

PREFAZIONE

Il Murphy nasce dalla forte necessità di realizzare una nuova fonte unica di studio per l'esame di Metodologia Clinica Medico Chirurgica 2 (Metodo 2) in vista della nuova programmazione didattica.

La nuova dispensa si basa essenzialmente su un'integrazione de "Il Metodo" di Ivan Nardiello, con ulteriori sbobine ricavate da "Il Metodo 2.0", progetto coordinato da Giulia Covino e Bruno de Angelis. Sono inseriti anche dei paragrafi tratti da file di Giusy Petti e Eliana Zito.

Sono stati aggiunti ulteriori argomenti, derivati da domande delle esperienze orali. La dispensa è scritta da noi studenti e, in quanto tale, non è una fonte ufficiale. Il corso è estremamente interessante e vi permette finalmente di fare i primi passi nel mondo della clinica e della chirurgia. Alcuni argomenti non necessitano di esser studiati in maniera così approfondita, per questo vi invitiamo fortemente a leggere l'indice nella pagina successiva. Ovviamente è a discrezione del singolo studente capire quanto, cosa e come studiare. Come libri di testo il Fradà e il Macleod possono essere delle alternative, anche se non necessarie.

Inoltre, il canale YouTube "La visita medica", diretto dal prof. Marcello Coppola, fornisce un ulteriore supporto visivo per l'apprendimento; la playlist con tutti gli esami obiettivi si trova al seguente link (oppure, scansionando il codice QR):



https://www.youtube.com/playlist?list=PLI9dirLQHkt2_zTNRqIRI0i_cCwNr_JEU

Vi invitiamo a rilasciare sempre esperienze orali in modo tale da facilitare il prossimo nello studio di questa bellissima materia.

Speriamo possiate trovare questo lavoro utile, vi facciamo un fortissimo in bocca al lupo!

Mario Rizzo, Fabrizio Gaglione

INDICE

• SEMEIOTICA GENERALE	4
<i>(Focalizzarsi principalmente su anamnesi, dolore toracico e addominale, differenza tra angina e IMA, valori esame emocromocitometrico, Equilibrio acido-base, Valutazione dello stato idrico, Febbre, Edema, Ferite, Coma, Ulcere, Sintomi Urinari, Ascesso)</i>	
EBM	5
ANAMNESI	7
RILIEVI ANAMNESTICI GENERALI	9
EQUILIBRIO ACIDO-BASE	22
VALUTAZIONE DELLO STATO IDRICO	29
ESAME OBIETTIVO	33
RILIEVI OBIETTIVI GENERALI	34
ESAME EMOCROMOCITOMETRICO	50
• SEMEIOTICA TESTA-COLLO	52
SEMEIOTICA NEUROLOGICA	53
SINDROMI NEUROLOGICHE ACUTE	61
DEMENZE	75
SEMEIOTICA DI COLLO & LINFONODI	78
SEMEIOTICA TIROIDE	84
• SEMEIOTICA TORACICA	98
SEMEIOTICA MAMMELLA	99
ESAME OBIETTIVO TORACE	108
SINTOMI RESPIRATORI	117
QUADRI CLINICI RESPIRATORI	121
POLISONNOGRAFIA	129
DIAGNOSTICA STRUMENTALE RESPIRATORIA	134
• SEMEIOTICA CARDIOVASCOLARE	138
ANAMNESI CARDIOLOGICA	139
ESAME OBIETTIVO CARDIOLOGICO	141
QUADRI CLINICI CARDIACI	155
ECOCARDIOGRAFIA	164
ELETTROCARDIOGRAFIA E PRINCIPALI ARITMIE	166
ESAME OBIETTIVO ARTERIE	179
PRESSIONE ARTERIOSA	183
ARTERIOPATIE	187
ESAME OBIETTIVO VENE	189
PRESSIONE VENOSA	192
FLEBOPATIE	194
• SEMEIOTICA ADDOMINALE	197
TOPOGRAFIA ADDOMINALE	198
ANAMNESI ADDOMINALE	199
ESAME OBIETTIVO ADDOME	201
SINTOMI ADDOMINALI	216
ITTERO	224
ADDOME ACUTO	227
ERNIE	232
ESAMI STRUMENTALI ADDOME	239
• VARIE	248
<i>(Un insieme di argomenti extra che non rientrano nei capitoli precedenti e possibili domande orali prese dal file di esperienze di G. Ippolito)</i>	

SEMEIOTICA GENERALE



EBM

L'acronimo EBM letteralmente sta per "*Evidence Based Medicine*", ossia "Medicina Basata sull'Evidenza" (in realtà dietro la parola "Evidence" si cela il concetto di efficacia della prova più che l'evidenza/apparenza).

Per definizione l'EBM è un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche derivano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori prove scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente.

L'EBM quindi enfatizza l'**evidenza clinica**, mentre de-enfatizza l'intuizione e il modo di ragionare fisiopatologico nel prendere le decisioni. Vi sono infatti molti esempi di casi in cui una decisione basata solo su deduzioni fisiopatologiche non ha avuto successo nella pratica clinica (non si è ottenuta alcuna rilevanza clinica), quindi non sempre ciò che dovrebbe funzionare fisiologicamente, funziona nella realtà.

Esempio 1 Terapia antiaritmica nell'infarto miocardico in fase acuta: negli anni 70'-80' si ipotizzò che l'elevata mortalità nelle prime settimane fosse causata dall'insorgenza di aritmie, perciò si decise, sulla base di meccanismi fisiopatologici, di avviare la somministrazione di un farmaco antiaritmico associato ad una soluzione di insulina e potassio. Questa terapia è stata portata avanti per più di 10 anni, senza però provocare un decremento della mortalità. Si decise quindi di effettuare una sperimentazione clinica (selezionati 70000 infartuati divisi in due gruppi: trattamento e placebo) il cui risultato ha dimostrato che tale farmaco era addirittura più dannoso.

Esempio 2 Caso Di Bella: tale professore di fisiologia sperimentò in laboratorio che alcuni antiossidanti riducevano la proliferazione di cellule tumorali e suggerì il loro uso come terapia sostitutiva alla chemioterapia, in quanto molto più efficace e con molti meno effetti collaterali dannosi. Tuttavia, la sperimentazione clinica ne dimostrò l'assoluta inefficacia.

Un altro obiettivo dell'EBM è quello di ridurre la variabilità di comportamento degli operatori sanitari, superando così il principio di autorità del singolo medico e adottando il principio di condivisione delle idee scientifiche. Ovviamente tutto ciò non per togliere al medico la sua idea personale, ma per fornirgli lo strumento giusto per attuarla. I requisiti fondamentali per applicare l'EBM sono:

- **Capacità clinica:** è quella personale, propria del medico. Consiste nella preparazione teorica e metodologica (saper fare anamnesi, esame obiettivo, diagnosi).
- **Evidenza esterna:** indagare attraverso le banche dati della letteratura scientifica su tutto ciò che è stato scoperto al di fuori della propria conoscenza.
- **Preferenze del paziente:** il medico tratta la salute della persona, ma il proprietario di tale salute è la persona stessa; quindi tutto ciò che viene deciso deve sempre essere condiviso col paziente.

Le **regole basilari** per acquisire una buona pratica dell'EBM sono:

- I. Convertire il bisogno di informazione in una **domanda** cui si possa dare una **risposta utile** (di solito in un quesito clinico la prima parte del problema riguarda l'aspetto fisiopatologico, poi bisogna pensare anche all'applicazione alla pratica clinica).
- II. Ricercare le migliori **evidenze** scientifiche attraverso cui rispondere al quesito.
- III. Analizzare **criticamente** l'evidenza in termini di validità ed applicabilità clinica.
- IV. **Integrare** la valutazione critica con la competenza clinica e le coordinate cliniche, personali e ambientali del paziente.
- V. Valutare gli **effetti** della propria performance.

Esempio 3 Si presenta un paziente anziano che ha avuto un attacco ischemico transitorio e dice di voler prevenire un eventuale ictus cerebrale. Possiamo quindi chiederci: "sarà l'ipertensione la causa?" (domanda di background, cioè si attiene alla conoscenza della patologia che può avere anche delle conseguenze sulla scelta degli esami diagnostici e soluzioni terapeutiche) oppure "come fare a prevenire l'ictus?" ed è questo il quesito che più attiene agli interessi immediati del paziente e, in questo caso, ci si può dare una risposta proprio attraverso la ricerca di prove scientifiche.

Per quanto riguarda la ricerca, il medico è inondato di informazioni ma non riesce a trovarle quando ne ha bisogno (**paradosso dell'informazione di M. Gray**): infatti vengono pubblicati più di 10000 articoli l'anno e le riviste sono disorganizzate e quindi difficilmente consultabili nella loro totalità. Il medico deve fare sia attività di *scanning* (=sorveglianza: ovvero deve tenersi aggiornato leggendo riviste pertinenti la propria attività) sia di *searching* (=ricerca: ovvero deve ricercare le informazioni necessarie a rispondere ad un quesito formulato).

Per quanto riguarda gli strumenti di informazione abbiamo fonti (pubblicazioni) primarie che sono gli articoli originali, utili per quesiti puntuali, raccolti dalle banche dati di fonti primarie (es. PubMed, NEJM); fonti secondarie sono revisioni che sintetizzano e filtrano le fonti primarie trattanti uno stesso argomento, quindi sono utili per essere aggiornati in breve tempo.

Esistono due tipi di revisione:

- **Narrativa:** è poco affidabile e obiettiva perché è “inquinata” dalla soggettività nel selezionare le fonti e nel punto di vista dell’esperto che effettua la selezione; inoltre utilizza regole poco definite nell’analisi degli studi (es. il metodo di conta numerica degli studi a favore/sfavore del quesito).
- **Sistematica:** è più affidabile perché utilizza un approccio riproducibile, esplicito e trasparente (assicurato dal fatto che gli autori devono esplicitare tutti i passaggi e i criteri) per minimizzare le distorsioni (*bias*). Inoltre, è assente la soggettività in quanto il risultato è basato solo sulla *collazione* (confronto tra testi scritti). Tale revisione è fondamentale per gettare la base di conoscenza per realizzare **linee-guida** valide e riproducibili. Le linee-guida sono raccomandazioni sviluppate per assistere medici e pazienti nelle decisioni, oltre a validare procedure diagnostiche e terapeutiche, costituendo un utile riferimento in caso di contenziosi legali.

Un esempio di banca dati secondaria è la “Cochrane Library”, utile soprattutto per trattamenti, diagnosi e screening, ma non contiene monografie o linee-guida, quindi non è da utilizzare per prognosi, epidemiologia, statistica.

Esempio 4 Voglio valutare il ruolo di un’alimentazione ricca di grassi animali nell’insorgenza del tumore mammario nelle donne dopo la menopausa. Applicando il metodo della conta degli studi (tipico della revisione *narrativa*) ottengo che circa il 70% degli articoli indica che i grassi sono un fattore di rischio e posso arrivare a due conclusioni a seconda del punto di vista (quindi non è univoca): posso essere propenso a credere (in buona fede o per interesse) in un ruolo negativo dei grassi animali appellandomi alla maggioranza degli studi, oppure a credere il contrario appellandomi alla mancanza di prove sufficienti a indicare la correlazione. Invece applicando un metodo di assegnazione di punteggio per ogni studio, sulla base della validità dell’analisi, faccio una revisione sistematica e ottengo un’unica conclusione.

Un particolare tipo di revisione sistematica è la **metanalisi** che consiste nell’uso di metodi statistici per riassumere i risultati di studi indipendenti tra loro e fornire stime precise di ciò che viene analizzato.

È fondamentale, ad esempio, per l’efficacia e la sicurezza dei farmaci. Quindi, mentre la revisione sistematica in sé dà una valutazione qualitativa, la metanalisi ne dà una quantitativa.

Anche per quanto riguarda le tecniche diagnostiche, l’EBM ci viene in aiuto seguendo diversi step:

1. *Interpretare segni qualitativi.*
2. *Valutare quantitativamente i test diagnostici che utilizziamo, avvalendoci di:*
 - **Studi di accuratezza:** immaginando di sottoporre un certo numero di persone ad un test diagnostico per una certa malattia, otteniamo una quota di positivi al test ed una quota di negativi al test. Combinando questi dati con la conoscenza a priori dello stato di malattia del soggetto (indagato tramite un test infallibile detto “*gold standard*”), otteniamo una tabella di contingenza che ci permette di caratterizzare il test con dei parametri:

○ Sensibilità: probabilità di un VP (ovvero che un malato sia positivo).
○ Specificità: probabilità di un FN (ovvero che un sano sia negativo).
○ Rapporto di verosimiglianza positivo (RP+): $\frac{\text{sensibilità}}{1-\text{specificità}}$ (probabilità che un malato risulti positivo / probabilità che un un sano risulti positivo).
○ Rapporto di verosimiglianza negativo (RP-): $\frac{1-\text{sensibilità}}{\text{specificità}}$ (probabilità che un malato risulti negativo / probabilità che un sano risulti negativo).
 - **Studi di appropriatezza:** il RV ci permette anche di capire la relazione tra la probabilità di fare diagnosi pre- e post-test diagnostico. Il RV può essere utilizzato nel nomogramma di Fagan che possiede tre colonne (probabilità pre-test, probabilità post-test, RV): intersecando la prima e la seconda colonna otteniamo la terza. In sostanza si applica il teorema di Bayes.
 - **Studi di valutazione di esito:** utili per gli screening di malattie croniche.
3. *Decisione clinica integrata*