

SEMIOLOGIA APARATULUI DIGESTIV

Anamneza:

În patologia digestivă, **anamneza joacă un rol fundamental** datorită tulburărilor funcționale foarte bogate, care contrastează cu o relativă sărăcie a datelor obiective, culese la examenul fizic.

Într-o **prima etapă** a anamnezei, pacientul este lăsat să-și relateze singur suferința, fără a se interveni în orientarea discuției, observându-se faptul că, fiecare bolnav încearcă să-și justifice simptomatologia și să o atribuie suferinței unui organ și chiar să dea soluții diagnostice și terapeutice.

În a **doua etapă**, după ce ne-am orientat asupra suferinței, vom interveni activ, punând întrebări simple și concise, fără însă a sugera un anumit răspuns.

Anamneza bolnavului trebuie să parcurgă următoarele etape și anume culegerea :

- **Datelor personale :**

- **vârsta** pacientului este importantă, deoarece multe suferințe digestive prezintă o incidență legată de vârstă. Astfel, **ulcerul duodenal** apare atât la tineri, cât și la adulți cu vârste cuprinse între 40-50 ani ; **ulcerul gastric** atinge un vârf în decada a 6-a de viață ; **acalazia esofagiană** apare între 20-40 ani, în timp sindromul esofagian care apare la peste 50-60 ani sugerează **neoplasmul de cardia**; **cancerul de colon** este sugerat de o persoană cu vârsta mai mare de 40 ani, care prezintă o tulburare de tranzit recentă (câteva săptămâni sau luni), progresivă (care se accentuează rapid), însoțită de dureri abdominale și rectoragii ;

- **sexul** are importanță pentru patologia digestivă în sensul că: **ulcerul duodenal** este mai frecvent la bărbați; **cancerul esofagian** apare cu precădere la bărbații cu vârsta peste 50 ani ; **ciroza biliară primitivă** apare la femeile cu vârste cuprinse între 35-50 ani; **colangita primitivă sclerozantă** apare la bărbați cu vârste cuprinse între 20-40 ani.

- **profesia** : este importantă în patogeniza afecțiunilor digestive, știut fiind faptul că un pacient supus unei munci stressante, unor eforturi fizice prelungite, cu mese neregulate, cu absența repausului postprandial este predispus la ulcer duodenal și rectocolită ulcerohemoragică; persoanele din unele sectoare profesionale (sanitare, zootehnice) sunt predispuse la afecțiuni contagioase (hepatite, hidatidoze) ;

- **Motivele internării** pot fi

- **generale** : febra, scăderea ponderală, alterarea stării generale și
- **locale**: durerea abdominală, tulburările de apetit, disfagia, regurgitația, greața, vărsăturile, hematemeza, diareea, constipația și meteorismul.

- **Istoricul bolii** are o deosebită importanță, medicul încercând să stabilească:

- care a fost **prima manifestare**, modul de debut a acesteia, caracterile și cum a evoluat aceasta până în momentul discuției, apoi, va stabili ce

- **alte simptome** s-au adăugat, ordinea în care acestea au apărut, importanța și modul cum acestea au influențat prima manifestare;

- **Antecedente personale fiziologice** se corelează puțin cu patologia digestivă, importanță fundamentală având:

- **avorturile** efectuate în condiții precare și care pot constitui sursa de inoculare a virusurilor hepatitice (VHC și VHB);
- numărul mare de **sarcini** care pot determina apariția litiazei biliare și a ptozelor viscerale.

- **Antecedente personale patologice** au o importanță deosebită în patologia digestivă o atenție mare trebuind acordată:

- antecedentelor de **hepatită acută virală** (HAV), transfuziilor de sânge, intervențiilor stomatologice, manevrelor sângerânde, care reprezintă factori de risc pentru pacienții cu hepatită cronică sau ciroză hepatică;
- intervențiilor **chirurgicale**, care trebuie luate în calcul, mai ales în cazul gastrectomiei, în care gastrita bontului reprezintă factor de risc pentru cancerul gastric sau în fața unui sindrom ocluziv apărut la un pacient recent operat;

- **Antecedente heredo-colaterale** sunt importante și trebuie căutate la pacienții cu:

- ulcer duodenal, polipoză intestinală, litiaza biliară și sindrom icteric sau de colestază (sindrom Gilbert, Crigler-Najjar sau Dubin-Johnson);
- parazitoze digestive, hepatită acută virală, toxiinfecție alimentară ținând cont de contagiozitatea acestor boli.

- **Ancheta alimentară** are o mare importanță atât sub aspect cantitativ, cât și sub aspect calitativ, de reținut fiind:

- orarul meselor (nerespectarea unui orar zilnic);
- obiceiurile alimentare (abuzul de alimente);
- modul de preparare al alimentelor (prăjelile, rântășurile, sosurile de făină) ;
- folosirea condimentelor (abuzul de piper, usturoi, ardei iute) ;
- consumul de alcool, cafea sau fumatul.

Greșelile alimentare agreavează multe afecțiuni digestive sau pot declanșa altele (ulcerul duodenal, rectocolita ulceroasă sau boala hemoroidală).

- **Folosirea unor medicamente** pentru diverse afecțiuni (reumatismale, cardiovasculare și endocrine) trebuie cunoscută, deoarece aceste medicamente pot declanșa sau accentua suferințele gastro-duodenale și hepatice preexistente.

- **Simptomatologia bolilor digestive**

Simptomele acestor afecțiuni pot fi împărțite în :

- **simptome generale** : febra, scăderea ponderală și alterarea stării generale ;
- **simptome funcționale** (locale): durere adominală, tulburarea apetitului, disfagia, greața, pirozisul, regurgitațiile, vărsăturile, hematemeza, constipația și diareea.

A. Simptomele generale

1. Febra

- **febra acută** însoțită de frisoane, apare în afecțiuni de etiologie bacteriană: apendicite acute, colecistite acute, angicocolite acute, enterocolita acută sau diverticulita acută;

- **subfebra** apare în: hepatitele acute virale (HAV), parazitozele digestive, tuberculoza intestinală, boala Chron, limfadenita mezenterică, colecistitele subacute, în hepatitele cronice active, perioade evolutive ale rectocolitei ulcerose și bolii Chron;
- **hectică** apare în: abcesele hepatice, paracolice, subdiafragmatice, cancerele hepatice și colice (cecale).

2. Scăderea ponderală este însoțită de :

- **lipsa apetitului** în cazul neoplaziilor digestive, tuberculozei intestinale și bolilor inflamatorii intestinale sau
- **păstrarea apetitului** în cazul diabetului zaharat, hipertiroidismului și parazitozelor digestive ;

3. Alterarea stării generale apare în :

- **abdomenul acut chirurgical**: ocluzia intestinală, perforațiile digestive, pancreatita acută necrotico-hemoragică, infarctul enteromezenteric și
- **afecțiunile grave** cu prognostic sever: bolile inflamatorii intestinale și cancerul digestiv

b. Simptomele locale

1. Durerea abdominală :

Durerea abdominală reprezintă principalul simptom de debut al afecțiunilor digestive, prezintă caractere diferite pentru fiecare tip de afecțiune în parte și poate fi de:

- **natură chimic-iritativă**, produsă de iritarea nocireceptorilor viscerali care răspund la stimulii chimici (ex : perforația gastrică) sau de
- **natură mecanică**, produsă prin stimularea mecanoreceptorilor în cazul:
 - distensiei rapide a unui viscer cavităar (obstrucția intestinală)
 - contracția musculară puternică (colica biliară)
 - întinderea rapidă a seroasei sau capsulei organelor solide (congestia hepatică).

- **Cauzele durerii abdominale** sunt :

1. Afecțiuni intraabdominale

- afecțiuni ale organelor cavitare: esofag, stomac, duoden, intestin subțire și intestin gros (colon).
- afecțiuni care determină distensia capsulei organelor parenchimatoase: ficat, splină și mezenter;
- afecțiuni ale peritoneului de cauza chimică (perforația) sau infecțioasă (colecistită) ;
- afecțiuni vasculare: tromboze, embolii, anevrisme și torsiuni ale pediculilor vasculari.
- afecțiuni nervoase: epilepsie vegetativă, tabes și anxietate.

2. Afecțiuni parietale reprezentate de :

- afecțiunile tegumentului (celulită, hematoame);
- afecțiuni ale țesutului subcutanat: celulite;
- afecțiuni musculare: miozite, hematoame;
- afecțiuni ale liniei albe: hernii ale peretelui abdominal;
- afecțiuni vertebro-medulare.

3. Afecțiuni de vecinătate, care determină **durere abdominală reflectată**:

- afecțiuni intratoracice: pleurezie diafragmatică, pneumonie bazală, **infarct miocardic posteroinferior**, pericardită, nevralgii intercostale;

- b) afecțiuni intrapelvine: **sarcina extrauterină ruptă**, chist ovarian torsionat, anexite acute (sindromul Fitz-Jugh-Curtis), parametrite, prolapsul și retroversia uterină;
- c) afecțiuni vertebro-medulare: spondiloza sau spondilita anchilopoietică, arahnoiditele și tuberculoza vertebrală;

4. Afecțiuni extraabdominale reprezentate de :

- a) afecțiuni metabolice și endocrine: acidoza diabetică, porfirie, boala Addison, tetania, alergii și hiperparatiroidismul;
- b) intoxicații exogene : intoxicația cu: Pb (saturnism), ciuperci, alcool, toxine bacteriene, venin de insecte (păianjeni) ;
- c) afecțiuni neurologice: tabes (sifilis terțiar), epilepsie vegetativă;
- c) afecțiuni psihice : nevroză și psihoză depresivă.

• **Din punct de vedere etiopatogenic** deosebim 3 tipuri de durere abdominală :

1. Durerea viscerală :

- este produsă de stimularea receptorilor viscerali și are următoarele caractere:
- surdă; localizată în regiunea mediană, difuz conturată; care are caracter de cramă, arsură sau sfredelire; care nu se calmează indiferent de poziția pe care pacientul o adoptă și care se accentuează la palparea abdomenului;

2. Durerea somato-parietală:

- apare prin iritația peritoneului parietal, fiind secundară inflamației sau perforației unui viscer cavită;
- este intensă, bine localizată, care apoi se generalizează și este accentuată de respirație, mișcările trunchiului sau tuse și palparea abdomenului ;
- se însoțește de semnul Blumberg și contractură musculară abdominală ;

3. Durerea reflectată este produsă de o suferință extraabdominală care iriază în abdomen (ex : IMA posteroinferior); are următoarele caractere: este bine localizată, superficială sau profundă, neinfluențabilă de palparea abdomenului.

• **Caracterele clinice** ale durerii abdominale sunt :

- a) modul de debut ;
- b) sediul ;
- c) iradierea ;
- d) intestitatea ;
- e) caracterul afectiv al durerii ;
- f) durata ;
- g) frecvența și periodicitatea ;
- h) factorii de agravare sau ameliorare ;
- i) simptomele conexe.

a. Din punct de vedere al modului de debut deosebim :

I . Durerea abdominală acută (care a debutat de mai puțin de 24 ore) se întâlnește în:

- **Abdomenul acut chirurgical (AAC):** apendicita acută, colecistita acută, pancreatiita acută, ulcerul duodenal perforat, ocluzia intestinală, infarctul enteromezenteric (IEM), torsiunea de organe, sarcina extrauterină ruptă și diverticulita colică.

- **Abdomenul acut medical (AAM)** în care durerea îmbracă alură chirurgicală, dar care se deosebește de durerea din prima categorie de boli prin: absența contracturii abdominale și absența semnului Blumberg.

Excepție fac enterocolitele acute în care semnul Blumberg poate fi prezent și peritonitele primitive în care există doar o ușoară apărare;

Cauzele AAM sunt:

- **intraabdominale** : colica biliară, renală, salpingiană; gastrita acută, duodenita acută, enterocolita acută, pancreatita acută edematoasă, pielonefrita acută, angorul abdominal, tromboza vaselor mezenterice și portale, limfadenita mezenterică, infarctul renal și abcesul perinefritic ;

- **extraabdominale** :

- toracice (infarctul miocardic acut, pleurite, pneumonie bazală, pneumotorace spontan) ;
- vertebrale (spondilolistezis, hernia de disc lombară) ;

- **sistemică** :

- metabolice : uremia, cetoacidoză, porfirie, dislipidemia familială, intoxicația cu plumb;
- endocrine : criza addisoniană, boala Basedow, cetoacidoza diabetică, feocromocitomul, hiperparatiroidismul ;
- hematologice: leucozele acute, anemiile hemolitice autoimune, purpura vasculară Hensch-Schoenlein;
- neurologice : tabesul gastric, epilepsia abdominală.

II. Durerea abdominală cronică (abdomenul cronic dureros) descrie durerea cu o durată mai mare de 3 săptămâni. Principalele tipuri de durere cronică sunt:

- **durerea esofagiană**: situată retrosternal sau în 1/3 superioară a epigastriului, apare în timpul deglutiției, are caracter de arsură și se însoțește de: pirozis, regurgitații acide și disfagie;

- **durerea gastrică**: situată în epigastru (în 1/3 superioară pe linia mediană sau în stânga acestei linii), apare imediat după masă, cedează spontan la câteva ore după masă sau prin vărsătură, are caracter de torsiune, crampe sau arsură ;

- **durerea duodenală**: situată în epigastru (în 1/3 medie pe linia mediana sau în dreapta liniei sagitale), apare tardiv după masă (1-2 ore), este calmată de ingestia de alimente și apare nocturn (1-2 noaptea), trezind bolnavul din somn. Perioadele dureroase au o durată de 2-3 săptămâni, apar în special primăvara și toamna, iar durerea se calmează prin vărsătură. De regulă, durerea nu iradiază, iraderea apărând doar când ulcerul penetrează în pediculul hepatic (durere persistentă ce iradiază în hipocondrul drept) sau în pancreas (durere persistentă în epigastru, care iradiază dorsal în dreptul vertebrei T10, vertebra lui Boas);

- **durerea intestinală** : situată periombilical, este colicativă, apărând tardiv postprandial (4-6 ore), se însoțește de borborigme, diaree, sindrom subocluziv (sdr König), se accentuează la palparea proiecției segmentului afectat (jejun/ ileon) și se ameliorează după emisia scaunului.

- **durerea colonică**: este situată subombilical (în cadranul inferior drept – durerea cecoascendentului sau în cadranul inferior stâng - durerea colonului descendent), are caracter colicativ și se însoțește de o tulburare de tranzit (diaree sau constipație) sau

sindrom subocluziv (sdr Konig), se accentuează la palparea abdomenului și cedează după emisia scaunului ;

- **durerea biliară**: este situată în hipocondrul drept, iradiată la baza hemitoracelui drept, interscapulovertebral drept sau în umărul drept, este colicativă, apare la 10-15 minute după ingestia de alimente colecistochinetice și nu se calmează după vărsătură ;

- **durerea hepatică** : situată în hipocondrul drept, este surdă, difuză, accentuată de palparea marginii inferioare a ficatului ;

- **durerea pancreatică**: situată în epigastrul inferior, iradiată în “bară””, este intensă, continuă, însoțită de diaree cu steatoree, scădere ponderală, balonare și sindrom de maldigestie și malabsorbție;

b. Din punct de vedere al sediului durerii :

- durerea din **epigastrul superior și retrosternal** apare în afecțiuni **esofagiene** ;
- durerea din **epigastrul mijlociu** apare în afecțiuni **gastroduodenale** ;
- durerea din **epigastrul inferior** și hipocondrul stâng indică o afecțiune **pancreatică**;
- durerea din **hipocondrul drept** indică afecțiuni hepatobiliare sau afecțiuni ale unghiului drept al colonului ;
- durerea din **hipocondrul stâng** arată afecțiuni gastrice, pancreatice sau afecțiuni ale unghiului stâng al colonului ;
- durerea din **fosa iliacă dreaptă** apare în afecțiuni apendiculare, ileocecale, anxiale și ureterale ;
- durerea din **fosa iliacă stângă** orientează spre afecțiuni sigmoidiene, colice, anxiale și ureterale ;
- durerea **paraombilicală** apare în afecțiuni intestinale acute sau cronice ;
- durerea din **hipogastru** indică afecțiuni rectosigmoidiene, vezicale și uterine ;

c. Din punct de vedere al iradierii durerii, deosebim iradierea în :

- hipocondrul drept : în ulcerul duodenal, afecțiunile colonului drept și apendicita cu apendice situat retrocecal ;
- posterioară (D10) : ulcerul duodenal penetrant în pancreas;
- umărul drept : afecțiuni biliare ;
- umărul stâng : afecțiuni pancreatice și anxiale ;

d. Din punct de vedere al caracterului afectiv (modului de percepere al durerii) deosebim :

- **senzație de greutate** în epigastru este senzația de plenitudine gastrică sau de evacuare incompletă a stomacului ;
- **senzația de arsură** epigastrică este senzația declanșată de hipersecreție gastrică acidă sau creșterea tensiunii intragastrice sau spasmul piloric, durere care se însoțește de pirozis, regurgitații acide și sialoree ;

- **colica abdominală** este senzația de torsiune sau spasm sau contracție, dată de afecțiunile organelor cavitare intraperitoneale ;
 - **durerea acută transfixiantă**, asemănătoare «loviturii de pumnal », este o durere bruscă, severă, de scurtă durată, inițial localizată într-un punct de intensitate maximă, care ulterior difuzează în tot abdomenul și este caracteristică « perforației organelor cavitare ».
- e. Din punct de vedere al **duratei durerii**, există durere :
- **intermitentă**: legată de ingestia de alimente sau neinfluentată de ingestia de alimente ;
 - **continuă** : neînsoțită de modificări funcționale (durerea psihogenă) sau însoțită de modificări funcționale (ulcer penetrant, colecistita acută, cancer digestiv).
- f. Din punct de vedere al **circumstanțelor de apariție** :
- durerea declanșată de deglutiție apare în afecțiuni esofagiene;
 - durerea declanșată de ingestia de alimente indică afecțiuni gastro-duodenale, biliare sau intestinale;
 - durerea declanșată de defecație apare în afecțiuni rectosigmoidiene ;
- g. Din punct de vedere al **factorilor agravanți** :
- durerea accentuată de alcool, murături, tocături, băuturi carbogazoase : afecțiuni ulceroase;
 - durerea accentuată de ouă, grăsimi, ciocolată, cafea, frișcă indică afecțiuni biliare ;
 - durerea accentuată de antiinflamatoare nesteroidiene indică o boală ulceroasă.
- h. Din punct de vedere al **circumstanțelor de ameliorare** :
- alcalinele, laptele, vărsătura : ameliorează durerea ulceroasă;
 - antispasticele, miofilinul și nitroderivații : ameliorează durerea biliară;
 - antispasticele, căldura locală, defecația : ameliorează durerea intestinală.
- i. **Manifestările de însoțire** :
- disfagia și sialoree orientează spre **afecțiuni esofagiene** ;
 - pirozismul și regurgitațiile acide indică **afecțiuni gastroduodenale** ;
 - tulburările de tranzit sau sindromul subocluziv sau barborismele apar **afecțiuni intestinale** ;
 - tulburările de tranzit, modificarea aspectului scaunului apar în **afecțiuni colice**;
 - gustul amar matinal, greața, balonarea, migrena indică **afecțiuni biliare**;
 - balonarea, tulburările de tranzit, diareea cu steatoree apar în **afecțiuni pancreatice**.

2. Tulburările apetitului

a) Inapetența

Inapetența reprezintă lipsa sau diminuarea dorinței de a mânca.

Trebuie **diferențiată** de :

- Sațietatea precoce, care apare la pacienții care au o capacitate redusă a stomacului (rezeckii gastrice, neoplasm infiltrativ) sau o stază duodenală (care se satură după primele linguri de supă) ;
- Sیتofobie, care definește teama bolnavului de a se alimenta din cauza unui simptom neplăcut declanșat de actul alimentației :
 - durerea din ulcerul gastric ;
 - vărsătura din stenoza pilorică ;
 - durerea după ingestia de ouă (pacient cu afecțiuni biliare) sau vegetale și lactate (pacient cu afecțiuni intestinale) .

Cauze

- **Digestive:** - gastrite, ulcer gastric, cancer gastric ;
 - afecțiuni hepatobiliare ;
 - afecțiuni pancreatice: pancreatite cronice, cancer pancreatic.
- **Extradigestive:** - boli infecțioase acute sau cronice ;
 - boli neoplazice ;
 - boli hematologice : anemii, hemopatii maligne ;
 - intoxicații exogene : medicamentoase, fumatul excesiv și alcoolismul cronic ;
 - boli metabolice și endocrine ;
 - boli organice ajunse în stadiul de insuficiență: respiratorie, cardiovasculară, hepatică și renală.
- **Psihice:** -boli neuropsihice: tumori, stări emoționale și psihoze (anorexie gastrică).

Forme clinice

- **inapetența** reprezintă diminuarea sau absența apetitului ;
- **anorexia** definește absența senzației de foamei ;
- **inapetența selectivă** definește inapetența pentru anumite alimente (carne, grăsimi).

b) Hiperorexia sau polifagia :

Polifagia reprezintă creșterea apetitului alimentar însoțită de ingestia de alimente.

Cauze

- fiziologice: convalescența bolilor infecțioase, efort fizic și sarcina ;
- digestive: ulcer duodenal, rezeckie gastroduodenală și parazitoze digestive ;
- ex-digestive: diabetul zaharat și hipertiroidismul ;
- neuropsihice: leziuni hipotalamice și afecțiuni psihice (bulimie).

Forme clinice

- hiperorexia: creșterea apetitului sub aspect fiziologic (frig, sarcină, emoții);
- polifagia: creșterea apetitului sub aspect patologic (diabet, hipertiroidism, parazitoze);
- bulimia: creșterea necontrolată a apetitului ;

c) Parorexia :

Parorexia reprezintă pervertirea apetitului alimentar, însoțită de ingestia unor produse nealimentare.

Cauze

- boli psihice ;
- anemia feriprivă ;
- sarcina;

Forme clinice :

- malacia definește ingestia crescută de alimente acide ;
- pica: ingestia de var, pământ (geofagia), cărămidă, var, cretă, ingestia de gheață (agofagia) ;
- alotriofagia: ingestia de alimente dezgustătoare.

3. Greața

Definiție

Este senzația subiectivă neplăcută de dezgust, descrisă cel mai adesea de pacienți ca o senzație de gol epigatric sau de stricture la baza gâtului, care se însoțește de hiposalivație, transpirație, hipotensiune cu tendință la lipotomie, bradicardie și paloare, manifestări explicate prin stimularea nucleului bulbar al vagului.

Cauze

- **fiziologice:** sarcina, fumatul, alcoolul și stressul
- **reflexe:**
 - organe digestive : gastrita cronică, cancer gastric, hepatite acute, afecțiuni biliare ;
 - ex-digestive : colica renală, sarcina extrauterină, IMA ;
 - analizatori : olfactivi, gustativi, urechii interne.
- **umorale :**
 - intoxicațiile cu emetină, medicamente ;
 - endogene: uremia, cetoacidoză, septicemia .
- neuropsihice:** - emoții, anxietate, psihoze.

Forme clinice

- greața simplă, izolată: sarcină, afecțiuni gastrice, afecțiuni hepatobiliare, uremie, anxietate.
- greața care precede vărsătura (vezi cauzele vărsăturilor).

4. Vărsătura

Vărsătura reprezintă expulzia bruscă (neșteptată) a conținutului gastric, datorită contracției concomitente a musculaturii abdominale, diafragmei și pilorului, concomitent cu relaxarea cardiei. În vărsăturile care au conținut intestinal se produce și relaxarea pilorului.

Cauze

- **neurologice** care produc vărsăturile de "tip central", brutale, în jet, multiple, neînsoțite de greață; apar : traumatismele cranio-cerebrale (TCC), meningoencefalite, abcesul cerebral, hematomul, tromboza vaselor cerebrale și tumorile cerebrale.
- **reflexe**, în care stimulul declanșator acționează la nivelul:
 - *tubului digestiv* : gastrita acută, enterocolita acută, apendicita acută, colecistita acută, pancreatita acută, hepatita acută, stenoza pilorică ;
 - *peritoneul* : peritonita acută, ocluziile intestinale ;
 - *spațiul retroperitoneal*: colica renală, glomerulonefrita acută, pielonefrita acută, insuficiența renală;

- *la nivelul toracelui* : infarctul miocardic acut postero-inferior, insuficiența cardiacă congestivă (staza mezenterică și medicația tonicardiacă).
- *la nivelul analizatorilor* : vertij, otite și glaucom.
- **umorale** : în care stimulul umoral care acționează la nivelul centrului bulbar al văomei poate fi :
 - *exogen*: alcool, barbiturice, ciuperci, digitală, opiacee, xantine, antibiotice, anticoncepționale sau infecții (virale, bacteriene și fungice) ;
 - *endogen* : uremia, cetoacidoza, boala Addison, boala Basedow, hipo/hiperparatiroidismul.
- **psihice** : emoții, stres, nevroze sau psihoze.

Caracterele clinice ale vărsăturilor :

- **orarul** (circumstanțele de apariție) :
 - vărsătura matinală care conține secreții sau mucus apare în: sarcină, gastrita alcoolică, cancerul gastric și uremie;
 - vărsătura în timpul meselor: isterie ;
 - vărsătura postprandială precoce: ulcerul gastric ;
 - vărsătura postprandială tardivă : ulcerul duodenal, stenoza pilorică ;
 - vărsătura provocată pentru calmarea durerii: gastrită, ulcer, cancer gastric ;
 - vărsătura ciclică însoțită de hemicranie: migrenă ;
 - vărsătura neprecedată de greață (vărsătură centrală): sindromul de hipertensiune intracraniană din tumorile cerebrale, TCC, AVC.
- **frecvența** :
- este izolată (2-3 pe zi) influențată de:
 - masă : care arată o patologie digestivă ;
 - poziție : care arată un vertij.
- incoercibile (10-30 pe zi): peritonită, uremie și meningită.

Conținutul vărsăturii : poate oferi informații pentru patologia care o generează :

- **vărsături lichidiene** cu secreții gastrice normale, au aspectul unui lichid: albicios, opalescent, filant, cu miros acid și gust acru. Absența secreției gastrice denotă anaclohidria din gastrita atrofică.
 - vărsături cu suc gastric nocturn sau matinală din ulcerul duodenal.
 - vărsături cu mucus din sarcină ;
- **vărsături biliase** de culoare galbenă sunt întâlnite în afecțiunile biliare, gastrita de reflux biliogastric.
- **vărsături alimentare** pot conține resturi alimentare :
 - nedigerate (vărsături postprandiale precoce): ulcer gastroduodenal ;
 - digerate (vărsături postprandiale tardive): stenoza pilorică.
- **vărsături fecaloide** : care au conținut intestinal, fetid, de culoare maronie, se întâlnesc în: ocluzia intestinală și fistule gastrocolice.
- **vărsături cu puroi**: se întâlnesc în gastrite flegmonoase, abces pancreatic deschis în stomac;

- **vărsături cu paraziti** : lambliaza, teniaza ;
- **vărsături cu sânge**, cu aspect de «zaț de cafea» se întâlnește în hemoragiile digestive superioare (HDS), care definesc sângerările produse superior de unghiul lui Treitz). Sângele poate fi :

- proaspăt, neaerat: sindromul Mallory Weiss, varice esofagiene rupte ;
- negricios, aspectul « zațului de cafea » în sângerările gastroduodenale.

Raportul vărsătură - durere

- durerea calmată de vărsături : în afecțiuni gastroduodenale (gastrita cronică, ulcer duodenal).
- durere care persistă după vărsătură: afecțiune biliopancreatică, renoureterală, gastrită acută.

5. Sângerările digestive

a. Hematemeza

Hematemeza definește eliminarea pe gură, prin vărsătură, de sânge, provenind din tubul digestiv superior (până la unghiul Treitz).

Trebuie **diferențiată** de :

1. Hemoptizie care definește eliminarea de sânge aerat din arborele bronșic, prin tuse ;
2. Epistaxisul posterior reprezintă eliminarea pe gură de sânge care provine din fosele nazale, care apare în special la hipertensivi (în cursul nopții).
3. Stomatoragia (gingivoragia) definește eliminarea pe gură, fără efort de vărsătură, a sângelui care provine din cavitatea bucală.

Caracterele clinice ale hematemezei sunt :

- **aspectul sângelui** :
 - sânge roșu-închis, neaerat, uneori cu cheaguri = origine esofagiană ;
 - sânge negricios, cu aspect de zaț de cafea = origine gastroduodenală.
- **cantitatea de sânge pierdută** poate fi sugerată de către pacient (care de regulă supraevaluează cantitatea de sânge pierdută) sau de starea hemodinamică a pacientului :
 - *hemoragie mică (200-500 ml)* este asimptomatică, repetarea ei putând duce la anemie feriprivă.
 - *hemoragie medie (500-1000 ml)* se manifestă prin amețală la ridicare în ortostatism, tahicardie și hipotensiune arterială la ridicarea în ortostatism ;
 - *hemoragie mare (1000-1500 ml)* manifestată prin : amețală, dispnee, paloare, tahicardie și hipotensiune cu tendință la colaps în clinostatism.

Manifestări conexe :

- melena : scaun negru-lucios, cu miros de motorină;
- sindromul anemic (anemie feriprivă) : în hematemezele mici, repetitive, netratate.

Cauzele

- esofagiene: varicele esofagiene rupte, esofagite erozive, sindromul Mallory Weiss, tumori esofagiene, diverticuli esofagieni ;
- gastrice: gastrita erozivă, ulcer gastric, cancer gastric ;

- duodenale : ulcerul duodenal, duodenita erozivă, polipoza duodenală .
- sistemice : purpura vasculare, purpura trombocitopenică, hemofilie, coagulopatii.

Forme clinice

- hemoragia din ulcerul gastric sau duodenal se manifestă sub formă de sânge proaspăt sau digerat, care apare în perioada dureroasă a ulcerului, durerea cedând odată cu apariția sângerării ;
- hemoragia din cancerul gastric: sunt sângerări mici, frecvente, repetate, cu aspect de «zaț de cafea » ;
- hemoragia din fistula vasculară este : unică, masivă, cu sânge roșu și se însoțește de colaps și șoc hemoragic.

b. Melena reprezintă eliminarea unui scaun negru “ca păcura”, moale, lucios, uneori fluid, determinat de sângele digerat, provenit dintr-o hemoragie digestivă superioară.

Pentru a se produce melena, este necesară o sângerare de minimum 80 ml de sânge, care să stagneze cel puțin 8 ore în tractul digestiv.

Cauzele de producere ale melenei pot fi :

- esofagiene: varicele esofagiene rupte, esofagite erozive, sindromul Mallory Weiss, tumori esofagiene, diverticuli esofagieni ;
- gastrice: gastrita erozivă, ulcer gastric, cancer gastric ;
- duodenale : ulcerul duodenal, duodenita erozivă, polipoza duodenală;
- intestinale: febra tifoidă, infarctul mezenteric, tumorile colice, tuberculoza intestinală, polipoza și diverticuloza colică;
- sistemice: uremia, purpura vasculară, trombocitopeniile, coagulopatiile.

În funcție de etiologia și cantitatea de sânge pierdută, apariția melenei poate fi însoțită de **semnele generale** ale:

- hipovolemiei,
- anemiei acute,
- stării de șoc și
- stării febrile sau subfebrile.

Diagnosticul diferențial al melenei se face în cazul:

- consumului de afine, sfeclă roșie, mure, spanac,
- administrării de medicamente: săruri de bismut, preparate de fier,
- eliminării de sânge în scaun, ca în rectocolita ulcerosă și cancerul rectal.

c. Hematochezia reprezintă eliminarea de sânge prin rect, provenit dintr-o sângerare intestinală. Sângele poate fi roșu sau maron, cu sau fără cheaguri, simplu sau amestecat cu materii fecale sau diaree sanghinolentă.

Cauzele hemoragiilor digestive inferioare pot fi tumorale (ex. carcinoame, polipi), boli inflamatorii intestinale (ex. colite ulcerative), infecțioase sau parazitare (ex. shigella, amebioza), vasculare (ex. telangiectazia hemoragică ereditară), ischemice (ex. infarctul enteromezenteric), anorectale (ex. boala hemoroidală) sau diverticuloza.

Semnele hipovolemiei depind de cantitatea și viteza cu care s-a produs sângerarea, începând cu amețeli până la lipotimie, transpirații, tahicardie și prăbușirea tensiunii arteriale, cu șoc hipovolemic.

d. Sângerările oculte, mici și repetate, conduc la apariția **anemiei feriprive**.

Una din cele mai frecvente cauze de sângerare ocultă gastrointestinală este după folosirea prelungită a antiinflamatoarelor nesteroidiene. Sângerările oculte produc herniile hiatale, neoplasmale digestive, polipoza și adesea bolile inflamatorii intestinale și anomaliile vasculare.

Acești bolnavi se prezintă de obicei cu manifestările anemiei feriprive, la care trebuie descoperită sursa de sângerare, la dispoziție având explorarea endoscopică.

Pentru depistarea hemoragiilor oculte în scaun se folosesc cel mai frecvent bandelele care dau o reacție de culoare în prezența hemului. Pentru ca proba să fie corectă se exclud din alimentație cu 72 ore înainte carnea și anumite legume (conopidă, ridichi, hrean) care pot da o reacție falsă de tip peroxidazic.

5. Disfagia

Reprezintă senzația de dificultate sau de obstacol la trecerea alimentelor prin esofag, resimțită de bolnav la nivelul orofaringelui (disfagie de tip superior) sau retrosternal (disfagie de tip mijlociu sau inferior)

Cauze

1. organice : esofagita peptică, stenoze esofagiane postcaustice, cancer esofagian, compresii extrinseci (anevrism aortic, stenoză mitrală) ;
2. funcționale: anemie feriprivă, achalazie, spasme esofagiene difuze, sclerodermie, afecțiuni neurologice (AVC, insuficiență circulatorie cerebrală cronică).

Caracterele clinice

1.Sediul disfagiei, permite deosebirea a 3 tipuri de disfagie:

- disfagie proximală, resimțită la nivelul joncțiunii faringoesofagiene: anemia feriprivă, diverticul Zenker, tireomegalie, adenopatie, afecțiuni neurologice ;
- disfagie mijlocie, resimțită retrosternal în 1/3 medie, o întâlnim în: cancerul esofagian, anevrismul aortic, dilatația atrială stângă;
- disfagie inferioară, resimțită în 1/3 inferioară a esofagului este determinată de: esofagita peptică, stenoza esofagiană, inel Schatzki, cancer esofagian.

2. Evoluția disfagiei, permite deosebirea a 2 tipuri de disfagie :

- disfagie progresivă, inițial pentru solide, apoi pentru semilichide și în final pentru lichide, indică o cauză organică a disfagiei;
- disfagie intermitentă, capricioasă, care se manifestă, atât pentru solide, cât și pentru lichide, indicând o cauză funcțională a disfagiei.

3. Tipul de alimente pentru care se manifestă disfagia, permite deosebirea unei :

- disfagie pentru solide, care de regulă indică o cauză organică ;
- disfagie pentru lichide, care de regulă indică o cauză funcțională.

4.Gradul disfagiei, permite deosebirea :

- disfagiei incomplete, care se manifestă doar pentru alimentele solide.
- disfagiei complete, care se manifestă pentru alimentele solide și lichide.

5.Manifestări de însoțire :

- durerea esofagiană indică : esofagita peptică sau caustică, cancerul esofagian ;
- pirozisul: indică un reflux gastro-esofagian sau hernia hiatală;
- regurgitații acide: reîntoarcerea în gură a unei mici cantități de suc gastric, indică un reflux gastro-esofagian ;

- manifestările respiratorii (tuse, dispnee, wheezing nocturn) indică o boală de reflux gastro-esofagian

6. Pirozisul

Reprezintă senzația de arsură retrosternală cu punct de plecare epigastic, care iradiază ascendent și care apare secundar incontinenței sfincterului esofagian inferior (SEI) care va antrena un reflux gastroesofagian (RGE).

Cauze

1. esofagiene: boala de reflux gastroesofagian (BRGE), hernai hiatală (HH), esofagita peptică (EP) ;
2. gastroduodenale: gastrita acută / cronică, ulcerul duodenal ;
3. funcționale: ingestia de alcool, dulciuri, băuturi carbogazoase și aerogastria.

Clinic

1. circumstanțele de apariție: nocturn, după ingestia de alcool, dulciuri sau la anteflexia toracelui.
2. manifestări de însoțire: regurgitații acide, eructațiile, disfagia și odinofagia (durerea la deglutiție).

7. Regurgitația

Regurgitația reprezintă reântoarcerea conținutului alimentar esofagian sau gastric în gură, fără efort de vomă sau senzație de greață, ca urmare a mișcărilor antiperistaltice « reflectate » de un obstacol mecanic sau funcțional.

Cauze

1. esofagiene : HH, diverticuli esofagieni, dilatațiile esofagiene suprastenotice ;
2. gastrice : gastrite, ulcer gastric sau duodenal, stenoza pilorică.

Caracterele clinice

a. momentul regurgitației în raport cu deglutiția :

- precoce, când există un obstacol esofagian superior ;
- tardiv, când există un obstacol esofagian inferior.

b. gustul conținutului regurgitat :

- acru : regurgitațiile acide indică o patologie gastro-duodenală care evoluează cu hiperaciditate gastrică ;
- amar : regurgitațiile alcaline indică o patologie de reflux duodeno-gastric.

c. Conținutul

- alimentar : regurgitații esofagiene ;
- suc gastric amestecat cu alimente : regurgitații gastrice.

8. Tulburările de tranzit

a. Constipația

Constipația reprezintă evacuarea la intervale mari de timp (2-3 zile) a unor materii fecale dure, deshidratate, cu volum redus, efectuată incomplet sau cu efort excesiv, datorită încetinirii tranzitului intestinal sau unor tulburări ale evacuării materiilor fecale. În populația generală, frecvența scaunelor variază în limite largi, de la 3 la 12 pe săptămână. Cantitatea materiilor fecale evacuate zilnic variază în funcție de factorii geografici și natura regimului alimentar și este cuprinsă între 50-300 g zilnic.

Din punct de vedere clinic, constipația poate apărea ca un sindrom de sine stătător (constipație habituală) sau ca un epifenomen, în cadrul unor afecțiuni (constipație secundară).

Cauzele constipației habituale sunt: sedentarismul, greșelile dietetice, dieta săracă în fibre vegetale, consumul redus de lichide, renunțarea la masa de dimineață, abuzul alimentar la culcare, stăpânirea excesivă a actului defecației și unele medicamente (antiinflamatoare nesteroidiene, alcaline, suplimente de calciu și fier, anticolinergice, calciu blocante, diuretice, narcotice, psihotice).

Cauzele constipației secundare se pot grupa în:

Cauze generale:

- cauze neurogene: boala Parkinson, scleroza multiplă, tumori și traumatisme medulare, tabesul, sindromul în coadă de cal, boala Hirschsprung, neuropatii autonome (diabetul și tabesul);

- cauze miogene: porfirie, intoxicația cu plumb, hipotiroidismul, hipercalcemia, hiperparatiroidia, hipopotasemia, abuzul de laxative, malnutriția severă;

- cauze toxice: saturnismul, abuzul de morfină și laxative.

Cauze locale:

- anomalii anatomice sau de poziție ale colonului: ptoza și megadolicocolonul;

- factorii mecanici care reduc progresiunea bolului fecal: hernii, eventrații postoperatorii, aderențe, afecțiuni inflamatorii intestinale, ischemia cronică a peretelui intestinal, volvulus, neoplasm;

- compresiuni extrinseci: procese tumorale extradigestive;

- cauze reflexe: ulcer duodenal, hipotonia vezicii biliare, colica biliară și ureterală, apendicita, colecistita, prostatita;

- cauze anorectale: hemoroizi și tromboze hemoroidale, abcese perianale, fisuri anale, rectite, prolaps rectal.

Din punct de vedere al **modului de apariție**, deosebim **constipația acută și cronică**.

Constipația acută sugerează de regulă o cauză organică (ocluzie intestinală) sau funcțională (ileus dinamic secundar unor afecțiuni acute intraabdominale: diverticulită, colecistită, peritonită), afecțiuni traumatice (traumatisme craniene, medulare), anestezie generală. Debutul acut al constipației la pacienții imobilizați la pat este frecvent întâlnit. În cazul apariției recente a constipației trebuie detaliată anamneza cu privire la aportul de medicamente (antiacide, produși cu bismut, săruri de fier, colestiramină, opiacee, anticolinergice, tranchilizante, sedative).

Constipația cronică este foarte frecventă la persoanele sedentare, cu dietă săracă în fibre vegetale, care utilizează medicamente ce încetinesc tranzitul intestinal, la bătrâni din cauza scăderii reflexelor colonice. Când constipația se instalează insidios sau apare intermitent cu frecvență și gravitate crescândă, trebuie suspectate tumorile colonului sau alte cauze intestinale de ocluzie parțială. Reducerea volumului scaunelor sugerează o obstrucție la nivelul colonului distal. Anomaliile anorectale (tromboză hemoroidală, fisură anală, abces perirectal) care produc durere și sângerare trebuie depistate și tratate ca atare, deoarece pot constitui cauze ale constipației. Constipația cronică poate apărea ca și epifenomen în cazul unor afecțiuni sistemice (infecții cronice, hipotiroidism, uremie sau porfirie) sau mai frecvent în cazul unor tulburări neurogene locale (colon iritabil, boala Hirschsprung). Anumite afecțiuni neurologice (b. Parkinson, paraplegie, scleroză

multiplă, tumorile medulare) sunt cauze extraintestinale, iar factorii psihogeni (depresia, anxietatea) sunt foarte frecvent implicați în apariția constipației cronice.

Manifestările asociate constipației pot fi clasificate în:

Locale:

- abdominale: balonare, disconfort epigastric, eructații, regurgitații, pirozis, inapetență, gust neplăcut, limbă saburală;

- rectale: senzație de presiune sau umplere penibilă a regiunii rectale, tenesme, rectoragii sau evacuări gleroase.

Reflexe: durere la nivelul regiunii sacrate, articulațiilor coxo-femorale, feselor și coapselor, cefalee, vertij, palpitații, simptome care dispar imediat după defecație.

Sistemic: anorexie, astenie fizică, slăbiciune musculară, cefalee.

b. Diareea

Diareea definește eliminarea frecventă de materii fecale de consistență moale și volum crescut (peste 300 g pe 24 de ore).

Cauzele diareei sunt multiple și pot fi grupate în cauze: infecțioase, toxice, medicamentoase, postchirurgicale, inflamatorii, neoplazice, legate de tranzit și psihologice.

Aceste cauze pot produce diareea prin unul sau combinația a 2-3 din următoarele mecanisme patogenice:

- prezența în lumenul intestinal a unor substanțe osmotice active, hidrosolubile (lactuloză, sorbitol, antiacide, laxative), ce produc diareea osmotică;

- creșterea secreției intestinale de apă și electroliți cauzată de prezența în intestin a unor substanțe care stimulează secreția intestinală; secretagogii pot fi toxine bacteriene, virusuri enteropatice, grăsimi alimentare neabsorbite, acizi biliari, medicamente ca laxativele, purgativele, prostaglandinele precum și hormoni peptidici cum ar fi peptidul intestinal vasoactiv produs de tumorile pancreatice; astfel se produce diareea secretorie;

- creșterea permeabilității mucoasei intestinale datorită unor afecțiuni intestinale inflamatorii (boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragică), producând diareea exudativă;

- motilitate intestinală anormală prin existența unor afecțiuni sistemice sau secundară unor intervenții chirurgicale, poate avea ca rezultat diareea datorată tranzitului intestinal accelerat sau stazei intestinale cu suprapopulare bacteriană și malabsorbție (diareea prin timp de absorbție rapid sau diareea motorie).

În funcție de durată, sindromul diareic poate fi **acut sau cronic**.

Diareea cu debut acut și care persistă mai puțin de 3 săptămâni este cel mai adesea cauzată de: agenți infecțioși, toxine bacteriene, medicamente.

În funcție de implicarea sau neimplicarea mecanismului de exudație deosebit diareea acută neinflamatorie și diareea acută inflamatorie.

Diareea neinflamatorie este apoasă, nesangvinolentă, asociată cu crampe periombilicale, meteorism, greață și vărsături, sugerând o enterită acută a intestinului subțire, cauzată fie de o bacterie producătoare de toxine (Stafilococcus aureus, E.coli enterotoxigen, Bacillus cereus, Clostridium perfringens), fie de un agent care alterează procesul de absorbție și secreție din intestinul subțire. Apariția precoce a simptomatologiei (aproximativ 6-8 ore), cu predominanța vărsăturilor, sugerează enterita virală sau toxiinfecția alimentară cu Stafilococcus aureus. De regulă diareea este ușoară, dar poate fi și severă și poate avea ca rezultat: deshidratare, hipopotasemie și acidoză

metabolică (ex. holera). Deoarece nu are loc invadare tisulară, lipsesc leucocitele din scaun.

Diareea inflamatorie. Prezența febrei și a diareei sangvinolente (dizenterie) indică suferința colonului cauzată de invadare (shigeloză, salmonelloză, infecție cu *Campylobacter* sau *Yersinia*, amibioză) sau toxică (*C. Difficile*, *E. Coli* 0157:H7). Deoarece aceste microorganisme afectează predominant colonul, diareea este redusă cantitativ și se asociază cu crampe localizate în cadranul inferior stâng, senzație de defecație imperioasă și tenesme rectale. Leucocitel fecale sunt prezente în infecțiile cu microorganisme invazive (shigella, salmonella, campylobacter, *E. Coli* enteroinvazivă). Tabloul clinic al acestei infecții bacteriene include: febră mare, peste 36,5°C, durere abdominală, diaree sangvinolentă care nu cedează după 4-5 zile de dietă și sindrom de deshidratare (sete excesivă, gură uscată, polipnee, astenie, oligurie, letargie).

Diareea cronică reprezintă emisia de scaune prea lichide, cu peste 80% apă și prea abundente (peste 300g zilnic), pe o perioadă mai mare de 3 săptămâni.

Cauzele diareei cronice pot fi grupate în:

- cauze extradiigestive: neurogene (diareea psihogenă, diareea tabetică), endocrine (hipertiroidism, hipoparatiroidism, Boala Addison, diabet zaharat, sindrom Zollinger-Ellison, sindrom Verner-Morrison), cardiace (insuficiența cardiacă congestivă, ischemie miocardică), renale (uremie);

- cauze digestive: extraintestinale (gastrogene: aclorhidrie, gastectomie), pancreatogene (pancreatita cronică), biliogene (dischinezie biliară, sindrom postcolecistectomie) și intestinale cu etiologie cunoscută (infecțioase, toxice, medicamentoase, prin iradiere, carențiale, tumorale, alergice, disenzimatic) sau etiologie necunoscută (boala Crohn, rectocolita ulceroasă).

9. Meteorismul abdominal

În mod normal conținutul gazos al intestinului provine din trei surse: aerul înghițit, producția intraluminală și difuziunea din sânge. În intestin se află de obicei 200 ml gaze, prin rect eliminându-se N₂, O₂, CO₂, H₂, CH₄ (metan). Sursa majoră este reprezentată de aerul înghițit, în lumen producându-se CO₂, H₂ și CH₄. Dacă pentru H₂ și CH₄ sensul difuziunii este din lumen spre sânge, pentru CO₂, N₂ și O₂ acesta este variabil. Creșterea conținutului gazos al intestinului poartă numele de meteorism, care adesea se însoțește de eliminări exagerate de gaze prin anus (flatulență).

Subiectiv, în afara senzației de balonare abdominală, apar zgomote hidroaerice și dureri abdominale permanente sau colicative. Dacă distensia gazoasă este mare, cu ascensionarea subdiafragmatică a flexurilor hepatice și splenice ale colonului, se adaugă și dificultăți respiratorii.

Un meteorism abdominal **instalat brusc**, cu sistarea tranzitului intestinal fecal și gazos, pune problema ocluziei intestinale.

În hipertensiunea portală meteorismul persistent anunță apariția ascitei datorită stazei în teritoriul mezenteric. Staza venoasă din insuficiența cardiacă dreaptă determină distensia gazoasă intestinală, fenomen observat și la unii bolnavi cu ateroscleroză mezenterică.

Cele mai frecvente cazuri sunt datorate dismicrobismului intestinal, cu exces al florei fermentative și sindromului de intestin iritabil. Meteorismul abdominal ocazional este determinat de o alimentație bogată în celulozice sau o dietă lactovegetariană.

Examenul obiectiv al aparatului digestiv

A. Inspectia generală va evidenția :

1. Tipul constituțional :

- pacienți brevilin- stenici predispuși la afecțiuni biliare (litiaza biliară) ;
- pacienți longilin-astenici predispuși la boală ulceroasă;

2. Starea de nutriție :

-obezitatea predispune la: afecțiuni biliare (litiaza biliară) și este întâlnită în ulcerul duodenal ;

-slăbirea se întâlnește în: ulcerul gastric, rezecția gastrică, sindromul de maldigestie malabsorbție (SMM) și stenoza pilorică;

3. Poziția în pat poate fi elocventă pentru anumite afecțiuni :

- „ghemuit” cu pumnul în epigastru: ulcerul duodenal ;
- „șezut” sau s. „scaunului”: cancerul pancreatic
- decubit dorsal cu membrele inferioare flectate:
 apendicită acută, colecistită acută;
- ”genopectoral”: diverticulul duodenal (DIII)

4. Facies :

- hipocratic: palid teros, cu ochii încercânați, nas efilat, pomeți proeminenți, reducerea bulii lui Bichat, buze uscate, limbă prăjită : abdomenul acut chirurgical (AAC), neoplasme digestive, rectocolită ulceroasă sau boală Chron;
- hepatic: icteric, cu buze carminate, angioame stelate: ciroza hepatică;

5.Tegumente:

1. Culoarea:

- palidă poate sugera o HDS (pacient palid, transpirat, cu sete, AV crescută, TA scăzută, oligurie)
- palid-gălbui, ceroase la un pacient cu inapetență selectivă, cu sațietate precoce, durere apigastică, tulburare de mers și echilibru, poate sugera o anemie Biermer ;
- icterice : obligă la cercetarea cauzelor sindromului icteric;

2. Leziunile elementare întâlnite la pacienții cu simptome digestive sunt:

- vergeturile violacee la un pacient obez, hipertensiv, cu suferință ulceroasă, orientează spre un sindrom Cushing ;
- hiperpigmentarea liniei albe la un pacient slab, astenic, adinamic, hipotensiv indică o boală Addison ;
- hiperpigmentare generalizată cu pete hiperchrome periorofaciale, asociate cu chisturi sebacee sau dermoide, alopecie, atrofie unghială indică polipoză intestinală;
- echimoze multiple, prurit, angioame= ciroză hepatică.

3. Modificarile fanerelor trebuie căutate, cunoscut fiind faptul că :

- koilonichia apare în anemia feriprivă, care se poate asocia cu: ulcerele gastrice și duodenale, gastrita erozivă, cancerul gastric și colic;
- leuconichia apare în ciroza hepatică;
- hipocratismul digital: ciroza biliară primitivă și polipozele intestinale ;

- alopecia si hipotrofia unghială: polipozele intestinale.

B. Examenul propriu-zis al aparatului digestiv

Presupune :

I. Examenul cavității bucale ;

II. Examenul deglutiției ;

III. Examenul abdomenului.

Întrucât examenul cavității bucale si deglutiției fac obiectul altui curs, vom discuta doar examenul local al abdomenului, care presupune: inspecția, auscultația, percuția si palparea abdomenului.

Pentru a localiza durerea și semnele constatate la examenul obiectiv, abdomenul este împărțit clasic în 9 **zone topografice**, prin patru linii, două orizontale și două verticale. Linia orizontală superioară trece prin extremitatea distală a rebordurilor costale (extremitatea distală a coastelor X), iar linia orizontală inferioară trece prin spinele iliace anterosuperioare. Cele două linii verticale sunt ridicate de la jumătatea distanței dintre spina iliacă anterosuperioară și pube și împreună cu cele două linii orizontale permit împărțirea peretelui abdominal anterior în nouă zone topografice: epigastru, hipocondrul drept și stâng, mezogastru, flancul drept și stâng, hipogastru, fosa iliacă dreaptă și stângă.

Proiecția viscerelor abdominale pe cele 9 zone topografice este:

hipocondrul drept conține: lobul drept hepatic, vezicula biliară, unghiul drept al colonului, suprarenala dreaptă și polul inferior al rinichiului drept;

epigastru conține: lobul stâng al ficatului, cea mai mare parte din stomac, pilorul, prima porțiune a duodenului, colonul transvers, epiplonul gastrohepatic, capul și corul pancreasului, trunchiul celiac, plexul solar, aorta și vena cavă inferioară;

hipocondrul stâng conține: lobul stâng hepatic, fornixul gastric, splina, unghiul stâng al colonului, coada pancreasului, polul inferior al rinichiului stâng;

mezogastru conține: marele epiplon, colonul transvers, porțiunile I și III ale duodenului, ansele intestinale, mezenterul, aorta abdominală, cava inferioară, ganglionii mezenterici;

flancul drept conține: colonul ascendent, ansele jejunale și ileale, mezenterul, porțiunea a III-a a duodenului, rinichiul drept (în cazul ptozei renale) și ureterul drept;

flancul stâng conține: colonul descendent, ansele intestinale, mezenterul, rinichiul stâng (în cazul ptozei renale) și ureterul stâng;

hipogastru conține: marele epiplon, ansele intestinale, sigmoidul, vezica urinară și uterul;

fosa iliacă dreaptă conține: cecul, apendicele, ultima ansă ileală, ovarul și trompa uterină dreaptă, ureterul drept, artera iliacă dreaptă, ganglionii inghinali superficiali și iliaci profunzi;

fosa iliacă stângă conține: sigmoidul, ovarul și trompa uterină stângă, ureterul stâng, ganglionii inghinali superficiali și iliaci profunzi.

O altă împărțire (*anglosaxonă*) a peretelui abdominal anterior se realizează prin trasarea a două perpendiculare prin ombilic, ceea ce duce la limitarea a **patru cadrane** abdominale: cadranele superioare drept și stâng, precum și, cadranele inferioare drept și stâng.

Proiecția viscerelor abdominale pe cele patru cadrane este următoarea:

cadranul superior drept conține: lobul drept hepatic, vezicula biliară, antrul, pilorul, duodenul I, II și III, colonul ascendent, flexura dreaptă a colonului, jumătatea dreaptă a colonului transvers, ansele intestinale, capul și corpul pancreatic, rinichiul drept și urterul drept;

cadranul superior stâng conține: lobul stâng hepatic, corpul și fornixul gastric, mezocolonul transvers, jumătatea stângă a colonului transvers, flexura stângă a colonului, colonul descendent, ansele intestinale, corpul și coada pancreatică, splina, rinchiul și ureterul stâng;

cadranul inferior drept conține: cecul, apendicele cecal, colonul ascendent, ansele intestinale (ansele ileale), ovarul drept și trompa uterină dreaptă, ureterul drept, jumătatea dreaptă a vezicii urinare și a uterului;

cadranul inferior stâng conține: sigmoidul, colonul descendent, ansele intestinale, ureterul stâng, ovarul și trompa uterină stângă, jumătatea stângă a vezicii urinare și a uterului.

1. Inspecția abdomenului presupune culegerea informațiilor despre:

- conformația abdomenului;
- poziția și conformația cicatricei ombilicale;
- modificări structurale ale peretelui anterior;
- modificarea dinamicii peretelui abdominal anterior.

a) Conformația abdomenului

Distensia generalizată acută sugerează ocluzia intestinală și dilatația acută gastrică, în timp ce distensia instalată lent sugerează ascită sau tumori abdominale.

Deformările limitate ale peretelui abdominal anterior se întâlnesc în: tumori, abcese viscerale, evetrații sau hernii ale peretelui abdominal anterior. Bombarea etajului abdominal inferior se întâlnește în tumorile: colice, uterine sau vezicale.

Escavarea (retracția) generalizată a abdomenului poate fi observată la pacienții cu peritonită acută sau la cei cu sindrom de slăbire, în timp ce escavarea localizată se observă la pacienții cu ptoze viscerale.

b) Poziția cicatricei ombilicale poate fi *coborâtă* la pacienții cu ascită sau *ascensionată* la gravide sau pacienții cu tumori pelvine. În mod normal, ombilicul este deprimat și devine deplisat la obezi și pacienții cu ascită. Uneori ombilicul devine proeminent, fiind reductibil prin palpare și se mărește după tuse în hernia ombilicală. Uneori pot fi observate leziuni acute de tip inflamator ombilical și periombilical (omfalita), iar alteori se pot palpa sau observa metastaze cutanate periombilicale (semnul sister Mary Joseph).

c) Modificările tegumentului abdominal observate la inspecție și care pot avea semnificație patologică sunt :

- hiperpigmentarea liniei albe: boala Addison, sarcină.
- erupție cutanată din cadrul : bolilor eruptive, purpurelor, collagenozelor;
- echimozele periombilicale (semnul Cullen): sarcina extrauterină ruptă, pancreatita acută necroticohemoragică (sânge intraperitoneal)
- echimoze pe flancuri (semnul Gray-Turner): indică prezența sângelui retroperitoneal;
- aspectul marmorat al tegumentului: colaps (pancreatita acută hemoragică, hemoragie digestivă superioară);

- vergeturile alb-sidefii la persoanele obeze care au slăbit mult; vergeturile violacee în sindromul Cushing;
- cicatricile postoperatorii care sugerează tipul de intervenție și organul afectat sunt importante, în special, la pacienții cu ocluzie intestinală sau sindrom postprandial precoce sau tardiv;
- circulația colaterală portocavă, cu o rețea venoasă superficială dispusă periombilical apare în ciroza hepatică;
- circulația colaterală de tip cavocav (situată pe flancuri) indică obstrucția venei cave inferioare.

d) Modificarea dinamicii abdominale

Mișcările abdominale respiratorii sunt mai ample la bărbați decât la femei, în raport cu tipul de respirație ;

Putem evidenția următoarele *situații patologice*:

- *absența mișcărilor abdominale* respiratorii în: iritația peritoneală (peritonite) sau reflex (traumatisme vertebrale, pneumonii bazale și meningite) ;
- *mișcările peristaltice intestinale* (care în mod normal sunt absente) se întâlnesc în ocluziile intestinale mecanice;
- *mișcările abdominale ritmice* induse de pulsațiile unei aorte ectaziate sau a unui ventricul drept dilatat sunt mai vizibile la persoanele slabe.

2. Auscultația abdomenului are utilitate mai restrânsă, dar se pot obține semne stetacustice valoroase pentru diagnostic, în bolile esofagului, ileusul intestinal, anevrismul aortic, stenoza arterelor mezenterice și renale (**sufluri vasculare**) și ciroza hepatică cu circulație derivativă hiperdinamică prin vena ombilicală (sindrom Cruveilhier- Baumgarten).

Clapotajul gastric permite evidențierea stazei gastrice, deci a stenozei pilorice. Dacă la un pacient care nu a mâncat sau băut timp de 12 ore, se aplică lovituri mici cu pulpele degetelor semiflectate în zona epigastrică sau ombilicală și se obțin zgomote hidroaerice în această zonă, se consideră că acel pacient are stenoză pilorică. Acest semn poate fi provocat și la persoane sănătoase, în primele ore după masă sau ingestia de lichide.

3. Palparea reprezintă principala metodă clinică de examen a abdomenului. Palparea se poate face mono- sau bimanual, pacientul fiind situat în decubit dorsal cu musculatura abdominală cât mai relaxată.

Prin palpare se apreciază :

- a) Starea peretelui abdominal (palpare superficială) ;
- b) starea organelor parenchimatose intra- sau retroperitoneale și evidențierea unor formațiuni intrabdominale și a caracteristicilor acestora (palparea profundă);
- c) Obiectivarea durerii în anumite puncte și zone dureroase (palparea penetrantă);
- d) Manevre particulare de palpare.

a. Starea peretelui abdominal.

În această etapă a examenului obiectiv urmărim :

- troficitatea;
- tonusul;
- integritatea peretelui și
- evidențierea durerii la decompresia bruscă a peretelui abdominal.

Modificările de troficitate și grosime a peretelui abdominal urmăresc evidențierea:

- unui perete subțire, lipsit de elasticitate, cu turgor cutanat persistent (slăbire rapidă, stări de deshidratare) ;
- aderarea tegumentului la țesuturile subiacente: procesele inflamatorii ale țesutului subcutanat (celulita) ;
- peretele abdominal îngroșat datorită unui țesut subcutanat adipos bine reprezentat (obezitate) ;
- peretele abdominal îngroșat regional prin prezența de lipoame ;
- peretele abdominal îngroșat prin retenția hidrosalină: edem generalizat.

Modificarea tonusului peretelui abdominal include:

- hipotonia peretelui, cu perete flasc, fără tonus elastic: bătrâni, persoane care au avut o distensie abdominală importantă (sarcină, ascită) ;
- creșterea rezistenței peretelui abdominal la palpare, în practica medicală, îmbracă următoarele forme clinice :

- hipertonia musculară datorită iritației peritoneală, care se însoțește de sensibilitatea abdomenului la decompresiune (manevra Blumberg pozitivă) ;

- apărarea musculară, cu forma sa extremă de contractură musculară ("abdomen în lemn") se întâlnește în peritonita prin perforația unui organ cavitărilor și se însoțește de: durere vie, hiperestezie cutanată și absența reflexelor cutanate abdominale. Inițial, apărarea poate fi localizată și apoi generalizată când s-a constituit peritonita acută generalizată prin perforație de organ cavitărilor. Contractura musculară poate lipsi la vârstnici și persoanele cașectice, situație în care palparea relevă doar hipertoniie musculară și durere de decompresiune.

Palparea superficială poate evidenția prezența unei tumori herniare (care are consistență moale și care pot fi redusă prin palpare) în anumite zone ale abdomenului.

- palparea cicatricei ombilicale permite evidențierea unei mici hernii ombilicale ;

- palparea liniei albe supraombilicale: poate evidenția mici hernieri de grăsime preperitoneală care apar ca mici nodozități foarte dureroase ;

- palparea punctelor herniare inghinale sau femurale poate evidenția mici hernii inaparente la inspecție.

b. Palparea organelor parenchimotoase :

După palparea superficială se reia palparea profundă a abdomenului mono- sau bimanual, exercitând o presiune mai mare astfel încât să decelăm anumite organe palpabile sau să descoperim eventualele formațiuni tumorale.

Vom exercita mișcări de rulare în fiecare zonă topografică, începând cu fosa iliacă stângă și terminând cu mezogastriul, astfel încât să decelăm existența unor formațiuni consistente.

In mod normal se pot palpa:

- colonul (fosa iliacă stângă, mezogastriul, fosa iliacă dreaptă) ;

- marginea inferioară a ficatului ;
- polul inferior al rinichiului drept ;
- aorta ;
- fundul uterin și
- vezica urinară (înainte de micțiune).

Dacă descoperim o **formațiune tumorală abdominală**, descrierea semiologică a acesteia trebuie să cuprindă: (1) zona topografică în care se află; (2) forma; (3) dimensiunile; (4) delimitarea ; (5) mobilitatea cu respirația și la palpare ; (6) consistența ; (7) sensibilitatea spontană și la palpare.

1. **Localizarea** tumorii trebuie raportată la împărțirea topografică a abdomenului, de preferință cea în 9 cadrane;
2. **Forma** poate fi descrisă, de preferință, raportat la o formă geometrică (rotundă, ovalară, dreptunghiulară, cilindrică) și nu prin comparație cu diverse obiecte sau corpuri vegetale ;
3. **Dimensiunile** se raportează în cm, precizând diametrul maxim și minim ;
4. **Delimitarea** trebuie să fie menționată clar, formațiune bine delimitată sau formațiune imprecis delimitată;
5. Se verifică **mobilitatea** tumorii în zonă, în funcție de respirație și de poziția bolnavului (clino- sau ortostatism). Mobilitatea unei formațiuni tumorale cu respirația, indică localizarea intraperitoneală a acesteia, iar ortostatismul modifică poziția unor organe ptozate (ptoza renală);
6. **Consistența** unei formațiuni poate fi dură, fermă, elastică, moale sau fluctuantă, în funcție de structura ei (solidă sau lichidiană);
7. În sfârșit, o tumoră poate fi **nedureroasă** sau **dureroasă**, spontan sau la palpare.

În general, tumorile benigne sunt bine delimitate, ferme, neaderente, de regulă mobile. Tumorile chistice (chisturile hidatice) sunt bine delimitate, rotunjite, elastice, uneori fluctuente. Tumorile inflamatorii (plastroamele apanedicele) sunt moi, dureroase, puțin mobile și uneori fluctuente. Tumorile maligne sunt dure, imprecis delimitate, cu suprafață neregulată, dureroase și mai puțin mobile.

c. Evidențierea unor puncte dureroase (palparea penetrantă).

Palparea penetrantă servește la:

- precizarea sediului unui punct dureros raportat anamnetic;
- evidențierea unor zone dureroase ignorate .

S-au descris următoarele *puncte și zone sensibile*, revelatoare de suferința unor anumite organe :

- **punctul xifoidian**: imediat sub apendicele xifoidian (sensibil în afecțiuni ale cardiei);
- **punctul epigastric**: situat la unirea 1/3 superioare cu 1/3 medie, pe linia xifoombilicală (sensibil în afecțiunile gastroduodenale);
- **punctul solar** situat la unirea 1/3 medii cu 1/3 inferioară, pe linia xifoombilicală (dureros în ulcerul duodenal, leziunile pancreatice, ptoza gastrică, apendicita acută) ;
- **punctul cistic** situat sub rebordul costal drept, la extremitatea anterioară a coastei X (la intersecția rebordului costal drept de către linia ombilicoaxilară dreaptă (sensibil în afecțiuni biliare, litiază veziculară și colecistită acută);
- **zona dureroasă pancreatico-colecisto-duodenală**: situată între linia xifoombilicală și bisectoarea unghiului format de această linie cu linia ombilicală (este dureroasă în : ulcerul duodenal, litiaza coledociană, pancreatita acută, cancerul de cap de pancreas) ;

- **punctele apendiculare:**

* punctul **Mac Burney** situat la unirea 1/ 3 externe cu 2/3 interne a liniei spinoombilicale drepte;

* punctul **Lanz** situat la unirea 1/3 drepte cu 2/3 stângi a liniei bispinoase (sensibil în apendicita acută);

- **puncte tuboovariene** situate la mijlocul perpendicularelor trasate din ombilic pe arcadele crurale (sensibile în anexite și în sarcina extrauterină);

- **puncte ureterale :**

* **superioare** : la intersecția liniei medioclaviculare drepte cu linia ombilicală;

* **mijlocii**: la intersecția liniei medioclaviculare drepte cu linia bispinoasă (sensibil în litiaza ureterală);

- **punctul vezical** (sau **uterin**) situat pe linia sagitală (sensibil în afecțiunile vezicale și uterine).

De principiu, palparea se începe din zonele care apar nedureroase înspre cele dureroase.

În zona dureroasă, palparea trebuie să fie unimanuală, blândă, căutând să identifice zona cea mai dureroasă.

In cazul iritației peritoneale, folosim câteva manevre care să ne ajute la confirmarea acestei situații :

1. bolnavul este rugat să **tușească** și apoi să precizeze eventualele zone dureroase ;
2. examinatorul va exercita o presiune progresivă, blândă în zona dureroasă și apoi va decompresa brusc zona abdominală palpată, moment în care pacientul acuză o durere mai mare decât cea provocată prin presiune asupra zonei (**manevra Blumberg pozitiv**) ;
3. examinatorul va executa o lovire a abdomenului cu pulpa degetelor, bolnavul acuzând o durere vie în regiunea corespunzătoare organului perforat (semnul percuției dureroase al lui Porges sau **semnul “clopoțelului” al lui Mendel**);

d. Metode speciale de palpate

- **Metoda contactului lombar și balotajului** permite diferențierea clinică a unei formațiuni intraperitoneale, de o formațiune situată retroperitoneal, problemă diagnostică a tumorilor de flanc (diagnosticul diferențiar al unei tumori colice de o tumoră renală).

Tehnică: Formațiunea palpabilă este prinsă de către examinător între o mână plasată posterior în loma bolnavului și cealaltă mână plasată anterior, la nivelul flancului. Dacă cu mâna plasată anterior imprimăm tumorii mici impulsuri, acestea sunt percepute de mâna situată posterior și vom spune că **tumora are contact lombar și deci este situată retroperitoneal**. Formațiunile intraperitoneale având o oarecare mobilitate laterală, nu au contact lombar. Invers, dacă imprimăm mici impulsuri cu mâna situată posterior și acestea sunt percepute de mâna situată anterior, atunci formațiunea este retroperitoneală, în timp ce formațiunile intraperitoneale nu balotează.

- **Manevra Blumberg** este considerată pozitivă în cazul proceselor inflamatorii peritoneale și presupune apariția unei sensibilități dureroase vii, abdominale la destinderea bruscă a peretelui, după ce anterior s-a exercitat o presiune profundă, progresivă asupra peretelui abdominal anterior, urmată de o retragere bruscă a mâinii.

Tot pentru a pune în evidență semnele iritației peritoneale se cere pacientului să tușească, moment în care durerea se accentuează într-o anumită zonă a abdomenului.

De asemenea, în peritonita acută, tușeul rectal devine dureros și greu de suportat (“țipătul Douglas-ului”).

- **Manevra Javorski Lapinski** constă în provocarea durerii (în cazul apendicitei acute), prin palparea profundă în fosa iliacă dreaptă și comprimarea punctelor apendiculare sau a zonei ceco-apendiculare pe mușchiul iliopsoas pus în contracție, în urma ridicării membrului inferior drept de către pacient la un unghi de 90° față de planul patului. Apariția unei dureri intense în punctul apendicular întărește diagnosticul de apendicită acută cu localizare retrocecală.

- **Manevra Rousing** constă în provocarea durerii în zona cecoapendiculară (în cazul apendicitei acute) prin împingerea, de către examinator, a gazelor și lichidelor colice, în sens antiperistaltic, din colonul stâng și transvers la nivelul colonului ascendent. Apariția unei dureri în zona apendiculară indică existența unui proces inflamator apendicular.

- **Clapotajul gastric** permite evidențierea stazei gastrice, deci a stenozei pilorice. Dacă la un pacient care nu a mâncat sau băut timp de 12 ore, se aplică lovituri mici cu pulpele degetelor semiflectate în zona epigastrică sau ombilicală și se obțin zgomote higioaerice în această zonă, se consideră că acel pacient are stenoză pilorică. Acest semn poate fi provocat și la persoane sănătoase, în primele ore după masă sau ingestia de lichide.

- **Semnul valului** este pozitiv în ascită. Examinatorul își plasează câte o mână în fiecare flanc al bolnavului cu abdomenul mărit de volum; un ajutor (chiar și bolnavul) apasă cu mică presiune, cu marginea cubitală a mâinii pe linia mediană. Dacă examinatorul imprimă mici impulsuri într-unul din flancuri și ele sunt resimțite de cealaltă mână plasată pe flancul opus, înseamnă că bolnavul prezintă ascită. Mâna care comprimă median abdomenul are ca scop oprirea transmiterii șocului prin peretele abdominal, permițând numai transmiterea “valului” prin eventualul lichid de ascită.

- **Semnul “bulgărelui sau sloiului de gheață”** permite palparea ficatului și splinei în prezența ascitei voluminoase, în care, din cauza cantității mari de lichid, palparea viscerelor devine dificilă. Aplicând o scurtă lovitură cu degetele semiflectate în zona de proiecție a organelor parenchimotoase mărite de volum și menținând mâna în același loc, simțim revenirea la suprafața lichidului a acestora, lovind degetele, similar cu un sloi de gheață ce ar fi împins în apă și apoi s-ar ridica din nou la suprafață.

4. Percuția

Percuția abdomenului unui subiect normal evidențiază existența unui timpanism localizat în fosa iliacă dreaptă (cecul), mezogastriu (ansele intestinale), epigastriu și hipocondrul drept (stomacul și flexura stângă a colonului).

În mod normal stomacul conține întotdeauna o cantitate de gaz provenit din deglutiție, această bulă de gaz fiind responsabilă de timpanismul spațiului lui Traube, care se proiectează pe peretele anterolateral al hemitoracelui stâng, fiind limitat în sus de baza plămânului stâng (coasta aVIa, în jos de rebordul costal, înăuntru de matitatea lobului stâng hepatic, iar în afară de matitatea polului anterior al splinei).

Spațiul lui Traube este mărit în aerogastric. Vom obiectiva o **hipersonoritate** abdominală difuză în : meteorism abdominal excesiv, ocluzia intestinală, aerogastric și dilatația acută a abdomenului. În pneumoperitoneu sau interpoziția hepatodiafragmatică a colonului dispare matitatea hepatică, fiind înlocuită cu un timpanism.

Prezența ascitei determină **matitate fermă**, intensă, mobilă cu poziția bolnavului care lasă o senzație vibratorie la degetul plesimetru. Limita superioară a matității este semicirculară, cu concavitatea spre zona timpanică situată deasupra.

Uterul gravid și globul vezical se descoperă la palpare, cu formă ovoidă caracteristică, dar **matitatea** lor are convexitatea în sus. Formațiunile tumorale mari sunt mate la percuție, dacă nu se interpun anse intestinale între ele și peretele abdominal.

5. Tușeul rectal face parte din examenul obiectiv al tubului digestiv, permițând examinarea porțiunii ano-rectale, a prostatei și a organelor genitale interne la fete. Este un examen care nu trebuie să lipsească la pacienții cu acuze digestive, urinare sau din partea organelor micului bazin.

Tehnica prevede ca bolnavul să fie plasat în poziție genupectorală, cu pieptul aproape de planul patului și hiperlordoză lombară. Pacienții foarte slăbiți pot fi examinați în decubit dorsal (poziție ginecologică) sau lateral. Examenul începe cu inspecția regiunii anale, apoi examinatorul introduce prin canalul anal indexul îmbrăcat cu o mănușă sau cu un degetar de cauciuc, acoperit cu vaselină, printr-o mișcare de rotație. Cu această ocazie se apreciază calibrul canalului anal și tonusul sfincterului. Odată ajuns în rect se procedează la palparea metodică a cavității, pereților și prin intermediul acestora a organelor de vecinătate.

Principalele constatări sunt:

-**La inspecția** regiunii anale se poate observa:

-pielea congestionată, indurată și ulcerată (anită); fisuri anale, orificii fistulare, abcesul anal, hemoroizii externi și prolapsul rectal;

- **La palpare,**

-durerea ce apare la pătrunderea degetului prin canalul anal indică un proces inflamator la acest nivel, avansarea pe canal fiind dificilă în caz de stenoză sau de spasm al sfincterului;

-hipotonia sfincteriană și canalul anal larg sunt întâlnite la homosexualii pasivi;

-ampula rectală, în mod normal goală poate conține corpi străini introduși în mod voit sau accidental (de ex. termometru, canula de clismă) și materii fecale sub formă de fecaliți aglomerate (constipația rectală sau dischinezie);

-mucoasa rectală apare tumefiată, indurată și sensibilă în rectită și prezintă în plus o împănare în peviperitonită, perirectită, perimetrită și fluctuență în cazul abcesului pelvian;

-în peritonita acută, fundul de sac al lui Douglas este bombat și extrem de sensibil („țipătul douglasului”);

-neoplasmul rectal poate fi evidențiat prin palpare în forma sa proliferativă (masă neregulată, dură, proeminentă în lumen și cu bază largă de implantare) sau ulcerativă (aspect crateriform, cu marginile elevate și îndurate);

-adenopatia carcinomatoasă metastatică perirectală poate fi palpată prin intermediul peretelui anterior al rectului (semnul „etajerei” al lui Strauss sau al lui Blumer);

-după retragerea degetului pe mănușă pot rămâne materii fecale sau produse patologice (mucus, puroi, sânge).

Explorarea paraclinică a aparatului digestiv

A. Explorarea imagistică

1. Examenul radiologic cu substanță baritată a esofagului poate evidenția modificări:

a. morfologice (organice):

- **lacuna**, defect de umplere prin formațiune tumorală intraluminală;
- **plusul de substanță**, imagine care iese din contur (diverticul și ulcerație);
- **stenozele**, îngustări ale lumenului ce pot fi neregulate (excentrice) în neoplamsul esofagian sau regulate (axiale) în stenozele benigne;
- **compresiunea sau devierea esofagiană**, determinate de anomaliiile structurilor vecine.

b. funcționale (mobilitatea):

- **hiperkinezie** (spasme esofagiene difuze: SED);
- **hipokinezie**, până la dilatație (achalazie).

2. Radiografia gastroduodenală este **indicată** pentru diagnosticarea ulcerului gastric și duodenal, cancerului gastric, stenozei pilorice și stomacului operat.

Se pot **evidenția** următoarele aspecte patologice:

- **nișa** (plusul de substanță baritată, localizată pe mica curbură),
- **lacuna** (lipsa de umplere cu substanță baritată a lumenului),
- **rigiditatea segmentară** (reprezintă o zonă fără mobilitate),
- **stenoza pilorică** (hiperperistaltism sau antiperistaltism, hipersecreție, sedimentarea substanței de contrast în lichidul de secreție gastrică, cu un canal piloric îngustat sau obstruat).

3. Examenul radiologic baritat pentru intestinul subțire, după administrarea pe gură a substanței de contrast, se folosește foarte rar, imaginile obținute fiind nerelevante, iar tehnica presupune o iradiere prea mare pentru pacient și medic.

4. Explorarea radiologică a colonului cu ajutorul unei clisme baritate, numită **irigografie**, permite evidențierea formațiunilor tumorale protruzive sau infiltrative, a diverticulilor, fistulelor și fenomenelor inflamatorii parietale, orientând și asupra motilității. Clisma baritată (irigografia) urmată de insuflația cu aer pentru realizarea unui **dublu contrast** oferă imagini radiologice diferite în funcție de caracterele macroscopice ale tumorii. Formele vegetante dau o imagine de **lacună**, cu sau fără **ulcerație** pe conturul acesteia, iar cele infiltrative aspect de **stenoză**, cu diverse particularități în funcție de localizare.

5. Computertomografia mediastinală

CT mediastinala permite: diagnosticul tumorilor esofagiene, gradul de extindere a acestora și prezența adenopatiilor.

Tomografia computerizată este utilă pentru căutarea adenopatiilor și metastazelor viscerale și osoase, fiind mai exactă ca ecografia abdominală.

B. Explorarea morfologică și endoscopică

1. Esofagoscopia permite:

- **vizualizarea**: modificărilor de culoare și aspect ale mucoasei, ulcerațiilor, formațiunilor protruzive, varicelor esofagiene și anomaliilor de calibru;

- efectuarea **biopsiei** din leziunile localizate protruzive sau ulcerative și din leziunile difuze;
- efectuarea unor **manevre terapeutice** de oprire sau prevenire a sângerărilor din varicele esofagiene prin ligaturi sau injectarea unor substanțe sclerozante.

2. Echoendoscopia esofagiană

permite: analiza radială a peretelui esofagian, evidențierea formațiunilor tumorale și a ganglionilor de vecinătate, efectuarea biopsiei și puncției dirijate, în vederea efectuării diagnosticului anatomopatologic.

În prezent **ecoendoscopia** este considerată metoda de referință pentru evaluarea extensiei locoregionale a neoplasmelor de tub digestiv (intraparietală și ganglionară).

3. Gastroscoopia permite:

- vizualizarea aspectului macroscopic al mucoasei și
- efectuarea de **biopsii** gastrice sau duodenale dirijate.

Se indică în:

- sindromul dispeptic ulceros în care radiografia gastrică nu evidențiază modificări sau pentru
- diagnosticul diferențial între ulcerul gastric și cancerul gastric.

În **ulcerul gastric**, ulcerația este mică, rotundă sau ovalară, cu margini nete, regulate, cu bază curată acoperită de un depozit albicios, cu mucoasă înconjurătoare ridicată și netedă, ale cărei pliuri converg către marginile ulcerației.

În **cancerul gastric**, ulcerația este mare, are margini elevate, neregulate, cu pliuri înconjurătoare nodulare, fuzionate și oprite la distanță de marginile ulcerației.

Endoscopia digestivă superioară, permite identificarea ulcerului gastric în 95% din cazuri și a ulcerului duodenal în 90% din cazuri, precum și diferențierea ulcerului gastric de cancerul gastric prin aspectul macroscopic (ulcerație cu margini elevate, neregulate, cu pliuri înconjurătoare nodulare, fuzionate și oprite la distanță) și efectuarea biopsiei gastrice.

4. Colonoscopia

este o manevră invazivă mai pretențioasă, necesitând o pregătire prealabilă specială.

Cunoscându-se faptul că mai mult de jumătate din cazurile de neoplasme sau rectocolite sunt localizate pe ultimii 50 cm ai colonului, colonoscopia este rezervată numai pentru cazurile bine motivate, la care s-au efectuat celelalte explorări neinvazive.

5. Rectosigmoidoscopia

Rectosigmoidoscopia cu un endoscop flexibil poate ajunge până la 60 cm de orificiul anal, comparativ cu vechiul instrumentar rigid care nu depășea 25 cm. Manevra produce un disconfort minim bolnavului, permițând și efectuarea biopsiilor pentru examen anatomopatologic. Rectosigmoidoscopia și colonoscopia permit vizualizarea morfologiei tumorale, cu efectuarea biopsiilor pentru examenul histologic.

C. Explorarea funcțională

1. PH-metria esofagiană

presupune măsurarea pH-ului esofagian, pe un timp limitat, în condiții de spital sau ambulatoriu. **Indicațiile** sale sunt: diagnosticul refluxului gastroesofagian, apreciindu-se numărul episoadelor, durata lor, extinderea procesului și diagnosticul

diferențial al durerii esofagiene de durerea retrosternală din angorul pectoral, prin instilarea în esofag a unei soluții de acid clorhidric 0,1N (metoda Bernstein).

2. Manometria esofagiană

presupune măsurarea variațiilor presionale din esofag în timpul deglutiției. Are ca **indicații** diagnosticul bolii de reflux gastroesofagian și diagnosticul afecțiunilor motorii (achalazie, SED, SD).

3. Explorarea funcției secretorii gastrice

Explorarea funcției secretorii gastrice se realizează cu ajutorul **chimismului gastric**, care permite aprecierea: secreției bazale matinale, care explorează tonusul vagal nocturn; secreției bazale nocturne; secreției stimulate cu histamină.

Chimismul gastric presupune aspirarea sucului gastric cu ajutorul unei sonde plasate în stomac și măsurarea volumului, concentrației HCl și cantității HCl pe o unitate de timp (DA). DAB (debit acid bazal) reprezintă cantitatea de HCl produsă spontan în unitatea de timp. DAM (debit acid maximal) reprezintă cantitatea de suc gastric produsă după injectarea unei substanțe secretagoge. În **ulcerul duodenal** DAB și DAM cresc, în **ulcerul gastric** DAB și DAM scad sau sunt normale, iar în **cancerul gastric** există aclorhidrie.

D. Testele etiologice

1. Evidențierea infecției cu helicobacter pylori (HP)

Evidențierea infecției cu helicobacter pylori (HP) se realizează cu ajutorul testelor serologice, respiratorii și histologice. În **ser** se detectează anticorpii anti-helicobacter pylori de tip IgG, care persistă și după eradicarea bacteriei. **Testele respiratorii** detectează CO₂ marcat radioactiv, provenit din descompunerea ureei marcate radioactiv administrată bolnavului, sub acțiunea ureazei HP. **Biopsia endoscopică** stabilește diagnosticul de certitudine prin testul ureazei.

2. Diagnosticul imunologic

Diagnosticul imunologic al neoplasmelor digestive (tub digestiv) se bazează pe dozarea în sânge a **antigenului carcinoembrionar** (CEA) și a **CA 19-9**, dar sensibilitatea testului variază în funcție de stadiul bolii.

Probele biologice se modifică în stadiile avansate ale neoplaziilor, când apar sindromul anemic, consecințele metastazelor hepatice și creșterea valorilor reactanților de fază acută (VSH, alfa-2-globuline, fibrinogen, proteina C reactivă).

3. Examele coprologice

Examele coprologice efectuate din scaun vizează sângerările oculte, probele de digestie, coproculturilor și prezența paraziților.

La examenul microscopic se poate pune în evidență exudatul inflamator în colitele ulcerative și unele enterocolite acute („dizenterii“).

E. Examele de laborator

Bolile tubului digestiv determină, frecvent, modificări ale **constantelor sanghine** sub aspect **hematologic, electrolitic, proteic și funcțional renal**, în special în bolile intestinale cu diaree sau sindroame de malabsorbție.