

OXFORD MANUALE di MEDICINA CLINICA

11^a
ed.

Presentazione di

Antonella Polimeni



Sull'undicesima edizione di
Ian B. Wilkinson | Tim Raine
Kate Wiles | Peter Hateley
Dearbhla Kelly | Iain McGurgan

Ai Grandi Maestri del passato,
che con il loro sapere, arte e coraggio
hanno posto le basi della medicina clinica moderna.

Giunto alla sua undicesima edizione, l'*Oxford Handbook of Clinical Medicine* si conferma come uno strumento formativo agile ed essenziale per studentesse e studenti di medicina e giovani medici, nella progressiva acquisizione di un metodo clinico solido, affidabile e consapevole. Il volume non è semplicemente un compendio di nozioni tecnico-scientifiche, ma un testo che riflette una precisa idea di medicina: una pratica che richiede rigore scientifico, capacità di sintesi e, soprattutto, giudizio. In questo senso, la sua autorevolezza deriva tanto dalla quantità e dalla qualità delle informazioni, quanto dalla capacità di selezionarle, organizzarle e renderle immediatamente utilizzabili nella pratica assistenziale.

L'impianto del volume chiarisce fin dalle prime pagine questa impostazione che, sin dall'apertura dal titolo "Riflessioni sulla medicina", introduce una dimensione essenziale dell'essere medico: l'integrazione costante tra evidenza scientifica e giudizio clinico. In altre parole, sebbene le conoscenze derivanti dalla letteratura e dalla ricerca rappresentino un riferimento imprescindibile, queste acquistano un reale senso solo quando vengono tradotte sapientemente in decisioni appropriate per il singolo paziente. Questo legame tra sapere codificato e applicazione concreta, che attraversa l'intero manuale, ne costituisce difatti uno dei principali punti di forza. Esemplificative in tal senso sono la sezione che inaugura il volume, dedicata a tematiche come l'esame obiettivo e l'anamnesi, in cui si rende particolarmente evidente questo approccio; nonché l'*excursus* conseguente attraverso le diverse discipline delle Scienze della Salute, che non segue una logica meramente descrittiva, ma costruisce progressivamente una capacità di orientamento necessaria ai professionisti della salute in un contesto sanitario sempre più complesso ed articolato. Particolarmente significativa è anche l'attenzione, nella parte conclusiva del volume, riservata alle situazioni cliniche concrete, passando dalle emergenze alle procedure pratiche. Anche in questo contesto, il manuale offre strumenti utili ad affrontare queste situazioni senza semplificazioni eccessive o banalizzazioni, mantenendo sempre un ancoraggio alla migliore evidenza disponibile ma riconoscendo, al tempo stesso, il ruolo imprescindibile dell'esperienza e della responsabilità individuale.

In un contesto caratterizzato da una crescente quantità di dati, la capacità di interpretarli correttamente diventa parte integrante della competenza clinica. Il manuale fornisce in questo quadro un supporto rigoroso per orientarsi nell'evoluzione della medicina contemporanea, segnata dall'innovazione tecnologica e digitale. I sistemi di supporto decisionale, i dispositivi informatici, le applicazioni emergenti, incluse quelle basate sull'intelligenza artificiale, ampliano le possibilità della pratica clinica, ma non ne modificano i fondamenti. Proprio per questo, un testo come l'*Oxford Handbook of Clinical Medicine* mantiene una funzione centrale ancora oggi a distanza di oltre quarant'anni dalla sua prima edizione: offre le basi necessarie per utilizzare in modo appropriato tali strumenti, evitando che la disponibilità di tecnologia sostituisca o indebolisca il ragionamento clinico.

Inoltre, il riferimento – da una parte – all'esperienza della pandemia da COVID-19 richiamato nella prefazione originale di questa ultima edizione, e il contributo – dall'altra – di un ampio gruppo di professioniste e professionisti della salute provenienti da diverse istituzioni cliniche ed accademiche del territorio nazionale, consentono a questa nuova ed aggiornata edizione italiana non solo di essere pienamente aderente al composito contesto sanitario italiano ma ancor di più at-

vi tuale, collocandola in un'epoca storica in cui il rapporto tra conoscenza, incertezza e decisione clinica è emerso con particolare evidenza.

In questa prospettiva, la formazione del medico assume un valore che riguarda ciascuno di noi, in linea con quanto indicato dai nostri Padri e dalle nostre Madri Costituenti, che hanno sancito la salute quale diritto fondamentale della persona e interesse della collettività: un principio costituzionale che richiama con chiarezza la responsabilità pubblica della medicina e il suo impatto diretto sulla qualità della vita sociale. Un manuale come questo contribuisce concretamente a tale obiettivo, sostenendo la crescita di professionisti e professioniste capaci di coniugare conoscenza, vocazione, responsabilità e capacità di giudizio, integrando il rigore delle evidenze con la complessità delle decisioni cliniche. Per studentesse, studenti e giovani medici rappresenta, dunque, non solo un supporto allo studio, ma uno strumento di orientamento nella costruzione della propria identità professionale.

L'invito è a farne un compagno di percorso: non da consultare soltanto nei momenti di incertezza, ma da utilizzare come guida per sviluppare un metodo, per affinare il ragionamento clinico, per imparare a distinguere ciò che è essenziale da ciò che è accessorio. In una professione che richiede aggiornamento continuo e capacità di adattamento e di ascolto costante, questo significa costruire nel tempo una competenza solida e consapevole. È in questo impegno quotidiano, fatto di studio, pratica e responsabilità, che si forma una medicina capace di rispondere davvero ai bisogni delle persone e della società.

Prof.ssa Antonella Polimeni
Magnifica Rettrice
Sapienza Università di Roma

Marialuisa Appetecchia

Direttore UO Endocrinologia Oncologica

IRCCS Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena" – IFO, Roma

*Professore aggiunto, Scuola di Specializzazione in Endocrinologia
Sapienza Università di Roma*

Claudia Bernardi, MD

Dirigente Medico Radiologo

Radiodiagnostica

AUO Sant'Andrea, Roma

Fabio Calabrò

Direttore Oncologia Medica I

IRCCS Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma

Flavio Cesaro, MD

UOC Medicina e Chirurgia di Accettazione e Urgenza

Azienda Ospedaliera dei Colli

Ospedale CTO, Napoli

Umberto Colella

Dirigente Medico, UOC Anestesia e TIPO

Azienda Ospedaliera dei Colli

Ospedale "V. Monaldi", Napoli

Maria Giovanna Dalfino

Dirigente Medico, Anestesista-Rianimatore

UOC Anestesia e Rianimazione DEA

AOU Policlinico "Umberto I", Roma

Piero David

Dirigente Medico

Unità di Rianimazione e Terapia Intensiva

IRCCS Ospedale Pediatrico "Bambino Gesù", Roma

Giuliano Falasco, MD, PhD, FACS

UOC Gastroenterologia ed

Endoscopia Digestiva Diagnostica ed Operativa

Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma

Riccardo Lubrano

Professore associato

Dipartimento Materno Infantile e di Scienze Urologiche

"Sapienza" Università di Roma

Cristiana Lupini, MD, PhD

Dirigente Medico

ARES-118 Azienda Regionale Emergenza Sanitaria,

Disciplina Emergenza e Urgenza

Referente USAR-M Lazio

Andrea Malgeri*Oncologia Medica 1**IRCCS Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma***Rosa Marcellinaro, MD, PhD, FACS***Dirigente Medico Chirurgo**Chirurgia Generale**Ospedale "S. Eugenio", Roma***Valeria Orefice, MD, PhD***UOC di Reumatologia**Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma***Elena Rossini***Dipartimento di Neuroscienze, Salute Mentale
e Organi di Senso (NESMOS)**"Sapienza" Università di Roma***Gian Domenico Sebastiani, MD, PhD***Direttore UOC di Reumatologia**Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma**Presidente della Società Italiana di Reumatologia***Alessandra Serraino***UOC Neurochirurgia**Ospedale "S. Eugenio", Roma***Mauro Signora***Direttore f.f. UOC di Broncopneumologia**Azienda Ospedaliera "San Camillo-Forlanini", Roma***Antonio Spadea, MD, PhD***UOC Oncoematologia Clinica Sperimentale**IRCCS Istituto Nazionale Tumori "Regina Elena", Roma***Ilaria Stolfi, MD***Pediatra neonatologa, ASL Roma 1**Già UOC Neonatologia, Patologia e Terapia Intensiva Neonatale,**AOU Policlinico "Umberto I", Roma***Francesca Tavanti, MD***Dirigente Medico Radiologo**Radiodiagnostica**Ospedale "S. Eugenio", Roma***Gabriella Vivino***Specialista in Anestesia e Rianimazione**Specialista in Tossicologia Medica**Centro Antiveneni**AOU Policlinico "Umberto I", Roma*

1	Riflessioni sulla medicina	0
2	Anamnesi ed esame obiettivo	24
3	Cardiologia	84
4	Pneumologia	152
5	Endocrinologia	196
6	Gastroenterologia	236
7	Nefrologia	288
8	Ematologia	318
9	Malattie infettive	374
10	Neurologia	440
11	Oncologia e cure palliative	514
12	Reumatologia	534
13	Chirurgia	562
14	Chimica clinica	654
15	Sindromi eponimiche	686
16	Radiologia	702
17	Intervalli di riferimento	734
18	Procedure pratiche	742
19	Emergenze	762
20	Bibliografia	834

Indice analitico 849

Punteggio di allerta precoce 878

Arresto cardiaco 880

X Prefazione all'undicesima edizione

Mi scuso sinceramente per il ritardo nella pubblicazione dell'undicesima edizione del manuale, ma per citare Harold Mac Millan: "Gli eventi, caro mio, gli eventi..." Il COVID è arrivato a metà del nostro programma di lavoro di questa edizione e abbiamo quindi dedicato tutti i nostri sforzi ai doveri clinici, interrompendo completamente il lavoro a questo libro. Il COVID ha segnato tutti noi, sia sul piano personale che lavorativo: chi avrebbe mai pensato che avremmo svolto riunioni da remoto, che avremmo saputo così tanto di un nuovo virus o che avremmo ricevuto il nostro primo vaccino mRNA. Finita la pandemia, ci siamo riuniti e, con il doppio dell'impegno, abbiamo completato il libro, aiutati in gran parte dall'inesauribile pazienza e assistenza di Kate e Elizabeth dell'OUP.

La formula è la stessa miscela unica di fatti, spiegazioni, contestualizzazioni e indirizzamento già sfruttata da svariate generazioni di studenti di medicina ma aggiornata, inclusi i virus SARS! Abbiamo tentato di enfatizzare maggiormente quel che conta davvero, mantenendo comunque una prospettiva personale e aggiungendo alcuni spazi bianchi in più. Oltre a Tim, Kate e io, tre nuovi Autori hanno partecipato alla stesura di questa edizione, per offrire un ventaglio più ampio di competenze, tra cui Farmacologia Clinica, Epatologia, Nefrologia, Neurologia e Medicina Generale. Come sempre, diamo grande valore al feedback dei nostri lettori, e speriamo che continui così a lungo.

Spero che apprezzerete questa edizione dell'*Oxford Handbook of Clinical Medicine* tanto quanto le precedenti, nella speranza che la dodicesima edizione abbia un tempo di gestazione più breve.

Ian B. Wilkinson

Prefazione alla prima edizione

Abbiamo scritto questo libro non perché sappiamo così tanto, ma perché ricordiamo così poco. Il problema non è soltanto la quantità di informazioni, ma anche la molteplicità delle fonti da cui provengono. Mentre segue con apprensione il chirurgo, allo studente può essere ricordato di non dimenticare mai l'astinenza da alcol come possibile causa di stato confusionale post-operatorio. L'appunto viene annotato in fretta su un foglietto che resta per un mese in una tasca e finisce poi irrimediabilmente in lavatrice. In altre occasioni, e spesso in luoghi poco comodi, allo studente possono essere segnalate ulteriori cause che non verranno mai raccolte insieme; e quando, ormai specializzando in chirurgia, l'ex studente si troverà davanti a un paziente confuso, è probabile che nessuna di esse gli venga in mente.

Il nostro intento è incoraggiare il medico a trarre soddisfazione dalla cura dei propri pazienti: crediamo che proprio in questo modo possa crescere e migliorare nella pratica della medicina. Da molto tempo si consiglia agli specializzandi di dotarsi di testi sempre più voluminosi per abbracciare l'intero panorama della scienza e dell'esperienza clinica. Ci auguriamo che questo libro possa semplificare tale compito, trasferendo parte del peso della memoria cumulativa dalla mente alla tasca e attenuando alcune delle paure che naturalmente accompagnano l'inizio della carriera medica. In questo modo il medico potrà sviluppare il proprio acume clinico attraverso il lento accumularsi di molti giorni e molte notti di pratica.

RA Hope e JM Longmore, 1985

I nostri più sinceri ringraziamenti ai consulenti delle sezioni specifiche, ognuno è indicato nella prima pagina del capitolo. Grazie anche ai nostri junior readers, Emma Flint, Adam Komorowski, Oliver Mowforth, Gemma Smith, Christina Taylor, and Tom Weatherby. Ringraziamo specialmente anche tutti i mentori, insegnanti e pazienti che ci ispirano e ricordano che non si smette mai di imparare. Ringraziamo il Dipartimento di Radiologia del Leeds Teaching Hospitals NHS Trust e del Norfolk and Norwich University Hospital per la loro gentile collaborazione nel fornire molte immagini, in particolare il Dott. Edmund Godfrey, la cui instancabile ricerca di immagini perfette ha migliorato numerosi capitoli.

Commenti dei lettori Sono stati vitali nell'impresa di creare un testo accurato, completo e aggiornato. Ringraziamo sinceramente i tanti studenti, dottori e operatori sanitari che hanno trovato il tempo e la generosità di scriverci nelle schede di commento delle prime edizioni o, più recentemente, via internet e in forma così numerosa dalle scorse edizioni che ci risulta impossibile elencarli tutti.



A cura di Rosa Marcellinaro

Contenuti

- Il giuramento di Ippocrate 1
- Il diritto umano alla salute 1
- Sopravvivere in reparto 2
- Rapporto medico-paziente e comunicazione 4
- L'enigma diagnostico 6
- Obbligo di trasparenza 7
- Prescrizione di farmaci 8
- Medicina e... 10
 - Razza 10
 - Sonno 10
 - Sesso e genere 10
 - L'ambiente 11
 - Compassione 11
- Morte 12
- Etica medica 14
- Salute mentale 15
- Medicalizzazione 16
- Epidemiologia 17
- Matematica medica 18
- Medicina basata sull'evidenza (EBM) 20
- Popolazioni speciali 22
 - La persona anziana 22
 - La gravidanza 23



Figura 11 Lady Mary Wortley Montagu (1689-1762) era spiritosa, affabile e sufficientemente saggia da rifiutare il pretendente scelto da suo padre e sposare l'ambasciatore britannico in Turchia. Là vide donne più anziane partecipare a feste, dove portavano con loro "una fialetta della migliore varietà di vaiolo" da iniettare nelle vene dei volontari. Poiché aveva avuto il vaiolo e ne portava ancora i segni, offrì la vena di suo figlio, rendendolo così il primo inglese a ricevere l'inoculazione contro la malattia. Era "abbastanza patriottica da impegnarsi a fondo per diffondere questa utile invenzione in Inghilterra", inoculando sua figlia davanti alla corte di Giorgio I: non subì danni e sposò alcuni anni più tardi il primo ministro. Ma la storia rispetta l'uomo che ha convinto il mondo, non le donne che lo hanno fatto per prime. L'inoculazione divenne la "vaccinazione" con l'analogo impiego di Jenner del vaiolo bovino (*vacca*) più di 70 anni dopo Lady Montagu. Nonostante i vaccini siano tra gli interventi più efficaci per salvare vite, le polemiche continuano sin dai tempi di Montagu e Jenner.

La pandemia di sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2 (SARS-CoV-2) ha cambiato vite, economie, l'istruzione, la politica, lo sport e l'arte, oltre alla medicina stessa e alla nostra capacità di curare i malati. Il cambiamento e l'incertezza hanno generato disinformazione. I lockdown obbligatori hanno provocato una rivolta contro i diktat della classe dirigente. Il divario tra contagio e malattia grave ha distorto per la maggior parte delle persone la percezione del rischio. Il populismo e i modelli non scientifici di malattia sono diventati la linfa vitale del dissenso sui vaccini.

L'onestà, la comprensione e la comunicazione non sono mai state così importanti. Il successo dei piani di vaccinazione è un esame di senso di comunità e di cooperazione. Questa rimane la nostra sfida più grande, quella che non ci possiamo permettere di fallire.

Illustrazione di Gillian Turner.



A cura di Piero David

Contenuti

- Raccolta dell'anamnesi 26
- Anamnesi per sistemi 28
- Sintomi aspecifici 30
- Metodo e ordine per l'esame obiettivo 32
- Segni aspecifici 34

Apparato cardiovascolare

- Anamnesi 36
- Esame obiettivo 38
- Polsi 40
- Pressione venosa giugulare (JVP) 41
- Toni cardiaci 42
- Soffi cardiaci 44

Apparato respiratorio

- Anamnesi 46
- Esame obiettivo 48
- Presentazioni cliniche rilevanti 50

Addome

- Apparato gastrointestinale: anamnesi 52
- Apparato gastrointestinale: sintomi e segni 54
- Apparato genitourinario: anamnesi 56
- Esame obiettivo dell'addome 58

Sistema nervoso

- Anamnesi 60
- Esame obiettivo degli arti superiori 62
- Esame obiettivo degli arti inferiori 64
- Esame dei nervi cranici 66
- Lesioni dei nervi cranici dell'occhio 68
- Funzioni cerebrali superiori 70
- Esame dello stato mentale 72

Mani

- Segni di malattia sistemica nelle mani 74
- Esame muscoloscheletrico della mano 76

Esame obiettivo della tiroide 78

Esame obiettivo della mammella 80

L'apparato vascolare periferico: esame obiettivo

- Arterioso 82
- Venoso 83

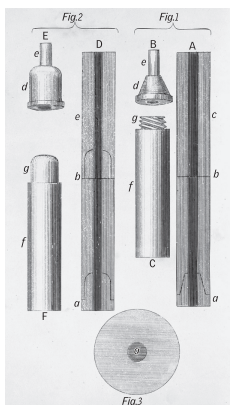


Figura 2.1 Lo stetoscopio di Laennec del 1819. In un'epoca in cui la diagnosi generica di "isteria" poteva essere attribuita alle donne che presentavano quasi ogni tipo di sintomo, fu merito di Laennec l'aver cercato un metodo di esame più sofisticato. Egli non era in grado di evocare segni fisici nel torace femminile tramite la percussione e l'applicazione della mano a causa del tessuto mammario e del grasso sottocutaneo. L'auscultazione diretta con l'orecchio era "tanto scomoda per il medico quanto per la paziente" e inaccettabile per uno scapolo cattolico. Fu così che un pezzo di carta arrotolato e improvvisato fu affinato e perfezionato fino a diventare un "pectrolique", un "cornetto medico" e un "toroscopio", prima di essere infine battezzato stetoscopio. Nonostante i pareri sfavorevoli dei colleghi – "c'è qualcosa di persino ridicolo nel vedere un medico autorevole auscultare attraverso un lungo tubo applicato al torace del paziente, come se la malattia all'interno fosse un essere vivente in grado di comunicare la propria condizione all'esterno" – la sua utilità fece sì che lo stetoscopio diventasse simbolo distintivo del medico, tradizionalmente portato al collo. Forse lo stesso Laennec ne usò uno per "esplorare" (scope) il proprio "stethos" (torace) prima di morire di tubercolosi.

Immagine distribuita secondo licenza Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). Fonte: Wellcome Collection.



A cura di Piero David

Contenuti

Salute cardiovascolare 85

Al letto del paziente (vedi Pag. 38)

Sintomi cardiovascolari 86

Esami diagnostici

ECG: un approccio metodico 88

ECG: anomalie 90

ECG: ulteriori aspetti 92

Imaging cardiaco 100

Ecocardiografia 102

Cateterismo cardiaco 104

Farmaci e cuore

Farmaci cardiovascolari 106

Malattie e condizioni

Iperensione 108

Iperensione: gestione 110

Angina pectoris 112

Sindrome coronarica acuta (SCA) 114

Gestione della SCA 116

Complicanze dell'IM 118

Aritmie: panoramica 120

Monitoraggio ECG continuo 121

Tachicardia a complessi stretti 122

Tachicardia a complessi larghi 124

Fibrillazione atriale (FA) e flutter 126

Pacemaker 128

Malattie del miocardio 130

Malattie del pericardio 132

Insufficienza cardiaca: concetti di base 134

Insufficienza cardiaca: gestione 136

Valvulopatia mitralica 138

Valvulopatia aortica 140

Valvulopatia del cuore destro 142

Chirurgia cardiaca 142

Il cuore in varie malattie sistemiche, per lo più rare 143

Endocardite infettiva (EI) 144

Febbre reumatica (FR) 146

Cardiopatie congenite dell'adulto (ACHD) 148

Idoneità alla guida nei pazienti cardiopatici 150

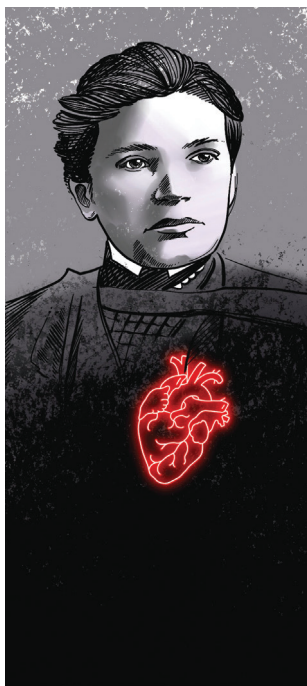


Figura 3.1 Maude Abbott (1869–1940) scrisse una volta: «Uno dei miei sogni a occhi aperti, che percepisco essere egoistico, è quello di andare a scuola». Dopo aver superato sia un'infanzia difficile sia l'iniziale rifiuto della facoltà di medicina a causa del suo essere donna, divenne in seguito un'autorità internazionale nel campo delle malattie cardiache. Nel suo ruolo di assistente curatore al McGill Museum of Medicine organizzò e sistematizzò le conoscenze sulle cardiopatie congenite, gettando le basi per la moderna chirurgia cardiaca. Sebbene il lavoro museale non fosse la sua prima scelta professionale, il suo mentore, Sir William Osler, la incoraggiò a guardare oltre quella che definì «una fatica monotona e priva di prospettive» e a cogliere la «splendida opportunità» di realizzare «cose straordinarie». Nel 2000, Canada Post le ha dedicato un francobollo da quarantasei centesimi intitolato *The Heart of the Matter*.

Illustrazione di Gillian Turner.



A cura di Mauro Signora

Contenuti

Salute dell'apparato respiratorio 153

Indagini diagnostiche

Test di funzionalità polmonare al letto del paziente in medicina toracica 154

Ulteriori indagini diagnostiche in pneumologia 156

Condizioni polmonari

Insufficienza respiratoria 158

Asma 160

Trattamento dell'asma cronica 164

Broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) 166

Polmonite 168

Polmoniti specifiche 170

COVID-19 172

Funghi e polmone 174

Complicanze della polmonite 175

Versamento pleurico 176

Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) 178

Bronchiectasie 180

Fibrosi cistica (FC) 181

Tumori polmonari 182

Tumori polmonari: stadiazione e trattamento 184

Embolia polmonare (EP) 186

Pneumotorace (PNX) 186

Sindrome delle apnee notturne ostruttive 188

Ipertensione polmonare 188

Cuore polmonare 189

Sarcoidosi 190

Malattia polmonare interstiziale (ILD) 192

Polmonite da ipersensibilità (HP) 193

Fibrosi polmonare idiopatica (FPI) 194

Malattie polmonari professionali 195



Figura 4.1 Nel dicembre 2019, un nuovo coronavirus è stato identificato come causa di un focolaio di polmonite a Wuhan, una città nella provincia cinese di Hubei. Questa epidemia si è diffusa rapidamente in Cina e poi nel resto del mondo, diventando la prima pandemia globale dopo l'influenza spagnola. La malattia dal nuovo coronavirus (COVID-19) (Pag. 172), come è stata successivamente definita dall'OMS, è causata dalla sindrome respiratoria acuta grave (SARS) del virus Coronavirus (CoV) 2, che si manifesta principalmente come una malattia respiratoria acuta con polmonite interstiziale e alveolare, ma può colpire diversi organi come reni, cuore, tratto digerente, sangue e sistema nervoso. Ad oggi, ha infettato oltre 700 milioni di persone in tutto il mondo e ha causato quasi 7 milioni di morti. In risposta alla pandemia, la maggior parte dei paesi del mondo ha istituito rigide misure di lockdown, tra cui la chiusura di tutte le attività commerciali, scuole e negozi non essenziali e la limitazione di tutti i viaggi e gli spostamenti non essenziali. Le persone a rischio o vulnerabili sono state incoraggiate a "rinchiudersi" o "proteggersi" in sicurezza a casa. Nonostante il dolore e i sacrifici, si è assistito anche a un'ondata di generosità e solidarietà. Ci sono tornate in mente le parole del dottor Bernard Rieux ne *La peste* di Albert Camus: "Non si tratta solo di eroismo... Può sembrare un'idea ridicola, ma l'unico modo per combattere la peste è con la decenza". A parte le pandemie, l'arte e la pratica della medicina dovrebbero sempre essere incentrate sulla decenza.

Illustrazione di Gillian Turner.

A cura di *Marialuisa Appetecchia*

Contenuti

L'essenza dell'endocrinologia 197
Fisiologia endocrina 198

Diabete mellito (DM)

Classificazione e diagnosi 200
Trattamento del diabete mellito 202
Complicanze del diabete conclamato 204
Neuropatia diabetica e cura del piede diabetico 206
Ipoglicemia 208
Insulinoma 209

Malattie della tiroide e delle paratiroidi

Test di funzionalità tiroidea (TFT) 210
Tireotossicosi 212
Ipotiroidismo (mixedema) 214
Ormone paratiroideo e iperparatiroidismo 216
Ipoparatiroidismo 216

La ghiandola surrenale

Corteccia surrenale e sindrome di Cushing 218
Morbo di Addison (insufficienza surrenalica) 220
Iperaldosteronismo 222
Feocromocitoma 222
Irsutismo, virilismo, ginecomastia e impotenza 224

La ghiandola pituitaria

Ipopituitarismo 226
Tumori ipofisari 228
Iperprolattinemia 230
Acromegalia 232
Diabete insipido (DI) 234



Figura 5.1 Akhenaton, come raffigurato qui, fu un importante faraone egizio della XVIII dinastia, che regnò dal 1365 al 1348 a.C. Akhenaton apportò cambiamenti radicali in Egitto, tra cui la fondazione di una nuova capitale e la formazione di una nuova religione associata a una filosofia pacifista e a un profondo rispetto per la natura. Incoraggiò anche un nuovo concetto di arte in cui sculture o rilievi raffiguranti il faraone non erano più fortemente idealizzati. Akhenaton veniva spesso raffigurato come una persona con mascella prominente, torace infossato, addome voluminoso e distribuzione ginecoide del grasso. Diversi autori hanno ipotizzato che Akhenaton soffriva di acromegalia, con o senza ipogonadismo, ipogonadismo isolato o rachitismo. La sua rappresentazione a tratti androgina, con fianchi larghi, testa allungata, occhi a mandorla, mascella quadrata, ginecomastia e assenza di genitali maschili, ha portato alcuni a ipotizzare possibili diagnosi di sindrome di Klinefelter o addirittura di disforia di genere.

Illustrazione di Gillian Turner.



A cura di Giuliano Falasco

Contenuti

Alimentazione sana 238

Disturbi nutrizionali 240

La bocca 242

Procedure

Endoscopia e biopsia 244

Quadro sintomatologico iniziale

Disfagia 246

Nausea e vomito 246

Dispepsia ed ulcera peptica 248

Malattia da reflusso
gastro-esofageo (MRGE) 250

Emorragia del tratto
gastrointestinale superiore 252

Varici esofago-gastriche 252

Diarrea 254

Stipsi 256

Malattie e condizioni cliniche

Rettocolite ulcerosa (RCU) 258

Malattia di Crohn 260

Malassorbimento
gastrointestinale 262

Malattia celiaca 262

Pancreatite cronica 262

Disturbi della motilità
gastrointestinale 264

Sindrome dell'intestino irritabile
(IBS) 264

Tumori neuroendocrini 266

Sindrome di Zollinger–Ellison 267

Ittero 268

Insufficienza epatica 270

Cirrosi 272

Epatite virale 274

Abuso di alcol 276

Colangite biliare primitiva (CBP) 278

Colangite sclerosante primitiva
(CSP) 278

Epatite autoimmune (EAI) 280

Steatosi epatica non alcolica
(NAFLD) 281

Malattia di Wilson/degenerazione
epatolenticolare 281

Tumori epatici 282

Emocromatosi ereditaria (EE) 284

Deficit di α_1 -antitripsina (A1AT) 286



Figura 6.1 Soffrire in silenzio: i sintomi gastrointestinali di Ludwig van Beethoven iniziano nella tarda adolescenza, subito dopo la morte di sua madre per tubercolosi e la caduta del padre nell'alcolismo. Al pari dei rigidi motivi ritmici che hanno caratterizzato sempre più le sue composizioni, un complesso di crampi addominali recidivanti ed una alternanza di diarrea severa e stipsi insorsero per poi rimanere una costante durante tutta la sua vita. I disturbi raggiunsero un crescendo soffocante, caratterizzato da prostrazione, anoressia, una serie di problemi reumatici, così come ittero ed ascite che si rivelarono debilitanti. La sua rinomata sordità iniziò all'età di 28 anni con acufeni e perdita delle alte frequenze, divenendo poi inesorabilmente progressiva. Per spiegare la perdita dell'udito sono state proposte molte teorie. L'ipotesi dello stesso Beethoven, secondo cui la sordità avesse radici nell'addome, nonostante il rifiuto uniforme della teoria da parte dei suoi medici, potrebbe essere stata corretta. La perdita dell'udito neurosensoriale bilaterale, nel contesto di una patologia immunitaria, è ben descritta. Una malattia infiammatoria intestinale, con il suo complicato intreccio di manifestazioni extraintestinali, e la colangite sclerosante primitiva spesso associata, fornisce una spiegazione omnicomprendente. Una causa non solamente dei sintomi, ma probabilmente anche della sofferenza come fonte del suo genio, pieno e zampillante di emozioni, con armoniose inondazioni dei suoni più profondi e stimolanti mai concepiti.

Riprodotta da Baldwin A. *Oxford Handbook of Clinical Specialties* (2020), Per gentile concessione della Oxford University Press.



A cura di Riccardo Lubrano

Contenuti

- Urine 290
- Infezione delle vie urinarie (IVU) 292
- Insufficienza renale acuta (IRA):
 - Approccio clinico 294
 - Trattamento 296
- Malattia renale cronica (CKD) 298
 - Trattamento 300
- Terapia renale sostitutiva (RRT):
 - Dialisi e emofiltrazione 302
 - Trapianto 304
- Glomerulonefrite 306
- Sindrome nefrosica 308
- Il rene nelle malattie sistemiche 310
- Tubuli renali: patologie ed effetti dei diuretici 312
- Nefropatia tubulo-interstiziale e nefrotossine 314
- Nefropatie ereditarie 316



Figura 7.1 A Ronald e Richard Herrick non bastò dichiarare ufficialmente che erano gemelli identici. Vennero pertanto formalmente eseguite 17 valutazioni genetiche, oltre alla verifica delle rispettive impronte digitali presso il locale commissariato di Polizia, alla presenza dei giornalisti. Solo quando trapianti incrociati di cute tra i due, eseguiti in assenza di qualsiasi trattamento immunosoppressivo, guarirono perfettamente, le autorità dichiararono che le probabilità che si trattasse realmente di gemelli identici erano assai elevate. In quel periodo Richard stava morendo di insufficienza renale. Aveva un comportamento bizzarro, non collaborava in alcun modo ed era disorientato. Una valutazione psichiatrica aveva fatto diagnosi di encefalopatia uremica. "In conclusione, possiamo affermare che il paziente potrà guarire da tale psicosi soltanto se si eliminano le sostanze tossiche." Risultava iperteso e in sovraccarico di liquidi e il primitivo trattamento dialitico cui veniva sottoposto determinava squilibri elettrolitici incontrollabili e aritmie. Ma il rene di Ronald si sarebbe potuto adattare al corpo di Richard? Erano necessari ulteriori controlli, per assicurarsi che le caratteristiche anatomiche e le condizioni logistiche non avrebbero compromesso l'intervento chirurgico programmato. Il 20 Dicembre 1954 il dott. Joseph Murray smise di preparare il dolce natalizio per i suoi 75 ospiti e raggiunse la Sala Settoriale presso la quale si era infine reso disponibile un cadavere da esercitazione. Tre giorni più tardi venne eseguito con successo il primo trapianto di rene sull'uomo. L'evoluzione della dialisi, delle tecniche chirurgiche e dei trattamenti immunosoppressivi nel corso dei successivi 70 anni ha cambiato la vita dei pazienti sottoposti a trapianto di rene; l'abnegazione dei donatori viventi rimane immutata. Richard era ben conscio della situazione. "Esci da lì e tornatene a casa" scrisse al fratello alla vigilia dell'intervento. La risposta di Ronald fu "Sono qui e ho intenzione di restarci". Ronald donò a Richard non soltanto il proprio rene, ma anche giorni che suo fratello non avrebbe potuto vivere, una moglie che non avrebbe potuto conoscere e due figli che la glomerulonefrite che lo affliggeva non gli avrebbe consentito di generare.

Illustrazione di Gillian Turner.



A cura di Antonio Spadea

Contenuti

- Un senso di umorismo 319
- Striscio di sangue periferico 320
- Formula leucocitaria 322
- Anemia 324
- Anemia sideropenica (IDA) 326
- Anemia delle malattie croniche (ACD) 326
- Anemia sideroblastica 326
- Anemia macrocitica 328
- Anemia perniciosa e anemia da carenza di vitamina B₁₂ 330
- Approccio all'anemia emolitica 332
- Anemia emolitica: cause 334
- Anemia falciforme 336
- Talassemie 338
- Approccio ai disturbi della coagulazione 340
- Disturbi della coagulazione 342
- Trasfusione di sangue ed emoderivati 344
- Anticoagulanti 346
- Pancitopenie ed insufficienze midollari 348
- Leucemia ed il medico di guardia 350
- Leucemia acuta linfoblastica (LAL) 352
- Leucemia acuta mieloide (LAM) 354
- Leucemia mieloide cronica (LMC) 356
- Leucemia linfatica cronica (LLC) 357
- Linfoma di Hodgkin (LH) 358
- Linfoma non Hodgkin (LNH) 360
- Neoplasie mieloproliferative croniche 362
- Paraproteinemie 364
- Amiloidosi 364
- Mieloma multiplo 366
- Velocità di eritrosedimentazione (VES) 368
- Viscosità plasmatica (VP) 368
- Sindrome da iperviscosità 368
- Milza e splenectomia 369
- Trombofilia 370
- Farmaci immunosoppressori 372

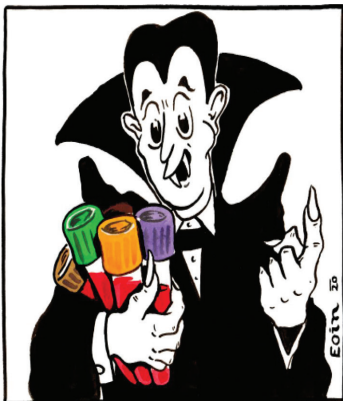


Figura 8.1 Da "Dracula" di Bram Stoker a "Buffy l'ammazzavampiri" fino alla saga di "Twilight", siamo affascinati da sempre dall'immortalità dei vampiri. Molte volte, appollaiati sull'ignara fossa antecubitale di un paziente nel cuore della notte, armati di una cannula e di un variabile grado di competenza, possiamo esserci sentiti vampiri anche noi. Una teoria circa l'origine della leggenda dei vampiri è che l'isteria venne generata dalle epidemie di malattie infettive associate a sanguinamenti anomali. Per esempio, si pensa che l'epidemia di presunto vampirismo nel villaggio serbo di Medvegia nel 1731 fosse in realtà dovuta all'antrace in cui i soggetti colpiti svilupparono coagulazione intravascolare disseminata (CID), con conseguenti emorragie dal naso e dalla bocca.

Per gentile concessione di Eoin Kelleher.



A cura di *Ilaria Stolfi*

Contenuti

Che cos'è la vita? 375
Malattie infettive: panoramica 376

Infezioni batteriche

Infezioni batteriche: panoramica 378
Antibiotici 380
Antibiotici: tabelle riassuntive 382
Batteri Gram-positivi 384
Batteri Gram-negativi 386
Tuberculosi (TBC): presentazione 388
Tuberculosi: diagnosi e trattamento 390

Infezioni virali

Influenza 392
Virus dell'immunodeficienza umana (HIV): diagnosi 394
Complicanze dell'infezione da HIV 396
Terapia antiretrovirale (ART) per l'HIV 398
Herpesvirus 400
Altri virus 402

Altro

Immunizzazione 403
Miceti 404
Infezioni correlate all'assistenza sanitaria (nosocomiali) 4086
Infezioni sessualmente trasmesse (IST) 408

Infezioni importate e non comuni

Febbre nel viaggiatore di ritorno 410
Febbre enterica 411
Malaria: diagnosi 412
Malaria: trattamento 414
Malattie trasmesse da zanzare 416
Malattie trasmesse da vettori 418
Zoonosi 420
Febbre emorragica virale (FEV) 422
Gastroenterite: panoramica 424
Gastroenterite: infezioni specifiche 426
Parassiti gastrointestinali 428
Schistosomiasi e malattia epatica 430
Malattie neurologiche 432
Malattie dell'occhio 434
Malattie della cute 436
Piressia di origine sconosciuta (PUO) 438
Suscitando lo strano e il meraviglioso 439

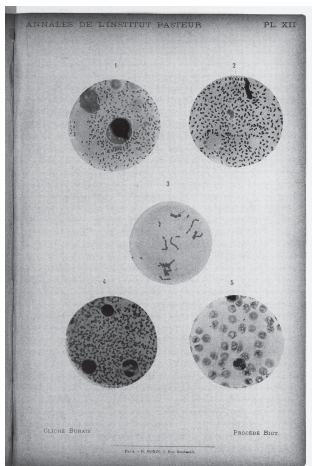


Figura 9.1 Alexandre Yersin viaggiò, in senso sia letterale sia metaforico, per mezzo mondo dall'Istituto Pasteur di Parigi per lavorare nell'Indocina francese nel 1890. La sua fama medica fu scolpita in una capanna di bambù durante l'epidemia di peste del 1894 a Hong Kong. Corrompendo le guardie dell'obitorio riuscì a ottenere campioni dai defunti e isolò l'organismo causale, in seguito denominato *Yersinia pestis* in suo onore. Yersin rimase in Indocina, dirigendo la prima scuola di medicina di Hanoi e fondando un laboratorio medico a Nha Trang. Si dedicò anche alla botanica, introducendo nella regione l'albero della gomma e l'albero della china, utilizzata per produrre il chinino. Della medicina disse: «sono molto felice di curare coloro che vengono da me chiedendo consiglio, ma non vorrei fare della medicina la mia professione... Considero la medicina una vocazione, come il sacerdozio». Fu l'Ông Nam (quinto zio) di molti in Vietnam. Sepolto nella sua casa adottiva di Nha Trang, è rimasto fino all'ultimo un eccentrico, eclettico, umile e poliedrico studioso. E così anche noi aspiriamo a bilanciare l'umanitarismo con un'attenzione forense ai dettagli nel nostro approccio alle malattie infettive.

La peste bubonique à Hong-Kong/
A.E.J. Yersin. Wellcome Collection.
Fonte: Wellcome Collection,
Public Domain Mark.



A cura di Elena Rossini & Alessandra Serraino

Contenuti

La neurologia al letto del paziente

- Dov'è la lesione? 442
- Farmaci e sistema nervoso 444
- Rifornimento ematico cerebrale 446
- Esame obiettivo dei nervi periferici 448
- Dermatomeri e nervi periferici 450

Alcune presentazioni comuni

- Cefalea 452
- Emicrania 454
- Vuoti di memoria 456
- Amnesia globale transitoria (AGT) 456
- Vertigini e capogiri 458
- Tinnito 458
- Ipoacusia 459
- Disordini neurologici funzionali 460
- Ipostenia acuta bilaterale degli arti inferiori 462
- Movimenti involontari anomali (discinesie) 464

Malattie e condizioni

Stroke:

- Valutazione e gestione della fase acuta 466
- Emorragia intraparenchimale (ICH) 468
- Attacco ischemico transitorio (TIA) 469
- Prevenzione 470
- Riabilitazione 472
- Emorragia subaracnoidea (ESA) 474

- Ematoma subdurale 476
- Ematoma extradurale (epidurale) 476
- Trombosi venosa cerebrale (TVC) 478
- Iperensione endocranica idiopatica 478
- Delirium (stato confusionale acuto) 480
- Demenza 482
- Malattia di Alzheimer (AD) 484
- Epilessia: diagnosi 486
- Epilessia: gestione 488
- Parkinsonismo 490
- Sclerosi multipla (SM) 492
- Lesioni occupanti spazio (LOS) 494
- Mononeuropatie 496
- Paralisi di Bell 498
- Polineuropatie 500
- Sindrome di Guillain-Barré (GBS) 500
- Neuropatia autonoma 501
- Malattia del motoneurone (MND) 502
- Paralisi bulbare 503
- Spondilosi cervicale 504
- Miopatie 506
- Miastenia gravis (MG) 508
- Sindrome miastenica di Lambert Eaton (LEMS) 508
- Neurofibromatosi 510
- Siringomielia 512
- Malformazioni di Chiari 512
- Retrovirus e neurologia 513



Figura 10.1 Sir Roger Bannister CBE (1929–2018) corse il primo miglio della storia sotto i 4 minuti il 6 maggio 1954, all'età di 25 anni. In quel periodo era uno studente di medicina all'Università di Oxford e si laureò l'anno successivo. Successivamente divenne un importante neurologo accademico, svolgendo ricerche sul sistema nervoso autonomo, che considerava il suo più grande risultato. L'attività autonoma e la corsa sono, naturalmente, intimamente collegate, come Bannister osservò in modo più poetico rispetto al solito cliché della "reazione di attacco o fuga": «Da bambino correvo a piedi nudi sulla sabbia umida e fresca della riva del mare. L'aria lì aveva una qualità speciale... Il rumore delle onde copriva tutti gli altri suoni, e rimanevo stupito, quasi impaurito, dal tremendo entusiasmo che potevano suscitare pochi passi. Fu un momento intenso di scoperta di una fonte di forza e bellezza che prima difficilmente si sarebbe potuto immaginare esistesse.» Nel 2014, Bannister parlò pubblicamente dell'ironia della sorte nel ricevere una diagnosi di malattia di Parkinson.

Foto: Keystone/Getty Images.



A cura di Fabio Calabrò & Andrea Malgeri

Contenuti

- Prendersi cura delle persone con cancro 515
- Segni e sintomi del cancro 516
- Chemioterapia e terapie target 518
- Radioterapia e oncologia interventistica 520
- Assistenza oncologica multidisciplinare 522
- Emergenze oncologiche 524
- Sindromi paraneoplastiche 525
- Marker tumorali 526
- Cure palliative:
 - Principi e controllo del dolore 528
 - Sintomi non dolorosi 530
 - Assistenza negli ultimi giorni di vita 532



Figura 11.1 Nel 1951, Henrietta Lacks morì a causa di un carcinoma cervicale metastatico aggressivo. La sua famiglia e i suoi amici la piansero. La ricordavano per il suo modo elegante di vestire, per lo smalto rosso sulle unghie e per il suo amore per gli spaghetti. Raccontavano che teneva sempre la porta di casa aperta per chiunque avesse bisogno. Erano addolorati all'idea di non poterla più vedere danzare con uno dei suoi cinque figli tra le braccia. Eppure, una piccola parte di lei riuscì a ingannare la morte. Una parte immortale di una donna mortale. Prelevate e portate in laboratorio senza il suo consenso, le sue cellule tumorali sopravvissero e si riprodussero, dando origine alla linea cellulare HeLa: un pilastro della ricerca biologica che ha condotto a scoperte fondamentali in oncologia, immunologia e malattie infettive, generando un valore economico di miliardi di dollari. Ma la storia delle cellule HeLa non è una storia di successo. È la storia di una donna nera, curata in un ospedale per neri, in un contesto in cui non esisteva alcun obbligo legale di consenso. È una storia intrisa di immoralità. L'uso delle linee cellulari HeLa dovrebbe quindi cessare nel tentativo di compensare questa ingiustizia? Secondo la sua famiglia, no. I familiari sostengono la prosecuzione del loro utilizzo, a condizione che vi sia finalmente un riconoscimento di questa donna afroamericana, della sua identità e della sua vita. Resta una responsabilità che riguarda tutti noi: esaminare le narrazioni di rispetto e razza, riconoscere l'eredità di maltrattamenti subiti dai pazienti non bianchi nei sistemi sanitari e comprendere che il consenso non è una mera tutela legale, ma il fondamento della comunicazione e dell'equità nella cura e nella ricerca.

Illustrazione di Gillian Turner.



A cura di Gian Domenico Sebastiani & Valeria Orefice

Contenuti

- Storia della reumatologia 535
- Valutazione dell'apparato locomotore 536
- Indagini diagnostiche importanti in reumatologia 537
- Mal di schiena 538
- Osteoartrite (OA) 540
- Artrite settica 540
- Artrite reumatoide (AR) 542
- Artropatie da microcristalli**
- Artropatie da microcristalli: gotta 544
- Artropatia da deposito di calcio pirofosfato (CPPD) 544
- Spondiloartriti**
- Spondilite anchilosante (SA) 546
- Artropatie enteropatiche 546
- Artrite psoriasica e artriti reattive 547
- Malattie infiammatorie autoimmuni**
- Sclerosi sistemica 548
- Sindrome di Sjögren 548
- Connettivite mista 548
- Policondrite ricorrente 548
- Sindrome di Raynaud 548
- Polimiosite e dermatomiosite 549
- Lupus eritematoso sistemico (LES) 552
- Vasculiti**
- Arterite gigantocellulare (AGC) 554
- Poliarterite nodosa (PAN) 554
- Poliangiite microscopica 554
- Polimialgia reumatica (PMR) 555
- Fibromialgia e sindrome da stanchezza cronica 556
- Malattie sistemiche con**
- Manifestazioni oculari 558
- Manifestazioni cutanee 560



Figura 12.1 Quando lo statista inglese William Pitt il Vecchio, fu colpito da un altro attacco di gotta fu assente dal Parlamento nel 1773, anno in cui i membri del suo partito furono persuasi a imporre una tassa consistente sulle importazioni di tè verso le colonie americane. Il risultante Tea Act nacque nel 1773. I coloni salirono a bordo delle navi della Compagnia delle Indie Orientali nel porto di Boston e le casse di tè furono gettate in mare. In risposta, il governo inglese mandò le truppe ad occupare Boston per controllare i coloni. La risposta armata a queste forze di occupazione portò alla guerra d'indipendenza americana. Tredici colonie del Regno Unito divennero indipendenti. Perciò si può dire che la gotta ha svolto un ruolo importante nell'inizio della Rivoluzione americana!

Illustrazione di Gillian Turner.

Una specialità in rapida evoluzione

Reumatologia origina dal termine greco "rheuma" che significa "scorrere come un fiume o un torrente". La British Society of Rheumatology definisce la reumatologia come una "branca multidisciplinare della medicina che si occupa dello studio, della diagnosi e del trattamento dei pazienti con artriti e altre patologie muscoloscheletriche... coinvolgente più di 200 malattie che interessano articolazioni, ossa, muscoli e tessuti molli". In Italia, secondo i dati più recenti della Società Italiana di Reumatologia (SIR) e del Ministero della Salute, le malattie reumatologiche rappresentano un problema sanitario di grande rilievo: oltre 5 milioni di persone soffrono di una patologia reumatica cronica. Le malattie più diffuse sono artrosi, artrite reumatoide, osteoporosi, fibromialgia e spondiloartriti. Sono patologie che colpiscono in particolare le donne (circa il 70% dei casi) e la prevalenza aumenta con l'età, anche se alcune forme – come l'artrite idiopatica giovanile – interessano anche bambini e adolescenti. (Le malattie reumatologiche costituiscono una delle principali cause di disabilità e di ridotta qualità di vita nella popolazione adulta *N.d.C.*). L'osteoartrosi rappresenta di gran lunga la patologia più comune dell'età adulta. I progressi più recenti riguardano soprattutto la gestione delle malattie infiammatorie, grazie alle nuove scoperte nel campo dell'immunologia di queste malattie e allo sviluppo dei farmaci modificanti la malattia (disease-modifying antirheumatic drugs-DMARD).

Si ringraziano Kevin Davies e Tom Weatherby per questo capitolo.



A cura di Rosa Marcellinero

Contenuti

- Terminologia in chirurgia 563
- Assistenza preoperatoria**
- Valutazione preoperatoria 564
- Consenso informato 566
- Antibiotico-profilassi in chirurgia 568
- Chirurgia mininvasiva e day-surgery 568
- Suture 569
- Anestesia 570
- Popolazioni speciali 572
- Assistenza postoperatoria**
- Valutazione postoperatoria 574
- Infezioni del sito chirurgico 576
- Trombosi venosa profonda (TVP) 578
- Edema degli arti inferiori 579
- Complicanze postoperatorie specifiche 580
- Gestione delle stomie 582
- Supporto nutrizionale nei pazienti chirurgici 584
- Tumefazioni di testa, collo e cute** 586
- Chirurgia della mammella** 594
- Chirurgia gastro-intestinale**
- Masse addominali 596
- Addome acuto 598
- Appendicite acuta 600
- Occlusione intestinale 602
- Ernie 604
- Carcinoma colo-rettale 608
- Carcinoma esofageo 610
- Carcinoma del pancreas 612
- Chirurgia gastrica e le sue conseguenze 614
- Funduplicatio per malattia da reflusso gastro-esofageo 616
- Rottura esofagea 616
- Ischemia intestinale 617
- Chirurgia bariatrica 618
- Malattia diverticolare 620
- Patologie perianali 622
- Emorroidi 624
- Chirurgia epatobiliare** 626
- Urologia**
- Calcoli del tratto urinario (nefrolitiasi) 630
- Ostruzione del tratto urinario 632
- Ipertrofia prostatica benigna 634
- Fibrosi retroperitoneale 635
- Neoplasie del tratto urinario 636
- Tumori della vescica 638
- Incontinenza urinaria 640
- Noduli inguinali e scrotali 642
- Testicoli 644
- Chirurgia vascolare**
- ▶▶ Aneurismi delle arterie 646
- ▶▶ Dissecazione dell'aorta toracica 647
- Arteriopatia periferica (PAD) 648
- Vene varicose (VV) 650
- Gangrena e fascite necrotizzante 652
- Ulcere cutanee 652



Figura 13.1 Quando un rigido inverno polare si abbatteva sull'Antartide, annunciando mesi di buio e completo isolamento, il chirurgo Leonid Rogozov avvertiva dolori addominali generalizzati. Mentre le bufere di neve si abbattevano sul loro piccolo accampamento di 12 persone, anche il suo dolore aumentò e si spostò in fossa iliaca destra. Unico medico della spedizione, fece una diagnosi rapida e iniziò un trattamento conservativo, ma l'insorgenza di febbre e vomito segnalò l'inevitabile. Il 1° maggio 1961, lavato e semi-sdraiato, dopo aver insegnato ai suoi compagni come ventilarlo in caso di perdita di conoscenza, eseguì con successo un'auto-appendicectomia con uno specchio, un paio di siringhe di anestetico locale e strumenti chirurgici conservati all'esterno nella neve.¹ Fu un intervento assolutamente tempestivo: a solo un giorno dalla perforazione secondo la sua stima dopo aver esaminato il campione che aveva asportato. Qualunque sia la situazione e indipendentemente dalle conseguenze, il principio rimane lo stesso: l'arte della chirurgia sta nello scegliere l'intervento giusto al momento giusto per il paziente giusto.

Illustrazione di Gillian Turner.

A cura di Rosa Marcellinaro

Contenuti

La normalità nella società dei numeri 654

L'essenza della medicina di laboratorio 655

Biochimica: alcuni fra i principali pattern patologici 656

▶▶ Risultati di laboratorio: quando intervenire SUBITO 657

Bilancio idrico e fluidi EV 658

Fisiologia degli elettroliti e rene 660

Equilibrio acido-base 662

Ipernatremia e iponatriemia 664

Sindrome da inappropriata secrezione di ADH (SIADH) 665

Iperkaliemia e ipokaliemia 666

Fisiologia di calcio e fosfato 668

Ipercalcemia 668

Ipocalcemia 670

Fosfato, magnesio, zinco e selenio 671

Acido urico e rene 672

Malattie metaboliche delle ossa:

Osteoporosi 674

Osteomalacia 676

Malattia di Paget 677

Proteine plasmatiche 678

Proteine urinarie 678

Enzimi plasmatici 680

Iperlipidemia 682

Porfirie 684

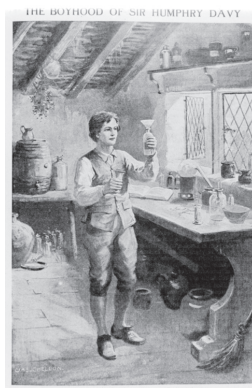


Figura 14.1 Sir Humphrey Davy (1778–1829) era un chimico e inventore britannico originario della Cornovaglia, famoso per essere stato il pioniere dell'elettrochimica. Servendosi dell'elettricità, isolò per la prima volta una serie di elementi, e più precisamente potassio, sodio, calcio, stronzio, bario e magnesio, oltre a svelare la natura elementare di cloro e iodio. In passato aveva anche studiato il protossido di azoto per inalazione, descrivendone le potenziali proprietà analgesiche e anestetiche. Con un'autosperimentazione estrema (e quasi fatale), fu il primo a coniare la denominazione di "gas esilarante". L'impressione che ebbe dopo il primo utilizzo fu che "non esiste nulla, soltanto pensieri... Il mondo è fatto di impressioni, idee, piaceri e dolori!"

Humphrey Davy durante il suo primo esperimento da ragazzo. Wellcome Collection. Licenza Attribution 4.0 International (CC BY 4.0). <https://wellcomecollection.org/works/rude8b72>

La normalità nella società dei numeri

La medicina di laboratorio riduce i nostri pazienti a una manciata di numeri pratici: è il bello di questa disciplina, ma anche il suo più grande pericolo. Il range della norma (intervallo di riferimento) è generalmente composto dal 95% di una certa popolazione (data una distribuzione normale, **Pag. 734**). Se la variazione viene ripartita casualmente, nell'arco di una giornata media, con soggetti apparentemente normali, il 2,5% dei nostri risultati sarà "troppo alto" e il restante 2,5% sarà "troppo basso". La definizione statistica della normalità è quella più semplice; altre possono essere di tipo *normativo*, vale a dire definizioni che stabiliscono quale *deve* essere il limite superiore e quale il limite inferiore. L'estremità superiore dell'intervallo di riferimento per il colesterolo nel plasma può essere fissata su un valore di 6 mmol/L, perché questa è la soglia che i biochimici considerano il valore massimo *auspicabile*. In alcune popolazioni il 40% degli individui avrà livelli di colesterolo nel plasma >6 mmol/L, con un rischio di conseguenza aumentato. La definizione dell'OMS di anemia in gravidanza è un valore di Hb <110 g/L, che rende il 20% delle madri anemiche. Questo criterio "di tolleranza" ha il presunto vantaggio di giustificare interventi che permettono di contenere i decessi per cause emorragiche. Quindi la domanda da porsi non è qual è l'intervallo della norma, bensì chi ha stabilito l'intervallo, per quale popolazione e per quale motivo.

Desideriamo ringraziare Yvelynne Kelly per questo capitolo.



A cura di Francesca Tavanti & Claudia Bernardi

Contenuti

Principi radiologici

- Valutazione della dosimetria 703
- Principio di giustificazione all'esposizione alle radiazioni ionizzanti 703
- Formulazione delle richieste 704
- Interpretazione delle immagini 705
- Presentazione delle immagini 705

Metodiche

- Rx del torace 706
- Rx diretta dell'addome 712
- Tomografia computerizzata (TC) 714
- Risonanza magnetica (RM) 718
- Ecografia (US) 720
- Medicina nucleare 722

Radiologia nella pratica clinica

- (NB: L'imaging del torace è trattato nei paragrafi Metodiche, 710, 714)
- Imaging cardiovascolare 724
- Imaging gastrointestinale 726
- Imaging dell'apparato genito-urinario 728
- Neuroradiologia 730
- Il mezzo di contrasto 732
- Imaging nel paziente critico 733



Figura 16.1 Marie Curie (1867–1934), fisica e chimica di origine polacca, rimane una delle scienziate più celebri di tutti i tempi. Vinse congiuntamente il Premio Nobel per la Fisica nel 1903 (insieme al marito Pierre e a Henri Becquerel) per le sue ricerche sulla radioattività e vinse il Premio Nobel per la Chimica nel 1911 per la scoperta del radio e del polonio. La sua ricerca fu determinante nello sviluppo dei raggi X e della radioterapia. Durante la Prima guerra mondiale, Curie contribuì anche ad equipaggiare le ambulanze con apparecchiature a raggi X (note come "Little Curies"), che lei stessa guidò fino alle linee del fronte. Si stima che un milione di soldati feriti ricevette esami radiografici grazie al suo coraggio e alla sua intraprendenza.

Illustrazione di Gillian Turner.



17 Intervalli di riferimento



A cura di Umberto Colella & Flavio Cesaro

Contenuti

- Distribuzione dei farmaci in medicina 735
- Intervalli di riferimento biochimici 736
- Intervalli di riferimento ematologici 738
- Intervalli di riferimento urinari 739
- Monitoraggio terapeutico dei farmaci 740
- Alcune importanti interazioni farmacologiche 741

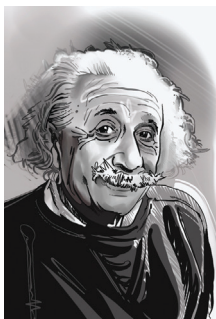


Figura 17.1 Avendo lasciato in eredità al mondo $E = mc^2$, esiste un accordo non scritto sul fatto che Albert Einstein si collochi al di sopra del 97,5° percentile (limite superiore del range di riferimento del 95%) per l'intelligenza umana. Nonostante avesse disposto che i suoi resti fossero cremati dopo la sua morte e le ceneri sparse "per scoraggiare gli idolatri", il suo cervello fu rimosso di nascosto entro 8 ore dalla morte, tagliato in 240 pezzi, conservato e nascosto in una scatola di sidro sotto un refrigeratore per birre per molti anni. Studi condotti successivamente con un consenso retrospettivo poco chiaro hanno confrontato il cervello di Einstein ($n = 1$, non in cieco) con il "cervello di un non-Einstein" (campione non appaiato, non controllato, e con numeri poco significativi). Un rapporto neuroni-glia più basso, i neuroni raggruppati più densamente nell'unico mm^2 di cervello esaminato e un diverso schema di ripiegamento in un lobo parietale più simmetrico e più largo del 15% sono deboli indicatori surrogati di intelligenza, guidati dalla necessità di quantificare lo straordinario cervello di Albert Einstein. Se solo Einstein avesse scritto la citazione comunemente ma erroneamente attribuitagli: "Non tutto ciò che conta può essere contato, e non tutto ciò che può essere contato conta", questa si sarebbe rivelata il suo elogio funebre perfetto. Invece, tanto di cappello al sociologo William Bruce Cameron che, pur non potendo competere con Einstein, effettivamente aveva ragione.

Illustrazione di Gillian Turner.





A cura di Maria Giovanna Dalfino & Cristiana Lupini

Contenuti

Sondino nasogastrico (SNG) 743

Catetere venoso periferico (CVP) 744

▶▶ Accesso venoso chirurgico 745

Posizionamento di catetere vescicale 746

Drenaggio di versamento ascitico 748

Drenaggio diagnostico di versamento pleurico 749

Paracentesi addominale 749

Inserimento di un drenaggio toracico 750

▶▶ Gestione dello pneumotorace (PNX) iperteso 751

Drenaggio dello pneumotorace 751

Puntura lombare (PL) 752

Cardioversione/defibrillazione 754

Prelievo per emogasanalisi arteriosa 755

Gestione delle vie aeree in emergenza – Cricotirotomia 756

Posizionamento di catetere venoso centrale (CVC) 758

Cateterizzazione della vena giugulare interna 759

Inserimento di un pacemaker cardiaco temporaneo 760



Figura 18.1 Semmelweis: Difensore della Maternità. L'ostetrico ungherese Ignaz Semmelweis dimostrò i benefici del lavaggio delle mani nella prima metà del XIX secolo: osservò che la mortalità materna, in un reparto gestito da medici, era quasi tre volte superiore a quella di reparti gestiti da ostetriche. La spiegazione rimase elusiva finché l'amico di Semmelweis, Jakob Kolletschka, morì dopo essere stato accidentalmente ferito, con un bisturi, da uno studente durante una esercitazione in sala settoria. Semmelweis riconobbe, nella morte di Kolletschka, molte delle stesse caratteristiche osservate nelle puerpere decedute. La causa: i medici del reparto maternità iniziavano la loro giornata eseguendo esami autoptici per poi proseguire con l'esecuzione delle visite ginecologiche delle pazienti ricoverate, senza lavarsi le mani. Notando questo, Semmelweis introdusse la pratica del lavaggio delle mani con cloruro di calce, riducendo il tasso di mortalità a quello riscontrato nei reparti a gestione ostetrica. Nonostante le evidenze raccolte, la teoria di Semmelweis fu respinta dai suoi contemporanei, un rifiuto che contribuì al suo esaurimento psichico, al ricovero in manicomio e, infine, alla morte per le percosse subite dalle guardie. Ci sarebbero voluti altri venti anni e innumerevoli decessi prima che Lister pubblicasse il suo studio più importante proprio sull'uso dell'acido fenico in chirurgia. Prenditi un minuto per lavarti accuratamente le mani prima di iniziare qualsiasi procedura. Questo gesto non solo riduce il rischio di infezioni per i tuoi pazienti, ma ti offre anche un momento di consapevolezza: concentrati sull'acqua calda che scorre sulle mani, respira profondamente e, per un attimo, dimentica la lista infinita di compiti da svolgere. Magari, dedica un pensiero al Dottor Kolletschka. Potresti scoprire che la procedura successiva andrà più liscia del previsto...

Robert Thom, "Semmelweis-Defender of Motherhood", ca. 1952. Dalla collezione della Michigan Medicine, University of Michigan, Dono di Pfizer, Inc., UMHS.26

Formazione e professione medica

Con l'evoluzione della formazione in un contesto dove la sicurezza del paziente è prioritaria, il vecchio adagio "Guarda come si fa, fallo tu, poi insegnalo" non è più applicabile. "Provare a farlo", senza averne la sicurezza, può avere conseguenze devastanti per il paziente, ma anche per te e per il tuo futuro. Questo sicuramente crea delle tensioni nel percorso formativo, ma non sono ostacoli insormontabili. Cerca attivamente occasioni per apprendere le procedure pratiche, idealmente in contesti elettivi e controllati, affinché il tuo primo tentativo non avvenga durante un'emergenza. Il tempo speso in sala operatoria o in terapia intensiva darà i suoi frutti. Molti colleghi più esperti saranno felici di trasmettere la loro esperienza. ▶ Anche in situazioni d'emergenza, è più saggio chiedere l'aiuto di un "esperto" piuttosto che tentare per la prima volta una procedura urgente, in autonomia.



A cura di Maria Giovanna Dalfino & Gabriella Vivino

Contenuti

Emergenze cliniche

- Dolore toracico 764
- Dispnea 765
- Coma: Glasgow Coma Scale (GCS) 766
- Coma: diagnosi e trattamento 768
- Shock 770
- Sepsi 772
- Emorragie massive 774
- Shock anafilattico 776

Emergenze cardiovascolari

- Emergenze ipertensive 778
- Sindrome coronarica acuta – con soprasslivellamento del tratto ST 80
- Sindrome coronarica acuta – senza soprasslivellamento del tratto ST 782
- Edema polmonare 784
- Shock cardiogenico 786
- Tachicardia a complessi larghi 788
- Tachicardia a complessi stretti 790
- Bradycardia 792

Emergenze respiratorie

- Asma acuto severo 794
- Riacutizzazione della BPCO 796
- Pneumotorace (PNX) 798
- Pneumotorace iperteso 799
- Polmonite 800
- Embolia polmonare (EP) 802

Emorragie gastrointestinali

- Emorragia acuta del tratto gastrointestinale superiore 804

Emergenze neurologiche

- Meningiti 806
- Encefaliti 808
- Ascessi cerebrali 809
- Stato epilettico 810
- Trauma cranico 812
- Aumento della pressione intracranica (PIC) 814

Emergenze endocrinologiche

- Chetoacidosi diabetica (DKA) 816
- Coma iperosmolare 818
- Ipoglicemia 818
- Insufficienza surrenalica acuta 819
- Apoplessia pituitaria 819
- Emergenza da feocromocitoma 820
- Emergenze tiroidee 820

Avvelenamenti

- Avvelenamento acuto 822
- Avvelenamento da paracetamolo 824
- Avvelenamento da salicilati 825
- Veleni specifici e antidoti 826

Altre

- Ustioni 828
- Ipotermia 830
- Maxi-Emergenze 832



Figura 19.1 Sotto la caratteristica silhouette delle strutture reticolari destinate a diventare la Torre Eiffel, il corpo di una donna sconosciuta fu recuperato dalla Senna. Il personale dell'obitorio rimase così colpito dalla serenità del volto de *l'inconnue de la Seine* (la sconosciuta della Senna) da realizzarne una maschera in gesso. La bellezza di questa maschera ispirò opere d'arte, poesie e testi letterari nella Francia di fine Ottocento, e fu successivamente prodotta in serie, diffondendo il suo volto nelle case di tutto il mondo. E così *l'inconnue de la Seine* vegliò sulle vite del produttore di giocattoli norvegese Asmund Laerdal e della sua famiglia. E il suo sguardo rimase eternamente sereno anche quando assistette al quasi annegamento del figlio di Laerdal. Ispirato da questa tragedia sfiorata, Laerdal lavorò con i pionieri della RCP per produrre un manichino per l'addestramento alla rianimazione, dando alla sua Resusci-Anne il volto che aveva simbolicamente assistito al ritorno alla vita di suo figlio. Se per lei non fu possibile essere salvata, il suo volto avrebbe accompagnato milioni di persone mentre acquisivano le competenze necessarie per salvare vite. Ma perché questa maschera continua a essere così presente? Continuiamo a essere fanciulle in pericolo alla ricerca di eroismo controcorrente rispetto alla società contemporanea? Oppure rappresenta un'immagine rassicurante della morte, anche nella simulazione? La sua serenità contrasta con la realtà spesso drammatica della rianimazione. Piuttosto che invitarci a nasconderci dietro una maschera, dovrebbe ricordarci che dietro ogni volto vi è la storia di un paziente.

Illustrazione di Gillian Turner.

Ringraziamo Paul Cacciottolo, Simon Campbell, Marc Edwards, Thomas Hughes, Michael Matheou, Rustam Rea, Nicola Ronan e Helen Turner per il loro contributo a questo capitolo

