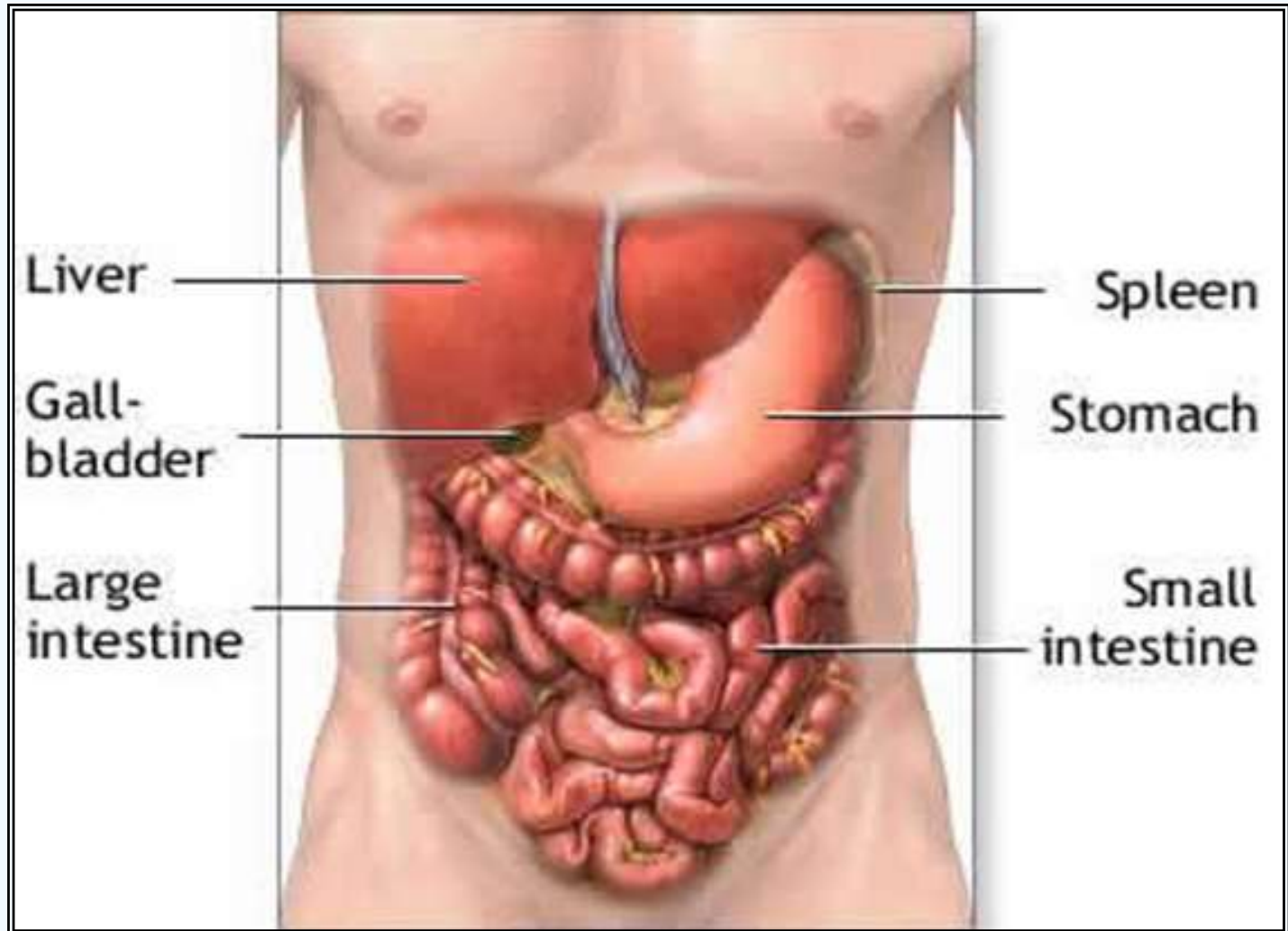
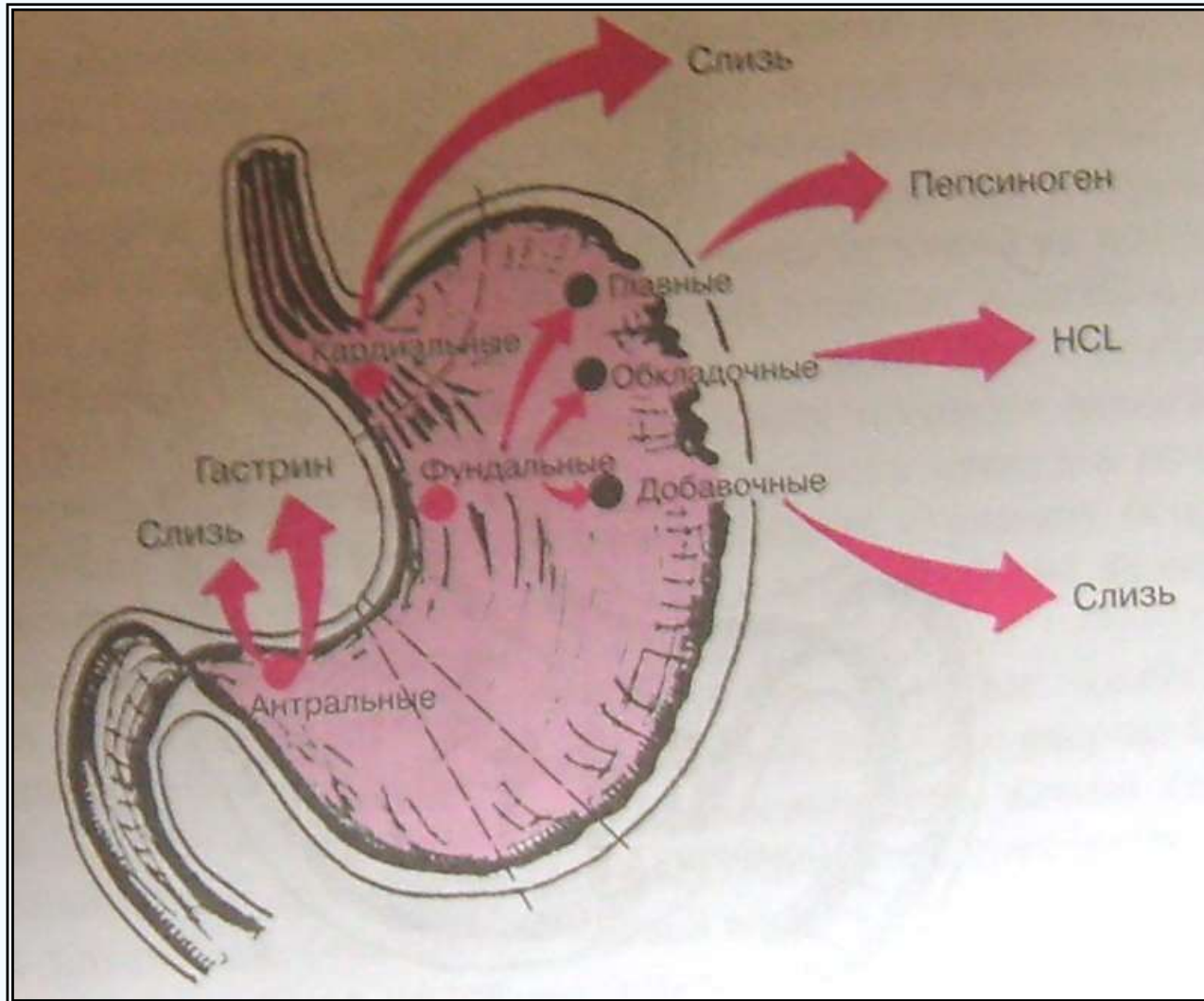


***Examenul clinic în
afecțiunile tractului
digestiv***



Funcția de baza a esofagului –
transportarea alimentelor din
faringe spre stomac.

Reflexul Serdiucov-Pavlov



Funcțiile stomacului:

- ❑ **Motorie** (rezervor, amestecare, reglarea mișcării bolului alimentar)
- ❑ **Exocrină** – secretă HCl, pepsinogen, mucus, bicarbonat, factorul intrinsec, gastroferina, apă.
- ❑ **Endocrină** – secretă gastrină, somatostatină

Celulele gastrice:

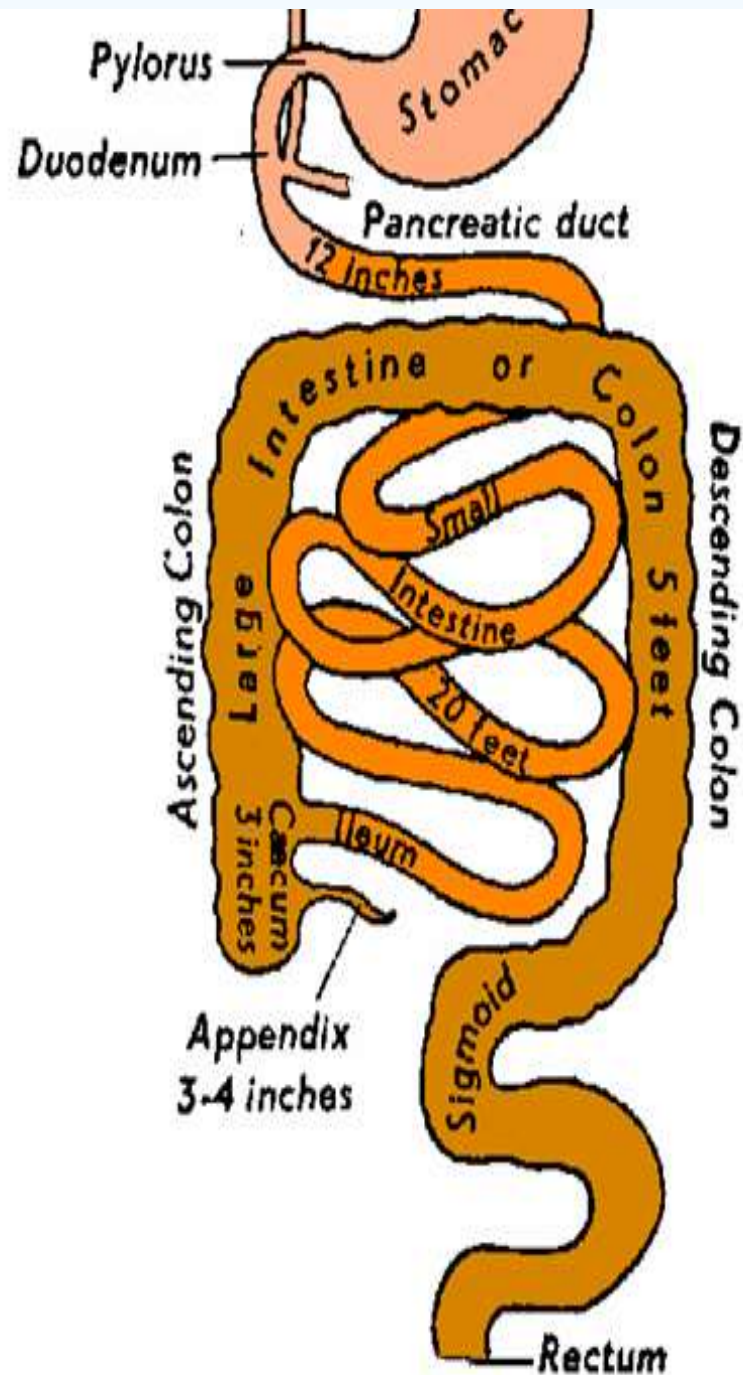
1. **celule mucoase** – secretă mucus,
2. **glande oxintice (fundice):**
 - celule parietale – HCl, gastroferina (pentru absorb. Fe), factorul intrinsec (GP pentru absorbția vitaminei B12);
 - celule peptice – pepsinogen;
3. **glande pilorice** – mucus, pepsinogen, gastrina, somatostatina.

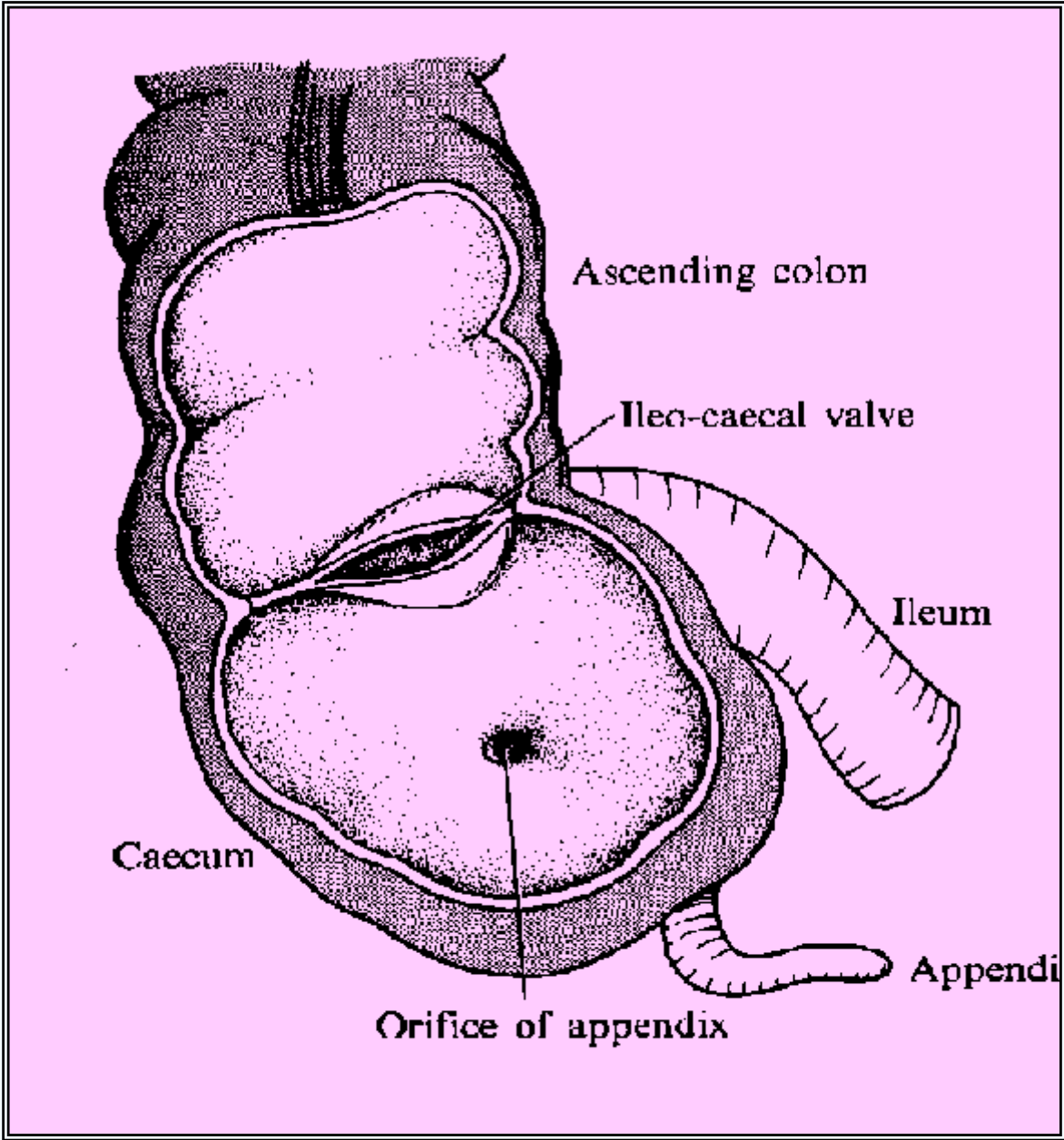
Duodenul:

- ❑ În el se deschid căile biliare și cele pancreatice la nivelul papilei Vater.
- ❑ Laboratorul endocrin al sistemului digestiv

Intestinul subțire (Jejunul și ileonul)

- ❑ Digestia și absorbția constituenților nutritivi,
- ❑ funcție imună.





Simptoamele subiective în afecțiuni digestive

- ❑ **Durerea abdominală**
- ❑ **Hemoragia gastrointestinală**
- ❑ **Dispepsie gastrică: grețuri, vomă, eructație, regurgitație**
- ❑ **Pirosis**
- ❑ **Disfagia**
- ❑ **Tulburări ale apetitului**
- ❑ **Dispepsie intestinală: diareea, constipația, meteorismul**

Durerea abdominală

- **este cauzată de excitarea terminațiilor nervoase specifice nociceptive**

Algoritmul (PQRST) analizei durerii abdominale

- **P** - (palliate) ameliorare
(provoke) declanșare, intensificare
- **Q** – (qualities) caracteristica, caracterul durerii
(acută, surdă, monotonă...)
- **R** – (radiation) iradiere
- **S** – (severity) intensitatea
- **T** – (temporal) factorul de timp

Stimuli mecanici

- ❑ **la întinderea unui organ cavităar sau a capsulei unui organ solid (ficat)**
- ❑ **la contracții musculare violente (spasme musculare)**
- ❑ **Distensii**
- ❑ **în ulcerație**
- ❑ **în perforare**

Stimuli chimici

- **Substanțe chimice**
- **Substanțe endogene eliberate în procese inflamatorii sau ischemie, capabile să excite acești receptori (bradichinina, histamina, PG).**

Caracterul durerii

Durerea gastrică poate fi surdă, intensă, “de ardere”:

- Localizată în epigastriu; iradiază spre linia mediană
- Este însoțită de manifestări vegetative – grețuri, transpirație

Durerea intestinală – cu caracter de colică - perioadele de liniște alternează cu cele dureroase

**Durere “de pumnal” în
epigastriu cu contractură
musculară abdominală – în
perforația ulcerului**

**Durere din ischemie intestinală
– severă, nelocalizată**

În peritonită (afectarea peritoneului parietal)

- ❑ Durerea este localizată, severă
- ❑ Se agravează la întinderea membranei peritoneale, adică la încordările mușchilor abdominali
- ❑ Defans muscular abdominal
- ❑ Semnul Blumberg pozitiv

Localizarea durerii (I)

- ❑ **Retrosternal** - tulburări ale esofagului sau cardiei stomacului.
- ❑ **În epigastriu** – afecțiuni gastrice, duodenale, biliare, pancreatice.
- ❑ **Periombilical** - afecțiunile intestinului subțire.
- ❑ **Subombilical** - de origine apendiculară, colonică, pelvină

Durerea **colonică** – nelocalizată, în toată
cavitatea abdominală

Durerea **rectală** – în regiunea anală, spre
sacru

Durerea **hepatică** – în hipocondrul drept

În **ocluzie intestinală** – iradiază spre
spate

Durerea **din leziuni ale vezicii biliare** –
în epigastriu, iradiază în hipocondrul
drept, spre scapula dreaptă.

Dureri **pancreatice** – în hipocondrul
stâng, epigastriu, hipocondrul drept,
“incingătoare”.

Relațiile temporale

- ❑ **Dureri constante** – **carcinom gastric**
- ❑ **Dureri în accese** – **gastrită acută, colică biliară**
- ❑ **Dureri periodice** – **esofagită de reflux**
(durerea survine în timpul nopții și în clinostatism)

- Durerea **flamândă sau nocturnă** (trezește pacientul dintr-un somn profund) - în **ulcer duodenal**
- Durere **sezonieră** - în **boala ulceroasă** (exacerbări primăvara și toamna)

Durere cu debut brusc **(devine maximă în câteva minute)**

- perforare de ulcer gastroduodenal;**
- disecție de aortă;**
- ruptură de esofag;**
- sarcină extrauterină;**
- calculi renali**

Durere cu maximă în 10-60 minute

- Pancreatită acută**
- Colecistită**
- Ocluzie intestinală**
- Tromboză arterială mezenterică**

Relația durerilor cu ingestia alimentelor

- Durerea **postprandială precoce** (imediat după ingestie până 60-90 min postprandial) reflectă o afecțiune esofagiană sau gastrică.

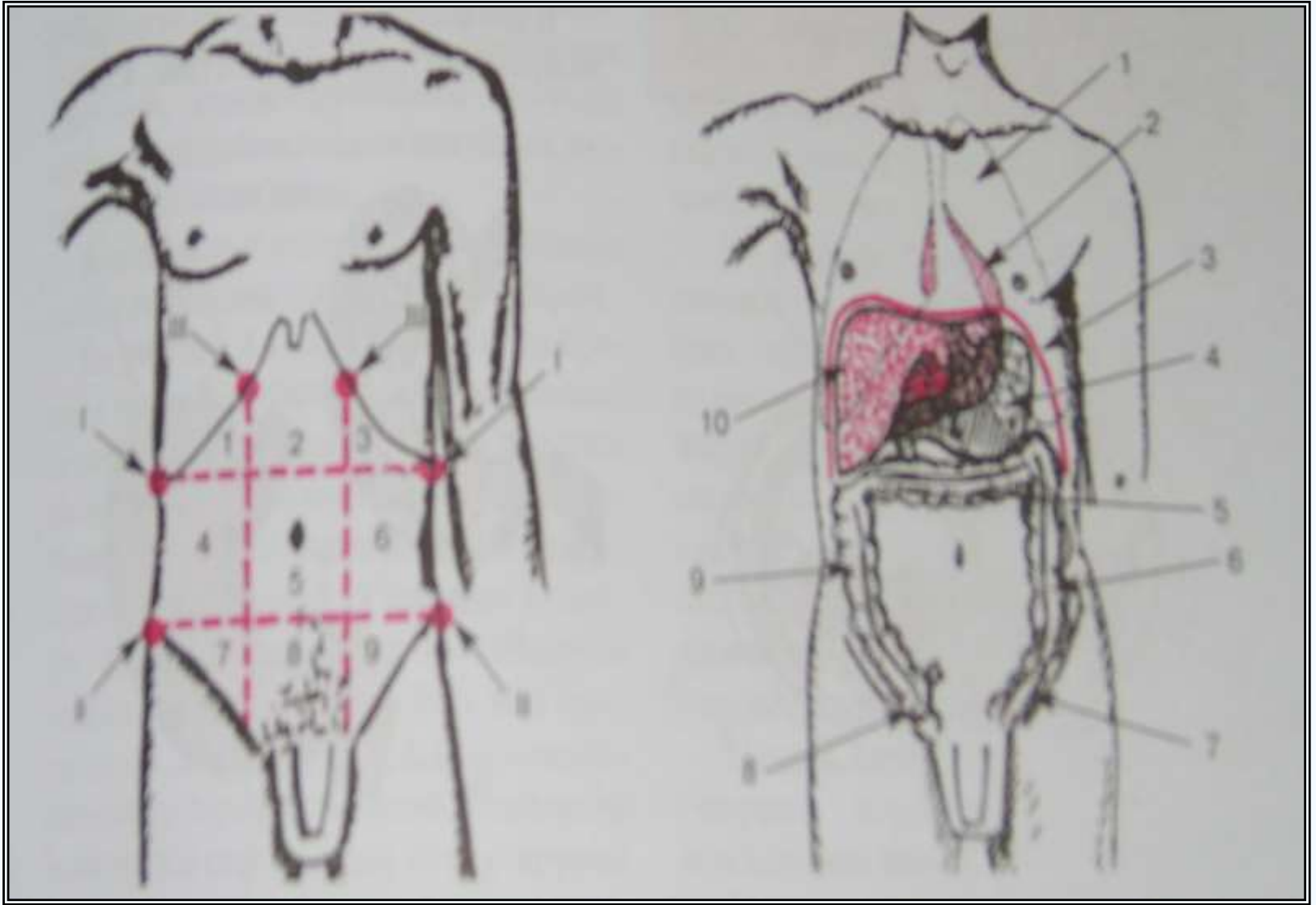
- Durerea **postprandială tardivă** (survine în 2-3-4 ore după ingestia alimentelor; “foame dureroasă”) - în **ulcer duodenal, duodenită, insuficiență pancreatică**

Relația durerilor cu administrarea de antiacide

- Durerea **ulceroasă** este calmată prin ingestia de lapte, alcaline, **H2-blocante**
- Durerea în **cancerul gastric** nu reacționează la antiacide, cedează la **analgetice opiate**.

Dureri abdominale de origine extraabdominală se întâlnesc în afecțiuni

- Pulmonare** (pleurită, infarct pulmonar)
- Cardiace** (infarct miocardic)
- Metabolice** (diabet, tetanie)
- Neurologice** (herpes zoster, radiculite)



1. Disfagia –

- **senzație de “ințepenire”
sau de obstrucție a trecerii
alimentelor prin faringe sau
esofag.**

Tipuri de disfagie

- **Disfagie mecanică (organică)** – provocată de **îngustare sau de compresie intrinsecă** a lumenului esofagian (carcinome, stricturi postulceroase, un bol alimentar foarte mare).
- **Disfagie motorie (funcțională)** – dificultatea de a iniția glutiția, o anomalie de peristaltică deglutivă, datorate bolilor musculaturii esofagiene (paralizia faringiană, acalazia, spasmul esofagian).

Pentru Disfagie mecanică este specific:

- 1. Dificultatea înghițirii bolului alimentar solid, și doar în stări avansate –inclusiv și alimentele lichide.**
- 2. Ineficacitatea spasmoliticeilor.**

Pentru Disfagie motorie este specific:

- 1. Dificultatea înghițirii bolului alimentar lichid, cel solid trece mai ușor.**
- 2. Eficacitatea spasmoliticelor.**

2. Tulburări ale apetitului

1. **Apetit crescut** – ulcer duodenal
2. **Anorexie** – scădere până la dispariție a apetitului (ulcer gastric, cancer)
3. **Bulimie** – exagerarea senzației de foame
4. **Aversiune față de carne** – în cancer gastric

5. **Apetit pervers** - dorința de a mânca substanțe necomestibile - cretă, pamânt, ziare ș.a. (anemii, la gravide)

6. **Citofobie** – frica de a mânca (ulcer gastric)

Alte simptome funcționale

1. **Afagia** – obstrucția esofagiană completă
2. **Odinofagia** – deglutiția dureroasă
3. **Fagofobia** (teama de înghițire și *refuzul de a înghiți*) – în isterie, rabie, tetanos

Manifestări generale

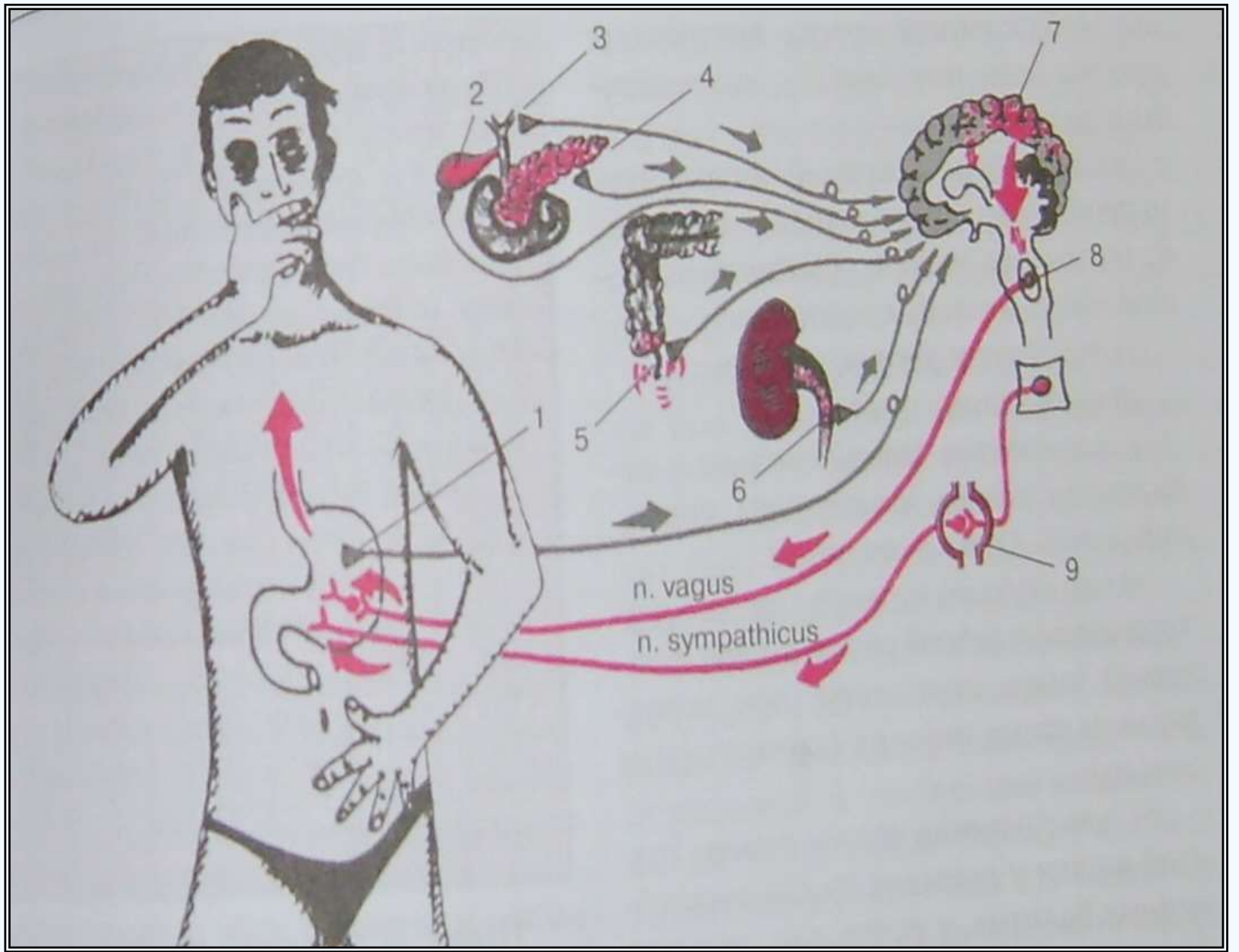
- **Febra**
- **Scăderea ponderală**
- **Alterarea stării generale**
- **Deshidratare**

3. Greșurile

- senzația unei dorințe iminente de a vărsa, percepută în gât sau epigastriu.**

4. Voma (sau emeza)

- eliminare explozivă per orală forțată a conținutului gastric.**



The Act Of Vomiting

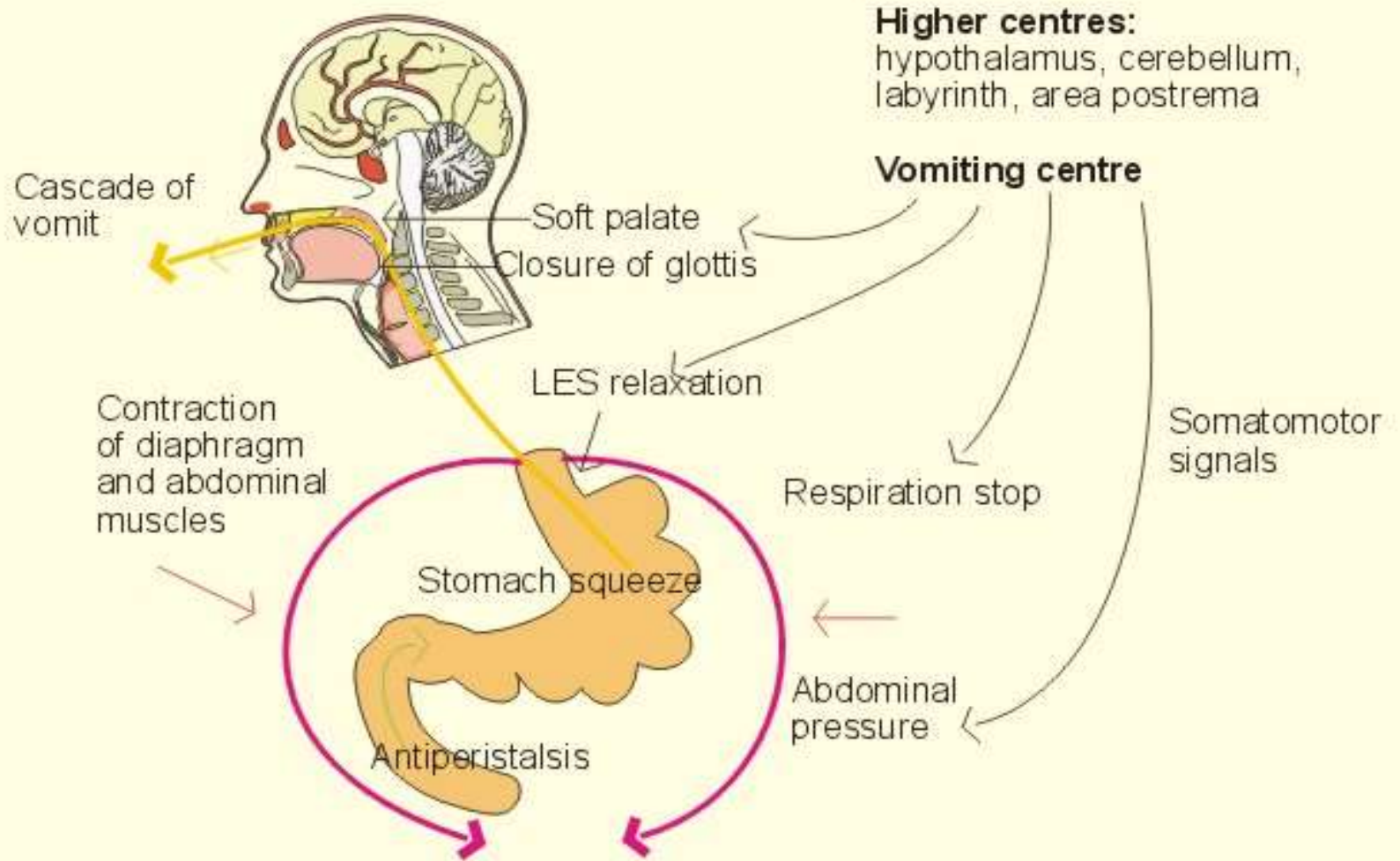


Fig. 22-4

Complicațiile vomei :

- ❑ **ruptura esofagului** (s-m Boerhaave);
- ❑ **rupturi liniare mucoase** (s-m Mallory-Weiss) în regiunea joncțiunii cardioesofagiene;
- ❑ **deshidratare**;
- ❑ **pierderea secreției gastrice** (HCl) – alcaloza; metabolică cu hipokaliemie.

Cauzele grețurilor și vomei (I)

- ❑ **Patologii inflamatorii abdominale acute** - apendicita, colecistita, peritonita.
- ❑ **Ocluzia intestinală**
- ❑ **Infecții**
- ❑ **Tulburările sistemului nervos** cu presiune intracraniană crescută (neoplasme, encefalită, hidrocefalie)

Cauzele grețurilor și vomei (II)

- ❑ **Infarct miocardic acut;**
- ❑ **Tulburari metabolice si endocrine – uremia, cetoacidoza diabetica, insuficiența suprarenală;**
- ❑ **Efecte secundare ale multor medicamente – digitalice, morfina, histamina, chimioterapice;**
- ❑ **Psihogene.**

5. Pirozsisul

- **senzatie de căldură sau arsură, retrosternală sau epigastrică; iradiază în gât, uneori în brațe.**

Mai frecvent este asociat refluxului gastroesofagian.

6. Eructație

- eliminare de gaze pe gură**

7. Regurgitație

- eliminarea conținutului gastric/esofagian în cavitatea bucală fără efort, greață sau contracție abdominală**

8.Meteorismul

- o creștere a producției de gaz intraintestinal cu distensie abdominală, balonare și flatulența.

Apare după :

- ingestia anumitor alimente (legume, unele cereale)
- colonizare bacteriană a intestinului subțire (*Lamblioza*)

9. Diareea

- creșterea greutateii zilnice a scaunului peste 300 g; de obicei asociată cu creșterea fluidității și frecvenței scaunelor.
- diareea este considerată *cronică* peste 2 săptămâni

Cauzele Diareei acute

- ❑ medicamente sau oxine ingerate;**
- ❑ administrare de chimioterapice;**
- ❑ reluarea alimentației după un post prelungit;**
- ❑ deblocarea fecalelor (de exemplu în cursa de maraton).**

Formele diareei cronice

- ❑ **Inflamatorie**
- ❑ **Osmotică**
- ❑ **Secretorie**
- ❑ **Prin tulburări de motilitate**

Diareea inflamatorie

- ❑ **Infecții parazitare –helminți, amoeba;**
- ❑ **Infecții – salmionela, shigela, E.coli;**
- ❑ **Colita ulceroasă, boala Crohn (mecanisme autoimune);**
- ❑ **Colită prin agenți fizici: toxine – Hg, Ar, iradiere;**
- ❑ **Colită ischemică, vasculite**

Diareea osmotică

Ingestia de produși osmotici activi

- ❑ Laxative
- ❑ Produse ce conțin sorbitol, xilitol : gumă de mestecat
- ❑ Medicamente: lactuloza, almagel (Mg)

Deficite de absorbție

- ❑ Deficite de: dizaharide (lactaza, sucraza), enterochinază
- ❑ Malabsorbții congenitale
- ❑ Insuficiență pancreatică exocrină
- ❑ Micșorarea suprafeței de absorbție (intestin scurt, inflamații)

Diareea secretorie

- ❑ **Infecții (holera, Staphylococcus aureus, Escherichia coli)**
- ❑ **Tumori**
- ❑ **Unele laxative**
- ❑ **Acizii biliari dihidroxilați**

Diaree prin tulburări de motilitate

Hipermotilitate

- ❑ S-mul intestinului iritabil (SII)
- ❑ Sindromul carcinoid (serotonina)
- ❑ Hipertiroidism

Hipomotilitate

- ❑ Diabet zaharat
- ❑ Hipotiroidism
- ❑ Sclerodermie
- ❑ amiloidoza

10. Constipația

- ❑ o frecvență a scaunului mai rar de 3 ori/săptămână (1 dată în 48 ore).
- ❑ Secundar are loc o absorbție excesivă de apă – scaunul devine de consistență crescută.
- ❑ Constipația este considerată cronică peste **6 spt.**

Cauzele constipației (cele mai frecvente)

- neoplasm de colon, corp străin, stricturi de colon, infecții, colită ischemică, SII;**
- psihogene;**
- funcționale (aport redus de lichide, fibre; efort fizic redus);**
- afecțiuni rectale, afecțiuni de canal anal;**

- leziuni ale sistemului nervos;**
- boli metabolice și endocrine;**
- intoxicații;**
- maladii ale sistemului digestiv;**
- medicamente (analgezice, opiacee, antidepressive, antipsihotice, blocanții canalelor de calciu).**

11.Hemoragia gastrointestinală –

**este o urgență,
totdeauna având un
substrat organic.**

Semnele hemoragiei GI:

1. Hematemeza – vomă cu sânge.

Daca hematemeza survine la un scurt timp după debutul sîngerării, voma pare **roșie**.

Daca survine peste 0,5 -1 ore, aspectul ei va fi **roșu-închis, maroniu sau negru**, va avea aspect caracteristic - **“zaț de cafea”** (sîngele degradat de HCl).

2. Melena –

eliminare de scaun devenit negru, cu aspect de smoală, “ca păcura”, cauzat de sângele dintr-o hemoragie superioară gastrointestinală (**esofag, stomac sau duoden**), digerat sub și care devine întunecat acțiunea florei microbiene.

Leziunile jejunului, ileonului și colonului ascendent pot provoca melena, când timpul de tranzit gastrointestinal este prelungit.

3. Hematochezia

- trecerea de sânge roșu prin rect, semnificând sângerarea dintr-o sursă distală (ligamentul lui Treitz).**

Este necesară determinarea gravității hemoragiei :

< 500 ml - fără semne clinice

Semnele șocului hipovolemic

(pierdere de peste 40% volum sanguin):

- Lipotemie, sincopa, greață, transpirație și sete;**
- Tegumente palide, reci;**
- Agitație;**
- Hipotensiune arterială;**
- Tahicardie.**

Etiologia hemoragiilor digestive (HD)

Etiologia HD superioare :

- ❑ **gastropatia eroziva sau hemoragica (nesteroidice, anticoagulante, alcool);**
- ❑ **ulcer duodenal sau gastric;**
- ❑ **s-m Mellory-Weiss;**
- ❑ **varice esofagiene;**
- ❑ **Tumorile maligne;**
- ❑ **Esofagita (5-8%), duodenita (5-9%);**
- ❑ **Angiodisplasiile (5-7%).**

Etiologia HD inferioare

- ❑ boala anorectală;**
- ❑ polipi, cancer;**
- ❑ diverticuloza;**
- ❑ anomalie a tractului intestinal;**
- ❑ enterocolita, colita;**
- ❑ ischemie intestinală.**

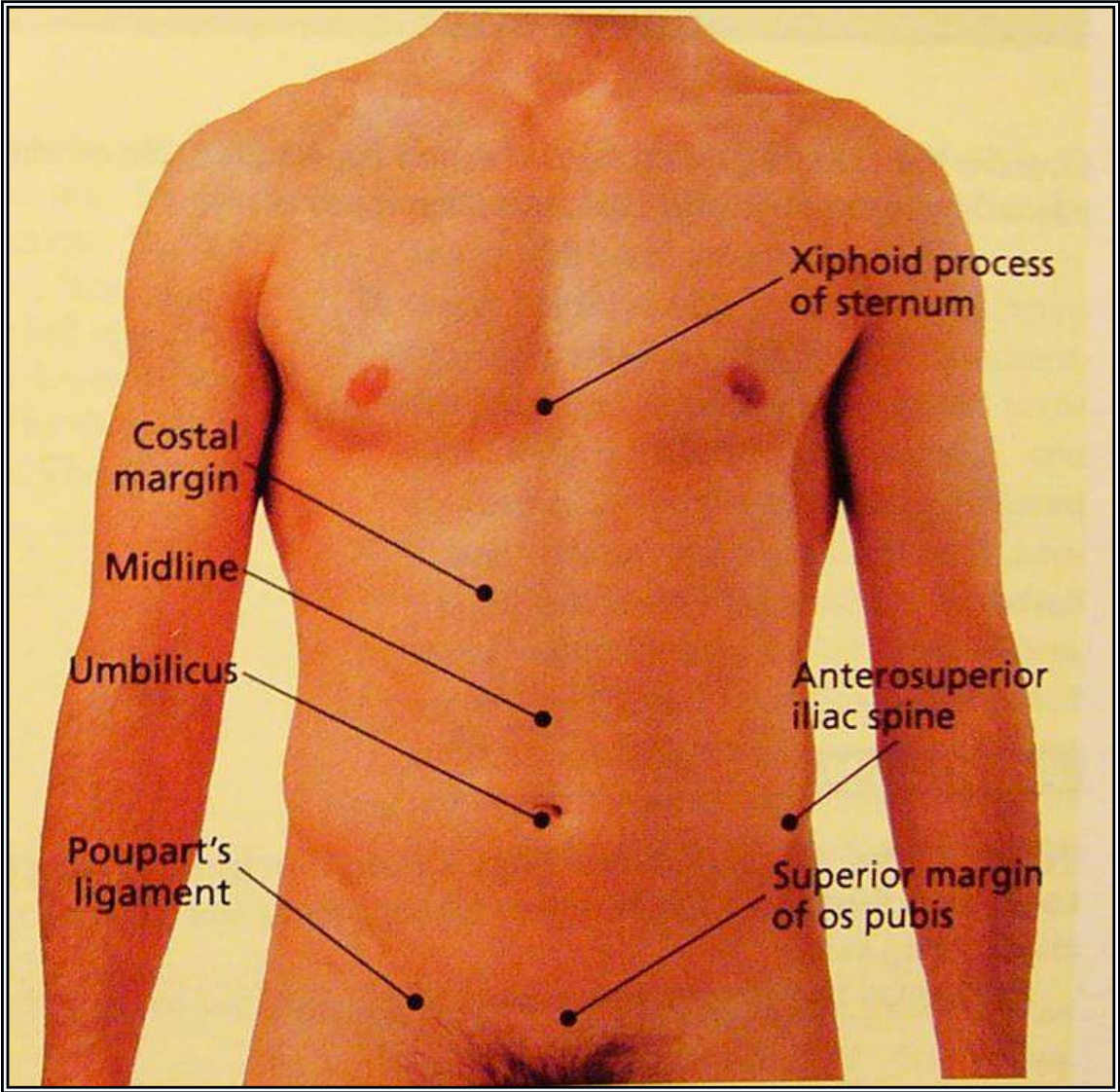
Examenul obiectiv cercetează semnele afecțiunilor:

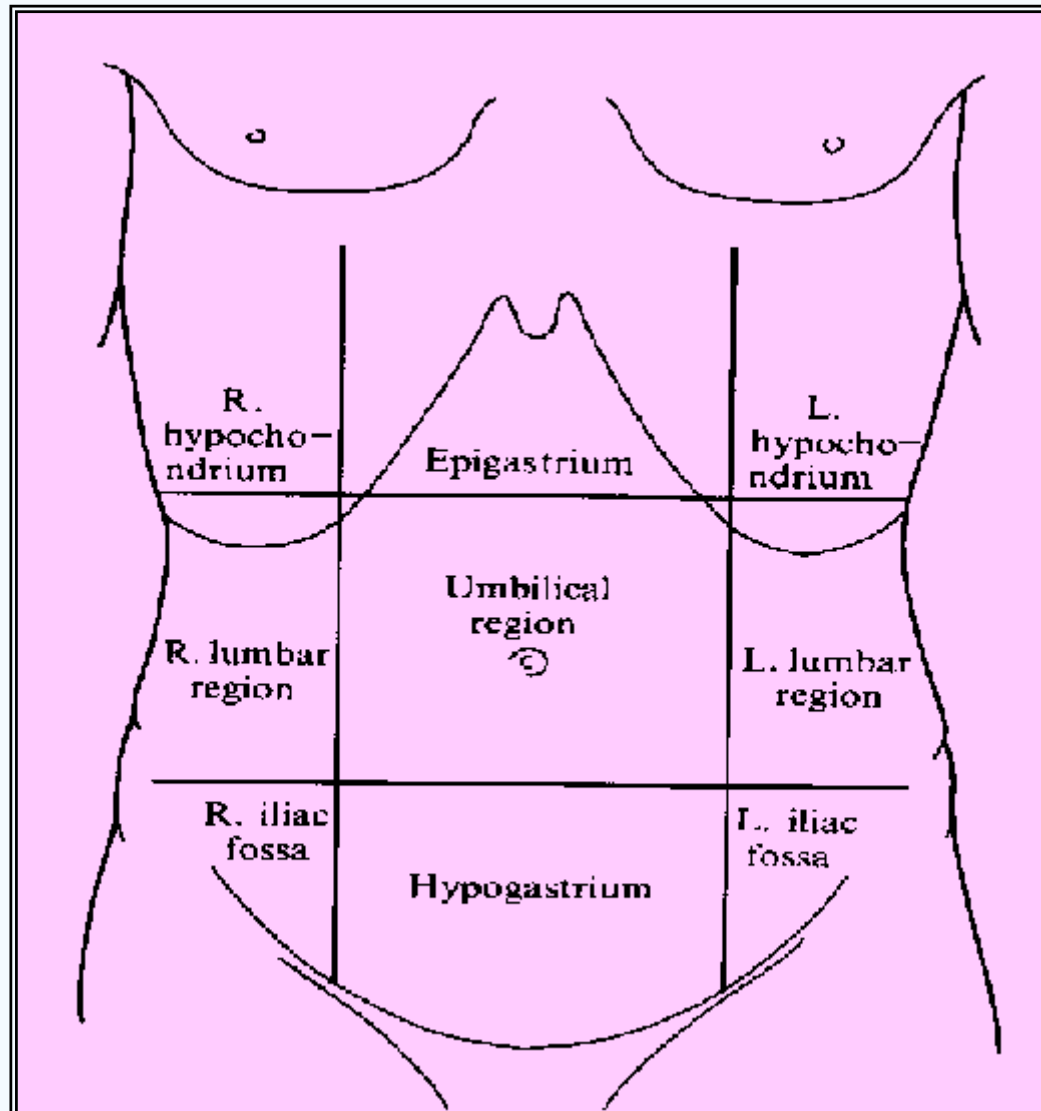
- ❑ orofaringiene;
- ❑ musculaturii striate;
- ❑ neurologice : **paralizie, dizartrie, disfonie, ptoză, atrofie linguală;**
- ❑ cutanate (sclerodermie);
- ❑ glandei tiroide.

Ganglioni limfatici măriți (metastaze)

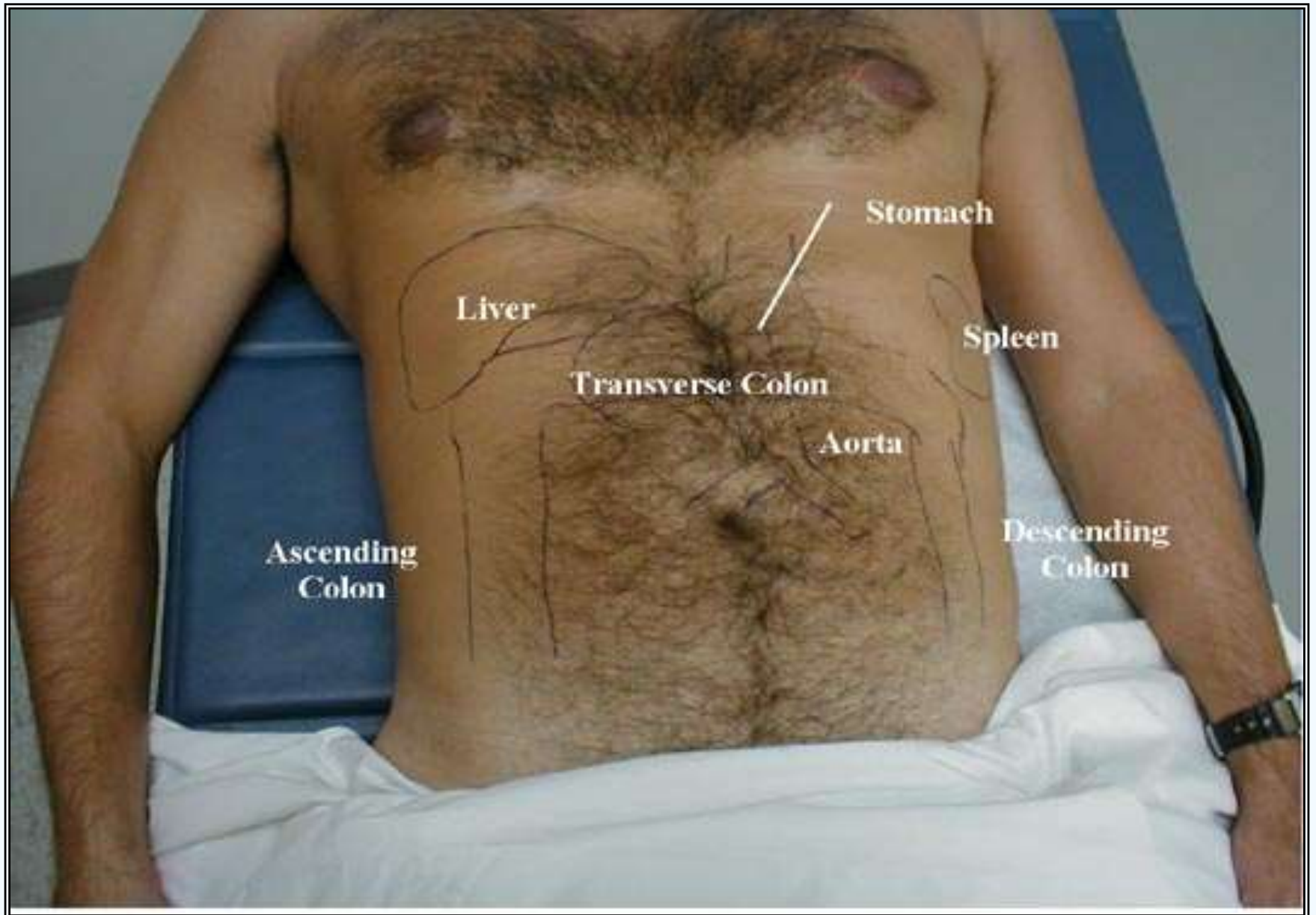
Inspecția generală și specială

- ❑ **scăderea ponderală;**
- ❑ **culoarea tegumentelor – palidă, pămîntie;**
- ❑ **fața lui Hyppocrate (peritonită);**
- ❑ **inspecția buzelor, limbii, cavității bucale, dinților, gingiilor, planșeului bucal, boltei palatine, vălului palatin, amigdalelor.**





Norma



Inspecția abdomenului

- ❑ **Forma (bombată, plată, ascuțită);**
- ❑ **Dimensiunile (mărite?);**
- ❑ **Simetria (asimetric?);**
- ❑ **Prezența bombărilor locale (herniilor, tumorilor);**
- ❑ **Tegumentele și țesutul celular subcutanat;**
- ❑ **Poziția și aspectul ombilicului (protruziv?);**
- ❑ **Circulația venoasă superficială;**

Obezitate



Hepatomegalie



Colecistul, icter



Ascită, ombilic protruziv



Ascită, ombilic protruziv



Hernie ombilicală



Hernie ombilicală



Circulația venoasă superficială



Palparea abdomenului

- **Palparea superficială**
- **Palparea profundă**

**Scopul palpării superficiale
este de a determina :**

- Zonele dureroase**
- Formațiunile de dimensiuni mari**
- Defansul muscular**
- Hernia liniei albe abdominale**
- Simptomul Blumberg**

Unele reguli de bază

- Medicul se va așeza pe partea dreaptă a bolnavului, la un nivel cu patul.**
- Zona, unde pacientul acuză durere, va fi palpată ultima.**

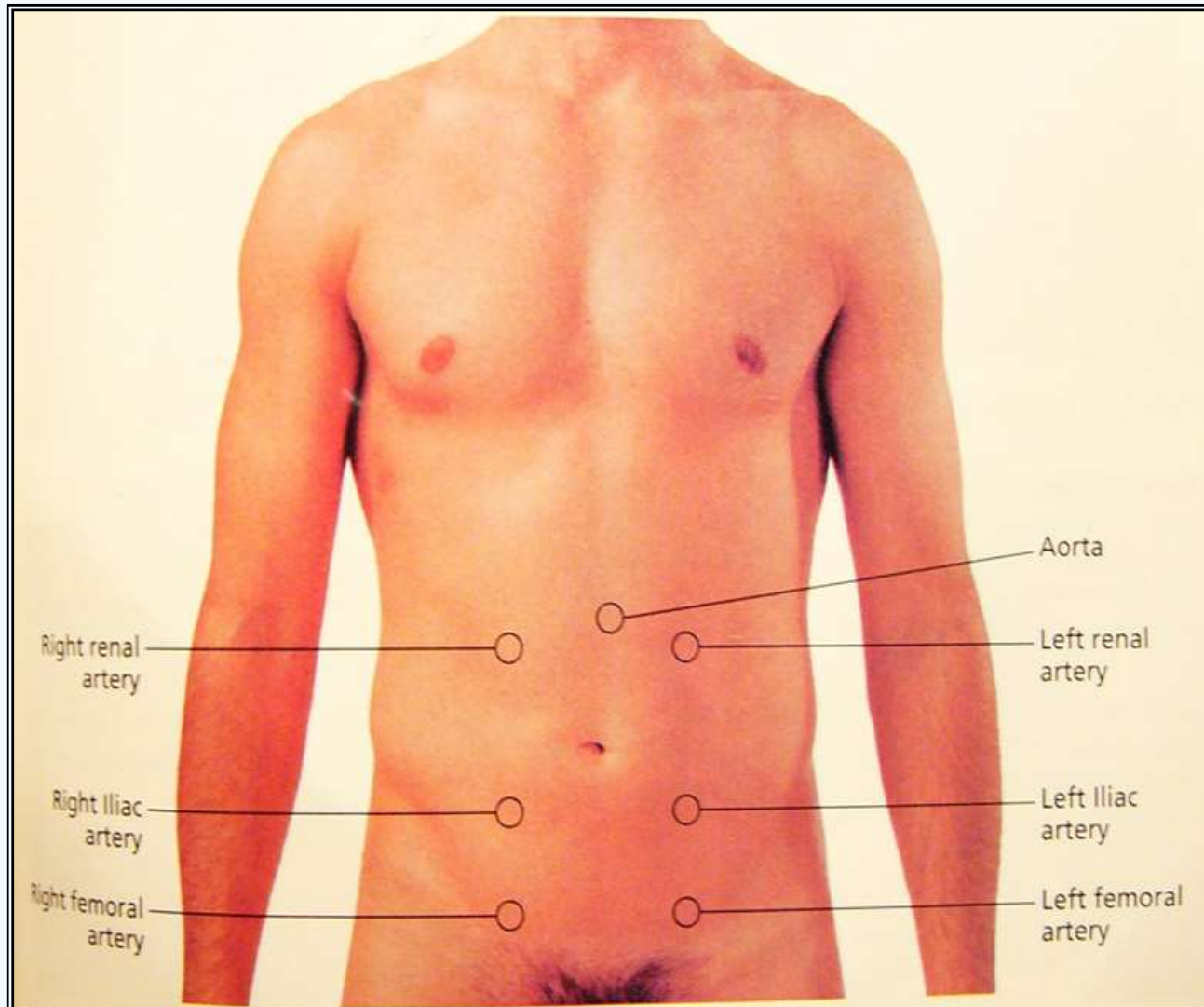
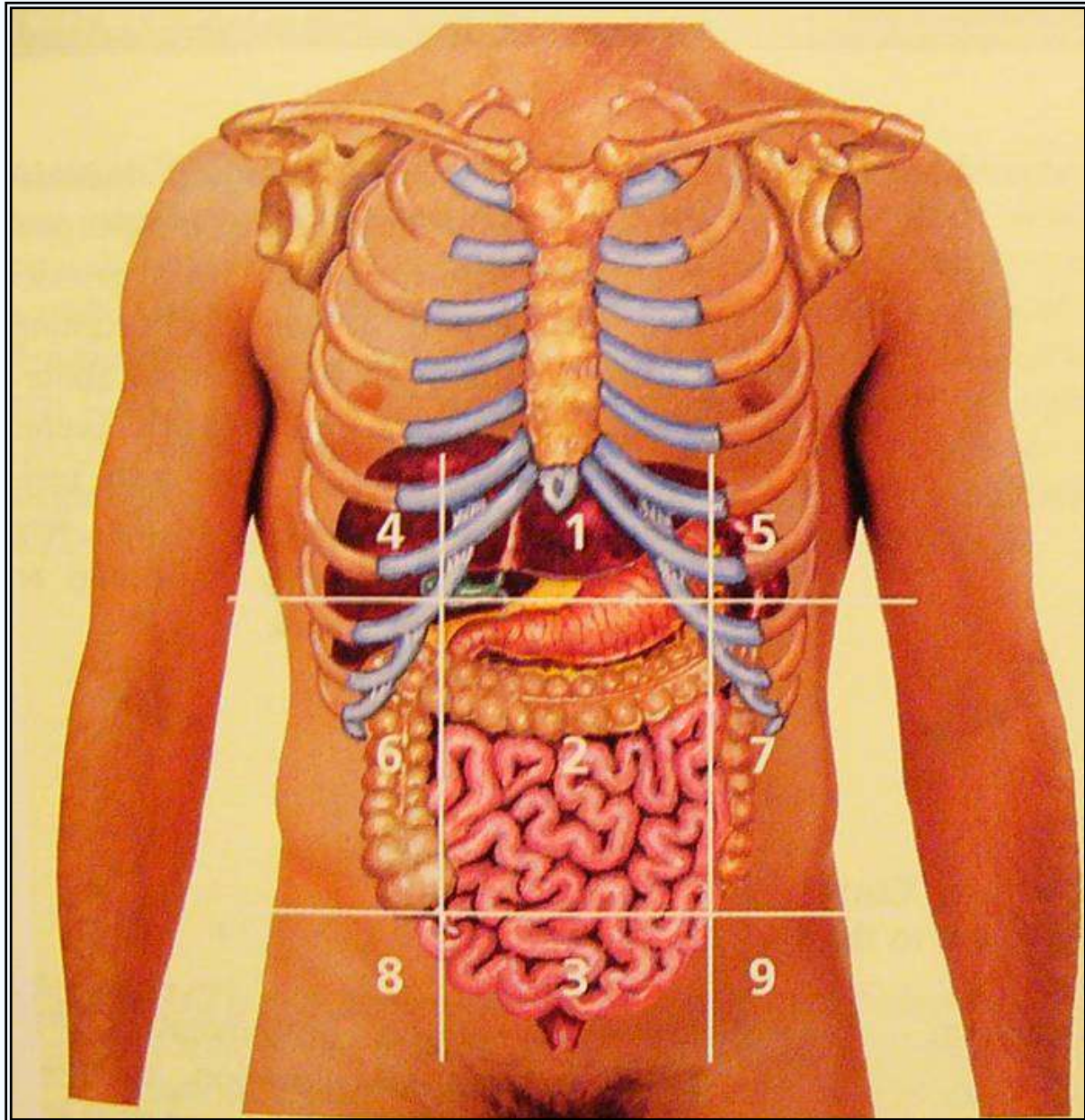
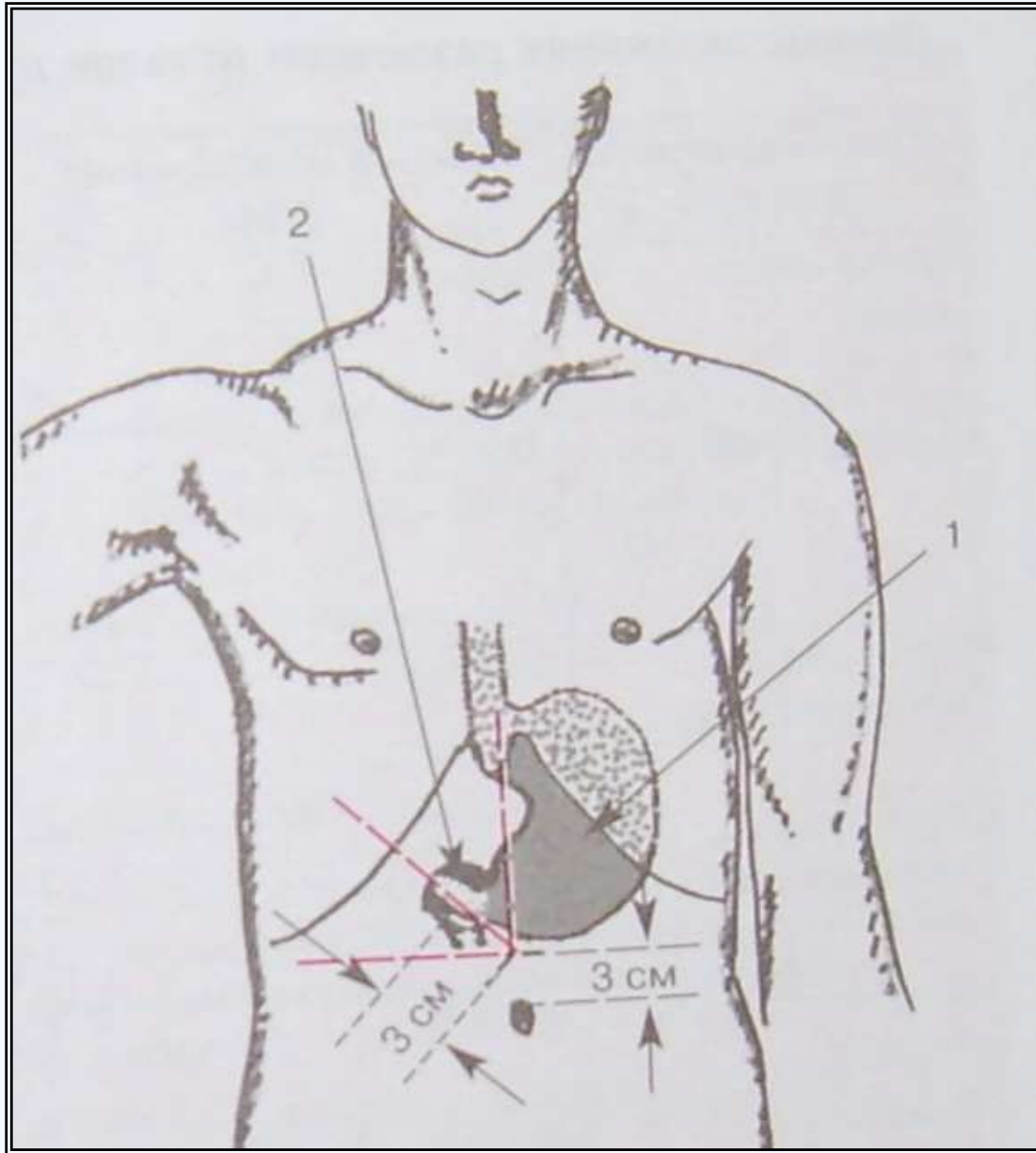


Fig. 17-8 Sites to auscultate for bruits: renal arteries, iliac arteries, aorta, and femoral arteries.

Consecutivitatea palpării superficiale (contrar acelor ciasornicului):

- ❑ Regiunea inghinală stângă
- ❑ Flancul stâng (regiunea Laterală stângă)
- ❑ Hipocondrul stâng
- ❑ Epigastriul
- ❑ Hipocondrul drept
- ❑ Flancul drept
- ❑ Regiunea inghinală dreaptă
- ❑ Regiunea suprapubiană
- ❑ Regiunea ombilicală





Simptomul Blumberg

– semnul de iritare a peritoneului
(pozitiv în peritonită).

Se efectuează:

- ❑ de mîna palpatorie apasă abdomenul în regiunea dureroasă (apare durere);
- ❑ de mîna se ridică brusc.

Dacă durerea se intensifică după ridicarea bruscă a palmei – semnul Blumberg este pozitiv.

Palparea profundă

Are ca scop **examinarea** nemijlocită a **compartimentelor tractului gastrointestinal.**

Se vor determina:

- Dimensiunea
- Forma
- Prezența neregularităților

Consecutivitatea palpării profunde :

- ❑ Colonul sigmoid
- ❑ Cecul
- ❑ Segmentul terminal al ileonului
- ❑ Colonul ascendent
- ❑ Colonul descendent
- ❑ Colonul transversal
- ❑ Marea curbură gastrică
- ❑ Pilorul

Metoda palpării profunde a abdomenului

**Distingem
4 momente consecutive:**

1 moment –

plasarea degetelor alipite paralel marginii palpate; a doua mina se afla pe abdomen pentru calmarea pacientului



2 moment – formarea plicii cutanate



Plica cutanată se formează

Spre ombilic

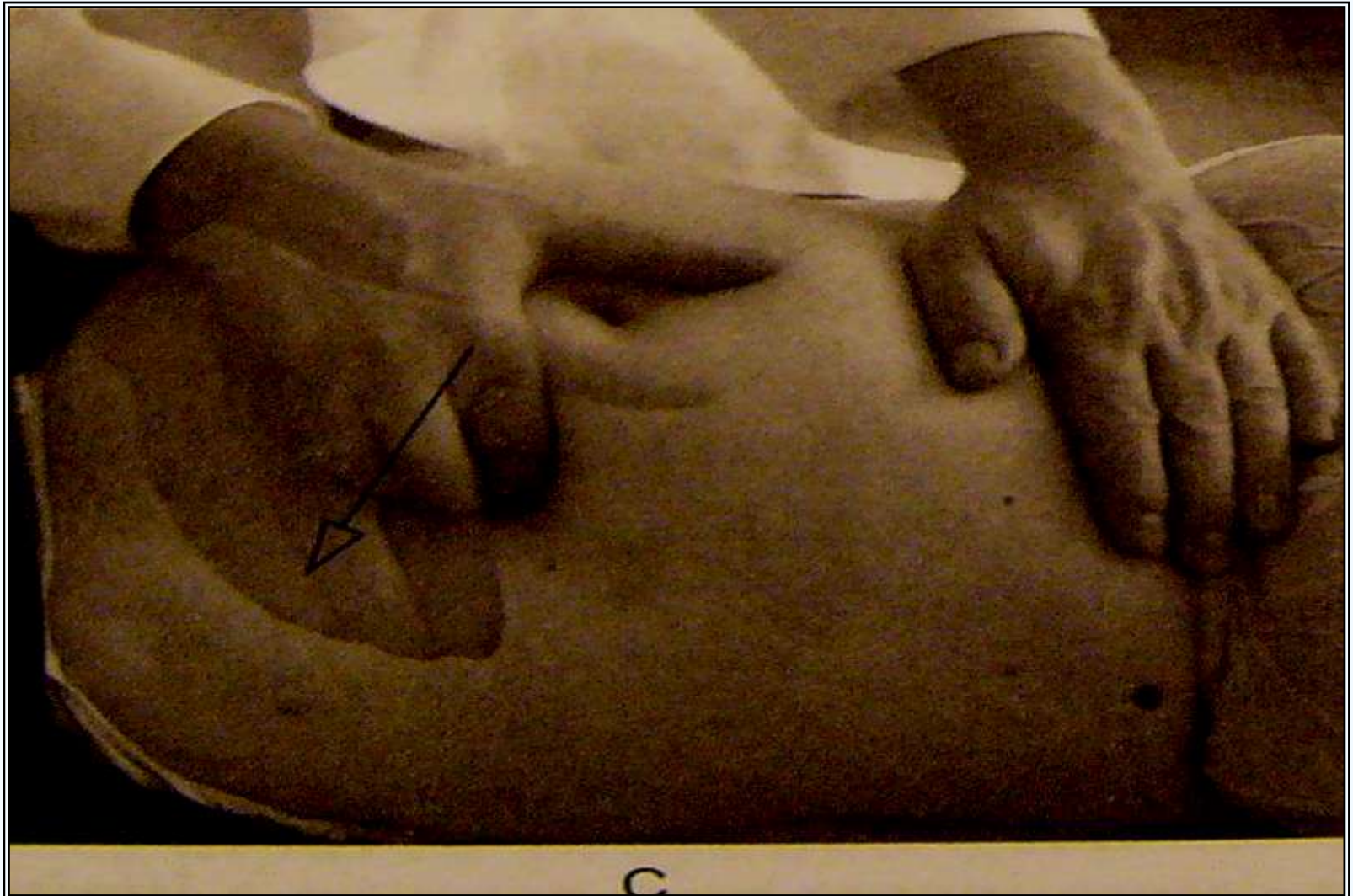
- Pentru compartimentele colonului, aflate mai jos de ombilic (colonul sigmoid, cecul, unghiul ileocecal, col. ascendent, col. descendent)

De la ombilic

- Pentru compartimentele aflate mai sus de ombilic (colonul transvers, stomacul)

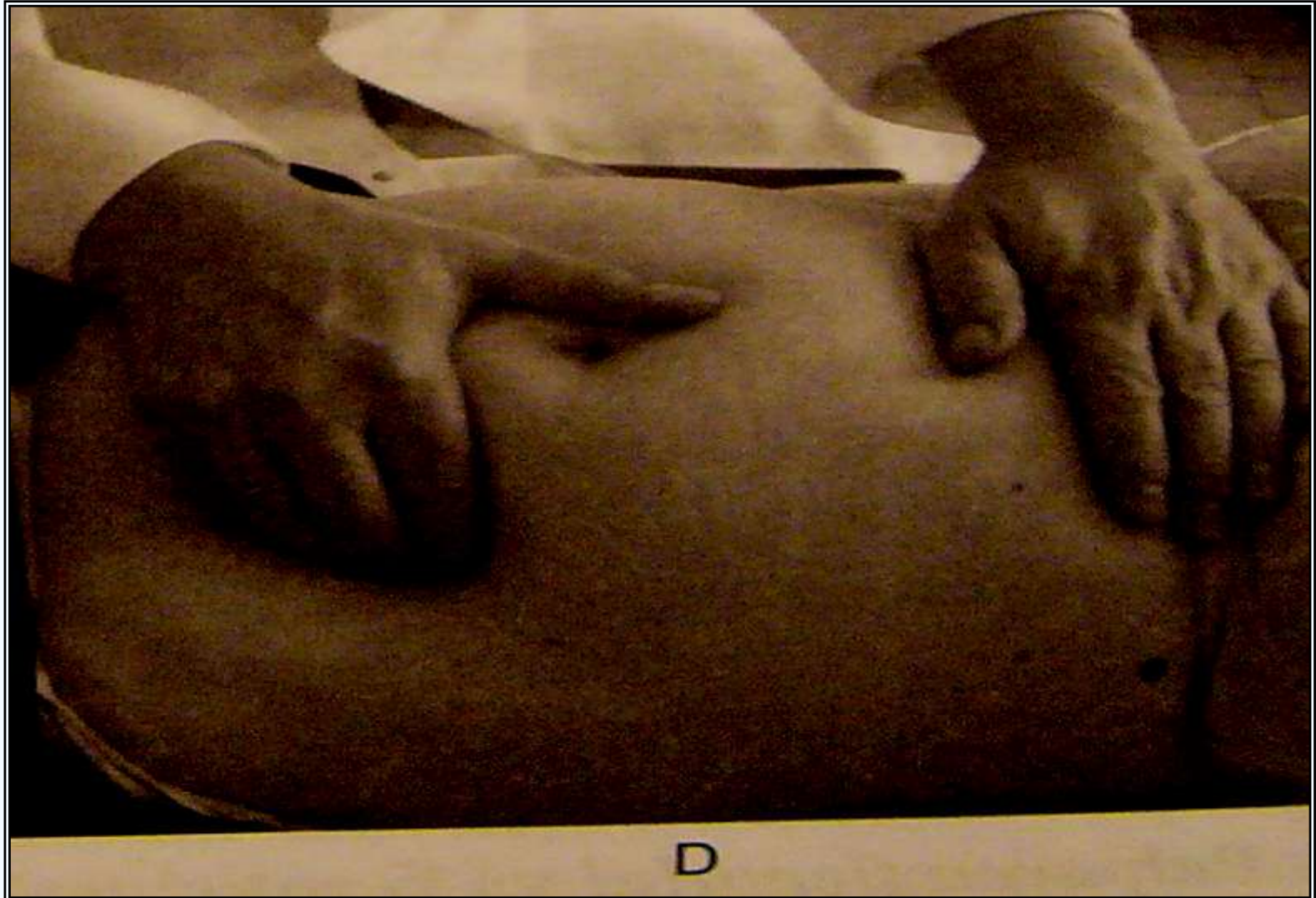
3 moment –

pătrunderea degetelor adânc în abdomen (în expir)



4 moment –

alunecarea (glisarea) pe suprafața organului respectiv



Palparea colonului ascendent și descendent



La palparea colonului ascendent și descendent

- Mina stînga se va afla pe partea posterioară a abdomenului (în regiunea lombară), mișcînd țesuturile spre mîna care palpează (dreaptă).**

Palparea marii curburi gastrice



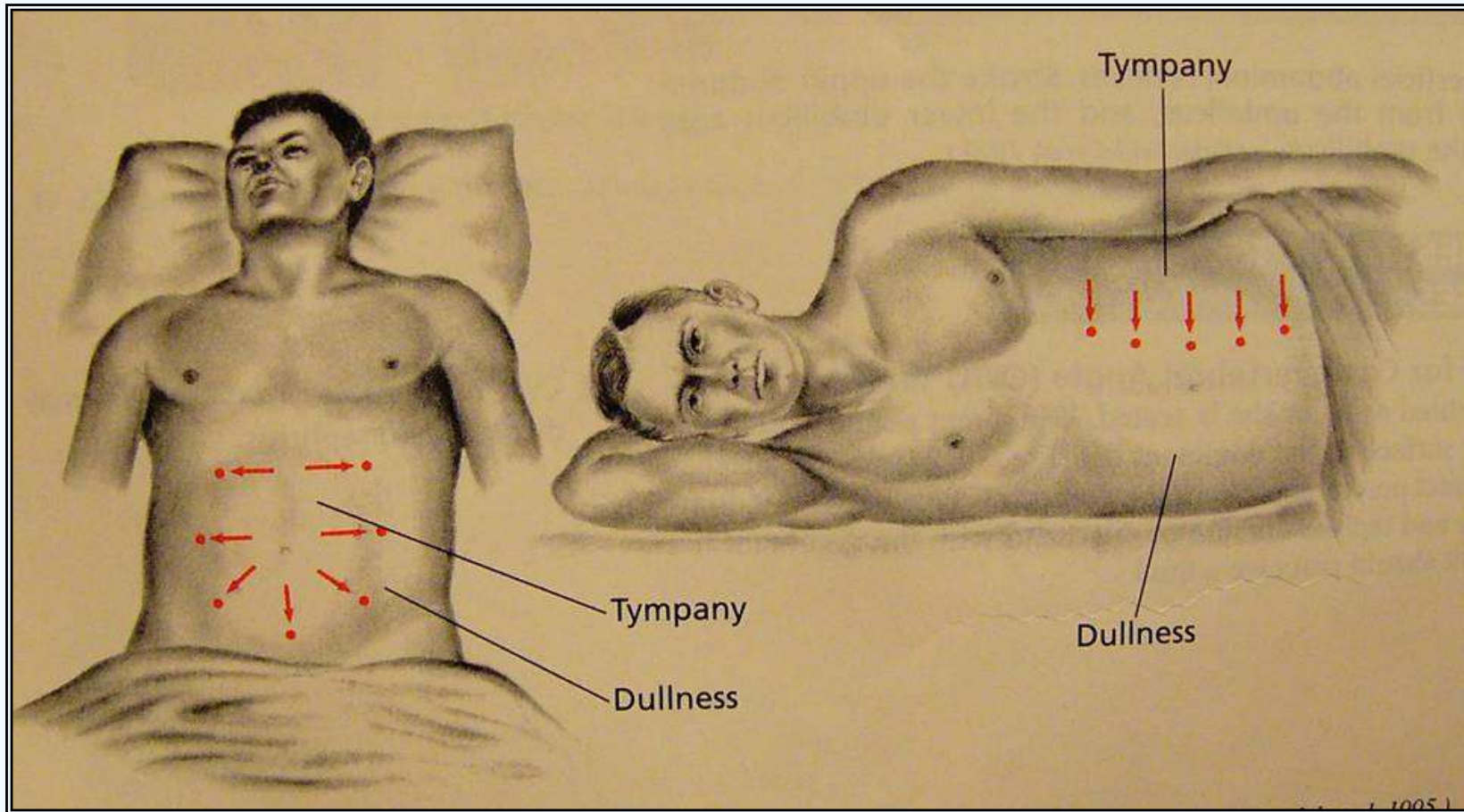
Percuția abdomenului

- ❑ **Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală**
- ❑ **Percuția ficatului și splinei**

Percuția



Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală



Determinarea prezenței lichidului în cavitatea abdominală - Semnul fluctuației (undeii)



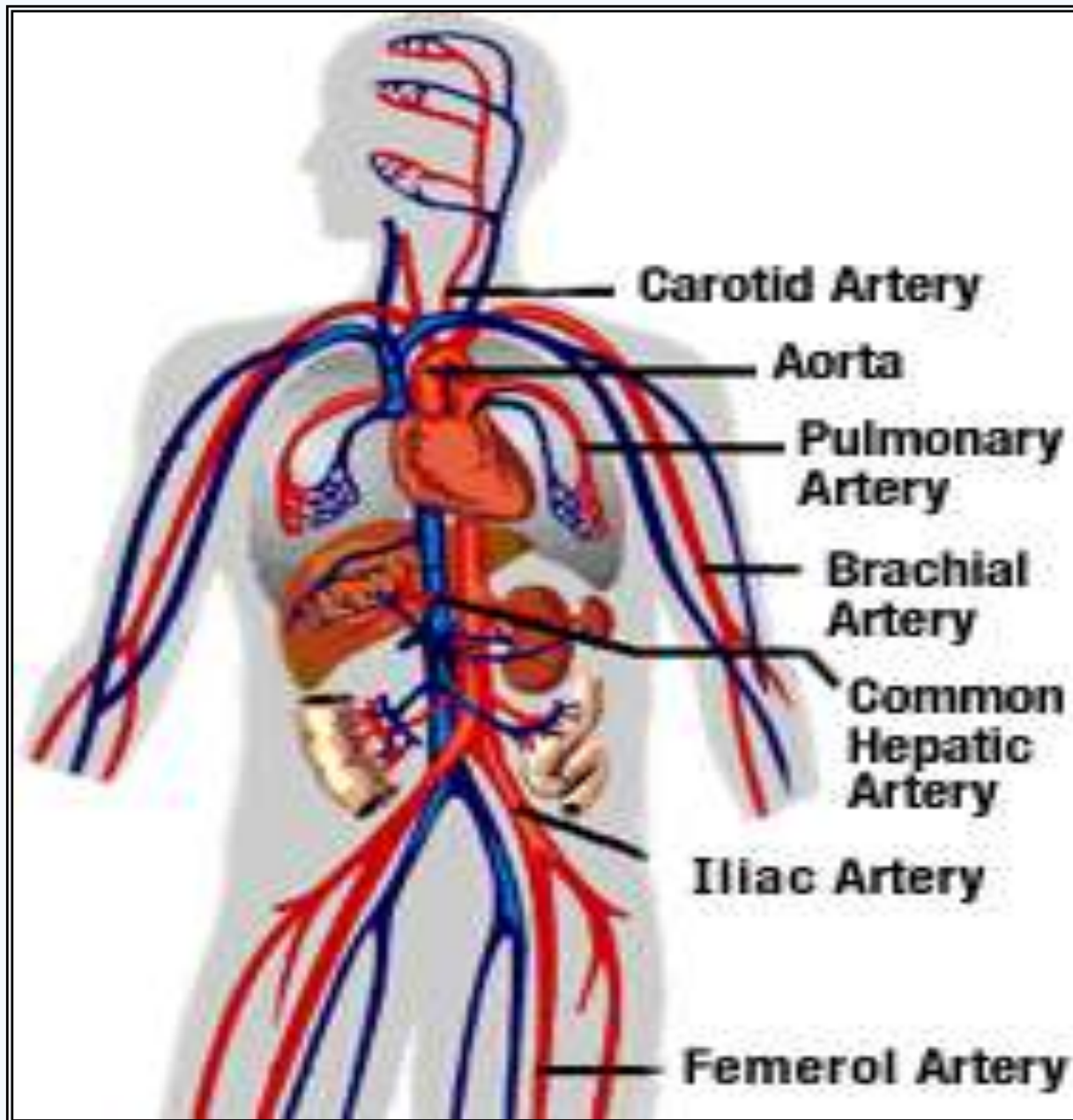


Auscultatia



Auscultația abdomenului

- ❑ Zgomote de origine intestinală (garguimente)
- ❑ Zgomote peritoneale
- ❑ Sufluri arteriale
- ❑ Prin metoda auscultativ –frictională se determină **limita inferioară a stomacului**



Examenul paraclinic

- ❑ **FEGDS**
- ❑ **USG**
- ❑ **TC, RMN**
- ❑ **Radiografia cu esofag baritat**
- ❑ **Hemoleucograma**
- ❑ **Biochimia sângelui**

CT-Tomografia computerizzata

