

Disciplina che studia i sintomi ed i segni clinici. Fase del processo diagnostico.

Sintomo: sensazione soggettiva che viene avvertita o riferita dal paziente.

Segno: alterazione rilevabile oggettivamente dal medico.

Semeiotica fisica: anamnesi ed esame obiettivo.

Semeiotica di laboratorio: Analisi di campioni.

Semeiotica strumentale: radiologica o strumentale organica.

Alla base della diagnosi si hanno l'**Anamnesi** e l'**Esame obiettivo**, da queste si formulano ipotesi diagnostiche e si scelgono esami per confermare l'ipotesi o per procedere alla diagnosi differenziale.

Esistono segni o sintomi patognomonici ovvero che sono propri della presenza di una particolare malattia, tuttavia la loro assenza non esclude la patologia.

Es. xantomi (accumuli di lipidi indice di dislipidemie).

Xantelasma (accumulo biancastro a livello della palpebra).

- Trattare il paziente in modo umano.
- Rapporto di fiducia medico-paziente.
- Mettere il paziente a suo agio.

Aspetti importanti:

- Sesso (malattie genetiche correlate ai cromosomi sessuali, espressione genica differente, ecc...).
- Professione (malattie professionali).
- Hobby.
- Animali domestici.
- Zona di residenza, potenziali contaminanti.
- Luogo di nascita (malattie endemiche, es. gozzo in Italia).
- Soggiorni all'estero.
- Anamnesi familiare.
- Obesità, alcool, stupefacenti, ecc...

Anamnesi fisiologica: nascita prematura, allattamento, ciclo mestruale, problematiche della diuresi, pubertà, eruzione dentaria, sviluppo motorio, scolarità.

- Abitudini alimentari.

LEGGI LE SLIDE PER IL RESTO

Anamnesi patologica prossima: Tutti gli eventi morbosi che possono essere correlati al motivo della visita/ricovero, indipendentemente dalla collocazione temporale.

Analisi patologica remota: Tende a ricercare tutte le patologie più comuni per fasce d'età nella vita del paziente.

Deve essere guidata dal medico per evitare autodiagnosi errate da parte del paziente (se il paziente è complicato procedere per apparato invece che in ordine cronologico).

Specialmente da riportare:

- Allergie
- Malattie dell'infanzia
- Interventi chirurgici
- Traumi
- Ricoveri precedenti
- Malattie croniche e terapie

Se il paziente ha avuto ricovero ospedaliero ricostruire l'anamnesi è più facile grazie alla documentazione.

Esame obiettivo

Secondo momento fondamentale del processo diagnostico, consiste nella ricerca di segni corporei che indicano condizioni anomale. È importante mantenere il paziente a proprio agio e tenerlo informato su cosa si intende fare.

L'esame obiettivo consiste di 4 fasi:

- Ispezione
- Palpazione
- Percussione
- Auscultazione

Nell'esame obiettivo dell'addome l'auscultazione si fa di solito prima della palpazione e della percussione.

È importante valutare il paziente nel suo complesso come lo stato di coscienza, la conformazione, lo stato nutrizionale, la differenziazione sessuale, il decubito, la posatura, la deambulazione, il respiro, lo stato di idratazione.

L'Ispezione

1. **Stato di coscienza:** Se il paziente è sveglio e reattivo agli stimoli oppure è obnubilato o incosciente. Se il paziente è vigile è orientato nel tempo e nello spazio? È capace di rispondere a domande? Se non risponde a domande dobbiamo capire se risponde ad altri tipi di stimolo, ad esempio lo stimolo doloroso dovuto alla compressione a livello della clavicola.
2. **Costituzione:** altezza, peso, stato di nutrizione, ispezione della cute e mucose. Può essere costituzione normale con pannicolo adiposo normalmente distribuito. Si possono avere longitipi, braditipi, ecc... Si identificano condizioni come il nanismo (statura inferiore a 130 cm nell'uomo e 125 nella donna). Può insorgere alla nascita o alla pubertà, le cause sono varie. Si può avere nanismo armonico o disarmonico. A volte il nanismo è associato a ritardo mentale come nel cretinismo. All'opposto si ha il gigantismo. Dalla valutazione del differenziamento sessuale si possono riconoscere segni di disturbi cromosomici o disturbi endocrini. Va valutato anche lo stato nutrizionale, di fondamentale importanza perché la malnutrizione può peggiorare o insorgere durante il ricovero ed è associata ad un peggior decorso clinico della patologia. Un segno di malnutrizione grave è la mancanza della bolla adiposa di Bichat. Vanno valutate anche altre caratteristiche come la facies (Aspetto del volto), che dipende dal sesso, dall'età e dall'etnia del paziente, può essere importante perché evidenzia lo stato di ansia o di sofferenza del paziente. Può manifestare alcuni segni patologici, ad esempio:
 1. sindrome di Down
 2. Stenosi mitralica (cianosi delle labbra, guance rosso cianotico in contrasto con il resto del volto che è pallido)
 3. Sindrome di Cushing che può presentarsi anche in trattamenti a lungo termine con corticosteroidi.
 4. Acromegalia (eccesso di GH che si manifesta in età adulta, spesso a causa di adenomi secernenti a carico dell'adenoipofisi). Sopracciglia e zigomi prominenti, labbra spesse, mento pronunciato, ipertrofia della lingua e delle orecchie. Si possono accrescere in modo anormale le ossa delle mani e dei piedi
 5. Ipertiroidismo: protrusione dei lobi oculari
 6. Miastenia, il paziente non riesce a tenere aperte le palpebre
 7. Sclerodermia: malattia autoimmune del connettivo con assottigliamento, bocca assottigliata, naso affilato.

1. **Decubito:** in alcune situazioni il paziente cerca posizioni che alleviano il dolore, decubito preferito o obbligato (decubito attivo). Debutto passivo: il paziente giace nel letto senza muoversi.
Decubito preferito supino → problemi vertebrali.
Decubito preferito prono → coliche.
Nel decubito laterale il paziente può tendere a rimanere sul lato sano (pleurite fibrinosa, la pressione causa sfregamento dei foglietti pleurici) o sul lato malato (pleurite essudativa).
Posizione a cane di fucile: Decubito obbligato in posizione laterale, tipico della meningite.
Squatting: tetralogia di Fallot.
Ortopnoico: scompenso cardiaco congestizio.
Posizione di Blehman: paziente piegato in avanti in caso di pericardite.
2. **Andatura:**
 1. Falcitante: ictus cerebrale, soggetti emiparetici, ipertono piramidale.
 2. A piccoli passi: Parkinson.
 3. Anserina: ondeggiante, distrofia muscolare.
 4. Atassica: ondeggiante, da ubriaco, lesioni cerebellari.
 5. Astasia: impossibilità a mantenere la stazione eretta. Estrema ipotrofia muscolare.
 6. Diasbasia.
 7. Steppante: lesione del nervo sciatico.
 8. Coreica: movimenti aritmici.
 9. Vestibolare: simile alla cerebellare, tendenza a cadere dal lato lesio.
1. **Cute:** colore, cicatrici, idratazione, edemi.
Es. colore giallastro: possibile indice di ittero.
Vanno valutate anche le **mucose** (possono essere pallide = ipoirrorate) e le **sclere**.
Si ricercano anche segni particolari come i nevi spider (nevi aracniformi).
2. **Respiro:** Profondità: respiri profondi oppure superficiali (spesso sono anche veloci). Il respiro alterato rispetto alla norma si dice dispnoico. Ovviamente dopo l'esercizio fisico il respiro è accelerato ma **non** per una patologia.
Velocità a riposo:
 1. Bradipnoico (lento): meno di 12 atti/min.
 2. Eupnoico: tra 12 e 16 atti/min.
 3. Tachipnoico: > 16 atti/min.
3. **Stato di idratazione:** La disidratazione è abbastanza semplice da riconoscere, un po' più difficile è l'iperidratazione. Vanno valutati anche gli edemi, accumuli di fluido in sede anomala. Degli edemi dobbiamo valutare la consistenza (palpazione) se l'edema premuto mantiene una fossetta (segno della fovea), di solito valutata in corrispondenza di una superficie ossea. Se l'edema diventa più importante la cute diventa lucida con segni di smagliature.

La Palpazione

Eseguita con le mani, conferma e precisa i dettagli valutati nella fase di ispezione, può evidenziare ingrossamenti come gozzo, splenomegalia, ingrossamento del fegato, ecc...

Registrazione della pulsazione a livello radiale: si esegue sempre con il dito indice! In sede radiale, poplitea, peroniera, ecc...

Dalla consistenza dell'edema si distingue l'edema molle (probabilmente recente) o duro (probabilmente cronico). Si distingue anche l'edema dal mixedema, condizione che si verifica nell'ipotiroidismo o ipertiroidismo grave con aumento dello spessore del sottocutaneo da infiltrazioni liposaccaridiche.

La palpazione permette di evidenziare la presenza di noduli, ad esempio a livello della tiroide.

La Percussione

Può essere diretta ma più spesso mediata dall'altra mano: si posiziona una mano sulla regione da percuotere e si colpisce con l'indice dell'altra mano tramite un movimento del polso.

Può servire per delimitare un organo, aiuta delimitare ad esempio il margine del fegato. Il suono del fegato è ottuso mentre sugli organi cavi è timpanico, stessa cosa per i polmoni (al contrario, in questo caso sono i polmoni ad avere suono timpanico). Si dicono suoni **chiari** quelli provenienti da organi ricchi d'aria e **ottusi** quelli provenienti da organi parenchimatosi.

L'Auscultazione

Praticamente sempre mediata dal fonendoscopio. Il padiglione permette di auscultare suoni a frequenza medio-alta, la campana serve per frequenze più basse.

TORACE

Ispezione:

Va osservato con il paziente seduto sul letto, si valuta la struttura del torace, delimitato superiormente dalla linea cervicotoracica ed inferiormente dalla linea toracoaddominale.

(Per la suddivisione in regioni del torace fare riferimento alle slide ed ai testi di anatomia)

Conformazioni patologiche:

- Torace carenato: prominenza dello sterno.
- Torace a botte: tipico dell'enfisema, orizzontalizzazione delle coste con allargamento degli spazi intercostali.
- Torace tifico: da malnutrizione, riduzione dei diametri sagittali e accentuazione della fossa epigastrica e sopraclavare.
- Coniforme da splenomegalia.
- Scavato, "del calzolaio".

Asimmetrie toraciche suggeriscono patologia recente: possono essere dovute a retrazione o trazione.

Palpazione:

Stato della cute, del sottocutaneo, della muscolatura. È possibile riscontrare enfisema sottocutaneo o alterazioni del tono muscolare.

Punti dolorosi, fluttuazioni.

Espansione asimmetrica.

Fremite vocale tattile: vibrazione della parete toracica trasmessa dalle corde vocali. Si può presentare aumentato in soggetti longitipi o molto magri, infiammazione degli alveoli, riduzione dello spazio alveolare, infarto polmonare.

Diminuito in caso di edema, enfisema, versamenti localizzati, inspessimenti pleurici.

Percussione:

Se non ci sono alterazioni si sente il cosiddetto suono chiaro polmonare.

Con la percussione si delimita anche la dimensione dei polmoni (aiuta a valutare l'espansione) e si valutano eventuali inspessimenti ed asimmetrie.

Il suono può essere ottuso quando è ridotta l'aria presente nel polmone.

Il suono invece è iperfonetico (intensità superiore al normale) quando aumenta l'aria rispetto alla componente parenchimatosa.

Auscultazione:

Va eseguita simmetricamente iniziando dal basso (o dall’alto?) e facendo compiere al paziente respiri profondi alla ricerca di rumori anomali. Il soffio bronchiale è generato dal passaggio di aria nelle grandi vie aeree, normalmente è coperto dal murmure vescicolare (che in condizioni normali si dovrebbe sentire in modo uniforme su tutta la superficie del torace).

L’intensità del rumore respiratorio è ovviamente influenzata dalla profondità del respiro.

Il rumore può variare in condizioni patologiche, ad esempio diminuisce in caso di inspessimento della parete toracica, può variare in caso di ostacolo al passaggio di aria (stenosi delle vie aeree).

In alcuni casi è assente: **silenzi respiratorio**.

Palpazione del torace: Si valuta la simmetria dell’espansione, si valutano il **fremite vocale tattile**, risulta aumentato in soggetti magri, in caso di alveoliti, infarto del polmone oppure diminuito in # TODO: vedi slide.

Percussione sul torace: Serve ad evocare il **suono chiaro polmonare** che corrisponde al normale rapporto tra parenchima ed aria presente durante una normale respirazione. Serve anche a delimitare l’area toracica (gli organi parenchimatosi come il fegato rispondono diversamente, quindi non producono il suono chiaro) e a confrontare le due emilateralità.

Variazioni:

- chiaro, non timpanico: normale.
- Chiaro, timpanico: pneumotorace.
- # TODO: Vedi slide

Auscultazione: Può essere diretta o mediata da fonendoscopio. I due rumori principali sono il soffio bronchiale e il murmure vescicolare. Il soffio bronchiale è dovuto al passaggio dell’aria nelle grandi vie respiratorie, di solito coperto dal murmure vescicolare. Il murmure vescicolare di solito è più intenso nell’inspirazione. Si percepisce su tutta la parete.

Diminuisce di intensità se c’è un impedimento nelle vie respiratorie, se qualcosa impedisce l’espansione polmonare o se c’è un versamento. Ad esempio nell’infarto polmonare ci sono zone in cui non si percepisce (silenzi respiratorio).

Rumori respiratori aggiunti:

Rumore respiratorio bronchiale: Possono essere distinti in unidi e secchi, in generale quelli unidi sono detti rantoli, quelli secchi ronchi. Quelli secchi si sentono soprattutto in espirazione forzata, spesso dovuti a infiammazione. Quelli umidi si sentono in inspirazione e sono anch’essi dovuti a infiammazione.

I rumori umidi si dividono in “a grandi bolle” e “a piccole bolle”. Paragonabili al rumore udito soffiando aria con una cannuccia in un bicchiere d’acqua. Quando si sente un rumore umido si chiede di tossire e di solito si ha una modificazione del rumore, spesso nel caso delle grosse bolle.

I ronchi sono dovuti spesso a stenosi, si riconoscono sibili che avvengono durante l’espirazione, tipici dell’asma e rumori ruscanti originati da bronchi di calibro maggiore.

I rumori umidi a bassa tonalità vengono anche definiti crepitii, ne esistono vari tipi, ad esempio in presenza di edema polmonare a causa dell’accumulo di liquido all’interno dell’alveolo.

Un rumore simile allo strofinamento di due lenzuola si ha in caso di sfregamento pleurico, non si modifica ai colpi di tosse.

In caso di importante versamento pleurico non si sentono rumori, il murmure vescicolare è attenuato.

Soffio laringeo (cornage) stridulo, si sente anche a distanza, prevalentemente inspiratorio. Sintomo di condizione piuttosto grave.

Trasmissione della voce:

broncofonia: voce distinta e comprensibile.

Pettriloquia(???): voce non comprensibile, addensamento polmonare (?).

Esame Obiettivo dell’Addome

Unica sede in cui prima dell’ispezione si fa l’auscultazione perché toccando l’addome si rischia di alterare i rumori.

Ispezione:

1. Stato dei tegumenti.
2. Cicatrice ombelicale.
3. Onformazione.
4. Cicatrici.
5. Evidenza del circolo.

Può essere diviso in 4 oppure 9 zone.

Forma dell’addome:

- Piano: Normale, regione epigastrica sullo stesso piano della mesogastrica.
- Globoso: Può essere espressione di adipe, meteorismo.
- Batraciano: anasarca dell’ascite, edema che interessa diverse sedi del corpo.
- Incavato o a barca: cachessia o contrattura muscolare della parete addominale.

Simmetria: Si può avere asimmetria in presenza di una massa o di contrattura della parete addominale.

Cute ed annessi: Arrossamento, cicatrici, cianosi, peluria, circoli evidenti (es. caput medusae).

Manovra di Valsalva: Aumenta la tensione addominale, può causare dolore in condizioni patologiche o far comparire prominenze (es. ernie).

Si nota la presenza di strie (volgarmente dette smagliature) che possono essere fisiologiche (es. gravidanza) oppure patologiche (molto larghe ed arrossate, sintomo di danno al connettivo, tipiche della sindrome di Cushing).

Palpazione dell’addome (da fare dopo l’auscultazione): Si fa con la mano a piatto sull’addome del paziente, ci si può aiutare con l’altra mano per aumentare la pressione. Si valuta se l’addome è trattabile (morbido). Quando l’addome non è palpabile significa difesa addominale, es. infezione importante come peritonite. Prima si palpa in modo superficiale poi si aumenta la forza e si va in profondità. La paura del paziente può dare falsa non trattabilità, si parte da zone che sappiamo non dolenti per mettere il paziente a proprio agio. Evitare traumi termici (mani fredde).

Con la palpazione superficiale si determina la trattabilità, dolorabilità e masse a contatto con la parete.

Con la palpazione profonda si delimitano gli organi profondi.

Ci sono punti di repere che possono suggerire una patologia:

- Punto colecistico: sotto l’arcata costale destra, se dolorabile si indica come **segno di Murphy positivo**. Suggestisce un problema a livello della colecisti. Se si può palpare il fondo della colecisti e si presenta dilatata e dolorabile si chiama segno di Courvoisier-Terrier.
- Punti appendicolari: Punto di Mac-Burney, sulla linea dall’ombelico alla spina iliaca antero-superiore, a 1/3 della lunghezza a partire dalla spina iliaca, dolore in caso di appendicite, a volte palpabile un “cordoncino”. Punto di Lanz, ???.
- Punti ureterali: Dolorabili in caso di problema alle vie urinarie.

Triangolo pancreatico-duodenale di Chauffard: ulcera duodenale, pancreatiti acute, litiasi.

Si delimitano gli organi. Si possono descrivere dimensioni e consistenza degli organi, caratteri dei margini, caratteristiche di superficie.

Palpazione della milza: si fa con il soggetto disteso e poi sul fianco sinistro. Se la milza è ingrandita è più facile da rilevare. Splenomegalia si può avere in caso di infezione o disturbi del circolo, malattie di accumulo, malattie autoimmuni.

Palpazione dell’intestino: Normalmente non è palpabile il tenue, nel crasso si può palpare la chorda coli, ed il cieco se pieno. Si palmano masse

dovute ad infiammazione o neoplasie.

Palpazione del peritoneo: Segno di Blumberg, si palpa una zona e si solleva improvvisamente la mano, in caso di positività si sospetta peritonite. Altro segno tipico è la intrattabilità.

Situazioni che possono determinare l'addome acuto: patologie che causano infiammazione: appendicite acuta, colecistite acuta, gastrite acuta, ulcera peptica, gastroenterite, ecc...

Tra le patologie non infiammatorie che possono dare dolore si hanno: chiloperitoneo, coloperitoneo, colon irritabile.

Sindromi endperitoneali occlusive: da ostruzione o da strozzamento.

L'addome acuto può anche essere dovuto a sindromi perforative: morbo di Crohn, ischemia acuta, diverticolosi, lesioni iatrogene, infarto.

Percussione: Normalmente si distinguono suoni timpanici a causa dell'aria libera o accumulo di gas oppure suono ottuso in corrispondenza di parenchimi, masse solide o accumuli di liquido.

Con la percussione (oltre che con la palpazione) possiamo determinare il margine del fegato, si inizia a percuotere a livello delle costole cercando un suono ottuso, si scende fino a che si trova un suono timpanico: siamo arrivati all'intestino, abbiamo trovato il margine del fegato. L'area di ottusità epatica può essere mascherata ad esempio da un versamento pleurico (si sente un suono epatico ma siamo ancora nel polmone) oppure da raccolte di aria anomale tra il fegato e la parete, situazione grave che richiede approfondimento immediato. L'area di ottusità epatica può essere spostata da tumori, raccolte liquide o gassose, ... Da considerare anche la rara condizione del **situs viscerum inversus**.

Area di Traube: In rapporto con il fondo dello stomaco, zona di ipertimpanismo fisiologico, è indice di patologia la sua assenza.

Quando si riscontra un accumulo di fluido in addome si fa inclinare il paziente su un fianco e si verifica lo spostamento della zona timpanica in posizione opposta a quella che appoggia.

Segno del fiotto: Uno degli operatori appoggia la mano sull'addome, l'altro mette una mano dall'altro lato e colpisce al centro l'addome, indica la presenza di ascite.

Auscultazione: Borborigmi, rumori tipici a carattere gorgogliante. Scompaiono in caso di ileo adinamico.

Sfregamenti: presenti in caso di infarto splenico e periepatite (rari).

Rumori vascolari: aneurismi, stenosi.

Da ricercare la presenza di soffi, premendo molto profondamente con il fonendoscopio ed apprezzando il battito nel vaso in esame (esistono vari punti di repere) manovra che andrebbe eseguita ma complicata.