



- Ernie addominali (tutto anche interventi)
- complicanze ernie inguinali TOLONE X

#### 14. MALATTIA DIVERTICOLARE X X X X X X X X X X X X X X X X

- malattia diverticolare (mi sembrava molto felice quando sentiva le sue parole tratte dalle sbob, ad esempio sulla formazione del diverticoli o la relativa localizzazione per la legge di Laplace)
- complicanze malattia diverticolare X X
- malattia diverticolare. Tutto dal generale alla terapia
- Diverticolosi colon brusciano
- Diverticolite acuta

#### 15. STOMIE DIGESTIVE

#### 16. EMORRAGIE DIGESTIVE X X X X

- lucido → emorragie tratto alto e basso

#### 17. SINDROME COMPARTIMENTALE

#### 18. PANCREATITE ACUTA X X

- Patologia pancreatica ( alla fine abbiamo parlato solo della pancreatite acuta.)

#### 19. K PANCREAS X X X X X

- carcinoma della testa del pancreas con clinica dell' ittero
- tumore della testa del pancreas
- segno di Courvoisier-Terrier X
- Stadiazione del k pancreatico

#### 20. LITIASI BILIARE E COLECISTITE X

##### (+ ITTERO OSTRUTTIVO X X X X X X)

- in particolare complicanze X X X X X X, clinica ed indicazione chirurgica
- differenza della colecisti nell'idrope e nel k pancreatico
- calcolosi della colecisti con complicanze
- calcolosi della colecisti (dite bene e in ordine incidenza, fattori di rischio, tipi di calcoli, quadro clinico, iter diagnostico)
- colecistite trattamento CH, sintomi in base alla localizzazione
- litiasi biliare con complicanze e metodiche diagnostiche
- Mi ha chiesto la calcolosi del coledoco e la relazione con l'ittero; gli ho parlato dell'ittero ostruttivo e la differenza di presentazione nella patologia benigna e maligna, mi ha lasciato parlare senza interruzioni. Io sono andata con il prof Docimo e mi è sembrato super tranquillo, cinque minuti di esame.
- Litiasi biliare complicanze e trattamenti + con ittero ostruttivo con esami di laboratorio
- Docimo: ittero colestatico

#### 21. TIROIDE X X

- Gozzo tiroideo
- K tiroide inquadramento, diagnosi, esame di laboratorio che rappresentano i markers tumorali

#### 22. MAMMELLA X X X X

- Nodulo mammella (iter diagnostico e terapia)
- K mammella e metastasi trattamento

#### 23. ACALASIA ESOFAGEA X X X X X X

- Megaesofago acalastico
- Acalasia , differenza con Spasmo esofageo diffuso , caratteristiche delle onde nella peristalsi primaria sec e terziaria dell'esofago
- diagnostica di ACALASIA e tipi di intervento e terapia medica

#### 24. DIVERTICOLI ESOFAGEI X X X X

- Tolone : diverticolo di Zenker

#### 25. MRGE X X X X X X X X X X

##### (+ ERNIA IATALE X X X)

- INQUADRAMENTO DOLORE TORACICO NON CARDIACO (MRGE, ERNIA IATALE, ACALASIA, ECC)
- Diagnostica nel pz con MRGE (tutto l'iter preciso con la sequenza delle indagini così come sta sulle sbob con test PPI), sintomi tipici/atipici e red flags.
- ernia iatale E MRGE
- Docimo :Quadro radiologico di mrge

- Oltre esame radiografico che esame si fa, si mette il pz in trendelmburg e si vede se c'è reflusso, insomma tutto l'iter diagnostico della mrge
- Che si può vedere all'esame endoscopico dellesofago per l'ernia iatale, vedi il cardias risalito e poi e poi?
- Qual è l'iter diagnostico dell' Ernia iatale
- batacchino di campana durante endoscopia ernia iatale, trattam fundopl e iatoplastica

#### **26. K ESOFAGO X X X X**

- iter diagnostico del tumore esofageo

#### **27. K GASTRICO E K DELLA GIUNZIONE GASTRO-ESOFAGEA X X X X X X X X X X X X X X X X X X**

- Carcimoma dello stomaco (diagnosi, come fai stadiazione, terapia)
- clinica del k stomaco a seconda delle sedi di insorgenza
- Cancro dello stomaco (in particolare clinica e vomito e diagnosi)
- stazioni linfonodali coinvolte nel k gastrico
- k stomaco in particolare sede e sintomatologia annessa alla sede più esami per la diagnosi e stadiazione,
- Ecoendoscopia
- k gastrico (docimo voleva la stadiazione e gli esami che usi per farla)
- K gastrico chiestissimo particolare attenzione sulla sintomatologia nelle varie sedi (non confondere dispepsia con disfagia)

#### **28. CHIRURGIA BARIATRICA X X X X X**

- Chirurgia bariatrica e vari interventi. perchè secondo te avviene la remissione del diabete tipo 2? (per aumento delle incretine GLP1 e GIP).
- Indicazioni alla chirurgia bariatrica e descrizione dei diversi interventi.
- chirurgia bariatrica, differenza tra interventi malassorbitivi e restrittivi e relativi esempi

#### **29. ULCERA PEPTICA – COMPLICANZE X**

- ulcera peptica perforata

#### **30. FERITE CHIRURGICHE**

#### **31. CHIRURGIA MININVASIVA X**

- differenze tra laparoscopia e laparotomia

#### **32. FEGATO X**

- Iter Diagnosi k epatico

#### **33. MELANOMA**

#### **34. SURRENE**

- PARI: attenzione che hanno chiesto una volta i tumori surrenalici all'appello di luglio 2021

*Giak*

# PATOLOGIA DEL PAVIMENTO PELVICO

Il pavimento pelvico è una struttura muscolare che va dalla sinfisi pubica al coccige; lateralmente si inserisce sulle tuberosità ischiatiche, e anteriormente sul pube.

## ➤ IL FUNZIONAMENTO DEL PAVIMENTO PELVICO dipende dal corretto funzionamento di 4 strutture:

1. diaframma, fondamentale per la pressione: nell'inspirazione il diaframma si abbassa e aumenta la pressione intraddominale generando così un gradiente retto-ale per l'espulsione delle feci;
2. colonna vertebrale: condizioni di iperlordosi determinano una retroversione del coccige che condiziona la funzionalità del pavimento;
3. parete addominale anteriore, che risponde all'aumento di pressione intraddominale. L'ernia congenita o iatrogena alterano la funzionalità di queste strutture;
4. tonicità (muscoli) del pavimento pelvico:
  - Contrazione: impedendo l'emissione di feci e urine;
  - Rilasciamento: consentendo a feci e urine di fuoriuscire;

## ➤ FISILOGIA DEL CANALE ANALE E DELLA DEFECAZIONE:

LA FUNZIONE DEL CANALE ANALE è sia mantenere la continenza, sia controllare la defecazione. Il canale anale è dotato di:

- un **tono di base**: determinato per l'80% dalla muscolatura liscia dello sfintere interno (innervato dal SNA → involontario) e per il 20% dalla muscolatura striata dello sfintere esterno. (lo sfintere interno va inteso come la continuazione della tonaca muscolare del retto)
- un **tono volontario**: determinato per l'80% dalla muscolatura striata dello sfintere esterno (volontario) e per il 20% dallo sfintere interno (in pratica è il contrario).  
➔ Quindi capiamo che quando subentra la volontarietà (quindi quando si stringe l'ano per voler contenere magari uno stimolo defecatorio) il rapporto 80%/20% del tono basale si inverte.
- All'arrivo delle feci nell'ampolla rettale si ha una *distensione dell'ampolla* proporzionale al volume che esse occupano, e si ha **l'attivazione del riflesso retto-ale inibitorio**: cioè lo sfintere interno si rilascia e quello esterno resta contratto in modo da chiudere l'ano.
- A questo punto le feci raggiungono la porzione prossimale del canale anale e in questo momento avviene la *discriminazione del materiale presente in ampolla (sampling reflex o riflesso di campionamento)*, che ci permette di distinguere tra aria, feci liquide, feci solide. [Verrebbe spontaneo dire che nel momento in cui arrivano le feci in ampolla la prima cosa che insorge è lo stimolo defecatorio, ma è importante chiarire che insorge prima il sampling reflex, poiché dopo aver discriminato la natura del materiale lo stimolo si può:
  - conclamare (nel caso in cui si tratti di feci)
  - esaurire (se si tratta di aria).]

*Alterazioni di questo riflesso sono alla base sia della stitichezza che dell'incontinenza, che appaiono come patologie opposte, ma sono in realtà due lati della stessa medaglia.*

LA DEFECAZIONE è regolamentata fisiologicamente da **3 riflessi**:

- **Riflesso ortocolico**: dal passaggio dalla posizione supina a quella ortostatica si attiva un'onda peristaltica. (da cui dipende l'evacuazione tipica al mattino dopo colazione)
- **Riflesso gastrocolico**: la presenza di un contenuto nello stomaco induce peristalsi in due modi: liquidi caldi distendono la muscolatura liscia; la distensione delle pareti gastriche stimola la peristalsi in modo proporzionale.
- **Riflesso gastroileale** → contrazione dell'ileo → favorisce l'apertura dello sfintere ileo-ciecale

## ➤ LE ALTERAZIONI ALLA BASE DELLE PATOLOGIE DEL PAVIMENTO PELVICO possono essere di tipo:

- funzionale, ovvero legate ad un'alterazione della fisiologia del pavimento, un'alterazione della contrazione muscolare
  - Il muscolo più rappresentativo del pavimento pelvico è l'elevatore comune dell'ano, distinto nelle sue 3 componenti puborettale, pubococcigeo, ileo coccigeo.
- organica legate alla presenza di una massa di natura neoplastica o alla presenza di una patologia infiammatoria.