

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.

Fremito 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: **silenzio respiratorio**.