

**BRESCIA, LA MEDICINA CHE CAMBIA:
ANAMNESI ED ESAME OBIETTIVO
AL TEMPO DELLA TECNOMEDICINA**



***Anamnesi ed esame obiettivo
del cuore***

Gian Franco Pasini

Desenzano, 28 ottobre 2017

[PubMed](#)

[US National Library of Medicine](#) [National Institutes of Health](#)

[Ned Tijdschr Geneeskd.](#) 2006 Dec 23;150(51):2825-9.

[The anamnesis in antiquity; medical questions by Rufus Ephesius (1st to 2nd century AD)].

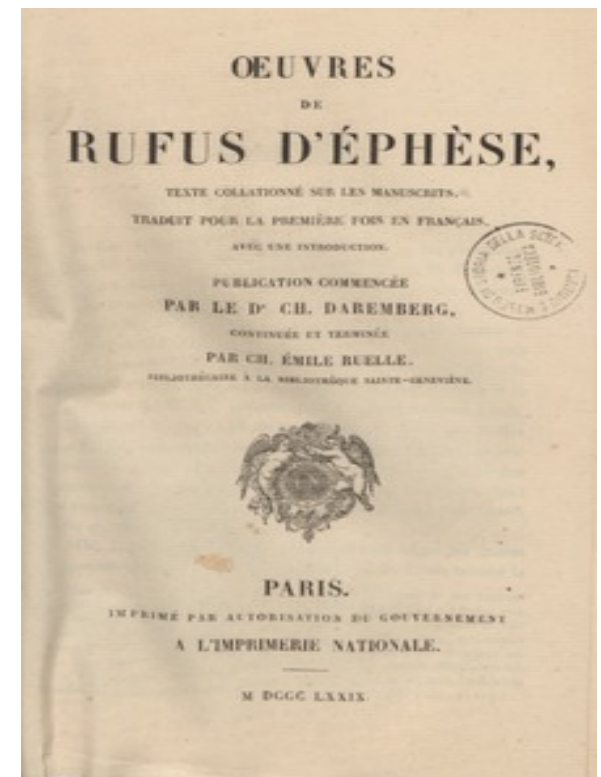
[Article in Dutch]

[Haak HL](#)¹, [Horstmanshoff HF](#).

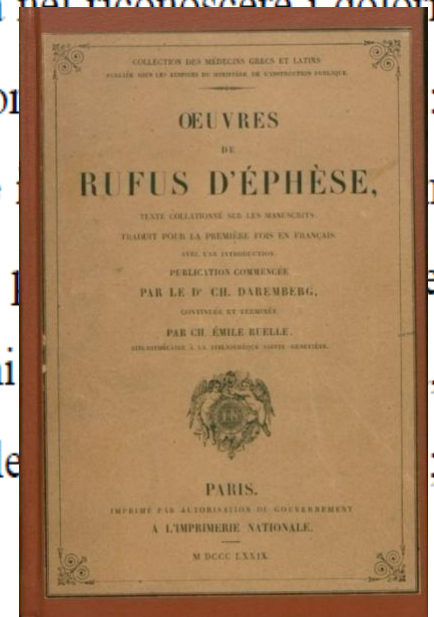
[Author information](#)

Abstract

Only one treatise devoted to medical history taking (anamnesis) has come down to us from antiquity: Medical questions by Rufus Ephesius (from about 80 to about 150 AD). The work was rediscovered, published and translated from Greek into French by Daremberg and Ruelle in the 19th century. **The word 'anamnesis' for history taking only came into use halfway through the 19th century in German-speaking countries and in the Netherlands.** The term was not used in this sense by physicians in antiquity. In contrast to several authors of the Corpus Hippocraticum (5th to 1st century BC), **Rufus attached great importance to the interview with the patient** and in particular to questions concerning the patient's lifestyle prior to the illness. In this respect, his opinions are remarkably close to modern views.



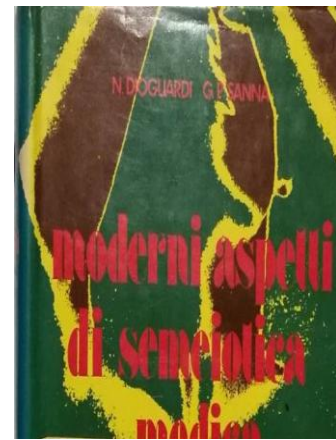
All'interno della tradizione medica, Rufo di Efeso fa capire che il terapeuta deve agire con cautela: pur non parlando esplicitamente di simulazione, lascia intendere che il paziente può esagerare e simulare la sua condizione. Il medico interrogherà il paziente sul dolore manifestatosi nella malattia, ma potrà anche capire che costui soffre senza bisogno di porgli delle domande, facendo attenzione ai lamenti, alle grida, all'agitazione, al disagio, alla posizione del corpo, al colorito, alla magrezza, al movimento delle mani, per non parlare del fatto che anche il modo di toccarsi di un malato fornisce delle spiegazioni sulla sede del dolore, in quanto egli preme di più le parti dolenti. Così, considerando tutti questi segni, il medico non sbaglierà nel riconoscere i dolori 'muti' τὰς ἀφώνους ὀδύνας. È importante, d'altra parte, distinguere i dolori: è questa la ragione per cui è necessario anche porre delle domande, poiché sono sufficienti a formulare una diagnosi, dal momento che molti malati, con delicatezza recitano come gli attori in una tragedia, che fingono malanni e, inoltre, considerare altri fatti: per esempio se il soggetto è ragionevole, virile in tal caso, egli non mentirà (ψεύδοιτο) sulla sua malattia.



APPROCCIO GENERALE AL MALATO

- **Anamnesi** (dal greco: tornare indietro con la memoria): è l'interrogatorio cui si sottopone il paziente per ricostruire le fasi della malattia attraverso i **sintomi**. Nei pazienti affetti da patologie internistiche, se effettuata correttamente, consente una diagnosi nel 50% dei casi
- **Esame obiettivo**: prevede l'esplorazione dei vari organi ed apparati alla ricerca dei **segni** di malattia. Decisivo per la diagnosi nel 20% dei casi
- **Esami strumentali**: DOVREBBERO ESSERE RICHIESTI IN MANIERA MIRATA, a completamento della fase diagnostica

La semeiotica



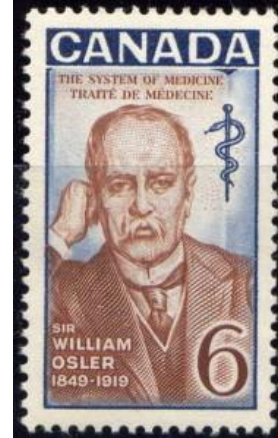
Sintomi e segni, ...ovvero il QUADRO CLINICO, aiutano a catalogare una data patologia in una specifica DIAGNOSI. Nello specifico **il processo logico che porta alla definizione di una diagnosi prevede** di:

- *iniziare sempre e comunque dall'anamnesi,*
- *continuare con l'esame obiettivo,*
- *generare ipotesi*
- *pensare alla diagnosi*
- *prescrivere accertamenti mirati*
- *valutare i referti*
- *confermare la diagnosi che diviene definitiva*

**Fattori fondamentali
che contribuiscono sono:
esperienza,
contesto di valutazione
e conoscenza
dei possibili
quadri patologici**

La metodologia

Si occupa di definire **ciò che** il medico **deve fare e come deve farlo**, **ovvero le regole che guidano l'agire ed il ragionare del medico**.....Prende in esame gli aspetti formali della attività medica, descrivendone i caratteri salienti e prescrivendo le **regole a cui deve attenersi** chi svolge una attività medica, investigativa o clinica.

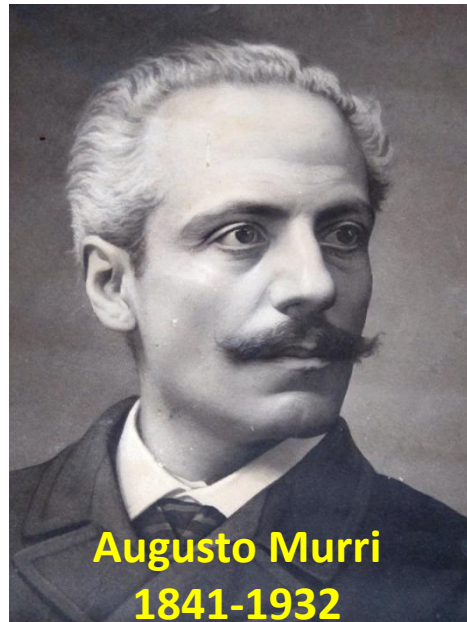
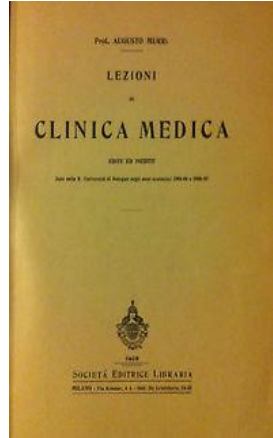


Metodo clinico

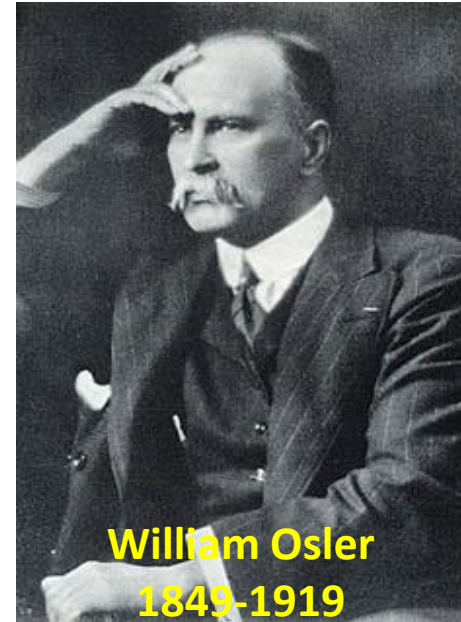
...infatti non esiste un algoritmo raccomandato ed universalmente applicabile (**“non c'è malato che sia uguale all'altro”**)

Giudizio clinico

...è ancora il più importante fattore **per un'appropriata gestione dei pazienti**



Augusto Murri
1841-1932



William Osler
1849-1919

CRITERI PER ESEGUIRE UNA CORRETTA ANAMNESI

- Per facilitare il contatto con il malato è opportuno invitarlo dapprima a descrivere i suoi attuali disturbi
- Si indaga poi sulle malattie dei familiari, sulle tappe dello sviluppo psico-fisico e sulle malattie di cui ha sofferto in passato (Anamnesi familiare, personale fisiologica, patologica remota)
- Si riconsiderano infine in ordine cronologico i disturbi attuali (Anamnesi patologica prossima)
- Nei malati non autosufficienti si ricorre ovviamente a familiari o conoscenti (badanti)

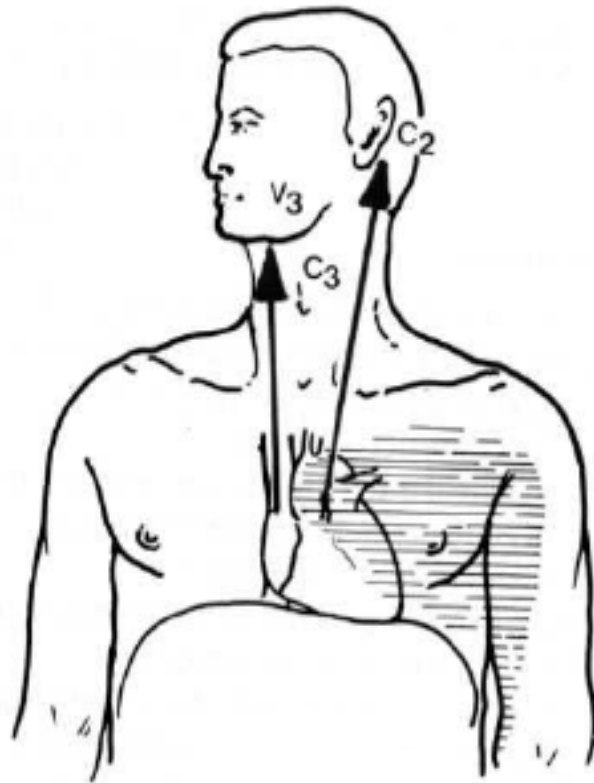
CRITERI PER ESEGUIRE UNA CORRETTA ANAMNESI

- Non accettare mai una precedente diagnosi come punto di partenza
- Cercare di valutare i sintomi nel loro complesso, nei modi e nei tempi riferiti dal paziente, senza cercare a priori di raggrupparli o classificarli
- Alla fine del colloquio formulare una serie di ipotesi diagnostiche principali

OBIETTIVI DEL COLLOQUIO CON IL MALATO

- Scoprire le informazioni che portano alla diagnosi ed al trattamento
- Fornire informazioni al paziente riguardo alla diagnosi (e prognosi)
- Discutere con il paziente gli aspetti relativi al trattamento; la terapia non deve essere imposta e deve essere la migliore possibile (consenso informato)
- Informare circa la prevenzione della malattia

Dolore toracico



Irradiazione del dolore cardiaco

Sedi ed irradiazioni del dolore di origine cardiaca (angina, infarto, pericardite)



Dolore stenocardico

● Angina

- Da sforzo (riproducibile per sforzi di intensità simile)
- Breve durata
- Talora angina a riposo
- Angina instabile
- Sensibile alla trinitrina

● Infarto

- Indipendente talora da sforzo fisico
- Di durata prolungata
- Ipotensione
- Sudorazione
- Senso di morte imminente

Il tipo e la sede primaria del dolore possono essere indistinguibili

DISPNEA

- Nei soggetti normali, anche in condizioni di moderato esercizio fisico, la respirazione avviene in maniera inconscia
- Quando la respirazione diviene cosciente e produce fatica (sensazione di fame d'aria) si definisce **dispnea**
- **In condizioni normali si avverte dispnea per aumento della ventilazione di 4-5 volte (> 40-45/min) rispetto ai valori a riposo (13-16/min)**

Tipi di dispnea

- **Ortopnea**: difficoltà alla respirazione in posizione supina che si allevia in ortostatismo o in posizione seduta
- **Dispnea parossistica notturna**: crisi ad insorgenza notturna insorgenti in pazienti con scompenso cardiaco, di intensità tale da svegliare il paziente e costringerlo a sollevare il dorso dal piano del letto
- **Edema polmonare acuto**: evoluzione peggiorativa della precedente

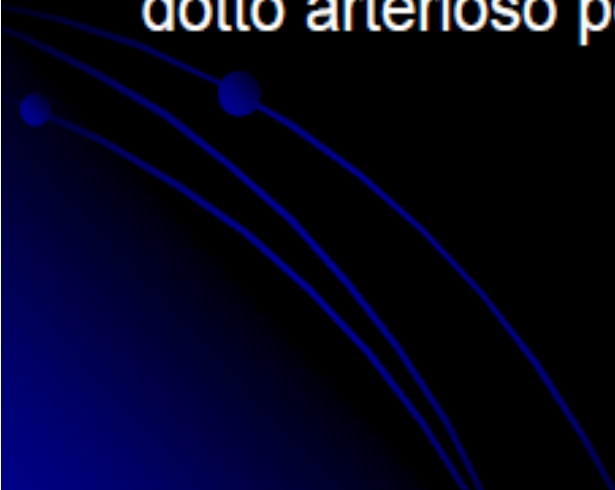
Meccanismi fisiopatologici

- Alterazioni della statica respiratoria: dispnea inspiratoria
 - Cassa toracica (cifosi)
 - App. muscolare (miastenia)
 - Pleuriti
- Alterazioni ostruttive:
 - Superiori (corpi estranei, tonsilliti, edema laringeo)
 - Inferiori (asma, bronchite, enfisema) dispnea espiratoria
- Alterazioni restrittive:
 - Versamenti pleurici, polmoniti, fibrosi, atelettasie, obesità
- Congestione:
 - Scompenso cardiaco sinistro
- Acidosi metabolica:
 - Diabete mellito
 - Insufficienza renale
- Anossia:
 - Stati di anemia
 - Altitudine elevata
- Alterazioni SNC:
 - Meningiti
 - Encefaliti
 - Emorragie
 - Neoplasie

Cardiopalmo

- Sensazione, riferita al precordio (più raramente al collo o all'epigastrio) della propria attività cardiaca, percepita come vibrazione, battiti singoli o ripetuti
- Generalmente causato dall'aumento della frequenza cardiaca o della gittata, o da alterazioni del ritmo cardiaco

Cause di cardiopalmo

- Stress
 - Abuso di caffè, alcool, tabacco
 - Stati ansiosi
 - Cardiopatie con aumento della gittata (insuff. aortica, difetti settali, dotto arterioso pervio)
 - Aritmie: extrasistoli, tachicardie parossistiche, flutter e fibrillazione atriale
 - Febbre
 - Distensione gastrica, ernia iatale
 - Anemie
 - Tireotossicosi
 - Farmaci (simpaticomimetici, vasodilatatori, atropina ecc.)
- 

SINCOPE

- Improvvisa e fugace perdita di coscienza per cui il paziente cade a terra privo di sensi

Cause principali:

1. Insufficienza del circolo periferico
2. Cause neurologiche
3. Cause metaboliche

SINCOPE

- Sindrome vaso-vagale da stress, dolore o esercizio fisico intenso o manovre di sollecitazione del torchio addominale
- Ipotensione ortostatica nel passaggio improvviso dalla posizione supina alla stazione eretta (difetto dei normali meccanismi compensatori in corso di neuropatia autonoma diabetica o uso di vasodilatatori e ganglioplegici)
- Sindrome del seno carotideo da stimolazione spontanea o massaggio
- Blocco di conduzione A-V con sindrome di MAS, bradicardia marcata, tachicardia o aritmia ad elevata frequenza, infarto, tamponamento cardiaco
- Riflessa a partenza da altri visceri, da tosse, minzione, riso

SINCOPE

- Ischemia cerebrale transitoria

- Eemicrania

neurologiche

- Ipertensione endocranica

- Ipossia (diminuzione della PaO_2)

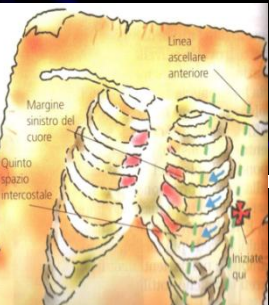
- Ipercapnia (aumento della PCO_2)

- Ipoglicemia

metaboliche

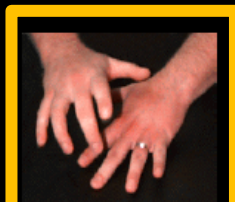
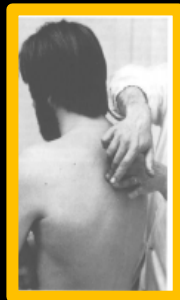
Ispezione

- Consentono di valutare le escursioni della gabbia toracica durante le fasi della respirazione



Percussione

- Il dito plessore percuote all'altezza dell'articolazione interfalangea distale del dito medio della mano appoggiata al torace



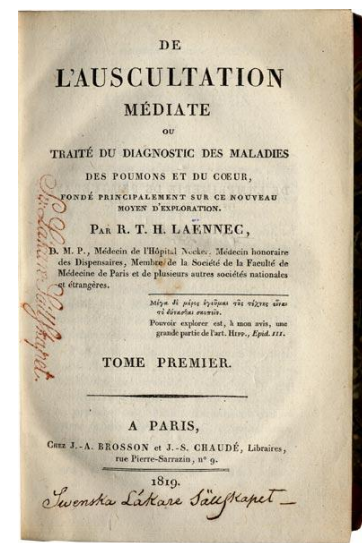
Palpazione

- Con la mano a piatto si rileva la trasmissione della voce facendo pronunciare al paziente parole ricche di consonanti dentali (trentatré)
- La trasmissione del suono è favorita dai tessuti solidi, ostacolata dai liquidi (pleurite) o impedita dall'interposizione d'aria nello spazio pleurico (pneumotorace)



Percussione e..

- Nel 1761 uscì in Austria il piccolo trattato *Inventum Novum ex percussione thoracis humani ut signo abstrusos interni pectoris morbos detergendi* di **Leopoldo Auenbrugger** (1722-1809)
- L'autore descrisse la percussione come un mezzo per poter osservare in vivo le alterazioni degli organi toracici. Questo libro rimase lettera morta, fino a quando ai primi dell'800, il medico di Napoleone **Jean Nicolas Corvisart** (1755-1821) lo riscoprì.
- Auenbrugger era ancora vivo, e a distanza di 30-40 anni dalla pubblicazione, ebbe la sua parte di gloria.



... Auscultazione

Theophile Hyacinthe Laennec (1781-1826)

- Inventore della stetoscopia: nel 1816 visitando un paziente obeso si rese conto che non riusciva ad ascoltare il cuore con il solo orecchio; arrotolò quindi un fascio di carte formando un cilindro che poggiò sul petto del paziente riuscendo a sentire il battito cardiaco “più chiaramente di quanto non gli fosse mai riuscito applicando l’orecchio direttamente”
- Trattato *Auscultation mediate*, 1819: stetoscopio rappresentato da “*un cilindro di legno lungo 30 cm e di un diametro di poco meno di 4, con un lume di circa 1cm e svuotato ad un’estremità a mò di imbuto*”
- Introdusse i termini: pettoriloquia, egofonia, rantoli, crepiti
- Associò l’auscultazione alla percussione descritta da Auenbrugger

Toni cardiaci

● Primo tono

- Coincide con la sistole ventricolare
- Chiusura delle valvole tricuspide e mitrale
- Ottuso, prolungato, di bassa tonalità

● Secondo tono

- Coincide con la diastole ventricolare
- Chiusura delle valvole aortica e polmonare
- Rumore scoccante, di elevata tonalità e di breve durata

Breve pausa tra il I° ed il II° tono, pausa più lunga tra il II° ed il I°

Soffi cardiaci

- Relazione con il ciclo cardiaco (sist./diast.)
- Durata
- Sede
- Irradiazione
- Intensità (da I a VI)

Focolai di auscultazione



Soffi patologici

● Sistolici

- Rigurgiti da un ventricolo all'atrio per incontinenza mitralica o tricuspide
- Da eiezione per restringimento valvolare aortico o polmonare
- Difetti del setto

● Diastolici

- Reflusso dalle valvole aortica e polmonare
- Stenosi della mitrale o della tricuspide



LAENNEC

A L'HÔPITAL NECKER, AUSCULTE, EN PHYLLOQUE - 1816

Rumori bronchiali secchi

- **Ronchi**

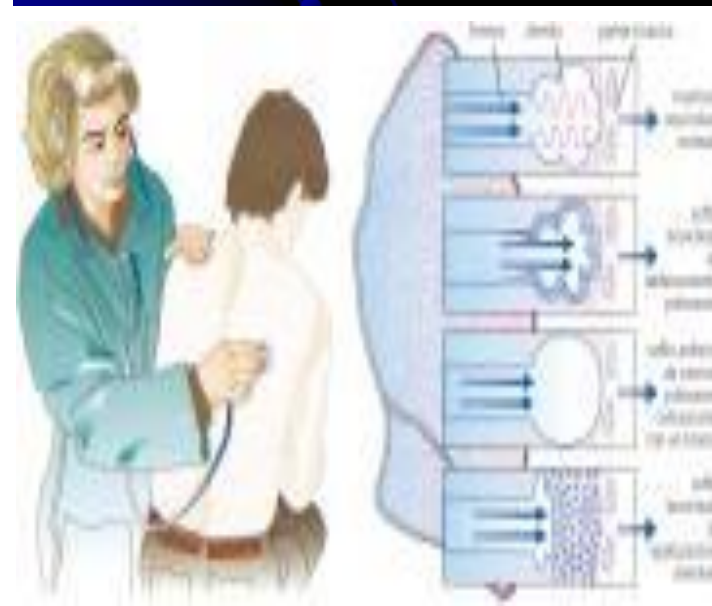
- Variano a seconda del calibro dei bronchi affetti
- Si definiscono russanti o sibilanti, a seconda della tonalità
- A volte sono fischianti
- Compaiono a seguito di ostruzione (processi infiammatori, edema o spasmo muscolatura liscia)



Rumori bronchiali umidi

- **Rantoli**

- Variano anch'essi a seconda del calibro dei bronchi affetti
- Dovuti generalmente ad essudazione
- Fini rantoli crepitanti a piccole bolle (rumore simile allo sfregamento di un ciuffo di capelli) sono caratteristici delle polmoniti o delle fasi iniziali di congestione polmonare (scompenso cardiaco, edema polmonare acuto)
- A differenza dei rumori fini da sfregamento pleurico, si modificano con i colpi di tosse



- Maschio 73 anni si presenta in PS riferendo **cardiopalmò e dispnea da sforzo** lieve da circa 15 giorni
- 4 gg. prima **sincope preceduta da cardiopalmò** molesto e **dolore toracico ant.**
- Diabetico (insulina da 10 anni), iperteso (amlodipina 10, idroclorotiazide 25), AAA sottorenale, reflusso gastro-esofageo, ex fumatore
- PA 105/60, Fc 117 ar., Sat. 88%; 1.70 x 75
- EO: condizioni generali discrete, lieve pallore, lieve turgore giugulare, itto spostato in basso e sin., sistolico punta (3/6), FVT ridotto ed ottusità III° inf. emitorace destro, stasi basi polmonare (più a sinistra), massa pulsante mesogastrio, succulenza arti inferiori

Che ipotesi possiamo fare??? ...e cosa ci aspettiamo???

- **ECG:** FA, ST sottoslivellato in sede anteriore
- **Rx torace:** accentuazione disegno vascolare e trama interstiziale, congestione piccolo circolo, ombra cardiaca ingrandita, versamento pleurico destro e minimo sinistro
- **Lab:** Hb 9.8 (MCV 82), troponina normale, NT-proBNP elevato, creatinina 1.79
- **ECO:** CMD, ipocinesia diffusa, prevalente a carico della parete anteriore, FE 40%, rigurgito mitralico moderato, immagine tondeggiante territorio cdx
- **ECO TE:** non trombi in auricola

CARDIOLOGIA GAVARDO

S4-2
43Hz
19cm

2D
79%
C 47
P Basso
APen

TIS0.4 MI 1.3

06:17:03
8



Aneurisma coronarico



G
P R
1.6 3.2

CARDIOLOGIA GAVARDO

S4-2
42Hz
20cm

2D
75%
C 47
P Basso
APen

TIS0.4 MI 1.3

M3

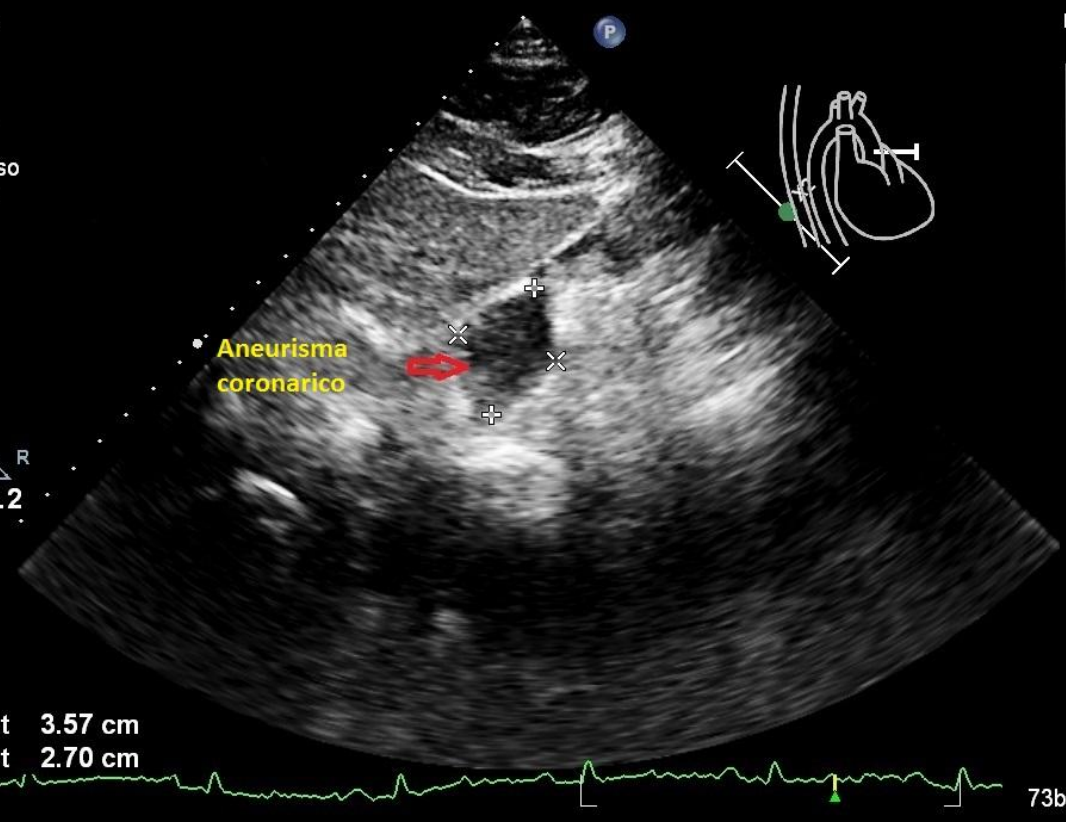
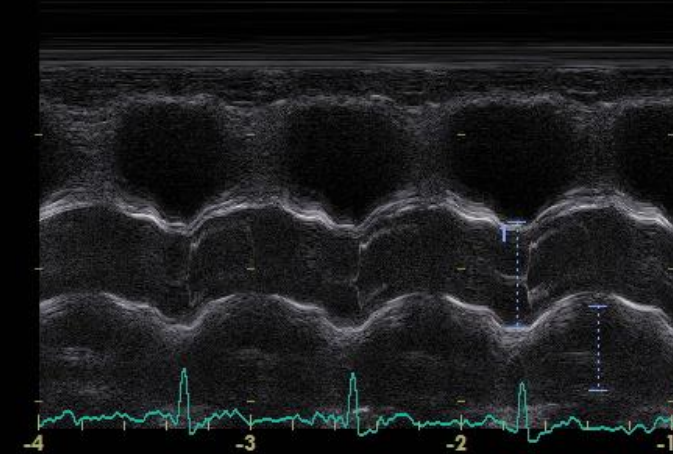
Aneurisma coronarico



G
P R
1.6 3.2

÷ Dist 3.57 cm
× Dist 2.70 cm

73bpm



A questo punto possiamo fare diagnosi??

Scompenso cardiaco
Cardiopatia dilatativa
Fa (alta risposta)
Insufficienza renale cr. (39 mL/min CrCl)
Anemia normocitica
Diabete mellito tipo II
Ipertensione arteriosa
Aneurisma aorta addominale
Malattia reflusso gastro esofageo

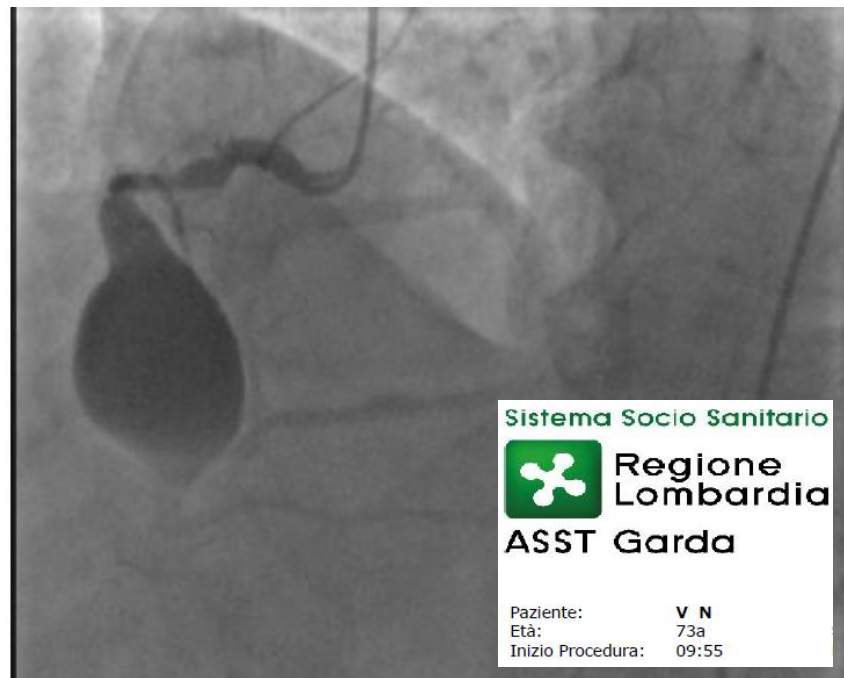
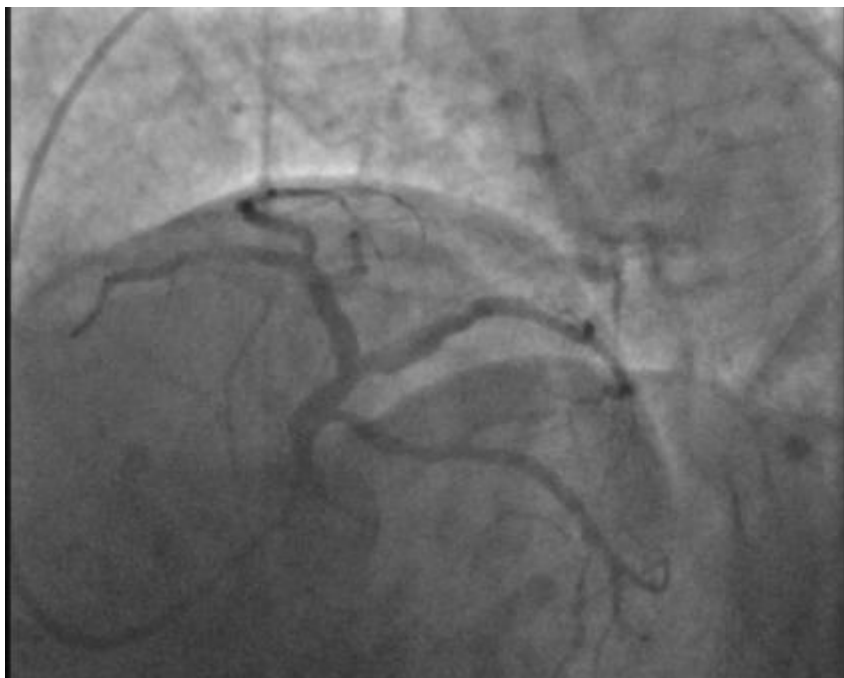
...ed impostare terapia??

diuretico, beta-bloccante, ace inibitore, eritrociti concentrati,
insulina, antitrombotici, IPP, CVE!?

***ma... potrebbe essere utile qualche altro
accertamento??***

Data di Approvazione :

12/10/2017 12:36



Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ASST Garda

Paziente: V N
Età: 73a
Inizio Procedura: 09:55

La diagnosi definitiva

Coronaropatia bivasale
Aneurisma della coronaria destra
Scompenso cardiaco
Cardiopatia dilatativa
Fa (alta risposta)
Insufficienza renale cr. (39 mL/min CrCl)
Anemia normocitica
Diabete mellito tipo II
Ipertensione arteriosa
Aneurisma aorta addominale
Malattia reflusso gastro esofageo

La terapia

diuretico, beta bloccante, ace inibitore,
eritrociti concentrati, insulina, antiaggregante!?
anticoagulante!?, IPP, **Terapia chirurgica**

...poi, abbiamo eseguito

eco addome (conferma di AAA)

ecg Holter (non aritmia ipocinetica o iperc. ventricolare significativa)

gastroscopia (conferma di reflusso G.E. *con minute erosioni*)

Aforismi attribuiti a Sir William Osler

"Se voi ascoltate attentamente il paziente vi dirà lui stesso la diagnosi"

"Colui che studia medicina senza libri naviga un mare non ben delineato, ma chi studia medicina senza paziente al mare non ci è mai andato."

...concludiamo con una frase che può essere considerata il sunto della filosofia di vita di William Osler, e che E.G. Reid riporta:

"La pratica della medicina è un'arte, non un commercio; una chiamata, non un affare; una chiamata in cui il tuo cuore avrà ruolo pari a quello della tua mente[...] E l'ultima lezione che puoi trarne è la più difficile di tutte -che la legge della vita più elevata trova la sua completezza unicamente nell'amore, nella Carità!"

