

MOTOBOOK

Dispensa di chirurgia generale di Adriano Marseglia e Luigi Cocchiara modificando la dispensa di Vincenzo Sposito.

Rispettando il lavoro dei nostri "antenati" colleghi, soprattutto Vincenzo Sposito a cui diciamo tante grazie, abbiamo preso in prestito la sua dispensa per creare qualcosa di utile per chi come noi ami fare del proprio tempo libero quello che vuole e non studiare chirurgia appresso a qualche pesantissima e inutile lezione, dispensa-book e altri files di dubbia provenienza. Della serie voglio fare questo esame nel minor tempo possibile col miglior risultato possibile*.

La dispensa si propone come sostitutiva di qualsiasi fonte attualmente esistente ma non ci assumiamo nessuna responsabilità* riguardo eventuali bocciature.

La dispensa si basa sulla COMMISSIONE DE WERRA-BRACALE-CORCIONE, ma essendo le fonti precedenti basate su esami con altre commissioni si spera** possa essere sufficiente, vi consigliamo comunque di cercare sempre tutte le esperienze orali passate della commissione con cui capiterete. Purtroppo ci sono alcuni professori per i quali questa dispensa non è sufficiente (come nemmeno una specializzazione in Chirurgia). Consiglio: individuateli e, se possibile, evitateli come io evito le responsabilità che incombono su di noi rendendoci adulti ogni giorno. La vita è una merda.

Come si studia chirurgia? 1) Comprendi l'anatomia di quello che stai studiando, 2) focalizzati sulla clinica, la diagnosi, la stadiazione (e per stadiazione non intendo il tnm ma proprio COME SI FA LA STADIAZIONE: TC, RMN, ECOGRAFIA) e infine sulla terapia. Prima dell'orale vedete con chi dovete fare l'esame e **PER DIO, VEDETEVI LE CAZZO DI ESPERIENZE ORALI SUL GRUPPO FACEBOOK CHE SONO LA COSA PIÙ IMPORTANTE**

*Se sei stronzo non è colpa nostra però.

**Se sai le cose come lui non stupirti che ti boccino

Lascio in seguito l'introduzione di Vincenzo Sposito:

"Nel nostro periodo di quarantena non potendo scendere in campo ad aiutare il prossimo, ho deciso dopo aver fatto l'esame, di creare questa dispensa per unire tutti i file ed il materiale per aiutare i miei colleghi futuri ad ottimizzare i tempi per lo studio! Assolutamente voglio ringraziare gli autori del surgerybook e del gazzellini e delle esperienze orali dal quale questa dispensa attinge gli argomenti. In pratica ho preso come fonte il gazzellini e ho aggiunto tutte le parti del surgerybook (che a mio avviso erano più dettagliate) o chiarito con foto o approfondimenti da internet per creare una fonte unica per l'esame. Come ogni dispensa ci potranno essere degli errori poiché non è una FONTE UFFICIALE DI STUDIO.

L'esame in sé è una ripetizione di tanti argomenti studiati in altre materie, il mio consiglio è di focalizzarvi molto sulla **clinica, diagnosi e sulla terapia**, dipende da come state messi con le cliniche specie con gastro, se la ricordate bene l'esame si prepara in 7/8 giorni di studio intenso....spero possa esservi utile questo lavoro che ho fatto, non mollate mai....

Il più grande errore nel trattamento delle malattie è che ci sono medici per il corpo e medici per l'anima, anche se le due cose non dovrebbero essere separate. (Platone)"

Ah, ho aggiunto i cazzo di numeri alle pagine perché sono autistico, con word è facile, potete farlo anche voi amixi

FONTI:

- Quarantenabook
- Lezioni corso 2020-2021
- AIMS Chirurgia
- AIMS Gastroenterologia
- AIMS Endocrinologia
- Linee guida AIOM 2018

INDICE:

0. P.5 La vita, orale con il prof de Werra (ferite chirurgiche, trattamento antibiotico ed altro)
1. P.10 Addome acuto ed emorragie digestive
- 1.1 P.13 Addome acuto vascolare
2. P.17 Ernie
3. P.21 Esofago con annesse patologie benigne e maligne
4. P.40 Stomaco con annesse patologie benigne e maligne
5. P.57 Patologie del fegato
6. P.69 Patologie delle vie biliari
7. P.86 Patologie del pancreas
8. P.103 Intestino con annesse patologie benigne e maligne
9. P.117 Patologie dell'ano
10. P.123 Chirurgia urologica maschile
11. P.127 Tiroide, tecniche chirurgiche e patologie delle ghiandole annesse
12. P.133 Mammella e tecniche chirurgiche
13. P.141 Obesità
14. P.158 Patologie degli arti inferiori e vascolari
15. P.164 Chirurgia mininvasiva
16. P.167 Nutrizione artificiale
17. P.173 Accessi venosi
18. P.182 Trapianti di rene e fegato
19. P.194 Milza e retro-peritoneo secondo il prof Bracale
20. P.197 Terapie ripetizione
21. P.203 Esperienze orali non aggiornate: Andate sul gruppo facebook e studiatele la!!!!

Fornire un indice senza suggerire cosa studiare è un po' come essere un professore: "io vi ho dato il materiale ma vedetevela voi piccoli pezzi di merda vi chiedo pure le virgole, sant'Anna e la scoperta dell'America."

Lungo la dispensa troverete una serie di indicazioni tipo "Zompa" "Appendi" o cose così. Vi giuro che hanno un senso.

Qui lascio invece un programma per l'orale con la commissione De Werra-Bracale-Corcione:

Studiate tutto tranne 14, 16, 17, 18 (fegato magari sì, rene no)

Il capitolo 10 potreste vederlo dal materiale di pediatria, qui comunque lasciamo qualcosina.

Giggi Cocchiara & Adriano Marseglia

Si, giggi con due "g"

0.LA VITA APPROCCIO AL PAZIENTE CHIRURGICO

Chi controlli prima in un reparto di chirurgia?

- Operati, per prevedere le complicanze.
- Operandi
- Altri

Nell'approccio al paziente chirurgico in primis ci sarà l'anamnesi, quindi chiedere al paziente per quale motivo si sta sottoponendo a quella procedura (si indaga la familiarità nell'ambito di patologie neoplastiche oppure i sintomi). Dopo di che il paziente si prepara all'intervento, grazie all'intervento di un team multidisciplinare composto da chirurgo, anestesista, radiologo, eventualmente oncologo e nutrizionista, con una figura di supporto rappresentata dall'infermiere.

Management del paziente chirurgico:

<24 ore post operatorio: precoce

24h-7gg: intermedio

>7gg: tardivo

Quali complicanze devi prevedere in un paziente chirurgico nelle prime 24 ore dall'intervento?

- Emorragie (cl clinicamente il paziente si presenterà ipoteso e tachicardico, dispnoico, astenico in laboratorio evidente anemia)
- Cardiorespiratorie

Quali complicanze devi prevedere successivamente?

- Renali (possono anche essere precoci dipendere da errori della terapia)
- **Infezioni** (da cui si valuta anche lo standard qualitativo delle prestazioni erogate da una struttura secondo l'OMS)

Sono di 4 tipi: (in ordine di frequenza)

- inf respiratorie da ventilatore
- inf del sito chirurgico
- inf delle vie urinarie
- inf del catetere venoso

Le infezioni del sito chirurgico si riferiscono all'incisione e a loro volta si distinguono in:

- incisionale superficiale (pelle e inizio del sottocute)
- incisionale profonda (fasci muscolari)
- infezione di organo/area (es ascesso pericolico da operazione al colon).
- sepsi

Oggi al primo posto ci sono quelle ventilatorie e poi della ferita chirurgica, mentre in realtà quelle urinarie stanno diminuendo.



CARATTERISTICHE DELLE INFEZIONI OSPEDALIERE POST-CHIRURGICHE

Tipo di chirurgia	Sede	% rischio d'infezione	Sorgente d'infezione	Etiologia
Pulita	Ferita	5	Esogena	Monomicrobica
Pulita/cont.	Superf. e/o profonda	7 - 15	Endogena	Polimicrobica
Traumatica e/o settica	Profonda e/o sepsi	20 - 40	Endogena e/o Esogena	Polimicrobica
Protesica	Superf. e/o profonda	1 - 4	Esogena	Monomicrobica

Classificazione degli interventi chirurgici a rischio di contaminazione endogena

<i>Classe I Interventi puliti</i>	<i>Classe II Interventi puliti-poco contaminanti</i>	<i>Classe III Interventi contaminanti</i>	<i>Classe IV Interventi sporchi</i>
Incidenza infezioni: 1,5%	Incidenza infezioni: 7,7%	Incidenza infezioni: 15,2%	Incidenza infezioni: 40 %
Interventi che non implicano la penetrazione nel tratto gastrointestinale, respiratorio, genito urinario e che non hanno interessato alcuna raccolta infiammatoria Es. mastectomia, vene varicose, muscoli e tendini	Interventi che implicano la penetrazione nel tratto gastrointestinale, genitourinario, respiratorio, senza significativa diffusione del contenuto del cavo chirurgico Es. cesareo, interventi di appendicectomia, colecistectomia in elezione	Interventi secondari a traumi o in cui vi è in cui vi è una grossolana contaminazione del tratto gastrointestinale o la penetrazione nel tratto genitourinario o biliare in presenza di urina o bile infetta	Interventi per traumi con ferite sporche o di vecchia data, in cui vi è perforazione dei visceri o estesi processi infiammatori.

La prevalenza dipende anche dal tipo di chirurgia se è pulita o sporca. In primis l'uso e abuso di antibiotici,

così come le operazioni in età estreme della vita, gli interventi sono più lunghi e complessi, per la diffusione degli antibiotici ecc, stanno causando un aumento della prevalenza.

- Interventi puliti: interventi su cute, chiusi in prima istanza, senza drenaggio o drenaggio chiuso (non collegato con l'esterno).
 - Interventi puliti-contaminati: interessano il tratto respiratorio e gastro intestinale o genito urinario in condizioni controllate (es stillicidio di materiale enterico in intervento di stomia intestinale)
 - Interventi contaminati: evidente contaminazione da materiale o per trauma recente.
 - Interventi sporchi infetti: interventi di urgenza, es peritoniti stercoracee, corpi ritenuti di vecchia data ecc.
- I puliti con protesi fanno parte della prima classe.

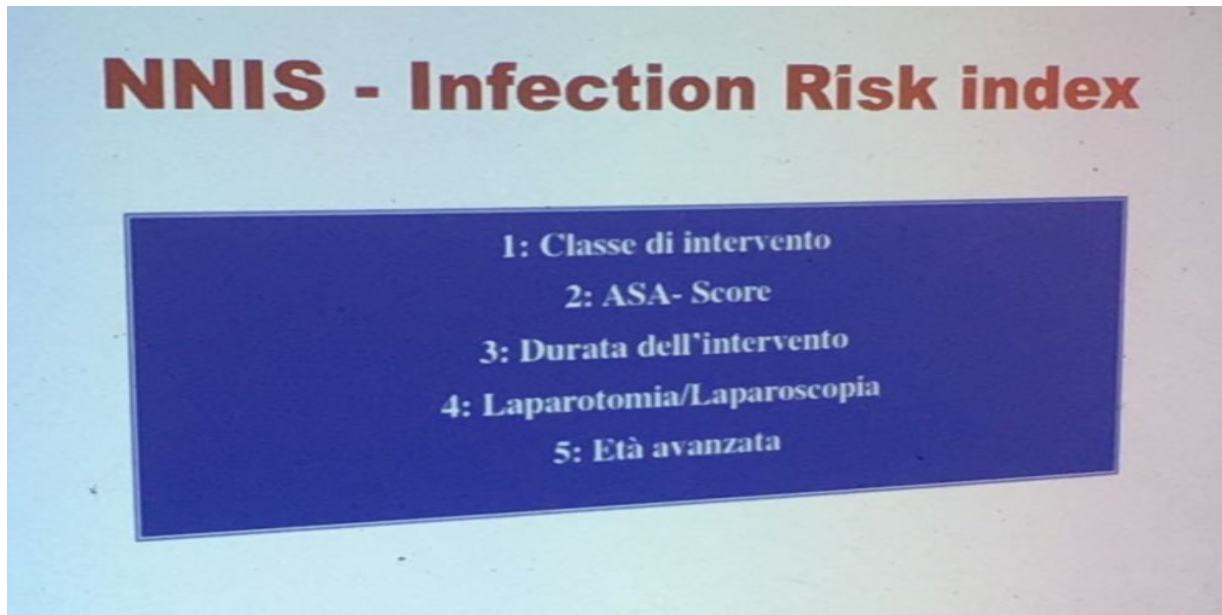


TABELLA index: ASA score è il rischio anestesilogico (va da 1 a 4/5, in cui 1) pz in perfetta salute, 3/4 sono i pazienti diabetici, cardiopatici ecc)

Durata dell'intervento: se dura più di quanto dovrebbe il rischio di infezione è maggiore.

Laparotomia- laparoscopia: oltre a sede di impianto maggiore per il taglio che è più grande, nella laparoscopia il blocco immunologico dura 24-36 ore, in laparotomia dura 5-7 gg (quindi per esempio in terza giornata una patogeno porta maggiori effetti in caso di laparotomia che non in laparoscopia, dove il sistema immunitario funziona).