

Semiologia Aparatului Digestiv

Semiologia esofagului

Sindromul esofagian:

1. Disfagie – perturbarea progresiei normale a bolului alimentar la nivelul esofagului (dificultatea la inghitire). Poate fi paradoxala (apare la lichide – tulburari functionale esofagiene) sau progresiva organica (leziuni obstructive esofagiene in special neoplazice)
2. Durerea de cauza esofagiana de 3 tipuri:
 - Odinofagie – durere la deglutie
 - Pirozis – arsura retrosternala
 - Durere toracica permanenta de cauza esofagiana (diagnostic diferential cu durerea coronariana)
3. Regurgitatiile – refluxul continutului gastric contracurent fara efort de varsatura
4. Manifestarile respiratorii secundare refluxului
5. Manifestarile datorate complicatiilor hemoragice (anemie)

Explorarea esofagului

- Endoscopia digestiva superioara
- Examenul radiologic baritat
- pH-metria
- Manometria esofagiana
- Ecoendoscopia
- Explorarile scintigrafice esofagiene

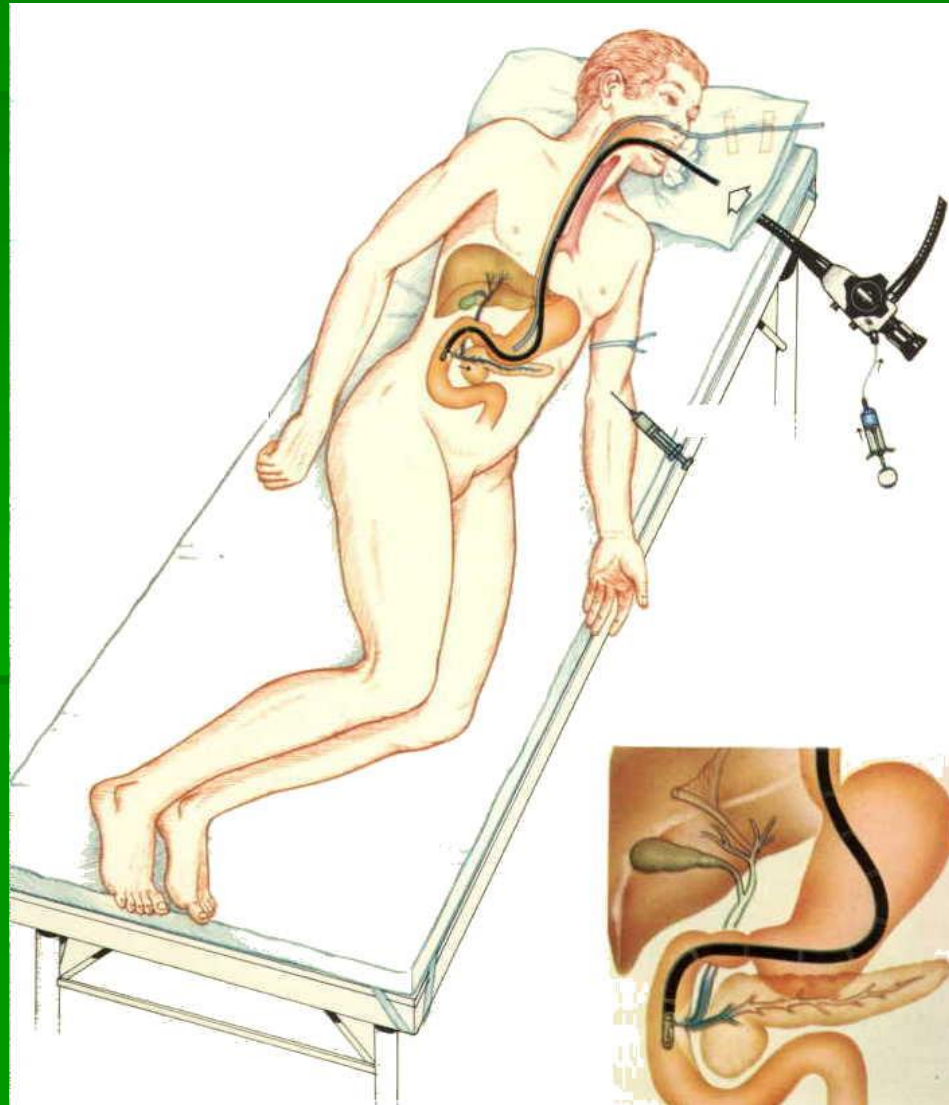
Sindromul de reflux gastroesofagian (BRGE)

- Reprezinta returul continutului gastric contracurent favorizat de factori exogeni (alcool, tutun, medicamente, alimente iritante) sau endogeni (HH, obezitate, DZ, sarcina)
- Clinic: - durere (pirozis, odinofagie, durere retrosternala permanenta)
 - regurgitatii
 - disfagie – cand apare esofagita de reflux
- Paraclinic – pH metrie, EDS (esofagita de reflux)

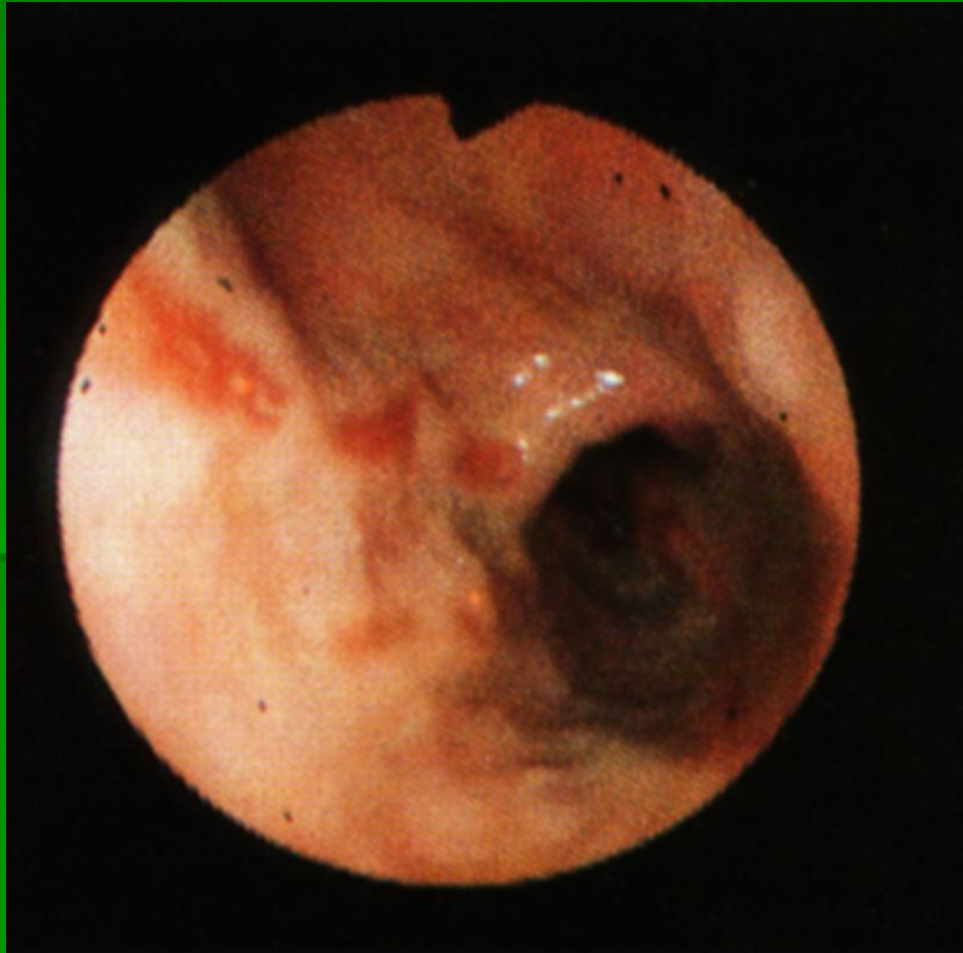
Esofagita de reflux sau peptica

- Manifestari subiective si obiective endoscopice cauzate de inflamatiile mucoasei esofagiene ca urmare a contactului cu continutul gastroduodenal sau intestinal
- Clinic: - Sd. Esofagian (durere, regurgitari si disfagie), manifestari ORL si respiratorii
 - Anemii feriprive prin sangerari mici si repetate
- Paraclinic – EDS decisiva – clasificarea Los Angeles imaginii

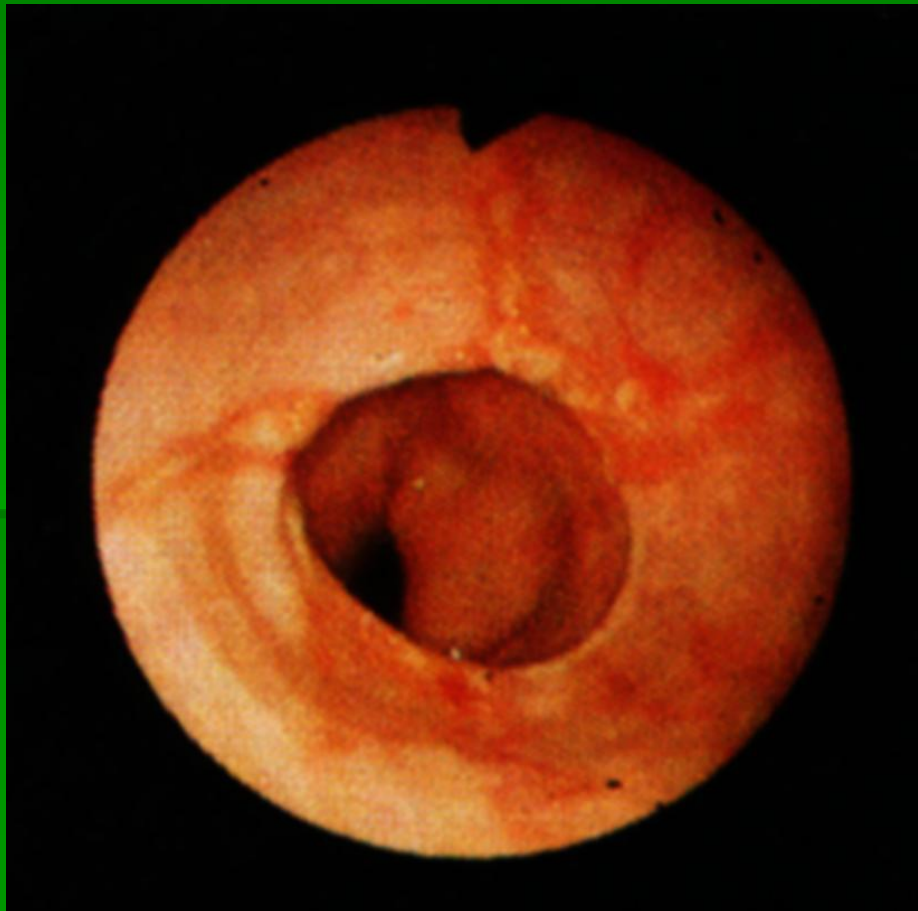
Endoscopia digestiva superioara



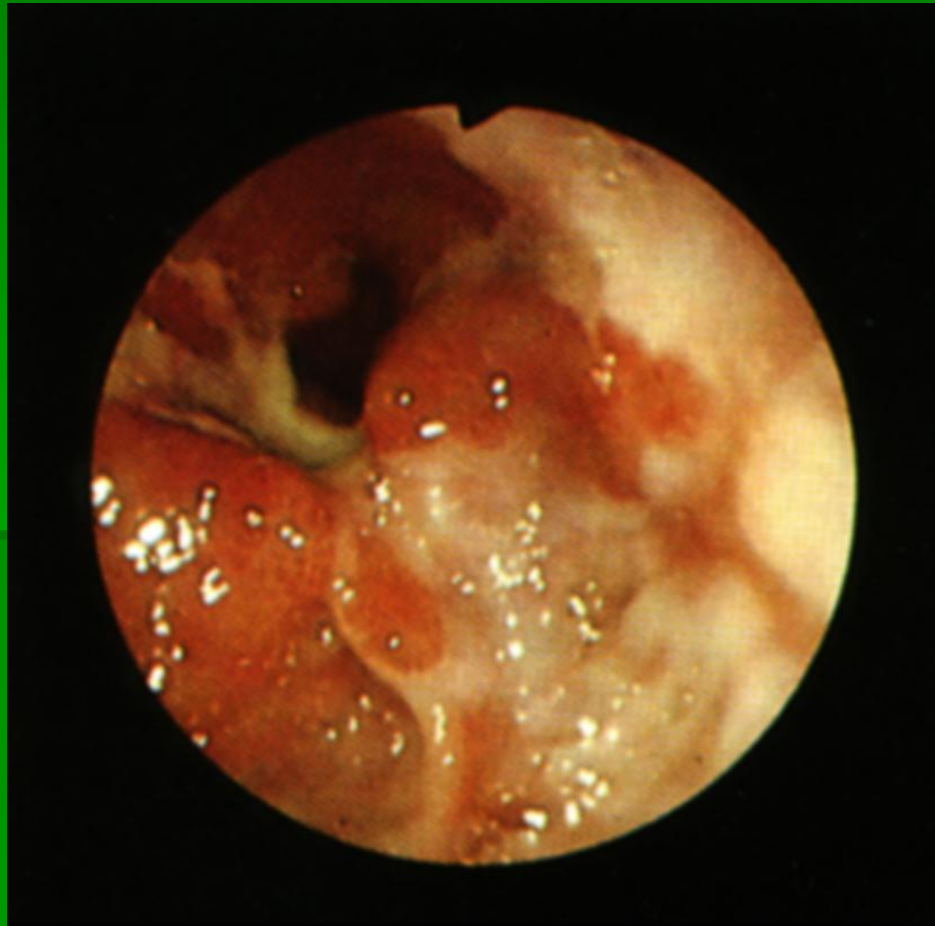
Esofagita peptica grad A



Esofagita peptica grad B



Esofagita peptica gradul D



Hernie hiatala



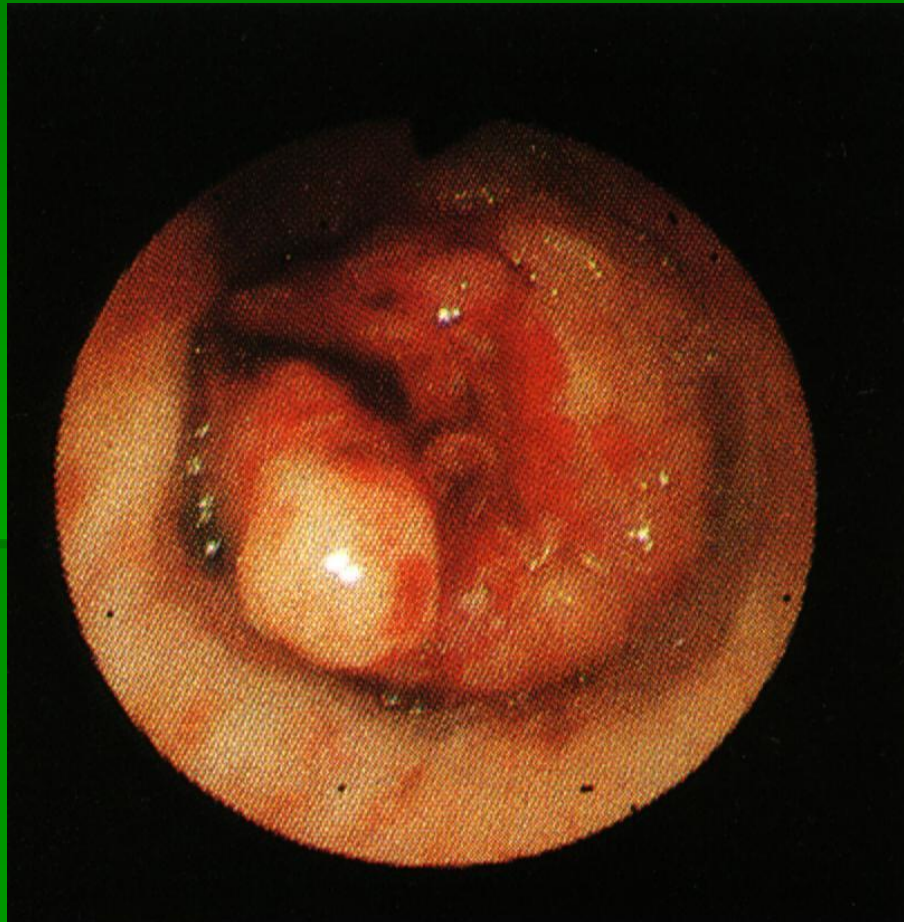
Sindromul Barrett (esofagul Barrett)

- Reprezinta metaplazia de tip intestinal la nivelul epiteliului esofagian cu potential malign pentru aparitia adenocarcinomului. BRGE reprezinta factorul de risc major pentru aparitia esofagului Barrett.
- Paraclinic diagnosticul se pune prin endoscopie cu biopsie.
- Importanta clinica – necesita supraveghere endoscopica pentru prevenirea aparitiei cancerului esofagian.

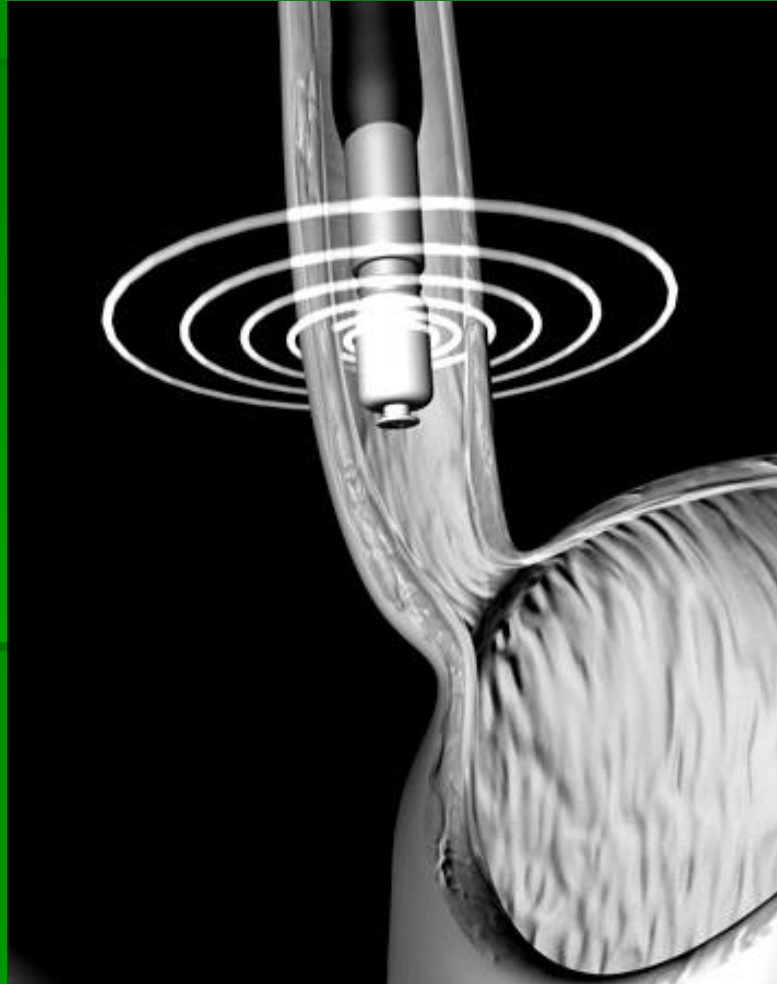
Sindromul esofagian neoplazic

- Prognostic sumbru – fiind descoperit tardiv datorita latentei clinice
- Cancerul precoce (cancerul “early”) – carcinom strict limitat la mucoasa si submucoasa (carcinom superficial) – diagnostic numai endoscopic (MasimoTrespi – Sei Guan).
- Cancerul tardiv Sindrom esofagian:
 - Disfagie progresiva la solide organica
 - Durerea
 - Regurgitatii, halena, hipersialoreeSindrom de impregnare neoplazica
 - Diagnostic endoscopic – permite si biopsia

Cancer esofagian avansat (protruziv)



Ecoendoscopia, in diagnosticul cancerului esofagian



Tulburarile motilitatii esofagiene

A. Achalasia

- Tulburare motorie a musculaturii netede a esofagului cu diminuarea sau absenta undelor peristaltice primare in 2/3 inferioare ale sale asociat cu relaxarea incompleta a SEI in repaus si hipertonia acestuia in repaus
- Clinic – Disfagie paradoxala
 - Durere toracica si pirozis
 - Regurgitatii
- Paraclinic: - Radiologic – cu bariu – esofag de aspect sigmoidian si terminat in “cioc de pasare”
 - Manometria esofagiana de electie

B. Spasmele esofagiene

- Contractii simultane de amplitudine mare si durata variabila pe fondul undelor peristaltice normale
- Clinic – Disfagie – intermitenta uneori paradoxala
 - Dureri retrosternale
 - Labilitate neuropsihica asociata
- Paraclinic – Ex. Radiologic si manometria esofagiana pun diagnosticul
 - EDS – diagnostic de excludere

Achalasia – imagine radiologica



Semiologia leziunilor caustice esofagiene

- Leziunile caustice după ingestia de acizi sau baze concentrate sunt localizate în primul rând în cavitatea bucală, zona faringoamigdală și apoi în esofag și stomac – Urgente.

- Clinic:

Faza 1. – primele 2-6 ore

- Disfagie totală
- Tulburări respiratorii
- Abdomen acut în perforația gastrică

Se poate face EDS pentru inventarierea leziunilor (eritem, edem, ulceratii)

Faza 2. – 12-24 ore – 4-5 zile Stadiul complicațiilor

- Perforații
- Infecții
- Hemoragii

Nu se face EDS – risc de complicații

Faza 3. peste 6-8 zile Stadiul cicatricial

- Leziuni stenozante complete sau incomplete

Esofagita postcaustica



Sindromul dispeptic ulceros

- Clinic – specifica este durerea ulceroasa (descrisa anterior) asociata adesea cu pirozis sau regurgitatii acide
- Este determinat de ulcerul gastric sau duodenal, dar si de cancerul gastric
- Obiectiv – examen sarac
 - sensibilitate epigastica si la nivelul punctului duodenal (manevra Lenoir – palparea profunda in ortostatism a punctului duodenal)
- Paraclinic – EDS – obligatoriu UG – confirmare biopsica
 - in UD – sensibilitate mare
 - Tranzit baritat – sensibilitate de 90% in UG (nisa) dar mai redusa in UD
 - Chimismul gastric – hipersecretie cu hiperaciditate

Ulcer duodenal



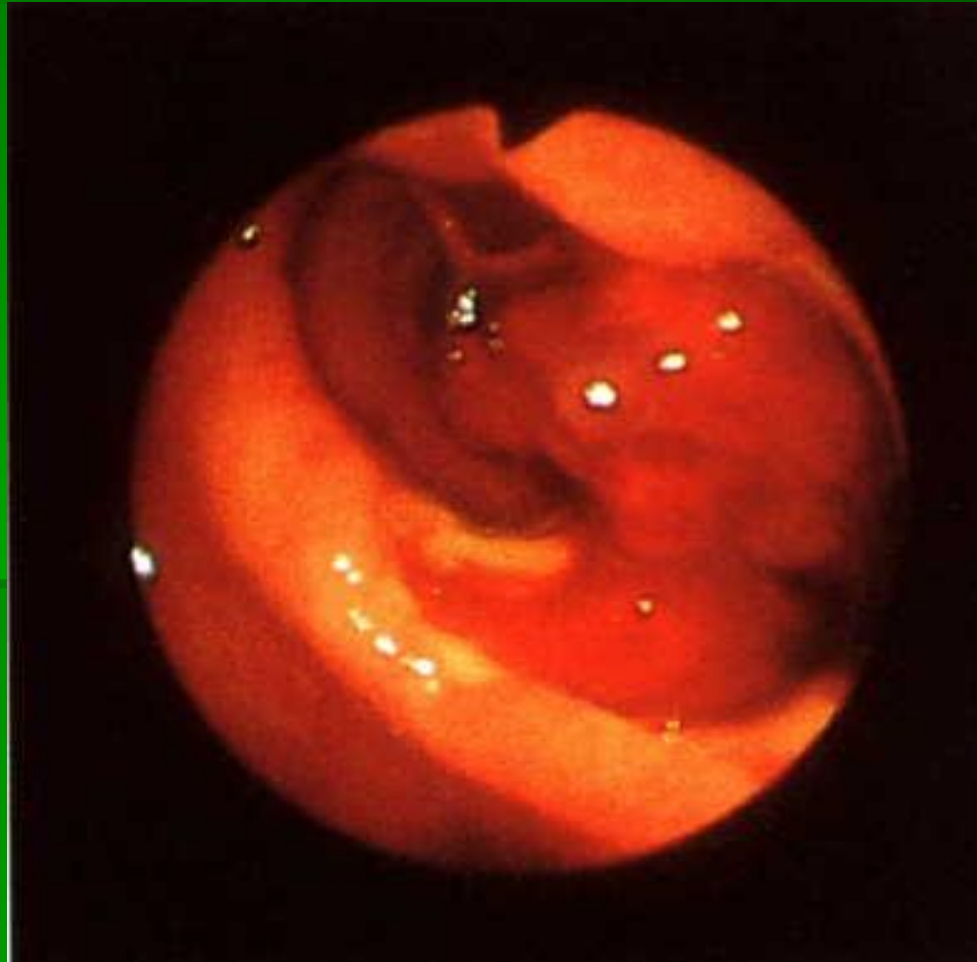
Ulcer gastric



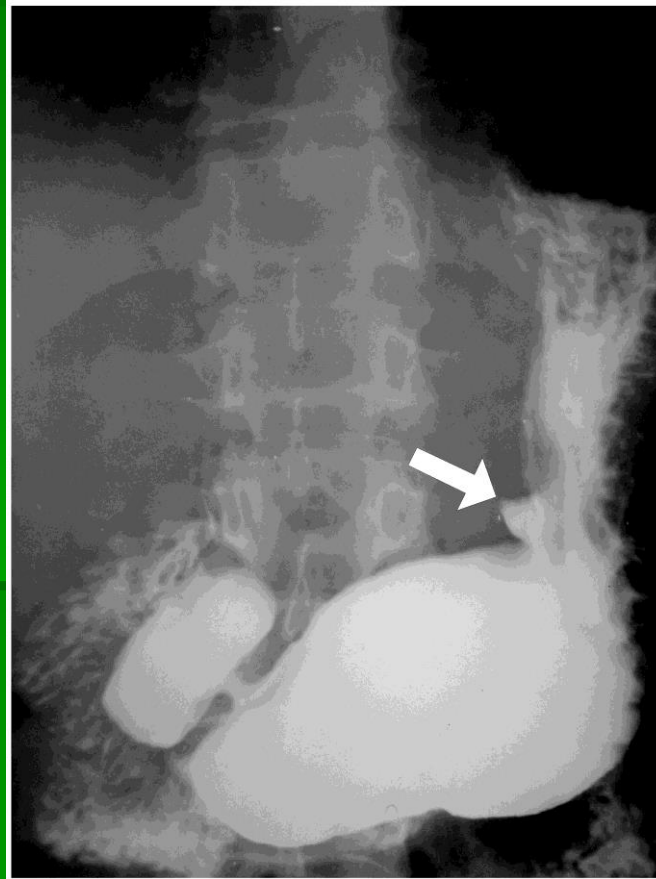
Ulcer gastric multiplu



Ulcer gastric hemoragic – cheag aderent



Ulcer gastric pe mica curbura - imagine radiologica



Sindroamele gastritice

- Gastrita – inflamatie acuta sau cronica, difuza sau focala a mucoasei stomacului – Notiune endoscopica

Presupune dg. Endoscopic + anatomopatologic (clinic orientativ)

- Gastropatie – leziune endoscopica a mucoasei gastrice epiteliale si/sau vasculare (ischemice sau de staza) care au o componenta inflamatorie minima sau absenta.

Ex. GPH din ciroza hepatica

- Duodenita – leziuni inflamatorii acute sau cronice ale mucoasei duodenale, difuze sau localizate frecvent la nivelul bulbului

Sindromul gastritic acut

- Clinic – Dureri epigastrice, greturi, varsaturi, HDS, febra (gastrita flegmanoasa)
- Cauze: Gastritele erozive hemoragice (AINS, aspirina, postcaustice) sau gastrita flegmonoasa
- Diagnostic – Anamneza + EDS

Gastrita acuta postmedicamentoasa (AINS)



Sindromul gastritic cronic

- Clinic – asimptomatice
 - tablou dispeptic nespecific (inapetenta, greturi, pirozis, eructatii)
 - sindrom dispeptic ulceros
- Clasificare – Gastrita cr. atrofica autoimuna (tip A) din anemia Biermer
 - Gastrita cr. microbiana produsa de *Helicobacter pylori* (tip B)
 - Gastrita cr. chimica (tip C) determinata de refluxul biliar, AINS sau alcool
 - Gastrite rare: Menetrier, limfocitara, granulomatoase specifice (TBC, sifilis, Crohn)
- Dg.(+) – EDS+biopsie – Obligatoriul confirmare anatomopatologica

Gastrita cronica postmedicamentoasa



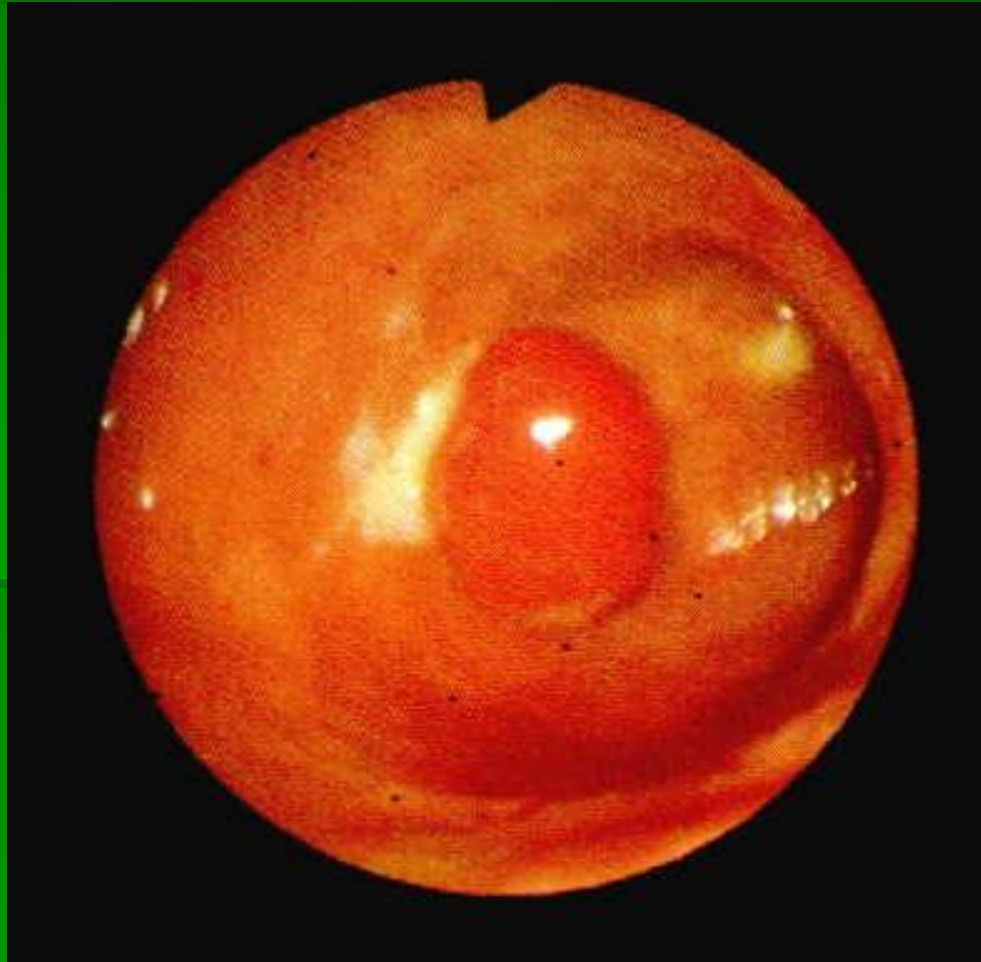
Semiologia neoplasmului gastric

Cancerul gastric incipient sau precoce este limitat la mucoasa si submucoasa si are prognostic bun daca este depistat precoce.

- Simptome – adesea absente, nespecifice, depistat intamplator sau prin dispensarizarea afectiunilor cu risc crescut (stomac operat, gastrite atrofile din anemia Biermer, polipi)

Dg. (+) EDS + Biopsie

Cancer gastric precoce



Cancerul gastric avansat

- Simptome – Sindrom dispeptic nesistematizat (dureri epigastrice, greturi, varsaturi, tulburari de apetit, scadere ponderala)
 - Simptome dupa localizare (disfagie – cancer subcardial, stenoza pilorica – cancer antral)
 - Simptome date de metastaze – hepatomegalie, anemie
 - Simptome paraneoplazice
- Obiectiv – Adenopatie Virchow-Troisier
 - Tumora palpabila in cazurile avansate
- Paraclinic – EDS + confirmare histopatologica
 - Tranzitul baritat – pune dg.(+)

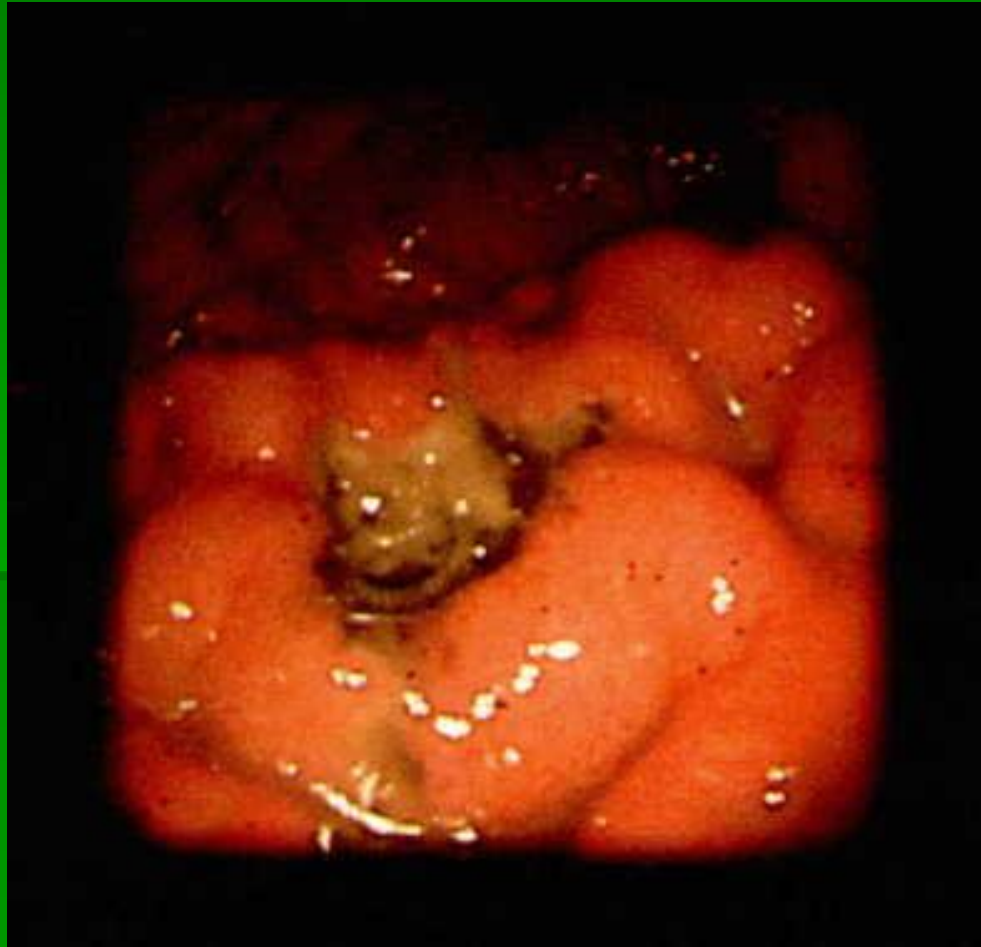
Cancer gastric avansat forma vegetanta



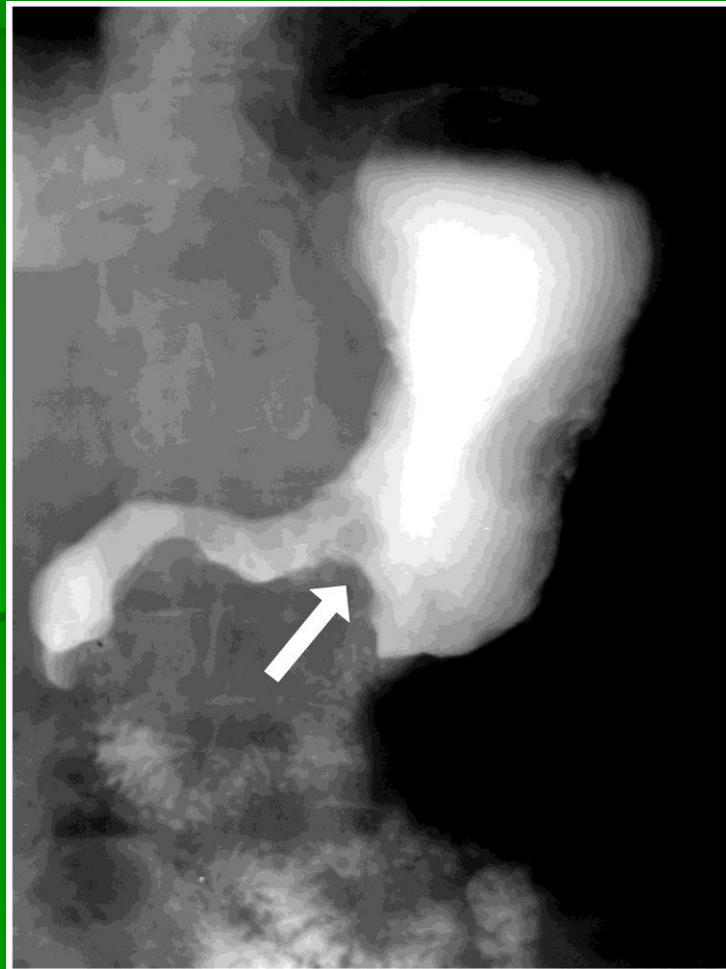
Cancer gastric avansat forma ulcerata



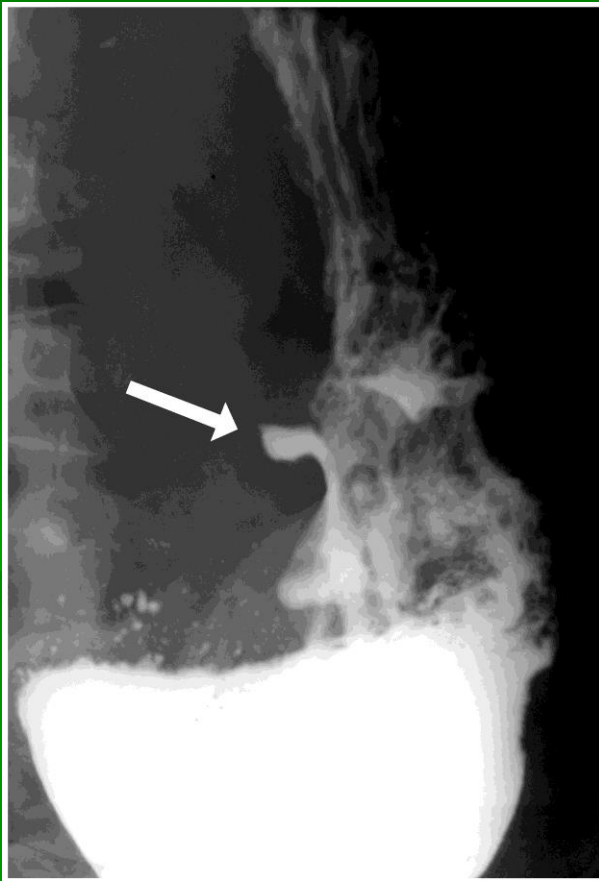
Limfom gastric



Cancer gastric vegetant – imagine radiologica



Cancer gastric ulcerat – imagine radiologica



Dispepsia functionala

Simptomatologie dispeptica fara un substrat obiectiv endoscopic

- Dispepsie functionala de tip
 - Ulceros
 - Motilitate
 - Reflux
 - Nespecifica
- Diagnostic de asteptare si asocierea cu labilitate neuroleptica

Sindromul de stenoza pilorica

- Jena evacuatorie gastrica de cauza ulceroasa, maligna (cancer gastric) sau compresiune duodenala prin pancreatita cronica
- Clinic
 - Faza I – Stenoza fara staza gastrica cu evacuare dificila:
 - Dureri epigastrice la 3-4h dupa masa
 - Varsaturi cu lichid gastric
 - Obiectiv – fara semne specifice
 - Faza II – Faza de lupta
 - Dureri intense la 3-6h dupa masa + contractii peristaltice
 - Varsaturi cu aspect de staza
 - Clapotaj epigastric la 5-6h dupa masa
 - Carente nutritive si tulburari hidroelectrolitice

- Faza III – Faza de atonie

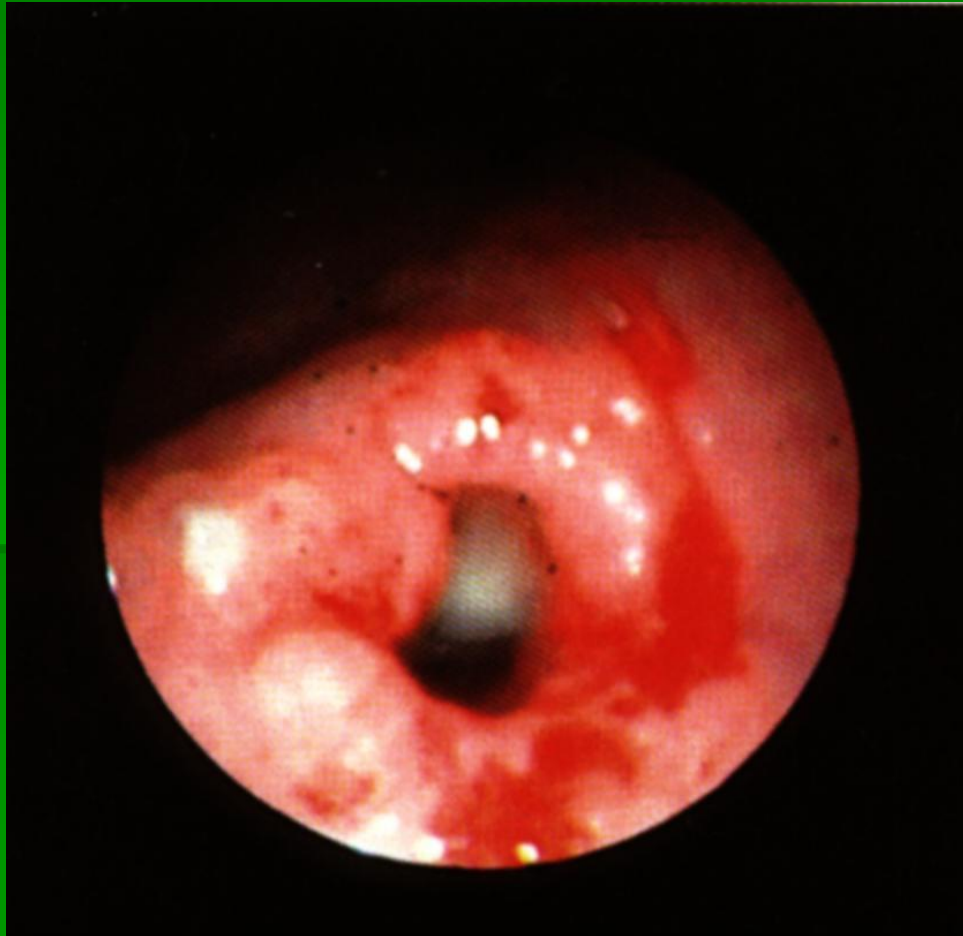
- Dureri absente
- Distensie abdominala
- Varsaturi cu continut fetid la 2-3 zile
- Denutritie severa

Paraclinic – Tranzit baritat – stomac in chiuveta

– EDS – ajuta la stabilirea etiologiei mai ales

maligne

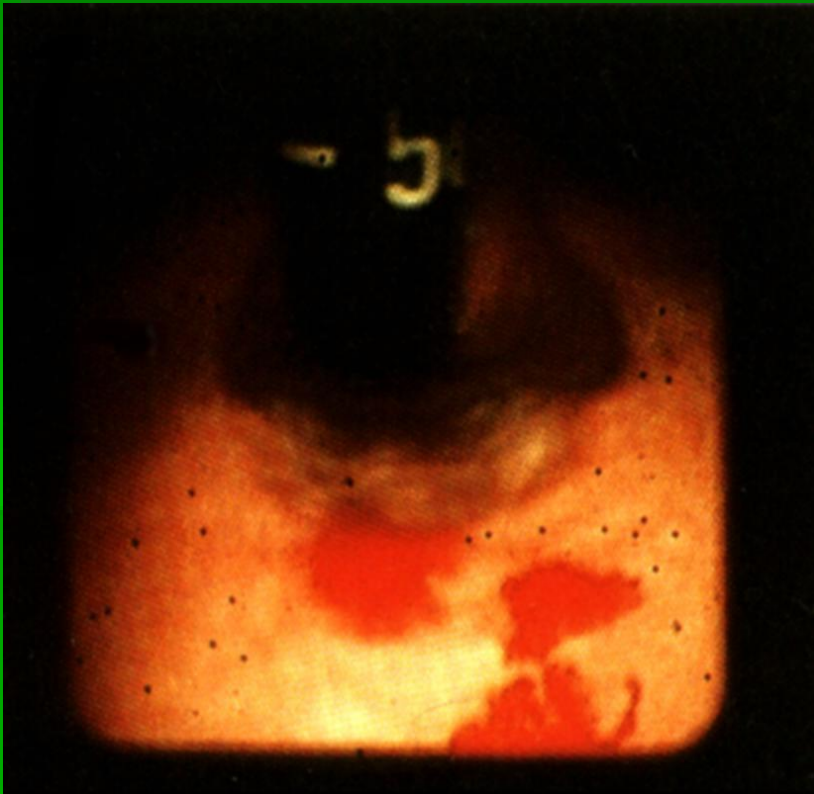
Stenoza pilorica de cauza ulcerosa



Sindromul Zollinger-Ellison

- Tumora maligna sau benigna a celulelor G – insulare pancreatice secretoare de gastrina (gastrinoame)
- Clinic
 - Hiperaciditate masiva
 - Ulcere multiple (gastrice, duodenale si chiar pe jejunul proximal)
 - Diaree cu steatoree
- Paraclinic
 - EDS – ulcere multiple atipice
 - Hipersecretie cu hiperaciditate masiva ($\text{DAB} > 15 \text{ mEq/l}$)
 - Gastrina crescuta mult (RIA)
 - Ecografia – abdominala si CT pun diagnosticul tumorilor pancreatice sau extrapancreatice

Ulcere multiple



Semiologia intestinului subtire, colonului si portiunii anorectale

Simptomatologia in bolile intestinului subtire

- Durerea de cauza intestinala (tipic colicativa, forma acuta in ocluzia intestinala ischemica sau mecanica si diverticulita acuta, prin iritatie peritoneala in caz de perforatie intestinala)
- Tulburarile tranzitului intestinal – Diareea si constipatia
- Sangerarile intestinale
- Meteorismul si flatulenta
- Manifestari in cadrul sindromului de maldigestie-malabsorbție

Examenul clinic obiectiv al intestinului subtire

- Este sarac in informatii.
- Inspectia generala obiectiveaza manifestarile clinice ale sindromului de maldigestie-malabsorbtie.
- Palparea superficiala, profunda si penetranta a abdomenului poate arata sensibilitate la nivelul punctelor mezenterice.

Explorarea paraclinica a intestinului subtire

- Capsula endoscopica – explorarea imagistica cea mai eficienta si completa.
- Enteroscopia
- Explorari radiologice (radiografia abdominala simpla, tranzitul baritat esogastroduodenal, arteriografia mezenterica)
- Explorarea radioizotopica
- Manometria intestinului subtire
- Explorari functionale intestinale (examenul scaunului, absorbtia)
- Biopsia intestinala
- Laparoscopia diagnostica
- Consulturi interdisciplinare

Capsula endoscopica



Sindromul de maldigestie si malabsorbtie (SMM)

- Sindrom de etiologie foarte diversa care se manifesta prin maldigestie si malabsorbtie
- Insuficienta intestinala reprezinta imposibilitatea intestinului (jejun - ileon) de a mentine o stare de nutritie adecvata

Etiologia SMM (maldigestie, malabsorbție, deficiente de transport)

■ Cauzele Maldigestiei:

- Insuficienta digestiei intraluminală (insuficienta de digestie gastrică, pancreatică sau biliară cu deficit enzimatic)
- Insuficienta digestiei mucoale (parietale) de la nivelul marginii în perie a mucoasei intestinale (Deficite congenitale și dobândite ale echipamentului enzimatic Ex. Dizaharidaze: lactază, sucrază, maltază sau dipeptidaze, oligopeptidoze)

- Cauzele Malabsorbției (deficit de captare, transport și procesare intraenterocitară a produsilor finali de digestie)
 - Boli diareice – scurtarea timpului de contact între conținutul intestinal și mucoasa absorbantă
 - Micșorarea suprafeței de absorbție (Rezectii intestinale, boli inflamatorii intestinale, B. Crohn, RUH, Sindrom de ischemie mezenterică cronică)
- Cauzele deficiențelor de transport în circulația sistemică
 - HTP și stază venoasă segmentară (AA, glucoză)
 - Stază limfatică (lipoproteinele)

Fiziopatologia SMM se refera la:

- Malabsorbția hidrocarbonatelor
- Malabsorbția proteinelor
- Malabsorbția lipidelor
- Malabsorbția vitaminelor hidro și liposolubile
- Malabsorbția unor metale bivalente (Fe-anemie, Ca, Mg, Zn)

Acestea realizează manifestări clinice secundare carentelor consecutive

Simptomatologia clinica a SMM

■ **1. Simptome digestive**

- Diaree osmotica (prin maldigestie) (scaune voluminoase si numeroase cu miros ranced caracteristic)
- Meteorism abdominal
- Inconstant – dureri abdominale (pancreatite cronice) sau modificari ale scaunului (steatoree - pancreatite)

■ **2. Simptome si semne generale nespecifice prin malabsorbtie**

- Denutritie
- Edeme periferice prin hipoalbuminemie
- Anemie
- Tulburari de crestere

■ **3. Simptome si semne date de carente nutritionale (vitamine, minerale)**

- Anemie, sindrom hemoragipar
- Endocrine, neurologice, cutanate, musculo-osoase

Investigatia paraclinica in SMM

Teste screening

- Steatoree – “standardul de aur” > 6g acizi grasi/24h
– test diagnostic
- Alte teste screening:
 - Albumina serica
 - Colesterol seric
 - Fier seric
 - Acid folic si vitamina B12 seric
 - Timpul de protrombina

Teste pentru localizarea leziunilor generatoare de SMM

1. Metode indirecte

- Testul absorbției D-xilozei (localizare în jejun) – 25g → 5h → 5g – urina ↓ Malabsorbție
- Testul Schilling – evidențiază localizarea leziunilor în ileon (vit. B12 marcată cu Co58 sau Co57) < 8% în urina – Test pozitiv (TBC, B. Crohn)

2. Metode directe

- Radiologice
- Endoscopice (enteroscopie, capsula endoscopică)
- Histopatologice (biopsia enterală)

3. Specifice

- Testul de toleranță la lactoză

Enteropatia glutenica (Sprue celiac)

- Boala cu transmitere genetica care asociaza intoleranta la anumite proteine (prolamine) din grau (gliadina), secara, orz, ovaz se pare modulata si imunologic (anticorpi antiprolamine).
- Clinic (copii sub 5 ani la introducerea cerealelor sau adulti in decada 3-4)
 - Diaree cronica
 - Meteorism si flatulenta
 - Manifestarile extraintestinale ale SMM
 - Afectiuni autoimune asociate (PR, AHAI)

Paraclinic

1. Dg SMM:

- Steatoree
- Testul la D-Xiloza

2. Enteroscopia cu biopsie intestinala (standardul de aur)

– biopsie cat mai departe de bulbul duodenal
in cursul EDS.

Criterii de Dg (+): atrofie vilozitara, infiltrat inflamator cronic, hiperplazia epiteliului glandular

Manifestarile clinice in bolile colonului

- Durerea de cauza colonica: tipic colicativa (acuta-ocluzie intestinala sau cronica, colica rectosigmoidiana), durerea din perforatie intestinala (peritoneala), durerea de cauza apendiculara (inflamatorie-peritoneala), durerea de cauza vasculara (embolie, tromboza, obstructie cronica)
- Tulburarile tranzitului intestinal
- Sangerarile intestinale
- Meteorismul abdominal
- Intreruperea tranzitului intestinal fecal si gazos (ocluzia intestinala)

Examenul obiectiv al intestinului

- Inspectia: bombarea (meteorism), retractia (intoxicatie cu Pb), miscari peristaltice vizibile (OI, SP).
- Palparea: - Superficiala – Aparare si contractura musculara
 - Sensibilitate – Blumberg – peritonite
 - cadrul colic –SII
 - puncte apendiculare
 - puncte solar si mezenteric
 - Profunda – impastare – proces inflamator
 - tumori
 - plastron apendicular
 - coarda colica, cec – SII
 - clapotaj – SP, OI

- Percutia – hipersonoritate – meteorism
 - matitate – ascita, tumori
 - Auscultatia – Zgomote intestinale –
 - absente (ileus dinamic), accentuate (ileus mecanic)
 - SS paramedian drept in
- Stenoza arterei mezenterice

Explorarea paraclinica a intestinului

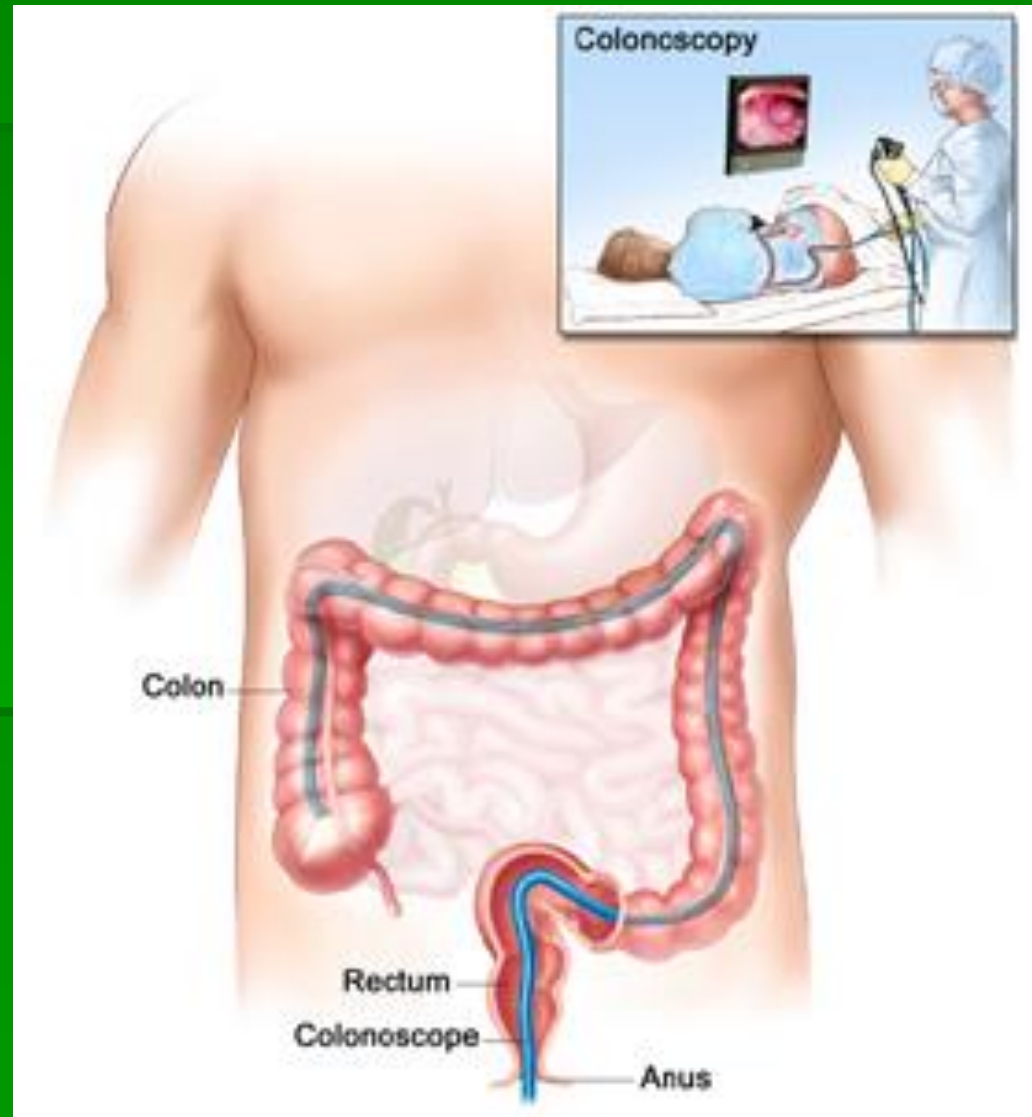
1. Examenul scaunului

- Macroscopic – Volum – 100-200g/24h, culoare, forma, consistenta, miros, aspect general
- Microscopic – Examenul de digestie in scaun (fibre musculare-proteine-creatoree, grasimi-steatoree, glucide amidon)
 - Examenul coproparazitar
 - Coprocultura (examenul bacteriologic)

2. Explorari imagistice intestinale

- Endoscopia – Rectosigmoidoscopia
– Colonoscopia
Permit prelevarea de biopsii
– Capsula endoscopica
– Ecoendoscopia
- Examenul radiologic
 - simpla “pe gol” – Ex.: Pneumoperitoneu in ulcerul perforat, Nivele hidroaeriene in OI
 - Irigografia (clisma baritala) se face cu substanta de contrast
- Explorarea radioizotopica

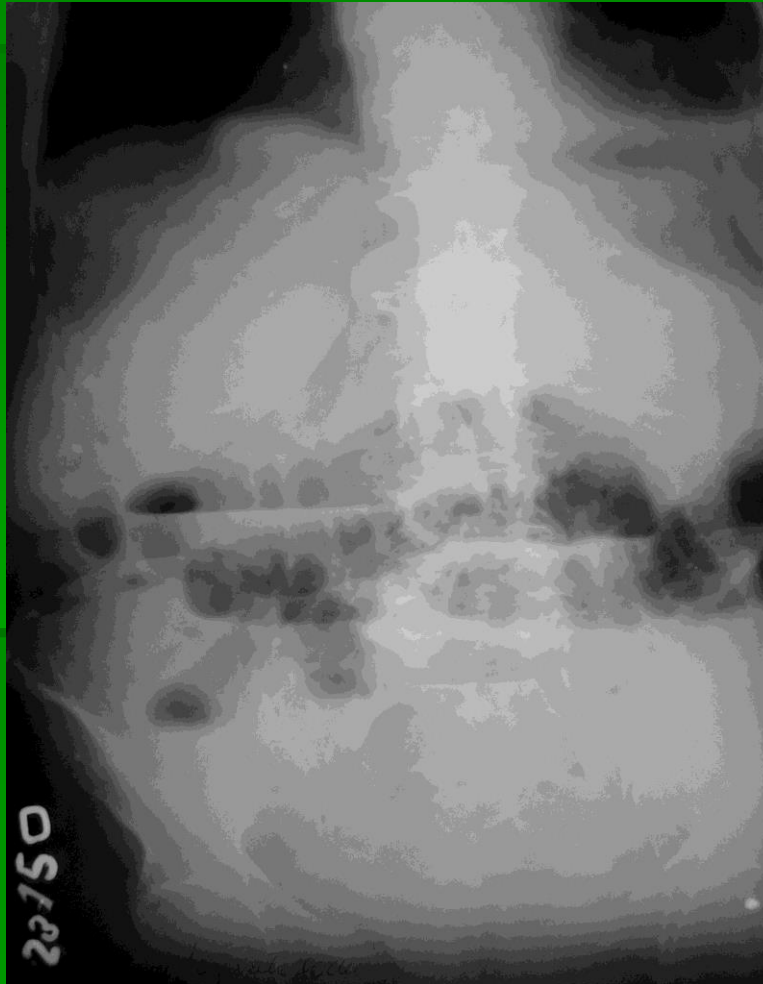
Colonoscopy



Irigografia



Radiografie abdominala (pe gol)



Afectiuni inflamatorii intestinale – de etiologie nedeterminata

- Rectocolita ulcerohemoragica (RUH)
- Boala Crohn

Rectocolita ulcerohemoragica (RUH)

- Afectiune inflamatorie cronica idiopatica, care intereseaza numai colonul, limitata la mucoasa si se caracterizeaza prin ulceratii si hemoragii cu aspect continuu, fara mucoasa normala.
- Etiologie necunoscuta.
- Incidenta bimodala (15-25 ani si 55-65 ani)

Tabloul clinic al RUH

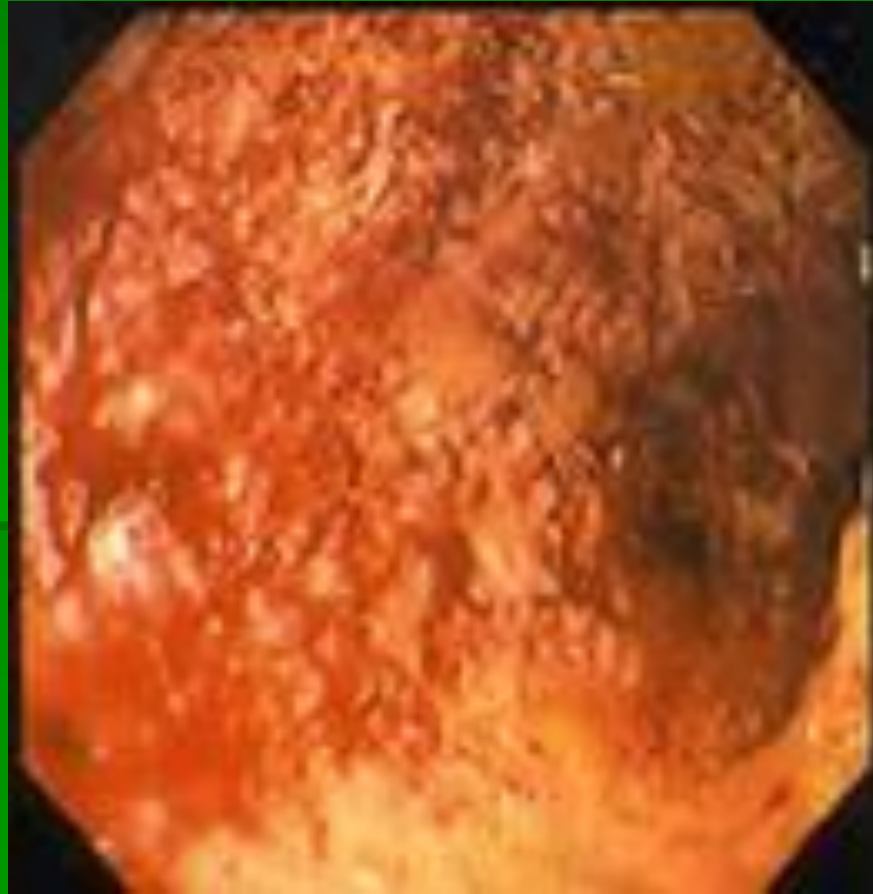
1. Diareea dominanta cu scaune de volum mic, numeroase (4-20/24h)
2. Rectoragii: - sange rosu (formele rectale)
- sange partial digerat (sos anchois) +
formele extinse la intreg colonul
3. Dureri abdominale colicative si tenesme rectale
4. Manifestari extraintestinale
 - Articulare (ca in SA)
 - Cutanate (eritem nodos)
 - Oculare (irite, episclerite)
 - Hepatice, renale
5. Risc de cancer colorectal la 10 ani de evolutie
 - Afectiune cu potential malign

Diagnosticul paraclinic

Rectosigmoidoscopie sau Colonoscopie totala cu biopsie

- Macroscopie – ulceratii superficiale limitate la mucoasa, polipi inflamatori, exudat mucopurulent
– leziuni dispuse continuu limitate la colon
- Microscopie leziuni limitate la mucoasa si submucoasa – (infiltrat inflamator, limfoplasmocitar + afectare glandulara)
- – Irigografia – suspiciune de diagnostic

Rectocolita ulcerohemoragica in puseu inflamator



Rectocolita ulcerohemoragica forma pseudopolipoida



Boala Crohn

- Afectiune inflamatorie cronica de etiologie necunoscuta care intereseaza intreg tubul digestiv superior sau inferior, are caracter transmural (penetreaza mucoasa, submucoasa, musculara si seroasa) avand tendinta de a produce perforatii sau fistule.
- Incidenta – la fel ca RUH. Actual se constata o crestere a incidentei.

Tablou clinic – asemanator RUH

1. Diareea – 5-6 scaune voluminoase/zi (localizare intestin subtire)
– 5-20 scaune/zi cu volum mic (localizare colonica)
 2. Dureri abdominale colicative si mase palpabile abdominale
 3. Scadere ponderala (SMM)
 4. Manifestari date de complicatii (abcese, fistule, stenoze, perforatii)
 5. Risc de cancer colorectal (supraveghere endoscopica)
- Manifestari extraintestinale (articulare, cutanate, hepatice).

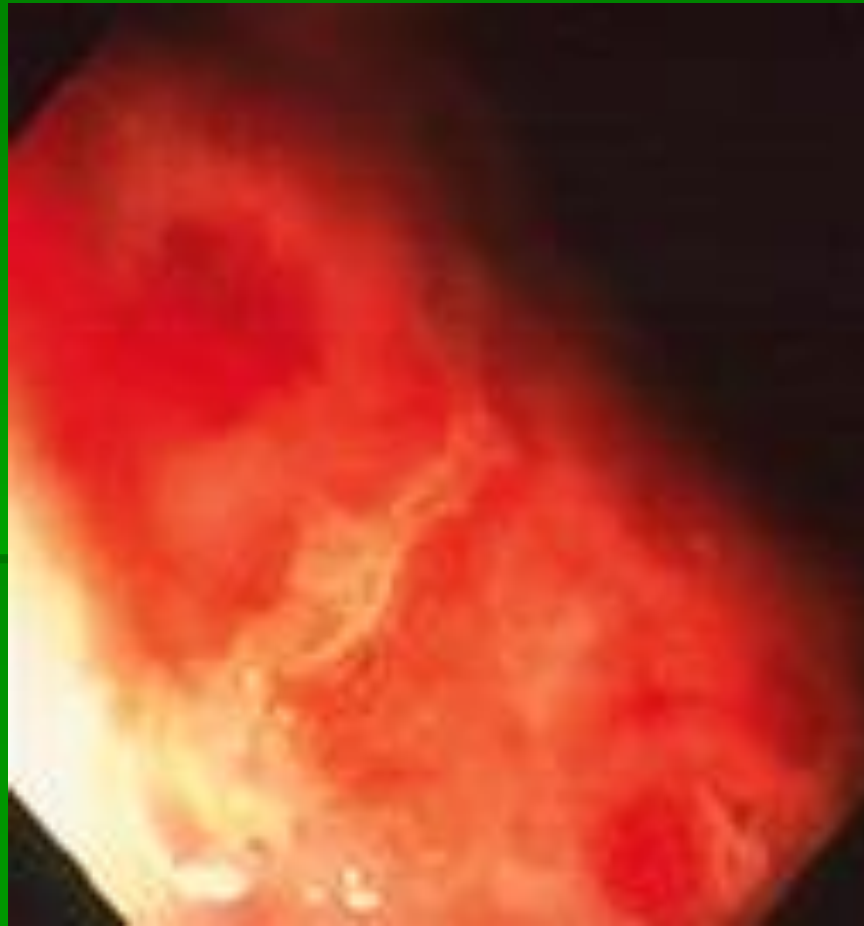
Diagnostic paraclinic

1. Colonoscopia totala cu prelevare de biopsii:

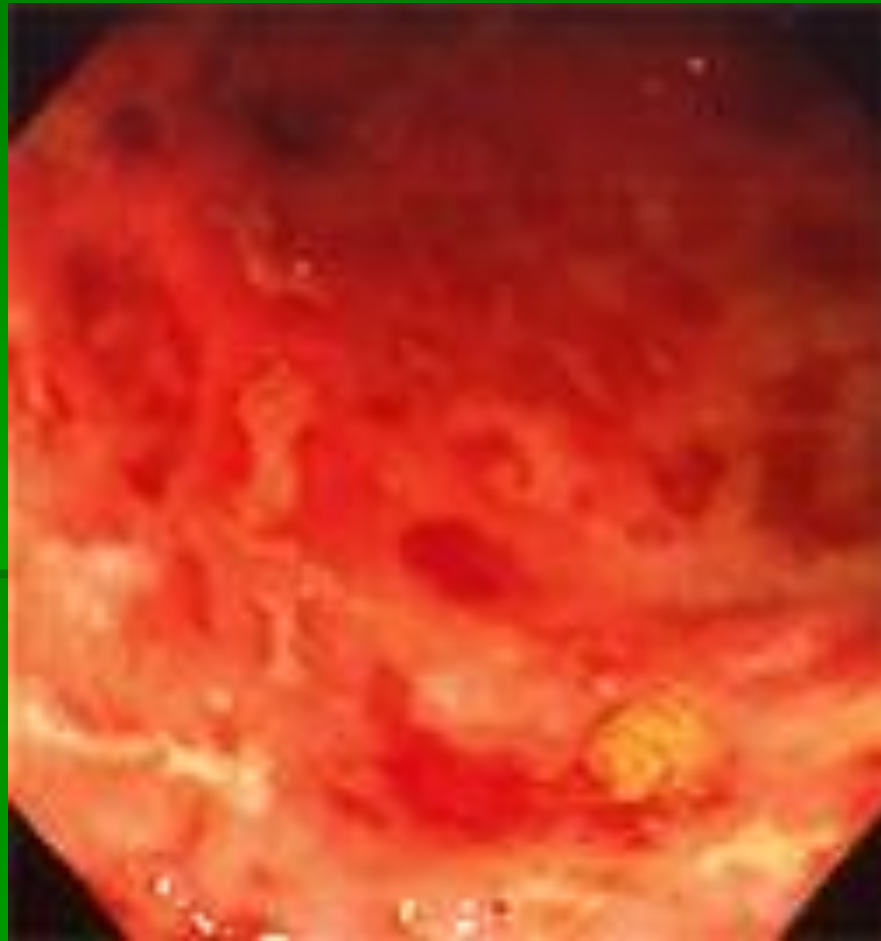
- Leziuni segmentare si asimetrice (nu continui ca in RUH) – leziuni pe sarite (aspect de piatra de pavaj)
- Tipic ulceratiile aftoide si liniare profunde, penetrante
- Histologic aspect de granulom sarcoid cu caracter penetrant transmural. Poate evidentia extinderea leziunilor si riscul de malignizare.

2. Irigografia cu dublu contrast – nu permite biopsia.

Ulcer penetrant in boala Crohn



Ulceratii multiple in boala Crohn



Cancerul colorectal (CC)

- Una din primele cauze de deces prin cancer la barbat.
- Clasificare actuala:
 - Forme ereditare (5%) – depistare genetica (gena APF) si monitorizare colonoscopica.
 - Forme dobandite – depistare precoce la persoane cu risc crescut (predispozitie genetica, RUH, BC, polipi colonici) – test Hemoccult, monitorizare endoscopica la 1-10ani.

Tablou clinic

- CC precoce – Asimptomatic
- CC avansat – Manifest clinic

1. Cancerul de colon drept

- Initial anemie prin hemoragii oculte
- HDI cu hematochezie
- Tumora palpabila
- Tardiv – tulburari de tranzit (Sd. subocluziv Konig)
- Semne paraneoplazice si date de complicatii

2. Cancerul de colon stang

- Initial tulburari de tranzit – constipatie recenta, diaree sau alternanta constipatie diaree
- Dureri abdominale cu aspect colicativ care dispar dupa emisia de materii fecale si gaze
- Sindrom subocluziv Konig
- Rectoragii
- Frecvent tablou de ocluzie intestinala
- Semne paraneoplazice si date de complicatii

Paraclinic

1. Rectosigmoidoscopia si colonoscopia

Evidentiaza tumora si permit prelevarea de biopsii cu examen anatomopatologic

2. Irigografia – poate depista CC si se confirma endoscopic sau se intervine chirurgical de la inceput

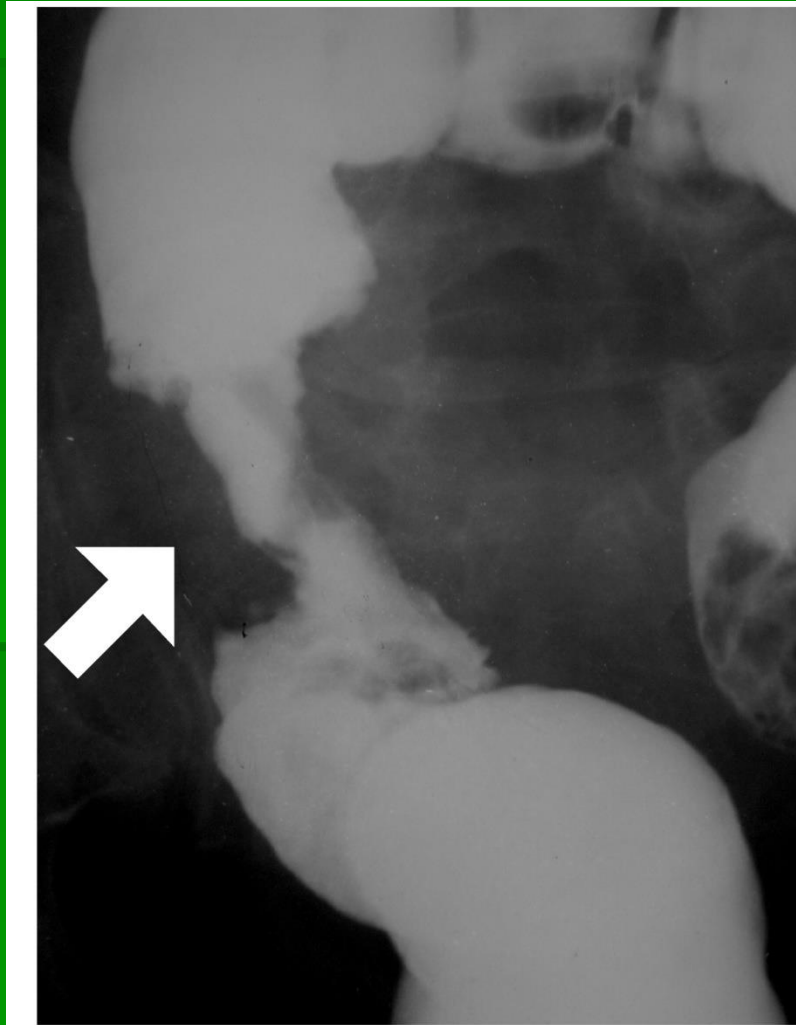
3. Ecografia abdominala si

4. CT evidentiaza extinderea si eventual metastazele

Cancer de colon forma vegetanta



Cancer de colon drept - irigografie



Sindromul diareic infectios

- Enterocolitele sunt afectiuni inflamatorii de cauza virala, bacteriana, fungica sau parazitara localizate de obicei la nivelul intestinului subtire sau colon
- Enterocolita acuta bacteriana este de 2 tipuri:
 - Cu bacterii de tip enterotoxigen (E coli, Vibrio cholerae) – Diaree secretorie cu fecale apoase si voluminoase si deshidratari severe
 - Cu bacterii de tip enteroinvaziv (Salmonela, Shigella) – Diaree de tip inflamator mai redusa cantitativ.

Tablou clinic

1. Diaree secretorie sau inflamatorie cu scaune cu mucus, puroi si sange (sputa rectala)
2. Dureri abdominale colicative
3. Febra
4. Manifestari date de complicatii (perforatii, determinari septice, artrite)

Paraclinic

Obligatoriou – Coprocultura pentru identificarea germenilor patogeni

Sindromul de intestin iritabil (SII)

- Cea mai frecventa tulburare functionala digestiva
- Definitia ROMA III: tulburari functionale digestive fara leziuni structurale la nivelul intestinului
- Diagnostic de excludere fata de alte afectiuni grave (CC, Boli inflamatorii intestinale, boli diareice grave).

Tablou clinic

- Dureri abdominale ameliorate de defecatie
- Modificari ale scaunului ca frecventa, forma, eliminare de mucus
- Meteorism abdominal
- Sunt trei forme de SII si anume cu predominanta diareei, cu predominanta constipatiei si cu predominanta durerii sau meteorismului abdominal

Paraclinic

- Colonoscopia este normala. Diagnostic de excludere

Leziunile ischemice intestinale

I. Ischemia intestinala acuta – Infarctul enteromezenteric

- Embolia sau tromboza a. mezenterice
- Clinic: - Durere vasculara acuta
 - Scaune cu sange rosu sau maron
 - Semne de peritonita acuta cu soc toxico-septic
- Paraclinic – Arteriografie mezenterica

Dg. Sugerat pe criterii clinice (factori favorizanti emboligeni)

II. Ischemia intestinala cronica – Colita ischemica (Angorul intestinal)

- Determinat de obstructia partiala prin placa de aterom a arterelor mezenterice
- Clinic – dureri abdominale recurente legate de mese (apar la 10-30 min dupa masa si cedeaza la 1-3 ore) si ameliorate la masajul abdominal sau pozitia ghemuit pe vine. Determina teama de alimentatie si scadere ponderala
- Paraclinic – US Doppler si Arteriografie
 - Teste specifice in caz de suspiciune de vasculite (PAN, purpura Henoch-Schonlein)

Sindromul anorectal

- Cuprinde simptomele si semnele clinice specifice afectiunilor anorectale
- Tablou clinic
 - Durerea la defecatie
 - Tenesmele rectale
 - Scaune mucoase uneori sanguinolente de volum redus si rectoragiile

Obiectiv: - Obligatoriul inspectia anala si tuseul rectal

Etiologia Sindromului anorectal

- **Hemoroizii** – interni, externi
 - primitivi sau simptomatici (ciroze)
 - dilatatii anevrismale ale venelor hemoroidale superioare sau inferioare
- **Fistula anala** – pierdere de substanta la nivelul anusului
- **Abcesul perianal si flegmonul ischiorectal**
afectiuni chirurgicale (colectii purulente bine delimitate sau difuze cu punct de plecare glandele, pilozitatea, fisurile anale)

Determina: dureri intense, tenesme, febra

- **Fistulele anorectale** – comunicare anormale între colecțiile purulente și zona perianală sau canalul anal. Clinic – eliminare de sânge, puroi și mucus izolată sau cu materii fecale.
- **Fecalomul** – masă compactă de materii fecale care poate determina ocluzia intestinală

Hemoroizi interni



Fistula anorectala



- Diagnostic etiopatogenic la un bolnav cu scaune cu mucus, puroi si sange

1. Diaree infectioasa

2. Boli inflamatorii intestinale (RUH, B. Crohn)

3. Cancerul colorectal

4. Hemoroizi sangeranzi