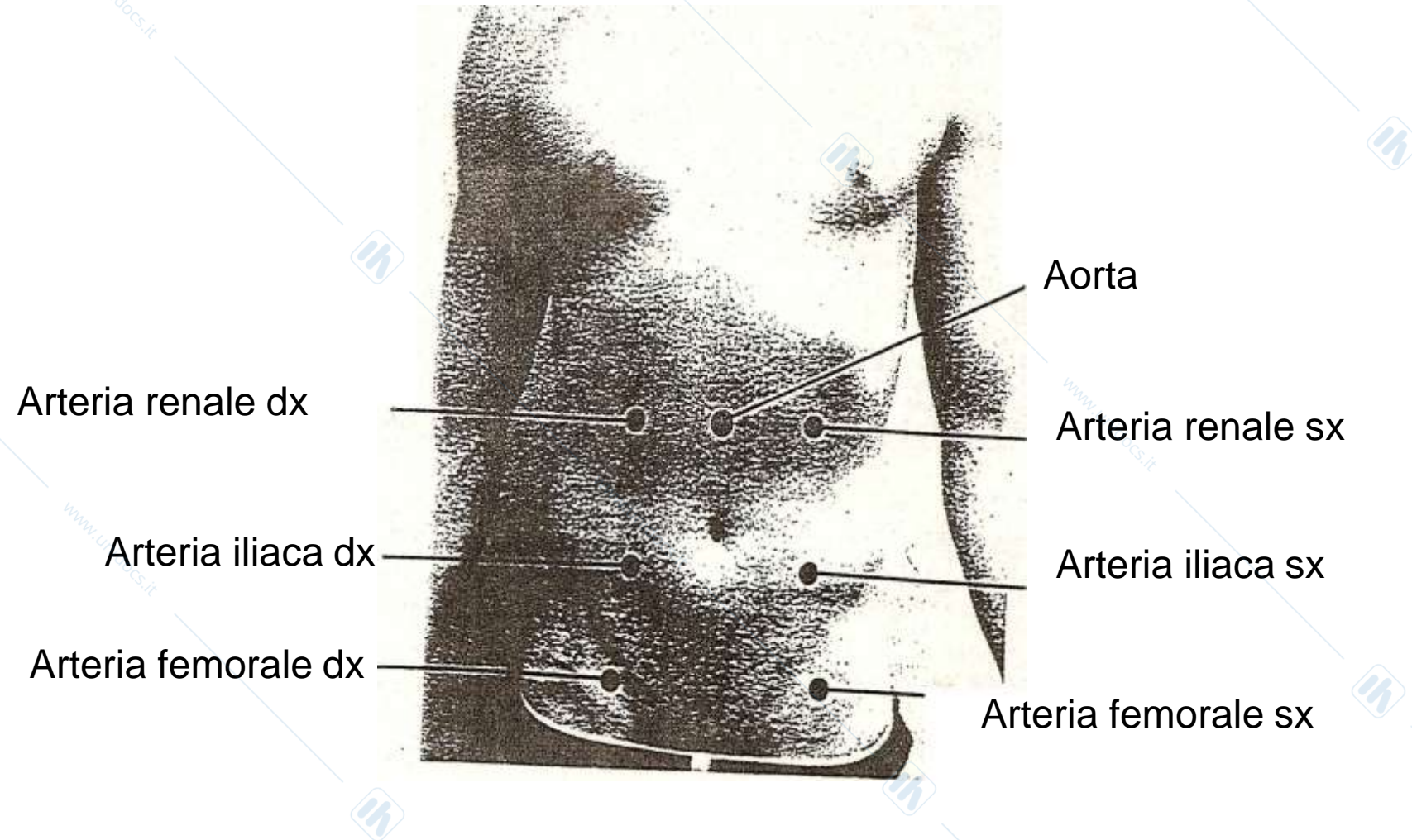


Ostruzione della  
vena cava inferiore

# Ascoltazione

- ✓ Deve precedere la percussione e palpazione, perché la percussione può alterare la frequenza e l'intensità dei rumori intestinali
- ✓ Serve per valutare la motilità intestinale e identificare i soffi vascolari
- ✓ I rumori intestinali sono udibili come gorgoglii con frequenza tra i 5 e 35/min
- ✓ Talvolta sono udibili gorgoglii prolungati e intensi detti borborigmi
- ✓ Sono aumentati nelle gastroenteriti e fase iniziale dell'ostruzione
- ✓ Sono diminuiti: peritoniti e ileo paralitico
- ✓ L'assenza di rumori può essere stabilita solo dopo 5 minuti di ascolto continuo
- ✓ Ascoltare tutti e 4 i quadranti
- ✓ Ascoltare a livello dell'epigastrio e di ognuno dei quattro quadranti per identificare la presenza di soffi di origine aortica, renale iliaca, femorale

# Zona per l'auscultazione dei soffi: arterie renali, arterie iliache, aorta ed arterie femorali



# Palpazione

- ✓ **Mettersi a lato del paziente di solito a dx**
- ✓ **Ammalato in decubito supino e in completo rilassamento**
- ✓ **Le mani dell'esaminatore devono essere calde**
- ✓ **Il rilasciamento può essere ottenuto chiedendo al paziente di piegare le ginocchia e flettere l'anca**
- ✓ **Iniziare con una palpazione superficiale, sistematica di tutti i quadranti**
- ✓ **Adagiare il palmo della mano con leggerezza, con le dita unite ed estese e con la superficie palmare di queste, comprimere la parte addominale per una profondità non superiore ad 1 cm**
- ✓ **Prima di palpare chiedere se vi è dolore. In tal caso iniziare dalle aree più lontane da esso**

## La palpazione superficiale è utile per evidenziare:

- » **Resistenze muscolari**
- » **Aree di dolorabilità**
- » **Masse superficiali**
- » **Rassicurare il paziente e cogliere le eventuali espressioni di dolore moderato**

## La palpazione profonda permette:

- » **Identificare il dolore profondo**
- » **Masse e loro caratteristiche: sede, dimensioni, forma, consistenza, dolorabilità, pulsazione, motilità con gli atti respiratori**

## Ricordare sempre le correlazioni anatomiche:

- » **Fossa iliaca dx: cieco**
- » **Sede soprapubica: vescica, utero**
- » **Fossa iliaca sx: sigma**
- » **Regioni lombari dx e sx: colon, reni**
- » **Regione ombelicale: aorta**
- » **Ipocondrio dx: fegato, colecisti**
- » **Ipocondrio sx: milza, flessura pleurica**
- » **Epigastrio: stomaco, duodeno, pancreas**

# Palpazioni specifiche: fegato (1)

- **Applicare dolcemente la mano a piatto sull'addome e approfondirla lentamente per evitare contratture di difesa della parete e di eliminarle se queste esistono**
- **Palpare iniziando dal basso verso l'alto**
- **La posizione della mano deve essere tale che il margine radiale delle dita sia parallelo al margine costale**
- **A livello dell'ipocondrio dx se si riscontra una resistenza imputabile al margine inferiore del fegato ingrandito, si invita l'ammalato a respirare profondamente e lentamente, in modo che il margine radiale delle dita venga urtato durante gli atti respiratori del bordo epatico**
- **Il margine deve essere mobile con gli atti respiratori e "scattare" sotto le dita nell'inspirazione profonda**
- **Il fegato di solito non è palpabile anche se può essere avvertito in alcune condizioni patologiche (soggetti magri, atleti, ptosi viscerale). In tali casi si localizza percussoriamente il limite superiore dell'ottusità epatica**
- **Il margine è compatto, liscio, regolare, indolente**
- **Il margine nelle epatomegalie può essere:**
  - **liscio, regolare, sottile, tagliente, dolente: fegato da stasi**
  - **liscio, regolare, arrotondato, consistenza elastica (epatiti)**
  - **consistenza molle: steatosi**
  - **consistenza dura, irregolare: cirrosi epatica**
  - **consistenza dura, irregolare, bernoccolato, ligneo (carcinoma epatico)**

# Palpazioni specifiche: fegato (2)

**Superficie:** è uniformemente liscia in tutte le affezioni tranne:

- cancro nodulare
- cisti multiple
- cirrosi epatica

**La superficie può presentare un sollevamento unico:**

- Cancro massivo
- Cisti da echinococco (se la localizzazione è superficiale)
- Ascesso epatico

**Dolenzia:**

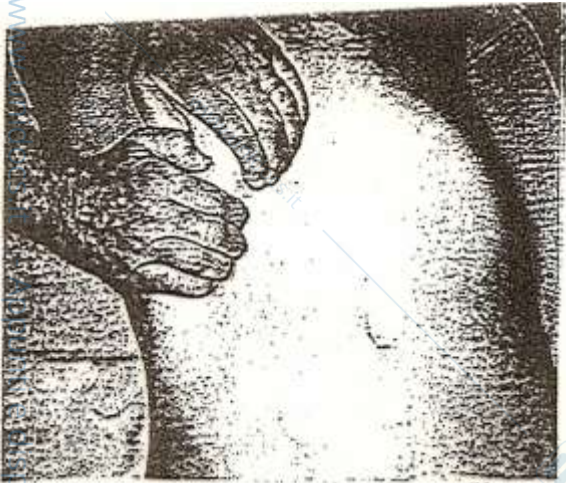
- È in rapporto alla rapidità con cui il viscere aumenta di volume ed è dovuta alla distensione della glissoniana
- Dolente: fegato da stasi, epatiti acute
- Non dolenti: ECA
- Dolenzie circoscritte (ascessi, HCC)

**Diminuzione di volume:** atrofia giallo acuta, cirrosi atrofica

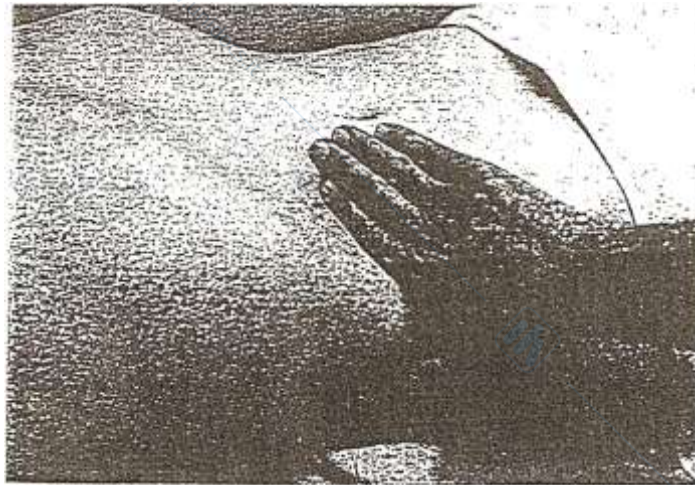
**Palpazione a scosse:**

- In caso di notevole versamento ascitico che si localizza a falda fra la parete addominale e la superficie anteriore dell'organo. Essendo la parete tesa può non essere palpabile e in tal caso con la manovra della palpazione a scosse si può avvertire non solo la sensazione del viscere ingrandito ma anche quella di rimbalzo che l'organo immerso nel liquido subisce: fenomeno del ghiaccio

**Palpazione del fegato con le dita uncinato al di sopra del margine costale**



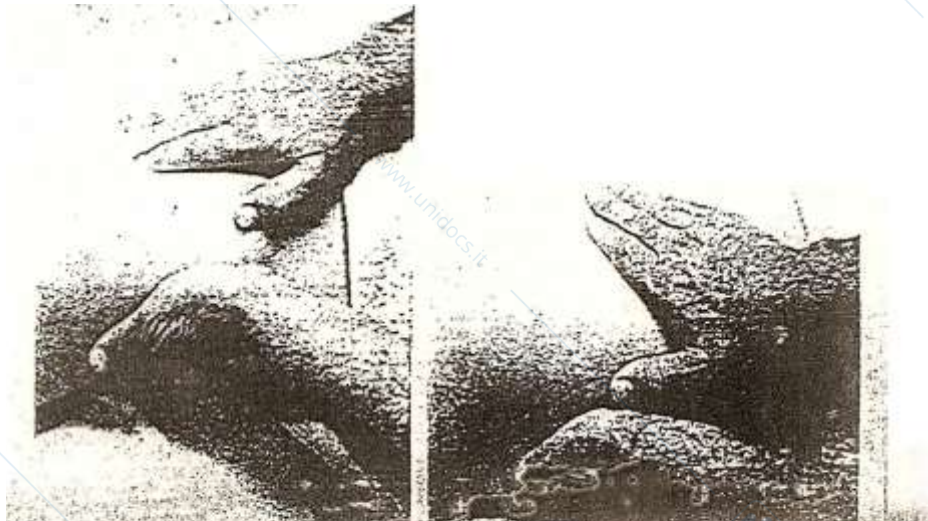
**Palpazione moderata usando la parte laterale della mano**



**Palpazione profonda. Esercitare una pressione profonda e costante con la superficie palmare delle dita estese**



**A, Palpazione del fegato. Le dita sono estese con i polpastrelli sulla linea emiclavare dx, al di sotto del livello dell'ottusità epatica, in direzione della testa.**  
**B, Metodo: alternativo di palpazione del fegato, con le dita parallele al margine epatico.**



# Colecisti (1)

- **In condizioni normali non è palpabile**
- **Può essere palpata al disotto del margine epatico subito all'esterno del margine dx del muscolo retto addominale quando è aumentata di volume, sia per aumento del suo contenuto (ritenzione di bile, presenza di muco: idrope; pus: empiema), calcoli biliari o per ispessimento delle sue pareti (neoplasia)**
- **Aumento di volume da ritenzione biliare:**
  - **Ostacolo al deflusso della bile al di sotto della confluenza del cistico con l'epatico (tumore del coledoco o testa del pancreas): segno di Courvoisier**
  - **L'ingrandimento colecistico ha consistenza elastica, grandezza di un uovo o più, spostabile con gli atti respiratori e passivamente in senso laterale, indolente o poco dolente. Aderisce stabilmente al fegato per cui non è possibile fissarla durante l'espiazione (mancanza di fissabilità espiratoria)**

# Colecisti (2)

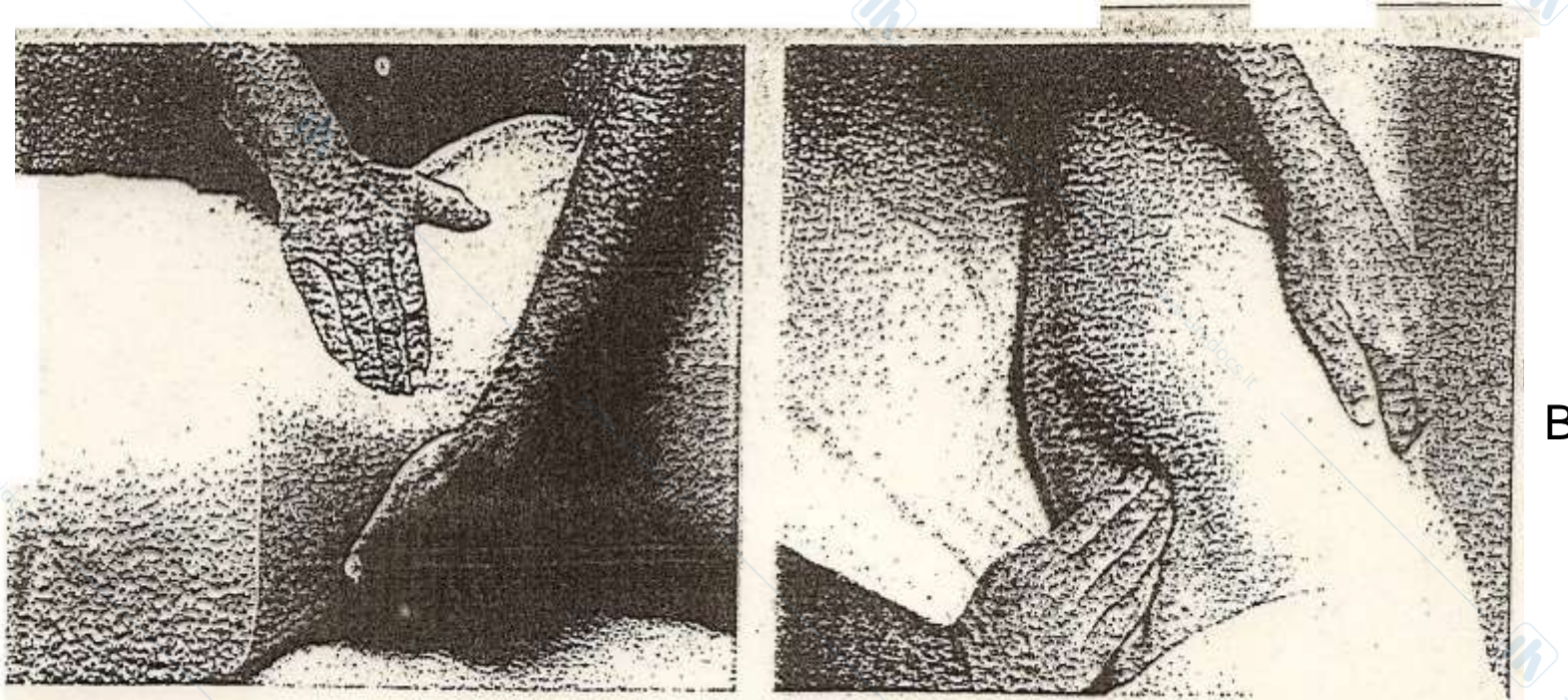
- **Nelle occlusioni del coledoco da incuneamento di un calcolo di solito manca l'aumento di volume della cistifellea poiché in genere le pareti sono ispessite e anelastiche, retratte per un processo colecistico calcoloso**
- **Nell'idrope:**
  - **Dovuta in genere ad incuneamento di un calcolo nel dotto cistico, l'ingrandimento della colecisti ha le stesse caratteristiche di sopra però si distingue per mancanza di ittero e assenza di epatomegalia non essendovi ritenzione di bile**
  - **Può essere intermittente per il ripristino brusco del flusso per eliminazione del calcolo**
- **Nell'empiema colecistico:**
  - **Febbre tipo suppurativo, dolore violento, stato settico, difficilmente apprezzabile per una contrazione di difesa della parete addominale**
- **Nella cistifellea calcolosa:**
  - **Si può palpare una massa ovoidale di consistenza dura, deformata indistinguibile da una neoplasia**

# Palpazione milza

- ✓ Solo se aumentata di volume o spostata in basso
- ✓ Mano dx a piatto (se l'esaminatore si trova a dx) sull'addome appoggiata delicatamente e approfondita lentamente
- ✓ Iniziare sempre dal basso in alto
- ✓ Quando l'organo è ingrandito può essere avvertito solo il polo inferiore come un margine tondeggianti che urta le dita e sfugge al di sotto di esse durante gli atti respiratori
- ✓ Quando la consistenza dell'organo è molle (malattie infettive) si può ricorrere alla tecnica dell'uncinamento dell'organo.

L'esaminatore si pone al lato sx del paziente all'altezza della spalla e senza approfondire molto per evitare contrazioni di difesa della parete si cerca di uncinare il polo inferiore invitando il paziente a respirare profondamente. Questa tecnica può essere eseguita anche in paziente in decubito semilaterale dx con l'arto inferiore sx flesso sull'addome e braccio sollevato appoggiato sulla testa

**A) Palpazione della milza: Esercitare una pressione verso l'alto con la mano sx a livello dell' angolo costovertebrale sx del paziente. Palpare la milza con la mano destra a livello del margine costale sx.**  
**B) Palpazione della milza con il paziente in decubito laterale destro. Esercitare una pressione verso l'interno con la mano sx e la punta delle dita della mano dx**

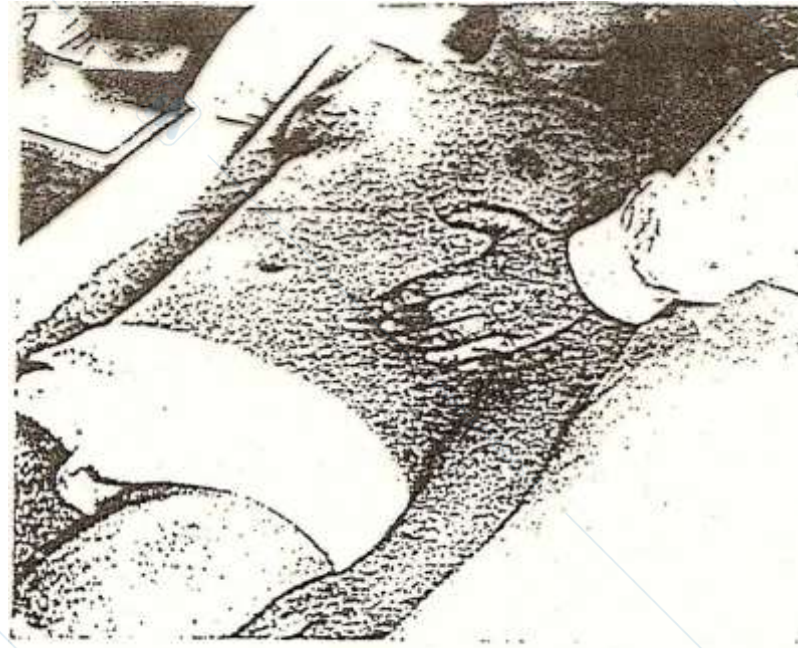


A

B



Palpazione della milza



Palpazione della milza col metodo dell'uncinamento

# Caratteri delle splenomegalie

## a) Dimensioni:

- ↑ in malattie infettive acute, iperemolisi, cirrosi epatica, morbo di hodgkin, leucemia mieloide cronica

## b) Consistenza:

- molle (malattie infettive: mononucleosi)
- dura (cirrosi, processi cronici)

## c) Superficie:

- Liscia, irregolare per processi cronici infiammatori, per cisti, tumori, processi perisplenitici.

## d) Margini:

- Lisci e regolari
- Irregolari per le stesse cause inerenti la superficie

## e) Dolenzia:

- dolente: infezioni acute, ascessi, infarti splenici, emorragie sottocapsulari, per distensione della capsula

La milza può essere palpata anche per patologie diverse: enfisema, versamenti pleurici di sinistra, ascesso subfrenico, per abbassamento del diaframma o per spostamenti di sede (ptosi), a volte fino alla fossa iliaca di sx

# Reni

- ✓ **Normalmente non palpabili**
- ✓ **Solo se aumentati di volume o spostati dalla sede normale**
- ✓ **Essendo i reni situati profondamente sul piano muscolare della parete posteriore dell'addome (quindi non rigido) la palpazione si esegue di solito bimanualmente**
- ✓ **L'esaminatore postosi a dx del paziente, appoggia la mano sx posteriormente nella loggia lombo-sacrale e la dx sulla parete anteriore dell'addome e cerca di afferrare e comprimere tra le 2 mani la massa renale**
- ✓ **Per il rene sx si fa l'inverso**
- ✓ **La palpazione bimanuale serve anche per la ricerca del ballottamento: si imprimono leggere e rapide scosse alla parete posteriore che vengono trasmesse attraverso la massa renale alla mano posta anteriormente. Il ballottamento può essere riscontrato anche in altre patologie: notevole splenomegalia, colecisti idropica molto aumentata di volume (in senso trasversale: da dx e dall'indietro verso sx e in avanti)**
- ✓ **Nei gradi leggeri di ptosi si avverte nella profonda inspirazione il polo inferiore dell'organo di consistenza duro-elastica, che sfugge fra le dita in alto durante l'espiazione**
- ✓ **Nei gradi di maggiore intensità con la palpazione bimanuale si può apprezzare il rene in tutta la sua interezza; riconoscibile per la sua forma a fagiolo con concavità all'interno e consistenza duro-elastica, scarsa sensibilità, fissabilità espiratoria (cioè può essere trattenuto in basso durante l'espiazione)**
- ✓ **Nella ptosi di alto grado: acquista il carattere di spostabilità manuale passiva sia in senso verticale che trasversale**

# Reni

## ✓ **Ingrandimento del rene:**

- » **Idronefrosi**
- » **Pionefrosi**
- » **TBC**
- » **Neoplasie**
- » **Rene policistico**
- » **Ascessi peri e pararenali**

## ✓ **Idronefrosi:**

- **Ingrandimento liscio, tondeggiante, duro elastico, non dolente**
- **Presenza di ballottamento**
- **Variazione di volume in rapporto a svuotamento totale o parziale della sacca (crisi poliuriche)**
- **All'anamnesi: pregresse coliche**

## ✓ **Pionefrosi:**

- **Caratteri identici con presenza di dolore e febbre**

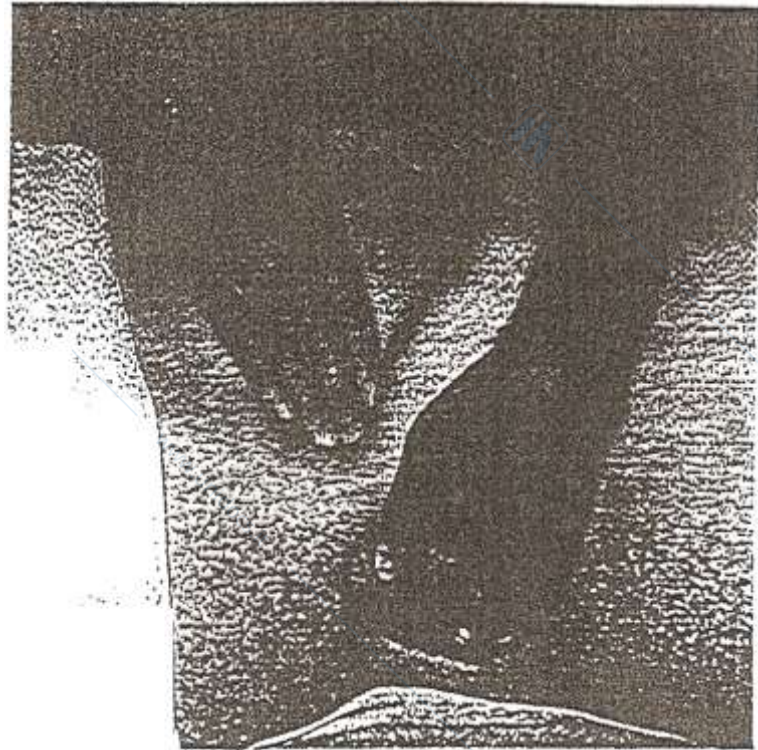
## ✓ **Carcinomi:**

- **Superficie irregolare, consistenza dura, frequente fissità per aderenze ai tessuti circostanti**

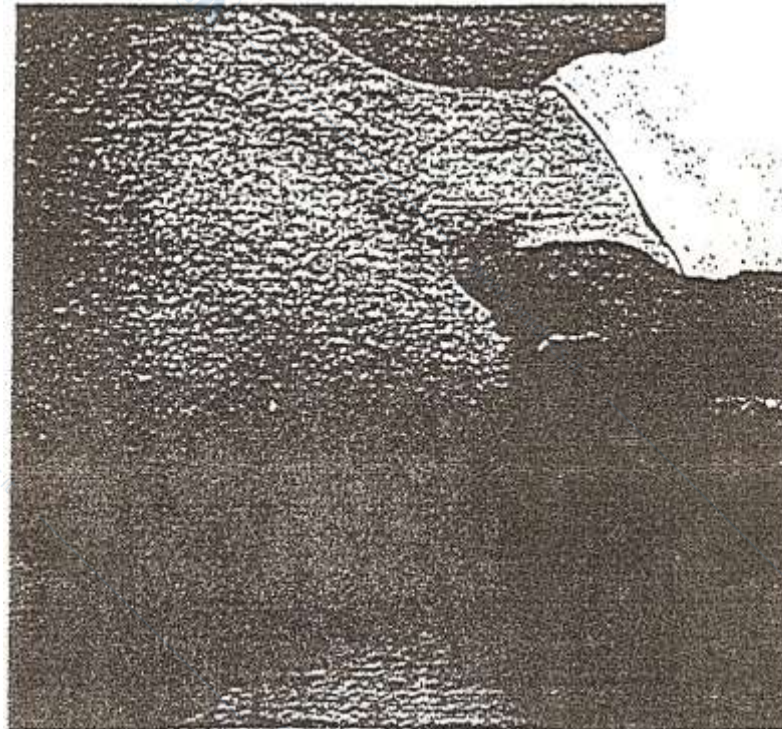
# Reni

- ✓ **Rene policistico:**
  - **Superficie irregolare e bernoccoluta; notevole ingrandimento**
- ✓ **Cisti:**
  - **Quando peduncolate presentano notevole mobilità passiva**
- ✓ **Ascessi peri e pararenali:**
  - **Hanno sviluppo posteriore**
  - **A paziente seduto la regione lombare del lato affetto è appianata o sporgente rispetto al lato opposto, con cute sovrastante edematosa e arrossata**
  - **Dolenzia spiccata**
  - **La palpazione bimanuale, quando possibile evidenzia una tumefazione immobile, dura, fluttuante, non ballottante**
  - **Se l'estrinsecazione della raccolta è anteriore e a sx, può simulare una splenomegalia da cui si distingue per l'immobilità respiratoria**

Palpazione del rene sinistro.  
Sollevare il fianco sinistro con  
la mano sinistra.  
Palpare profondamente con la  
mano destra.



Tecnica della cattura per la palpazione del  
rene (rene destro), mentre il paziente esegue  
un'inspirazione profonda, esercitare una  
pressione contemporaneamente con le dita di  
ambedue le mani, mentre il paziente espira,  
rilasciare lentamente le dita e palpare il rene  
mentre scivola tra le dita



# Pancreas

- ✓ **Non palpabile perché sito in profondità**
- ✓ **Solo i tumori e cisti di grosse dimensioni possono essere palpati in corrispondenza della parete anteriore come tumefazioni immobili con gli atti respiratori**
- ✓ **Come tutti i tumori retroperitoneali si allontanano dalla mano che palpa durante l'inspirazione.**

# Stomaco

- ✓ **In condizioni normali, come tutti i visceri cavi, non è apprezzabile alla palpazione**
- ✓ **Possono evidenziarsi le tumefazioni neoplastiche in stato avanzato e della parete anteriore dello stomaco**
- ✓ **La mobilità respiratoria è assente o scarsa**
- ✓ **La palpazione a scosse può evidenziare il fenomeno guazzamento (rumore di sciacquo quando contemporaneamente vi è liquido e aria)**
  - ❖ **Fisiologico: dopo introduzione di liquido**
  - ❖ **Patologico:**
    - **Stenosi pilorica (ipersecrezione e ritardato svuotamento)**
    - **Atonia delle pareti associata a gastrectasia**

# Intestino

- ✓ **Il tenue sfugge alla palpazione**
- ✓ **Con la palpazione profonda è possibile apprezzare il cieco, l'ascendente, il discendente, il sigma quando le pareti sono spastiche: corde coliche (nel colon irritabile, soggetti vagotonici)**
- ✓ **Il sigma è il tratto più facilmente palpabile per il volume e consistenza delle feci in esse contenute (corda, salsicciotto, rosario). E' spostabile in senso trasversale**
- ✓ **In condizioni patologiche un'ansa del tenue o sezione del colon può evidenziarsi:**
  - **per ispessimento della parete (neoplasia, flogosi cronica)**
  - **per meteorismo circoscritto da stenosi a valle. In tali casi è possibile apprezzare le ritmiche contrazioni peristaltiche**
  - **Nelle invaginazioni è possibile palpare una tumefazione duro-elastica (invaginazione colico nella fossa iliaca sx; invaginazione ileo-cecale a dx)**
  - **I tumori intestinali non hanno quasi mai dimensioni cospicue. La grande spostabilità passiva è una loro caratteristica**
  - **La sede più frequente delle neoplasie è il sigma**

# Intestino

- ✓ **Non trascurare la palpazione rettale con dito munito guanto di gomma e ben lubrificato con vasellina**
- ✓ **A paziente supino con le cosce leggermente divaricate e piegate si introduce il dito con delicatezza per vincere la contrazione dello sfintere. Si esplora innanzitutto lo stato della mucosa (liscia o irregolare) la morbidezza, la cedevolezza, la scorrevolezza sui piani sottostanti, la dolenzia, poi il cavo di Douglas, prostata, organi genitali interni femminili**

# Peritoneo

- ✓ **Si possono palpare tumefazioni dovute a : peritoniti saccate diffuse, neoplasie: cisti**
- ✓ **I tumori del foglietto parietale si comportano come tumori della parete con la quale contraggono aderenze**
- ✓ **Sono sprovvisti di mobilità respiratoria, si sollevano con la parete durante l'inspirazione. Spostabilità passiva scarsa. Contraendo l'addome scompaiono se visibili all'ispezione. Si accompagnano quasi sempre a versamento ascitico**
- ✓ **I tumori del foglietto viscerale si comportano come i tumori dell'organo di origine**

# Aorta

- ✓ **A paziente supino, palpare profondamente, un pò spostati a sx della linea mediana e cercare la pulsazione dell'aorta**
- ✓ **La presenza di una pulsazione laterale evidente deve far sospettare un'aneurisma aortico**

# Percussione

- ✓ **Utile per delimitare le dimensioni degli organi solidi ipocondriaci**
- ✓ **Per evidenziare la presenza di liquido (ascite), ↑ aria (distensione gastrica)**
- ✓ **Massa solida o piena di liquido**
  - **Percuotere inizialmente tutti i quadranti per avvertire il timpanismo (suono musicale di tonalità più alta rispetto alla risonanza) che è il suono predominante a causa della presenza d'aria nello stomaco e intestino**
  - **Zone di ottusità (suono a scarsa risonanza) si riscontrano al di sopra di organi e masse solide**
  - **Una vescica distesa determina un'ottusità sovrapubica.**

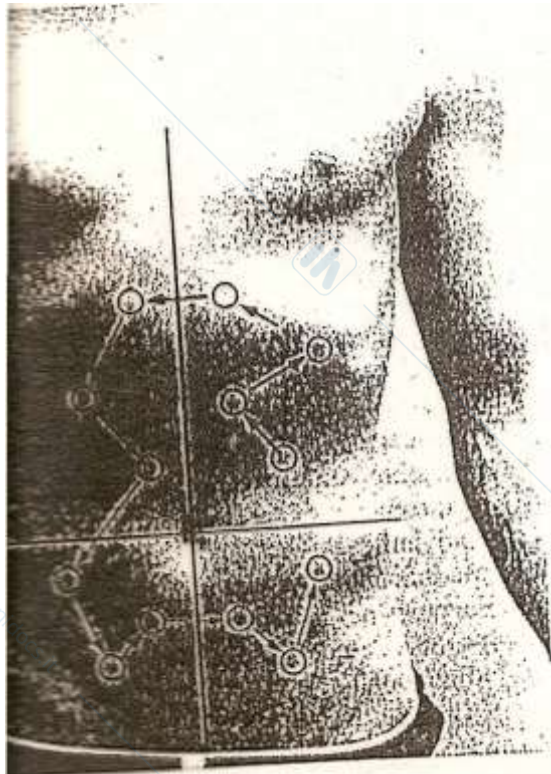
# Fegato

- ✓ Per identificare il margine superiore, percuotere dall'alto in basso sull'emiclaveare dx fino a quando il suono non diventa ottuso
- ✓ Il margine superiore normalmente è localizzato al 5°-7° intercostale dx
- ✓ Il margine inferiore è difficilmente delimitabile per la risonanza timpanica, si delimita percuotendo verso l'alto lungo l'emiclaveare dx prolungata
- ✓ Si avverte normalmente a livello del margine costale o leggermente al di sotto di questo
- ✓ Un margine epatico al di sotto dell'arco costale superiore a 2-3 cm è indicativo di epatomegalia o abbassamento del diaframma (enfisema)
- ✓ L'altezza normale fra i 2 margini di solito è di 9-12 cm sull'emiclaveare dx

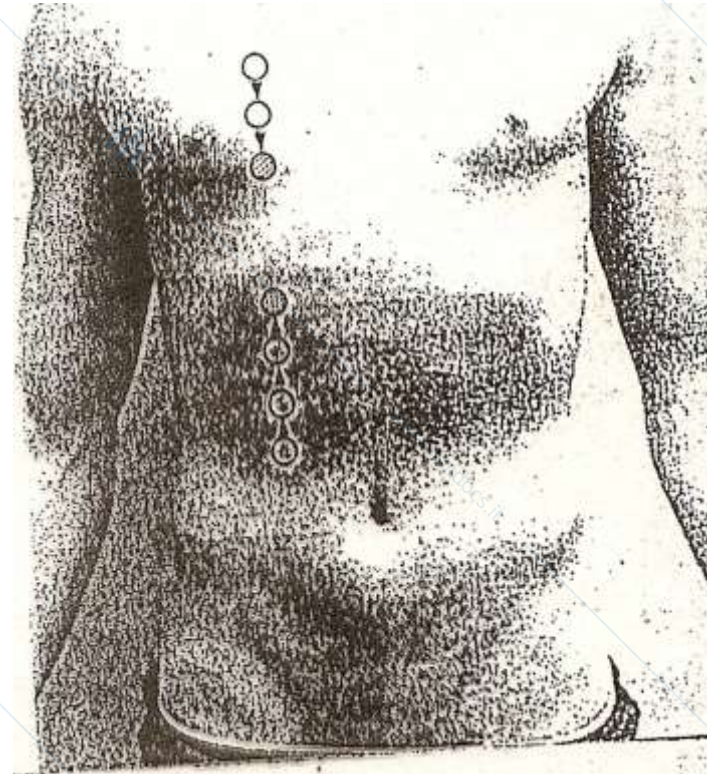
# Fegato

- ✓ **Segno semeiologico importante è la scomparsa dell'aia di ottusità epatica per presenza di aria nella cavità peritoneale (perforazione dei visceri cavi)**
- ✓ **Aumento dell'ottusità si ha nell'epatomegalia**
- ✓ **Diminuzione per atrofia, cirrosi**
- ✓ **Nelle epatomegalie in genere, la convessità del fegato non appare risalita perché per la legge di gravità l'organo tende ad ingrandirsi verso il basso**
- ✓ **Questa appare risalita alla percussione:**
  - **per spinta verso l'alto (meteorismo, ascite, tumori)**
  - **per patologie epatiche a livello della convessità (cisti da echinococco, ascesso, carcinoma)**
  - **un aumento apparente dell'ottusità verso l'alto si ha in caso di ascesso subfrenico che spinge in alto il diaframma**

## Metodo sistematico per la percussione dell'addome



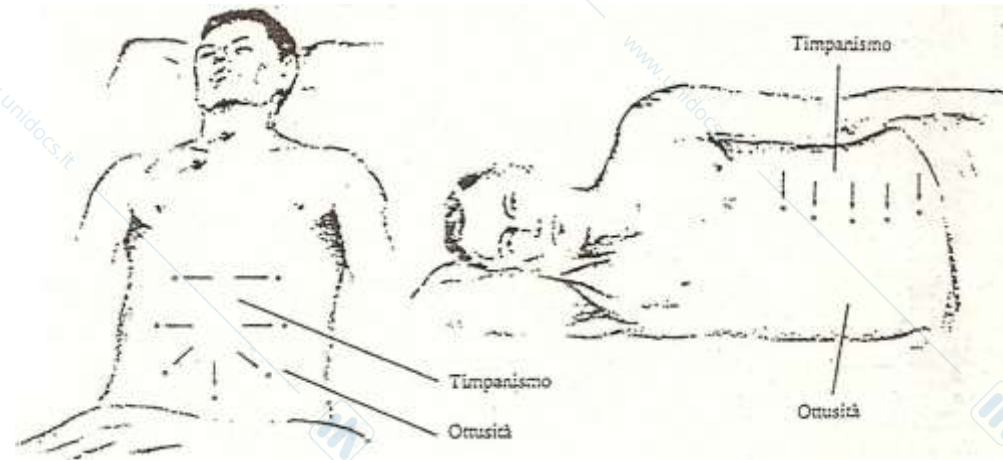
## Modello di percussione del fegato



# Milza

- ✓ **Non utile per valutare piccoli aumenti**
- ✓ **Utile per delimitare i confini superiori del viscere**
- ✓ **Viene eseguita in posizione diagonale (intermedia tra la supina e la laterale dx) facendo appoggiare la mano sx sul capo; dall'alto in basso lungo l'ascellare posteriore per fissare il limite superiore; poi a croce partendo da una linea che dal capezzolo decorre in basso e a sx perpendicolarmente alla direzione delle costole, per fissare il margine anteriore**
- ✓ **In condizioni normali, l'ottusità splenica decorre parallela alle costole, lungo il margine superiore dell'XI costola in alto, lungo il margine inferiore dell'XI costola in basso, in avanti giunge all'ascellare media; indietro all'angolo scapolare**
- ✓ **Le dimensioni dell'ottusità splenica sono di 8-9 cm in senso longitudinale e di 5-6 in senso trasversale**

## Percussione della milza



Valutazione dello spostamento di un'area di ottusità. L'ottusità si sposta verso il lato declive



Manovra per la ricerca del fiotto liquido addominale

# Stomaco

- ✓ **Ha scarso rilievo**
- ✓ **Può servire per delimitare i confini superiori (area di Traube): piccola zona di timpanismo a convessità verso l'alto e a sx, corrisponde al fondo cieco dello stomaco, compresa tra l'estremità della piccola ala del fegato, la punta del cuore medialmente, ottusità splenica lateralmente e arcata costale, delimitata in basso dall'arcata costale, in alto da una linea curva che va dalla V-VI cartilagine costale all'estremo anteriore dell'XI, X costola**

# Intestino

- ✓ **Aumento del timpanismo (meteorismo)**
- ✓ **Qualche indicazione sulla presenza di masse addominali superficiali (variazione di suono dx timpanico a iofonetic)**

# Versamenti addominali

- ✓ **Percuotere leggermente per evitare la facile risonanza timpanica intestinale**
- ✓ **Suono ipofonetic o ottuso a seconda dello spessore della falda liquida**
- ✓ **Caratteristica dei versamenti liberi addominali è la mobilità coi cambiamenti di posizione**
- ✓ **Il liquido per legge di gravità tende a localizzarsi nelle parti declivi**
- ✓ **I cambiamenti di decubito servono ad evidenziare modici versamenti liberi**
- ✓ **Il versamento per essere apprezzabile deve superare un litro**
- ✓ **Se il versamento è di modesta entità si raccoglie in basso a paziente in piedi, a dx e sx nei rispettivi decubiti.**

# Versamenti addominali

- ✓ **Il limite superiore con l'aumentare del versamento tende ad assumere una forma curvilinea a concavità in alto**
- ✓ **Per delimitare il confine superiore praticare una percussione raggiata partendo dall'epigastrio in tutte le direzioni, ai lati e in basso**
- ✓ **Nelle asciti voluminose l'area di timpanismo può ridursi alla sola zona dell'epigastrio**
- ✓ **Diagnosi differenziale con ottusità diverse (cisti ovarica, pancreatica o altri organi). Il limite superiore in tali casi è curvilineo ma a concavità in basso**
- ✓ **Nei versamenti peritoneali saccati:**
  - **Ottusità circoscritta**
  - **Assenza di spostabilità coi cambiamenti di decubito**

# Fiotto

- ✓ **Si applica una mano a piatto su un lato dell'addome nel punto in cui si ritiene che arrivi la raccolta liquida e col dorso del dito medio dell'altra mano si imprimono dei piccoli colpi in un punto diametralmente opposto. La mano applicata, se vi è raccolta liquida, avverte l'impulso ondulatorio trasmesso dal liquido**
- ✓ **Per evitare falsa sensazione di ondulazione (parete tesa, pannicolo adiposo) far porre da un'altra persona una mano a taglio col margine ulnare verticalmente sì da evitare le vibrazioni parietali**
- ✓ **Si evidenzia solo se la raccolta liquida è abbondante, libera e non densa**

# Punti dolorosi

## Q.S.D.:

- ✓ **Punto cistico (all'incontro tra la X costola e margine esterno del muscolo retto) dolente nelle affezioni colecistiche**
- ✓ **Segno di Murphy: arresto brusco dell'inspirazione durante i profondi atti respiratori per insorgenza di dolore**
- ✓ **Zona coledoco-pancreatica di Chauffard-Ruvet: fra la xifombelicale e la bisettrice dell'angolo tra questa e l'ombelicale traversa (5-6cm) dolente alla pressione nelle affezioni coledociche, pancreatici, ulcera duodenale)**
- ✓ **Punto epigastrico: affezioni ulcerose gastro-duodenali. Sede di elezione di dolore che originano dal peritoneo parietale, che precede la comparsa di dolore in sede epicritica**

## Q.S.S.:

- ✓ **Affezioni della milza, pancreas, flessura sx del colon**

## Quadranti inferiori:

- **Fossa iliaca sx:**

- **Punti dolorosi da flogosi annessiali, affezioni del sigma, linfoghiandole retroperitoneali**

- **Fossa iliaca dx:**

- **Punti dolorosi da flogosi appendicolari**
- **Punto di Mac Burney: fra il 3° laterale e i 2/3 mediali della spino iliaca anteriore superiore dx e l'ombelico.**
- **Punto di Lanz: fra il 3° laterale dx e il 3° medio della linea bispino-iliaca**

## Gli altri punti:

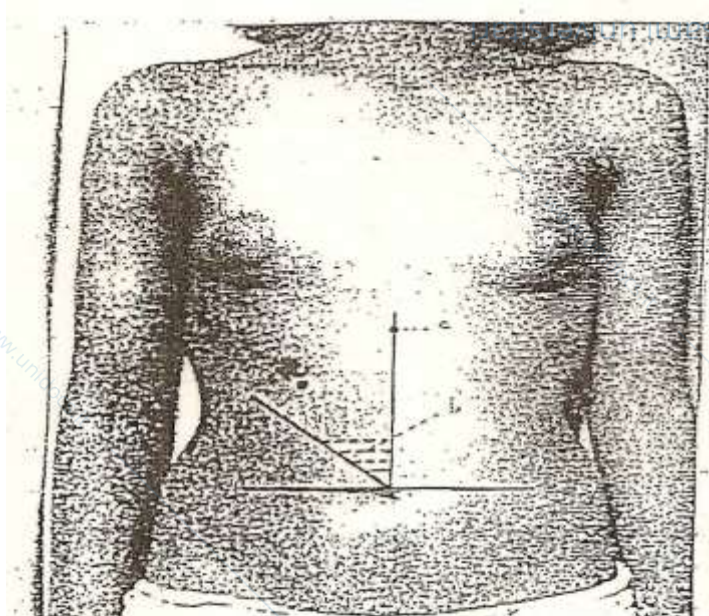
- **Morris (sulla spino-ombelicale dx a 4 cm dall'ombelico); Jalaguier (a metà della spino-pubica dx); Munro (incrocio della parasternale con la spino-ombelicale) sono dovuti ad anomalie di sede e decorso dell'appendice**
- **Nelle appendiciti retrocoliche:**
  - » **Punto di Campanacci: nell'XI spazio intercostale dx o al di sotto della XII costola tra l'angolo scapolare ed ascellare posteriore**
- **Segno di Blunberg:**
  - » **dolore vivo quando si rilascia improvvisamente la pressione esercitata dalla mano. E' indice di flogosi peritoneale parietale associata**
- **Segno di Roswsing:**
  - » **dolore in fossa iliaca dx da pressione esercitata dal basso verso l'alto in corrispondenza del colon discendente**

## Punti dolorosi renali:

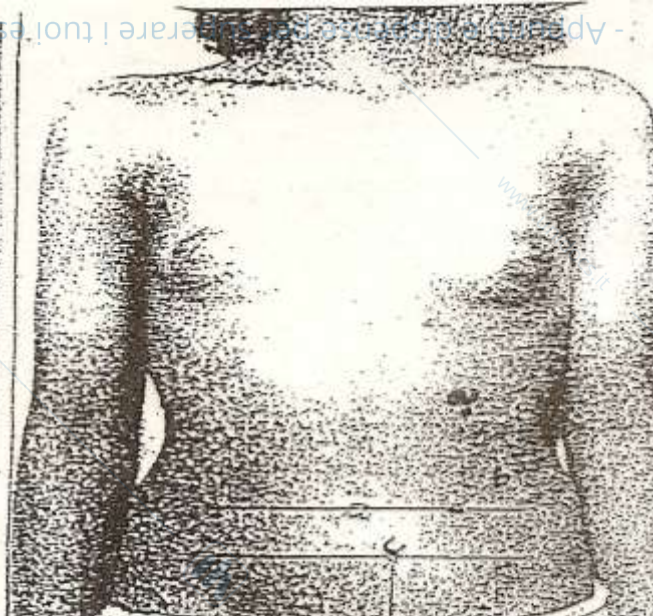
- **Punto costo-lombare di Guyon** tra l'angolo dell'ultima costola (XII) e la colonna vertebrale: nelle affezioni della pelvi.  
**Manovra di Giordano:** percuotendo col margine ulnare della mano a taglio la regione lombare si suscita dolore: nelle affezioni renali (specie calcolosi)
- **Punto uretrale superiore o paraombelicale di Borin:** a tre dita dall'ombelicale trasversa
- **Punto uretrale medio di Tourneux:** all'incrocio della linea che congiunge le spine iliache anteriori superiori con la verticale, innalzata a lato del pube
- **Punto uretrale inferiore:** corrisponde allo sbocco dell'uretere in vescica ed è rilevabile solo con l'esplorazione vaginale o rettale
- **Punti dolorosi vescicali:** evidenziata con la compressione in sede sovrapubica

# Punti frenici

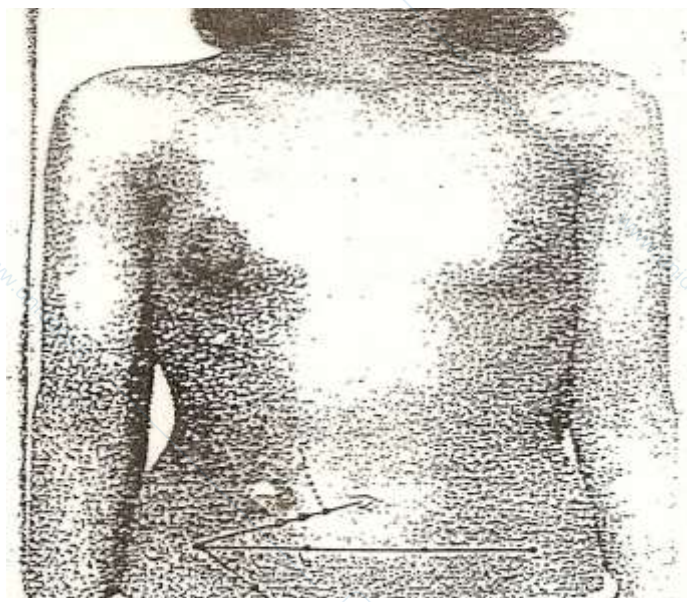
- ✓ **La loro compressione può dare dolore non solo nelle pleuriti diaframmatiche ma anche nelle flogosi addominali interessanti il diaframma (colecistite)**
- 1) Lo spazio compreso tra i 2 capi dello sternocleidomastoideo**
- 2) I primi spazi intercostali vicino allo sterno**
- 3) Bottone diaframmatico di Guenan-De Mussy (punto d'incontro tra il prolungamento della X costola e il prolungamento della margino sternale)**
- 4) Le apofisi spinose delle prime vertebre cervicali, le regioni sopraclaveari.**



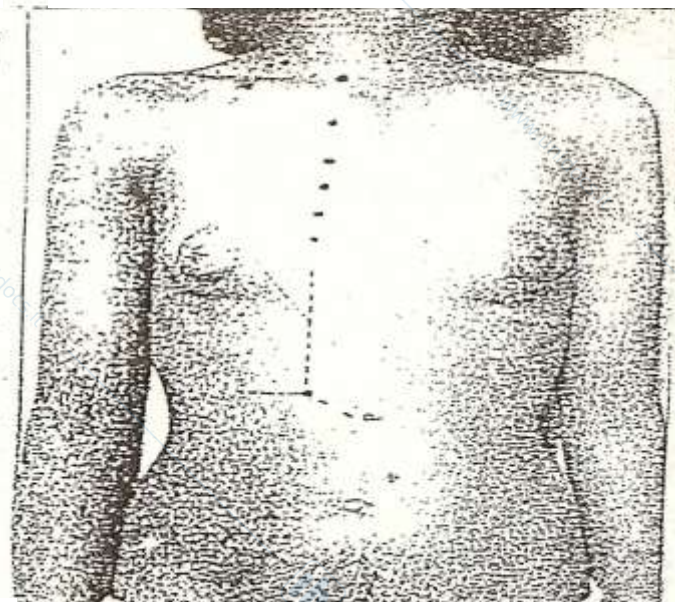
**Punti dolorosi della colecisti e del coledoco: a) p. cistico; b) zona pancreatica di Chuffard-Rivet; c) p. epigastrico**



**Punti dolorosi reno-uretrali anteriori: a) p. sottocostale; b) p. uretrale superiore; c) p. uretrale medio; d) p. soprapubico di Bazy**



**Punti dolorosi appendicolari: a) p. di Mac Burney; b) p. di Morris; d) p. di Munro; e) p. di Jalague**



**Punti dolorosi frenici: a) bottone diaframmatico**

# Schema diagnostico del dolore addominale

<b>Patologia</b>	<b>Localizzazione</b>	<b>Caratteristiche del dolore, fattori aggravanti e allevianti</b>	<b>Sintomi viscerali</b>	<b>Segni fisici principali</b>	<b>Test diagnostici</b>
<b>Pancreatite acuta</b>	<b>Epigastrio e ipocondrio sx, irradiazione del dorso</b>	<b>Intenso, costante, migliora da seduto piegato in avanti</b>	<b>Nausea, vomito</b>	<b>Tachicardia, shock, addome sup. a tavola, ecchimosi ai fianchi</b>	<b>Amilasi sierica e urinaria elevate</b>
<b>Colecistite acuta/colica biliare</b>	<b>Ipocondrio dx, epigastrio, irradiazione a scapola e spalle dx</b>	<b>Inizialmente colico, poi continuo; paziente accovacciato e contorto</b>	<b>Nausea, vomito, possibile febbre con brividi</b>	<b>Dolorabilità in ipocondrio dx, ittero, segno di Murphy</b>	<b>Ecografia epatobiliare, ERCP</b>
<b>Colica renale (calcoli uretrali)</b>	<b>Dolore lombare proiettato all'inguine e, negli uomini, allo scroto</b>	<b>Colico intenso, paziente contorto (nefritico=frenetico)</b>	<b>Nausea e vomito frequenti</b>	<b>Ematuria</b>	<b>Rx addominale (90% dei calcoli opachi), ecografia, urografia endovenosa</b>
<b>Ostruzione intestinale</b>	<b>Tenue: periombelicale Crasso: addome basso</b>	<b>Colico, aggravato dal cibo</b>	<b>Tenue: vomito iniziale, stipsi tardiva Crasso: vomito tardivo, stipsi iniziale</b>	<b>Distensione addominale, retto vuoto</b>	<b>Rx addominale con livelli idroaerei</b>
<b>Appendicite acuta</b>	<b>Agli inizi periombelicale, poi localizzato in fossa iliaca dx</b>	<b>Agli inizi ottuso, poi intenso, peggiorato da movimento ed estensione della coscia</b>		<b>Febbre, dolorabilità e difesa in fossa iliaca dx</b>	
<b>Ulcera peptica perforata</b>	<b>Insorgenza acuta all'epigastrio, irradiato, a volte alla spalla e all'addome</b>	<b>Persistente, intenso, peggiorato dal movimento</b>	<b>Nausea, anoressia, vomito</b>	<b>Febbre, tachicardia, ipotensione, shock, addome a tavola con dolenzia di rimbalzo</b>	<b>Rx del torace rivela aria sotto il diaframma</b>
<b>Gravidanza ectopica rotta</b>	<b>Addome basso, poi può difondersi a tutto l'addome</b>	<b>Insorgenza acuta, dolore intenso, peggiorato dal movimento</b>	<b>Nausea vomito</b>	<b>Tachicardia, contrattura, riflessa e dolenzia di rimbalzo, tensione al collo uterino</b>	<b>Test di gravidanza positivo, anemia, ecografia</b>
<b>Rottura di aneurisma aortico</b>	<b>Dolore irradiato alla schiena</b>	<b>Moderatamente intenso</b>		<b>Massa dolente pulsatile, ipotensione, shock, oliguria/anuria</b>	<b>Rx addominale (calcificazioni), angiografia con ultrasuoni</b>

# Cause di coliche di sangue nelle feci

