

## 7 - Addome

ESAME OBIETTIVO**ISPEZIONE**Forma

- addome piano: è quello normale. La regione epigastrica è sullo stesso piano della mesogastrica e lievemente incavata rispetto a questa.
- addome globoso: può essere espressione di adipe, meteorismo (cioè presenza di bolle di gas nelle anse intestinali che alla percussione danno suono timpanico).
- addome batraciano: caratteristico dell'anasarca e dell'ascite, è espressione di versamento liquido nella cavità peritoneale. La massa addominale sconfinata in questo caso oltre i suoi limiti laterali e presenta dimensioni notevoli.
- addome incavato o a barca: è tipico degli stati di cachessia o di contrattura muscolare della parete addominale: es. peritonite acuta.

Per evidenziare eventuali laparoceli (fuoriuscita dei visceri fin sotto il rivestimento cutaneo, attraverso una breccia della parete, frequentemente esito di intervento chirurgico laparotomico o conseguenza di diastasi spontanea dei muscoli retti dell'addome, come può avvenire ad.es. dopo gravidanze) occorre fare aumentare la pressione endo-addominale e ciò si ottiene mediante i seguenti accorgimenti:

- 1) far alzare in piedi il paziente in modo che il peso si eserciti in basso e in avanti.
- 2) far tossire il malato.
- 3) manovra di Valsalva: atti espiratori a glottide chiusa.
- 4) manovra di Carnet: s'invita il paziente degente in letto con gli arti inferiori distesi (a volte può essere opportuno fare sollevare gli arti in estensione) ad alzare la testa (flessione del collo); così facendo, i muscoli retti dell'addome entrano in contrazione: compare allora una tumefazione a consistenza teso-elastica, costituita da visceri ricoperti dal peritoneo e dalla cute o da qualche lacinia di fascia trasversale, bordata lateralmente dai muscoli retti dell'addome e che darà solitamente suono timpanico alla percussione.

Simmetria: normalmente l'addome è simmetrico. Asimmetria può essere espressione di:

- massa voluminosa che ingombra un emi-addome.
- distensione localizzata di anse intestinali (es. distensione colon destro per ostacolo a sinistra)
- ernie e laparoceli
- contrattura unilaterale del muscolo retto dell'addome o di alcuni segmenti di esso per peritonite localizzata
- paralisi periferiche.

Cute e annessi

La cute può presentare caratteristiche variabili da soggetto a soggetto. Arrossamento localizzato o generale è solitamente espressione di infiammazione, il colore cianotico di stasi venosa. Nella distensione cronica dell'addome, come nell'ascite, la cute può assottigliarsi, diventando lucente. Tronchi venosi sottocutanei possono comparire con significato di circoli collaterali (es. circoli di compenso nell'ipertensione portale da ostacolo intraepatico. Il *caput medusae* consiste in vene tortuose e tese disposte a raggiera intorno all'ombelico come nella Sindrome di Cruvelhier-Baumgarten)

La conformazione pilifera dell'addome si presenta diversa tra maschio e femmina. Una sua modificazione può essere espressione di patologia endocrina. L'irsutismo può essere segnale di tumori endocrini secernenti ormoni maschili (virilizzanti).

Le Strie cutanee sono smagliature, solitamente ai lati dell'addome, che possono comparire in soggetti nei quali si abbia una riduzione importante di volume addominale già cospicuo, come dimagrimento in obeso; dopo gravidanza si definiscono strie gravidiche. Le Strie rubre sono smagliature di colore rossastro che compaiono in soggetti in genere di sesso maschile per alcune patologie endocrine (es. Fhrölich, Cushing, ecc.).

### Cicatrici

La cicatrice ombelicale normalmente è introflessa; se piana o estroflessa può essere espressione di patologia. Così nell'addome ascitico essa è piana o estroflessa, nell'ernia ombelicale l'estroffessione può diventare rilevante.

Cicatrici da pregressi interventi chirurgici o da altre cause possono presentare caratteristiche, in base alle quali è possibile dedurre dati sul tipo di intervento chirurgico e sull'epoca in cui questo è stato effettuato. In base al colore possiamo stabilire se la cicatrice è recente, antica o anomala: se recente, essa ha colore rossastro o roseo, col passare del tempo (un mese circa) assume colore madreperlaceo che tende a confondersi col colorito della cute circostante. Una cicatrice può restare di colore rosso, può diventare iperplastica e apparire rilevata sulla superficie cutanea, presentandosi evidente ed antiestetica. Spesso è anche dolorosa. Si tratta del cosiddetto Cheloide.

## PALPAZIONE

Il paziente deve essere coricato, rilassato, con le braccia distese lungo il corpo; le mani dell'esaminatore devono essere calde, per evitare un' immediata contrazione di difesa; ci si pone, se destrimani, alla destra del paziente con la mano che palpa aperta, appoggiandone il palmo a piatto sulla superficie addominale, con braccio e avambraccio sullo stesso piano orizzontale dell'addome in esame.

Si inizia la palpazione dalla parte diametralmente opposta a quella in cui si suppone essere il focolaio patologico, per evitare di invalidare l'intera manovra, determinando subito una possibile contrazione di difesa.

Una corretta palpazione va effettuata comparativamente e dal basso verso l'alto.

La palpazione si divide in superficiale e profonda

### . Palpazione superficiale

Si esegue a mano piatta con il palmo e le dita divaricate che esplorano delicatamente la parete addominale, per rilevare eventuali alterazioni di questa e ottenere una "visione" panoramica in relazione alle condizioni dei tegumenti e della muscolatura.

Essa mette in evidenza le caratteristiche di:

- cute: ruvida -umettata -grassa -asciutta -edematosa
- sottocute: presenza di eventuali tumefazioni ( es. lipoma).

Se una tumefazione è localizzata negli strati posti superficialmente rispetto alla parete muscolare, facendo contrarre dal paziente la muscolatura addominale, è possibile creare un piano rigido sul quale palpare tale massa superficiale. Se questa è invece profonda, la contrazione della parete muscolare la sottrae alla palpazione. Nel primo caso la tumefazione è di origine extraperitoneale ( extra - muscolo - aponevrotica), mentre nel secondo caso è di competenza intraperitoneale ( o comunque sotto - muscolo - aponevrotica)

- parete muscolare: -stato di rilassamento.
  - stato di contrazione (atto volontario o riflesso episodico).
  - stato di contrattura (atto involontario e permanente).

In condizioni normali l'addome è trattabile su tutto l'ambito, cioè si avverte una sensazione di morbidezza su tutti i quadranti. Una sensazione di parete lineea localizzata o generalizzata è invece espressione di contrazione per difesa antalgica alla palpazione o di contrattura dovuta ad una patologia flogistica della cavità addominale. (ad es. peritonite).

### Palpazione profonda

Si esegue affondando la punta delle dita unite lentamente e gradatamente. Come superficie palpante si utilizza la superficie palmare e la punta delle falangi distali della mano. Questa va tenuta a tavoletta e la si appoggia premendo soprattutto sul lato ulnare approfondendola tanto più quanto più la palpazione vuole essere profonda. A tal fine la mano sinistra può appoggiarsi sulla mano destra, coadiuvandola nell'esercitare pressione (mano destra sensoriale, mano sinistra motrice).

La palpazione profonda si propone di vincere la resistenza tonica della parete muscolare per esplorare gli organi contenuti nella cavità addominale (intra- e retro-peritoneali). E' utile poter individuare, localizzare, una massa palpabile e determinarne forma e dimensioni; a tal fine questa la si deve avvolgere quanto più possibile con la mano che palpa, per poterne percepire i margini. Si può così evidenziare l'eventuale presenza di una massa sottostante alla prima. Una manovra che aiuta nella identificazione della massa palpabile è di stabilire se questa si sposta solidalmente con gli atti respiratori; in questo caso la massa interessa un organo a contatto diretto col diaframma (organi ipocondriaci: fegato e milza) o indiretto (colecisti o massa sotto-epatica).

### Identificazione delle formazioni – masse palpabili

Per procedere alla localizzazione di una massa palpabile in addome è necessario conoscere la posizione anatomica degli organi nei vari quadranti dell'addome e stabilirne l'appartenenza alla cavità peritoneale o agli spazi extra o retroperitoneali.

Per favorire il rilasciamento della parete, è consigliabile che il paziente sia sdraiato sul dorso, con le ginocchia flesse e leggermente divaricate (posizione ginecologica),

Per l'esplorazione dei quadranti superiori, soprattutto per capire se la formazione palpabile è intra- o retro-peritoneale, l'esaminatore si pone dal lato da esplorare, appoggia una mano sulla parete posteriore (mano sinistra a destra, mano destra a sinistra) con le estremità delle dita nell'angolo costo-lombare e l'altra mano a piatto, anteriormente, sui quadranti laterali (regione del fianco), con le estremità delle dita al di sotto dell'arcata costale.

S'invita il paziente a respirare profondamente e si spinge con la mano posta anteriormente verso la mano posta posteriormente: se quest'ultima avverte contatto con la massa sospinta dall'altra mano, si realizzerà il contatto lombare.

Se si è in grado di spostare la massa tra le due mani, la massa potrà essere definita ballottabile. Queste due caratteristiche (contatto lombare e ballottabilità) indicano generalmente la posizione retroperitoneale della massa palpata. Se non si percepisce né il contatto lombare, né il ballottamento, la formazione, che si palpa, è endoperitoneale e non retroperitoneale. Tuttavia se la massa è molto voluminosa tali manovre non sempre sono valide.

Se la massa palpabile è pulsante (es. aneurisma aortico), si applica la già descritta metodica per distinguere fra pulsatilità propria (intrinseca) o trasmessa (estrinseca).

In condizioni normali nessun viscere od organo è palpabile e pertanto ogni formazione apprezzabile alla palpazione in linea di massima può essere considerata espressione di patologia più o meno importante.

Così la palpazione può rilevare:

- aumento volumetrico di un organo ( es. fegato, milza, rene, ecc.);
- dislocazione (ptosi-ectopia) di un organo (es. rene);
- modificazione della consistenza di un viscere ( es. anse intestinali distese, coprostasi, ecc. );
- alterazioni di forma;
- neoformazioni e processi flogistici.

Identificazione delle masse palpabili in addome in relazione alle regioni di appartenenza.

### **IPOCONDRIO DESTRO E REGIONE DEL FIANCO DESTRO**

In queste regioni si potranno rendere palpabili, in determinate condizioni patologiche:

- a) fegato
- b) colecisti
- c) colon destro e flessura colica destra
- d) rene e masse retroperitoneali
- e) cisti e pseudocisti della testa del pancreas (raramente e se debordanti a destra per grandi dimensioni)

### FEGATO

#### palpazione

Il fegato in condizioni normali non è palpabile, neppure se il paziente inspira profondamente. Talora, tuttavia, il margine inferiore può diventarlo (in grado lieve), senza che ciò abbia significato patologico (lassità dei legamenti sospensori, torace stretto, ecc.)

La palpazione va eseguita col lato ulnare del palmo della mano, procedendo dal basso verso l'alto a partire dalla linea bis-iliaca, invitando il paziente ad eseguire un' inspirazione profonda e a trattenere il respiro, per avere la possibilità di apprezzare le caratteristiche della porzione epatica eventualmente debordante dall'arcata costale.

Soprattutto se l' organo è aumentato di consistenza, durante l'inspirazione si avverte come uno scalino che scatta sotto la mano che esplora.

Se il fegato è aumentato di volume (epatomegalia), il margine può scendere fino alla linea bis-iliaca ed è per questo che è bene iniziare la palpazione così in basso.

Il margine epatico si presenta di norma come un bordo liscio, di consistenza parenchimatosa, smusso, non dolorabile; può presentarsi acuto (tagliente) nella congestione venosa e nelle epatopatie infiammatorie e sclerotiche; irregolare (bernoccolato) per formazioni mammellonate, come nella cirrosi o nelle manifestazioni metastatiche; arrotondato come, ad esempio, nei fenomeni degenerativi.

Il fegato può aumentare di volume per fenomeni congestizi, degenerativi, sclerotici, flogistici o per processi espansivi.

La consistenza può essere parenchimatosa, come di norma, ma si modifica in varie situazioni patologiche fino a diventare duro-ligneo (forme sclero-degenerative, neoplastiche, ecc.)

La forma può variare per la presenza di masse espansive, come cisti o tumori.

Fegato non palpabile non è sinonimo di fegato sano: in alcuni stati morbosi può addirittura diminuire di volume, come ad esempio nella cirrosi atrofica. Esso può così retrarsi dietro la nona e talvolta l'ottava costa e allora non basta un' inspirazione profonda per renderlo palpabile. Diviene così necessaria la percussione.

#### percussione

Alla percussione in corrispondenza dell'aia epatica si ottiene suono ottuso (aia di ottusità epatica). Questa ottusità è "relativa", quando tra la parete toracica e la cupola epatica si interpone il parenchima polmonare, che occupa il seno costo-diaframmatico; è "assoluta", quando il fegato è immediatamente sottostante alla parete percossa.

L'aia di ottusità relativa è una fascia che segue l'arcata costale in cui il suono chiaro polmonare risulta ipofonico. E' evidente che l'aia di ottusità relativa presenta un' estensione variabile a seconda della fase respiratoria: durante una profonda inspirazione tale area risulta diminuita di estensione o assente del tutto; con un' espirazione forzata aumenta la zona di ottusità epatica. Riconoscere l'aia di ottusità epatica relativa è utile per poter valutare l' espansibilità del polmone destro.

L'aia di ottusità assoluta permette di delimitare il fegato.

I limiti di questa si ricercano dall'alto verso il basso e sono:

- IV spazio intercostale sulla parasternale destra.
- V spazio intercostale sull'emiclaveare destra.

- VI spazio intercostale sull'ascellare anteriore e media.
- VII spazio intercostale sull'ascellare posteriore.
- in basso fino al 9° - 11° spazio intercostale

NOTA: per contare le coste si cerca l'angolo del Louis all'incontro tra il manubrio e il corpo dello sterno: lo spazio intercostale immediatamente sottostante è il 2°.

Varie situazioni patologiche possono modificare i limiti su descritti (ad es.: cirrosi atrofica, epatomegalia, processi espansivi, ascesso interepatodiaframmatico, modificazioni della cupola frenica, ecc.)

In caso di gas libero in addome (pneumo-peritoneo), come in seguito a perforazione di un'ansa intestinale, segno patognomico è la scomparsa dell'aia di ottusità epatica, perché il gas si localizza nella sede più elevata, la cupola epato-diaframmatica: alla percussione si rileverà dunque suono timpanico in sostituzione di quello normalmente ottuso. Per differenziare la scomparsa dell'aia di ottusità epatica per pneumoperitoneo da quella dovuta ad interposizione tra fegato e parete addominale di un'ansa intestinale meteorica, come ad esempio il colon trasverso, si procede a variare il decubito del paziente. Ponendo questi in decubito laterale sinistro, l'aia timpanica si sposterà sull'area più laterale dell'ipocondrio destro nel primo caso, mentre resterà invariata nel secondo.

Sulla linea parasternale destra, a livello del IV spazio intercostale, si ha il cosiddetto angolo epato - cardiaco di Tigli-Ebstein, normalmente di 90°, compreso tra l'ottusità dell'aia epatica e il margine destro del cuore. Un'alterazione come ad es. un aumento di volume del fegato (spiccata epatomegalia) renderà acuto questo angolo, mentre un'ipertrofia del cuore o un versamento pericardico lo renderanno ottuso.

### COLECISTI

Come gli altri organi addominali in condizioni normali la colecisti non è palpabile. Lo può diventare nelle seguenti condizioni patologiche:

- idrope;
- empiema;
- colelitiasi;
- neoplasia.

Per idrope s' intende l'aumento di volume della colecisti, solitamente per ostruzione del dotto cistico. Tale aumento è dovuto al sequestro di bile con richiamo osmotico di liquidi, che diluiscono il primitivo contenuto biliare, aumentando ulteriormente il volume del viscere.

L'ostruzione distale della via biliare principale provoca dilatazione di tutto l'albero biliare compresa la colecisti, che diventa palpabile; ovviamente con insorgenza di ittero meccanico.

Colecisti palpabile più ittero da stasi costituiscono il segno di Courvoisier – Terrier, patognomico di neoplasia del coledoco terminale o della testa del pancreas. Questo segno non è in genere provocato da calcolosi della via biliare principale, che non è in grado di determinare ostruzione completa, persistente e con pressione sufficiente a distendere la colecisti.

La colecisti idropica si localizza sotto il margine costale destro come massa tondeggiante a pareti lisce, di consistenza teso-elastica, non dolente né dolorabile; è mobile con gli atti respiratori solidalmente con il fegato; non è ballottabile, né ha contatto lombare.

Per empiema s'intende aumento di volume della colecisti per contenuto purulento; a differenza dell'idrope è dolente e dolorabile alla palpazione (punto cistico e manovra di Murphy).

Solo raramente la calcolosi non complicata può rendere palpabile la colecisti.

### COLON DESTRO E FLESSURA EPATICA

Qualche volta una massa palpabile sotto l'arcata costale risulta fissa rispetto al fegato che tende a ricoprirla: potrà trattarsi di massa dipendente dagli organi sottostanti intra o extra-

peritoneali. Una neoplasia del versante destro del colon trasverso o della flessura epatica del colon può diventare palpabile; di solito però queste neoplasie danno una sintomatologia, che le rende sospettabili prima che risultino palpabili.

In caso di occlusione del colon sinistro il colon destro può distendersi e diventare palpabile.

## RENE

Il rene in condizioni normali non è palpabile: esso diviene palpabile soprattutto quando ptosico; un rene diviene ptosico quando i suoi legamenti sospensori si rilasciano come in seguito ad eccessivo dimagrimento.

E' da notare che il surrene non segue il rene nella sua discesa.

Un rene risulta tanto più palpabile quanto più la ptosi è avanzata e in queste condizioni esso diventa sempre meno mobile con gli atti respiratori, mentre la mobilità passiva risulta sempre più accentuata. Un rene ptosico può giungere fino alla regione iliaca e da qui, mediante manovra bimanuale, lo si può far risalire fino a raggiungere la primitiva sede (a differenza del rene ectopico). La ptosi interessa più frequentemente il rene di destra, già fisiologicamente più basso del controlaterale.

Si distinguono 3 gradi di ptosi:

- 1° risulta palpabile solo il polo inferiore
- 2° si palpano i 2/3 inferiori
- 3° si palpa tutto il rene compreso il polo superiore e in questo caso si parla di rene mobile.

Il rene per la sua ubicazione retroperitoneale offre alla palpazione contatto lombare e ballottamento e può essere identificato come tale, perché mantiene le sue caratteristiche morfologiche al contrario di masse d'altra natura (neoplastiche) ancora retroperitoneali, che assumono differenti morfologie.

Esso ha una sensibilità "sui generis": infatti quando lo si palpa e lo si comprime, il paziente avverte senso di fastidio o di dolore; anche questa è manovra di riconoscimento. Tale sensazione può essere evocata anche comprimendo il rene contro la parete muscolare retrostante, costituita fondamentalmente dal muscolo psoas, provocandone la contrazione. Questa si ottiene facendo sollevare l'arto inferiore al paziente in posizione clinostatica, contrastando questo movimento.

Le masse neoformate di competenza renale possono essere molto voluminose ed arrivare ad ingombrare non solo la regione del fianco, ma anche le regioni finitime.

## **IPOCONDRIO SINISTRO E FIANCO SINISTRO.**

In queste regioni si potranno rendere palpabili:

- milza.
- stomaco (grande curvatura).
- lobo sinistro del fegato.
- pancreas.
- flessura colica di sinistra.
- rene e masse retroperitoneali.

## **MILZA**

La milza non è palpabile in condizioni normali. Essa risente degli atti respiratori ed è situata in posizione anteriore e superficiale: se aumentata di volume (splenomegalia), essa può rendersi palpabile, abbassandosi con l'inspirazione, spostandosi sempre più anteriormente e scoprendo il suo margine mediale, che presenta le incisive spleniche. Il reperto palpatorio di tali incisive consente l'identificazione dell'organo.

Si procede alla palpazione con paziente in decubito sul mezzo fianco destro, con il braccio sinistro sul capo, l'arto inferiore sinistro flesso sul destro che è disteso. L'esaminatore è a sinistra del paziente e la manovra palpatoria è eseguita dalla mano sinistra. Si inizia dalla linea bis-iliaca e si procede verso l'arcata costale di sinistra: La milza, se palpabile, risulta di consistenza parenchimatosa, piuttosto tesa, di forma allungata verso il basso (di solito si palpa il polo inferiore), dotata di una certa mobilità passiva (la si sposta in senso medio-laterale) e attiva (si sposta in concomitanza degli atti del respiro).

Con la percussione si delimita l'area di ottusità splenica. La percussione deve essere leggera per discriminare il suono chiaro polmonare: dall'alto verso il basso, tra la linea emiclavare e

l'ascellare posteriore. Di solito il limite superiore è al IX spazio tra ascellare anteriore e media e XI spazio tra ascellare media e posteriore e risulterà tanto più elevato quanto più la milza aumenta di volume, potendo raggiungere il polo superiore anche il VI-VII spazio intercostale.

La sintomatologia soggettiva delle splenopatie può essere scarsa, eventualmente come senso di peso nelle splenomegalie importanti. Il dolore (irradiazione alla spalla sinistra) può intervenire nei casi di brusca distensione della capsula per improvviso aumento di volume dell'organo (per esempio in seguito ad un' emorragia intracapsulare).

Durante i processi settici si ha una splenomegalia definita "tumore spodogeno".

La ptosi splenica è eccezionale: può accadere che masse patologiche sovrastanti la spingano verso il basso, rendendola palpabile.

STOMACO (grande curvatura): si rimanda all'Epigastrio.

#### FEGATO

in certe epatomegalie il lobo sinistro del fegato può rendersi palpabile

#### PANCREAS (coda)

una tumefazione di competenza pancreatica sarà:

- profonda;
- fissa: non dotata cioè nè di mobilità passiva, nè attiva;
- spesso ricoperta da anse intestinali che si frappongono fra esse e la parete addominale;
- talvolta dotata di pulsilità trasmessa dovuta all'aorta sottostante.

#### FLESSURA SINISTRA DEL COLON:

è situata molto profondamente (quasi a livello di un piano passante per l'ascellare posteriore); perchè una tumefazione a carico della flessura sinistra del colon si renda palpabile, bisogna che abbia raggiunto dimensioni notevoli. Poichè generalmente si tratta di neoplasie maligne, difficilmente tali dimensioni vengono raggiunte senza avere dato gravi alterazioni della canalizzazione.

#### EPIGASTRIO.

In questa regione potranno rendersi palpabili masse:

- di competenza gastrica;
- di competenza pancreatica;
- di competenza del colon trasverso;
- "fantasma";
- parenchimatose (lobo sinistro del fegato).

#### -di competenza gastrica:

queste di solito sono espressione di neoplasia e si presentano come una tumefazione dura, immobile attivamente e passivamente, relativamente superficiale. E' da notare che, quando una neoplasia gastrica è palpabile, di solito è un carcinoma, che con alta frequenza non è suscettibile di trattamento chirurgico radicale o è addirittura inoperabile per l' interessamento delle sierose e delle strutture circostanti.

#### -di competenza pancreatica:

sono ubicate profondamente, spingono avanti lo stomaco e la palpazione può essere difficoltosa; sono generalmente fisse e poco mobili, non raramente pulsanti per trasmissione e sono costituite soprattutto da formazioni cistiche o pseudocistiche (frequente anamnesi pancreatitica)

#### -di competenza del colon trasverso:

sono relativamente superficiali; possono offrire mobilità passiva, ad eccezione di quelle di natura maligna, che si presentano inoltre di consistenza sostenuta.

#### -masse "fantasma":

soprattutto in soggetti magri con pareti addominali sottili, possono diventare visibili (più che palpabili) i movimenti peristaltici, che disegnano sulla superficie addominale

tumefazioni, che possono scomparire e riapparire in sedi diverse. Questo segno può essere espressione di evento occlusivo o subocclusivo nei suoi stadi iniziali (iperperistaltismo reattivo, a monte del segmento intestinale occluso).

### MESOGASTRIO

è la regione dell'intestino tenue. Da un punto di vista topografico vi si riscontrano il grande epiploon, il colon trasverso, soprattutto se ptotico, e l'aorta addominale, quando palpabile. Essa diviene tale in caso di accentuazione della lordosi vertebrale e se ectasica. L'aneurisma dell'aorta addominale si manifesta come una massa, che può anche essere di grande dimensione, dotata di pulsilità propria (la prova dei due stetoscopi). L'auscultazione su di essa permette di rilevare soffio sistolico irradiantesi in basso lungo il decorso delle arterie iliache e avvertibile anche sui polsi femorali.

### IPOGASTRIO

è grosso modo la sede degli organi pelvici: vescica, utero e annessi nella donna; anche un sigma medializzato può rendersi palpabile in questa regione.

### VESCICA

colma di urine (ritenzione urinaria totale), in determinate condizioni patologiche, diventa palpabile come una tumefazione, il Globo Vescicale, che emerge a cupola dalla sinfisi pubica ("il sole nascente"), potendo arrivare fino all'ombelicale trasversa e oltre, di consistenza teso-elastica. La palpazione e compressione del globo inducono intenso stimolo minzionale. Generalmente coesistono a questo reperto: tenesmo vescicale (stimolo alla minzione senza beneficio), senso di peso e tensione sovrapubica, ischiuria paradossa (scarse perdite di urina a vescica piena, conseguenza di scompenso vescicale per la pressione indotta dall'importante volume urinario, in condizioni di ritenzione totale).

Le condizioni che portano a ritenzione urinaria e conseguente formazione del globo vescicale sono disturbi della canalizzazione vescico-uretrale generalmente conseguenti a:

- ipertrofia prostatica;
- neoplasia maligna della prostata;
- stenosi dell'uretra (per lo più cicatriziale);
- calcolo uretrale;
- alterazioni neurologiche (paralisi dei detrusori: cosiddetta "vescica neurogena");
- alterazioni neurologiche periferiche: disectasie del collo vescicale.

### UTERO

condizione fisiologica in cui l'utero si rende palpabile è la gravidanza:

- III mese: palpabile ed emergente sopra la sinfisi;
- IV mese: tra il 3° medio e il 3° inferiore della linea ombelico-pubica;
- V mese: 3° medio linea ombelico-pubica;
- VI mese: tocca l'ombelicale trasversa;
- VII mese: sorpassa l'ombelicale trasversa;
- VIII mese: è sotto il processo xifoideo;
- IX mese: immediatamente sotto il processo xifoideo.

In condizioni patologiche l'utero può diventare palpabile come tumefazione mediana, di consistenza sostenuta.

Anche formazioni originantesi dalle regioni iliache possono sconfinare in ipogastrio, come ad esempio voluminose formazioni di competenza ovarica e paraovarica (neoplasie, cisti, teratomi, ecc).



**REGIONE ILIACA DESTRA:**

è la regione del cieco, dell'appendice e, nella donna, dell'ovaio e annessi di destra.

CIECO

Il cieco può essere palpabile perchè dilatato oppure interessato da alterazioni di natura flogistica o neoplastica. Nelle prime due eventualità la palpazione può suscitare dolore.

In caso di dilatazione cecale alla percussione si rileva suono timpanico e la tumefazione ha consistenza teso-elastica.

Cieco ectasico può essere segno di ostacolo della canalizzazione a livello del colon, soprattutto del sinistro, solitamente per motivi neoplastici.

Il cieco può presentarsi alla palpazione anche come massa dura, fissa, anelastica, a superficie irregolare: questo reperto può indicare la presenza di lesione neoplastica o di uno pseudo-tumore infiammatorio. La lesione neoplastica del cieco è di solito un carcinoma; lo pseudotumore un processo infiammatorio cronico.

Poiché il cieco e il colon destro sono preposti al riassorbimento idrico, spesso le affezioni di tale segmento colico determinano anche sintomatologia diarroica.

OVAIO

neoplasie, formazioni disembrionogenetiche, cisti ovariche sono le cause più frequenti di massa palpabile di competenza ovarica in tale regione.

A proposito delle cisti ovariche, va sottolineato che talora queste possono raggiungere dimensioni cospicue ed ingombrare ampiamente la cavità addominale, simulando un versamento ascitico. Tali due situazioni possono essere differenziate con la percussione: nell'ascite infatti le anse intestinali tendono a galleggiare in addome, determinando rilievo percussorio di tipo timpanico al centro, circondato da suono ottuso, limitato da curva a concavità superiore; la cisti invece tende a spingere le anse intestinali lateralmente e pertanto sarà possibile rilevare timpanismo in regioni laterali e ottusità centrale, limitata da curva stavolta a concavità inferiore.

Anche modificazioni delle tube (sactosalpinge, emosalpinge, piosalpinge) possono determinare massa palpabile in tale regione.

Con l'esplorazione rettale o vaginale si può eseguire palpazione con manovra bimanuale, utile per avere un orientamento preliminare sulla natura e la dipendenza della formazione palpata.

**REGIONE ILIACA SINISTRA:**

è la regione del colon discendente, in particolar modo del sigma; nella donna dell'ovaio e degli annessi di sinistra ( vedi reg. iliaca Dx)

SIGMA

Il colon sigmoideo può rendersi palpabile in questa regione e presentarsi come un cordone, la corda colica, generalmente a disposizione longitudinale. Questo reperto può essere espressione di coprostasi, patologia motoria, flogosi ( sigmoidite): in quest'ultimo caso la palpazione risveglia dolore e può avere significato diagnostico nella definizione di malattia diverticolare del colon. Questa affezione può determinare la formazione di pseudotumori infiammatori, il cui reperto palpatorio è difficilmente contributivo per la diagnosi differenziale con masse di altra natura, specialmente se neoplastica.

## IL DOLORE ADDOMINALE

Il dolore addominale si divide in superficiale e profondo, epicritico e metamero.

Il dolore superficiale nasce da un viscere, ma viene riferito in superficie a livello cutaneo. Spesso il dolore superficiale non è epicritico, bensì irradiato, interessante cioè un altro metamero. In caso di appendicite, ad esempio, il paziente avverte dolore in regione iliaca destra, ma in taluni casi (età pediatrica) il dolore può essere riferito in sede epigastrica.

Il dolore profondo è prevalentemente epicritico.

Il dolore può presentare diverse caratteristiche: bisogna tener conto soprattutto della sua localizzazione e della qualità. Esso può essere: sordo, profondo, cupo, continuo, rodente, lancinante, urente, lacerante, trafittivo.

Alcuni esempi: urente nella gastrite acuta ipersecreta, trafittivo nell'ulcera gastro-duodenale per la quale può diventare molto violento (a colpo di pugnale) nella perforazione, estremamente violento (il così detto dramma pancreatico di Dieulafois) nella pancreatite acuta.

Il dolore crampiforme è dovuto solitamente a contrazione della muscolatura liscia di visceri cavi a scopo espulsivo.

Esempi: il dolore da parto, da iperperistaltismo intestinale (defecazione, preambolo di occlusione intestinale), da calcoli nel sistema biliare o uroescretore, ecc.

Intenso dolore è indotto da distensione acuta di un viscere che aumenta improvvisamente di volume e la sierosa o la capsula che lo avvolge viene bruscamente stirata con violenta stimolazione delle terminazioni nervose.

Se la distensione avviene gradualmente non insorge dolore per rilasciamento progressivo della capsula che si adatta all'aumentato volume dell'organo. Gli organi maggiormente interessati sono fegato, milza e rene.

Dolore superficiale, addirittura cutaneo, può essere quello peritoneale. Il soggetto peritonitico infatti può presentare iperestesia cutanea e si può suscitare dolore solo sfiorando la cute: esso è violento e irradiato in superficie.

La colica è un episodio doloroso, ripetitivo, violento, espressione di attività espulsiva, legata pertanto a contrazioni ripetitive della parete muscolare liscia di viscere cavo.

Vari tipi di coliche:

- colica biliare
- colica epato-biliare
- colica pielo-ureterale
- colica reno - pielo - ureterale
- colica appendicolare
- colica salivare

### COLICA BILIARE

. La colica biliare parte a livello dell'ipocondrio destro e s'irradia medialmente verso l'epigastrio e successivamente a destra, "a mezza cintura", risalendo posteriormente verso la scapola senza andare al di sopra di essa.

La colica biliare si crea, quando a livello della colecisti insorge uno stimolo irritativo (più frequentemente da calcolosi), che provochi la contrazione di essa.

La patologia, che innesca la colica biliare, determina frequentemente congestione epatica, provocando brusco aumento volumetrico dell'organo e distensione della capsula glissoniana, da cui il dolore epatico. In tal caso il dolore, che nasce in ipocondrio destro, oltre irradiarsi all'epigastrio, si porta posteriormente alla base del torace, risale verso la scapola e la spalla omolaterale.

Il dolore da distensione della glissoniana è mediato attraverso il legamento falciforme alla cupola diaframmatica: pertanto il dolore epatico si irradia a destra, in alto, lungo i punti frenici, ubicati tra le coste, lungo le linee para- e margino-sternali, fino al punto frenico superiore, tra le due inserzioni del m. sternocleidomastoideo.

Spesso dunque la colica biliare si associa al dolore epatico (impropriamente anche definito colica epatica): ecco perché si può parlare in tal caso di colica epato-biliare.

La colica, biliare ed epato-biliare, si associa frequentemente a vomito biliare e anamnesi positiva per pregressi episodi simili e condizioni di dispepsia.

### COLICA PIELO-URETERALE

Il dolore s' irradia lungo il decorso dell'uretere, dove sono situati i punti di dolorabilità elettiva per l'uretere; esso insorge in regione lombare, interessando il fianco omolaterale, e scende in basso verso il pube, fino all'emiscroto omolaterale nel maschio e al grande labbro nella femmina.

Talora la colica ha inizio laddove si trova l'agente responsabile, ad es. un calcolo. Questo infatti può arrestarsi a livello di uno dei restringimenti fisiologici dell' uretere (giunto pielo-ureterale, incrocio con l'arteria iliaca, sbocco in vescica).

Anche il rene può andare incontro ad una "colica d'organo" (impropriamente detta colica renale), in quanto esso può aumentare bruscamente di volume con distensione capsulare: in tal caso il dolore di regola è localizzato in regione lombare e del fianco senza irradiazioni. La frequente concomitanza delle due situazioni rende legittimo il termine di colica reno-pielo-ureterale

La colica reno-pielo-ureterale può essere scatenata da vari agenti:

- calcoli o "sabbia renale" (o renella);
- coaguli ematici per sanguinamento di tumore renale aggettante nella pelvi o di lesione tubercolare;
- zolle di caseum cadute nella pelvi (tbc renale);
- frammenti di papilloma pielo-ureterale.

La colica reno-pielo-ureterale, soprattutto se da calcolosi, si accompagna spesso a disturbi urinari: disuria, pollachiuria, stranguria, ematuria, ecc.

### PUNTI - SEGNI DI DOLORABILITA' ELETTIVA

I punti di dolorabilità elettiva si distinguono in:

- Epicritici: corrispondono alla localizzazione anatomica profonda dell'organo sottostante.
- Metamerici: corrispondono alla localizzazione elettiva della dolorabilità di un viscere, perché in grado di interessare terminazioni nervose metameriche a livello cutaneo.
- punto cistico: all'incontro tra il margine esterno del muscolo retto dell'addome e la 10° costa. Punto metamerico, risponde nelle affezioni della colecisti.
- segno (manovra di) di Murphy: segno epicritico, riferibile alla colecisti:
  - mano sotto l'arcata costale Dx oppure sotto il margine epatico, se palpabile;
  - invitare il P. ad eseguire profonda inspirazione;
  - così facendo, il fegato è spinto contro la mano che palpa;
  - la colecisti è conseguentemente compressa tra la mano e il fegato;
  - se colecistopatia (flogosi, calcoli), dolore e il P. arresta l'inspirazione;
  - la manovra va condotta su tutta l'estensione dell'arcata costale o del bordo epatico: il fondo colecistico può essere lateralizzato.

- zona coledoco-pancreatica di Chauffard-Rivet: tra la linea xifo-ombelicale e la bisettrice dell'angolo tra questa e l'ombelicale trasversa. E' dolente alla palpazione nelle affezioni coledociche e/o della testa pancreatica.

-epigastrio: possibili punti di dolorabilità per affezioni gastro-duodenali.

- punti e segni appendicolari:

- Mac-Burney: tra il 3° laterale e i 2/3 mediali della linea spino-ombelicale.
- Lanz: unione del 3° laterale col 3° medio della linea bis-iliaca.
- Clado: unione della linea parasternale con la linea bis-iliaca.
- Jalaguier: a metà della linea spino-pubica
- Munro: incrocio della linea parasternale con la linea spino-ombelicale.
- Morris: linea spino-ombelicale a 4 cm dall'ombelico
- segno di Labinskji o dello psoas: arto inferiore Dx flesso; palpazione su Mc Burney/Lanz; il sollevamento attivo ed estensione dell'arto evoca dolore
- segno di Aazon: la palpazione su Mc-Burney suscita dolore epigastrico
- segno di Rowsing: la palpazione in regione iliaca Sn (compressione sul colon Sn) suscita dolore in regione iliaca Dx.

- segno di Blumberg: dolore violento quando viene improvvisamente rilasciata la pressione sulla parete addominale esercitata dalla mano che palpa: è indice di flogosi peritoneale - peritonismo.

- punti ureterali

- superiore: incrocio tra linea ombelicale trasversa e margine esterno del m. retto
- medio: incrocio tra linea bis-iliaca e verticale innalzata a lato del pube
- soprapubico di Bazy
- inferiore: si rileva con l'esplorazione rettale e/o vaginale premendo sul punto di sbocco dell' uretere in vescica.

- punti frenici

- spazio tra i due capi del m. sternocleidomastoideo
- spazi intercostali sulle linee parasternali
- punto d'incontro tra il prolungamento della 10° costa e il prolungamento della linea margino-sternale (bottono diaframmatico di Guenau-De Mussy)