

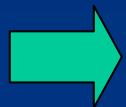
NAUSEA

“Sensazione di disgusto per il cibo”

(può precedere il vomito - ad eccezione del vomito cerebrale)

Sintomi di accompagnamento

- scialorrea
- sudorazione
- tachicardia
- ipotensione



ipertono vagale

Cause

- psicogene od organiche (malattie TD, terapia radiante, farmaci, malattie epato-biliari, insufficienza renale)

VOMITO

“Espulsione forzata del contenuto gastrico dalla bocca”.

Genesi: atto riflesso con varie componenti: contrazioni antiperistaltiche, chiusura del piloro, rilasciamento dello sfintere cardiale, contrazione del diaframma e della muscolatura addominale, chiusura della glottide ed elevazione del palato molle, aumento frequenza respiratoria.

Conato di vomito: riproduce le componenti del vomito ad eccezione del rilasciamento del cardias → mancata espulsione del contenuto gastrico.

VOMITO

Cause:

- neurologica: da stimoli labirintici
da ipertensione endocranica (vomito esplosivo, non associato a nausea)
- metabolica: acidosi diabetica, insufficienza renale
- gastrointestinale: infezioni, ulcera peptica, stenosi pilorica, ileo meccanico e paralitico
- irritazione peritoneale: colangite, pancreatite, appendicite
- cardiocircolatoria (rara): infarto, scompenso congestizio
- riflessa: coliche renali, biliari
- farmaci: digitale, morfina
- gravidanza
- fattori psicogeni e psichiatrici

VOMITO

Fisiopatologia

Sequenza di eventi motori somatici e viscerali coordinati dal centro del vomito nel bulbo e dai chemocettori localizzati nel pavimento del quarto ventricolo.

Centro del vomito: localizzato nella formazione reticolare del midollo a livello del bulbo.

E' attivato da: 1) fibre neuronali provenienti da organi addominali e toracici; 2) fibre provenienti dalla zona trigger dei chemocettori; 3) fibre neuronali del sistema vestibolare; 4) fibre della corteccia cerebrale.

Vie efferenti: nervo vago e nervo frenico (effetti motori viscerali) e nervi spinali (effetti motori somatici: contrazione muscolatura toracica e addominale).

VOMITO

Zona trigger dei chemocettori: localizzato nell'area postrema del pavimento del quarto ventricolo

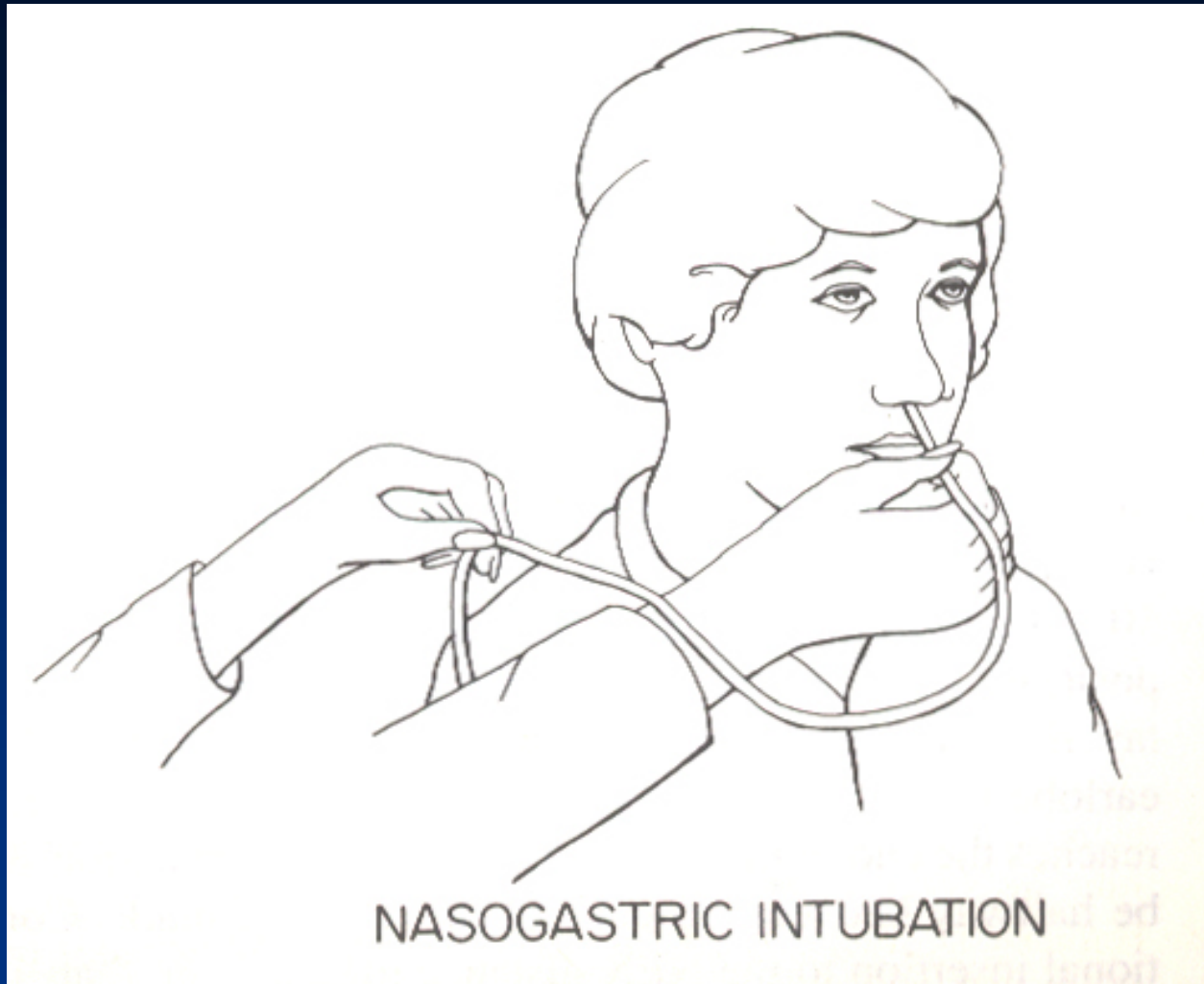
E' attivato da: farmaci (chemioterapici, apomorfina, digitale), tossine batteriche e non (uremia, chetoacidosi diabetica), gonadotropine corioniche, progesterone (?).

www.fisiokinesiterapia.biz

VOMITO

Espressione clinica:

- Distinguere da rigurgito e ruminazione.
- Valutare il rapporto con i pasti: se post-prandiale la causa è più spesso gastrointestinale. I vomiti metabolici e neurologici non hanno rapporti.
- Valutare i sintomi di accompagnamento da ipertono vagale. Il vomito da ipertensione endocranica non è associato a nausea, scialorrea, sudorazione.
- Caratteristiche del vomito: “esplosivo”, colore (sangue!).
- Insorgenza acuta o preceduta da sintomi gastrointestinali.



NASOGASTRIC INTUBATION

DISPEPSIA

Definizione difficile e variabile a seconda degli autori.
“Sintomi cronici riferibili al tratto digestivo superiore”.

Essi possono includere uno dei seguenti sintomi:

Distensione addominale, dolore e bruciore epigastrico, pirosi retrosternale, eruttazioni, rigurgiti, sazietà precoce, nausea e vomito.

Cause:

- Dispepsie organiche: più frequenti nei soggetti anziani.
- Dispepsie funzionali: più frequenti nei giovani adulti, causate da disfunzioni secretorie o motorie del tratto digestivo superiore.

DISPEPSIA

Tipologie cliniche:

- ulcer-like dyspepsia: sintomi tipici dell'ulcera → dolore e bruciore epigastrico, prevalentemente a digiuno, ad andamento periodico, alleviato dal pasto o da antiacidi, eventualmente associato a nausea e vomito.
- reflux-like dyspepsia: sovrapponibili ai sintomi del reflusso gastroesofageo → dolore e bruciore epigastrico e retrosternale peggiorato dall'assunzione di pasti grassi e alcol, associato a rigurgiti.
- dysmotility-like dyspepsia: eruttazioni, sazietà precoce, nausea, distensione addominale, a volte vomito post-prandiale.
- non specific dyspepsia: sintomi variabili nel tempo e non inquadrabili in nessuno dei sottogruppi precedenti.

DISPEPSIA

Epidemiologia: 5% delle visite in medicina generale
50% delle visite specialistiche gastroenterologiche
(USA)

Cause di dispepsia funzionale:

- Helicobacter pylori
- Disordini della motilità gastrointestinale
- Diete incongrue
- Fattori psicologici e sociali
- Reflussi biliari entero-gastrici

DISPEPSIA

Helicobacter pylori: causa di ulcera peptica

- Il ruolo nella dispepsia non ulcerosa è controverso.
- La prevalenza dell'infezione da HP nella dispepsia non ulcerosa è del 35-50%. La prevalenza dei sintomi dispeptici è superiore nei pazienti infettati rispetto alla popolazione non infetta.
- HP causa ipersecrezione acida gastrica.
- HP causa, secondo alcuni, un ritardato svuotamento gastrico.
- Alcuni pazienti HP+ traggono beneficio dalla terapia eradicante.

DISPEPSIA

Disordini della motilità

Ritardato svuotamento gastrico nel 50% dei pazienti con dispepsia funzionale (anche in assenza di infezioni da HP).

Non correlazione con la tipologia dei sintomi

Reflusso biliare duodeno-gastrico

Caratterizzato dalla presenza di bile nello stomaco → gastrite da reflusso

Consequente anche all'assunzione di farmaci antiinfiammatori non steroidei

Fattori Psicologici

Rapporto con eventi stressanti

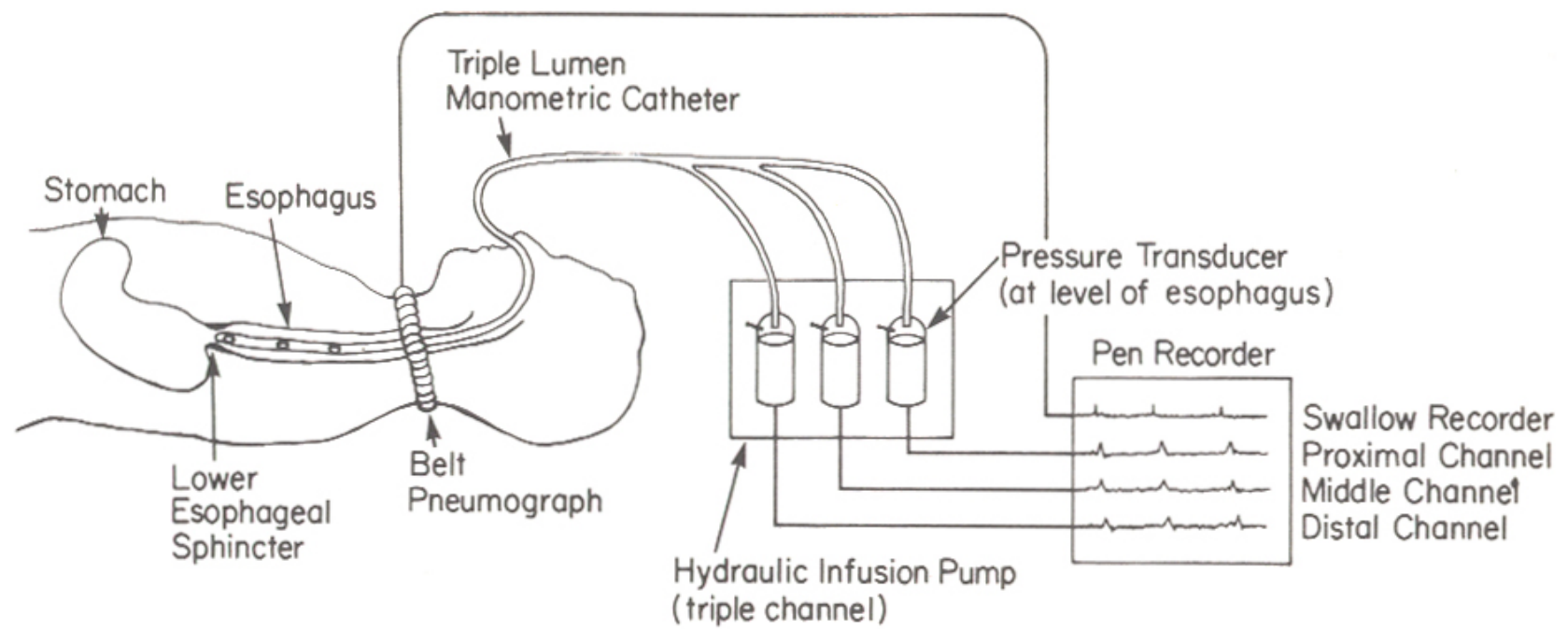
Substrato ansioso-depressivo

Patofobia

Dieta

Fumo, alcol, grassi (rapporti non ben definiti, importanza della suscettibilità individuale).

Allergie alimentari (?)



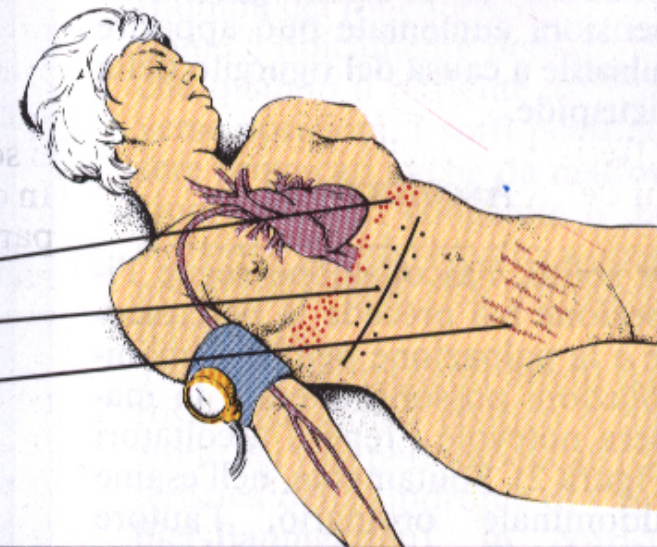
Approccio generale



Per ottenere un rilassamento adeguato della muscolatura addominale, si pone il paziente con le anche e le ginocchia leggermente flesse e il capo un po' sollevato

Innanzitutto, si osservano le caratteristiche della cute, come:

- dermatite
- cicatrici
- strie



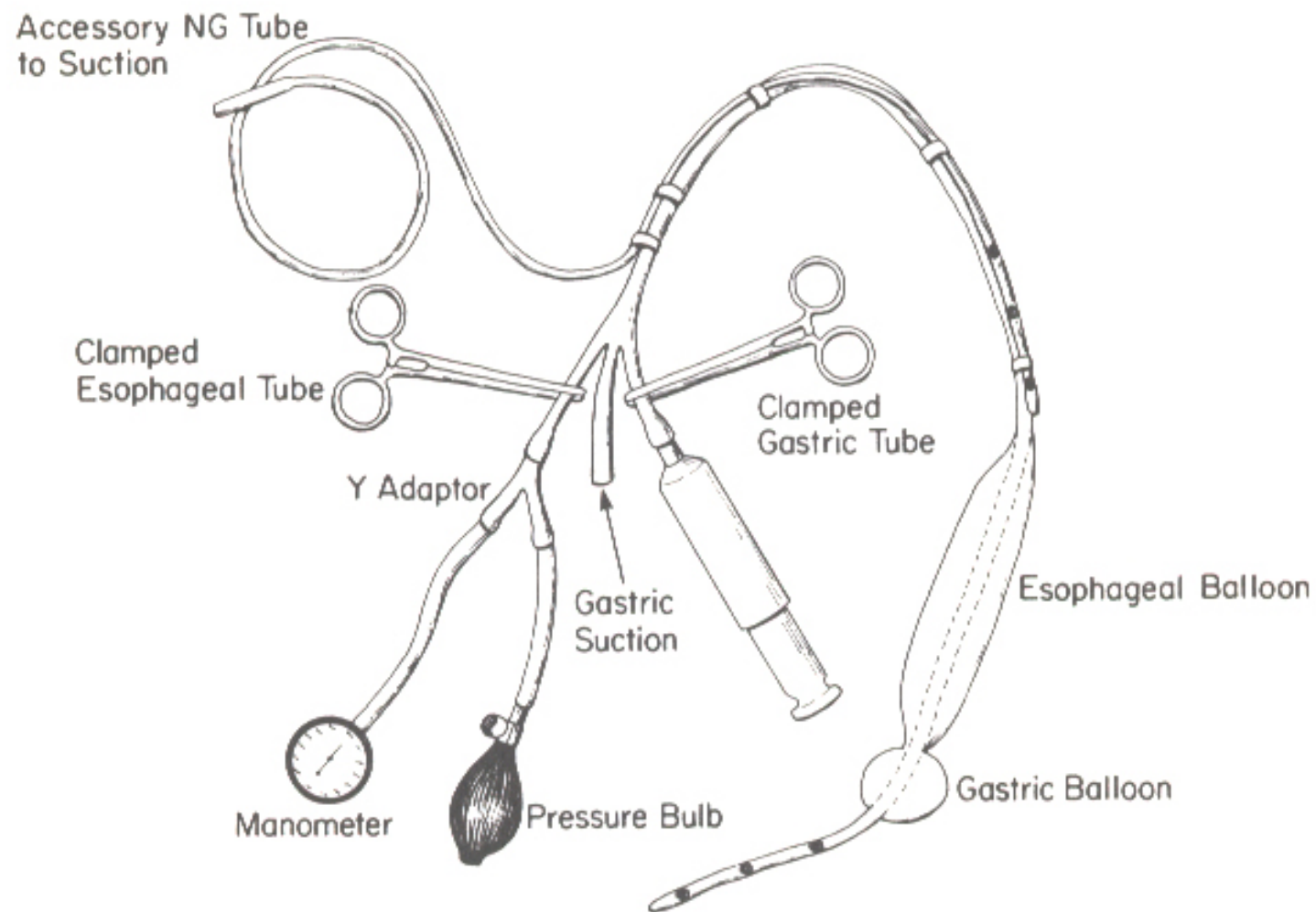


FIG. 1. Sengstaken-Blakemore tube apparatus.

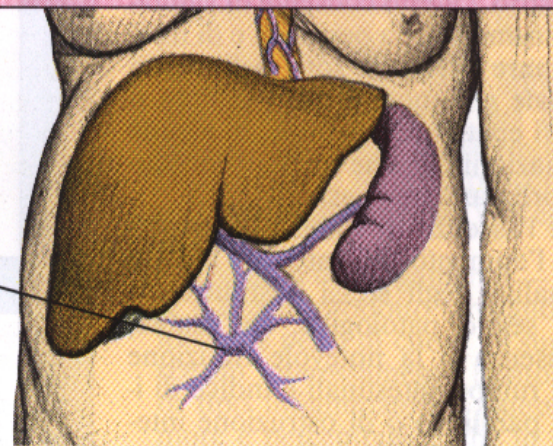
Considerazioni diagnostiche

In condizioni normali, le vene della parete addominale sono appena visibili, tranne in soggetti molto magri

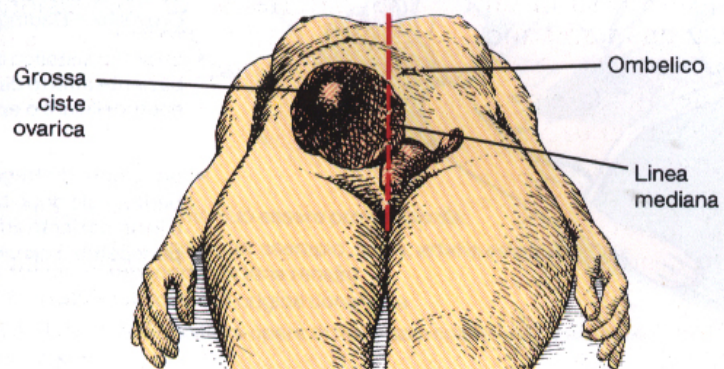
La protrusione delle vene può essere provocata dall'ostruzione della vena cava inferiore o della vena porta

In alcuni casi di ipertensione portale, la dilatazione spiccata delle vene periombelicali provoca il cosiddetto disegno a «caput medusae»

La direzione del flusso ematico nelle vene congeste può indicare la sede dell'ostruzione venosa

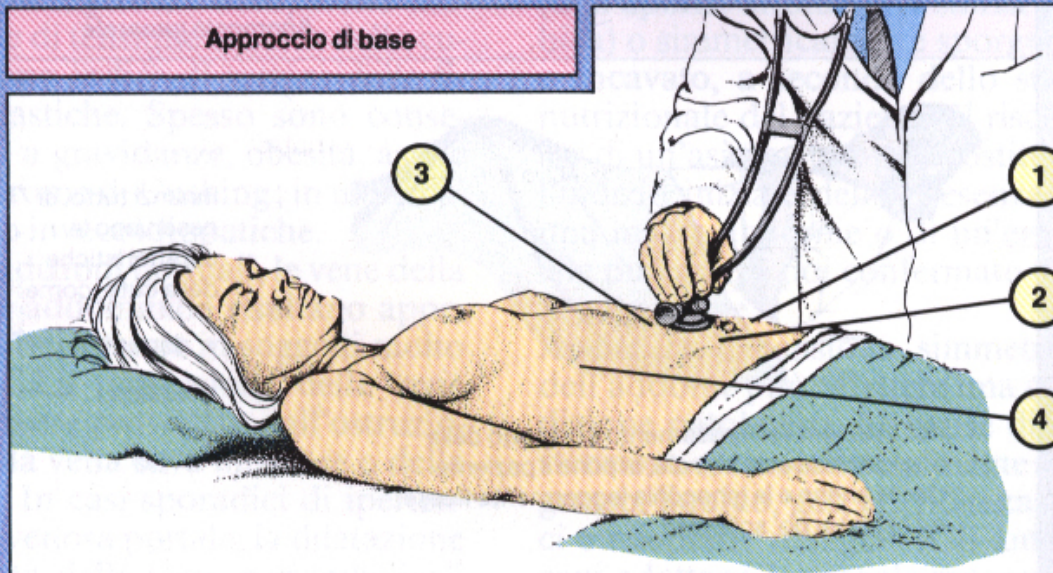


Occorre osservare con attenzione il profilo dell'addome



- Di solito, in condizioni «normali», l'addome è piatto, sporgente o incavato in modo simmetrico a seconda dello stato nutrizionale del paziente
- Il riscontro di un'asimmetria può costituire un indizio iniziale della presenza di una massa o di un'ernia
- Anche la distensione simmetrica dell'addome può essere il riflesso di una condizione patologica

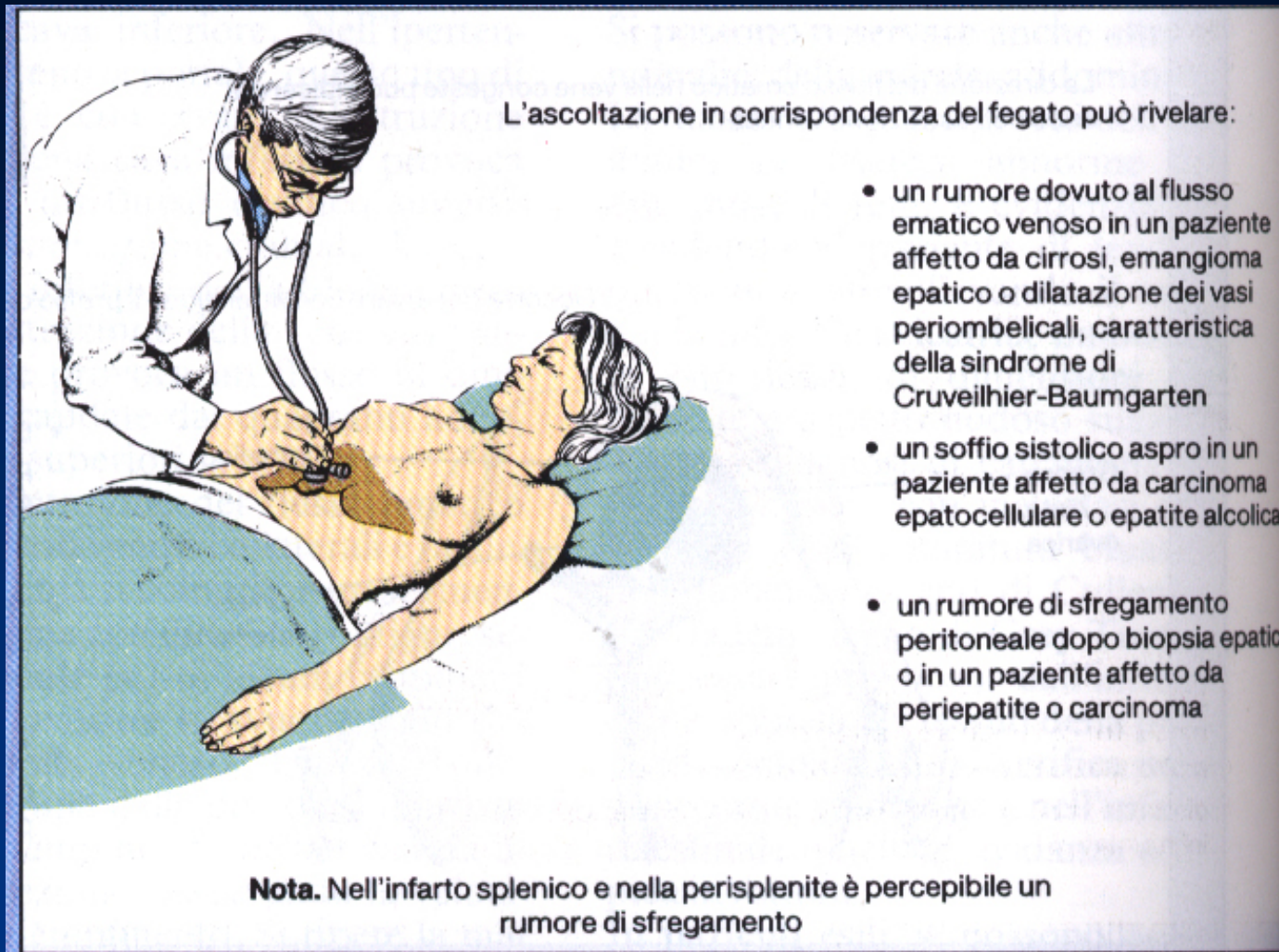
Approccio di base



In un esame addominale ordinario si procede all'ascoltazione nelle seguenti zone:

- | | | | |
|---|------------------------------|---|------------------------|
| 1 | zona paraombelicale sinistra | 3 | epigastrio |
| 2 | zona paraombelicale destra | 4 | margine costale destro |

Questo consente di valutare i rumori della peristalsi e di individuare i soffi dell'arteria renale e rumori di sfregamento o soffi epatici

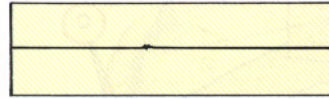


L'ascoltazione in corrispondenza del fegato può rivelare:

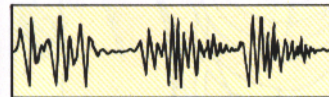
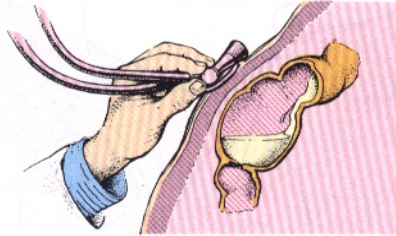
- un rumore dovuto al flusso ematico venoso in un paziente affetto da cirrosi, emangioma epatico o dilatazione dei vasi periombelicali, caratteristica della sindrome di Cruveilhier-Baumgarten
- un soffio sistolico aspro in un paziente affetto da carcinoma epatocellulare o epatite alcolica
- un rumore di sfregamento peritoneale dopo biopsia epatica o in un paziente affetto da periepatite o carcinoma

Nota. Nell'infarto splenico e nella perisplenite è percepibile un rumore di sfregamento

L'assenza, la forte intensità o la tonalità elevata dei rumori intestinali rappresenta un segno anormale

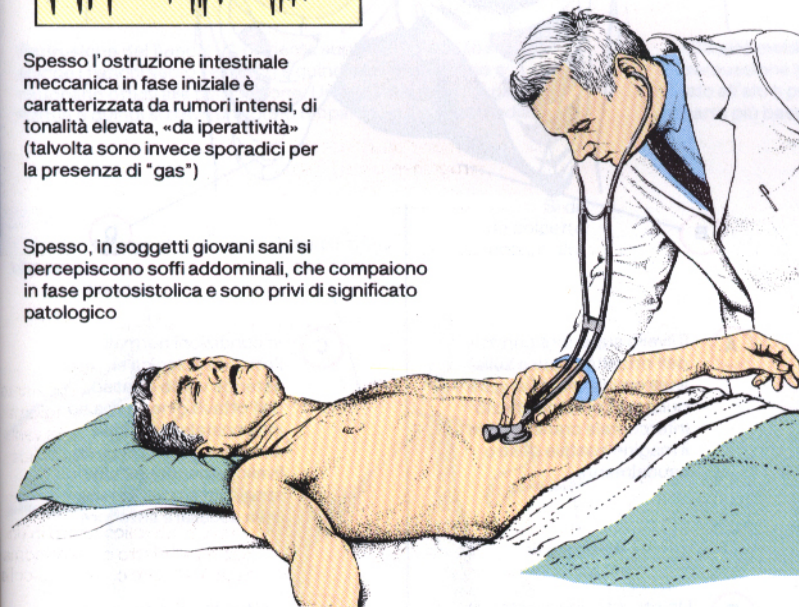


In genere, rumori intestinali assenti o molto rari sono indice di ileo paralitico o di ostruzione intestinale meccanica in fase avanzata



Spesso l'ostruzione intestinale meccanica in fase iniziale è caratterizzata da rumori intensi, di tonalità elevata, «da iperattività» (talvolta sono invece sporadici per la presenza di "gas")

Spesso, in soggetti giovani sani si percepiscono soffi addominali, che compaiono in fase protosistolica e sono privi di significato patologico



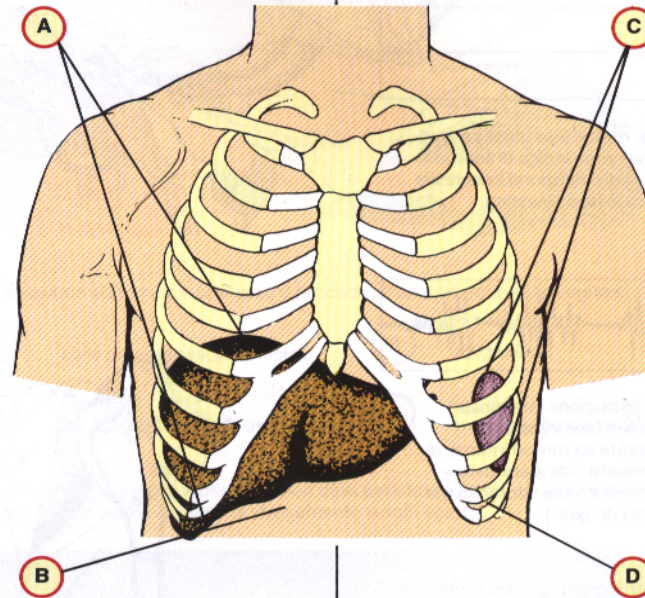
In altre situazioni, un soffio può essere provocato da:

- aterosclerosi di un vaso (per esempio, aorta, arteria celiaca, arteria mesenterica superiore o arteria renale)
- malformazioni vascolari di origine congenita
- distorsione di vasi ematici a opera di neoplasie solide, cisti o processi infiammatori

Individuazione di masse

La percussione del quadrante superiore destro può fornire una stima delle dimensioni del fegato

La percussione del quadrante superiore sinistro può evidenziare una splenomegalia



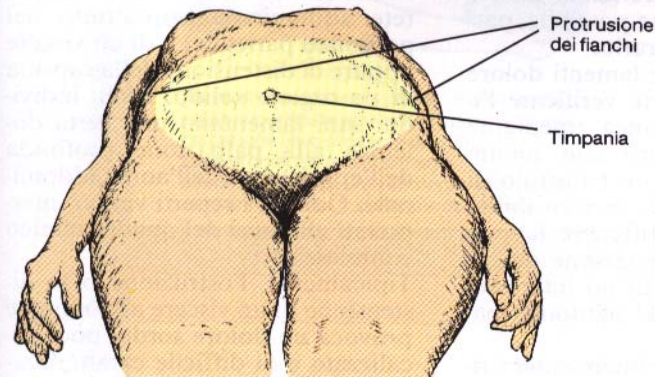
A Il livello superiore normale dell'ottusità epatica sulla linea emiclavare varia tra il quinto e il settimo spazio intercostale cranialmente e il margine costale destro caudalmente

C In condizioni normali, l'ottusità splenica si estende verso il basso dall'ottavo o nono spazio intercostale sulla linea ascellare media fino a un livello superiore all'ultimo spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore

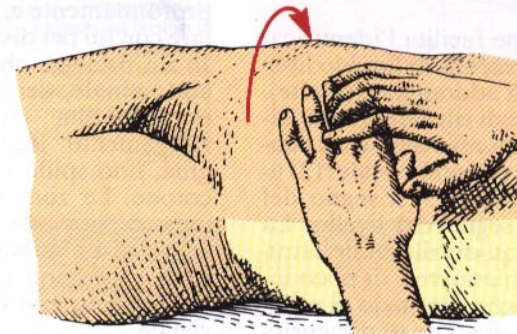
B Un'ottusità che si estenda caudalmente nella parte normalmente timpanica del quadrante superiore destro suggerisce la presenza di un'epatomegalia

D L'ottusità alla percussione dell'ultimo spazio intercostale sulla linea ascellare anteriore è conseguente a splenomegalia

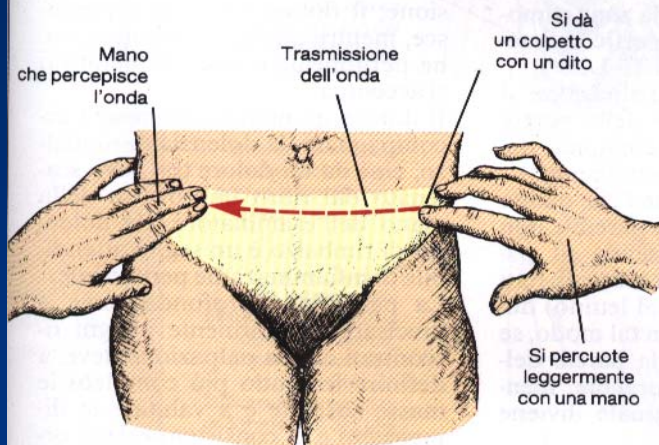
Varie manovre di percussione permettono di evidenziare la presenza intra-addominale di un versamento libero (ascite)



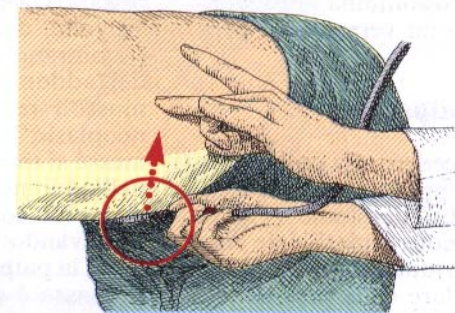
Protrusione dei fianchi - A paziente supino, il liquido libero spinge i fianchi verso l'esterno e quindi essi protrudono e risuonano ottusi alla percussione. Un intestino pieno di gas fluttua e quindi si rileva un suono timpanico sulla linea mediana



Ottusità mobile - Uno spostamento dell'ottusità alla percussione si verifica quando il paziente viene ruotato da un lato all'altro perché il liquido libero si sposta occupando la parte più bassa della cavità addominale



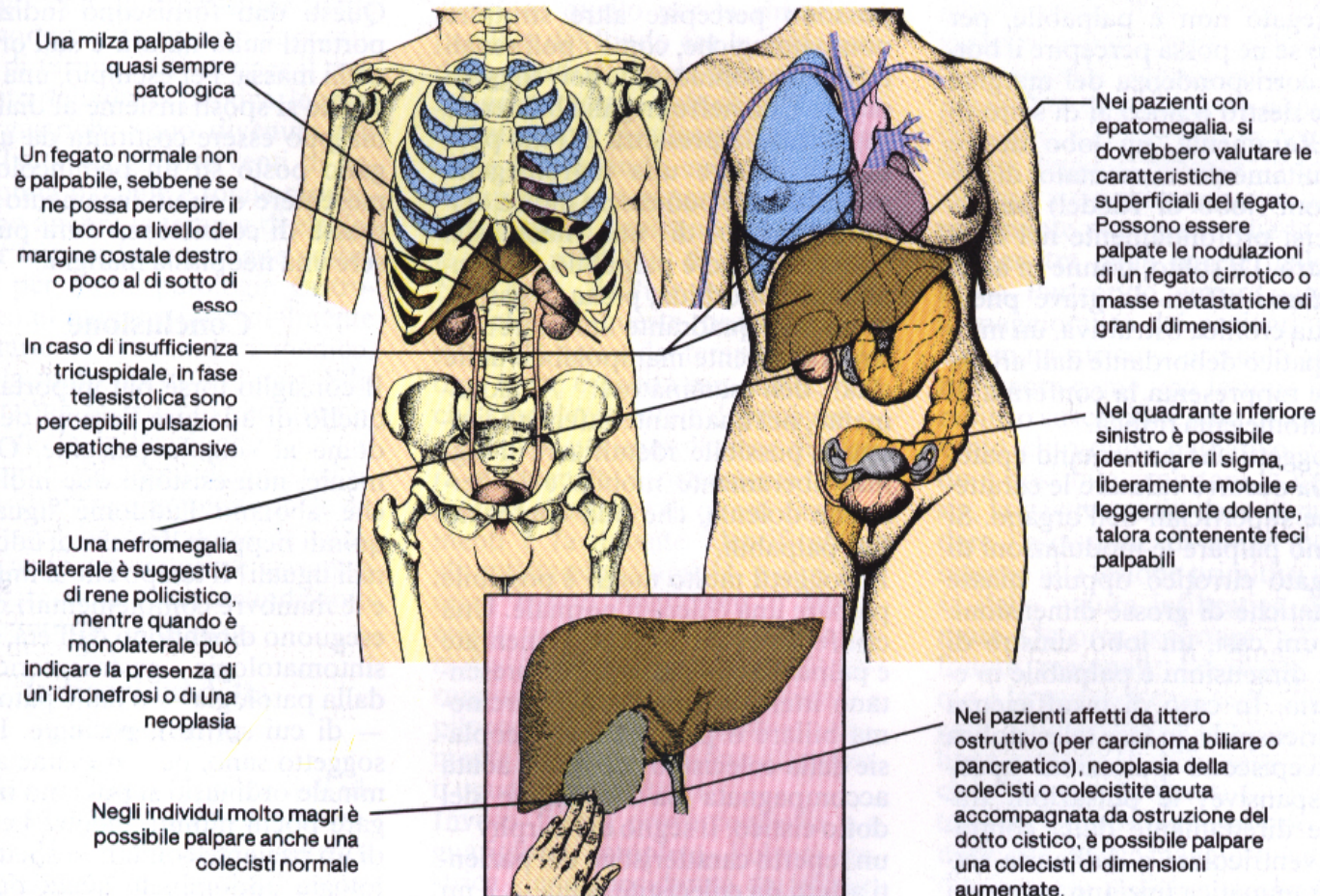
Segno del fiotto - Percuotendo leggermente un lato dell'addome si provoca un'onda, che viene percepita ponendo l'altra mano sull'altro lato. (Anche la presenza di grasso nel mesentere può provocare un'onda, che può però essere bloccata chiedendo al paziente di comprimere con una mano la linea mediana)



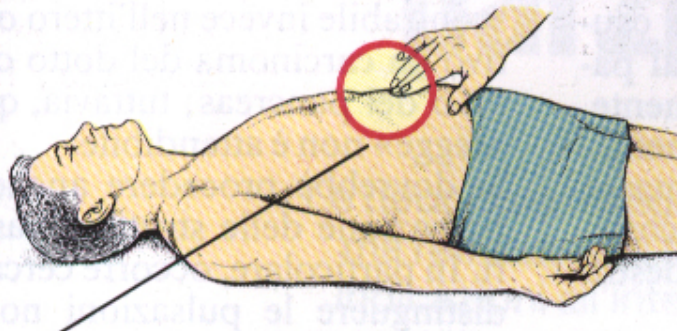
Segno del livello - Con il paziente appoggiato sulle mani e sulle ginocchia, l'esaminatore procede all'ascoltazione sulla linea mediana dando alcuni colpetti con un dito su un lato dell'addome. Il suono non si trasmette attraverso il liquido, ma viene percepito quando il fonendoscopio è posto superiormente al livello idroaereo (anche all'estremità più distante)

Considerazioni diagnostiche

I principali organi palpabili sono il fegato e la milza (e talvolta i reni)

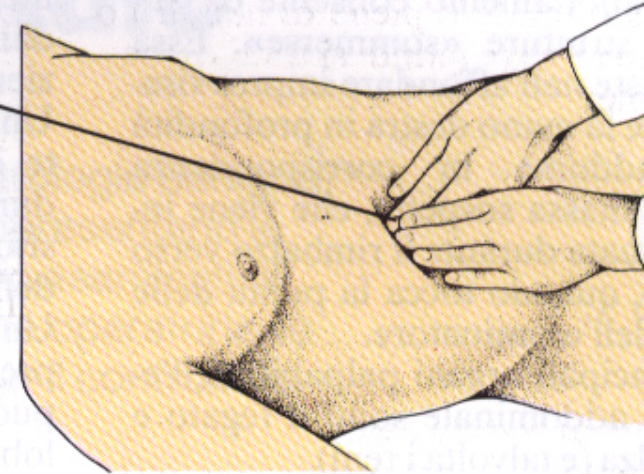


Approccio



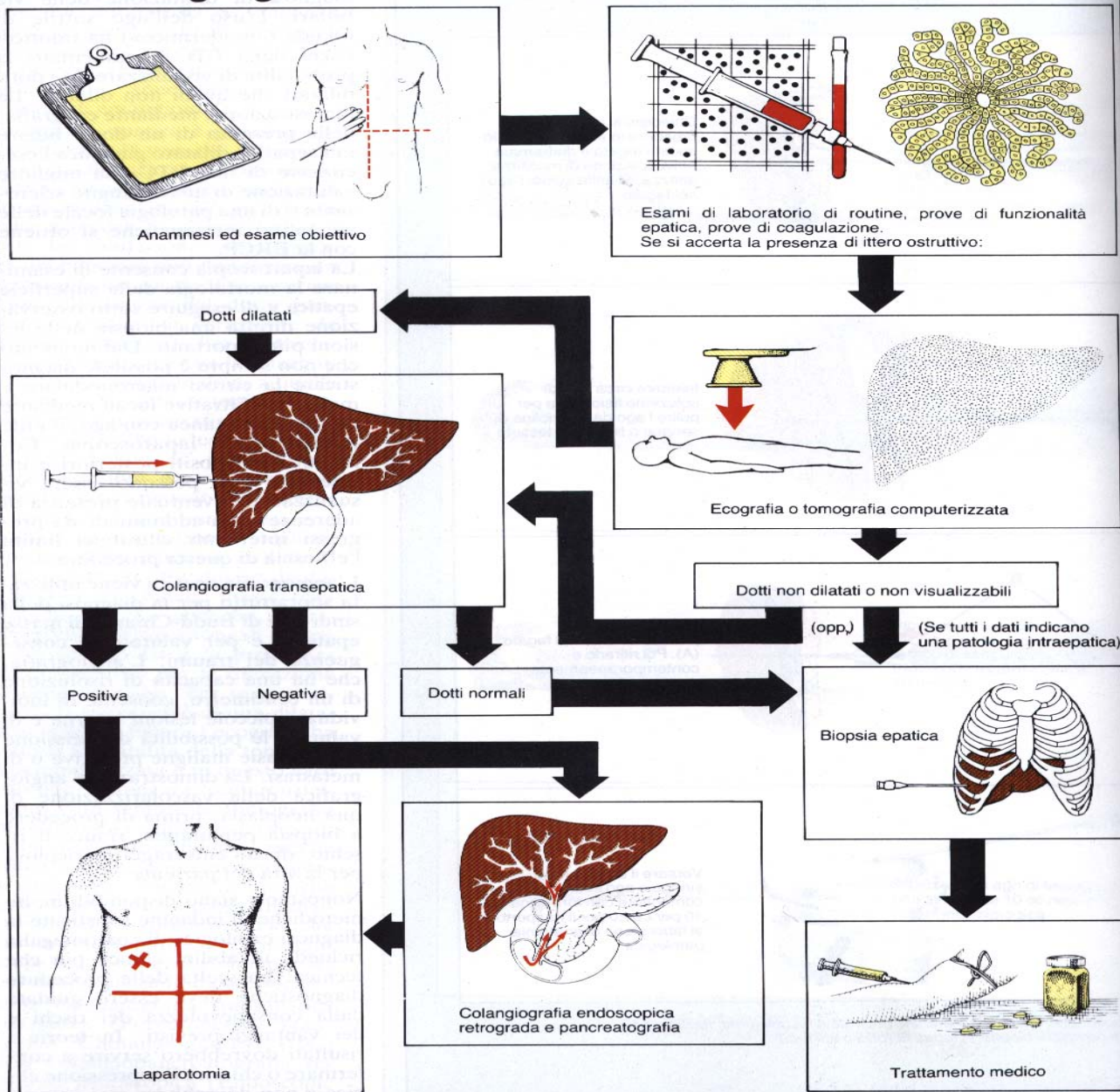
Prima di procedere alla palpazione profonda, si palpa superficialmente tutto l'addome. Questa palpazione lieve consente di evidenziare le zone di dolenza eventualmente accompagnate da una resistenza della parete, che vanno evitate fino alla fine dell'esame

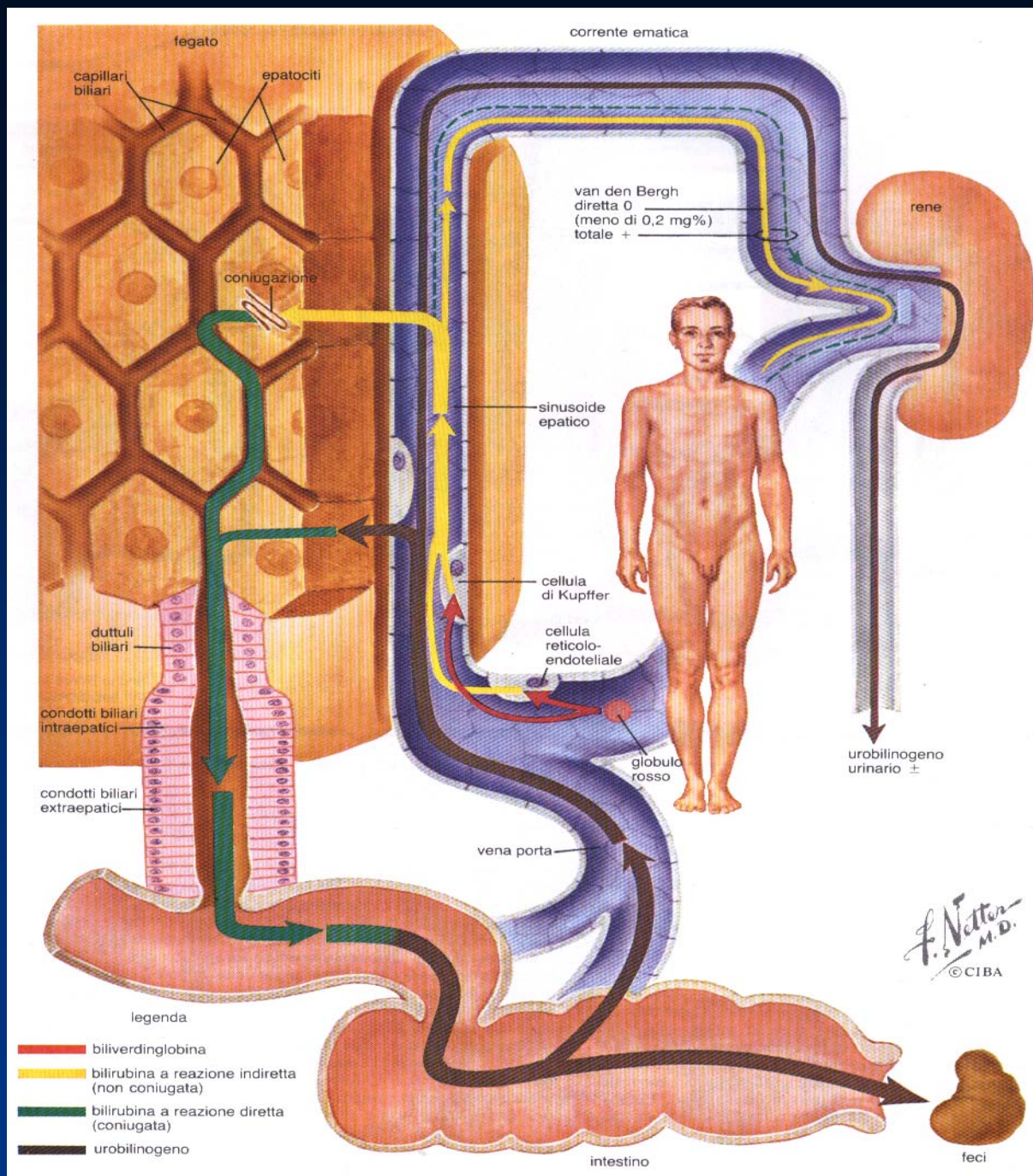
Se la palpazione superficiale non evidenzia zone dolorabili, si intraprende la palpazione profonda nei quadranti inferiori; in tal modo si evita di trascurare il margine inferiore di un fegato o una milza ingranditi.

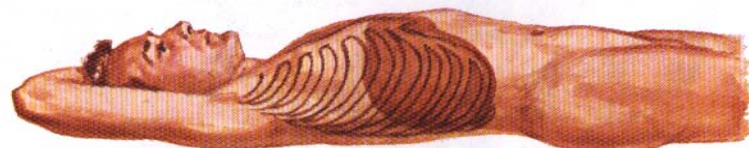
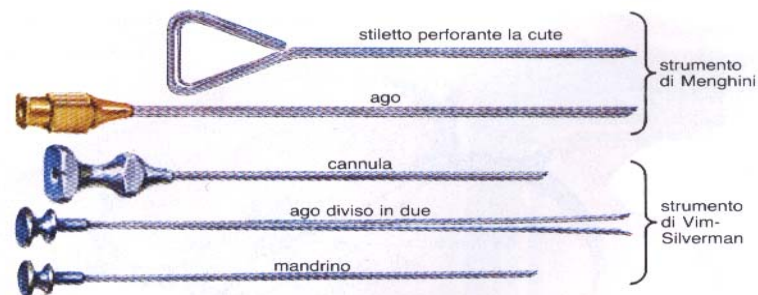


Clinical Highlights

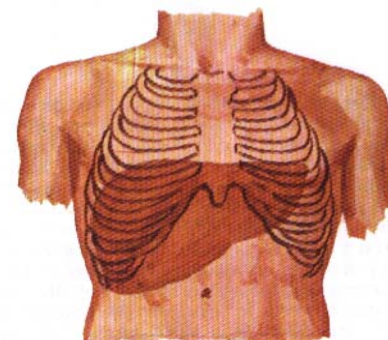
APPROCCIO DIAGNOSTICO ALL'ITTERO OSTRUTTIVO







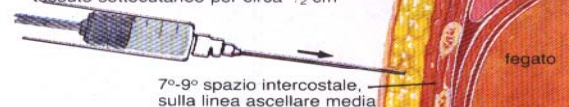
via di accesso intercostale (transtoracica)



via di accesso sottocostale

TECNICA CON L'AGO DI MENGHINI

1. dopo la perforazione della cute con lo stiletto, l'ago, attaccato a una siringa che contiene 2 ml di soluzione fisiologica, viene spinto nel tessuto sottocutaneo per circa $\frac{1}{2}$ cm



2. 1 ml di soluzione fisiologica viene iniettato per espellere tutti i frammenti di tessuto dall'ago



3. si esercita la massima aspirazione sulla siringa



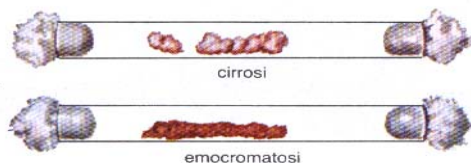
4. il paziente trattiene il respiro in espirazione; l'ago viene spinto alla massima profondità con un movimento rapido e rettilineo senza rotazione; si mantiene l'aspirazione



5. lo strumento viene ritirato rapidamente senza rotazione; si mantiene l'aspirazione

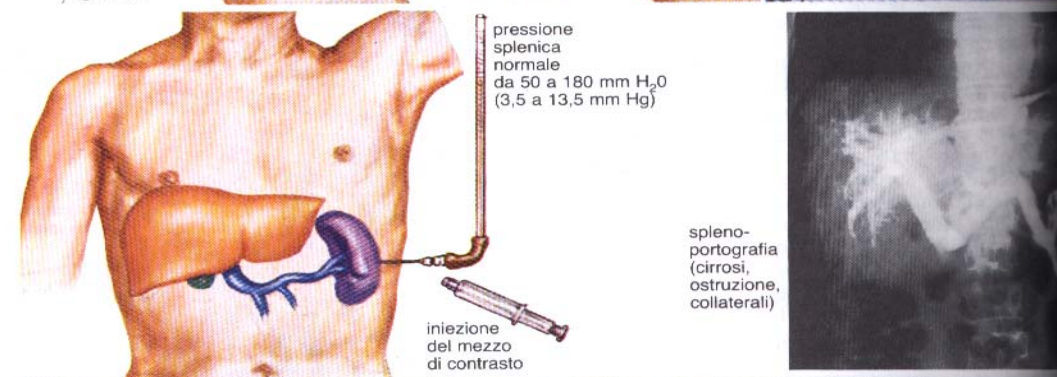
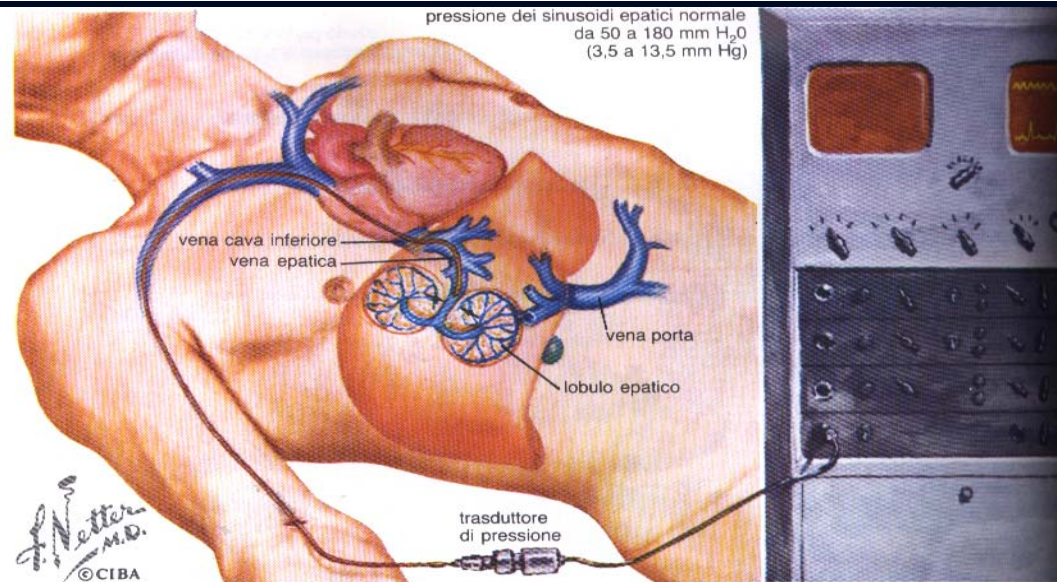


6. il campione biotico viene recuperato espellendo la soluzione fisiologica residua dalla siringa

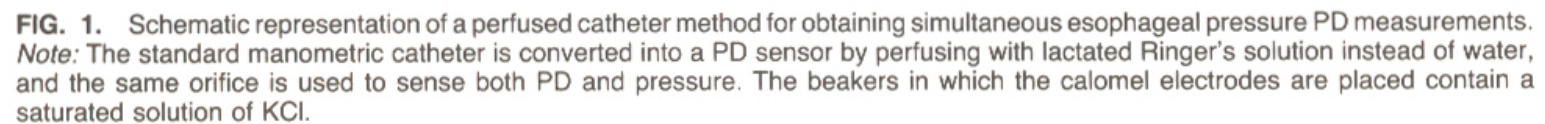


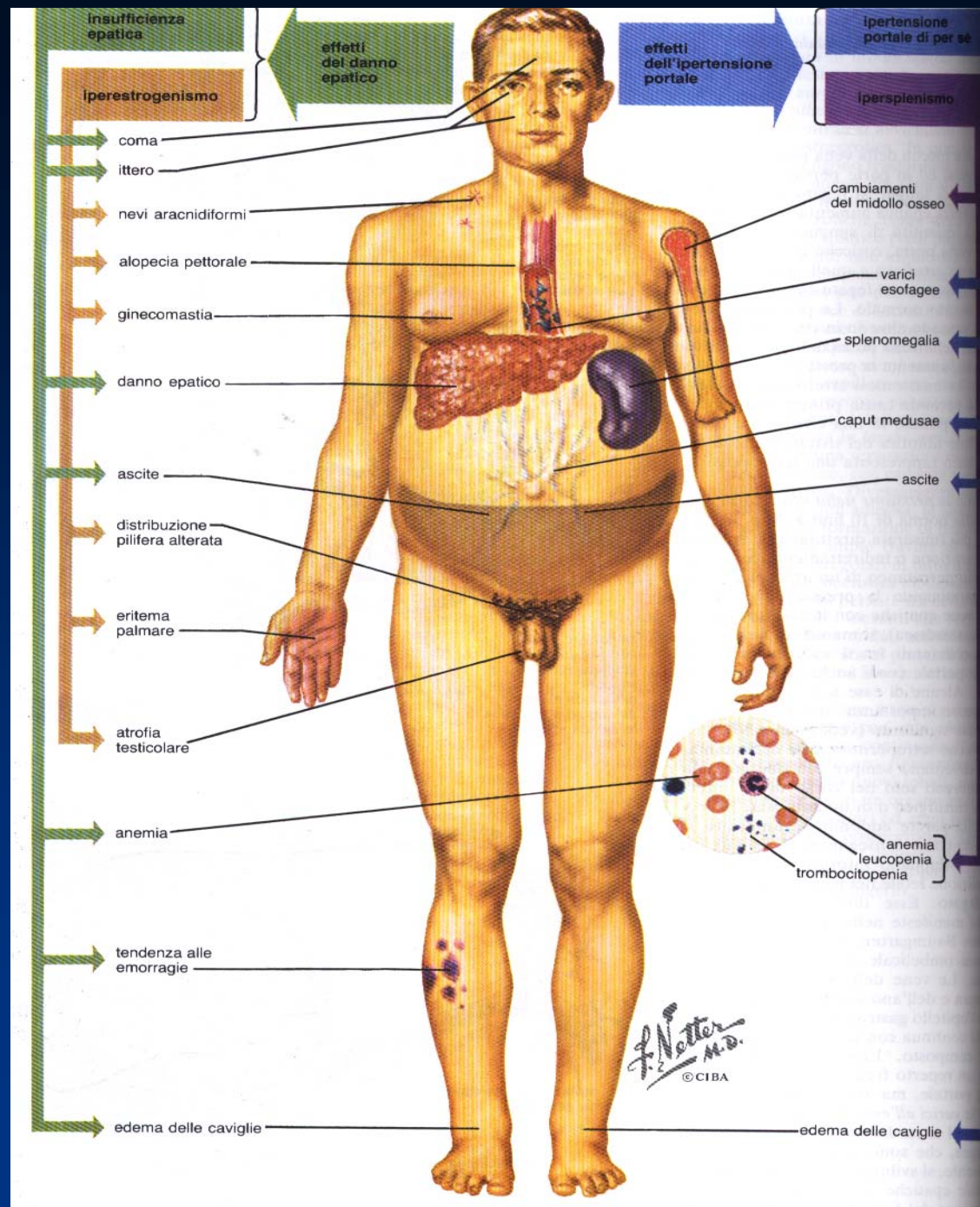
diagnosi
macroscopica
dei campioni
(ottenuti con
aghi più grandi)

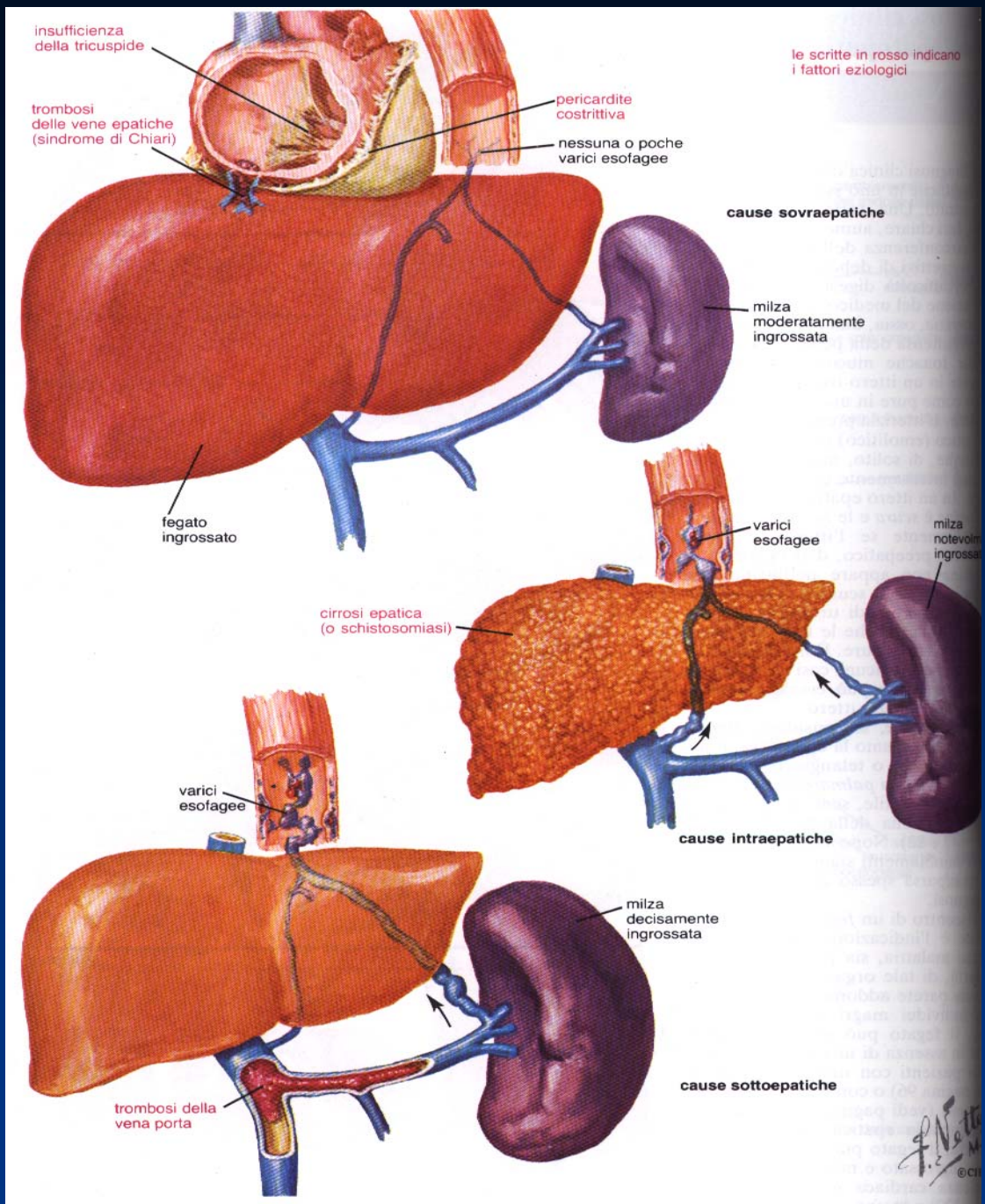




postsinusoidale		ipertensione portale		presinusoidale	
cirrosi		intraepatica fibrosi portale; ad es. schistosomiasi		extraepatica ostruzione portale; ad es. trombo	
pressione dei sinusoidi epatici: 200 a 450 mm H ₂ O (15 a 34 mm Hg)	pressione splenica: 200 a 450 mm H ₂ O (15 a 34 mm Hg)	pressione dei sinusoidi epatici: 50 a 180 mm H ₂ O (3,5 a 13,5 mm Hg)	pressione splenica: 200 a 450 mm H ₂ O (15 a 34 mm Hg)	pressione dei sinusoidi epatici: 50 a 180 mm H ₂ O (3,5 a 13,5 mm Hg)	pressione splenica: 200 a 450 mm H ₂ O (15 a 34 mm Hg)
vena epatica noduli rigenerativi milza vena porta		lobuli epatici fibrosi peri-venosa milza		blocco vena porta o della vena epatica milza	







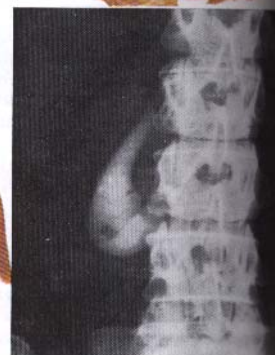
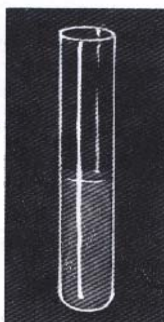
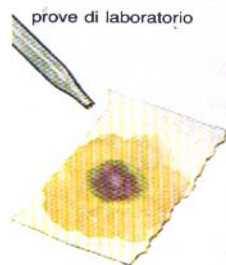
storia



esame clinico:
dolorabilità
e massa palpabile
(nel quadrante
superiore destro)



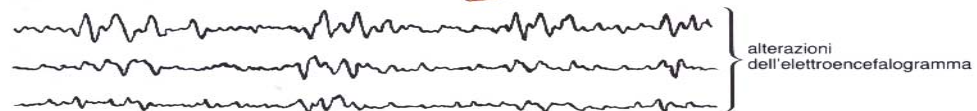
prove di laboratorio



F. Netter
M.D.
© CIBA



F. Netter
M.D.
© CIBA

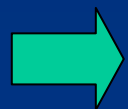


NAUSEA

“Sensazione di disgusto per il cibo”
(può precedere il vomito - ad eccezione del vomito cerebrale)

Sintomi di accompagnamento

- scialorrea
- sudorazione
- tachicardia
- ipotensione



ipertono vagale

Cause

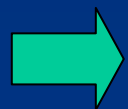
- psicogene od organiche
(malattie TD, terapia
radiante, farmaci,
malattie epato-biliari,
insufficienza renale)

NAUSEA

“Sensazione di disgusto per il cibo”
(può precedere il vomito - ad eccezione del vomito cerebrale)

Sintomi di accompagnamento

- scialorrea
- sudorazione
- tachicardia
- ipotensione



ipertono vagale

Cause

- psicogene od organiche
(malattie TD, terapia
radiante, farmaci,
malattie epato-biliari,
insufficienza renale)

VOMITO

“Espulsione forzata del contenuto gastrico dalla bocca”.

Genesi: atto riflesso con varie componenti: contrazioni antiperistaltiche, chiusura del piloro, rilasciamento dello sfintere cardiaco, contrazione del diaframma e della muscolatura addominale, chiusura della glottide ed elevazione del palato molle, aumento frequenza respiratoria.

Conato di vomito: riproduce le componenti del vomito ad eccezione del rilasciamento del cardias ➡ mancata espulsione del contenuto gastrico.

VOMITO

Cause:

- neurologica: da stimoli labirintici
da ipertensione endocranica (vomito esplosivo, non associato a nausea)
- metabolica: acidosi diabetica, insufficienza renale
- gastrointestinale: infezioni, ulcera peptica, stenosi pilorica, ileo meccanico e paralitico
- irritazione peritoneale: colangite, pancreatite, appendicite
- cardiocircolatoria (rara): infarto, scompenso congestizio
- riflessa: coliche renali, biliari
- farmaci: digitale, morfina
- gravidanza
- fattori psicogeni e psichiatrici

VOMITO

Zona trigger dei chemocettori: localizzato nell'area postrema del pavimento del quarto ventricolo

E' attivato da: farmaci (chemioterapici, apomorfina, digitale), tossine batteriche e non (uremia, chetoacidosi diabetica), gonadotropine corioniche, progesterone (?).

VOMITO

Espressione clinica:

- Distinguere da rigurgito e ruminazione.
- Valutare il rapporto con i pasti: se post-prandiale la causa è più spesso gastrintestinale. I vomiti metabolici e neurologici non hanno rapporti.
- Valutare i sintomi di accompagnamento da ipertono vagale. Il vomito da ipertensione endocranica non è associato a nausea, scialorrea, sudorazione.
- Caratteristiche del vomito: “esplosivo”, colore (sangue!).
- Insorgenza acuta o preceduta da sintomi gastrintestinali.