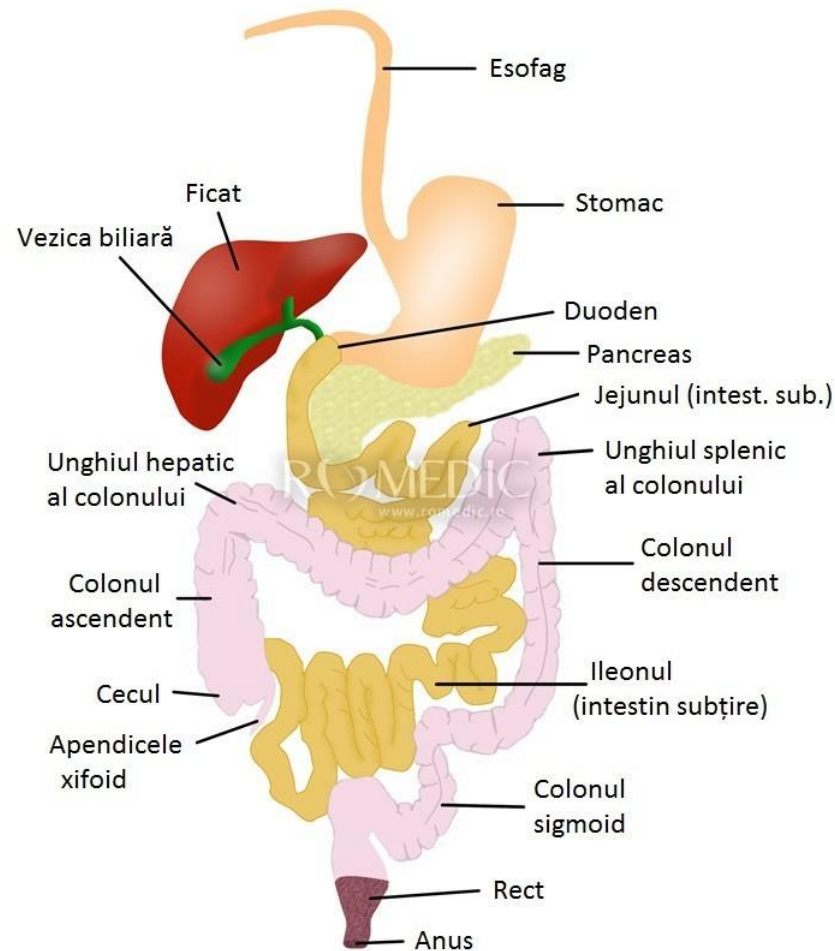


Semiologia aparatului digestiv anamneza + examen fizic

Dr Camelia Badea

Remember - anatomie

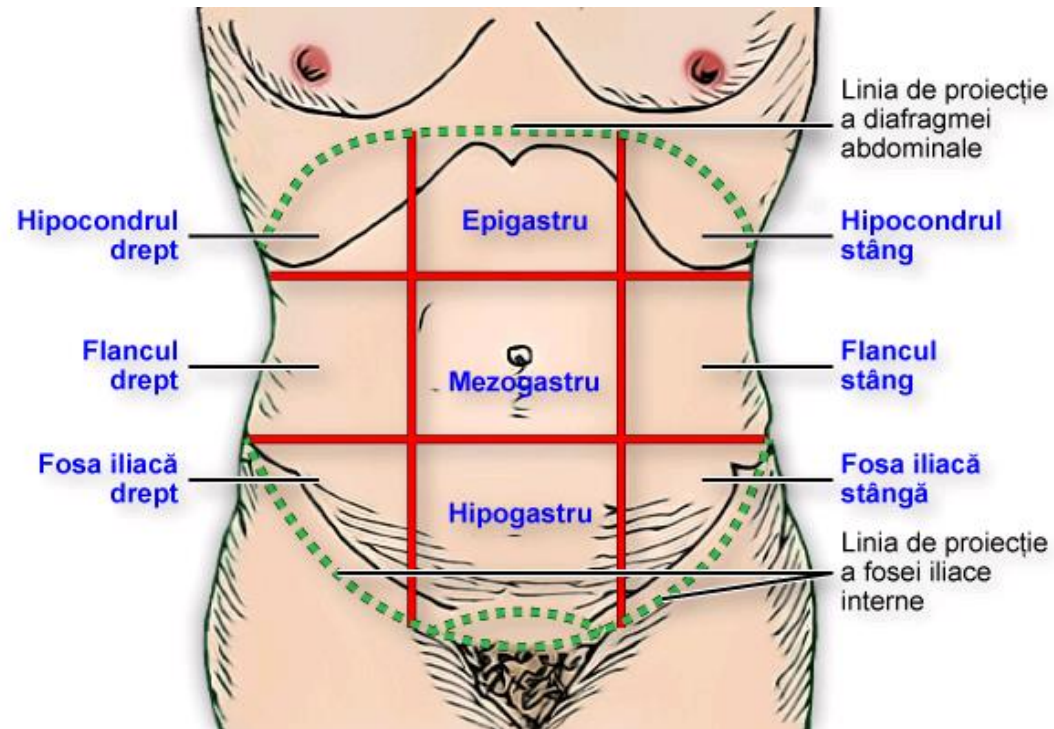


1. tubul digestiv :

- cavitatea bucală,
- faringele,
- esofagul,
- stomacul,
- intestinul subțire,
- intestinul gros)

2. glandele anexe: salivare, ficatul, pancreasul

Topografie



- Cavitatea abdominală limite:
- superior – diafragm
- Inferior – diafragm perineal
- Antero-lateral – perete abdominal
- Posterior – mase musculare lombare

Topografie

1. Etaj abdomen superior

- hipocondru drept si stâng

- epigastru

- cele 2 linii verticale = corespund marginii laterale a mușchiului drept abdominal și unesc extremitățile de aceeași parte Coasta X cu tuberculul pubic de aceeași parte

- * viscerale EAS au proiecție parțială pe peretele toracic pentru că diafragma e boltită

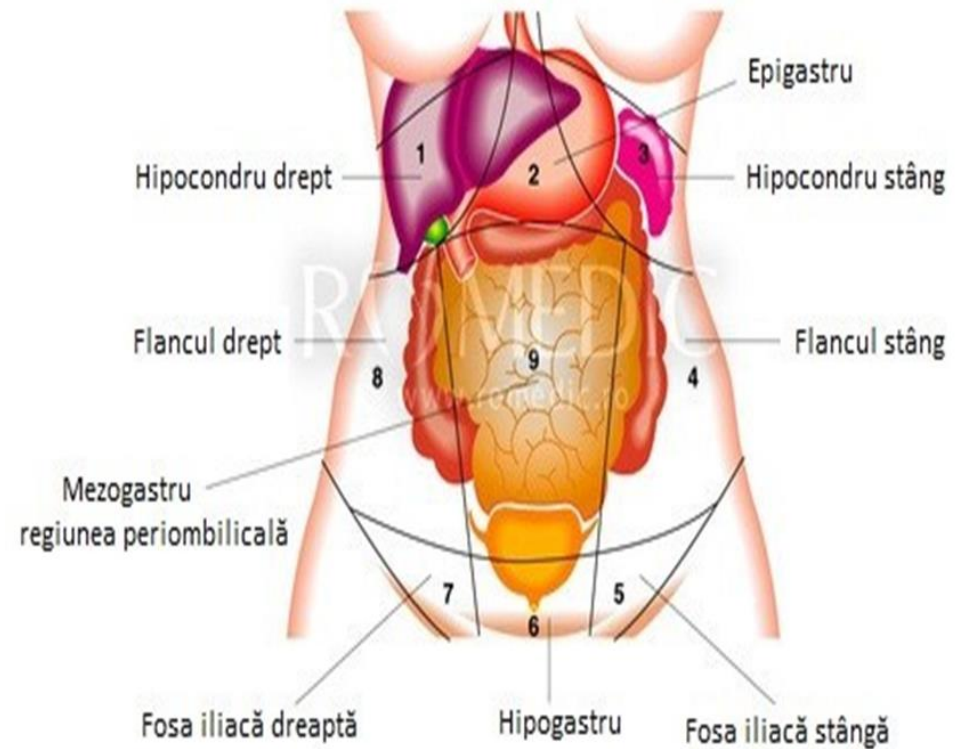
Topografie

2. Etaj abdominal mediu:

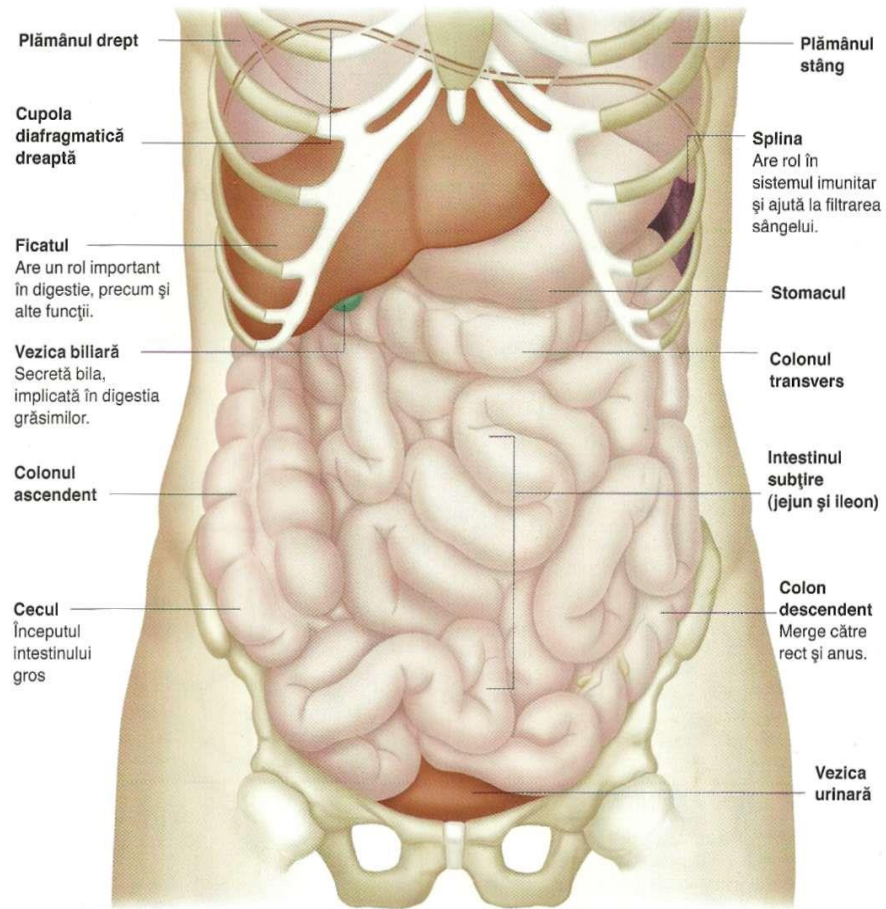
- flanc abdominal drept si stang
- mezogastru sau zona ombilicala

3. Etaj abdominal inferior:

- fosa iliaca dreapta si stanga
- hipogastru



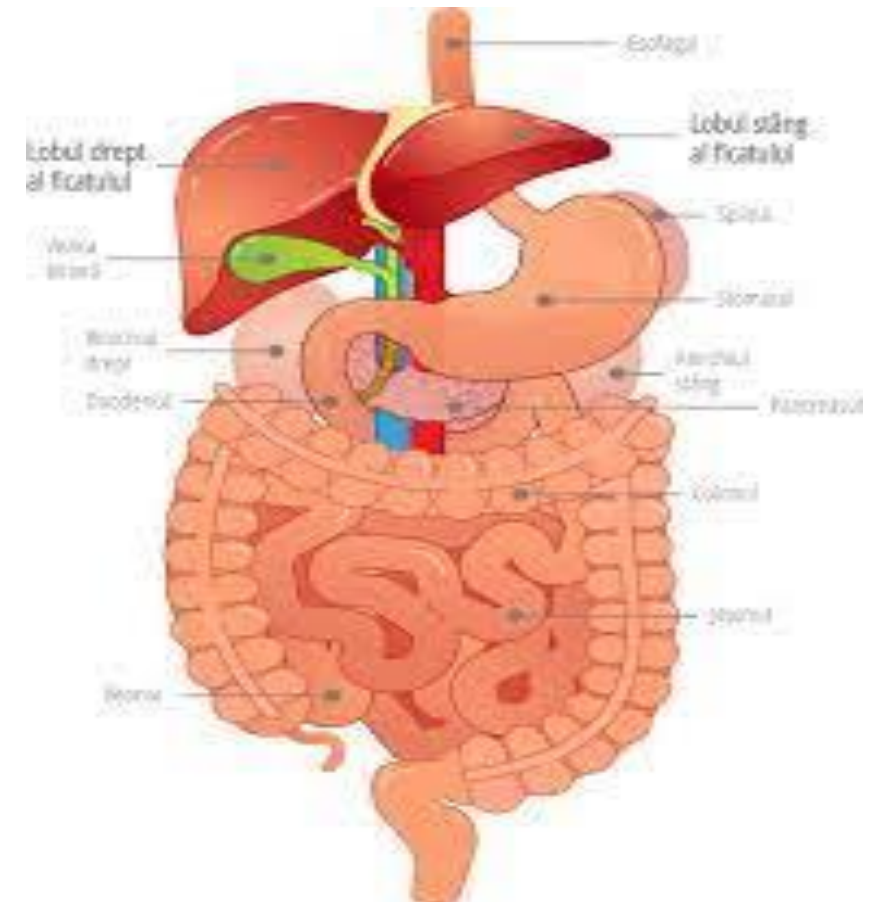
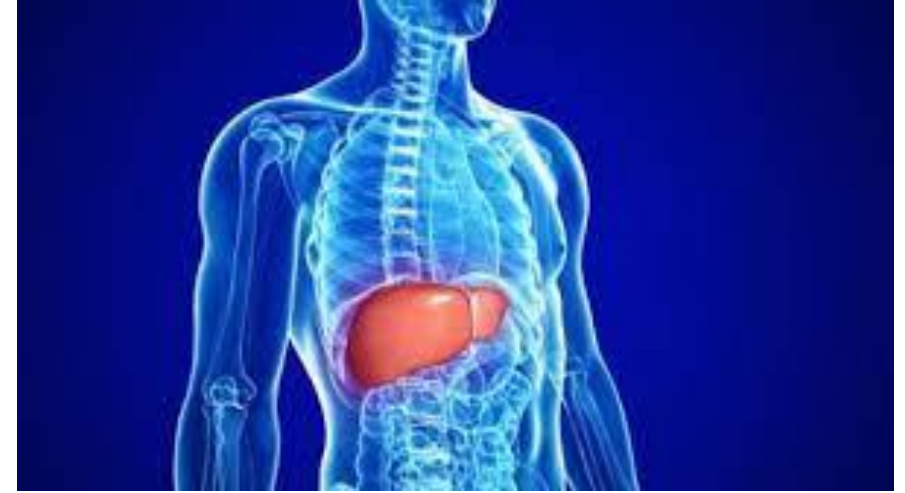
Proiectii viscere



Dreapta	Centru	Stanga
Litiaza biliară Ulcer stomacal Pancreatită	Ulcer stomacal Arsură / indigestie Pancreatită Litiaza biliară	Ulcer stomacal Ulcer duodenal Colica biliară Pancreatită
Pietre la rinichi Infecție urinară Constipație Hernie de disc lombară	Pancreatită Ulcer stomacal Boala intestinului Infarct miocardic Hernie abdominală	Pietre la rinichi Boala diverticulară Constipație Boala intestinului Infecție urinară
Apendicita Constipație Durere pelviană Hernie inghinală	Infecție urinară Aciditate Durere divorticulară Durere pelviană	Boala diverticulară Durere gonadală Hernie inghinală

Ficatul

- Cel mai mare organ (1200 - 1500 g)
- Un lob drept (dominant) și un lob stâng
- 8 segmente [I caudat VIII]
- Se proiectează din spațiul intercostal V până la rebordul costal; în condiții normale poate fi palpat în inspirație profundă



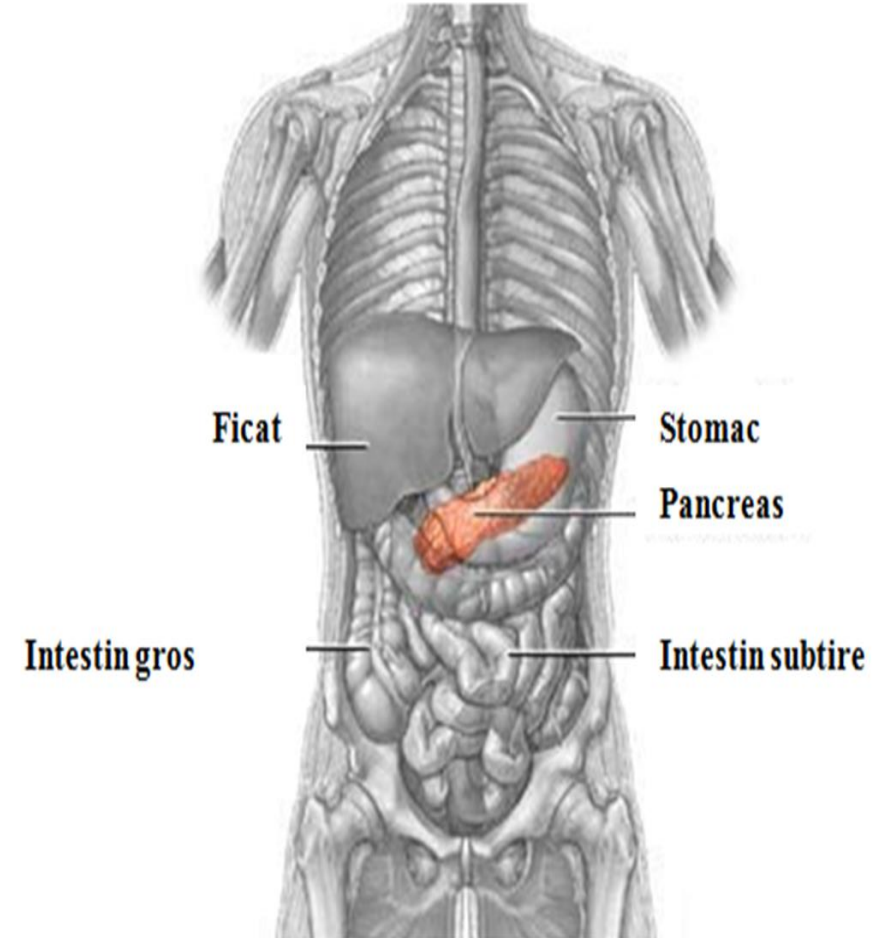
Splina = Organ limfoid situate sub arcurile costale posterioare stangi, IX-XI

- e palpabila doar daca e marita (splenomegalie)

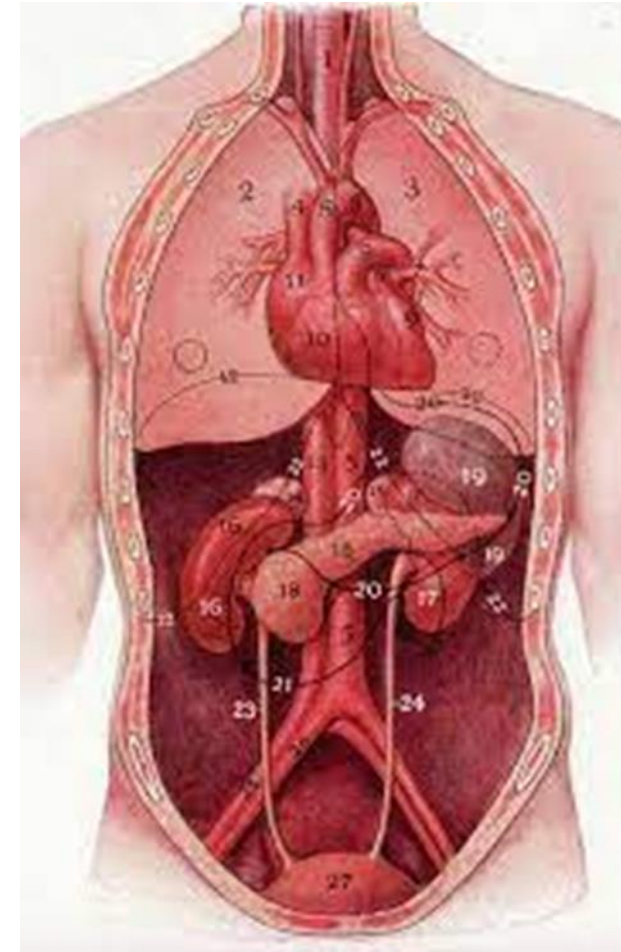
Colecistul (vezicula biliara) are forma piriforma, cu fundul orientat spre cranial, catre cartilajul coasteia IX-a, pe partea dreapta

Pancreasul: situate retro peritoneal, cu capul inclavat in potcoava duodenala si coada spre hilul splenic

Aorta: coboara pe linia mediana, ajungand la stanga ei la nivelul crestei iliace; o masa pulsatile palpabila la acest nivel poate indica existent unui anevrism



- **Stomacul**, in forma de carlig, proiectat in etajul abdominal superior, face legatura intre esofag si duoden,
- **Intestinul subtire**, in lungime de 3-10 m, cuprinde si jejunul si ileonul; se proiecteaza in regiunea centrala a abdomenului.
- **Colonul**, masoara aprox 1,5 m si este impartit in cec, ascendent, transvers, descendent, sigmoid si rect. Se termina prin canalul anal la anus. Apendicele cecal este situat de obicei pe latura mediala a cecului
- **Rinichiul drept** este de obicei situat mai jos decat cel stang; situat la o palma de linia mediana (exam anterioara) sau sub coasta a XII-a (posterior); de obicei nu sunt palpabili



Semiologia cavității bucale și faringiene

1. Anamneza

a. *Antecedentele personale patologice*

- Anemia feriprivă cronică - limba zmeurie și dureroasă.
- Anemia megaloblastică Biermer - limba este dureroasă, depapilată și lucioasă.
- Sindroamele hemoragipare și în leucemia acută - leziuni ulceronecrotice sau ulcerohemoragice cu localizare buco-faringiană.
- Modificările buco-faringiene: diabet, insuficiență renală cronică, boli digestive, boli infecțioase sau autoimune.



b. Manifestările clinice generale

- *Febra* însoțită de frisoane, transpirații întâlnită în angine, în abcese amigdaliene sau dentare, dar și în cazul unor boli hematologice, cum este leucemia acută și agranulocitoza.
- *Inapetența și anorexia* în afecțiuni neoplazice sau infecțioase,
- *Scăderea ponderală*
- *Paloarea*

c. *Manifestările clinice locale*

- *Durerea* la nivelul cavității bucale este cauzată de:
 - Afte banale sau cele care însoțesc sindromul Behçet;
 - Stomatita aftoasă recurentă;
 - Ulcerațiile posttraumatice;
 - Stomatite și gingivite.
- *Durerea linguală*, numită și glosodinie apare în:
 - Tumori maligne sau benigne linguale;
 - Traumatisme de diferite cauze;
 - Neuropatie diabetică;
 - Intoleranță la materialele de protetică dentară;
 - Ciroza hepatică;
 - Nevralgia de trigemen.



- *Durerea faringiană*
 - Faringitele infecțioase acute bacteriene, virale sau fungice;
 - Tumorile benigne sau maligne;
 - Boala de reflux gastro-esofagian;
 - Afecțiuni ale nervului glosofaringian;
- *Tulburari de deglutiție*
- *Tulburari de salivatie*
- *Tulburari de gust*

Examenul obiectiv al gurii și faringelui

- Inspecția – limba, mucoasa bucala, dantura, buzele
- Palparea - stațiile ganglionare loco-regionale reprezentate de ganglionii subangulomandibulari, submandibulari, retromandibulari și retroauriculari.
 - glande salivare

Examenul gurii

- Starea dentiției și a gingiilor
- Halena se poate datora igienei precare, unei boli hepatice avansate (fetor hepaticus), unui DZ dezechilibrat (eliminare respiratorie de cetone), insuficienței renale(uremie), alcoolismului, unor infecții respiratorii, fumatului
- Mirosul dulceag al fetorului se datorează metilmercaptanilor proveniți din metionina care nu este demetilată de către ficatul insuficient. Semn de prognostic nefavorabil



- Multe aspectele limbii nu sunt expresia unei boli (Limba saburala, geografica, neagra, etc)
- Leucoplakia este o stare premaligna care se manifesta prin ingrosarea mucoasei linguale care capata un aspect albicios. Se poate datora igienei deficitare, alcoolismului, tabagismului, unor infectii.
- Glosita: limba este depapilata si rosie, secundar atrofiei papilelor, prin deficiente nutritionale (fier, vitB, folat). Apare la varstnici, alcoolici, in sdr. carcinoid.
- Macroglosia poate apare în sdr. Down, acromegalie, infiltrarea limbii cu amiloid sau tumorală

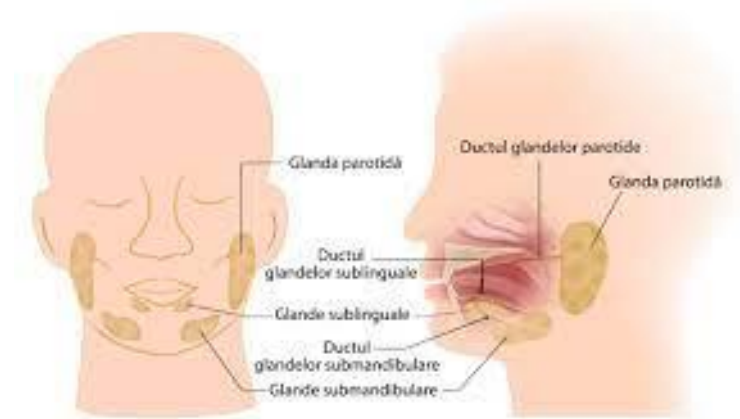


- Ulceratiile aftoide încep ca vezicule nedureroase care după spargere lasă o ulcerăție dureroasa; se asociază cu b Crohn, boala celiaca, sdr. Behcet, infectii (HIV, HSV, HZ)
- Stomatita angulara: deficit de fier, ac folic, B6, B12
- Candidiaza: depozite albe-branzoase, aderente, care după înlaturare lasă o zonă friabila
- la imunodeprimați (DZ, HIV, neoplazii, tratament cu citostatice, corticosteroizi, antibiotice cu spectru larg, alcoolici)




Glande salivare

- Hipertrofia parotidiană bilaterală nedureroasă apare în alcoolism.
- Însotită de tumefacție și durere indică un episod acut - oreion, sarcoidoza sau limfom și în sdr. Mikulicz, sdr Sjogren (alături de hipertrofia celorlalte gls salivare).
- Mărirea unilaterală - calcul parotidian inclavat sau tumoră.



Semiologia esofagului

- Afecțiunile esofagiene se clasifică în afecțiuni *funcționale* și *organice*.
- Elementul central - disfagie.
- Disfagia + durerea retrosternală, regurgitația, pirozismul, eructația și sialoreea  tabloul clinic întâlnit în sindroamele și în patologia esofagiană.

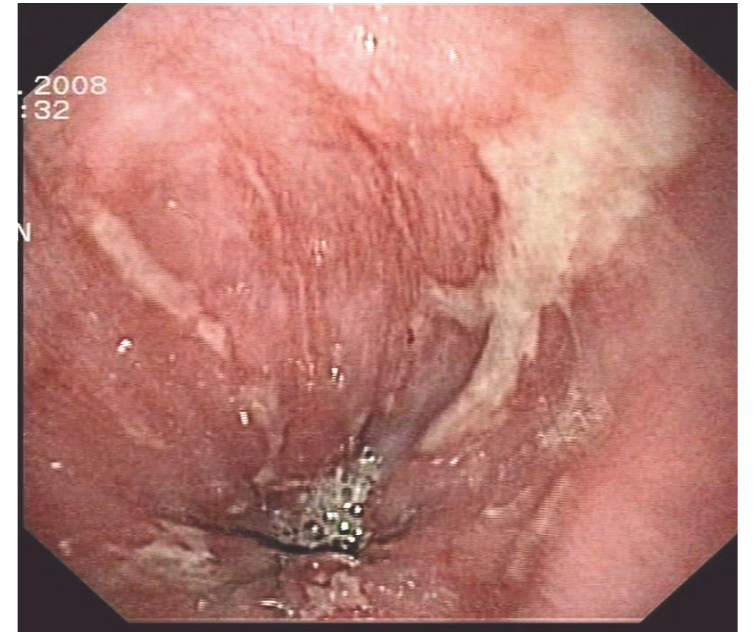
- *Pirozislul* = senzație de arsură cu localizare retrosternală, de intensitate variabilă. Este agravat de flexia toracelui, de decubitul dorsal, de mesele copioase, de băuturile acidulate, de alcool, cafea, ceai negru, după medicamente cum sunt aminofilina și AINS.

Cauza pirozislului

- refluxul acid sau biliar gastroesofagian,
 - scăderea tonusului sfincterului esofagian inferior sau de creșterea excesivă a presiunii abdominale.
- *Eruclalția* = evacuarea zgomotoasă a gazelor din stomac prin esofag, în cavitatea bucală. Cauzele cele mai frecvente sunt: staza gastrică sau duodenala, stenoza pilorica, atonia gastrica

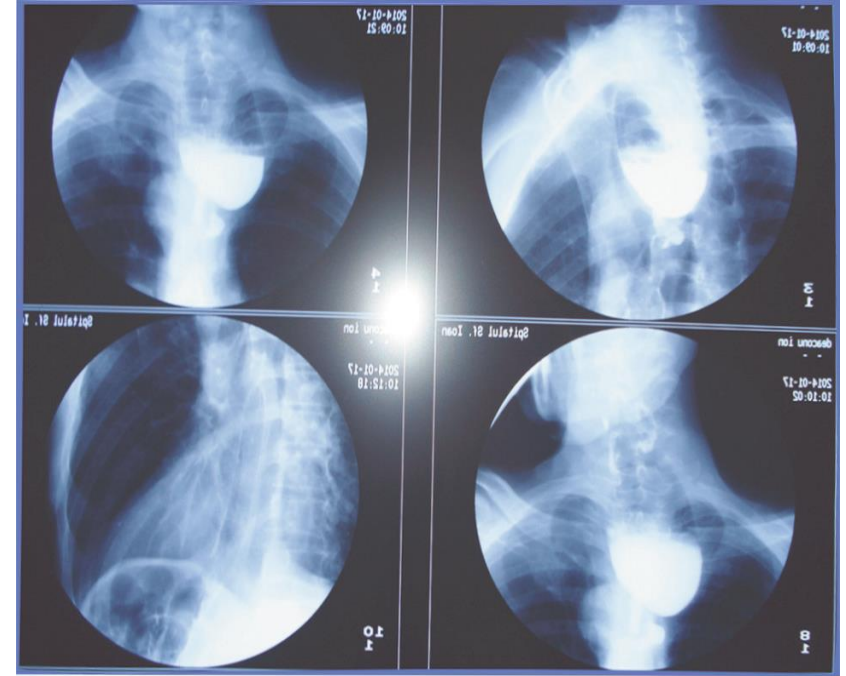
Afecțiuni esofagiene

- **Esofagita de reflux** = proces inflamator determinat de agresiunea sucului gastric sau a bilei care refluează în esofag, la care se adaugă uneori o scădere a factorilor locali de apărare ai mucoasei esofagiene
- Manifestările clinice sunt: pirozisul, balonările, durerile retrosternale, disfagia și odinofagia, wheezing-ul, tusea nocturnă



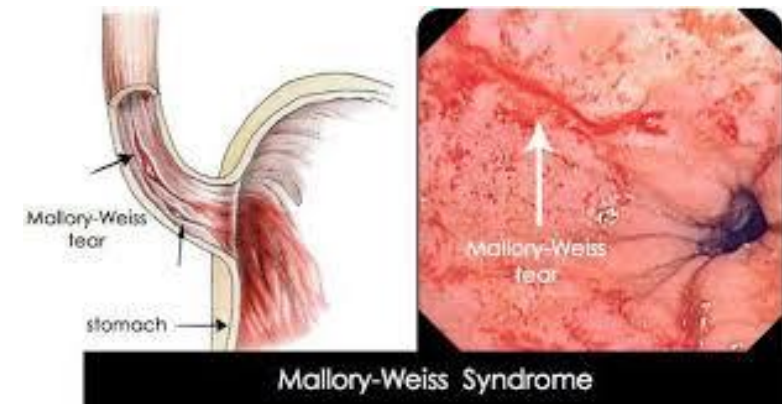
Afecțiuni esofagiene

- **Diverticulul esofagian** = pungă dezvoltată din peretele esofagului, care conține toate straturile acestuia și care delimitează o cavitate ce comunică liber cu lumenul esofagian.
- Există diverticuli *adevărați* și *falși*. Diverticulul fals este lipsit de stratul muscular.
- În funcție de localizare există diverticuli *faringoesofagieni (Zencker)*, *toracici* și *epifrenici*.



Afecțiuni esofagiene

- **Sindromul Mallory-Weiss** = ulcerări localizate la nivelul joncțiunii esogastrice, apărute în urma eforturilor de vărsătură. Vărsături incoercibile, produse cu efort și urmate de hemoragie digestivă superioară exteriorizată prin hematemeză și melenă.
- Sindromul Mallory-Weiss apare într-un context clinic sugestiv după consumul de AINS, aspirină, alcool și la bolnavii cu hernie hiatală.



Afecțiuni esofagiene

- **Neoplasmul esofagian**

- Este de 3 ori mai frecvent la bărbați, mai ales la cei de peste 50 ani

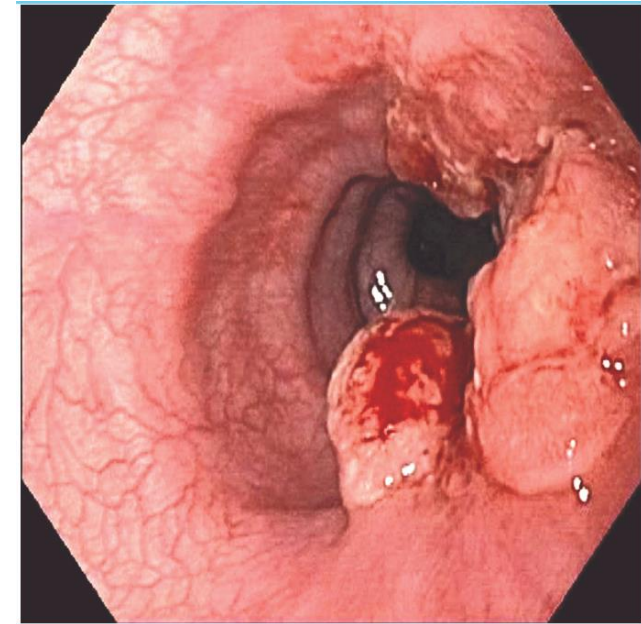
- Histopatologic este de două tipuri:

1. cancerul esofagian scuamos, localizat mai frecvent în 1/3 medie a esofagului

2. adenocarcinomul esofagian care apare în esofagul Barrett la nivelul 1/3 inferioare.

- factorii favorizanți: alcool, fumat, carențe alimentare și vitaminice, excesul de nitrozamine din conservanți, factori genetici, esofagul Barrett, achalazia, stenozele postcaustice.

- clinic - disfagia în peste 90 % din cazuri. Aceasta este progresivă inițial la solide, ulterior și la lichide, regurgitațiile, durerea retrosternală, scăderea ponderală, anemia feriprivă, disfonia



Afecțiuni esofagiene

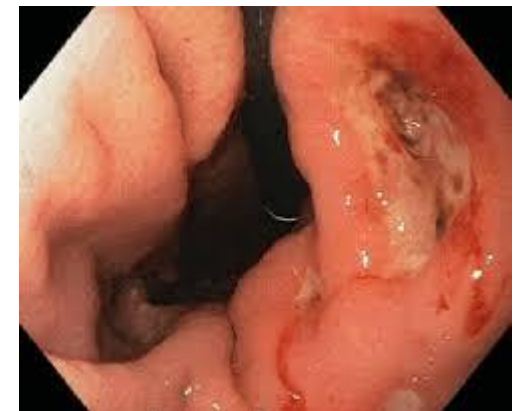
- **Hernie hiatală** = protruzia anormală intermitentă sau permanentă, a unei porțiuni din stomac prin hiatusul esofagian. Simptomatologia este determinată de refluxul gastroesofagian iar examenul obiectiv este normal.
- **Achalazia** este o tulburare primară a motilității esofagiene, caracterizată prin relaxarea incompletă a sfincterului esofagian inferior (SEI) în timpul deglutiției și prin diminuarea sau absența undelor peristaltice primare esofagiene



Semiologia stomacului și duodenului

1. Ulcerul gastric și duodenal

- În apariția ulcerelor mai intervin factori hormonal, psihoemoționali, stresul, tipul de personalitate, etc.
- Ulcerele gastroduodenale se complică prin: hemoragii digestive superioare, perforație, stenoză și periviscerită.



Ulcerul gastric

- Manifestare clinica - durerea epigastrică

Anamneza specifică – caracter, intensitate , ritmicitate.

- a. Durerea este de intensitate variabilă și are caracter de crampă sau de torsiune.
- b. Vărsăturile ameliorează durerea iar bolnavii și-o provoacă adesea în mod voluntar.
- c. Condițiile de declanșare a durerii după masă și condițiile de ameliorare a acesteia prin efort de vărsătură caracterizează mica periodicitate.

Ulcerul - caracteristicile durerii

- **Gastric** - După mese
 - Durata de 1-2 ore
 - Localizare restrânsă
- **Juxtacardial** - Imediat după masă
 - Sub apendicele xifoid ,
 - Iradiază retrosternal și în hipocondrul stâng
- **Antropiloric** - Durere la 3-4 ore după masă
 - În epigastru
 - Iradiază în hipocondrul drept și în coloană

Ulcer - Examen fizic

1. Palpare

- *apărarea musculară* în ulcerul perforat,
- *sensibilitate difuză* a regiunii epigastrice în gastrita acută sau cronică,
- *împăstarea regiunii epigastrice* în cancerul gastric, în ulcerul peptic
- *Semnul „clapotajului gastric”* este consecința stazei gastrice din stenoza pilorică sau din gastropareza diabetică și semnifică prezența conținutului gastric alimentar la mai mult de 4 ore

2. Percuția nu aduce elemente semiologice

Cancerul gastric:

- Apare între 50 – 60 ani,
- risc genetic, grupa sanguină A, anemie Biermer, în polipoza gastrică, la bolnavii cu stomac operat

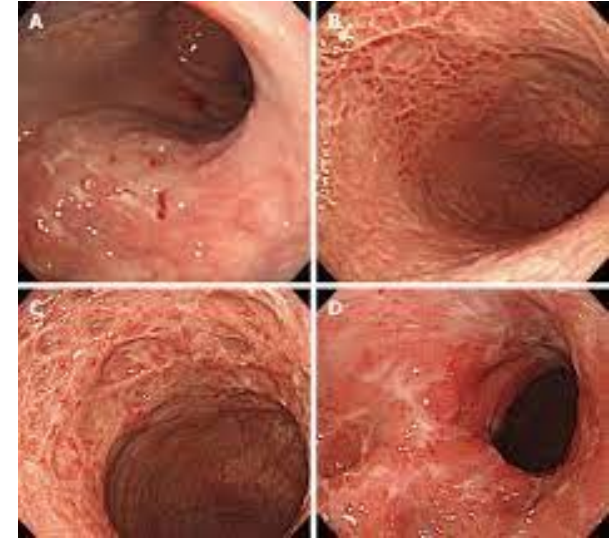
Clinic:

- anorexia selectivă, scadere ponderala involuntara
- culoarea „galben pai” (anemie)
- adenopatia Virchow – Troisier în cancerul gastric metastazat
- se pot palpa tumorile gastrice în stadia evolutive avansate care au o consistență dură, o suprafață neregulată, nu sunt mobile cu respirația, cu excepția celor care aderă la diafragm

Gastrita

- se caracterizează printr-o inflamație acută sau cronică a mucoasei gastrice.
- Din punct de vedere etiologic se clasifică în:
 - a) - GA medicamentoasă (AINS)
 - b) - GA prin ingestie de etanol
 - c) - GA prin substanțe corozive (acizi, baze)
 - d) - GA de stress
 - e) - GA infecțioasă
 - f) - GA alergică

- Gastrita acuta se manifesta cu: *durere epigastrică, grețuri, vărsături,*
- Gastrita cronica cu Helicobacter pylori (bacterie ureazo –formatoare care scindează ureea în NH₃ și CO₂); Consecințele infecției cu Hp sunt: împiedicarea cicatrizării ulcerelor, gastrita cronică și cancerul gastric.
- Simptomatologia gastritelor cronice este necaracteristică, diagnosticul se stabilește prin endoscopie și biopsie.



Semiologia intestinului

- *Motivele prezentării :*
 - durerea abdominală,
 - modificările tranzitului intestinal,
 - rectoragiile, melena și hematochezia.
 - scaderea ponderală,
 - meteorismul,
 - uneori febra

Durerea intestinală:

Durerea colicativă sau colica abdominală

- durere de tip visceral întâlnită în patologia organelor cavitare;
- are caracter spastic, de constricție sau de crampă și are o intensitate crescută,
- este bine localizată și iradiază într-o zonă somatică, fiind însoțită de fenomene vegetative.
- apare prin creșterea peristaltismului intestinal, se ameliorează după pasajul conținutului intestinal, are durată de câteva minute și caracter repetitiv.

Durerea intestinala

- Durerea intestinului subțire are o proiecție mezogastrică, periombilicală.
- Durerea colonică, este resimțită pe flancuri sau în cadranul inferior drept pentru cecul ascendent și în cadranul stâng pentru colonul transvers respective pentru colonul descendent.
- Durerea sigmoidiană se proiectează în regiunea suprapubiană sau sacrată.

Durerea vasculară

- apare în infarctul enteromezenteric cu debut brusc,
- este localizată în epigastru sau periombilical și se însoțește de greață, vărsături, de scaune sangvinolente sau de ileus.
- situațiile care favorizează obstrucția acută și completă a ramurilor arterei mezenterice superioare sunt sepsisul, endocardita infecțioasă, fibrilația atrială, ateromatoza și statusul procoagulant din trombofiliile secundare deficitului de proteină C sau S, etc
- în stenoza arterelor mezenterice apare o durere în mezogastru, cu caracter constrictiv, care se accentuează postprandial, la aproximativ 30-60 minute după masă.
- Durerea din obstrucția mezenterică iriază posterior și este încadrată ca *angor intestinal*.

Ileusul

Ileusul mecanic sau ocluzia intestinală = tranzitul intestinal blocat datorită prezenței unui obstacol în calea evacuării, prin tumori, paraziți, calcul biliar migrat, stenoze, torsiuni în ax sau strangulări, în volvulus intestinal, hernie strangulată, în invaginația intestinală prin bride aderențiale, în compresii extrinseci prin tumori și prin adenopatii.

Sindromul ocluziv se manifestă printr-o durere de tip colicativ, vărsături inițial alimentare, apoi fecaloide și prin absența completă a tranzitului intestinal pentru materii fecale și gaze.

Ileus

Ileusul paralic sau dinamic, mai este denumit și *colon adinamic*.

- durerea colicativă este absentă, apare senzația de durere prin distensie aerică, iar sunetele abdominale sunt absente.



Examen clinic

- La *inspecție*, în patologia intestinală, abdomenul poate fi *bombat* sau *escavat*.
- *Bombarea* apare în meteorismul difuz, dar aceasta este întâlnită în stadiile incipiente ale ileusului mecanic sau în stenoze.
- *Palparea abdomenului* se face superficial și profund. Palparea trebuie efectuată sistematizat: se începe dintr-un cadran și se urmărește progresiv, fiecare cadran



Examen clinic

- *Tușeul rectal și examinarea anorectală*
- Este o manevră importantă a examenului clinic.
- În cazul ocluziilor intestinale mecanice, la tușeul rectal, ampula rectală este goală, după evacuarea conținutului substenotic
- În cazul hemoragiilor digestive superioare și inferioare, prezența sângelui sau a melenei la tușeu, confirmă existența hemoragiei.

Sindromul peritoneal

- simptomele și semnele determinate de iritația chimică și de invazia cavității peritoneale.
- Cauze
 1. Perforația unui organ :
 - Ulcer duodenal, Ulcer gastric
 - Apendicită
 - Cancer colonic
 - Diverticulită
 - Colecistită acută
 2. Ruptura unor colecții:
 - Colecție splenică, renala, genitală, hepatică, pancreatică
 3. Plăgi penetrante -
 4. Peritonită bacteriană spontană
 5. Propagare de la o infecție acută intraabdominală
 6. Iatrogene - după intervenții chirurgicale

- Elementul central de diagnostic îl reprezintă **durerea abdominală** difuză, șocogenă, cu debut brusc.

Examenul obiectiv:

- Aspectul tipic este al unui bolnav cu facies peritoneal, tegumente cu aspect teros, cu respirație superficială, imobilizat cu coapsele flectate pe abdomen.
- *Inspecție*
- Abdomenul este imobil, inițial este retractat, ulterior apare o distensie abdominală datorată ileusului secundar iritației peritoneului parietal.

- *Palpare*
- Abdomenul este sensibil la palpare, peretele abdominal este „împăstat”, iar manevra Blumberg este pozitivă.
- Ulterior se instalează contractura abdominală generalizată și apare „abdomenul de lemn” - contractura reflexă a musculaturii abdominale (apărare musculară), corespunzătoare zonei supraiacente organului afectat.
- Pacientul cu abdomen acut evită orice mișcare, este imobil, spre deosebire de pacientul cu colică abdominală care este agitat.

Manevra Blumberg

- mana examinatorului efectueaza o presiune din ce in ce mai puternica in profunzime, dupa care este ridicata brusc (cu prevenirea pacientului in prealabil) ; in momentul ridicarii se produce o durere vie determinata de iritatie peritoneala.



Apendicita acuta

- Inflamatiia apendicelui, ce poate evolua rapid catre perforatie intestinala
- Durere difuză în fosa iliaca dreapta la debut – apoi, extinsă în toată regiunea abdomenului
- accentuată la mobilizare sau tuse;
- Grețuri însoțite de vărsături;
- Inapetență;
- Dereglări de tranzit (constipație sau diaree);

- *Manevra Rowsing* = Examinatorul aplică ambele mâini în flancul stâng al bolnavului și execută presiuni succesive urmărind traiectul anatomic al colonului descendent și transvers în sens antiperistaltic. Astfel, se mobilizează conținutul gazos spre cec, pe care-l destinde. În apendicita acută apare o durere vie în fosa iliaca dreaptă.
- *Manevra Javorski-Lapinsky sau Semnul psoasului* = Cu bolnavul aflat în decubit dorsal, examinatorul ridică membrul inferior drept în extensie în timp ce apasă cu mâna stângă în fosa iliacă dreaptă. Zona ceco-apendiculară este comprimată între mâna examinatorului și muschiul psoas. În apendicita acută apare durerea.