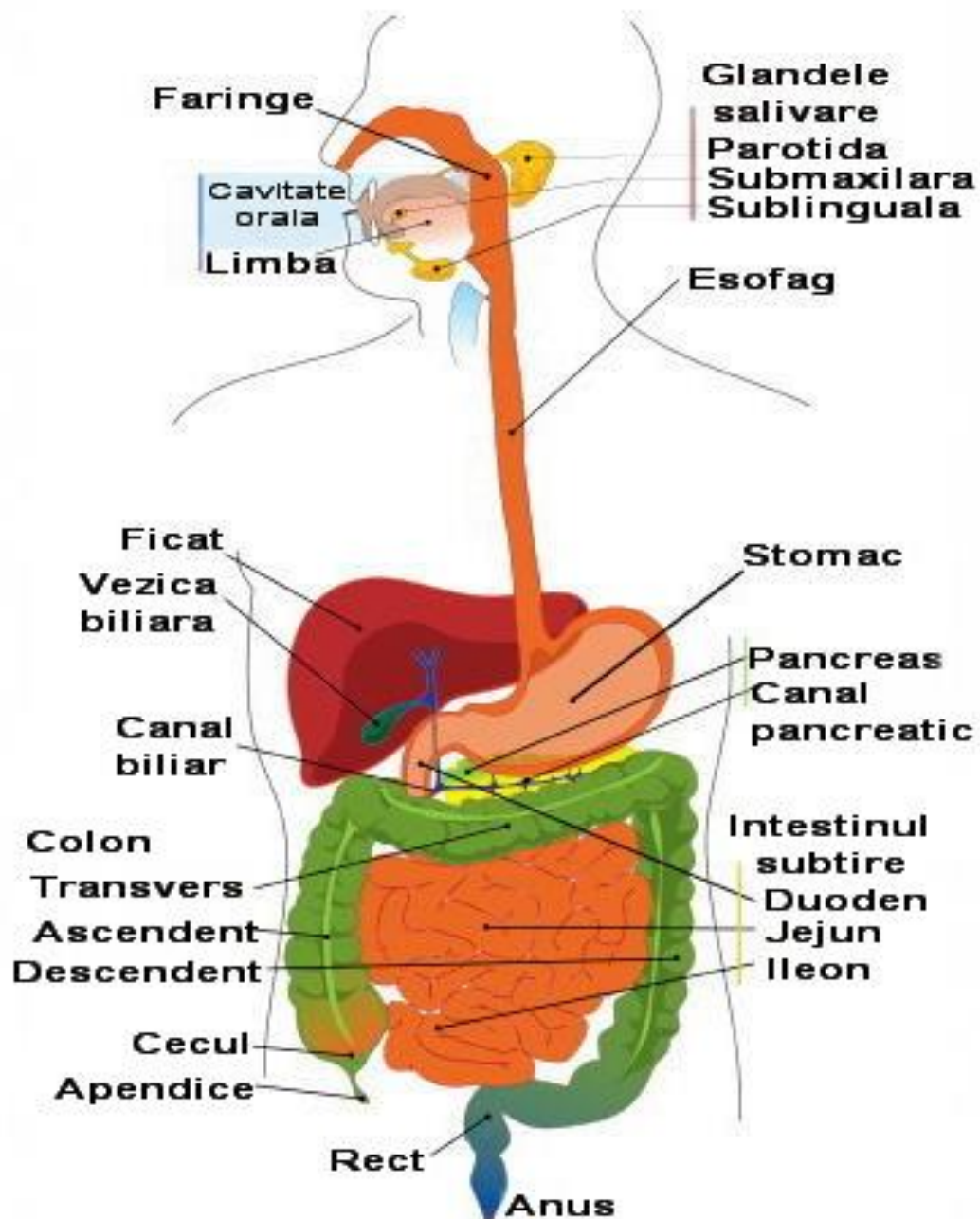




Metode de examinare a bolnavilor cu afecțiuni ale sistemului digestiv

Rodica Bugai dr. șt. med., conf. univ.



Sistemul digestiv

reprezintă ansamblul morfologic și funcțional de organe, ce realizează *digestia și absorbția* alimentelor ingerate precum și evacuarea reziduurilor neasimilabile.

MOM, HOW DOES THE DIGESTIVE SYSTEM WORK?

GOOD AT YOUR AGE, BAD AT MY AGE, AND AT YOUR FATHER'S AGE, FORGET ABOUT IT.

HEY!

CARTOONSTOCK

Search ID: gla110203

WISE/AGDRICH

Sistem digestiv-structuri componente

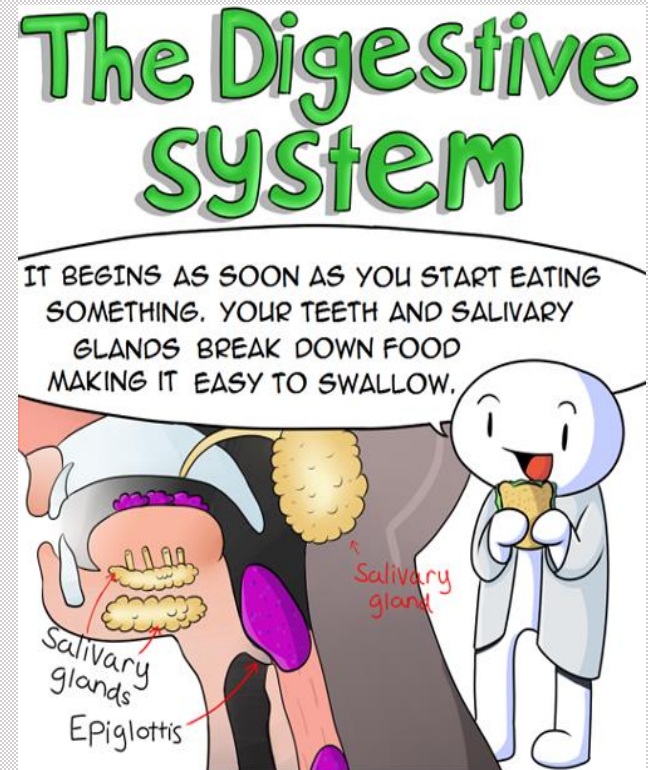
- Sistemul digestiv este alcatuit din:
 - **tub digestiv**, o serie de organe tubulare de calibru diferit;
 - **glande anexe**, ancorate la diferite etaje ale tractului digestiv.

Tubul digestiv

- Masoară aproximativ 9 m lungime, de la cavitatea bucală până la anus, constituind traiectul alimentelor ingerate, pe parcursul caruia acestea suferă transformări prin intermediul mijloacelor digestive fizice și chimice pentru a fi asimilate

Sistem digestiv-structuri componente

- **Cavitatea bucală** este primul segment al tubului digestiv, unde digestia este demarată. Cavitatea bucală cuprinde **limba** si **dinții**. Prin intermediul limbii se distinge gustul, textura, dar si temperatura alimentelor. Denția este implicată cu precădere in masticatie, care impreună cu digestia chimica realizată prin acțiunea salivei formează la acest nivel bolul alimentar.



Sistem digestiv-structuri componente

- **Faringele** reprezintă canalul de legătură dintre cavitatea bucală și esofag.
- **Esofagul** este un conduct ce măsoara cca 25 cm și strabate gâtul, de la cartilajul cricoid ce îl delimitează de faringe, toracele și o porțiune mică din abdomen până la orificiul cardia, unde se conectează la stomac. Peristaltismul esofagian și secrețiile de mucus sunt responsabile de transportul și alunecarea bolului alimentar către stomac.

Sistem digestiv-structuri componente

- **Stomacul** este un organ cavitărilor, plasat în *loja gastrică* în abdomen și reprezintă segmentul cel mai dilatat al tubului digestiv. Este responsabil de transformarea bolului alimentar prin acțiuni mecanice și chimice în **chim gastric**, pe care îl stochează până când acesta devine pregătit să fie evacuat în intestinul subțire.



Sistem digestiv-structuri componente

Intestinul subțire:

- este segmentul cel mai lung al tractului digestiv, măsurând un diametru de 2.5 cm și o lungime de până la 6 m, de la *orificiul pilor* până la *valvula ileo-cecală*.
- La nivelul intestinului subțire, chimul gastric este transformat în **chil intestinal** prin intermediul unui complex de procese, fiind absorbiți aproximativ 90% din nutrienții, pe care organismul îi primește ulterior în urma digestiei.
- Intestinul subțire este subîmpărțit în **duoden**, porțiunea fixă în care se secretă sucul hepatic și pancreatic, **jejunul**, porțiunea mijlocie, mobilă, spiralată, care face legătura cu **ileonul**, porțiunea finală a intestinului subțire ce se întinde până la valvula ileo-cecală, de unde tubul digestiv continuă cu intestinul gros.

Sistem digestiv-structuri componente

Intestinul gros:

- este ultimul segment al tubului digestiv, având un calibru superior intestinului subțire și o lungime de până la 1.6 m, cuprins între *valvula ileo-cecala* și *anus*.
- La acest nivel sunt preluați nutrienții rămași neabsorbiți din chilul intestinal, transformat și eliminat ulterior sub formă de **materii fecale**. Intestinul gros prezintă **cecul** cu **apendicele piloric**, **colonul**, dispus sub forma unui cadru în jurul intestinului subțire, cuprinzând porțiunea *ascendentă*, *transversă*, *descendentă* și *sigmoidă* terminându-se cu **rectul**, în care materiile fecale sunt stocate înainte de a fi eliminate prin actul defecației.
- **Canalul anal**, situat inferior rectului se deschide prin *orificiul anal* sau *anus*, nivel la care se termina tubul digestiv.

Glandele anexe ale sistemului digestiv

Contribuie la digestie prin intermediul *secrețiilor*.

- **Glandele salivare** sunt responsabile de secreția **salivei**, o mixtură de apă, enzime și mucina, în cavitatea bucală pentru a lubrifika alimentele ce urmează a fi ingerate. De asemenea, enzimele din salivă interacționează cu alimentele din cavitatea bucală declanșând procesul de digestie chimică.
-
- **Ficatul** este plasat în *loja hepatică*, sub diafragm și reprezintă cea mai mare glandă din corp, cântărind cca 1.5 kg. Ficatul are peste 500 de funcții, fiind implicat și în procesul de digestie prin secreția **bilei**, un lichid ce acționează cu predilecție în degradarea grăsimilor. Între mese bila se acumulează în **vezicula biliară** sau colecist.
- **Pancreasul** este o glandă mixtă, retroperineală, situată în spatele stomacului. Funcția exocrină a pancreasului este implicată în digestie, fiind responsabilă de elaborarea și secreția **sucului pancreatic**, un lichid care conține echipament enzimatic capabil să degradeze toate tipurile de substanțe alimentare.

Examinarea sistemului digestiv

- Acuzele
- Anamneza (bolii, vieții)
- Inspecția
- Auscultația
- Palpația
- Percuția



NB!

- 70% din diagnostic poate fi stabilit numai pe baza acuzelor, anamnezei
- 90% din diagnostic poate fi stabilit pe baza acuzelor, anamnezei, examenului obiectiv.
- Investigațiile paraclinice adesea confirmă datele din acuze, anamneză, examen obiectiv.

Aspecte importante:

- Aspect elegant
- Maniere decente
- Atitudine prietenoasă
- Responsabilitate
- Calități morale decente...



!!! Important pentru examinare:

- Spălați-vă pe mâini (preferabil în prezența pacientului)



Condiții pentru examinarea obiectivă

- Creați condiții confortabile pentru pacient
- Asigurați-vă că este suficientă lumină
- Explicații pacientului ce investigații veți efectua, secvențial
- Descoperiți numai regiunea pe care o examinați la moment



Condiții pentru examinarea obiectivă

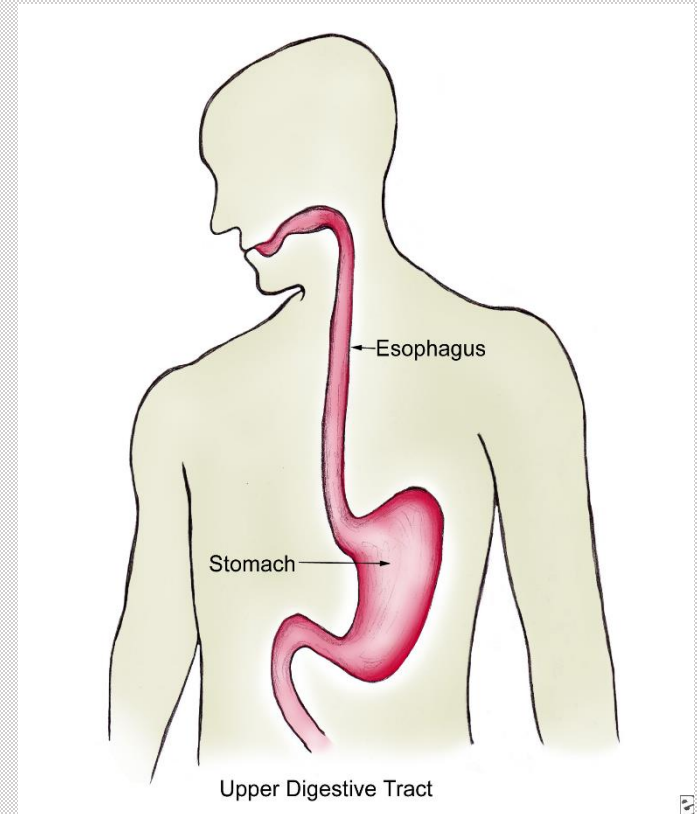
- ❖ Mențineți discuția cu pacientul pe tot parcursul examinării
- ❖ Demonstrați-i pacientului empatia dstră și răspundeți-i la întrebări
- ❖ Astfel, reușiți să relaxați pacientul și să creați o relație bună medic-pacient



Esofagul

Acuze:

- Disfagia (organică, funcțională)
- Durerea retrosternală
- Pirozis retrosternal
- Regurgitație (eructație)
- Salivație abundentă
- Miros fetid din cavitatea bucală
- Greată și vome
- Hemoragie



Esofagul

Anamneza:

- Prezența de neoplasm, polipi esofagiani în familie,
- Consum cronic de: tutun, cafea, etc.
- Ingestia de substanțe caustice, voluntar sau involuntar
- Infecții generale sau specifice
- Asocierea de alte boli cu posibilă interesare esofagiană: ciroza hepatică, sclerodermia, etc.
- Traumatisme recente

Esofagul

ANAMNEZA (Cauze):

Esofagitele iritative se produc prin refluxul de continut gastric acid in mod repetat, datorită:

- Gravidații, obezității, sclerodermiei, fumatul
- Boala de reflux gastro-esofagean, mâncăruri grase, ciocolată, cafea, alcool
- Condimente, băuturi carbogazoase, retardare mintală
- Leziuni ale măduvei spinării, imunosupresie
- AINS, blocante ale canalelor de Ca, beta-blocanții
-radioterapie toracică, vomă repetată, hernie hiatală, substanțe caustice

Esofagul

ANAMNEZA (Cauze):

Esofagitele infecțioase pot fi cauzate de:

- Fungi: Candida, se dezvoltă atunci când sistemul imun este supresat ([HIV](#)/[SIDA](#))
- Virale: herpes virus de asemeni se dezvolta la imunosupresia organismului, citomegalo virus.
- Bacteriene.

Esofagul

Examen obiectiv: nu are o valoare importantă datorită poziției retrosternale a esofagului.

Din cele 4 metode doar *inspecția* și *palparea* pot pune în evidență formațiuni tumorale cervicale însoțite sau nu, de adenopatii latero-cervicale sau procese reactive inflamatorii.

Esofagul

Diagnostic

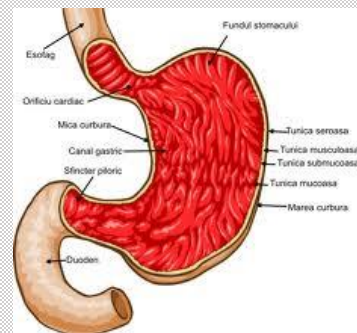
Testele imagistice:

- **Radiografia** este utilă doar in caz de perforație, obstrucție, hemoragie
- **Examinare baritată in dublu contrast** -atunci când disfagia este primul simptom
- **Endoscopia directă** -permite vizualizarea leziunilor esofagiene
- **Endoscopia de urgență** in hematemeză severă si perforație
- **Biopsia endoscopica**- când este suspectat esofagul Barrett sau etiologie canceroasa.

Stomacul și Duodenul

Acuze:

- Durerea abdominală
- Grețurile și vome
- Hemoragia digestivă superioară (vome cu zaț de cafea, melena)
- Eructațiile
- Anorexia
- Scăderea ponderală



??? Durerea

- Unde este localizată durerea ? unde iradiază?
- Tipul durerii, modul în care pacientul simte durerea; este acută? sub formă de discomfort? arsuri? crampe?
- Durerea este continuă? vine în valuri?
- Care sunt condițiile în care apare durerea, este legată de ingestia de alimente?
- Ce o agravează?
- Ce o ameliorează?
- Durerea a început brusc? a progresat lent?
- De cât timp durează durerea?
- A existat vreo modificare a severității sau naturii durerii de când a început?
- Durerea și-a schimbat locația de când a început?
- "Simțiți durere în orice altă parte a corpului?"

Stomacul și Duodenul

Anamneza

- Afecțiuni gastro-duodenale în antecedente: duodenită, gastrită, ulcer.
- Alte asocieri morbide favorizante: afecțiuni cronice hepatice (ciroza hepatică), insuficiența cardiacă congestivă, insuficiența renală cronică, sindromul Zollinger Elisson, cord pulmonar cronic, etc.
- Consum cronic de medicamente: steroizi, antiinflamatoare nesteroidiene, antibiotice, etc.
- Consum cronic de substanțe iritante: alcool, alimente acide, iritante de tipul tutunului ingestia de substanțe caustice
- Profilul alimentar, ritmul de alimentație, orar
- Activitate stresantă

Stomacul și Duodenul

Anamneza

- **Antecedente eredo-colaterale** - ulcer gastro-duodenal, neoplasm gastric, polipi gastrici.
- **Date personale:** vârsta pacientului, poate uneori să fie corelată cu anumite boli digestive (ulcerul gastro-duodenal la 30- 40 ani).
- **Sexul:** ulcerul duodenal este mai frecvent la bărbați.
- **Profesia pacientului:** mese neregulate, munci stresante, eforturi prelungite, fără repaus postprandial, expunerea la noxe.
- **Debutul bolii:** este important de precizat modalitatea de debut, acut sau cronic, care au fost primele manifestări, dezgust față de unele alimente, inapetența, pirozis, greață, vome postprandiale, eructații, balonări postprandiale, dureri abdominale legate sau nu de alimentație, felul de alimentație, etc.

Stomac, duoden

Inspekția generală

Poziție forțată- impusă de suferință
-Flectată (colici abdominale)



Stomac și Duoden

Inspecția generală

Diferența dintre FIZIONOMIE și FACIES

- **Fizionomia**-ansamblul structural al feței
- **Mimica**- expresia psihomotorică a feței, care reflectă starea emoțională și reacțiile psihice ale persoanei
- **Faciesul** este termenul folosit de medici pentru a caracteriza aspectul feței specific în anumite boli. Provine din latină și semnifică „față”. Anumite boli, pe lângă modificările fiziopatologice care țin de greutate, stare fizică, psihică, înălțime, organe de simț, etc., mai determină și schimbări în aspectul feței. Astfel, faciesul se caracterizează prin **modificările induse și specifice în anumite boli**. Clinicianul poate intui **diagnosticul dintr-o privire - „blinck diagnose”**.

!!! Putem vorbi despre facies doar la persoanele bolnave (unele boli).

STOMACUL și DUODENUL

Inspecția generală

- *facies peritoneal* (hipocratic): în peritonite acute (prin perforații, ulcer, apendicite, ileus –în fazele tardive).
- tegument teros, acoperit de transpirații reci
- înfundarea ochilor în orbite, cearcăne
- nas ascuțit, buze uscate - privire anxioasă
- urechi reci și cianotice
- întâlnit în stadiile tardive ale peritonitelor acute



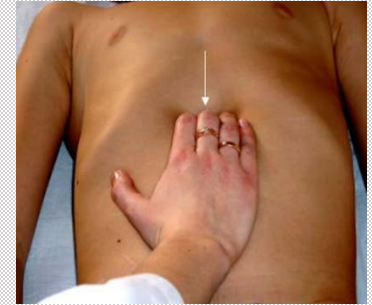
Poziția pacientului la examinarea abdomenului



Figure 15.10 The dorsal recumbent position.

STOMACUL și DUODENUL

- **Inspecția** – poate evidenția rar bombări în epigastru, mai ales în tumori gigante gastrice sau peristaltică accentuată în caz de stenoze pilorice.
- **Palparea** - **superficială** și mai ales **profundă** pun în evidență accentuarea durerii epigastrice.
 - palparea punctelor abdominale dureroase: epigastric, colecistic, duodenal, piloric, pancreatic au relevanță în anumite contexte clinice.
 - efectuarea manevrei clapotajului are importanță clinică atunci când apar și alte semne de stenoză pilorică (antecedente de ulcer duodenal, vărsături alimentare în cantitate mare cu alimente ingerate cu peste 2 zile)



STOMACUL și DUODENUL

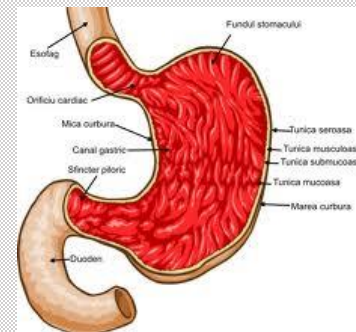
- **Percuția:** nu are valoare semnificativă decât în prezența unor tumori.
 - **Ascultația** se poate efectua cel mult dimineața pe nemâncate la pacienții cu suspiciune de stenoză pilorică și se face folosind stetoscopul pentru a imprima secuze în epigastru.
- ❖ Auscultația poate fi utilizată pentru determinarea limitei inferioare a stomacului



Stomacul și Duodenul

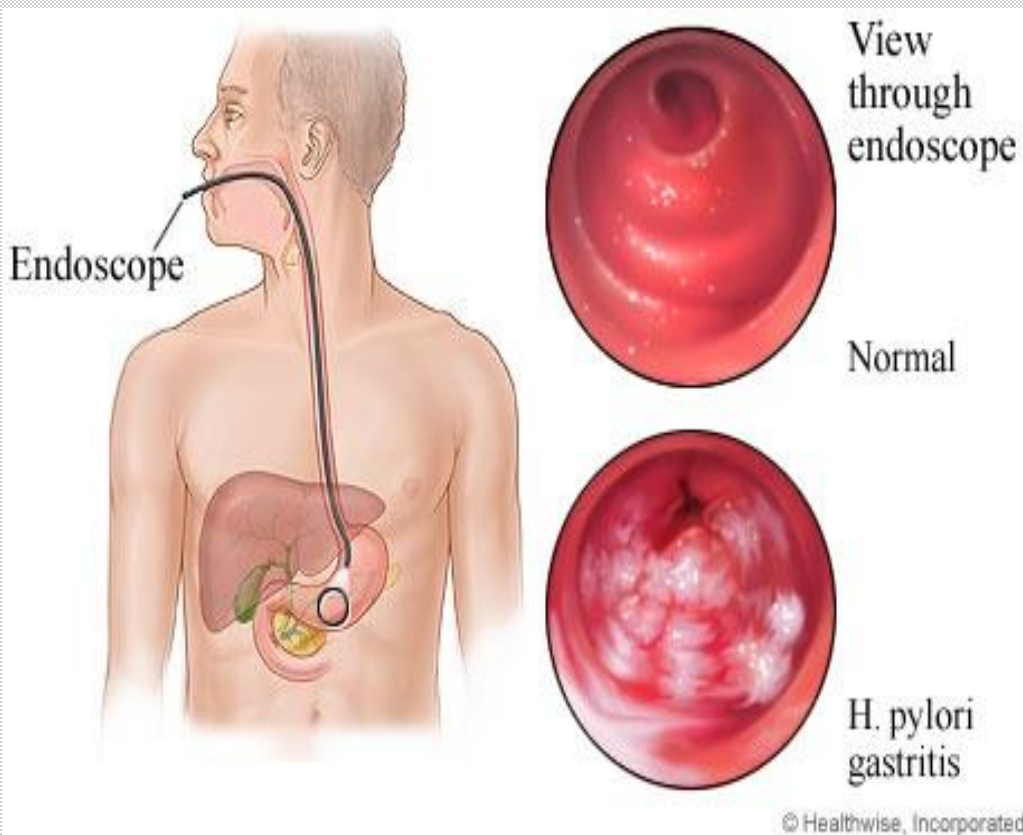
EXAMINĂRI PARACLINICE

- Examenul general de sânge;
- Examenul general de urină:
- Mase fecale (la sânge ocult)
- Endoscopia digestivă superioară
- Examenul radiologic;
- Examinarea secreției gastrice;
- Determinarea gastrinei serice;
- Examenul histopatologic;
- Examenul bacteriologic (H.pylori)...



Stomacul și Duodenul

- Examenul endoscopic

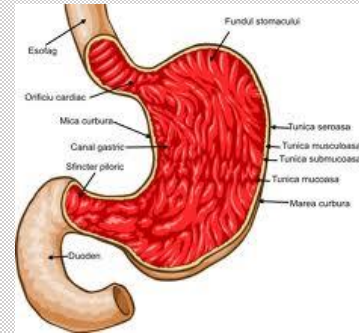


Endoscopie digestivă superioară- cu **prelevarea de biopsii**, cu ajutorul unei pense introduse pe canalul de lucru al endoscopului.

Biopsiile prelevate pot demonstra (sau infirma) existența **infecției cu Helicobacter pylori** sau **prezența celulelor neoplazice**

Stomacul și Duodenul

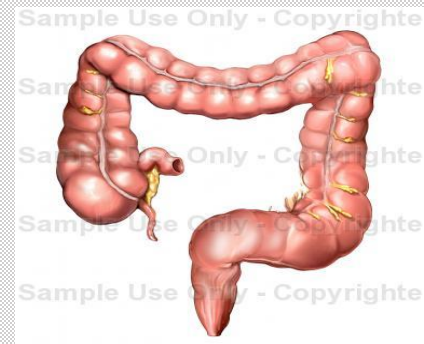
Examenul radiologic – tranzit baritat – este rezervat în principal pacienților care refuză explorarea endoscopică sau au contraindicații; este mai puțin fiabil pentru diagnostic și, evident, nu permite stabilirea prezenței *Helicobacter pylori* în stomac, a metaplaziei celulare și, consecutiv, administrarea unui tratament adecvat.



INTESTINUL

Simptomatologie clinică

- Durerea intestinală
- Tulburări ale tranzitului intestinal
- *Meteorism*
- *Garguiment intestinal*
- *Pierdere ponderală*



Modificări de tranzit intestinal

??? Diaree

1. De cât timp aveți diaree?
2. Când s-a instalat diareea, în ce condiții?- instalată după masă sugerează o infecție virală sau intoxicație alimentară.
3. Câte scaune aveți /24 ore? - scaune multiple, frecvente pot sugera o infecție bacteriană
4. Diareea a debutat brusc?
5. Masele fecale sunt urât mirositoare, cu sânge proaspăt, negre, apoase, cu produse nedigerate?
- diareea apoasă este asociată cu boli inflamatorii ale intestinului subțire sau gros. Diareea sângeroasă poate fi cauzată de bacteriile shigella sau amebiază.
6. Diareea este asociată cu dureri abdominale, scăderea poftei de mâncare, greață, vome?

Modificări de tranzit intestinal

??? Diaree cronică

1. De cât timp aveți diaree?
2. Aveți diaree alterată cu constipație? -cancer de colon sau diverticulită
3. Scaunele sunt apoase? -boli inflamatorii intestinale și enteropatii prin pierdere de proteine; în cantitate mică? - boli ale colonului stâng; plutitor - malabsorbție?
4. Scaunele conțin sânge, mucus, alimente nedigerate? - Scaun sângeros amestecat cu mucus- boală inflamatorie a intestinului.
5. Care este culoarea maselor fecale?
6. Câte scaune/24 ore?
7. Există vreo asociere cu durere, distensie, greață sau vomă?
8. Pierdere în greutate?

Modificări de tranzit intestinal

??? Constipație

1. Cât timp sunteți constipat, cât de des aveți scaune?
2. Care este dimensiunea, forma maselor fecale? - scaune subțiri asociate cancerului rectal; scaune fragmentate
3. Culoare? - scaune palide absența bilei;
4. Sânge sau mucus?
5. Există perioade alternante cu diaree?
6. Aveți flatulență?
7. Pierdere în greutate sau a apetitului?

Scaun hemoragic

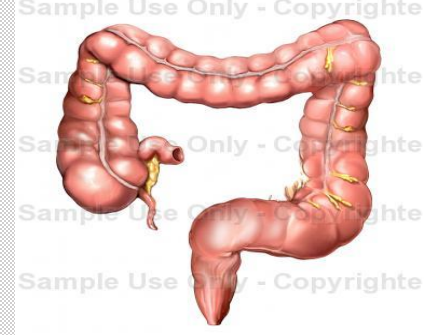
1. Sânge roșu aprins - tumori, boală diverticulară, colită ulcerativă.
2. Sânge roșu amestecat cu scaun - boli inflamatorii, tumori sau hemoroizi.
3. Scaune negre (**melena**) - sângerări din partea superioară a sistemului digestiv (esofag, stomac, duoden, intestin subțire) deși, uneori pot fi și roșii.
4. Scaune de culoare argintie (acolice) - cancer duodenal, cu eliminarea țesutului.
5. **Tenesmus** - durere, tensionare continuă în timpul scaunelor cauzate de leziuni în rectul distal sau anus.
6. Cât timp? Vre-o dungă de sânge? Vre-un amestec cu scaun? Vre-o senzație rectală?
7. Vome, diaree, dureri abdominale, transpirații, modificări de greutate?

INTESTINUL

Anamneza

- **Vârsta:** - la copii și tineri apar mai frecvent enterocolitele acute și apendicita acută.
 - la adulți - colitele cronice
 - la vârstnici – constipația, infarctul mezenteric neoplasmul de colon și recto-sigmoidian
 - se dezvoltă cancerul de colon în jur de 50 ani sau după 65 ani.
- **Frecvență predispoziția familială** pentru: colita ulcero-hemoragică (boala Crohn), colita ulceroasă, neoplasmul de colon, constipația habituală, etc.

INTESTINUL



Anamneza

- **Boli cu transmitere ereditară:** enteropatia glutenică, deficite enzimatice digestive (lactază, sucrază).
- **Boli infecțioase** suportate care pot avea răsunet asupra intestinului: dizenteria, toxiiinfecții alimentare, parazitoze, febra tifoidă, etc.
- **Boli generale, metabolice**, ce pot afecta și intestinul: diabetul zaharat, insuficiența cardiacă și renală, etc.
- **Alte boli digestive** ce pot afecta secundar intestinul: colecistite, litiaza biliară, pancreatită cronică, **ciroza hepatică, etc.**
- Intervenții chirurgicale abdominale: gastrectomii totale sau parțiale, pancreatectomii parțiale.

INTESTINUL

Anamneza

- **Condiții de viață și muncă:** - igienă alimentară deficitară și mai ales neigienică, poate determina apariția de toxiiinfecții alimentare, enterocolite acute și cronice;
 - alcoolismul cronic – enteropatia cronică
 - consumul de purgative – enteropatii medicamentoase
 - intoxicația cu plumb – colica saturninică
- **Istoricul bolii:**

Este important de aflat modul de debut al bolii, acut (perforația intestinală, infarctul mezenteric, apendicita acută, ocluzia intestinală) sau cronic, lent, (enterocolite cronice, cancerul de colon, rectocolita ulcerohemoragică, tbc intestinal).

Inspecția abdomenului

Aceasta se face cu pacientul în decubit dorsal cu membrele superioare de-a lungul corpului; în condițiile în care este posibilă ridicarea pacientului se face inspecția și în ortostatism.



Figure 15.10 The dorsal recumbent position.

Inspecția abdomenului

Scopul inspecției:

1. Aspectul tegumentelor abdominale

- **culoarea tegumentelor**, care poate fi subicterică sau icterică în ciroze hepatice, hepatite acute, cronice, insuficiențe cardiace globale
- prezența **vergeturilor** apărute prin ruperea fibrelor elastice și musculare din derm la femei multipare (aspect sidefiu), sindromul Cushing (aspect roșietic)
- **circulație colaterală abdominală** de tip cavo-cav (dispusă pe flancuri) sau porto-cav (cap de meduză, dispusă periombilical și mezogastru)
- **erupții** la nivelul abdomenului: echimoze pe flancuri (semnul Grey Turner) în pancreatita acută, hemoperitoneu și echimoze periombicale
- prezența **cicatricilor postoperatorii**

Inspecția abdomenului

Scopul inspecției:

2. Forma abdomenului: poate fi diferită în funcție de vârstă și de sex: la copii, abdomenul este globulos, la adulți este suplu, iar la vârstnici volumul crește.

Pot fi decelate bombări sau escavări generale sau segmentare.

a. Bombarea abdomenului în totalitate apare în:

- la obezi prin depunerea grăsimii în peretele abdominal,
- în revărsate peritoneale (ascită), abdomenul are un aspect globus, destins de volum; în ascitele cu cantitate mare, abdomenul este tipic de batracian, destins pe flancuri cu circulație colaterală și ștergerea cicatricei ombilicale; ascita poate apare în caz de ciroză hepatică cu hipertensiune portală, anasarcă (insuficiență cardiacă decompensată, sindrom nefrotic, sindrom carențial major), peritonită
- în ocluzia intestinală datorită distensiei anșelor intestinale deasupra de obstacol
- în chist ovarian gigant
- sarcină

Inspecția abdomenului

Scopul inspecției:

3. Forma abdomenului:

b. Bombarea regională a abdomenului determină asimetria acestuia:

- la nivelul hipocondrului drept: hepatomegalie macronodulară în caz de cancer hepatic primar sau metastatic,
- la nivelul hipocondrului stâng: splenomegalie gigantă (leucemii, limfoame, tumoră splenică, abces splenic)
- la nivelul mezogastrului: hernie ombilicală, eventrații postoperatorii
- la nivelul flancurilor: tumori ale colonului ascendent sau descendent (rar), rinichi polichistic, hidropionefroză, ptoză renală

Simetricitate abdomenului



Scaphoid or flat in young patients of normal weight



slightly full but not distended in older age group due to poor muscle tone or in subjects who are mildly overweight



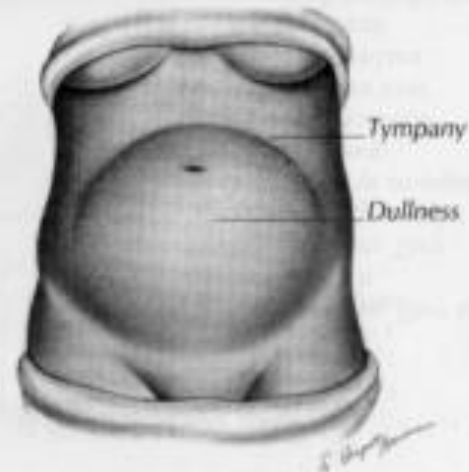
Fat

Fat is the most common cause of a protuberant abdomen and is associated with generalized obesity. The abdominal wall is thick. Fat in the mesentery and omentum also contributes to abdominal size. The umbilicus may appear sunken. The percussion note is normal. An apron of fatty tissue may extend below the inguinal ligaments. Lift it to look for inflammation in the skin fold or even for a hidden hernia.



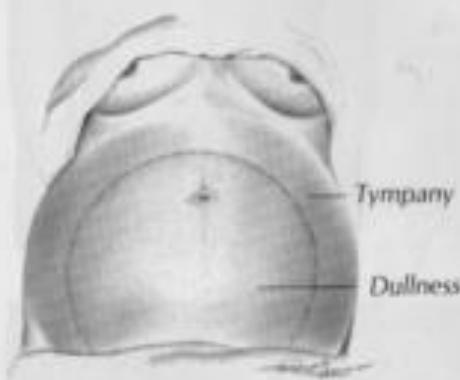
Gas

Gaseous distention may be localized, as shown, or generalized. It causes a tympanitic percussion note. Increased intestinal gas production due to certain foods may cause mild distention. More serious are intestinal obstruction and adynamic (paralytic) ileus. Note the location of the distention. Distention becomes more marked in colonic than in small bowel obstruction.



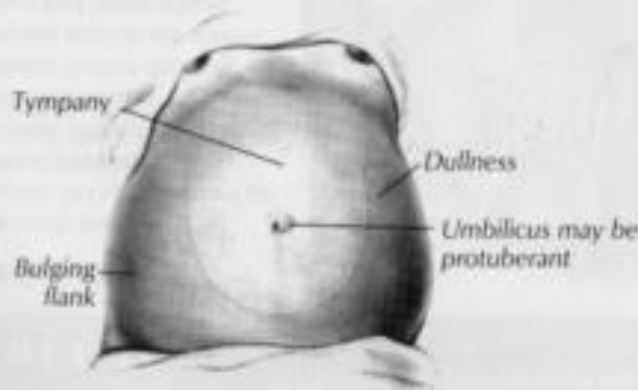
Tumor

A large, solid tumor, usually rising out of the pelvis, is dull to percussion. Air-filled bowel is displaced to the periphery. Causes include ovarian tumors and uterine myomata. Occasionally, a markedly distended bladder may be mistaken for such a tumor.



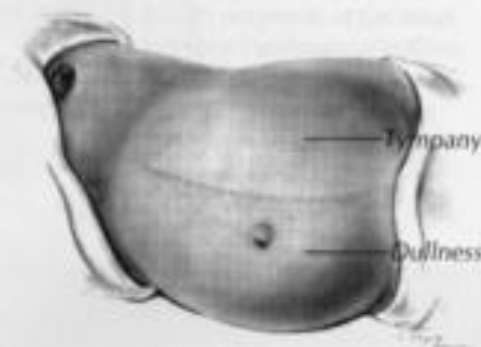
Pregnancy

Pregnancy is a common cause of a pelvic "tumor." Listen for the fetal heart (see pp. 411-412).



Ascitic Fluid

Ascitic fluid seeks the lowest point in the abdomen, producing bulging flanks that are dull to percussion. The umbilicus may protrude. Turn the patient onto one side to detect the shift in position of the fluid level (shifting dullness). (See pp. 350-351 for the assessment of ascites.)



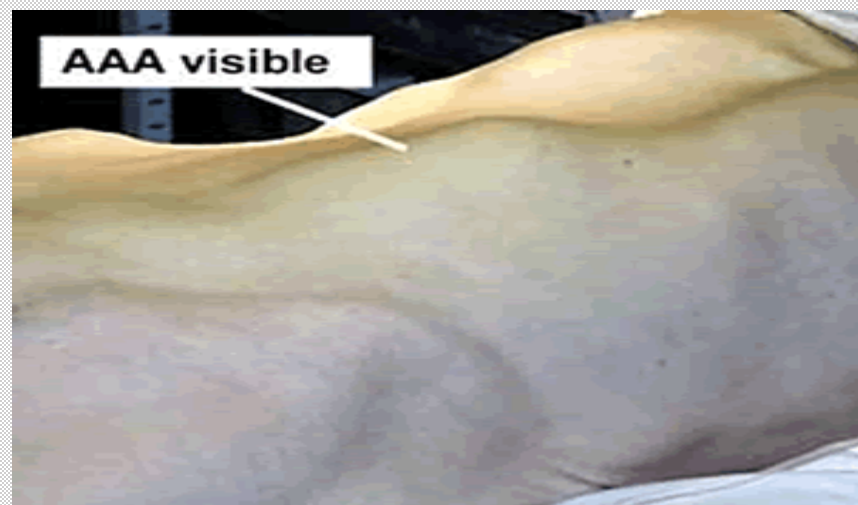
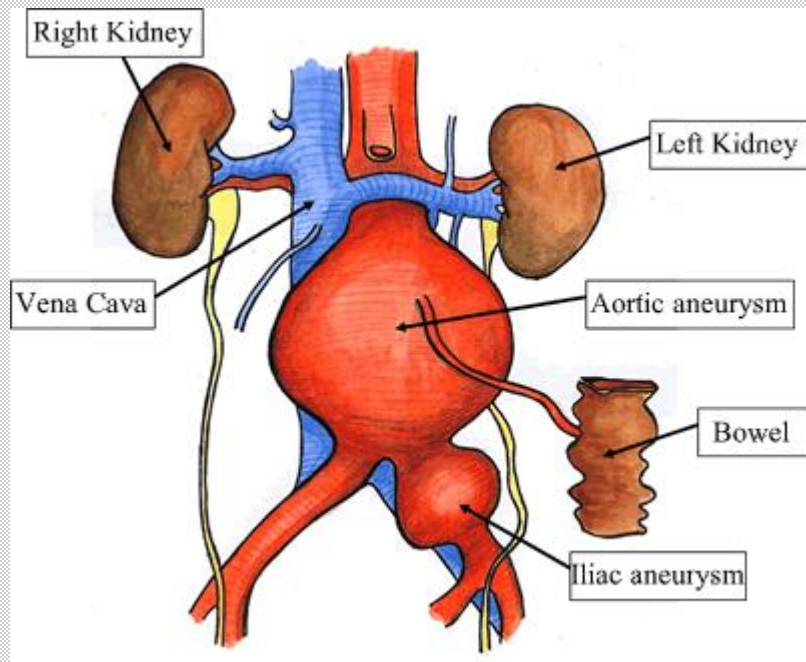
Inspecția abdomenului (hernie ombilicală)



Inspecția abdomenului

Anevrisma de aortă

- Masă palpabilă
 - Pacientul simte pulsație
 - Uneori poate fi vizibilă.
-
- 1 din 10 bărbați > 60 ani au dilatare a aortei abdominale. Cca 1 din 100 au un aneurism mare ce necesită intervenție chirurgicală.



Inspecția abdomenului (Ascita)





Michelangelo Merisi, detto il CARAVAGGIO

Milano 1571 - Porto Ercole 610

Medusa

1595-1598 circa

Olio su tavola rivestita di tela
Inventario 1890 n. 1351

Donata nel 1598 al Granduca Ferdinando I dal Cardinale Francesco Maria del Monte e posta nell' "Armeria Nuova" di Galleria senza attribuzione, è citata come del Caravaggio nell' inventario del 1631, abbinata ad un' armatura persiana indossata da un manichino su cavallo di legno.

Medusa

ca. 1595-1598

Oil on canvas-covered panel
Inventory 1890 no. 1351

In 1598 Cardinal Francesco Maria del Monte gave this painted shield to the Grand Duke Ferdinando I. It was put in the "Armeria Nuova" of the Uffizi Gallery, without any attribution, near a figure dressed in Persian armor mounted on a wooden horse. In the 1631 inventory it was listed as a work by Caravaggio.

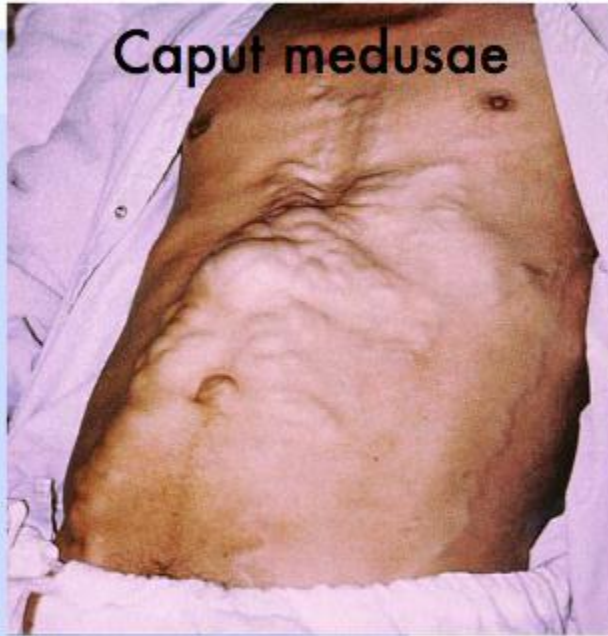


SHOT ON MI 8 SE
AI DUAL CAMERA

○ ● ● **Case**

Inspecția abdomenului

Very rare!

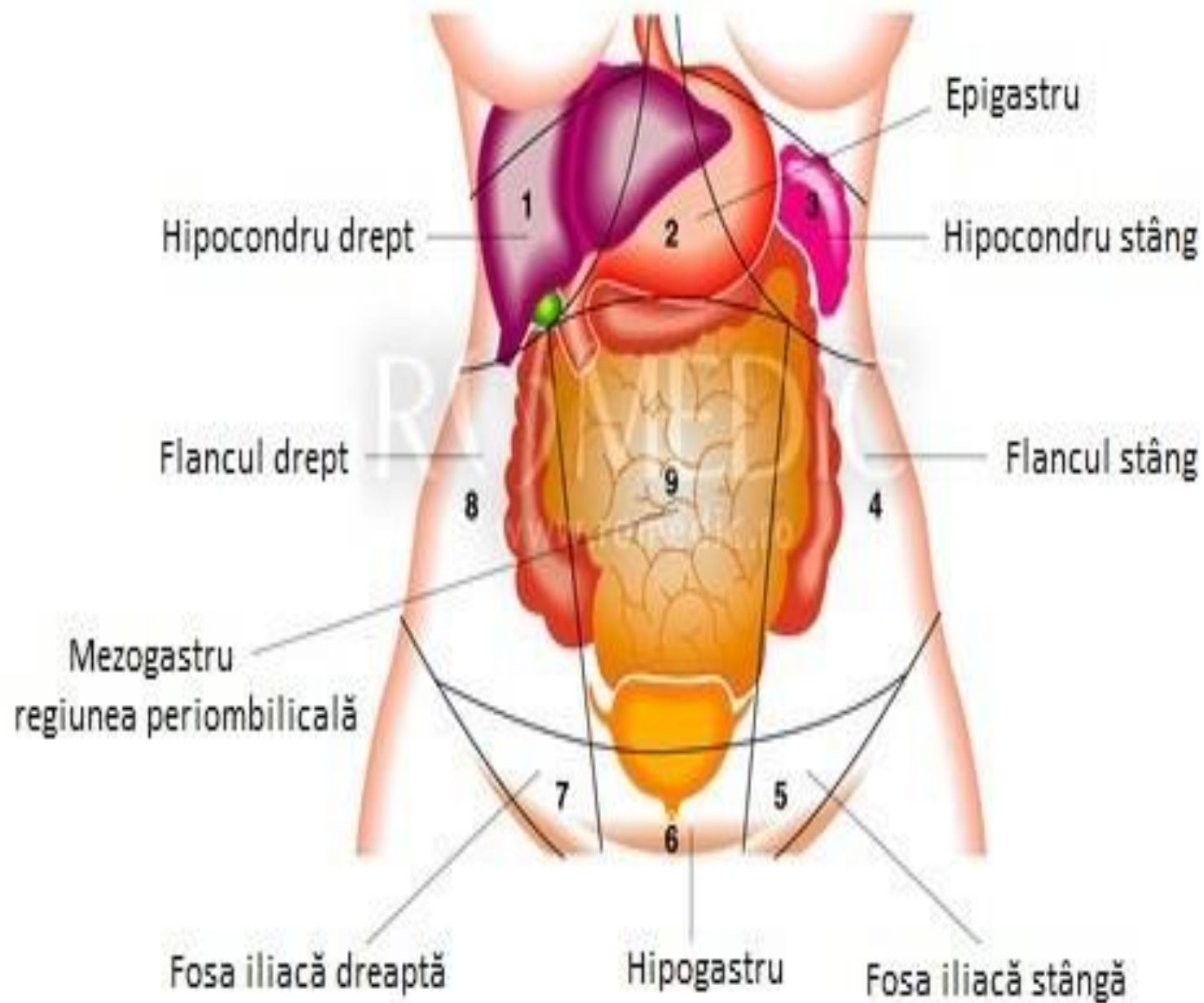


Ciroza -ascita, caput Medusae

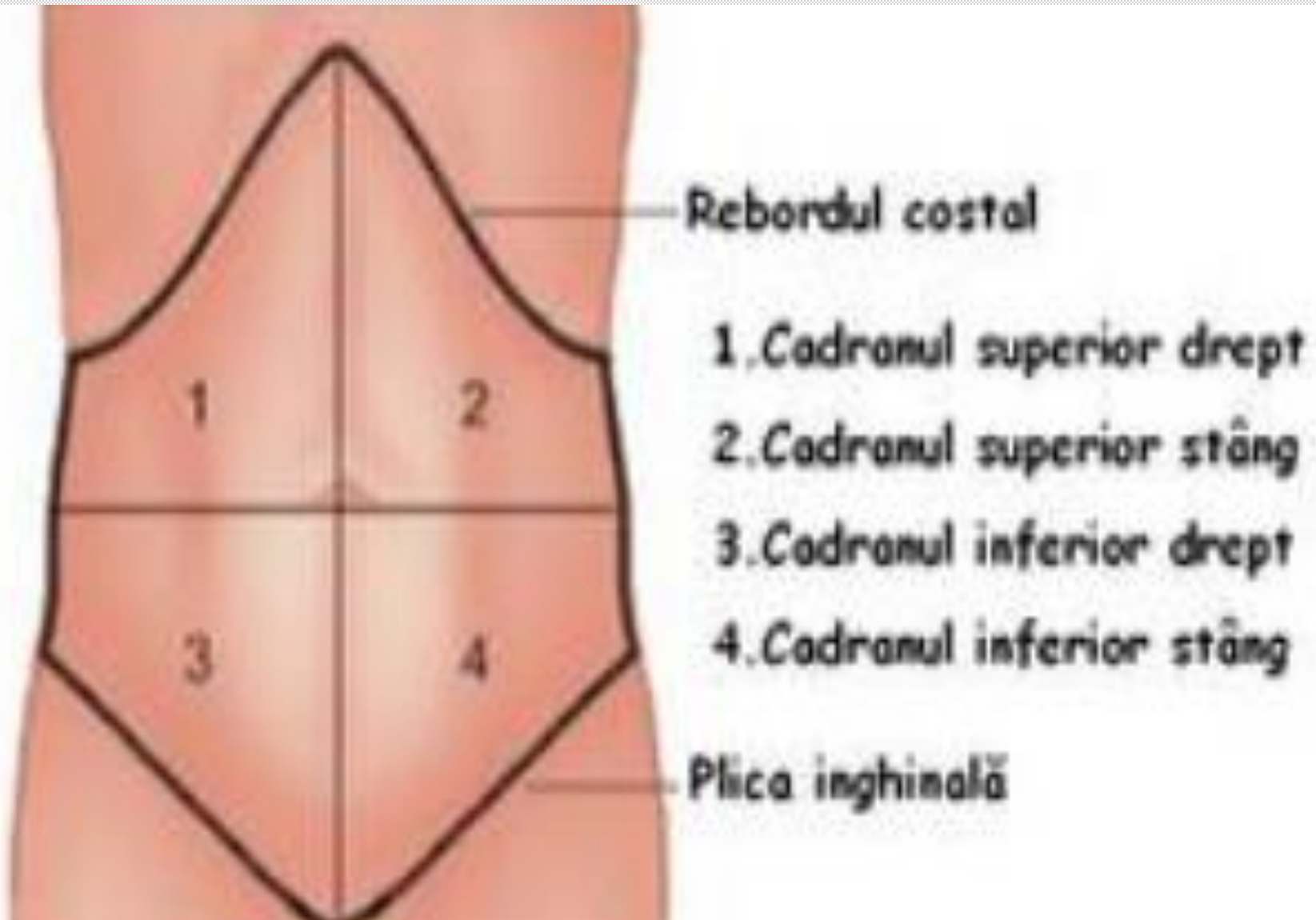


NB!!! Gândește anatomic





4 cadrane ale abdomenului



7 regiuni ale abdomenului

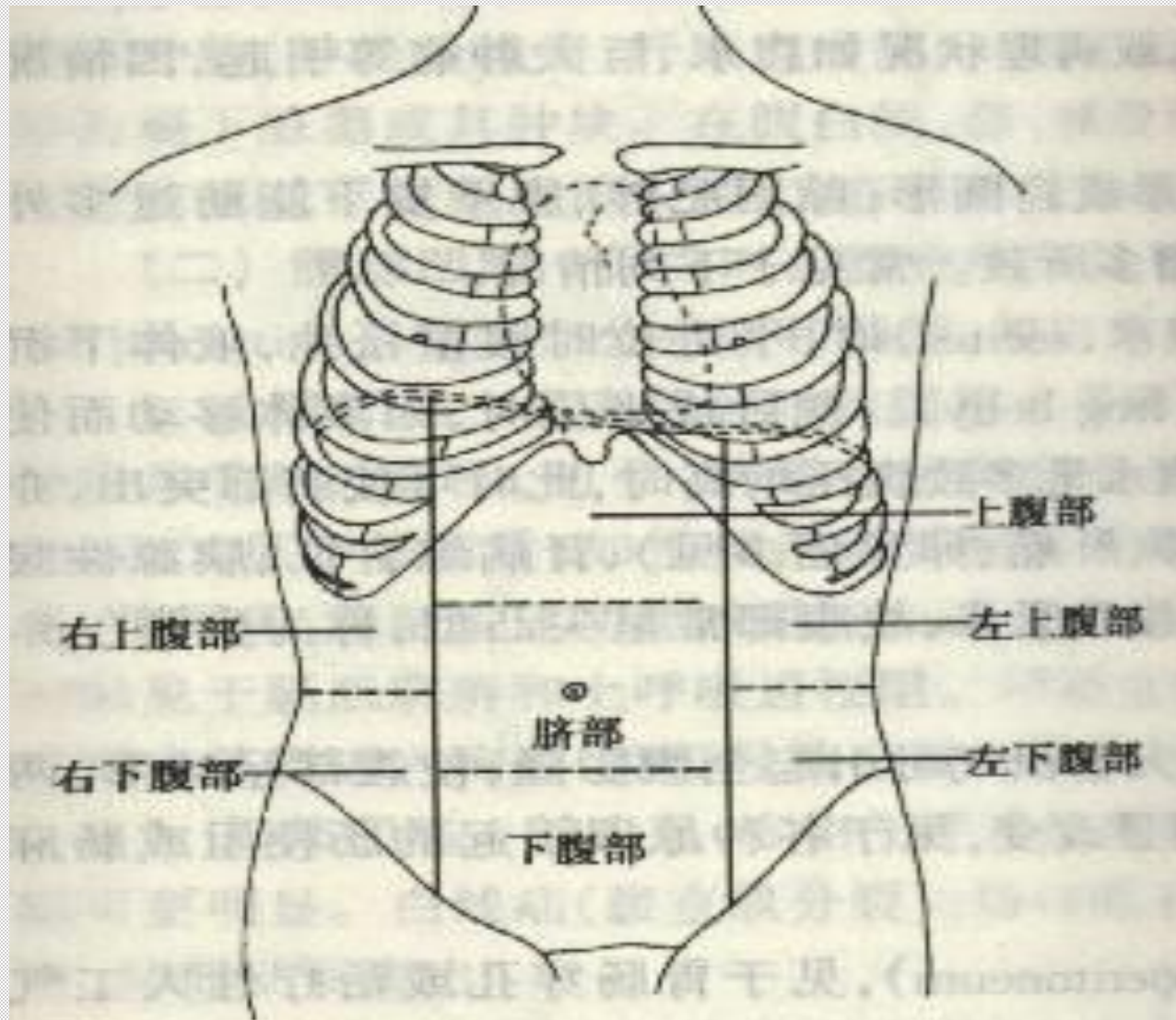


图 2-6-4 腹部体表分区示意图
(七区分法)

Auscultația abdomenului

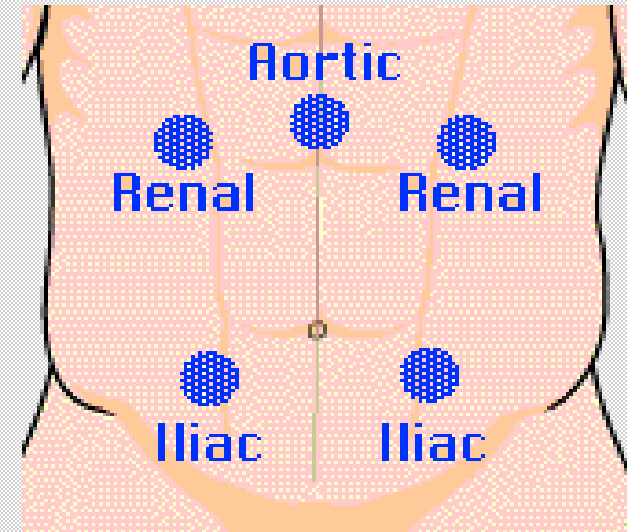
- *Pentru determinarea:*

- garguimentului intestinal

- zgomotelor vasculare (sufluri)

- frotățiilor (de asupra ficatului și splinei)

- (poate fi utilizată pentru determinarea limitei inferioare a stomacului)



Ausculțația abdomenului

- In mod normal, ausculțația abdomenului cu stetoscopul pune în evidență prezența unor zgomote hidroaerice date de peristaltica intestinală.
- Diminuarea peristalticii intestinale apare în peritonita acută, mergând până la dispariție în ileus paralic și dinamic (silențio abdominal)
- Intensificarea peristalticii intestinale apare în gastroenterite, faza inițială a ocluziei (semnul Köenig).
- Se poate determina un suflu sistolic în zona supraombilicală, în caz de anevrism de aortă abdominală și un suflu sistolic în hipocondrul drept sau stâng, în caz de stenoză de artere renale.

Palparea abdomenului

- Este metoda cea mai importantă pentru examenul clinic al abdomenului deoarece decelează modificări ale peretelui, ale conținutului abdominal și modificări ale durerii provocate.
- Palparea se face cu pacientul în decubit dorsal, relaxat, cu membrele inferioare ușor flectate și examinatorul plasat în dreapta pacientului.



Figure 15.10 The dorsal recumbent position.

Palparea abdomenului

Palparea se poate face monomanual sau bimanual.

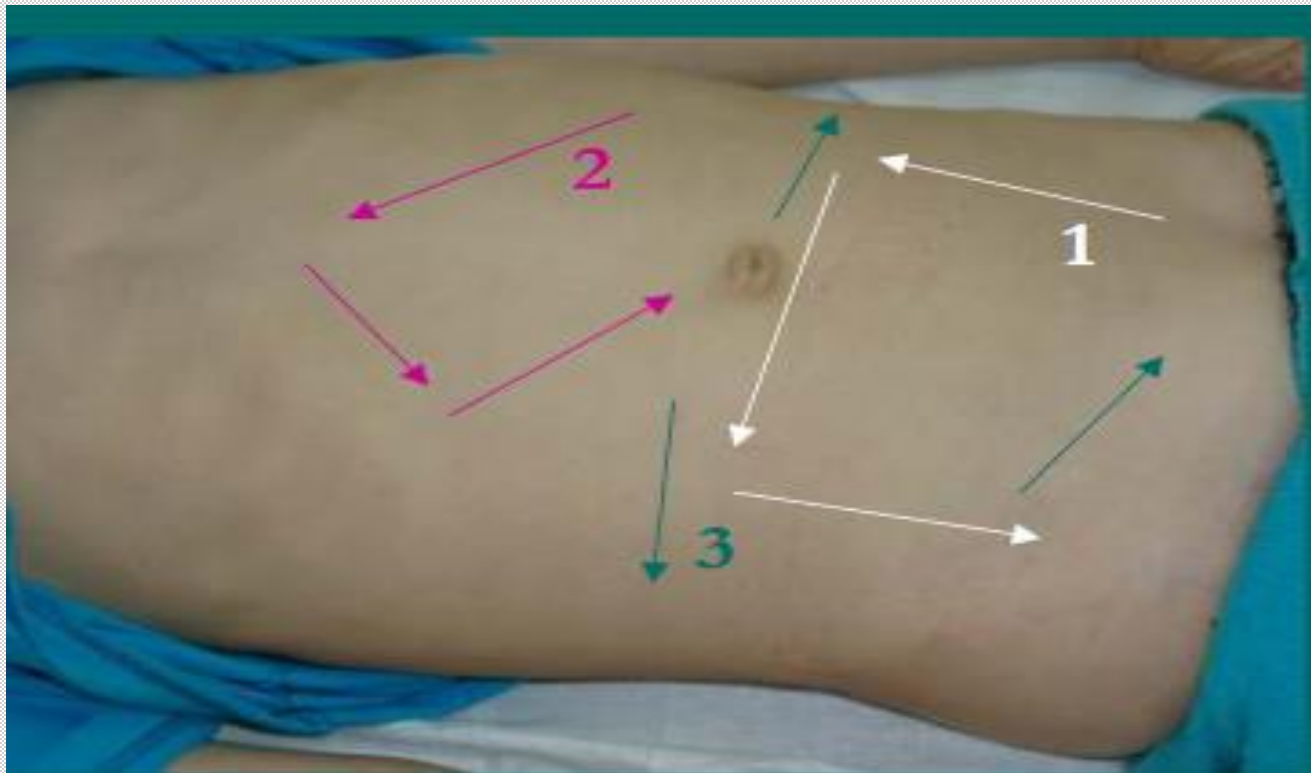
Palparea abdominală este *superficială și profundă*



Palparea superficială



Palparea superficială a abdomenului



Palparea abdomenului

Palparea superficială

- Pot fi determinate: **lipoame, formațiuni tumorale, procese inflamatorii superficiale uneori supraiacente organelor interesate (abces hepatic cu reacție superficială).**
- **Hiperestezia cutanată** este un semn important în decelarea iritației peritoneale în fazele incipiente ale peritonitei acute prin inflamația unui organ abdominal (apendicită acută, colecistită, ulcer perforat). Punerea ei în evidență se face plimbând degetele foarte fin la suprafața tegumentelor.
- Palparea musculaturii peretelui apreciază gradul ei de dezvoltare, prezența de **puncte herniare sau tumori**. În cazul prezenței de hiperestezie se poate constata și contractura musculară concomitentă, semn denumit apărare musculară ce apare în peritonite. În cazul în care contractura musculară este generalizată, peretele abdominal este rigid ca o scândură și poartă denumirea de *abdomen de lemn*.

Palparea abdomenului

Palparea profundă (După Obrazțov-Strajesco, prin alunecare)

Tehnica:

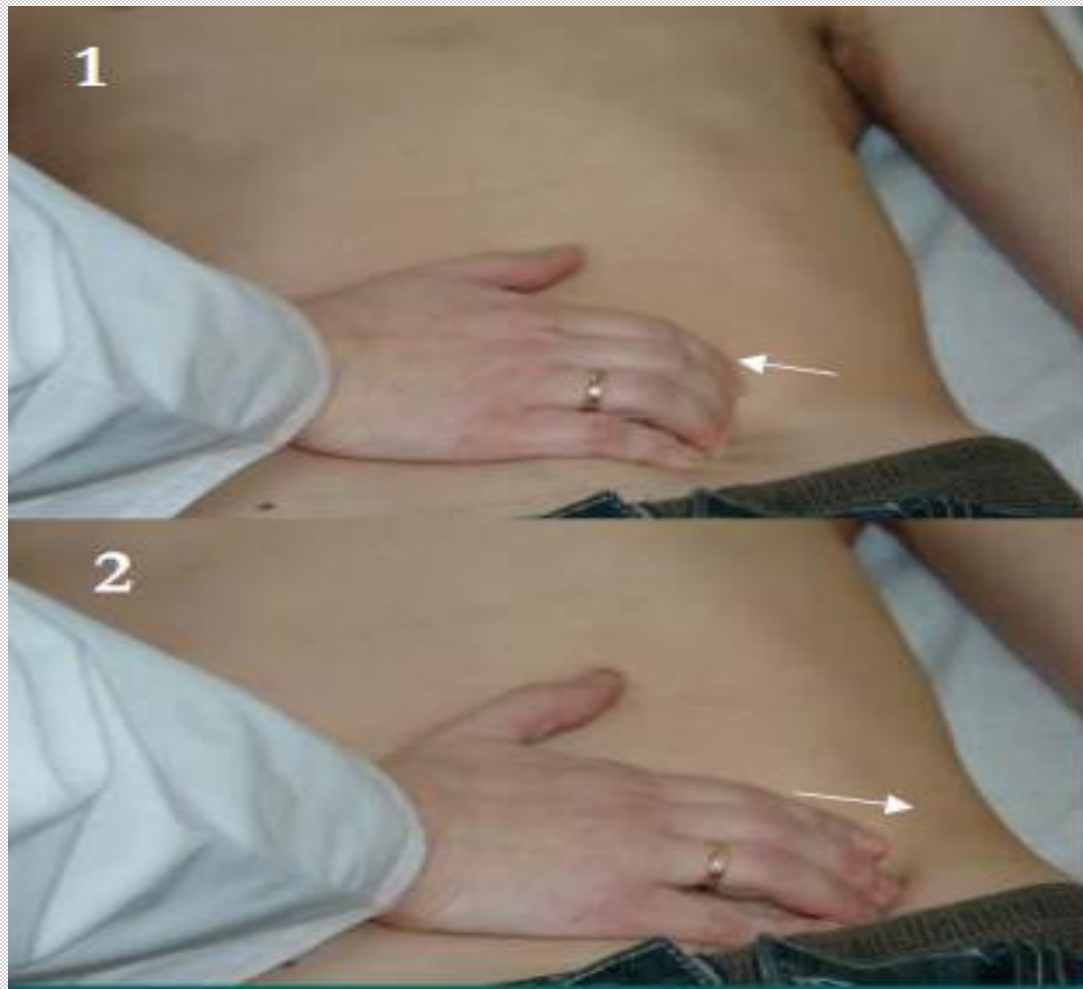
- ❖ se realizează prin aplicarea palmei pe peretele abdominal, creând presiune progresivă, în timp ce pacientul respiră obișnuit,
- ❖ sau palpare prin alunecare, în care se pătrunde inițial cu vârful degetelor, deprimând progresiv peretele, pacientul fiind rugat să inspire lent și adânc, mâna examinatorului alunecând în profunzime odată cu mișcarea peretelui abdominal care se ridică în cursul inspirului.
- ❖ !!! Este indicat ca palparea să se efectueze cu blândețe și să se înceapă din zona cât mai îndepărtată de regiunea dureroasă
- ❖ Ea se poate executa ordonat în sens orar sau antiorar. De obicei se începe palparea din fosa iliacă stângă urmărind succesiv zonele topografice: **flanc stâng, hipocondrul stâng, epigastru, hipocondrul drept, flanc și fosa iliacă dreaptă, hipogastru, mezogastru (1. intestinul gros (sigmoid, colon descendent), 2. intestin gros (cecum, colon ascendent, transvers), 3. stomac, Duoden, Ficat, splină**

).

Palparea profundă bimanuală



Palparea profundă a sigmoidului



Palparea profundă a cecului



Palparea profundă a colonului ascendent



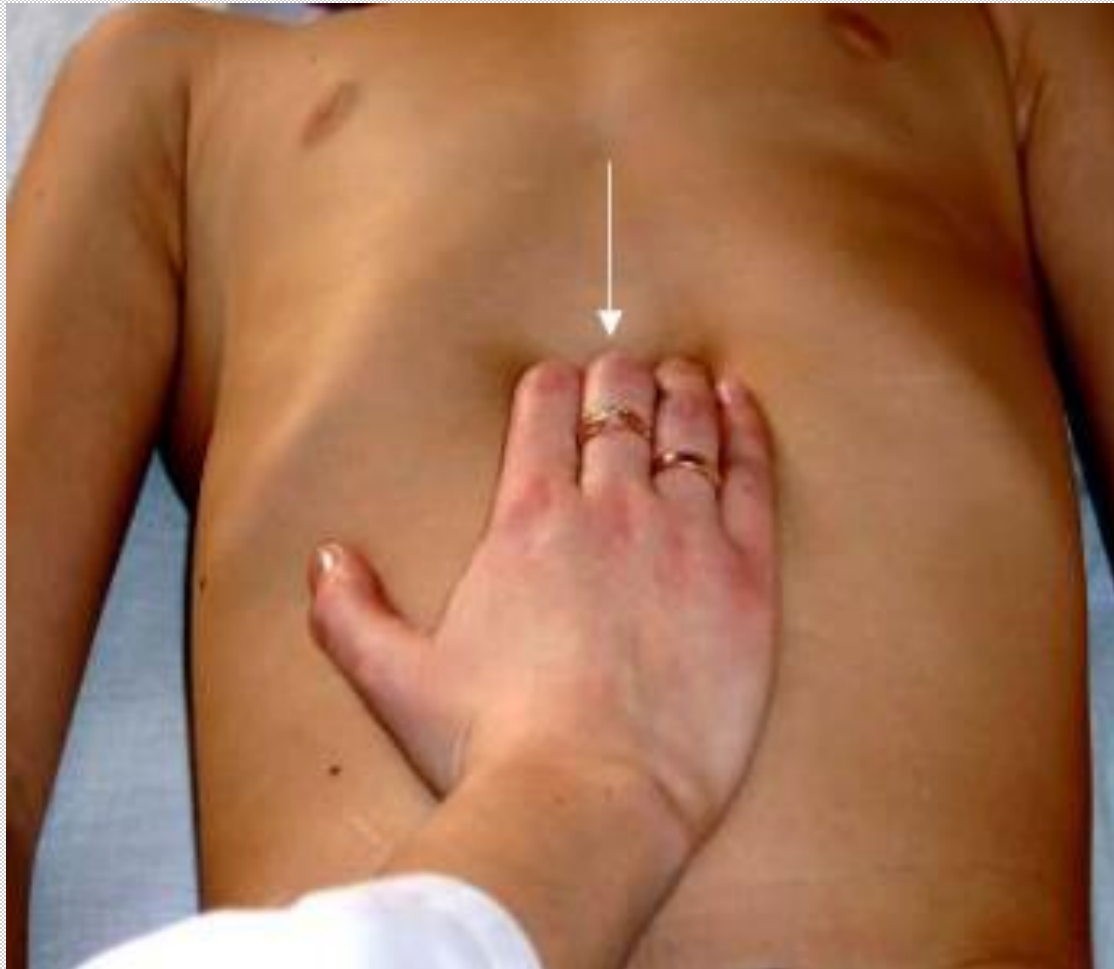
Palparea profundă a colonului descendent



Palparea colonului transvers



Palparea profundă a stomacului



Palparea abdomenului

In cazul decelării unei formațiuni tumorale se va aprecia:

- Localizarea topografică
- Forma
- Mărimea (în cm)
- Mobilitatea (prezența sau nu a aderențelor la palpația superficială sau profundă)
- Consistența
- Sensibilitatea
- Participarea la mișcările respiratorii

Palparea abdomenului

In cazul prezenței de ascită se impune efectuarea a două metode de examinare:

- **Semnul valului:** examinatorul plasează fața palmară a unei mâini la nivelul unui flanc, iar cu degetele celeilalte mâini execută percuții ritmice în celălalt flanc; unda de percuție transmisă prin intermediul lichidului de ascită va fi simțită sub formă de undă sau val în partea opusă
- **Palparea prin balotare:** se utilizează în cazurile în care se palpează o formațiune tumorală într-un abdomen destins prin prezența de ascită. Manevra se efectuează prin presiune bruscă pe formațiunea tumorală (ficat, splină) care se cufundă în lichid revenind imediat în poziția inițială - semnul cubului de gheață într-un butoi cu apă.

Palparea abdomenului

Semnul valului



Palparea abdomenului

- **Aprecierea durerii provocate** – se face prin intermediul examinării punctelor dureroase abdominale sau prin intermediul unor manevre de provocare a durerii.
- Punctele dureroase abdominale sunt: solar, epigastric, colecistic, apendicular, renoureterale și sunt uneori semnificative în afectarea organelor respective.
- Manevrelor de provocare se folosesc mai ales în cazuri de iritație peritoneală, cele mai importante fiind:
 - **Manevra Blumberg** – mâna examinatorului efectuează o presiune din ce în ce mai puternică în profunzime, după care este ridicată brusc; în momentul ridicării se produce o durere vie determinată de iritația peritoneală

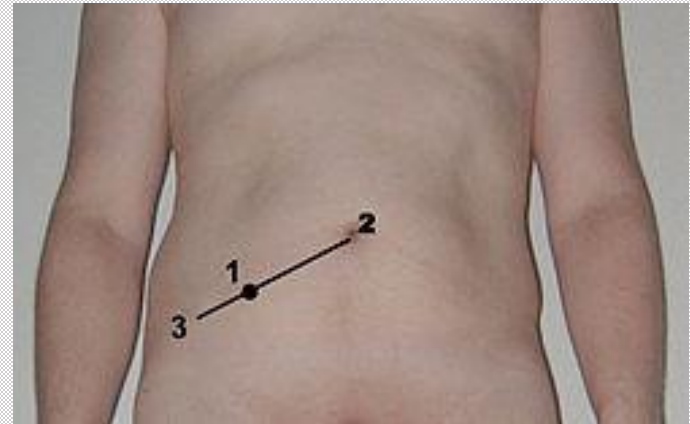


Palparea abdomenului

- **Manevra Rousing** – comprimă colonul descendent și transvers în sens antiperistaltic obținând o durere vie la distensia cecului și apendicelui – semn de apendicită acută
- **Manevra Murphy** – constă în plasarea mâinii examinatorului în zona colecistocoledociană sub rebordul costal pe linia medioclaviculară; invitând bolnavul să inspire adânc, în momentul împingerii colecistului în mâna examinatorului se provoacă o durere vie.

Palparea abdomenului

Punctul McBurney (apendicita)



- Location of McBurney's point (1), located two thirds the distance from the [umbilicus](#) (2) to the right [anterior superior iliac spine](#) (3)

Percuția abdomenului

- Percuția completează ceea ce examinatorul a decelat prin inspecție și palpate, stabilind dimensiunea, consistența organelor abdominale, prezența de lichid sau aer în abdomen, prezența de formațiuni tumorale.
- În urma percuției se pot obține zone de timpanism la nivelul stomacului și anșelor intestinale și zone de matitate de asupra ficatului, splinei sau în cazul prezenței de lichid liber în abdomen

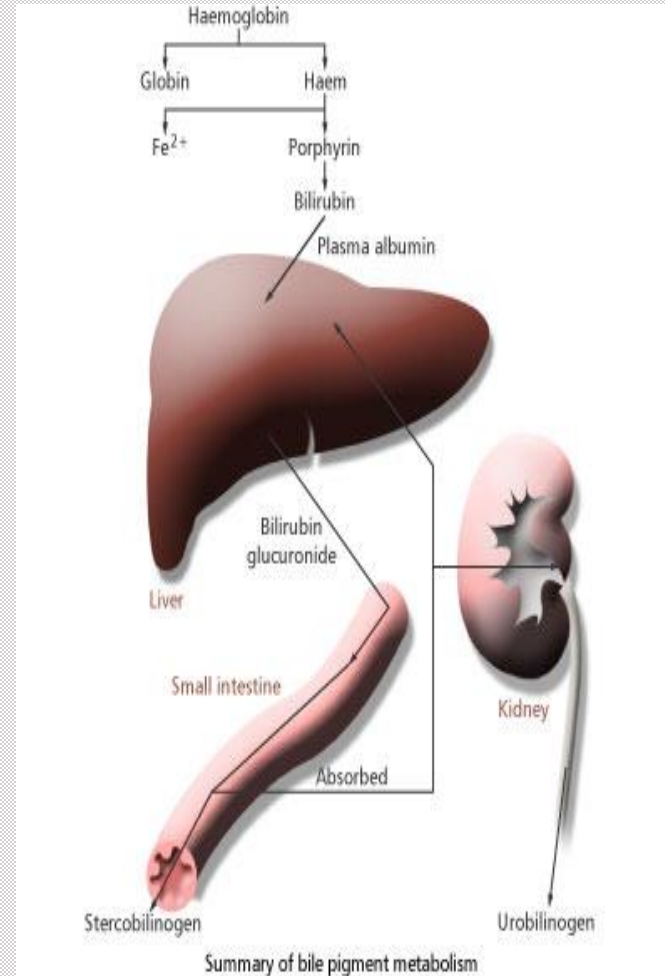
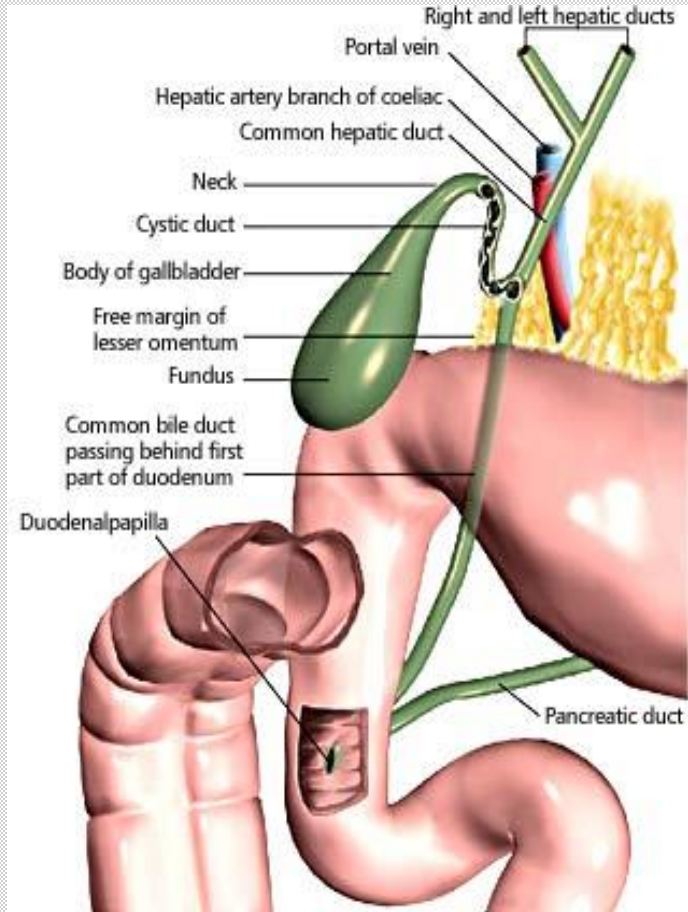


Percuția abdomenului

Percuția se poate face în două moduri:

- Pornind de la punctul cel mai înalt al abdomenului spre zonele inferioare (sub formă de raze de soare). Cel mai frecvent se pornește din epigastru și se obține o matitate cu concavitatea în sus. Pentru demonstrarea prezenței de lichid liber se poate invita pacientul să stea în decubit lateral drept sau stâng, se repetă percuția în același mod și se constată prezența unei matități cu linia superioară orizontală.
- Percuția maselor abdominale solide din abdomenul inferior constată prezența unei matități cu concavitatea în jos (glob vezical, sarcină, chist ovarian, tumoră ovariană).

Ficatul și căile biliare



Ficatul și căile biliare

Acuze

- **Durerea:** - disconfort (hepatite cronice)
 - jenă dureroasă(creșterea presiunii în căile biliare datorită unui obstacol, calcul)
 - *colică biliară –violentă, în hipocondrul drept, cu iradiere posterioară*

- **Febră** \pm - litiază biliară
 - angiocolite
 - colecistite
- septică** - abces hepatic
 - chist hidatic infectat
- subfebrilități** ~ frecvent (angiocolită, hepatite virale, după colică biliară)
- **Prurit**
- **Pierdere ponderala**

Ficatul și căile biliare

Acuze

- **Tulburări :**

Dispeptice: - balonări

- regurgitații
- gust amar
- tranzit accelerat (\pm melena-în hemoragii)
- scăderea sau lipsa poftei de mâncare
- grețuri
- vome (\pm cu conținut de bilă; zaț de cafea-în hemoragii)

Neurologice: agitație, neliniște,
somnolență

Ș.a. Acuze **!!! Ficatul are peste 500 de funcții**

Ficatul și căile biliare

Anamneza

Sexul

- Bărbați - steatoză, ciroză (alcool)
- Femei – colecistite, litiază biliară, dischinezii bilio-digestive

Vârsta

- nou-născut- icterul fiziologic
- adult – hepatită cronică, ciroză hepatică
- vârstnic – ciroză hepatică

Antecedente heredocolaterale:

fier- hemocromatoza

cupru- boala Wilson

icter hemolitic - boala Gilbert, boala Crigler-Najar

Ficatul și căile biliare

Anamneza

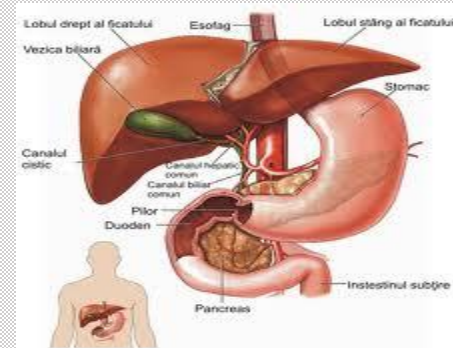
Antecedente personale patologice

- hepatită virală B sau C – carcinom hepatocelular
- colecistite
- ulcer gastroduodenal
- febra tifoidă, dizenterie
- leptospiroza, sifilis
- malaria (ficat/splină), lambliaza, chist hidatic (ficat)
- boli cardiace -ficatul de stază
- intoxicații: ciuperci, alcool, medicamente: Rifampicină, Tetraciclină, Hidrazidă....

Condiții de viață și de muncă:

- hepatită virală – personal medical, secții de dializă, transfuzii de sânge
- alcool - hepatită cronică, ciroză hepatică
- toxice (benzen, toluen, fosfor, plumb)– hepatită cronică, ciroză hepatică

Ficatul și căile biliare



Anamneza

Istoricul bolii

Debut:

- Acut – litiază biliară, hemoragie
digestivă superioară
- Progresiv - litiază biliară,
ciroza hepatică, hepatită cronică

Ficatul și căile biliare

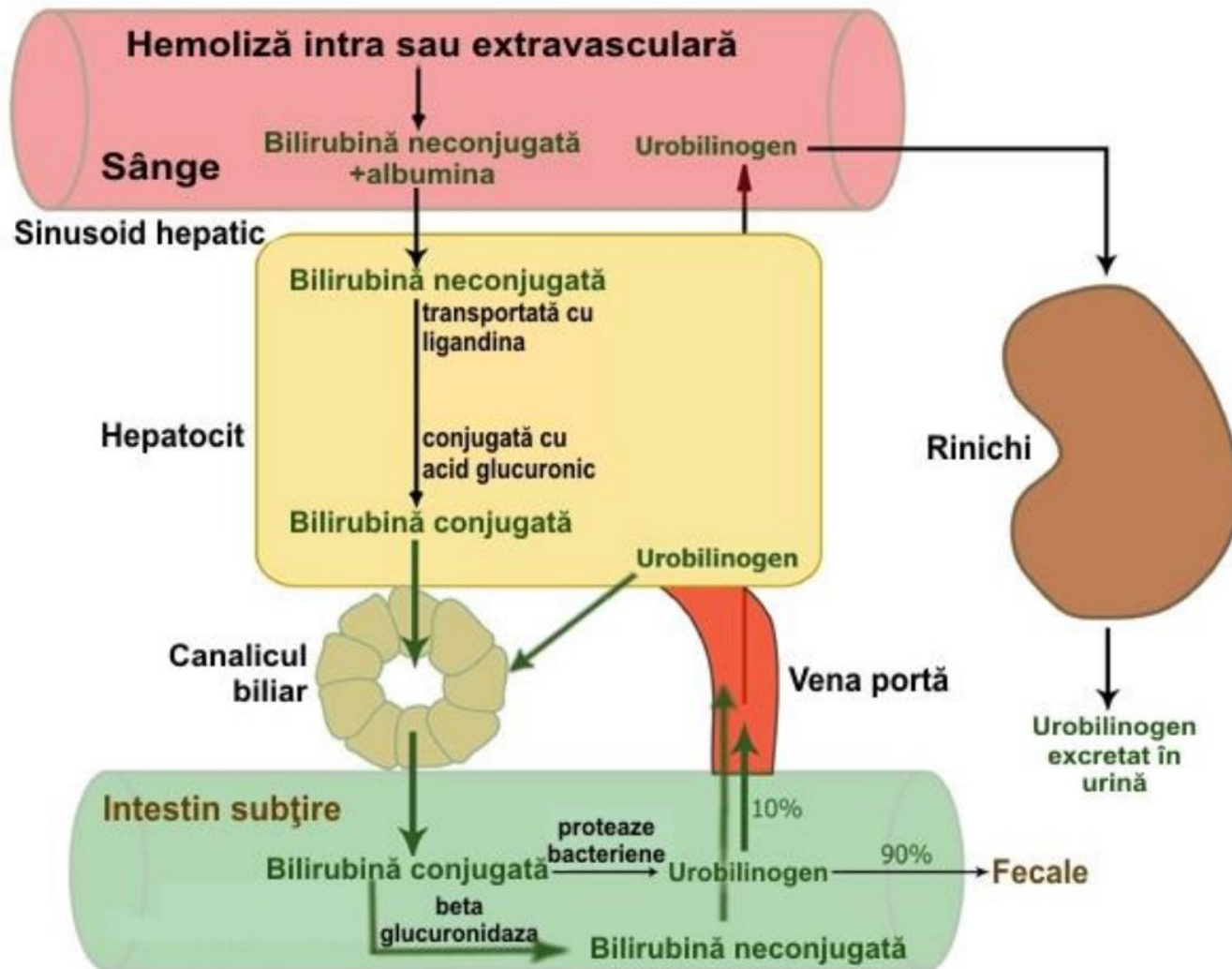
Inspecția generală

- **(Habitué)**- cașexie
- **Tegumentele și mucoasele**-icter, erupții peteșiale, hemoragii subcutanate, steluțe vasculare, hiperemie a palmelor și tălpilor, ginecomastie la bărbați



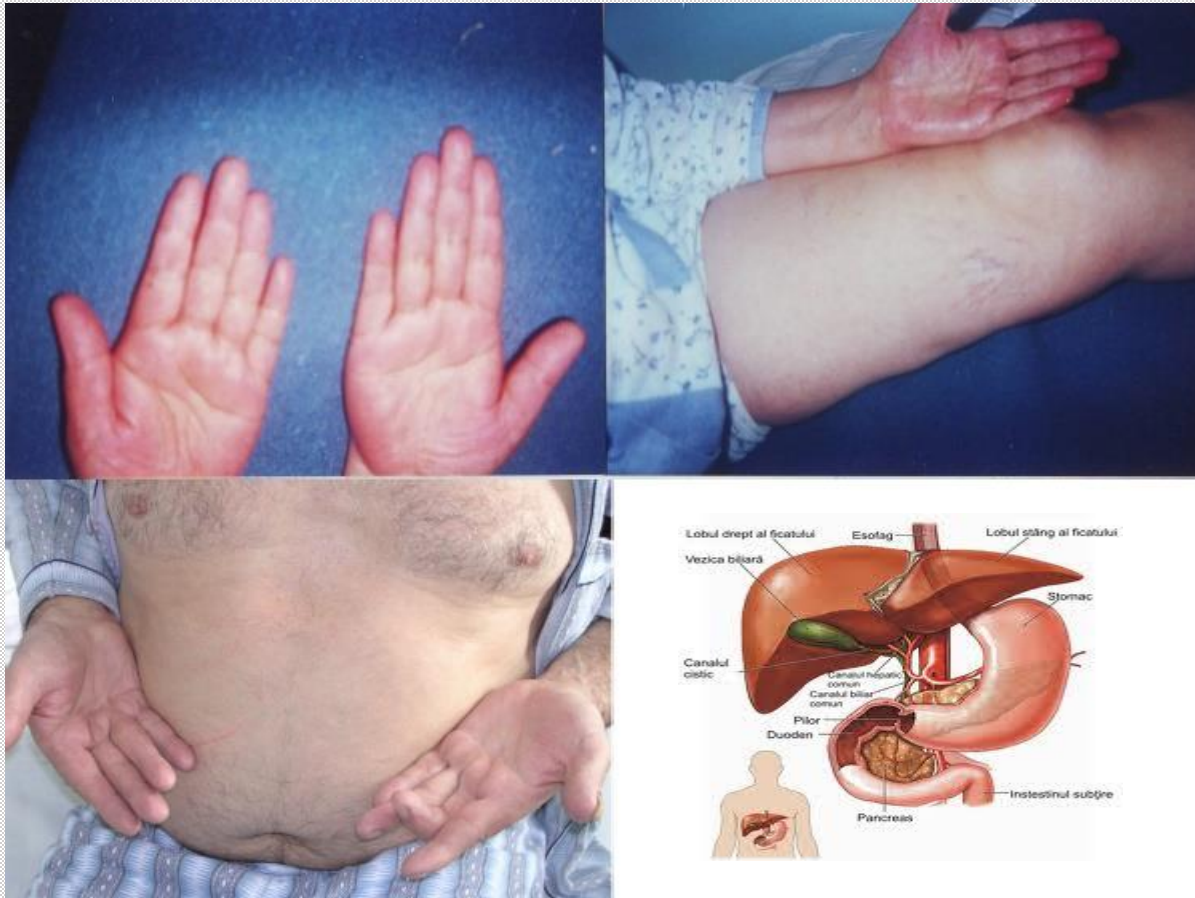
- **Icterul** este expresia clinică a creșterii bilirubinemiei consecutiv unor anomalii ereditare, de dezvoltare sau dobândite în cadrul formării, transportului, metabolismului și dispunerii bilirubinei.

Metabolismul bilirubinei



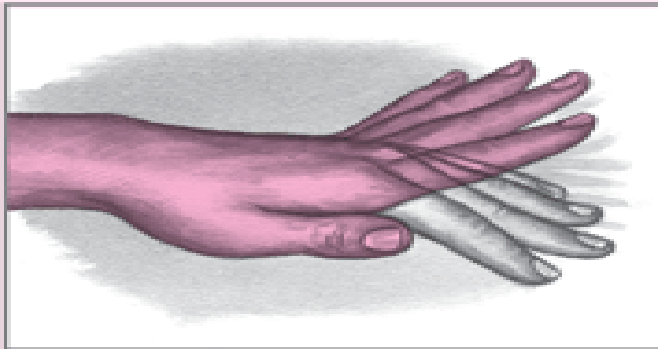
Ficatul și căile biliare

Inspecția



Recognizing asterixis

With asterixis, the patient's wrists and fingers are observed to "flap" because there's a brief, rapid relaxation of dorsiflexion of the wrist.



Normal foot



Foot with edema

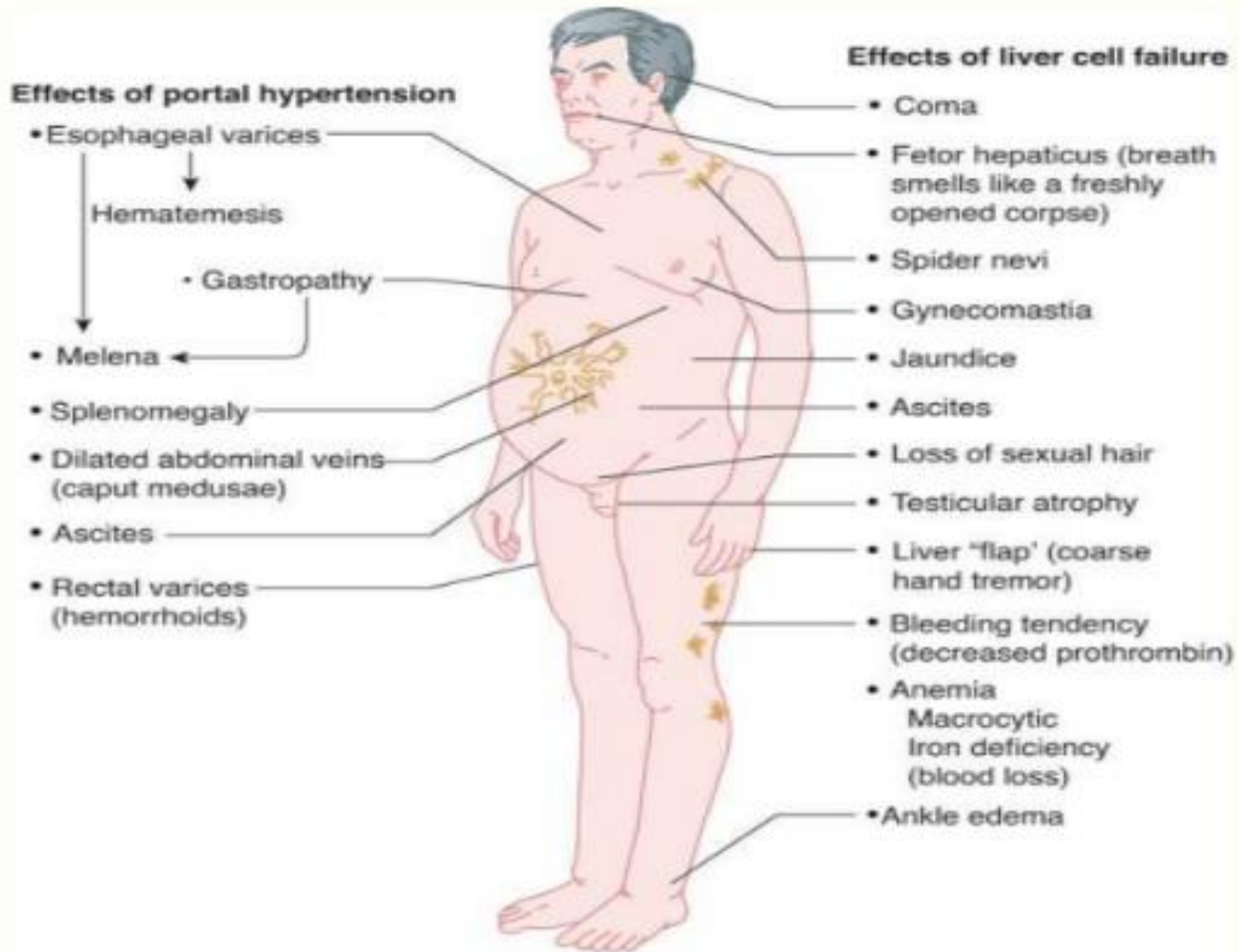


ADAM.



www.karrifamilyclinic.com.sg

Clinical Manifestations



Source: McPhee SJ, Hammer GD: *Pathophysiology of Disease: An Introduction to Clinical Medicine*, 5th Edition: <http://www.accessmedicine.com>

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

Palparea profundă a ficatului

(!!! percuția limitei inferioare precede palparea)



Cu scopul de a aprecia:

- marginea inferioară a ficatului, conturul (neted sau neregulat);
- consistența marginii (dură sau moale)
- forma marginii (ascuțită sau rotunjită)
- doloritatea
- suprafața organului (netedă sau neregulată).



Palparea ficatului

!!! In cazul acumulărilor masive de lichid liber în cavitatea abdominală:

- extremitățile degetelor mâinii drepte exercită lovituri sacadate pe peretele abdominal (fără a le îndepărta de pe suprafața abdomenului), deplasând mâina de jos în sus.
- ajungând la marginea ficatului, degetele simt un organ dur, care la lovire se îndepărtează de degete și se apropie din nou (simptomul gheții plutitoare).

Percuția limitei inferioare a ficatului

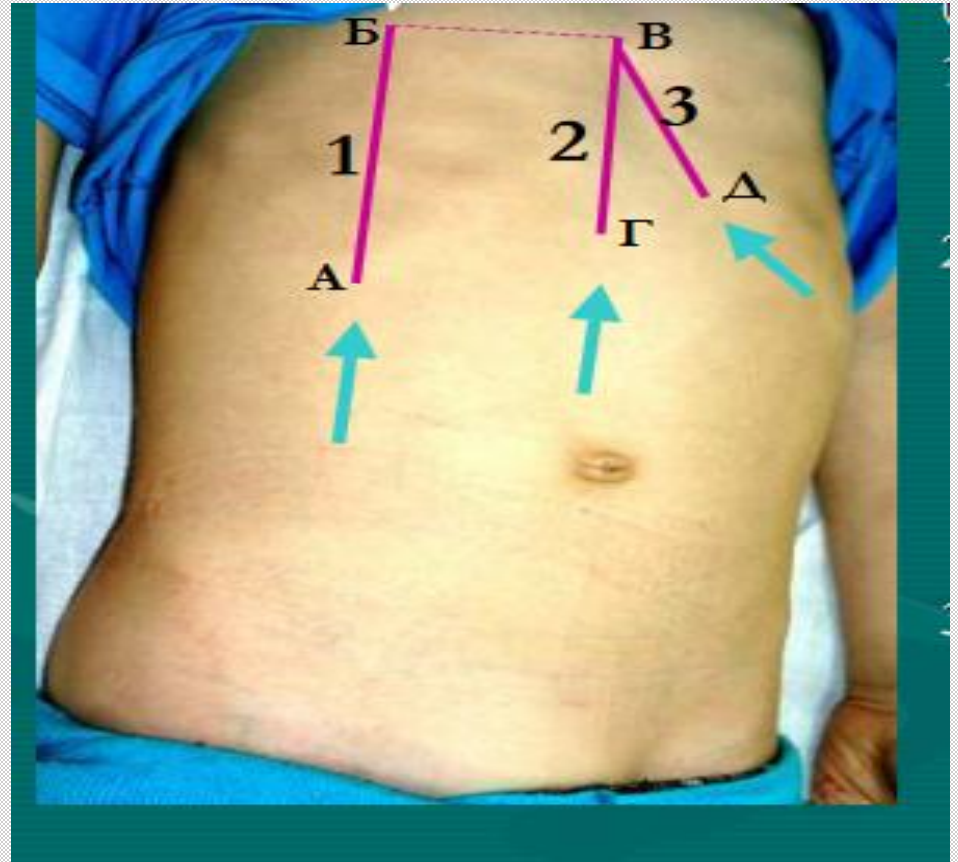
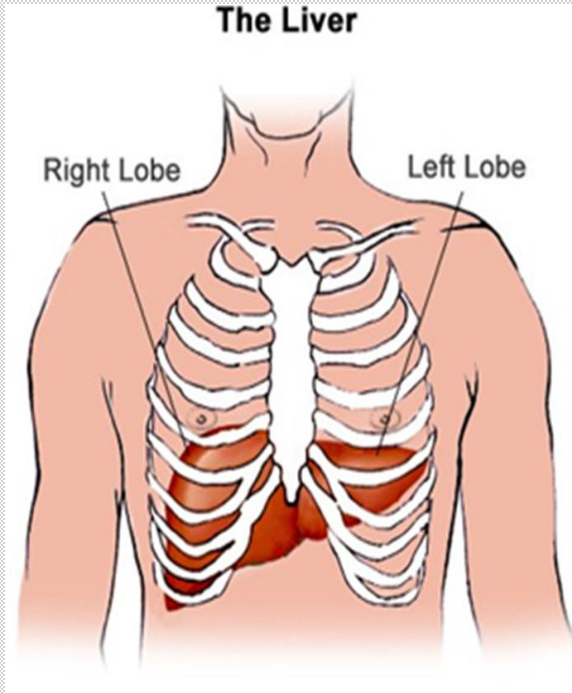


Pecuția ficatului după Kurlov

I-a dimensiune-- 9 ± 2 cm (linia medioclaviculară dreaptă)

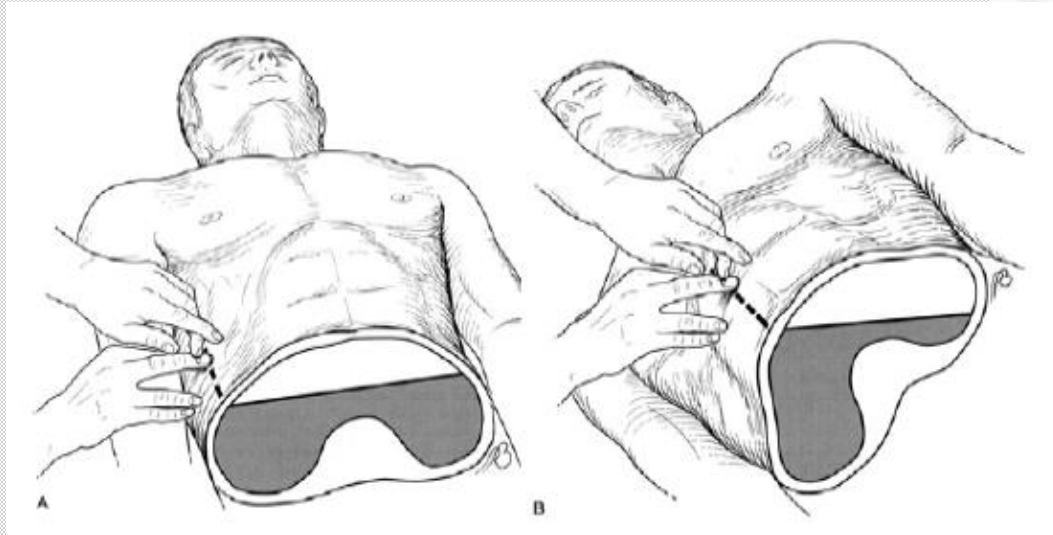
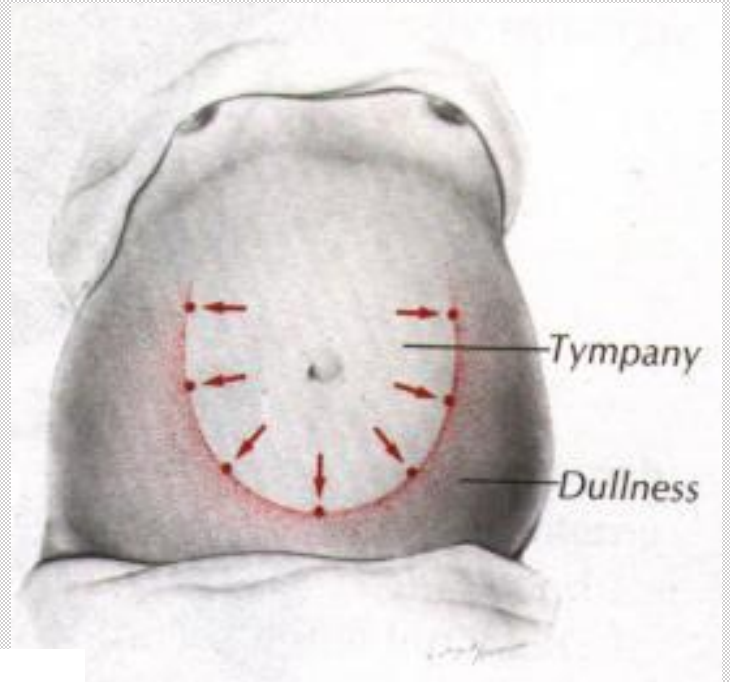
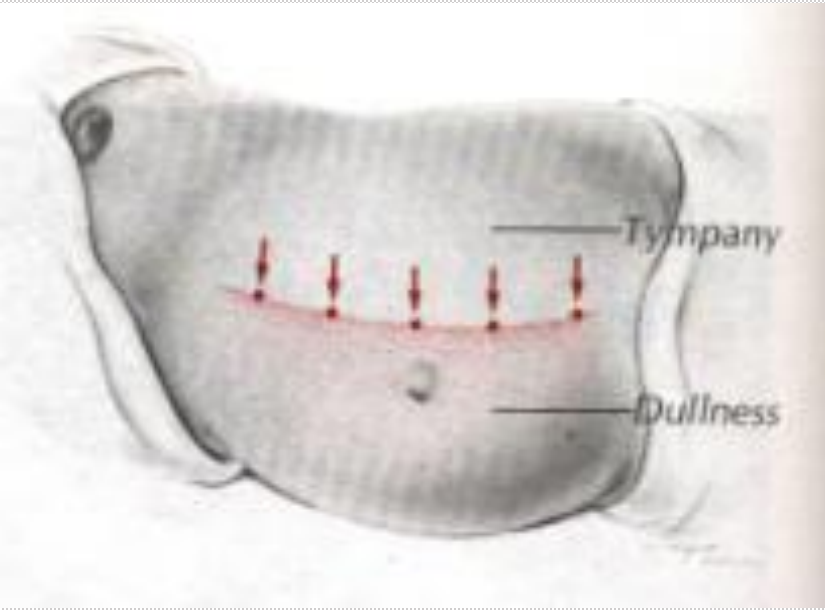
II-a dimensiune 8 ± 2 cm (linia mediană)

III-a dimensiune 7 ± 2 cm (pe rebordul costal stâng)



Ficatul

Percuția abdomenului cu ascită (matitate deplasabilă în flancuri)



Veziica Biliară (VB)

Examenul obiectiv

Inspectie locală

- bombare in hipocondrul drept (s. Courvoisier-Terrier din blocajul neoplazic al coledocului)
- hidrops vezicular (blocarea canalului cistic)

Palpare

***În normă VB nu se depistează prin palpare !!!
se palpeaza numai VB patologica !!!***

- VB mare (staza biliara)
- VB destinsa (s. Courvoisier-Terrier)
- VB mare, mobila, ca o "limba de clopot"- hidrops vezicular
- VB mare, perete neregulat, dura, nedureroasa – neoplasm de VB
- VB mica, dura, lemnoasa – VB calculoasa, sclero-atrofica



Palparea vezicii biliare

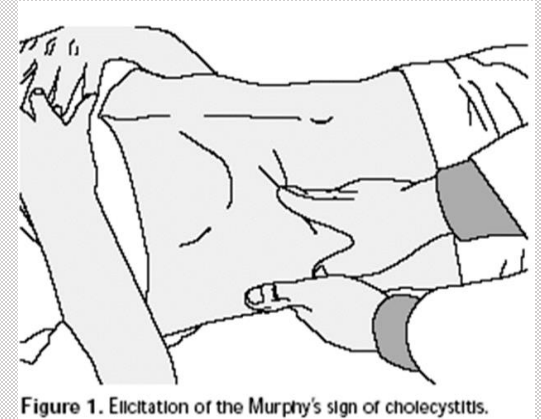
(la intersecția marginii externe a mușchiului drept abdominal cu rebordul costal)



Veziica biliară

puncte dureroase specifice afectării v. biliare

Merphy – accentuarea durerii în hipocondriul drept la presiunea peretelui abdominal pe dreapta în proiecția vezicii biliare în timpul inspirului profund (de obicei bolnavul întrerupe expirul din cauza durerii)



Kerhr – apariția sau intensificarea durerilor în inspir la palpare în punctul vezicii biliare

Lepohne – durere la percuția țesuturilor moi din regiunea hipocondriului drept

Ortner – durere la percuția pe rebordul costal drept

Aizenberg II – apare durere în regiunea hipocondriului drept dacă bolnavul ridicându-se în degete brusc se lăsa pe talpă

Volskii – doloritate, care apare la o pălitură ușoară cu rebordul mâinii de sus în jos pe rebordul costal drept

Krâmov – doloritate la presiune zonei pătratului drept superior a regiunii ombilicale

Veziica Biliară

Punctele dureroase reflectorii în afecțiuni ale v. biliare

Sindromul vegetativ reactiv drept (iritativ) – durerea apare la palparea punctelor vasculare și nervoase:

- punctul orbital (simptomul Bergman),
- punctul occipital (simptomul Ionash),
- punctul cervical (simptomul Mussy),
- punctul interscapular (simptomul Haritonov),
- punctul femoral (simptomul Lapinskii),
- punctul plantar (dorsul piciorului drept)

Vezića biliară și căile biliare

Diagnostic paraclinic

Ecografia abdominala - este o metodă cu bună acuratețe ce poate vizualiza calculii cu dimensiuni de până la 2 mm ; rezultatele fals pozitive sau fals negative în 2 - 3 % din cazuri

- **Radiografia abdominala pe gol** - poate diagnostica calculii cu conținut de calciu
- **Duodenoscopia**
- **CT abdominal**
- **RMN abdominal**
- **Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică**
- **Colangioancreatografia prin rezonanță magnetică (MRCP)**
- **Ultrasonografia endoscopică**
- ...

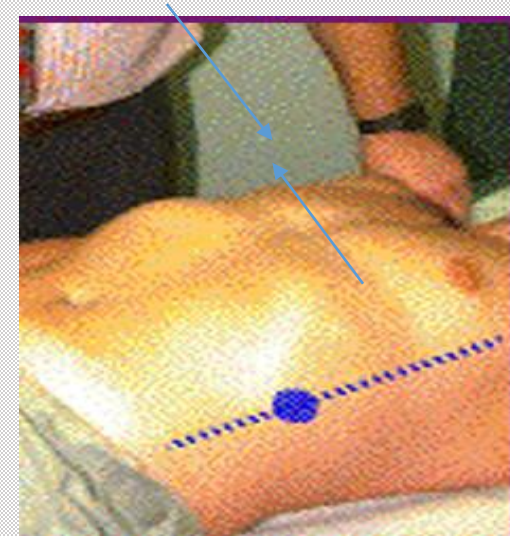
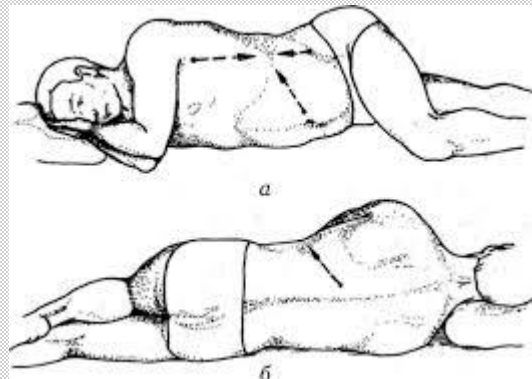
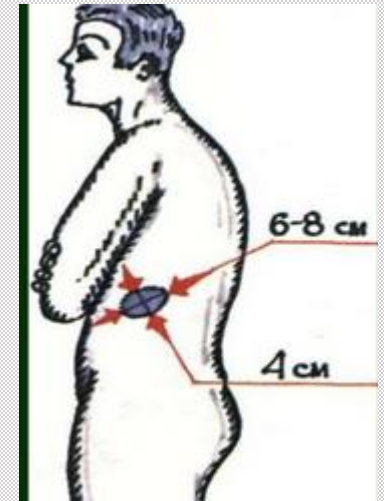
Palparea splinei

(!!! În normă splina nu se depistează)



Percuția splinei

- Se utilizează percuția cu intensitate joasă
 - Diametru longitudinal-(6-8 cm):la nivelul coastei a X pe stânga
 - Diametru transversal (4-6 cm) -diametru longitudinal se împarte în jumătate și se percutează perpendicular coastei a X
- Percuția poate fi efectuată de la sunet clar spre matitate și invers



Mulțumesc pentru
atenție

