



Educational Resources in International Languages

Addome



Translated from English to Italian by:

Mr Claudio Andriaccio
MA (Translation Studies)
University of Cardiff

1. Introdursi al paziente e chiedere il permesso per esaminarlo.**2. Posizionamento ed esposizione.**

Invitare il paziente a sdraiarsi sul lettino ed esporre l'addome, mantenendo la zona dell'inguine coperta in modo da preservare la dignità del paziente, a meno che non sia necessario esporre anche quest'ultima.

3. Ispezione generale dai piedi del lettino.

- Il paziente sembra essere comodo?
- Come è l'aspetto generale e lo stato nutrizionale?
- È presente qualche evidente sintomo di pallore o ittero?
- Sono presenti perdite, stomi, ecc.?

4. Effettuare un esame generale del paziente.**Le mani.**

Unghie.

- Anemia.
- Dita ippocratiche (malattia di Crohn, colite ulcerosa, cirrosi).
- Leuconichia (causata daipoproteinemia associata a malattie del fegato).
- Coilonichia (unghie a forma di cucchiaio visibili in caso di anemia da carenza di ferro).

Controllare per Asterissi (Flapping tremors), osservata in caso di scompenso epatico.

Il viso.

Occhi.

- Anemia (congiuntiva pallida).
- Ittero.

Bocca.

- Dentizione.
- Ulcere (malattie infiammatorie croniche intestinali, herpes simplex).
- Lingua.
 - o Disidratazione.
 - o Liscia, rossa, magenta (carenza di B12).
- Cheilite angolare.
 - o Causata da carenza di ferro, folati e vitamina B/C.
 - o Osservata anche in casi di herpes simplex e candidosi orale.

- Fetore epatico.

Angiomi stellati possono presentarsi sul viso.

Le braccia e il tronco.

- Gli angiomi stellati sono presenti lungo la regione della vena cava superiore (ossia sopra la linea del capezzolo) e sono associati ad un eccesso di estrogeni.
 - o Più di 5 sono rilevanti nelle donne.
 - o La sola presenza è rilevante negli uomini.
- Porpora, petecchie.
 - o Possono essere causate da un basso numero di piastrine o da un tempo di protrombina elevato.
- Ginecomastia.
- Segni di prurito - graffi.

Linfonodi sovraclaveari.

Il linfonodo di Virchow, situato nella fossa sovraclaveare sinistra, può ingrossarsi causando un tumore allo stomaco.

5. Esaminare l'addome.

a) Controllare un eventuale presenza dei seguenti:

- Graffi.
- Gonfiore, distensione.
- Caput medusae.
- Cambiamenti della pelle (lividi, segni di perdita di peso).
- Cicatrici.
- Smagliature.
- Qualsiasi pulsazione visibile.

Chiedere al paziente di tossire o di sollevare la testa dal lettino per rivelare la presenza di eventuali ernie o segni di peritonismo. Non dimenticare di svolgere questa procedura in quanto potrebbe rilevare una patologia importante e permettervi di focalizzare il resto della visita.

b) Palpare.

Informazioni importanti prima di cominciare:

- Inginocchiarsi al lato destro del paziente.
- Chiedere al paziente se avverte qualche forma di dolore diffuso o localizzato.
- Palpare tutte le nove regioni distinte dell'addome, iniziando da quella più lontana da voi, a meno che il paziente non indichi una regione in cui avverte un dolore, in tal caso palpare questa regione per ultima.

- Guardare il viso del paziente durante la palpazione per notare eventuali smorfie di dolore.
- Palpare l'addome con le dita piatte (Immagine 1.1).



Immagine 1.1. Palpazione dell'addome con la parte piatta delle dita.

Palpazione profonda per le masse (fegato, milza, reni).

Ora palpare tutte le nove regioni profondamente, percependo le masse.

Fegato:

- Iniziare nella fossa iliaca destra, chiedendo al paziente di fare inspirazioni ed espirazioni profonde. Muovere la mano in alto verso l'arcata costale durante l'inspirazione, fino a sentire un margine del fegato durante l'espirazione. (Immagine 1.2).



Immagine 1.2. Palpazione del fegato.

- Se il fegato è palpabile controllare le seguenti:
 - o Dimensione (registrare ingrossamento in cm al di sotto del margine costale).
 - o Consistenza (molle/dura/ nodulare).
 - o Margine (regolare/irregolare).
 - o Un margine irregolare del fegato suggerisce la presenza di metastasi.

Palpazione superficiale, controllare per:

- Dolorosità.
- Rigidità.
- Difesa addominale.

Colecisti:

Sentire al di sotto del margine del fegato l'eventuale presenza di colecisti palpabile. (Immagine 1.3).



Immagine 1.3. Palpazione della colecisti.

Segno di Murphy: Con la mano posizionata nella zona colecistica, con le dita rivolte verso l'alto, chiedere al paziente di fare inspirazioni ed espirazioni profonde. Il segno risulta positivo se il paziente prova dolore durante l'espirazione, momento in cui la colecisti viene a contatto con la punta delle vostre dita.

Milza:

Iniziare a palpare nella fossa iliaca destra, usando la stessa tecnica respiratoria utilizzata durante la palpazione del fegato. In questa circostanza però, spostarsi gradualmente verso il quadrante superiore sinistro (Immagine 1.4). Controllare la dimensione, la consistenza e il margine della milza.



Immagine 1.4. Palpazione della milza.

Reni:

Ballottare i reni usando entrambe le mani (Immagine 1.5).



Immagine 1.5. Ballottamento dei reni.

Aorta addominale:

Palpare profondamente nella regione bassa dell'epigastrio/ regione alta ombelicale, leggermente a sinistra della zona mediale, per un eventuale massa pulsante. Controllare il diametro indicativo, sentendo i margini laterali della massa, utilizzando entrambe le mani. (Notare che l'aorta addominale può essere facilmente palpabile in pazienti con un grasso addominale minimo/ muscolatura addominale sottile).

c) Percuotere:

- Margine superiore del fegato (Immagine 1.6).



Immagine 1.6. Percussione del fegato.

- Milza
- Vescica (Immagine 1.7).



Immagine 1.7. Percussione della vescica.

- Ascite: Iniziare a percuotere dalla zona mediale verso uno dei fianchi e notare qualsiasi cambiamento di suono da timpanico a ottuso, che indica la presenza di fluido (Immagine 1.8). Se il suono è ottuso, mantenere il dito su questa zona e chiedere al paziente di girarsi sul fianco, in modo tale che la suddetta zona sia rivolta verso l'alto.

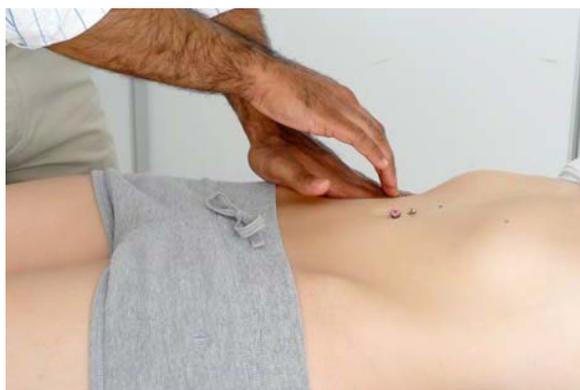


Immagine 1.8. Ascite: percussione dell'addome per eventuale presenza di fluido.

Percuotere nuovamente e notare se il suono torna ad essere timpanico (Immagine 1.9). Se ciò avviene, vi è la presenza di ottusità mobile.



Immagine 1.9. Ascite: il paziente si gira sul fianco mentre la zona di percussione rimane invariata; ascoltare eventuali alterazioni nei suoni alla percussione.

d) Auscultare.

- Nella fossa iliaca sinistra per rumori intestinali.
- Nel fegato per un eventuale soffio.
- Nell'aorta, vasi iliaci e arterie renali per eventuali soffi.

Se ancora non trovate anomalie, riferire al paziente la necessità di esporre i genitali in modo da poter esaminare l'inguine, il canale inguinale e la pulsazione femorale.

6. Esame dei genitali maschili.

a) Posizionamento ed esposizione.

Il paziente può essere in posizione supina, seduto o in piedi. Se in posizione supina, ricordare di chiedergli di alzarsi alla fine dell'esame per rilevare l'eventuale presenza di varicocele. Se seduto su una sedia, chiedere al paziente di alzarsi ed esaminarlo in piedi. Assicurarsi che inguine e scroto siano adeguatamente esposti.

b) Ispezione.

- Ispezionare inguine e scroto identificando la presenza di gonfiori evidenti.
- Chiedere al paziente di tossire.
- Cercare eventuali cicatrici dovute a precedenti interventi chirurgici nell'inguine (potrebbero essere state utilizzate per controllare i testicoli) e nello scroto (potrebbero essere più difficili da vedere dato che sono spesso situate nel rafe perineale).

c) Palpazione.

- Per prima cosa ricordare di informarsi sulla presenza di dolori.
- Posizionare le dita di una mano dietro al testicolo e palpate usando l'altra mano (Immagine 1.10). Utilizzare il pollice per valutarne la forma. La superficie dovrebbe essere liscia e regolare.



Immagine 1.10. Palpazione bimanuale del testicolo.

- Identificare l'epididimo e il dotto deferente.
- Palpare il funicolo spermatico utilizzando pollice ed indice. (Immagine 1.11).



Immagine 1.11. Palpazione del funicolo spermatico utilizzando pollice ed indice.

- Se vi è un nodulo:
 - o È separato dal testicolo?
 - o La transilluminazione risulta positiva?
 - o Riuscite a toccarne il margine superiore?

Completare la visita chiedendo di esaminare il resto dell'inguine e dell'addome nel caso in cui non l'abbiate già fatto. Ricordare che il drenaggio linfatico dei testicoli avviene nei linfonodi paraortici, che non saranno palpabili. Nonostante ciò, la pelle del pene e dello scroto drena nei linfonodi inguinali, quindi se vi è una patologia in questa zona (ad es. Carcinoma squamoso) , dovrete esaminare i linfonodi inguinali.

7. Esami specifici.

A) Tumore ai testicoli.

Caratteristiche cliniche che farebbero sospettare la presenza di un tumore ai testicoli:

- Una massa dura, irregolare e "spigolosa".
- Indivisibile dal testicolo.
- Indolore.
- Negativa alla transilluminazione.
- Riuscite a toccarne il margine superiore.
- Completare la visita palpando in cerca di un'eventuale presenza di epatomegalia e auscultando il torace (per constatare la presenza o meno di metastasi al fegato e ai polmoni).

B) Ernie.

Approcciare l'esame dell'ernia nello stesso modo in cui approccereste l'esame addominale, ossia partendo dalle mani.

Ernia inguinale.

Si tratta di un caso molto comune e dovrete sentirvi a vostro agio nell'esaminare ernie inguinali. Se non riuscite ad individuare il nodulo con il paziente in posizione supina, chiedere al paziente di alzarsi. In caso contrario non è necessario esaminarlo sia da sdraiato che in piedi.

Ispezione.

- Cicatrici (potrebbe essere un'ernia ricorrente o il paziente potrebbe aver avuto un'ernia nella zona controlaterale).
- Se il gonfiore non è evidente chiedere al paziente di tossire o di sollevare la testa dal lettino.
- Se risulta ancora difficile individuare l'ernia, chiedere al paziente se ha notato alcun nodulo nell'inguine.
- Descrivere cosa vedete (in caso di nodulo).

Palpazione.

- Se l'ernia non è ridotta prima dell'inizio della visita, chiedere al paziente di ridurla spontaneamente. Altrimenti, con cura, ridurre manualmente l'ernia, chiedendo al paziente se sente dolore e guardando il suo volto durante la procedura.
- Definire con calma l'anatomia, identificando il tubercolo pubico e la spina iliaca anteriore-superiore. Il legamento inguinale scorre tra questi due punti e l'anello inguinale profondo si trova poco al di sopra del suo punto medio. Se il tubercolo pubico è difficile da individuare, palpare il muscolo adduttore lungo flettendo, abducendo e ruotando esternamente la coscia- il tubercolo pubico corrisponde al suo punto di inserzione.
- Cercare un impulso sotto colpi di tosse (chiedere al paziente di tossire).
- Esaminare come nel caso di qualsiasi nodulo (consistenza, riducibilità, ecc).
- Il nodulo si estende fino allo scroto?
- Ridotta l'ernia, ridefinire l'anatomia, posizionare due dita sopra l'anello inguinale profondo e chiedere al paziente di tossire. Se l'ernia è contenuta nella zona dell'anello inguinale profondo viene definita INDIRETTA. Se non lo è, di solito emergerà mediale rispetto all'anello profondo e viene definita DIRETTA.
- Ricordare che questo non è un test accurato, il tasso di imprecisione è pari al 50%.
- Completare la visita chiedendo di esaminare lo scroto e l'inguine controlaterale.

Ernia femorale.

- L'ernia emerge al di sotto del legamento inguinale.
- Nelle donne sono comuni il doppio rispetto agli uomini.
- Vi è un alto rischio di strangolamento.
- L'impulso sotto colpi di tosse è di solito assente.

- Sono di solito irriducibili.

Altri tipi di ernia.

Le visite per le ernie incisionali, ombelicali ed epigastriche sono essenzialmente uguali, quindi le tratteremo tutte insieme. Con un'ernia incisionale, il paziente avrà una cicatrice addominale (spesso grande). Essendo un caso breve, potrebbe esserci più di un problema da dover identificare in questa fase, quindi siate pronti a proseguire una volta identificata l'ernia.

Ispezione.

- Descrivere eventuali cicatrici e cercare altre cicatrici, stomi, ecc.
- Chiedere al paziente di alzare la testa dal lettino e vedere se ci sono rigonfiamenti dell'ernia o della cicatrice.

Palpazione.

- Indagare sull'intensità del dolore e palpare l'ernia, commentando la presenza di un'eventuale defezione.
- Chiedere al paziente di tossire e dimostrare un'eventuale debolezza nella cicatrice o nella parete addominale, sentendo se eventuali rigonfiamenti di contenuti addominali fanno pressione contro la propria mano.
- Cercare di determinare la grandezza della defezione.
- Se vi è un rigonfiamento lungo la linea mediana longitudinale dell'addome senza la presenza di una cicatrice, considerare la presenza di diastasi dei retti addominali.

Auscultare.

- Sentire eventuali rumori intestinali.

C) Stomie.

Ispezione.

- Sito.
- Mucosa.
- C'è una protuberanza o è livellata con la pelle?
- Numero di aperture – colostomia terminale (1) vs. colostomia ad ansa (2).
- Contenuto della sacca (colore, consistenza).
- Non confondere con una urostomia o una colecistostomia.
- Ispezionare il resto dell'addome (cicatrici, altri stomi o precedenti siti di stomi).

8. Per completare la visita dell'addome.

Chiedere di:

- Sentire gli orifici erniari.
- Esaminare i genitali esterni (ad es. per un'eventuale atrofia testicolare presente in malattie croniche del fegato).
- Eseguire una esplorazione rettale digitale.
- Esaminare gli arti inferiori per individuare un'eventuale edema periferico.
- Eseguire un test delle urine.

9. Ringraziare il paziente.



DOCTORS ACADEMY

BETTER EDUCATION. BETTER HEALTH.

Doctors Academy is a UK-based International Non-Profit Organisation comprising of doctors, dentists and scientists that undertakes a diverse range of educational activities globally. The aim of the Academy is to disseminate information and exchange medical knowledge between professionals from diverse backgrounds working in a variety of healthcare settings. This is achieved by the provision of a number of attendance courses, publishing house, online resources and international events/ competitions.

Courses (a selection):

Undergraduate:

- Final Year Medicine and Surgical Revision Courses
- Training the Clinical Anatomy Trainer
- Clinical Anatomy as Applied to Trauma and Emergency Medicine
- Surgical Anatomy of Important Operative Procedures
- Future Surgeons: Key Skills (RCSEd delivered)
- Structured Introduction to Surgical Skills

Postgraduate:

- MRCS Part A
- MRCEM Part A
- MRCS Part B OSCE
- DOHNS: Intensive Revision & OSCE
- Intercollegiate Basic Surgical Skills (RCSEd delivered)
- MRCP PACES Part 2
- FRCS (General Surgery) Exit Exam
- Cadaveric Ultrasound-Guided Musculoskeletal Intervention Course
- Ultrasound-Assisted Botulinum Toxin Injection for Neuromuscular Disorders
- Live Advanced Laparoscopic Colorectal Course



Forthcoming key events:

- **International Medical Summer School**
Manchester, 31st July to 4th August 2017
- **International Academic and Research Conference**
Manchester, 5th August 2017
- **World University Anatomy Challenge**
Manchester, 4th August 2017

Publications



publications.doctorsacademy.org

World Journal of Medical Education & Research



Peer-reviewed academic journal
with ISSN.

- No fee to view, read and download articles
- No subscription charges
- No submission fees
- No manuscript processing fee
- No publishing fee
- No cost to read, write or publish!

wjmer.co.uk

Online Revision Resources

DoctorExams consists of 1000s of questions with detailed explanations in MCQ, EMQ, SBA and SAQ formats. Questions are written by the Doctors Academy group of experienced clinicians and clinical academics, with mock exams and feedback on performance included to aid a candidate's focused revision of topics. Based on past exams, these questions are carefully crafted to suit the requirements of undergraduate students & postgraduate trainees undertaking relevant speciality exams.

Resources for:

- Medical Students
- Dental Students
- International Entrance Exams
- MRCS Exams
- General Surgery Exams
- Plastic Surgery Exams
- DOHNS Exams

www.doctorexams.co.uk

www.doctorsacademy.org