

ESAME OBIETTIVO REGIONALE DEI SINGOLI ORGANI E APPARATI

E' lo studio delle regioni anatomico-cliniche di cui al capitolo precedente in funzione delle strutture, organi e apparati ad esse corrispondenti.

Gli strumenti primi dell'esame obiettivo sono gli organi di senso e la metodologia della semeiotica fisica deve sempre rispettare la sequenza:

- A) Ispezione
- B) Palpazione
- C) Percussione
- D) Auscultazione

anche se non tutti questi momenti sono applicabili ad ogni regione.

Utile complemento nell'esame fisico sono alcuni attrezzi elementari:

- abbassa-lingua
- fonte luminosa (a pila) abbastanza puntiforme
- transilluminoscopia (tubo di cartone di cm.0,5-1 di diametro, di 20 cm. circa di lunghezza: può essere utilizzato lo stetoscopio)
- guanti da esplorazione
- nastro centimetrato (metro da sarto)
- bastoncini di legno (ottimi allo scopo i comuni fiammiferi di legno)
- lente di ingrandimento
- matita dermatografica
- martelletto da riflessi
- punta metallica (di solito incorporata nel martelletto da riflessi - ottimi allo scopo un ago da iniezione ipodermico o comune spillo)
- stetoscopio
- fonendoscopia
- sfigmomanometro.

LA TESTA

In questo capitolo descriviamo i segni di maggiore utilità pratica che è necessario conoscere e che più frequentemente si riscontrano nella pratica chirurgica generale. Non ci occuperemo pertanto di ciò che concerne argomenti prettamente specialistici.

La faccia, l'esame della lingua, l'aspetto della congiuntiva e della mucosa orale e in particolare sottolinguale è materia ampiamente trattata dalla semeiotica medica e non vi ritorneremo sopra.

Nelle regioni superficiali del capo che abbiamo descritto nel capitolo precedente una tumefazione può essere dovuta a lesione traumatica o patologica.

Tra le prime la forma più frequente è l'ematoma. Compare nella sede di applicazione del trauma (contusivo) a rapido sviluppo, dolente, dolorabile.

Alcune caratteristiche ne precisano la sede: nel sottocutaneo la tumefazione è voluminosa, molle, fluttuante e difficilmente scompare alla pressione per la difficoltà che il sangue incontra a diffondersi tra le maglie fibrose che dal derma si spingono nel sottocutaneo.

Quando invece l'ematoma è nel piano sottoaponevrotico (sotto la galea) esso di solito è meno voluminoso, è più consistente e scompare o si modifica con facilità con la pressione per la possibilità che il sangue ha di diffondersi sotto l'aponevrosi epicranica.

Talora la tumefazione post-traumatica è molle centralmente e dura alla periferia e si ha l'impressione di palpare un cratere centrale, che può far sospettare una lesione della volta cranica. Questo reperto può essere dovuto a coagulazione periferica del sangue o ad infarcimento dei tessuti circostanti l'ematoma. Si può tentare di lasciare un'impronta su questo orlo con l'unghia ma solo raramente questo segno è positivo. Il reperto di cratere si può tuttavia avere anche in caso di frattura e il bordo duro è dovuto allora a raccolta di sangue sottoperiosteale. E' ovvio che nei casi in cui l'ematoma sia sottoaponevrotico o quando presenti il segno del cratere, si deve eseguire un esame radiologico del cranio.

Le tumefazioni non traumatiche del cuoio capelluto sono dovute con grande frequenza a cisti sebacee, spesso multiple, di dimensioni varie, da piccole a molto voluminose.

Esse interessano il sottocutaneo: quindi di regola, mentre sono fissate all'epidermide, scivolano sui piani sottostanti.

Se si infiammano (e possono giungere a suppurazione) il cuoio capelluto sovrastante si arrossa e può ulcerarsi e, mentre di regola non sono dolenti nè dolorabili, lo diventano. Esse allora possono fissarsi ai piani sotto- e circostanti. Bisogna ricordare che queste cisti talora subiscono la trasformazione maligna: in tal caso in assenza dei segni dell' infiammazione esse si fissano ugualmente ai piani sotto- e circostanti. In caso di dubbio in tal senso è opportuno esaminarle istologicamente (come regola generale l'esame istologico dovrebbe essere sempre eseguito sui reperti chirurgici).

Lesioni neoplastiche metastatiche dello scheletro possono simulare una cisti sebacea. In tal caso però la tumefazione è fissa sul piano scheletrico e l'esame radiologico rivelerà una lacuna ossea.

Altre lesioni di queste regioni che danno tumefazione (aneurisma cirsoideo, neurofibroma, ecc.) sono rare e non le descriviamo.

E' invece opportuno ricordare le modificazioni craniche della osteopatia di Paget, caratterizzata da aumento volumetrico di alcune ossa, tra cui quelle del cranio.

Il dato anamnestico dell'uomo, cui è diventato stretto il cappello, è caratteristico,

Talvolta sul cranio pagetico si può ascoltare soffio sistolico per la cospicua vascolarizzazione che il tavolo acquista. Naturalmente dirimente è l'esame radiologico.

Nella regione temporale passa l'arteria omonima, che, com'è noto, è con l'arteria mascellare interna, ramo terminale della carotide esterna.

Questa arteria è di facile repere in quanto superficialissima e rappresenta un utile punto di polso periferico. Si applicano quindi tutte le regole semeiologiche al riguardo con le relative caratteristiche (frequenza, ritmo, validità, ecc.). L'arteria può essere interessata dalla patologia arteriosclerotica: in tal caso è più evidente, rilevata sotto la cute, più tortuosa, ingrandita, di consistenza aumentata, talvolta molto dura, sfuggevole sotto le dita.

Un'affezione caratteristica di questo vaso è l'arterite temporale di Horton (1932) - (arterite a cellule giganti). Sembra essere questa un'entità clinica a sè stante e si manifesta sottoforma di un'infiammazione subacuta e cronica di questa arteria.

Sono colpite per lo più le persone anziane, anche se i giovani non ne sono esenti; la malattia non ha predilezione di sesso nè caratteri di familiarità.

La lesione di solito è bilaterale e può essere segmentaria. L'arteria si presenta ispessita, talvolta con noduli parietali e con lume ristretto od occluso.

Il segno clinico più importante è la cefalea intensissima con edema ed arrossamento della regione temporale, dove è possibile apprezzare la rilevatezza dolorabile dell'arteria, spesso di tipo nodulare.

Il polso può essere diminuito o assente. Può essere presente febbre, malessere generale, anoressia.

Il decorso è di settimane o mesi. L'evoluzione porta di solito alla guarigione, pur insorgendo talora complicanze a carico dei vasi retinici, E' importante accertare la diagnosi con una biopsia.

Il fenomeno di Claude Bernard-Horner consiste nella triade: enoftalmo, miosi e ptosi palpebrale.

Di solito monolaterale è espressione della paralisi del simpatico cervicale (sindrome oculare simpatico paralitica). Esso può essere dovuto a pregressi interventi sul simpatico cervicale o a processi che comprimono o distruggono tali elementi nervosi, come i tumori.

Il tumore dell'apice polmonare, quando infilti i tessuti extrapleurici, spesso è responsabile del fenomeno, che, associato al dolore in sede toracica e cervico-brachiale, prende il nome di sindrome di Pancoast.

IL COLLO

SISTEMA LINFATICO

Nel collo si riconoscono numerose stazioni linfonodali (linfocentri) di cui le più importanti sono:

- GRUPPO SOTTOMENTONIERO
- " SOTTOMANDIBOLARE
- " GIUGULARE

- " PARATRACHEALE
- " SOVRACLAVEARE DEL TRIANGOLO ANTERIORE
- " SOPRACLAVEARE DEL TRIANGOLO POSTERIORE
- " NUCALE.

Ogni gruppo linfonodale presenta un diverso territorio di drenaggio, anche se i collettori linfatici sono riccamente anastomizzati tra loro.

E' utile conoscere il territorio drenato da ogni gruppo linfonodale. Questo è valido soprattutto per quelle neoplasie che creano metastasi a livello di determinati gruppi linfonodali.

Un esempio di queste alterazioni è dato da alterazioni neoplastiche maligne a carico dello stomaco e dell' esofago che possono indurre metastasi nei linfonodi della *fossetta sovraclaveare sinistra*:

Il segno di "Troisier-Concato".

Perchè una tumefazione possa essere identificata come linfonodo ingrossato per motivi infiammatori o neoplastici, essa deve essere localizzata in una delle stazioni linfonodali e, nel caso si trovi nella regione anteriore del collo, deve essere immobile alla deglutizione.

Nel collo si può avere un solo linfonodo aumentato di volume e di consistenza. Se questa è elevata e non accompagnata da segni di flogosi, il linfonodo può essere sede di metastasi. Se invece i linfonodi interessati sono più d'uno con le stesse caratteristiche qualitative suddette, può trattarsi di malattia sistemica del circolo linfatico, come ad esempio il linfogranuloma maligno di Hodgkin. In questo caso altre stazioni linfonodali possono essere soggette a identiche alterazioni.

Può darsi il caso di un linfonodo più voluminoso unico o duplice, accompagnato da fenomeni flogistici acuti o cronici con fenomeni di riattivazione. Tale situazione può presentarsi per le seguenti eventualità:

A) LINFOADENITE ACUTA, peraltro rara nel collo

B) ASCESSUALIZZAZIONE: la massa si presenta fluttuante senza i fenomeni dell' infiammazione acuta. In tali casi è frequente la patogenesi virale.

C) LESIONE TUBERCOLARE: il linfonodo se superficiale aumenta di volume e può andare incontro a colliquazione dovuta a caseificazione. Se il linfonodo interessato è profondo, perivascolare, questo si presenta inizialmente difficilmente palpabile. In seguito esso aumenta di volume ed è spesso accompagnato da alterazioni analoghe che colpiscono gli altri linfonodi del gruppo cui esso appartiene. Questi linfonodi possono andare incontro simultaneamente a fenomeni di necrosi caseosa, formando quindi una cavità, che tende a farsi strada in genere verso la superficie determinando la perforazione delle fasce cervicali. La pelle lentamente si assottiglia e il processo di superficializzazione culmina con la formazione di una fistola tubercolare. In seguito allo svuotamento della cavità contenente il caseum, la lesione può super - infettarsi per l'azione di batteri generalmente Gram positivi o guarire di prima intenzione con formazione di cicatrici in genere deturpanti (SCROFOLA).

Una tumefazione in regione latero-cervicale piuttosto voluminosa che compare nel bambino o nel neonato o nei primi due anni di vita, transilluminabile, è un IGROMA CISTICO, cioè una raccolta di linfa in lacune cistiche dovute al fatto che i collettori linfatici del collo non si sono canalizzati e la linfa pertanto non è drenata attraverso i dotti linfatici.

Una formazione rotondeggiante piuttosto voluminosa che insorge tra il muscolo sternocleidomastoideo, l'angolo della mandibola e l'osso ioide, è una cisti branchiale. Essa compare nell'adolescenza o anche intorno ai vent'anni. Questa massa, che può raggiungere dimensioni cospicue, è liscia e fissata ai piani profondi. Tale formazione in genere non dà fenomeni infiammatori, se non locali e rapidi arrossamenti cutanei. Se si punge questa massa, si aspira un materiale purissimo: la presenza di abbondanti cristalli di colesterolo all'esame microscopico in tale materiale conferma la diagnosi di cisti branchiale..

Se un soggetto presenta un orifizio lungo il m. sternocleidomastoideo dal quale fuoriesce materiale purulento generalmente si tratta di fistola branchiale, specillabile fino in prossimità del processo mastoideo: questo orifizio talora si oblitera, salvo riaprirsi in tempi successivi.

Una tumefazione che compare qualche volta bilateralmente ai lati del laringe, sopra la cartilagine tiroidea, e che si manifesta quando il paziente soffia (manovra di Valsalva), è espressione di diverticolo laringeo che si insinua attraverso la membrana tiroioidea. Ciò può avvenire più in basso sempre lateralmente alla trachea: ernia mucosa intercartilaginea (tracheocele)

Un paziente che riferisca di una tumefazione che appare durante l'ingestione di cibo, solitamente a sinistra, lateralmente al m. sternocleidomastoideo nella regione sopraclaveare e che lamenti disfagia, che insorge dopo alcune deglutizioni (disfagia ritardata o disfagia del terzo boccone) e se ancora riferisce che questa tumefazione scompare con compressione, che al contempo determina ritorno degli alimenti in bocca (MERECISMO o RUMINAZIONE), tutto ciò è espressione di diverticolo faringo-esofageo di ZENKER.

Questo diverticolo si forma nella parete posteriore del faringe, dove esiste una zona di debolezza (triangolo di Killian-Laimer), cioè uno hiatus tra i ventri del muscolo costrittore del faringe. Se il muscolo crico-faringeo, lo sfintere superiore dell'esofago (UES o SES), non si apre (acalasia) o si apre fuori tempo (discalasia) all'arrivo della spinta propulsiva faringea nell'atto della deglutizione, si determina nella camera faringea uno stato di alta pressione che gradatamente sfonda la suddetta zona di debolezza e si crea un'ernia mucosa, il diverticolo.

Nella regione anteriore del collo possono esservi tumefazioni o fistole al di sopra o al di sotto dell'osso ioide. Le tumefazioni e le fistole situate al di sopra dell'osso ioide sono espressione di una patologia che interessa il dotto tireoglossa. Le tumefazioni al di sotto dell'osso ioide sono generalmente espressione di patologia tiroidea.

TIROIDE

In condizioni normali la tiroide non è palpabile. Se lo diventa, generalmente il reperto è espressione di patologia: fa eccezione il caso di ipertrofia tiroidea fisiologica come può manifestarsi ad esempio in età pubere.

Un elemento caratteristico per affermare che una massa nella regione anteriore del collo sia di natura tiroidea è che essa, durante la deglutizione, presenti la caratteristica di innalzarsi insieme al blocco laringeo. Tuttavia questo elemento differenziale può non essere presente in alcune tireopatie:

tumori maligni ad accrescimento extracapsulare della tiroide o tiroiditi croniche, come ad esempio la malattia di Hashimoto, per il coinvolgimento delle strutture circostanti possono determinare la perdita di tali caratteristiche di mobilità.

Anche quando la massa tiroidea si spinge verso il basso, dietro lo sterno e talora in sede toracica, (gozzo retrosternale), allora anche in questo caso la mobilità della tiroide con la deglutizione può essere attenuata.

Questa risalita della ghiandola verso l'alto con la deglutizione favorisce la delimitazione palpatoria dei limiti inferiori della tiroide nei cosiddetti *gozzi plongeant*, cioè appena immersi dietro il giugolo: se si riesce ad apprezzare tale limite quando la tiroide s'innalza, si può dedurre che lo struma è ancora prevalentemente in sede ortotopica cervicale. In caso contrario esso sarà più o meno immerso in torace.

Oltre quella tiroidea altre manifestazioni patologiche (linfadenopatie, lipomi, teratomi, ecc.) sono in grado di alterare la morfologia della regione anteriore del collo, ma non risalgono come la tiroide durante l'atto deglutitorio ed è possibile pertanto distinguerle da quelle di competenza tiroidea.

ISPEZIONE

All'ispezione bisogna considerare i caratteri dei tegumenti in quanto nei fenomeni di tiroidite acuta sono presenti i caratteri della flogosi; eventuali pulsazioni; il dermatografismo cioè la possibilità di lasciare un segno rosso sulla cute, espressione di vasodilatazione subitanea. Per ispezionare la regione anteriore del collo bisogna fare estendere il capo al paziente; con questa modalità si può mettere in evidenza la presenza di tumefazioni. Nei soggetti obesi questa manovra può non essere sufficiente e si utilizza allora questa manovra: si fa buttare indietro il capo al paziente facendogli contemporaneamente porre le mani intrecciate dietro la nuca.

PALPAZIONE

La palpazione di una tiroide aumentata di volume si effettua facendo flettere passivamente il capo. Per far sì che la muscolatura del collo si rilaschi, si pone la mano sinistra sul capo del paziente e se ne determina la flessione passiva; la mano destra è utilizzata per la palpazione. L'esaminatore si pone pertanto a lato del paziente a destra o a sinistra secondo le esigenze della manovra palpatoria. Anche la palpazione bimanuale con esaminatore posto dietro il paziente può essere adottata, ma spesso così facendo non si ottiene il completo rilasciamento dei muscoli pretiroidei.

Per rendere palpabile un nodulo in posizione laterale, al di sotto del m. sternocleidomastoideo, si può spostare la trachea premendola sul lato opposto al lobo da esplorare: il nodulo può così scivolare lateralmente al muscolo sternocleidomastoideo e rendersi palpabile.

Alla palpazione la massa tiroidea può presentarsi liscia (gozzo parenchimoso) oppure bitorzoluta (gozzo multinodulare).

Per quanto riguarda la consistenza va ricordato che la tiroide, quando iperplastica, come nel gozzo, ha consistenza parenchimoso; noduli calcifici possono tuttavia costituire eccezione; un nodulo maligno può presentarsi più consistente e talvolta ligneo. Tuttavia quest'ultimo dato non ha caratteri di generalità per far diagnosi di tumore. Una massa tiroidea può anche presentarsi di consistenza teso-elastica (cisti tiroidea).

IL GOZZO o STRUMA (gozzo iperplastico benigno)

.Un gozzo può interessare un lobo o tutta la tiroide (lobare o diffuso bilaterale) ed in essa si possono creare formazioni nodulari solide o cistiche (gozzo multinodulare). Tutte queste masse creano tumefazione a livello della regione sottoioidea. Siccome questa zona è in comunicazione con lo spazio anteriore del mediastino, lo struma vi si può traslocare: specialmente nell'anziano, la progressiva cifolordosi vertebrale cervicotoracica determina graduale accorciamento della distanza ioide-giugulo con spinta dall'alto verso il basso dello struma, con conseguente migrazione della massa in torace. Un paziente che dice di avere avuto una tumefazione a livello sottoioideo, la quale sia poi scomparsa, può far sospettare che la massa sia divenuta intratoracica. Una massa intratoracica di tipo tiroideo mantiene il più delle volte i rapporti con la loggia tiroidea; per questo è frequentemente possibile palparne l'estremo superiore al di sopra del giugulo. Poiché, come s'è detto, la tiroide risale con gli atti della deglutizione, uno struma intratoracico può con questa manovra rendersi almeno in parte palpabile.

Lo struma tiroideo si definisce cervico-mediastinico quando due terzi o più di esso sono in torace.

Il voluminoso struma cervico-mediastinico o del tutto intratoracico può rendersi responsabile della cosiddetta Sindrome Mediastinica (da compressione)

Il gozzo con tali caratteristiche crea ostacolo nello stretto toracico superiore: facendo sollevare verticalmente gli arti superiori si determina ostacolo al ritorno venoso e si manifesta arrossamento del volto e turgore delle giugulari.

MORBO DI FLAIANI - BASEDOW – GRAVES (gozzo tossico diffuso)

Il soggetto presenta tiroide aumentata variamente e uniformemente di volume (in alcuni casi il gozzo è assente) di consistenza parenchimoso (strumi iperplastici multinodulari normotiroidei possono diventare tossici (Malattia di Plummer): si denominano anche strumi basedowizzati). La palpazione dell'area tiroidea può percepire un fremito - THRILL TIROIDEO – e all'auscultazione un soffio sistolico. Ciò è dovuto all'aumentata vascolarizzazione della ghiandola.

.La malattia è polisintomatica:

FACIES: il basedowiano presenta spesso una caratteristica subito visibile, cioè l'esoftalmo. (protrusione dei bulbi oculari). In ogni caso gli occhi si presentano lucidi e brillanti.

Altri segni oculari sono caratteristici della malattia :

- rarità dell'ammicciamento: se si passa di colpo la mano davanti agli occhi del paziente, egli non ammicca. (Segno di Stellwag).

- il paziente presenta un difetto nella convergenza quando gli si chiede di fissare un oggetto a distanza ravvicinata. (Segno di Moebius)

- assenza del corrugamento della fronte quando il capo è piegato verso il basso e il paziente guarda verso l'alto. (segno di Joffroy)

- se al paziente si fa seguire un dito tenendogli ferma la testa, gli si scopre la sclera perché la palpebra non accompagna il globo oculare nella discesa del dito. (segno di Graefe).

- esiste la possibilità che le palpebre non rimangano chiuse completamente durante il sonno (soprattutto nell'esoftalmo).

- se al paziente si fa seguire con gli occhi un dito da destra a sinistra e viceversa si ha Nistagmo orizzontale. - talvolta si riscontra pigmentazione palpebrale.

- talvolta mancanza di sopracciglia nel terzo esterno dell'arcata.

CUTE: si presenta solitamente umida. Infatti le mani, soprattutto le palme, sono tendenzialmente calde e umide. Questi pazienti presentano intolleranza al caldo ed aumentata tolleranza al freddo.

E' quasi sempre presente fine tremore delle mani. Per evidenziare questo segno si chiede al paziente di stendere gli arti superiori dritti davanti a sè: sopra le mani tese si appoggia un foglio di carta al quale si trasmette in modo ben visibile il tremore.

POLSO: tachicardico, può essere celere e/o scoccante, presentare extrasistoli e si può anche manifestare aritmia totale per fibrillazione atriale

PRESSIONE ARTERIOSA: aumento della massima e della differenziale.

ALTRI SINTOMI: eretismo neuro-psichico, stato ansioso, insonnia, astenia (miopatia tireotossica), febbricola, modificazioni del peso corporeo in più o in meno, disturbi dell'alvo (diarrea), dismenorrea o amenorrea, impotenza sessuale, ecc.

LA CRISI TIREOTOSSICA

STRUMA UNINODULARE TOSSICO (NODULO AUTONOMO)

A differenza del Morbo di Basedow, Lo stato di ipertiroidismo si manifesta in modo oligosintomatico:

- a carico dell'attività cardiaca
- a carico del sistema nervoso

(sono gli stessi sintomi che per questi apparati si osservano nel morbo di Basedow.