



UMFT

Universitatea de
Medicină și Farmacie
„Victor Babeș”
din Timișoara

SEMIOLOGIA ABDOMENULUI

Curs I

SIMPTOMATOLOGIE ABDOMINALA

Departamentul de Medicina Interna I

Disciplina de Semiologie Medicala I

2017

Durerea abdominală

- Este **cel mai frecvent** simptom al patologiei digestive.
- Poate fi provocată de suferințe:
 - ale organelor abdominale,
 - ale peretelui abdominal
 - poate fi proiectată de la organe extra - abdominale.

Caracterele durerii abdominale:

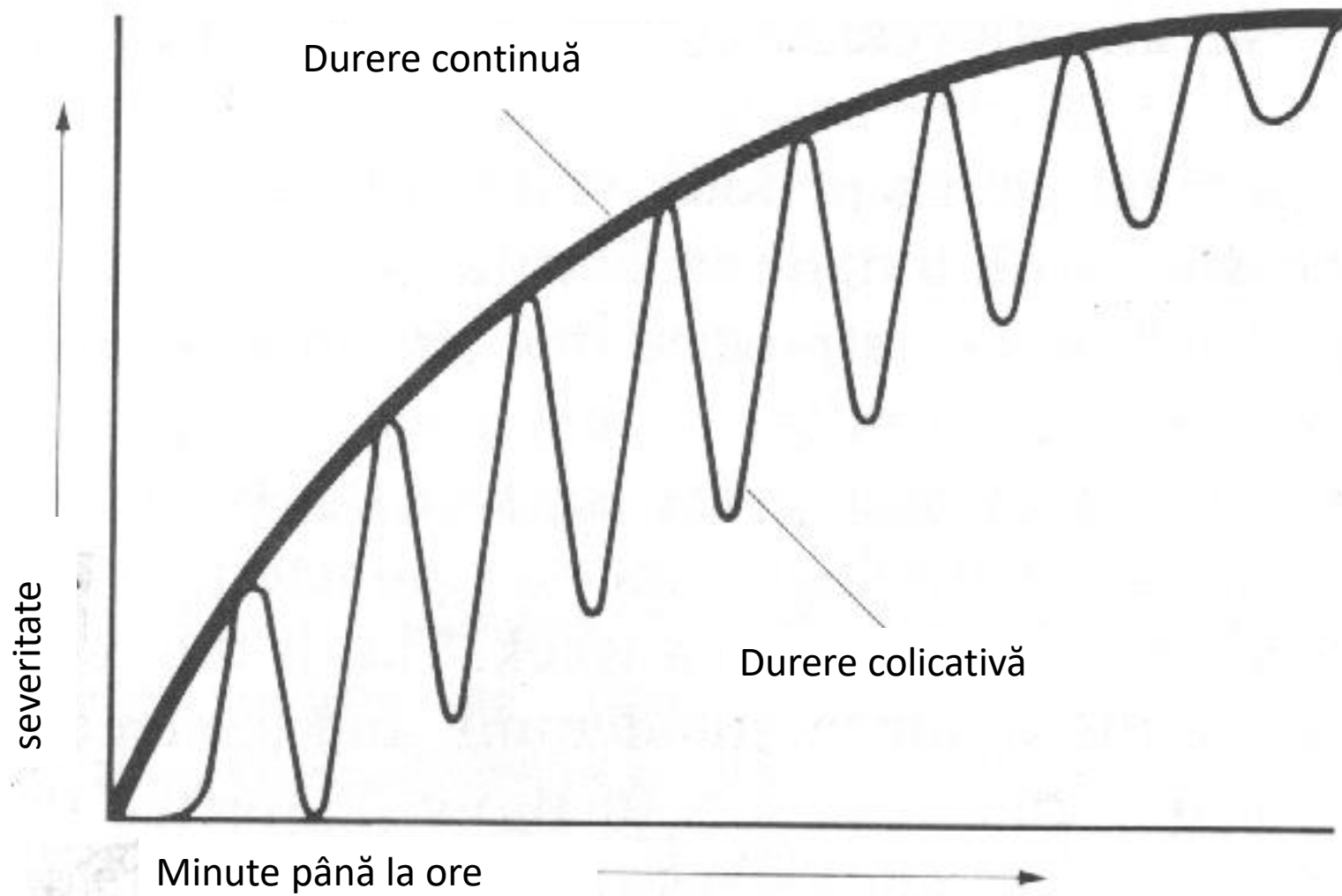
1. Debutul
2. Intensitatea
3. Evoluția în timp
4. Localizarea
5. Iradierea
6. Circumstanțe de apariție a durerii
7. Circumstanțe de ameliorare sau dispariție a durerii
8. Simptome asociate: febră, diaree, vărsături etc.

Debutul durerii

- **Brusc:**
 - perforarea unui organ, infarctul de organ, torsiunea de organ,
 - disecția Ao abdominală
- **Rapid (în câteva ore):**
 - colica biliară, colica renală,
 - apendicită, pancreatită, colecistită, peritonită.
- **Insidios (treptat):**
 - Hepatita , gastrita, ulcerul peptic, tumori abd etc.

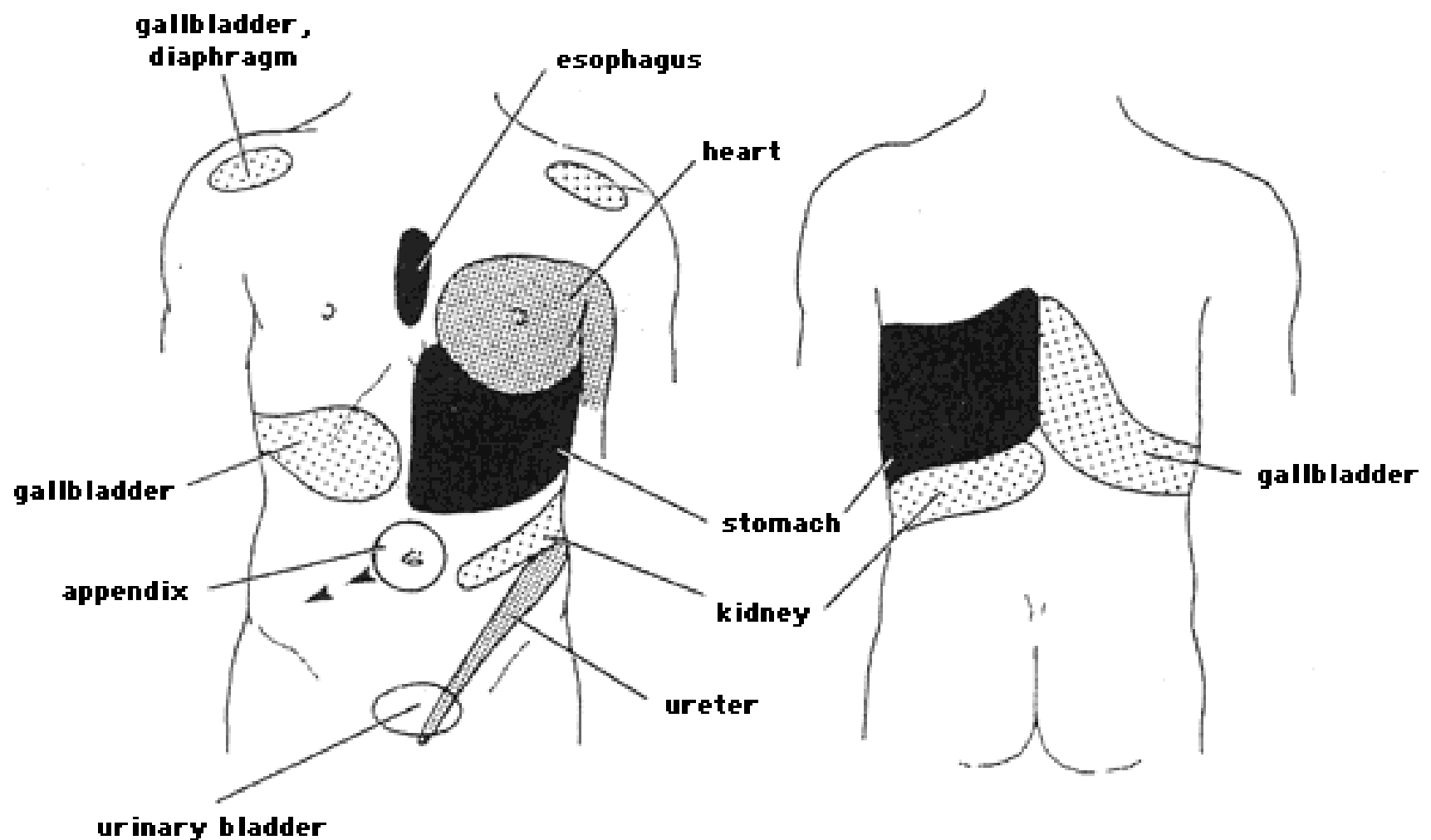
Intensitatea durerii

- atroce, foarte puternică: ca o “lovitură de cuțit” :
 - în perforările și în torsiunile de organ
- puternică
- moderată
- jenă



Evoluția în timp a durerii

Continuă	Colicativă	Recurentă
Acută: - peritonite -supurații: abcese, colecistita, apendicita -distensii de organe parenchimatoase: pancreatită, hepatită, hepatomegalie de stază -de cauză vasculară: infarct splenic, infarct mezenteric, disecție de aortă; Cronică, progresivă - tumori : stomac, colon, pancreas	Spasme de organe cavitare: - colica biliară, - colica renală, - colica intestinală	-Ischemie mezenterică recurentă (angina abdom) -Ulcerul peptic -Colonul iritabil -Cauze mai rare: metabolice - Porfirie acută intermitentă, - Febra mediteraneană (peritonita periodică familială), -Criza de siclemie (anemie hemolitică), -Colica saturnină (intoxicație cu Pb).



Referred pain patterns Important skin areas for referral of visceral pain. (From Snell, RS. Clinical anatomy for medical students, 6th ed, Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia 2000.) Reproduced with permission from: Textbook of Gastroenterology, 4th ed, Yamada, T (Ed), Lippincott Williams and Wilkins, New York 2003: p.790. Copyright © 2003 Lippincott Williams and Wilkins.

Localizarea durerii abdominale:

Durerea abdominală difuză:

- **Peritonite generalizate**
- **Cauze intestinale:** gastro-enterite, ocluzie intestinală, infarct intestinal
- **Cauze metabolice:** cetoacidoza diabetică, porfiria acută intermitentă, colica saturnină, siclemia.

Durerea abdominală localizată

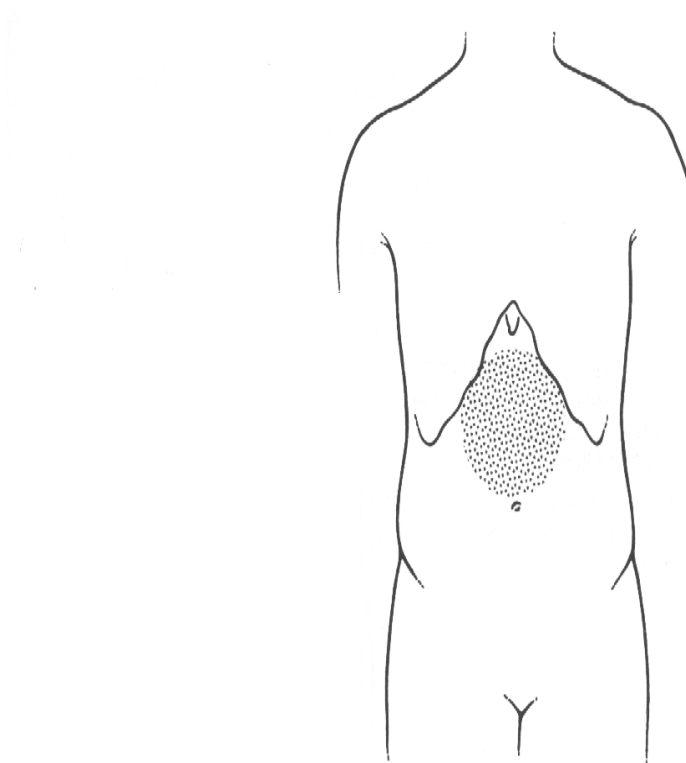
Epigastrul

Boli ale organelor abdominale

- ulcer duodenal, gastrită
- hepatită
- litiază biliară, colecistită
- pancreatită, carcinom pancreatic

Boli ale unor organe extra abdominale

- angină pectorală, infarct miocardic acut
- abcese subfrenice
- pneumonii, pleurezii
- embolie pulmonară



Durerea abdominală localizată

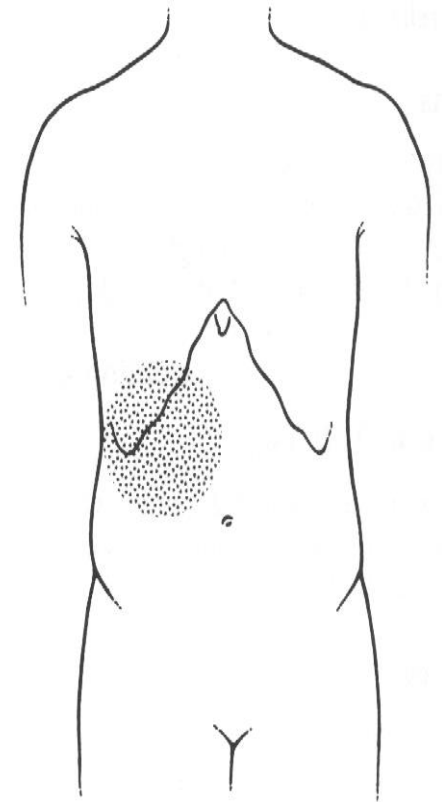
Hipocondrul drept

Boli ale organelor abdominale

- colică biliară, colecistită
- hepatită, congestie hepatică
- pancreatită
- abces subfrenic
- litiază renală dreaptă
- tumori de unghi hepatic colon

Boli ale unor organe extra-abdominale

- pneumonie dreaptă
- pleurită, pleurezie dreaptă
- embolie pulmonară
- infarct miocardic acut



Durerea abdominală localizată

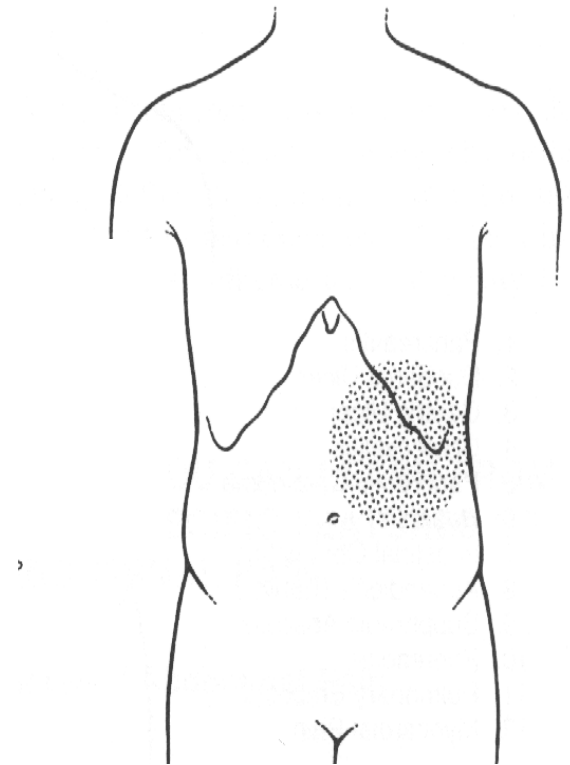
Hipocondrul stâng

Boli ale organelor abdominale

- infarct splenic, splenomegalie
- abces subfrenic
- ulcer gastric
- pancreatită, carcinom pancreatic
- litiază renală stângă
- tumori de unghi splenic al colonului

Boli ale unor organe extra-abdominale

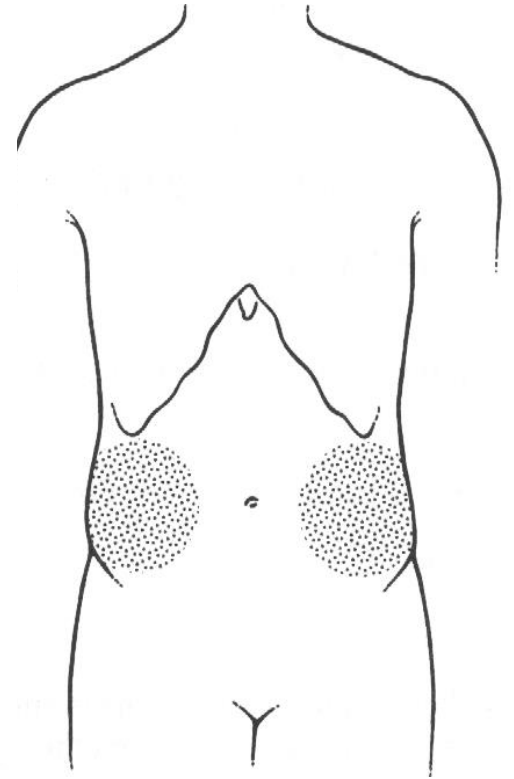
- pleurită, pleurezie stângă, pneumonie
- embolie pulmonară



Durerea abdominală localizată

Flancul drept sau stâng

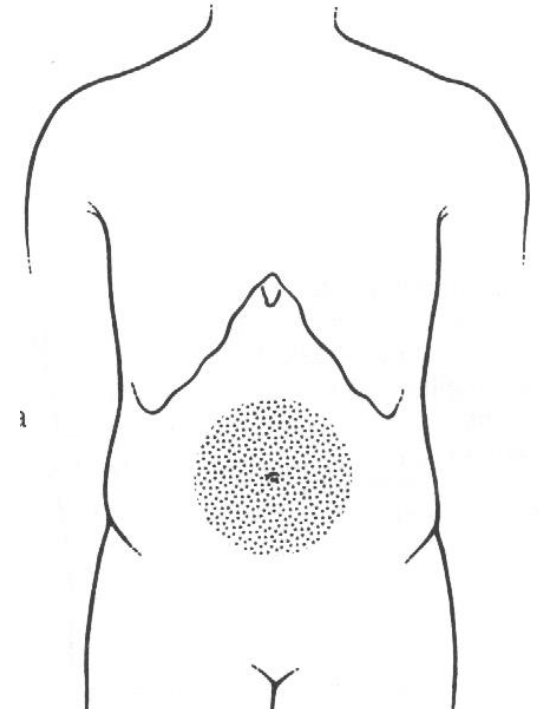
- litiaza renală
- pielonefrita
- suferințe ale colonului ascendent sau descendent



Durerea abdominală localizată

Mezogastru

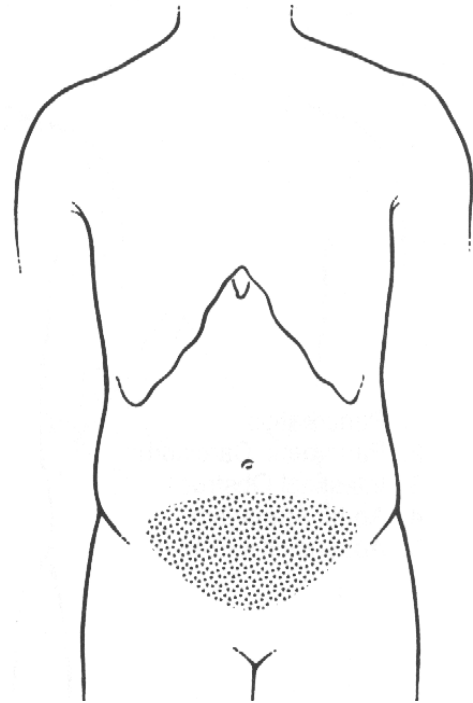
- Pancreatite, cancer pancreatic
- Enterite, obstrucții intestinale
- Apendicită
- Anevrism de Ao abdominală
- Paraziti intestinali: Giardia



Durerea abdominală localizată

Hipogastru, fosele iliace

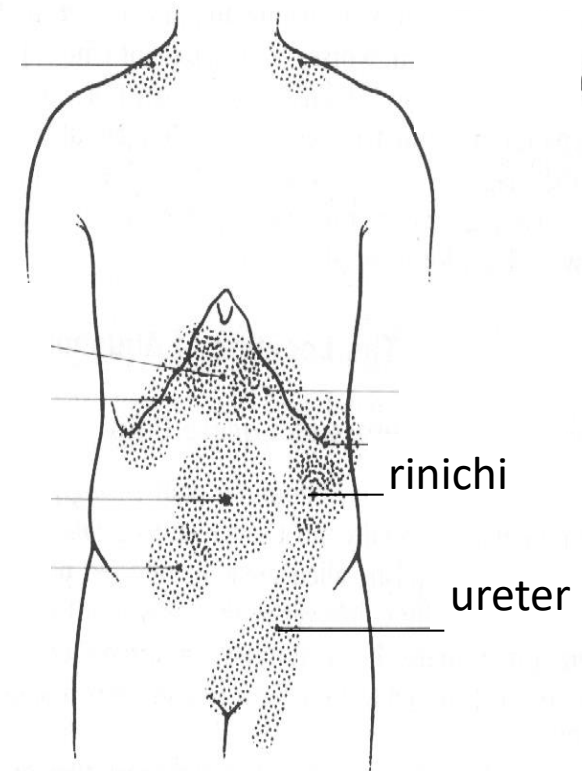
- boli ale colonului
- dr: apendicită
- stg: diverticulită Meckel
- boli ale vezicii urinare (cistită, glob vezical, litiază, tumori)
- boli ale uterului (endometrită, fibrom, carcinom)
- boli ale anexelor: anexită, sarcină tubară, chist ovarian
- boli ale prostatei (prostatită, adenom, carcinom)
- boli ale coloanei vertebrale lombo-sacrate.



Iradierea durerii

Poate fi specifică

- **Colica renală:** durerea iradiază din regiunea lombară de - a lungul ureterului, spre flanc și hipogastru



Iradierea durerii

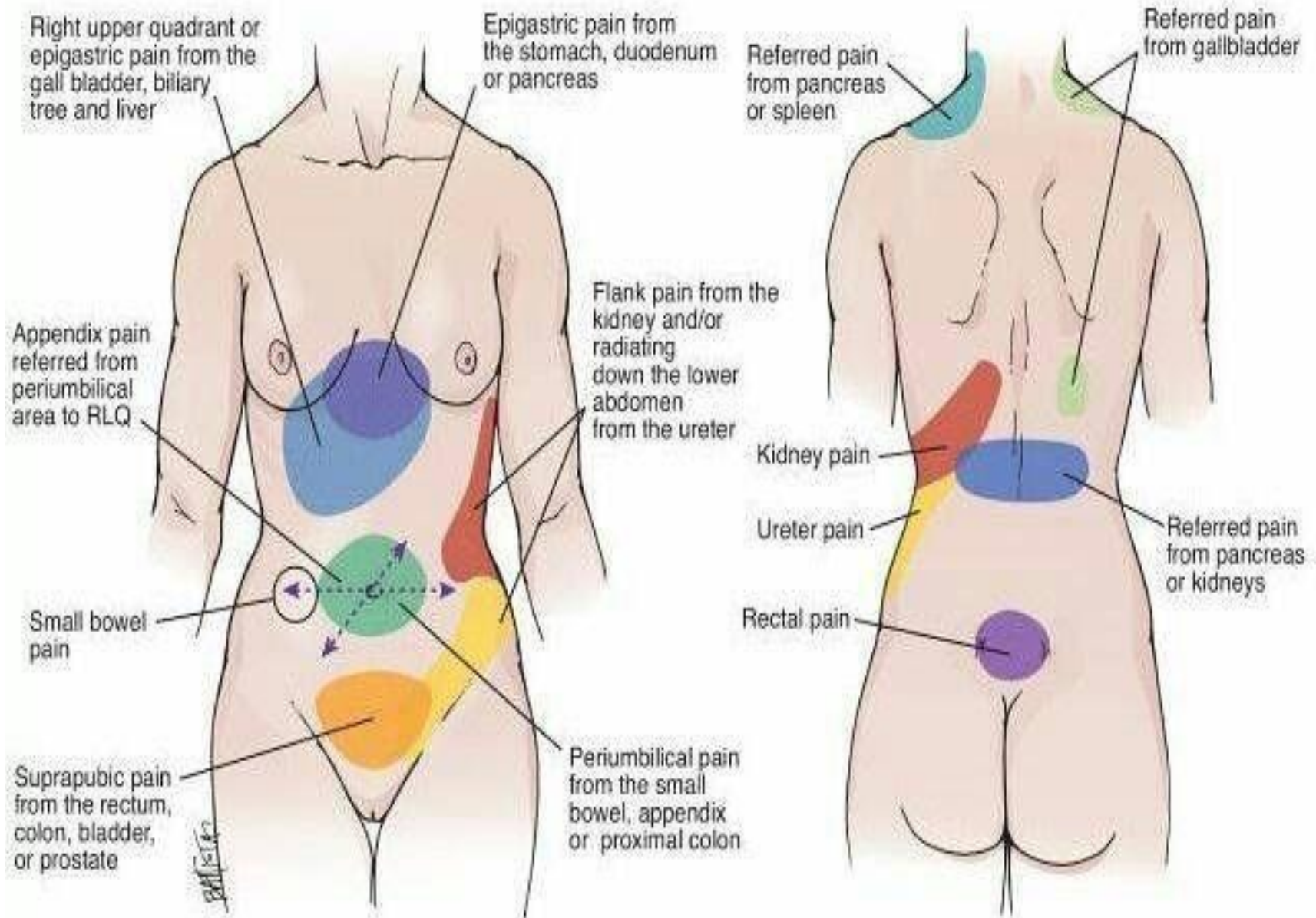
- **Colica biliară:** durerea iradiază din hipocondrul drept spre :
 - lumba dreaptă
 - umărul drept
 - epigastru



Iradierea durerii

- **Pancreatita acută:** durerea din epigastriu iriază “în centură” spre hipocodrul drept și stâng, și spre coloana vertebrală dorsală T11- T12.





Patterns and referents of abdominal pain.

Circumstanțe de apariție

- **Colica biliară:** declanșată de obicei de grăsimi alimentare (ouă, maioneze, smântână etc.)
- **Colica renală:** declanșată în condiții de trepidații sau deshidratare
- **Pancreatita acută:** după abuz de alcool și grăsimi alimentare
- **Ulcerul peptic:** crize cu caracter sezonier (primăvara și toamna), exacerbate de unele alimente (acide, condimente) și medicamente (aspirina).

Circumstanțe de ameliorare sau dispariție a durerii

- **Antispastice:** colica biliară, colica renală
- **Medicamente** antiacide, **alimente** alcaline: ulcerul duodenal
- **Presiune** pe abdomen: colica saturnină
- **Nitroglicerină** sublingual: angina abdominală.

Simptome asociate

- **Colica biliară:** grețuri, vărsături alimentare și bilioase, gust amar
- **Colica renală:** polakiurie, disurie, hematurie
- **Pancreatita acută:** stare de șoc
- **Enterocolite:** diaree.

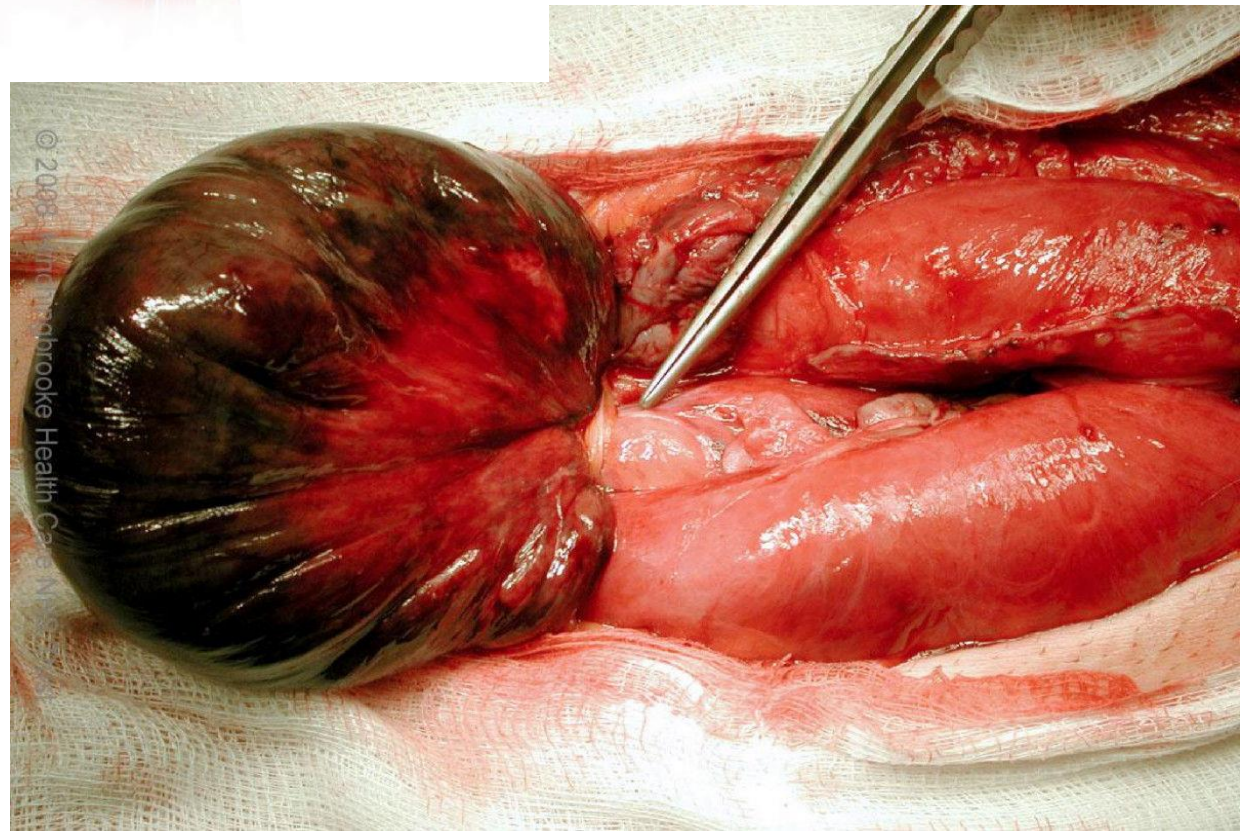
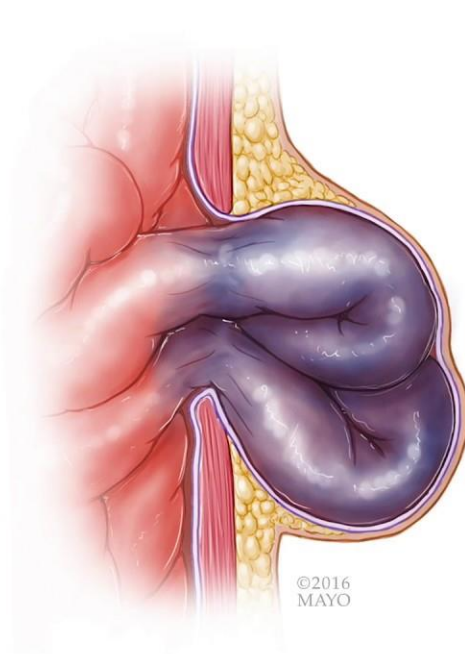
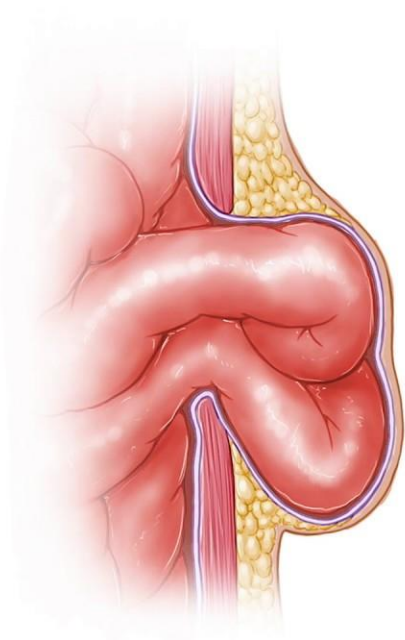
TIPURI DE DURERE ABDOMINALA

1. Durerea abdominală parietală

Este bine localizată, superficială, provocată sau accentuată de palparea regiunii.

- Se însoțește de modificări care sugerează diagnosticul:
 - zona zoster abdominal: erupție eritematoasă veziculoasă pe traiect nervos senzitiv
 - abces, flegmon: inflamație acută locală (eritem, edem, căldură, durere)
 - hematom în teaca dreptului abdominal: echimoză post-traumatică
 - hernie strangulată: formațiune tumorală, dureroasă, într-un orificiu herniar, nereductibilă.



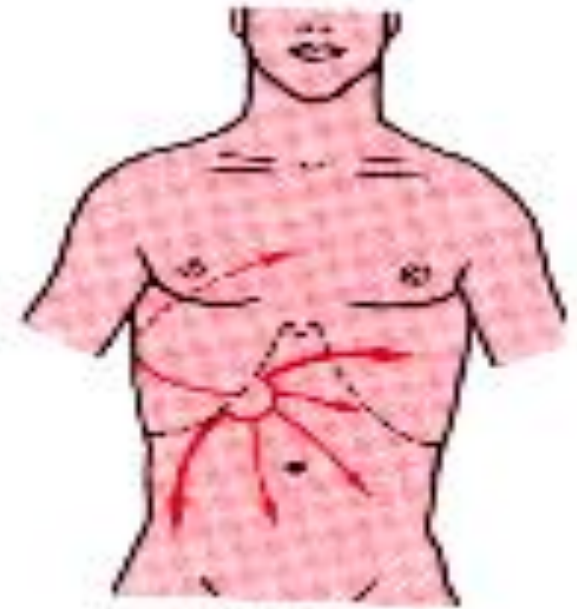


2. Durerea abdominală peritoneală

Este mai difuză, mai greu de localizat.

A. Durerea din inflamația peritoneului
(apendicita acută, colecistita acută, pelvipерitonite)

- debut rapid
- este intensă, continuă, cu agravare progresivă
- localizată inițial în regiunea organului afectat, apoi se generalizează în întreg abdomenul
- se însoțește de tuse dureroasă, adesea imposibilă și de inhibiție voluntară a mișcărilor respiratorii (contractura diafragmului, durere accentuată de respirație).

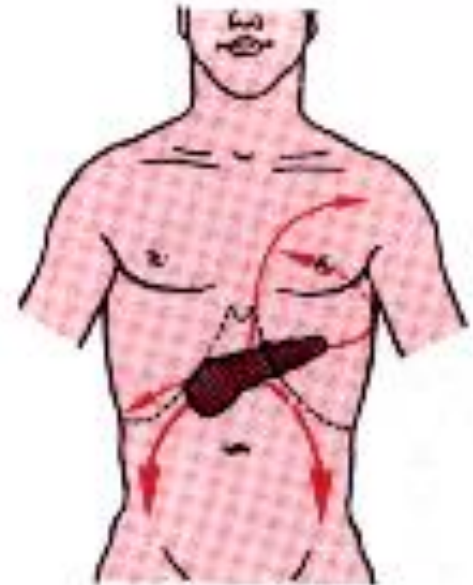


Colecistita acută

2. Durerea abdominală peritoneală

B. Durerea din iritația chimică a peritoneului (ulcer perforat, pancreatita acută)

- debut brusc
- foarte intensă de la început și continuă
 - Depinde de tipul și cantitatea agentului iritant
 - Cantitate mică de acid gastric dintr-un ulcer perforat poate induce durere mai intensă decât materiile fecale dintr-un colon perforat
 - Enzimele pancreatice induc durere mai mare la aceeași cantitate decât bila
- localizată inițial în epigastriu (ulcer perforat) sau în etajul abdominal superior în “centură” (pancreatită), apoi cuprinde întreg abdomenul
- se însoțește de vărsături, stare de șoc.
- Sângele, urina induc durere de intensitate mică



2.Durerea abdominală peritoneală

C. Spasm muscular reflex tonic

- Musculatura abdominala contractata
- Depinde de viteza de instalare, integritatea sistemului nervos local, si localizare
 - Apendicele retrocecal perforat poate sa nu induca spasm(cantitate de intestin mare deasupra cu efect protector)
- Poate fi absent la bolnavii critici, imunosupresati, psihotici
- Durerea din inflamatia peritoneala este strans legata de presiune si modificari de intindere a peritoneului
 - Palparea, tuse, stranut accentueaza durerea
- Pacientul cu peritonita
 - Intins, nu prefera miscarile, cat mai linistit

3. Durerea din obstrucția de organ cavitatar

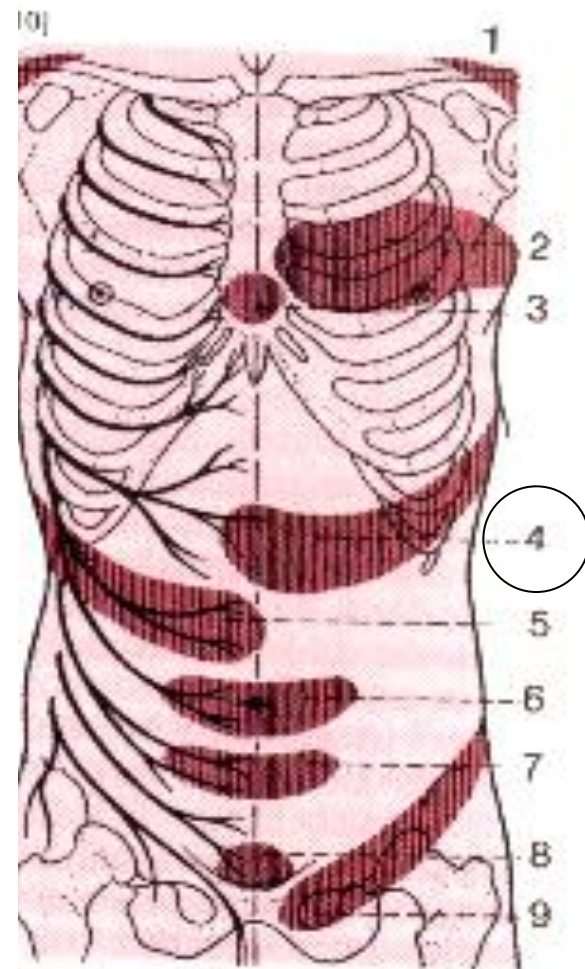
Este provocată de contracția spastică a musculaturii netede parietale.

Sediul și iradierea sunt caracteristice(dar pot fi mai greu delimitate decat cele peritoneale)

A. Colica gastrică: crampă dureroasă epigastrică, însoțită de grețuri, vărsături alimentare sau acide

Cauze:

- abuzuri alimentare
- gastrita iritativă, etanolică sau medicamentoasă
- ulcer peptic



3. Durerea din obstrucția de organ cavitărilor

B. Colica biliară: durere violentă în hipocondrul drept, cu iradiere spre lomboși și umărul drept, hemitoracele posterior drept, însoțită de grețuri și vărsături bilioase

- Distensia ductului biliar poate induce durere epigastrică (suprapunere cu durerea din colica biliară simplă)
- apare în mod caracteristic după ingestie de alimente colecistokinetice (ouă, grăsimi, ciocolată)
- se întâlnește în litiaza biliară



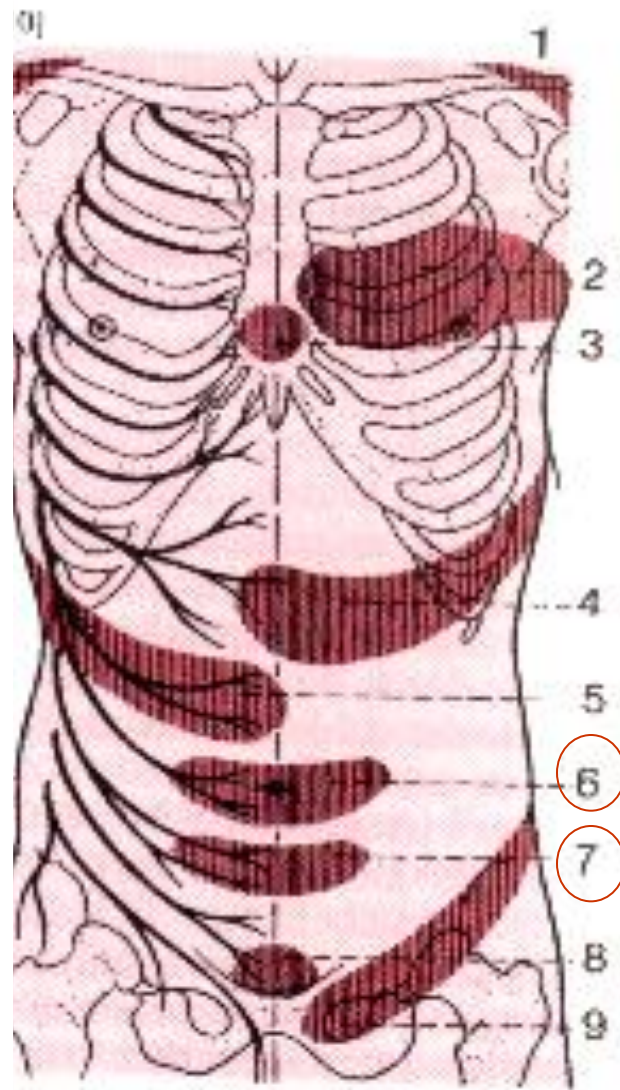
3. Durerea din obstrucția de organ cavitatar

C. Colica intestinală se datorează creșterii peristalticii intestinale.

- localizată peri - ombilical (intestin subțire) sau în flancuri (colon)
- poate fi mobilă, migrând dintr-un loc în altul, în funcție de unda peristaltică, sau fixă (subocluzia intestinală, enterita regională)
- se însoțește:
 - de borborisme (zgomote hidro-aerice),
 - flatulență,
 - scaun imperios, cu diaree sau constipație

Colica intestinală foarte violentă, cu tablou de abdomen acut, se întâlnește în:

- ocluzia intestinală rapid instalată
- infarctul mezenteric,
- colica saturnină (intoxicația cu plumb),



3. Durerea din obstrucția de organ cavităar

D. Durerea din distenția ductelor pancreatice

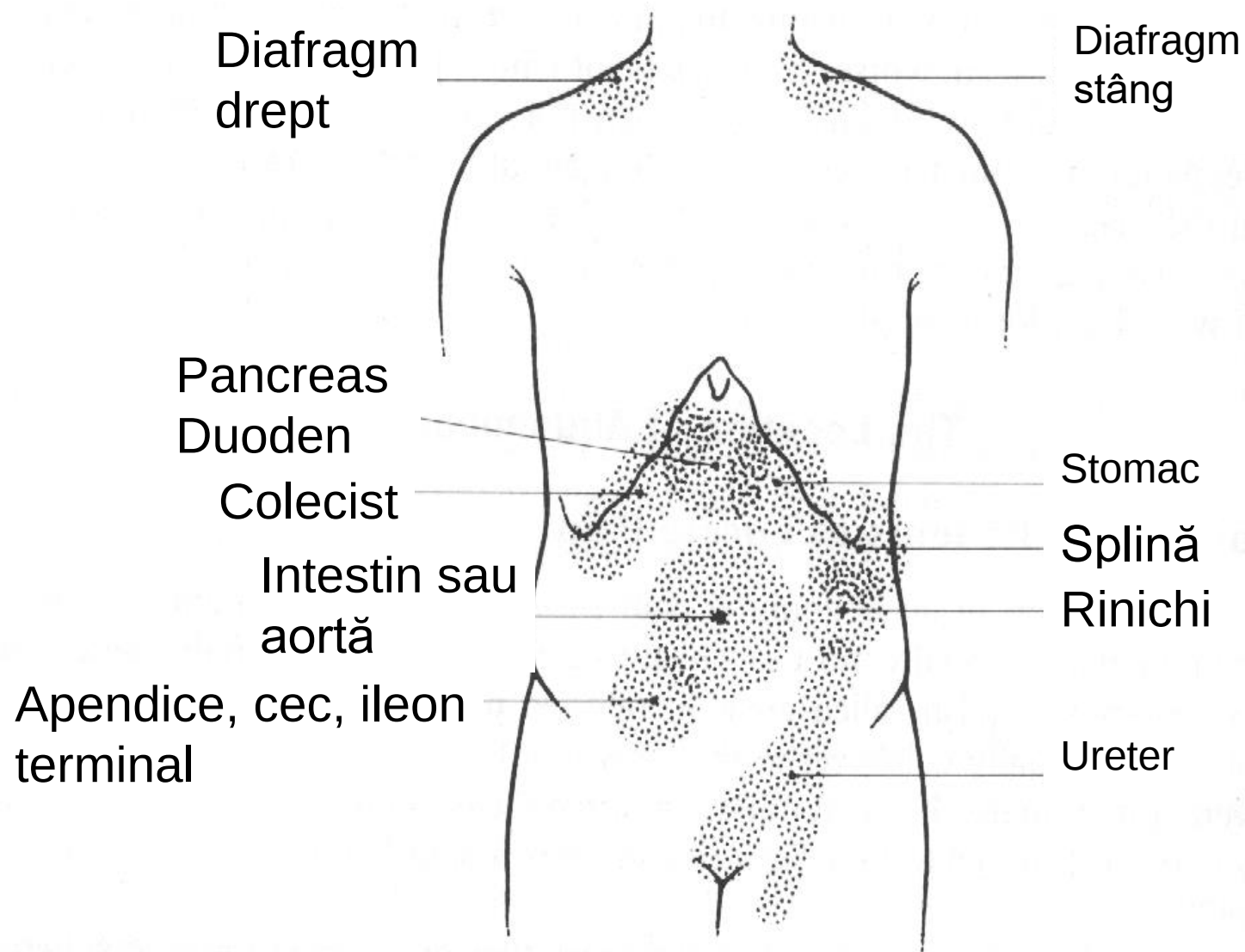
- Durere frustră epigastriă sau cadranul drept superior (neoplasm de cap de pancreas)
- Accentuată de clinostatism, cedează la ortostatism

E. Durerea din distensia cailor urinare

- **Vezică:** durere frustră, intensitate mică în regiunea suprapubică
- **Jonctiune reno-ureterală și ureter:** durere în unghiul costovertebral, în flancul ipsilateral
- **Portiune vezicală a ureterului:** durere suprapubică, în flancul ipsilateral, iradire spre organele genitale externe

4. Durerea prin distensia rapidă a unui organ parenchimatos

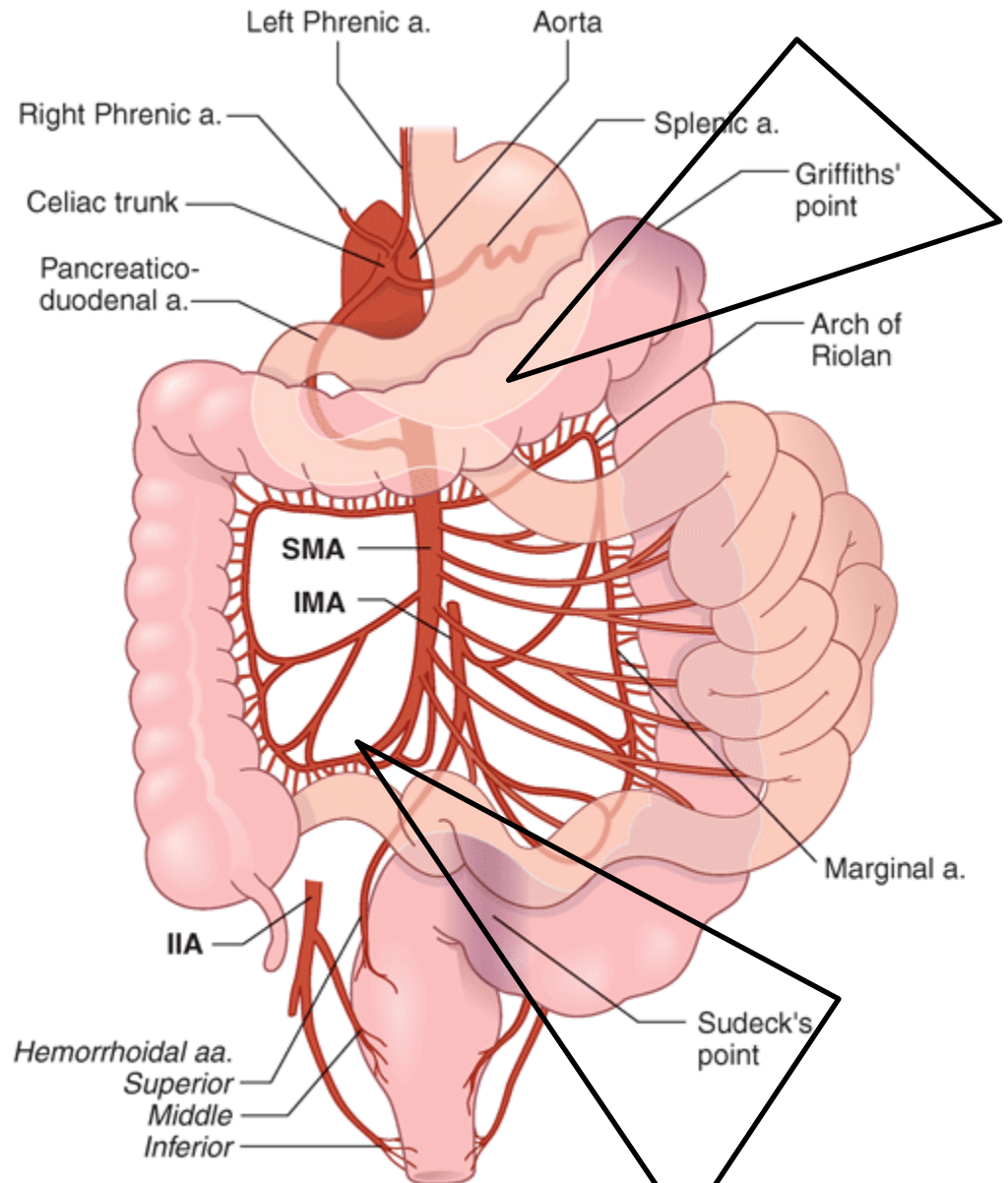
- **Hepatomegalia rapid instalată** (hepatite acute, hepatomegalia de stază):
 - jenă în hipocondrul drept și epigastru,
 - însoțită de grețuri, vărsături, meteorism
- **Splenomegalia rapid instalată** (infarcte splenice):
 - durere în hipocondrul stâng, cu iradiere spre umărul stâng,
 - accentuată de mișcările respiratorii,
 - uneori sughiț (prin iritarea nervului frenic).



5. Durerea abdominala de cauză vasculară:

- **“Angina abdominală”**: prin ischemie mezenterică:
 - peri-ombilicală;
 - se accentuează post-prandial
 - cedează la nitroglicerină sublingual
- **Infarctul mezenteric**: ischemie acută (embolie sau tromboză) cu necroză intestinală;
 - durere violentă, continuă, în punct fix
 - sau durere frustră colicativă sau continuă cu 2-3 zile înainte de colaps
 - se însoțește de diaree cu sânge, stare de șoc, semne de iritație peritoneală.
- **Anevrismul de aortă abdominală**:
 - durere intensă, continuă; durere sacrală, în flank sau zona genitală
 - se palpează o formațiune tumorală cu caracter pulsatil, expansiv.
 - tensiunea arterială la membrele inferioare este scăzută comparativ cu cea măsurată la membrele superioare.

- Zone cu perfuzie deficitara susceptibile cel mai frecvent la ischemie
- Absenta rigiditatii si spasmului in prezenta unei dureri difuze continue la un pacient cu ateromatoza
 - Ocluzie de artera mezenterica superioara (**durere disproportionata fata de semnele obiective**)



Source: Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, 18th Edition: www.accessmedicine.com

Copyright © The McGraw-Hill Companies, Inc. All rights reserved.

6. Durerea abdominală de cauză neurogenă:

- are caracter radicular, de arsura, de obicei limitata la un singur traiect nervos, hipestezie
- stimuli care in mod normal nu produc durere(atingere, diferenta de temperatura) pot produce durere de intensitate variabila
- Nu are legatura cu alimentatia
- se întâlnește în:
 - discopatii vertebrale,
 - tabes, herpes,
 - nevralgii, nevrite, scleroza multipla

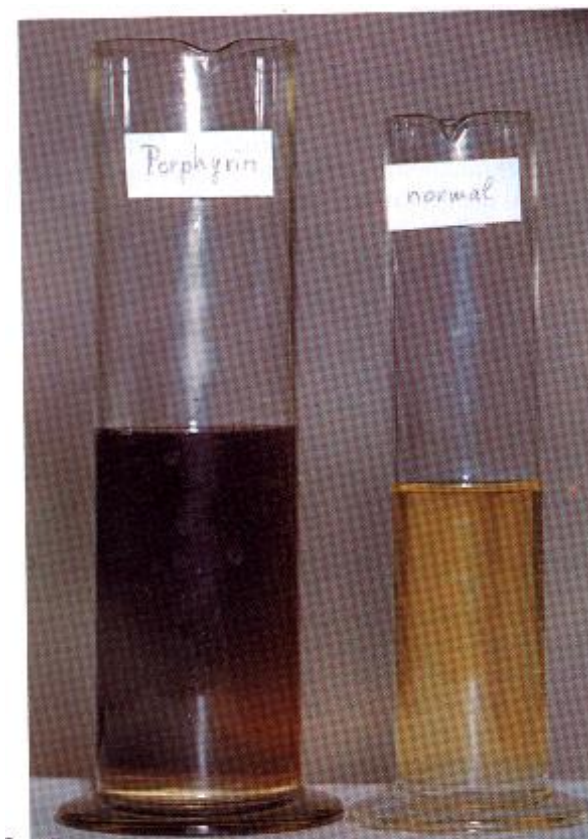
7. Durerea abdominală de cauză metabolică (toxică) si endocrina

- Toxice exogene: colica saturnină (intoxic. cu Pb)
- Toxice endogene:
 - cetoacidoza diabetică,
 - uremia,
 - porfirie acută intermitentă.
- Endocrina
 - Hiperparatiroidism
 - Boala Addison

Este o **durere violentă, difuză, cu caracter recurent**, neinfluențată de tratament antispastic

Poate lua orice caracter

Poate conduce la laparotomii nenecesare



Urina în
porfirie

Urina
normală

- **8.Durerea abdominală proiectată:** cu originea la nivelul unor organe intratoracice, organe genitale externe sau la nivelul coloanei vertebrale și iradiată la nivelul abdomenului.
- **9.Durerea psihogenă:** la bolnavi cu tulburări psihice, fără o suferință organică decelabilă.

2. Dispepsia (indigestia)

- Senzație de disconfort asociat cu alimentația.
- Constituie un simptom foarte frecvent, de obicei autolimitat, spontan reversibil.

Cauzele dispepsiei

1. Boli digestive

- Esofagite, hernie hiatală
- Ulcer peptic
- Gastrita acută
- Litiaza biliară
- Tulburări de motilitate:
 - Spasm esofagian
 - Colon iritabil
- Boli pancreatice
- Boli hepatice (hepatită, staza hepatică, metastaze)
- Carcinom colon

2. Boli sistemice

- Insuficiența renală
- Hipercalcemia

3. Medicamente:

- AINS
- suplimente de Fe și K
- corticoizi adm oral
- toxicitatea digitalică

4. Alte cauze:

- alcoolul
- cauze psihice: depresia, anxietatea

Simptome comune

1. Durerea:

- retrosternală (esofag, hernie hiatală)
- epigastrică (stomac, pancreas, colecist)
- periombilicală (intestin subțire)
- flancuri (colon).

2. Intoleranță la anumite alimente:

- grăsimi: boli biliare și pancreatice
- acide: boala ulceruoasă
- lapte: deficit de lactază.

3. Alergia la anumite alimente:

- urticarie,
- colici abdominale,
- vărsături, diaree.

Simptome comune

4. Dispepsia gazoasă: prin fermentație intestinală crescută.

- meteorism : distensie abdominală datorită conținutului gazos intestinal crescut.
- eructații: eliminarea aerului din tubul digestiv pe gură
- flatulență: eliminări de gaze din tubul digestiv pe cale anală

Sd. Römheld: **senzație de plenitudine epigastrică** datorită distensiei aerice gastrice (aerogastrie), uneori asociată cu palpitații. Cedează după eructații

Cauzele dispepsiei gazoase :

- aerofagia
- consum de alimente bogate în celuloză
- intoleranța la lactoză
- sd. de malabsorbție.

Simptome de alarmă:

- Scădere ponderală
- Anemie
- Vărsături persistente
- Hematemeză și/sau melenă
- Disfagie persistentă
- Masă abdominală palpabilă
- Dispepsia recent instalată la $v > 55$ ani
- Dispepsia ce nu răspunde la tratament simptomatic, la $v < 55$ ani

Explorări :

- Atc si Ag pt Helicobacter pylori,
- Ecografia abdominala
- Examen baritat al tubului digestiv
- Endoscopie digestiva
- CT torace, abdomen

3. MODIFICĂRILE FOAMEI ȘI APETITULUI

- **Apetitul**=dorința de a mânca în general sau de a mânca anumite alimente
 - **Foamea**=necesitatea de a mânca, asociată uneori cu senzația de arsură epigastică, cefalee, amețeli.
 - **Apetit diminuat=hiporexie**
 - **Apetit absent=anorexie.**
 - totală
 - electivă pentru anumite alimente (ex. pentru carne în cancerul gastric)
- Se însoțește de scădere ponderală

MODIFICĂRILE FOAMEI ȘI APETITULUI

- **Sitofobia**=evitarea conștientă a anumitor alimente, de teama durerii
- **Hiperorexia**=apetit excesiv (ex. în ulcerul duodenal)
- **Parorexia**=apetit pentru alimente neobișnuite (de ex. în sarcină)
- **Pica**=alterarea apetitului, cu tendința ingerării unor materii nealimentare (psihopații)
- **Polifagia**=aport alimentar crescut, în condițiile unui consum metabolic crescut sau neutilizării principiilor alimentare (hipertiroidism, diabet zaharat decompensat, insulinom)
- **Bulimia**=foame excesivă, urmată de ingestia unor cantități excesive de alimente, care depășesc necesitățile organismului (depresii, tulb. psihice).

CAUZELE ANOREXIEI

Boli digestive

1. Boli ale stomacului:
 - gastrite acute, cronice
 - cancer gastric
2. Boli ale ficatului:
 - hepatite acute, cronice,
 - ciroză hepatică
3. Boli biliare:
 - litiază biliară,
 - colecistopatii
4. Boli pancreatice:
 - pancreatită cronică,
 - cancer pancreatic

Boli extradigestive

1. Boli acute febrile
2. Boli infecțioase cronice
3. Intoxicații cronice:
 - alcool, fumat
4. Boli metabolice:
 - diabet zaharat cu cetoză
 - uremia
5. Boli endocrine: insuficiența hipofizară
6. Boli psihice:
 - **anorexia nervoasă**



Anorexie nervoasă

4. Pirozismul:

Senzație de arsură retrosternală.

Se întâlnește în:

- esofagita de reflux
- hernia hiatală
- ulcerul duodenal
- gastrita de iritație

5. Singultus (sughit)

contracție involuntară diafragm

Cauze:

Fiziologic : postalimentar-scurtă durată,inofensiv

Patologic:

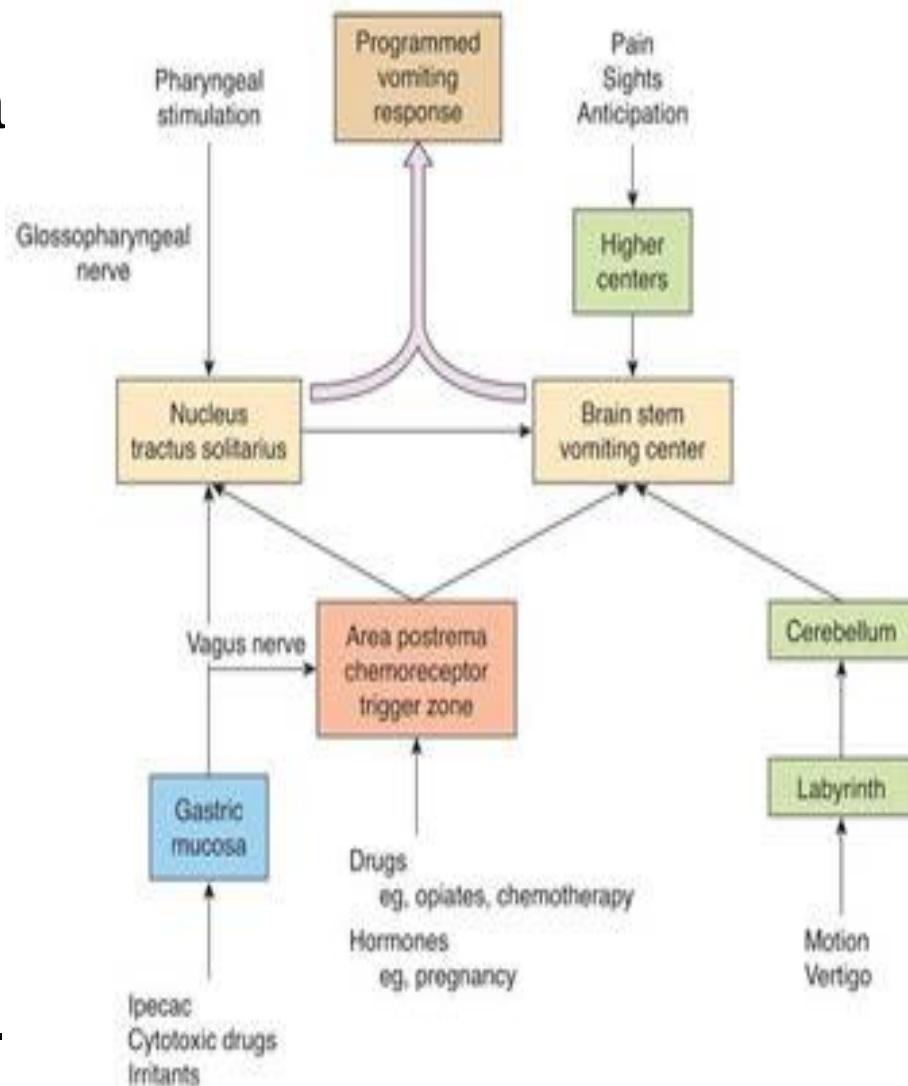
- **Cauze periferice**: procese din vecinatatea diafragmului
 - Abdominale: abces subfrenic,colecistita,dilatatie gastrica,hernie hiatala,
 - Toracice: tumori mediastinale,tumori pulmonare hilare, mediastinita, pleurita, pericardita
- **Cauze centrale**: uremie,encefalita,tumori cerebrale, encefalomalacie,tabs dorsalis, dependenta de opiacee
- **Singultus + disfagie** ⇒ cancer esofagian

6. Greșurile și vărsăturile

- **Greața**= senzația subiectivă iminentă de a voma.
- **Vărsătura**= act reflex ce are drept rezultat evacuarea conținutului gastric pe gură

Simptome asociate :

- paloare, transpirații,
- bradicardie, hipotensiune arterială,
- lipotimii, sincope vasovagale.



6. Grețurile și vărsăturile

- Mecanism complex
 - **trunchi cerebral**: nucleii ce controlează musculatura facială, faringe, musculatura scheletală, diafragm
 - Necesită **prezența cortexului**: act conștient
 - Mediatori
 - **Neurokinina-1, receptorul 5-HT₃ (serotoninic) și vasopresina**
 - **Cunoașterea acestor mecanisme are importanță terapeutică**

Cauzele vărsăturilor

Infecții	Toxi-infecții alimentare Hepatite	Infecții urinare Pneumonii (la copii)
Intoxicații	alcool CO, Pb	ciuperci
Medicamente	AINS Antibiotice Opiacee	Digoxina (toxicitate) Citostatice
Boli gastro-duodenale	Gastrite Ulcer peptic ($\pm$ stenoză pilorică) Cancer gastric	Gastropareze: - diabetică - sclerodermie - antispastice
Abdomen acut	Apendicită Colecistită	Pancreatită Obstrucție intestinală

Cauzele varsaturilor

Boli ale SNC	Sd vestibular Migrena (tulb vasomotorii) Meningita	Hipertensiunea intracraniană: vărsături în "jet", fără greață
Boli metabolice Și endocrine	Cetoacidoza diabetică Uremia	Boala Addison Tireotxicoza Hipercalcemia
Alte cauze	Orice durere puternică: vărsături reflexe - Infarct miocardic acut - Colica biliară - Colica renală	Cauze psihice: stress
Cauze fiziologice	sarcina	răul de "mișcare"

Caracterul vărsăturilor:

1. Frecvența:

- episodice (ocasionale)
- sistematice
 - post - prandiale în stenoza pilorică,
 - matinale la etilici și gravide
- frecvente ($>2/\text{zi}$),
- incoercibile ($5-20/\text{zi}$): sarcină cu disgravidie, gastrită acută, intoxicații.

2. Volum:

- mic $<100\text{ ml}$
- mediu: $200-300\text{ml}$
- mare ($>500\text{ ml}$): în stenoza pilorică.

3. Gust:

- amar (colecistopatii)
- acru (ulcer duodenal)

Caracterul vărsăturilor:

4. Miros:

- acru: vărsături cu suc gastric
- amoniacal: uremie
- aromat: cetoacidoza diabetică
- fecaloid: ocluzia intestinală
- de alcool: intoxicația acută etanolică

5. Relația cu durerea:

- vărsăturile de cauză gastrică: apar în momentul maxim al durerii, pe care o calmează
- vărsăturile de cauză biliară: repetitive, uneori incoercibile, nu calmează durerea.

Caracterul vărsăturilor:

6. Conținut:

- apos: gastrite
- mucos: în sarcină
- alimentar:
 - ingerate recent: dispepsia acută
 - ingerate cu 12-24 ore în urmă: stenoza pilorică
 - nedigerate: diverticul Zencker, acalazie
- bilios: colecistopatii, prin reflux biliar
- poraceu (verzui - cenușiu apos): suc intestinal (stadiul inițial al ocluziei intestinale)
- fecaloid: stadiul tardiv al ocluziei intestinale
- putrid: gastrită acută flegmonoasă
- hemoragic: sângerări esofagiene, gastrice sau duodenale.

Complicații ale vărsăturilor

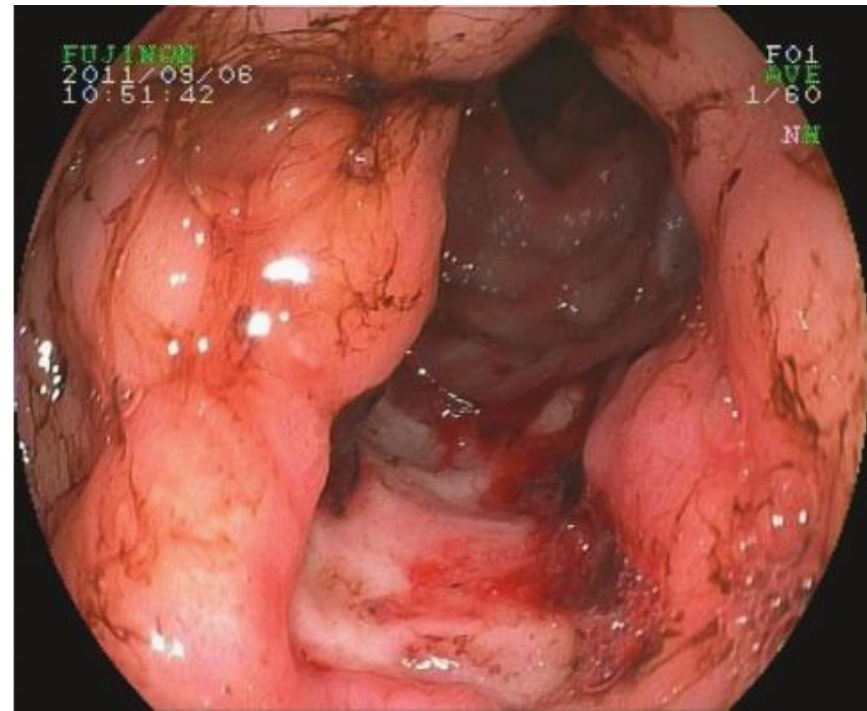
- sindrom Mallory-Weiss
- sindrom de aspirație în caile respiratorii
- alcaloza metabolică hipokaliemică
- deshidratare: hipotensiune arterială, vertij, lipotimii.

7. Hemoragiile in tubul digestiv

- A. Hemoragii digestive superioare (deasupra unghiului duodeno - jejunal *Treitz*):
 - hematemeza
 - melena
- B. Hemoragii digestive inferioare (sub unghiul duodeno - jejunal *Treitz*): hematochezia
- C. Hemoragii oculte: superioare sau inferioare, în cantitate mică, se evidențiază doar prin examenul biochimic al scaunului.

Hematemeza

- Eliminarea prin vărsătură de sânge **digerat, în “zaț de cafea”, amestecat cu resturi alimentare.**
- Hematemeza cu sânge roșu:
 - rupturi de varice esofagiene
 - hemoragie gastrică abundentă, în care vărsătura survine rapid
 - Sindrom Mallory-Weiss
- Întotdeauna hematemeza este urmată de melenă.



Melena

Eliminarea unor scaune de culoare neagră “ca păcura”, păstoase, lucioase, de consistență moale.

50% din hemoragiile digestive superioare (HDS) se manifestă prin melenă

Melena-passage of black stools containing digested blood



Melena

Melena poate continua 5-7 zile după oprirea hemoragiei.

- pentru ca melena să fie evidentă: sângerarea trebuie să fie de min. 60 ml, iar sângele să stagneze cel puțin 8 ore în tubul digestiv
- în caz de melenă “reținută”: scaunul este bine format, dar de culoare neagră
- dacă sângerarea este masivă, $> 1000\text{ml}$, iar tranzitul intestinal este accelerat: scaunul conține sânge roșu, nedigerat: se poate confunda cu HDI.

Simptome asociate hemoragiei digestive superioare

- A. În cazul sângerărilor importante: datorate **hipovolemiei și anemiei acute post - hemoragice**
- paloare, transpirații
 - amețeli, lipotimii (lipotimia de “toaletă”), uneori sincope
 - hipotensiune arterială - colaps hipovolemic, cu puls tahicardic, filiform.
- B. În cazul sângerărilor mici și repetate: simptome de **anemie feriprivă**
- cefalee, amețeli, palpitații, astenie.

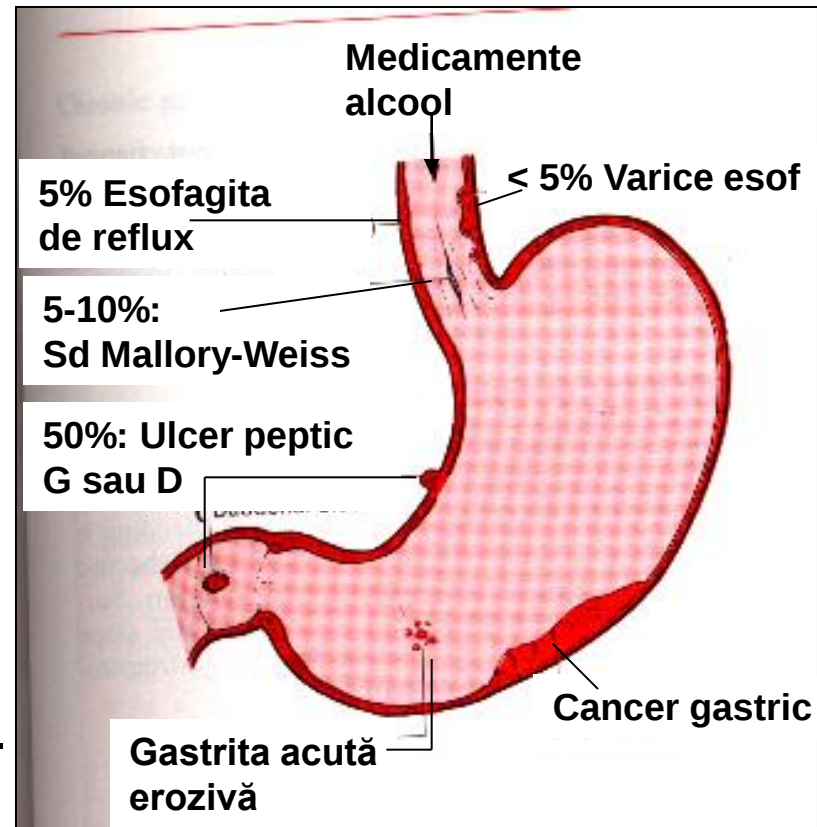
Cauzele HDS:

- 90% din cazuri:
 - _gastrita erozivă
 - ulcerul peptic
 - varice esofagiene rupte.



Helicobacter pylori

- Alte cauze
 - sd. Mallory - Weiss
 - hernia hiatală cu esofagită de reflux
 - cancerul gastric - de ob. sângerări oculte
 - polipoza, diverticuloza gastrică sau esofagiană
 - uremia, insuficiența hepatică
→sângerări "în pânză" ale mucoasei gastrice
 - tulburari de crază sanguină
 - sindrom Zollinger-Ellison
 - teleangiectazia ereditară **Rendu**
 - Osler**
 - Leziunea Dieulafoy



Evaluarea bolnavilor cu HDS:

A. Hemoragia este reală ? : diagnostic diferențial

Hematemeza

- **Hemoptizia:** eliminarea prin efort de tuse de sânge din căile respiratorii.
- **Epistaxisul posterior:** senzație de “căldură” în gură, urmată eliminarea de sânge roșu pe gură.

Melena: culoarea neagră a scaunului dată de:

- **Medicamente:**
 - cărbune medicinal,
 - săruri de bismut,
 - preparate de fier
- **Alimente:**
 - legume verzi (spanac),
 - afine, mure, , vin roșu, sfecla roșie,
 - mezeluri cu mult sânge.

B. Gravitatea hemoragiei:

Clinic:

- **HDS ușoară: <500 ml:** fără manifestări de hipovolemie
- **HDS medie: 500-1000 ml,** manifestări moderate de hipovolemie (amețeli, paloare, transpirații)
- **HDS gravă >1000ml:** șoc hipovolemic- lipotimie; tegumente palide, reci, transpirate; hipotensiune arterială, tahicardie cu puls filiform, oligurie.

Biologic:

- imediat după hemoragie: Hb, Ht sunt normale (hipovolemie cu normocitemie)
- în orele următoare: hemodiluție prin autoperfuzie: ↓Hb, Ht
- în următoarele zile: anemie normocromă, normocitară.

C. Hemoragia s-a oprit ?

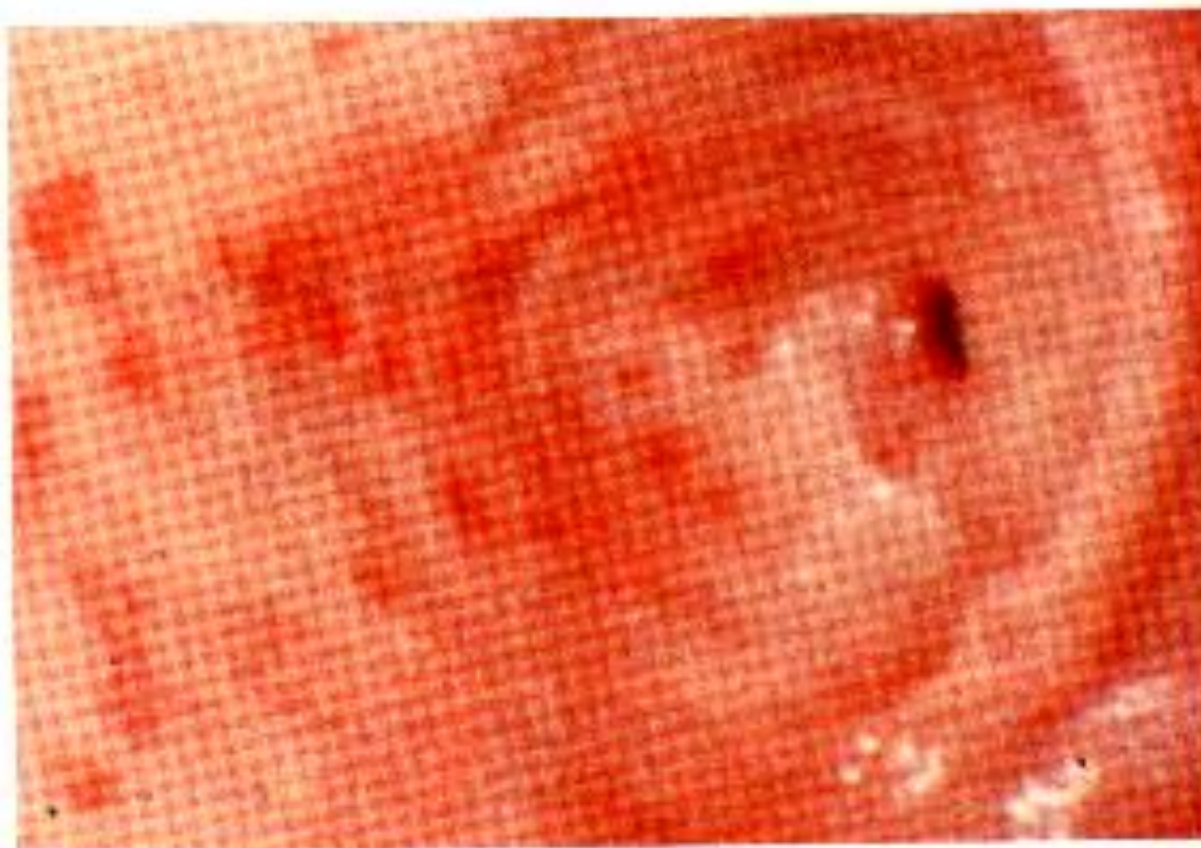
- Răspunsul frecvenței cardiace și al tensiunii arteriale la încărcarea cu volum (1-2 l): dacă se stabilizează, hemoragia s - a oprit.
- Sondă de aspirație gastrică
- Tușeul rectal
- Biologic: leucocitoză și trombocitoză persistente, dacă hemoragia continuă.

D. Stabilirea originii HDS:

- Anamneza: ulcer peptic, ciroză hepatică etc.
- Examen obiectiv
- Examene paraclinice:
 - endoscopia esofago - gastro - duodenală
 - examen baritat gastro - duodenal
 - explorare radioizotopică cu hematii marcate
 - arteriografie celiacă.



Varice esofagiene sângerânde



Esofagită erozivă

gi-

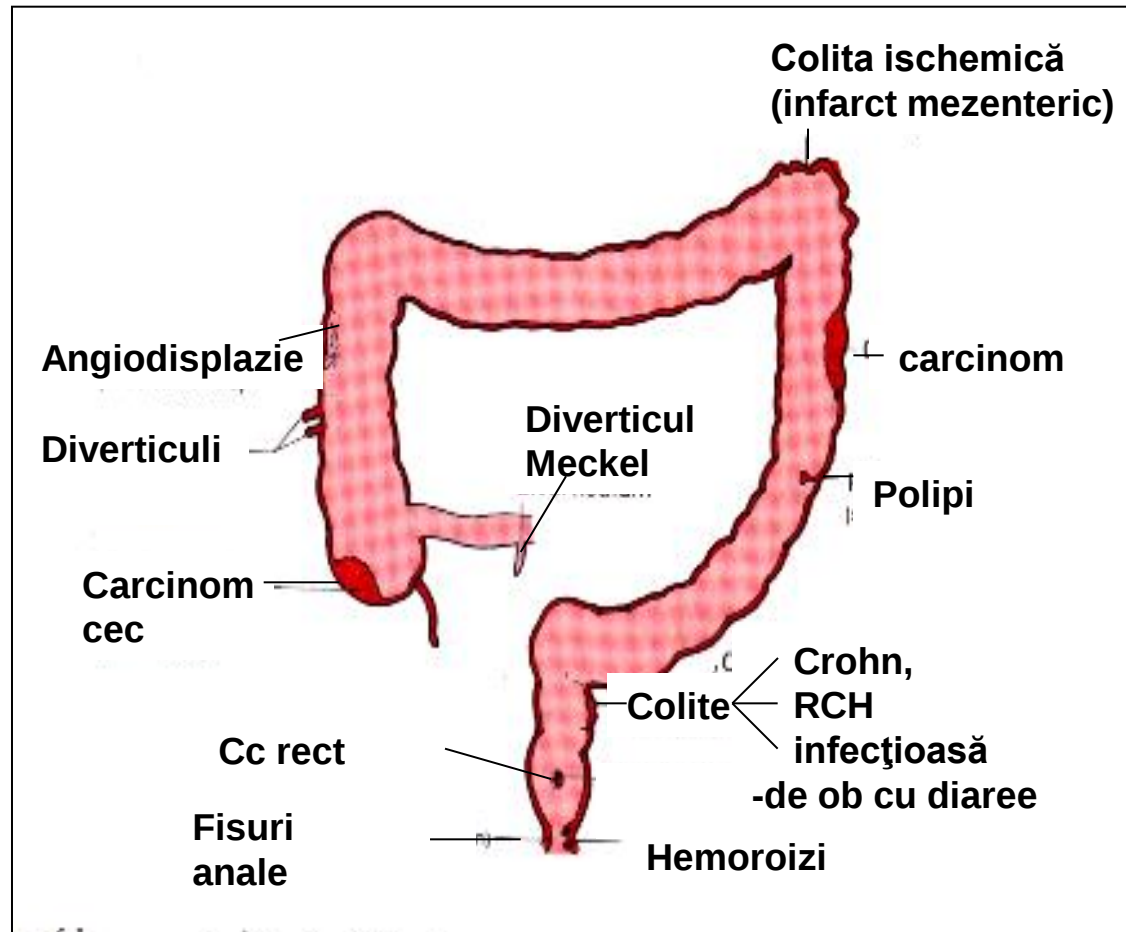


Ulcer peptic

Hematochezia (Rectoragia)

Eliminare de sânge roșu, nedigerat, în scaun.

- **Originea sângerării:** tubul digestiv, **sub unghiul duodeno - jejunal**
Treitz= hemoragie digestivă inferioară.



HDI: aspect și cauze

**Sânge roșu amestecat
cu materii fecale:**
sângerare în intestin
subțire sau colon.

- cancer de colon
- rectocolită ulcero –
hemoragică
- polipoză, diverticuloză
colică
- dizenterie
- infarct mezenteric.



HDI: aspect și cauze

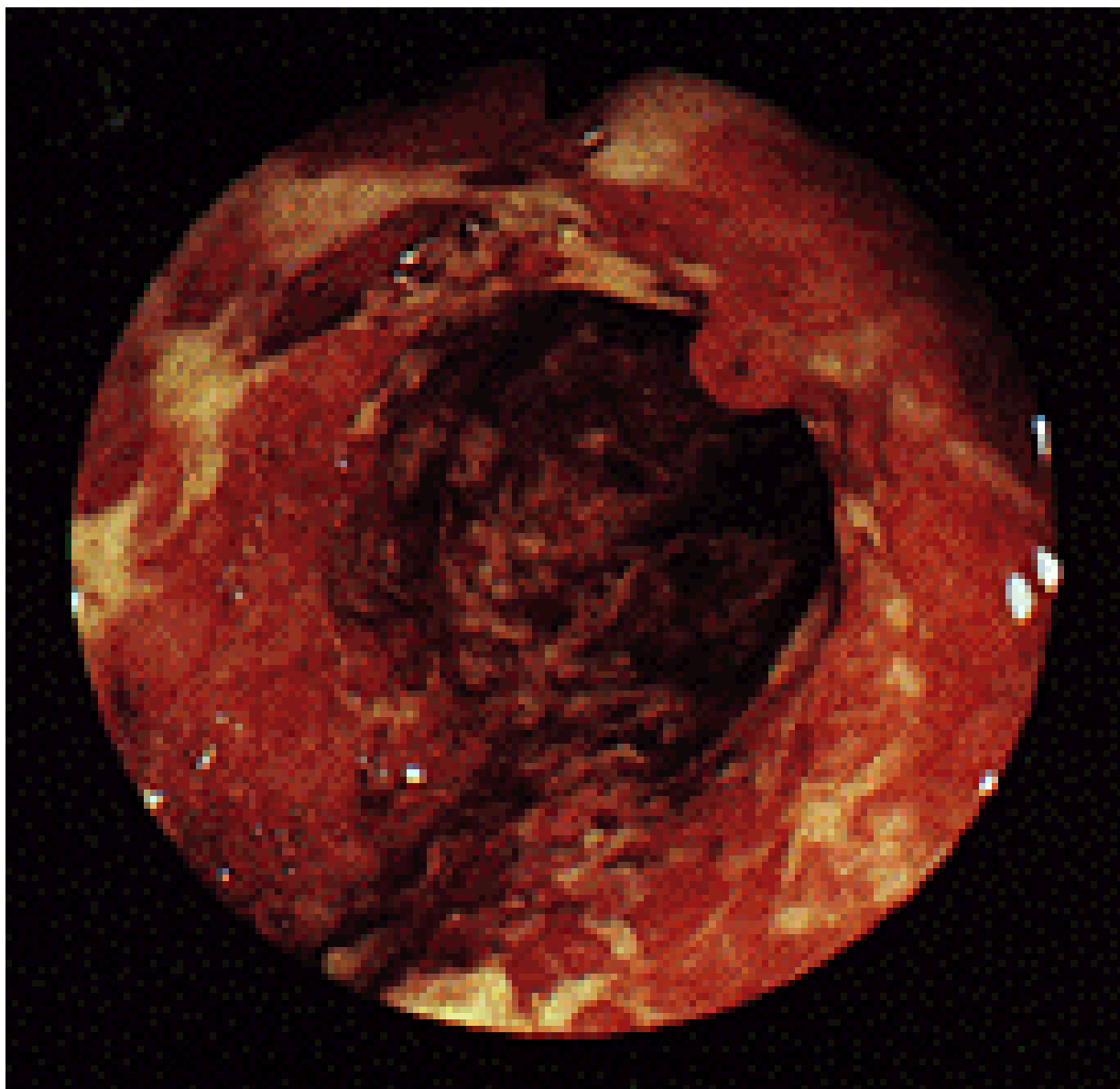
- **Sânge roșu care învelește ca un “manșon” scaunul:**
sângerare în rect.
 - tumori rectale
 - hemoroizi
 - fisuri anale.
- Alte cauze ale hemoragiilor digestive inferioare:**
- anomalii vasculare (telangiectazia Rendu - Osler)
 - vasculite sistemice
 - boli hematologice: cu tulb. crază sanguină: hemofilie, trombocitopenii/patii, leucemii
 - trat. anticoagulant
 - amiloidoza etc.

Stabilirea originii HDI:

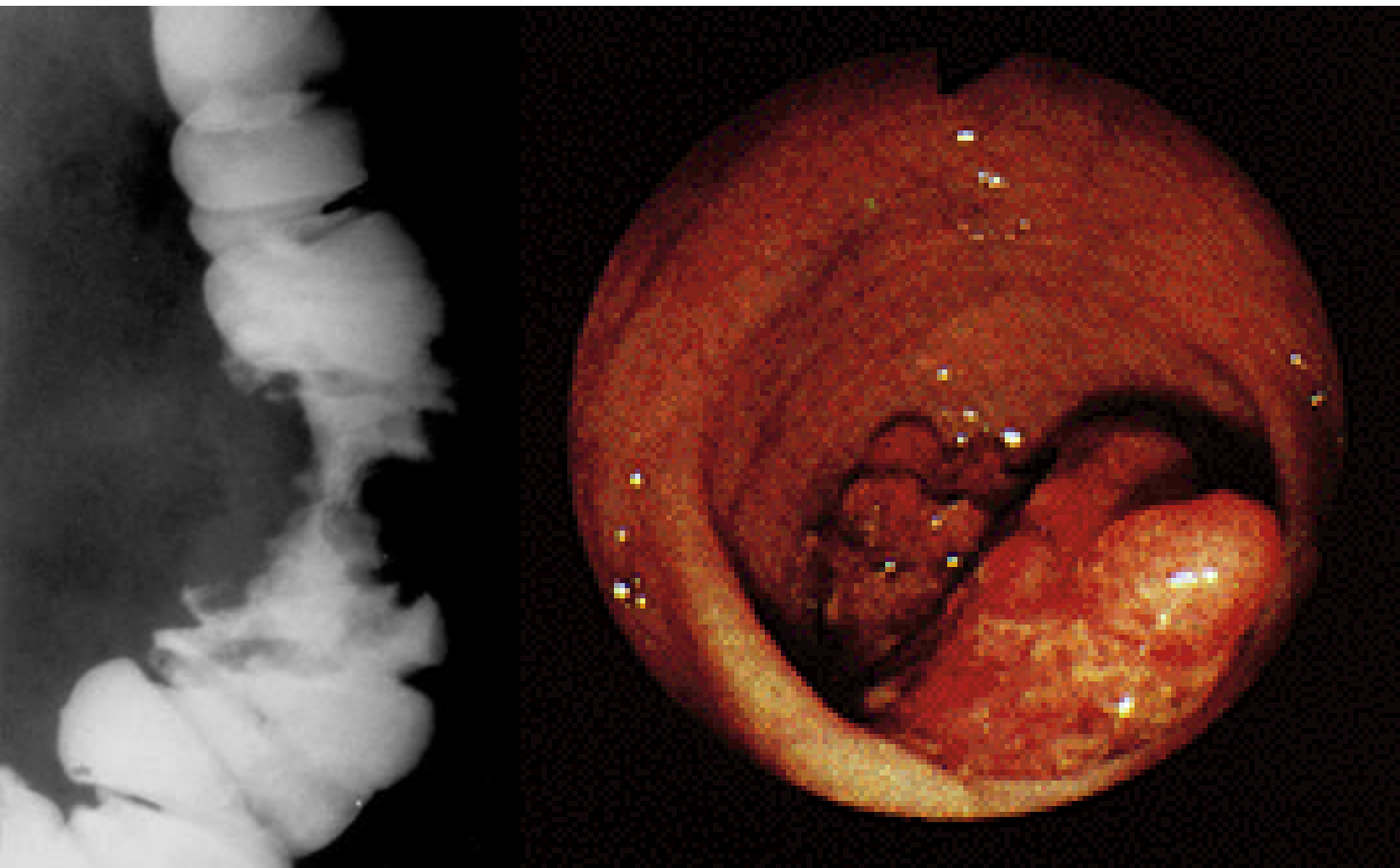
- **Anamneza:** boli ale intestinului subțire, colonului, rectului
- **Ex. obiectiv**
- **Explorări paraclinice:**
 - rectosigmoidoscopie
 - colonoscopie
 - irigografie
 - explorare radioizotopică cu hematii marcate
 - arteriografie.



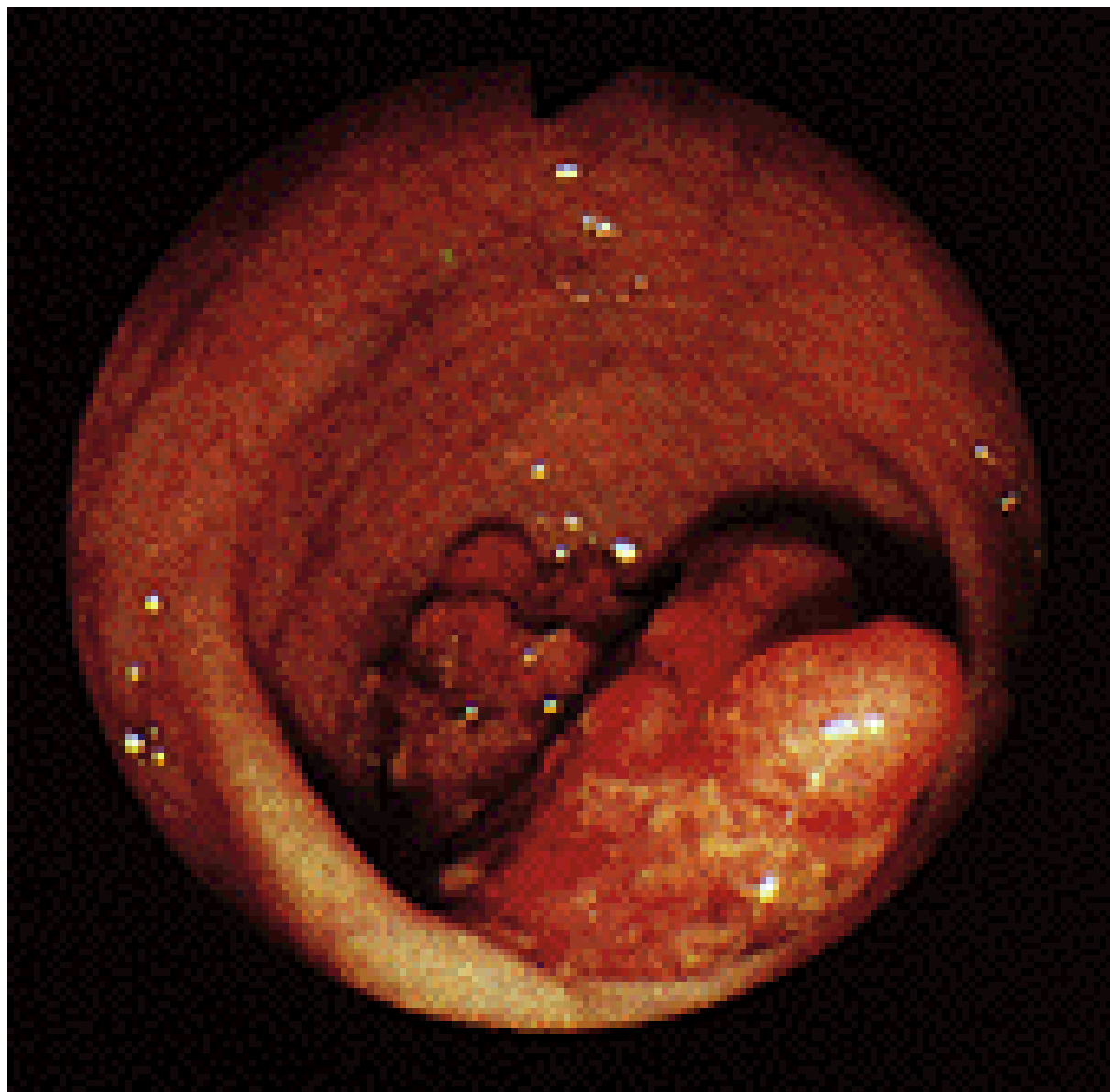
Polipoză colon



Rectocolită ulcero-hemoragică



Carcinom sigmoidian



Hemoragiile oculte

Def: eliminare de sânge în cantități mici, inaparente la examenul macroscopic al scaunului.

- Duc la anemii feriprive.
- Semnifică boală GI severă (posibil neoplazie, fără alte simptome GI).
- Se dg prin determinarea sângelui în materiile fecale:
 - actual nu mai este necesar regimul alimentar datorita utilizarii de **reactii chimice specifice pentru hemoglobina umana.**
- Absența sângelui în materiile fecale nu exclude HDI: sângerarea poate fi intermitentă
- Dg precizie: endoscopie tub digestiv
- **Istoric:** Pentru evidențiere: bolnavul era supus 3 zile unui regim alimentar “alb”: fără carne și legume verzi (conțin mioglobină, respectiv clorofilă). Scaunul este examinat biochimic: reacția **Gregersen**.

Hemoragiile oculte

Cauze :

- hernie hiatală
- ulcer peptic
- gastrite acute (de ob. medicamentoase: Aspirină, AINS)
- neoplasme tub digestiv
- polipoze, diverticuloze.
- Telangiectazii
- Boala von Willebrand dobandita (stenoză Aortică)

Stabilirea originii hemoragiei digestive:

- **anamneza**
- **examen obiectiv**
- **explorări paraclinice** pentru tub digestiv superior+inferior.

8. Constipația

- **Definiție:** eliminarea unor scaune de consistență crescută prin deshidratare, la intervale mai mari de 2 zile.
- **Clasificare:**
 - primară sau secundară.
 - acută sau cronică

Constipația primară

Cronică habituală: mai frecventă după vârsta de 65 ani și de 3x mai frecventă la femei.

- Factori favorizanți:
 - dieta săracă în fibre vegetale
 - sedentarismul,
 - hipotonia musculaturii abdominale la vârstnici și la multipare.

Acută ambientală: în condiții de schimbare a mediului obișnuit (spitalizări, voiaje etc.), cu inhibarea voluntară a defecației.

Cauze ale constipației primare acute sau cronice

I. Constipația de transport: alterarea tranzitului colonic

- hipotonia colonului: ***constipația atonă***, cu formare de fecalom
- hipertonia colonului: ***constipația hipertonă***, cu formare de schibale.

II Constipația de evacuare: prin disfuncție ano - rectală. Sfincterului anal extern este menținut contractat în mod voluntar, iar defecația este inhibată.

Cauze ale constipației acute secundare

Ileus mecanic

- Fecalom obstructiv
- Hernie strangulată
- Volvulus intestinal
- Ileus biliar
- Neoplasm intestinal

Ileus paralytic:

- Peritonită localizată
- Diverticulită
- Reflex: colică biliară, colică renală, după traumatisme lombare, anestezie generală

Cauze ale constipației cronice

Cauze gastro-intestinale			
Fact alim	Aport scăzut de fibre	Aport scăzut de lichide	
Tulb de motilitate - constip primară - colon iritabil	Constipația de transport:	- hipotonia colonului: constipația atonă , cu formare de fecalom - hipertonia colonului: constipația hipertonă , cu formare de schibale	
	Constipația de evacuare:	prin disfuncție ano - rectală. Sfincterul anal extern este contractat voluntar, defecația este inhibată.	
Cauze structurale colon	Carcinom	Fecalom	
	Diverticuli, polipi	Stricturi post-inflam	
	Boala Hirschprung	Compresiune ext: tumori, bride	
	Megadolico-colon		
Boli anorectale:	Boala Crohn	Inflamații anorectale	Hemoroizi
	Cancer rect	Fisuri anorectale	

Cauze ale constipației cronice

Cauze extradigestive		
Medicamente	Opiacee Antispastice Antagoniști Ca	Suplimente de Fe oral Antiacide ce conțin Al
Tulb neurologice	Scleroza multiplă Leziuni medulare	Accidente vasc cerebrale Parkinsonism
Tulb metabolice și endocrine	Diabet zaharat Amiloidoza	Hipotiroidism Hipercalcemia
Alte cauze	Orice boală severă cu imobilizare la pat	Depresia Sedentarismul
Cauze fiziologice	Sarcina Hipotonia musculaturii abdominale la vârstnici și la multipare.	Constipația ambientală

Anamneza:

- Constipația este reală? (stabilirea exactă a numărului de scaune/săptămână)
- Aportul alimentar de fibre vegetale și lichide
- Consumul de medicamente
- Boli digestive sau extradigestive asociate cu constipație.

Simptome funcționale:

1. Balonări post - prandiale, eructații, flatulență
2. Dureri abdominale cu caracter de crampă în abdomenul inferior (prin acumulare de fecale)
3. Dureri la defecație (proctalgie)
4. Falsa diaree (scaun tare urmat de scaun diareic, prin iritarea mucoasei deasupra fecalomului)
5. Apetit diminuat

Simptomele apar după 3-4 zile de constipație și dispar după defecație.

Complicații: fisuri anale, inflamații peri - anale, hemoroizi, prolaps rectal.

Examen obiectiv:

- Limba saburală, halena fetidă
- Abdomen
 - destins în flancul drept: constipație atonă
 - coarda colică în flancul stâng: constipația spastică
 - tumoră palpabilă: neoplasm de colon
 - palparea unor adenopatii, hernii
- Auscultarea peristalticii intestinale
- Tușeu rectal: ampula rectală plină de materii fecale.

Investigații

Dacă probele biologice sunt normale și nu s-a evidențiat o cauză organică sau funcțională a constipației:

- **Testul de dietă bogată în fibre vegetale:** 30 zile, 20 g fibre vegetale/zi (1 cană coji cereale/zi). Dacă constipația persistă: se continuă investigațiile.
- **Rectosigmoidoscopia:** fisuri anale, hemoroizi, tumori rectosigmoidiene.
- **Irigografia:** megacolon, megarect, stricturi sau stenoze ale colonului, compresiuni extrinseci.
- **Colonoscopia:** inflamații, ulcerații, polipi, diverticuli, tumori.
- **Biopsia rectală:** amiloidoză, b. *Hirschprung*.
- **Timpul de tranzit colonic:** se măsoară durata tranzitului unor markeri radio - opaci ingerați cu alimentele, prin efectuarea de radiografii seriate. Normal: sub 70 ore.

9. Diareea

Definiție:

- tulburare de tranzit intestinal, constând în eliminare de scaune moi, frecvente, abundente (>200ml/24 ore).
- dacă conținutul de grăsimi al scaunelor este crescut: **steatoree**.
- Acuta <2saptamani
- Peristenta 2-4 saptamani
- Cronica >4 saptamani



Cauze ale diareei

Diaree acută

1. Indigestie

2. Infecțioasă: 90%

a. **Enteroviroze:** rotavirus, virus Norwalk

b. **Bacterii:**

- E. Coli,
- Salmonella, Shigella,
- Stafilococ auriu,
- Clostridium, Campylobacter, Bacillus

c. **Paraziți:**

- Giardia lamblia
- Yersinia enterocolitica
- helmintica

3. Alte cauze

a. **medicamentoasă:** antibiotice, laxative, chimioterapice

b. **ischemie mezenterică**

c. **diverticulită**

d. **toxice:** compusi organo-fosforici, amanita, arsenic

e. **diaree cronică la debut :** boala Crohn

Diaree cronică (> 4 săptăm)

1. Secretorie

- Laxative (senna, ulei de castor)
- Etanolic
- Bacteriene
- Carcinoid, VIP-oame, carcinom medular tiroidian, gastrinom, adenom vilos
- Boala Addison

2. Osmotica

- Laxative(saruri de Mg^{2+} , PO_4 , SO_4)
- Deficit de lactaza, dizaharidaze, intoleranță la gluten
- Sorbitol, lactuloză

3. Steatoreică

- Digestie deficitară :insuficiență pancreatică, creștere bacteriană excesivă, chirurgie bariatrică
- Sprue celiac, boala Whipple, ischemie, obstrucție limfatică

4. Inflamatorie

- Boala Crohn, rectocolită ulcero-hemoragică
- Colită colagenică
- Deficite imune
- Radiatii
- Cancere digestive

5. Dismotilică

- Sindrom de colon iritabil, postvagotomie
- Prokinetice

6. Alte

- sindrom Munchausen, colecistectomii, chirurgie bariatrică, vagotomie

Mecanisme ale diareei cronice

Diareea osmotică: prin scăderea absorbției de fluide în ileon și colon

- După adm de purgative osmotice
- Sd de malabsorbție prin deficite enzimatice(malabsorbție de carbohidrați, deficit de lactoză)

Diareea secretorie: creșterea secreției + scăderea absorbției intestinale de fluide și electroliți

- Hormoni: peptide vasoactive intestinale (VIP)
- Rezecții de ileon: în colon ajung săruri biliare și ac grași.
- compusi medicamentosi (de ordinul sutelor)
 - Olmesartanul(IECA) induce o enteropatie sprue-like
- **VIP-om:**(diaree apoasă, aclorhidrie, hipokaliemie= **holera pancreatică >3l/zi până la 20l/zi**)
- **Gastrinoame:** în 10 % din cazuri este singura manifestare, o treime prezintă și diaree cronică
- **Sindrom carcinoid(bronsic, intestinal)-** crește secreția de serotonină, histamină, prostaglandine  depleție de niacină  simptome de pelagra + diaree cronică

Mecanisme ale diareei cronice

3. Diareea inflamatorie (distrucții de mucoasă): pierdere de fluide și sânge+ ↓ abs de fluide

Mecanism autoimun:

- Inflamații: boala Crohn, rectocolita ulcerohemoragica, colita colagenică
- Imunodeficiente primare (deficite de IgA)
- gastroenterite eozinofilice(cristale Charcot-Leyden la examinarea scaun)

4. Diareea prin tulb. de motilitate: ↑ peristaltica

- Colon iritabil
- Hipertiroidism
- Diabet zaharat
- Post-vagotomie

Mecanisme ale diareei cronice

5. Diareea steatoreica

- scaune cu aspect grasos, urat mirositoare
- Scadere ponderala asociata
- Au si o componenta osmotica indusa de prezenta acizilor grasi
 - Masurare grasimi fecale $>7\text{g/zi}$ =**steatoree**
 - cantitate medie
 - Diaree de tranzit accelerat de obicei $>14\text{g/zi}$
 - Diaree cu sediu intestin subtire $15\text{-}25\text{g/zi}$
 - Diaree pancreatica $>32\text{g/zi}$
- **Afectare a digestiei intraluminale**
 - Pancreatita cronica, fibroza cistica, ciroza, obstructia biliara somatostatinom(rar)
 - Crestere bacteriana necontrolata(prin deconjugare a acizilor biliari)
 - Ansa oarba
- **Absorbtie deficitara**
 - Boala celiaca **1% din populatie in grade variate**
 - Boala Whipple
 - Abetalipoproteinemia
 - Giardia
 - Olmesartan, mycofenolat mofetil, colchicina,
- **Obstructie limfatica postmucosala**
 - Limangiectazie intestinala congenitala
 - Trauma, tumorală,

Anamneza

1. Diareea este acută sau cronică?

A. Acută: probabil gastro-enterită

- Indigestie
- Afectarea și a altor persoane care au consumat acel aliment: toxi-infecție alimentară
- Călătorii recente: “diareea călătorului” (infecțioasă)

B. Cronică:

- Diaree alternând cu constipație: colon iritabil (cauză funcțională)
- Diaree asociată cu anorexie, ↓G, anemie: cauză organică
- Diaree nocturnă: neuropatia diabetică

2. Aspectul scaunului diareic

A. Sânge:

- **Infecțioasă:** E. Coli, Salmonella, Shigella, Campylobacter, amoebiază
- **Inflamatorie:**
 - Imunologică: colita ulceroasă, b. Crohn
 - Ischemică: infarct mezenteric
 - Polipoză colon, diverticulită, cc colorectal

B. Mucus:

- colon iritabil
- polipoză colon, cc colorectal

C. Puroi:

- infecțioasă sau inflamatorie : dizenterie, colita ulceroasă
- diverticulită, abces colon

2. Aspectul scaunului diareic

D. Scaun apos:

- falsă diaree :prin iritarea mucoasei intestinale deasupra unui obstacol, pe fond de constipație (fecalom, neoplasm colon)
- Holera pancreatică: tumoră VIP

E. Păstos, grăsos, miros rânced: steatoree (malabsorbție grăsimi)

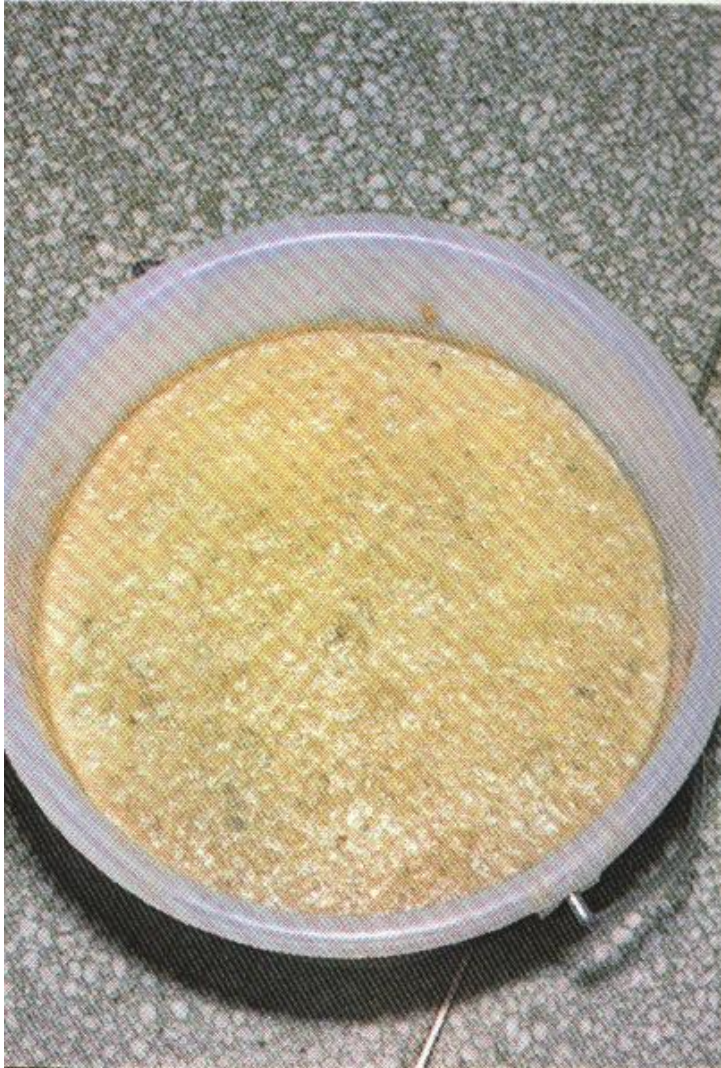
Conține resturi alimentare: sd malabsorbție



Scaun in holera : apos, “zeama de orez”



Facies holera



Steatoree

3. Diaree de intestin subțire sau de colon?

- **Intestin subțire:**

- Durere periombilicală, care nu cedează după defecație
- Scaune apoase sau grăsoase (steatoree)

- **Colon:**

- Durere hipogastrică, care cedează după defecație, însoțită de tenesme rectale și defecție imperioasă
- Scaune apoase $\pm$ sânge, mucus sau puroi.

4. Diaree iatrogenă sau secundară altei boli ?

Medicamente

1. **Antibiotice** → colită pseudomembranoasă (Cl dificile)
2. **Laxative**
3. **Cimetidina, antiacide cu Mg**
4. **Chinidina, Propranolol, digitala**
5. **Metformina, edulcorante**
6. **Citostatice**
7. **Tiroxina**

Istoric medical relevant:

1. **Intervenții chirurgicale:** rezecții gastrice, vagotomie, colecistectomie, rezecție de ileon
2. **Iradieri abdominale**
3. **Hipertiroidism**
4. **Diabet zaharat**
5. **Amiloidoză**
6. **Proteinurie, neuropatie:** amiloidoză, diabet zaharat

Examen obiectiv în diaree

Febră	Diaree infecțioasă
Febră + scădere G	✚ dureri abdominale și masă palpabilă în fosa iliacă dr: – boala Crohn – Amoebiază – TBC intest – Limfom ✚ dureri abdominale și masă palpabilă în fosa iliacă stg: – diverticulită Meckel – RCH
Denutriție + apetit păstrat	✚ Sd malabsorbție ✚ Hipertiroidism
Denutriție + masă T abd	✚ Neoplazii: tub dig, pancreas
Bronhospasm, roșeața feței	✚ Carcinoid de intestin subțire



**Roșeața feței –carcinoid
intestinal**

Examen obiectiv în diaree

- Pigmentarea buzelor: sd Peutz-Jeghers
- Hiperpigment cutanată: b. Addison, b celiacă
- Respirație amoniacală: uremie
- Macroglosie: amiloidoză
- Echimoze: deficit vit K în sd malabsorbție, b celiacă
- Gușă, tahicardie, tremurături: hipertiroidie
- Adenopatii: neoplasme, limfoame, TBC

Investigații

Necesare în:

- Diareea acută
 - cu durată > 7 zile
 - cu febră > 38 ° C
 - Cu deshidratare, hipoK și acidoză metabolică
- Diareea cronică

Investigații etiologice

- **Probe biologice:** sd inflamator, anemie, TSH
- **Coprocultura, ex copro-parazitologic, det grăsimi fecale**
- **Imagistică:**
 - Rectosigmoidoscopie, colonoscopie: cu biopsie
 - Irigografie: v > 40 ani (susp neoplasm)
 - Biopsie jejunală: b. celiacă

Alte simptome intestinale

Flatulența: eliminare excesivă de gaze prin rect (normal: 10-20 ori/24 ore)

Exagerată în dispepsia gazoasă .

Proctalgia (Rectalgia) : durere la nivelul rectului, cu debut brusc și de scurtă durată, provocată de defecație.

Cauze: fisuri anale, hemoroizi, anite.

Tenesmul rectal: senzație imperioasă de defecare, fără rezultat sau cu eliminarea unei cantități mici de scaun cu mucus. Poate fi asociat cu durerea rectală.

Cauze: sd. recto - sigmoidian
(inflamator sau neoplazic).