

# Abordarea globala a pacientului si sindroamelor digestive

Dr Camelia Badea

# Sindrom ascitic

- Sd ascitic = totalitatea manifestarilor clinice si paraclinice care sunt legate si/sau apar ca urmare a prezentei lichidului de ascita
- **CLASIFICAREA ETIOLOGICA:**
  - Cauze hepatice : ex ciroza hepatica
  - Cauze cardio-vasculare : ICC, pericardita constrictiva, obstructia de VCI
  - Cauze neoplazice: carcinomatoza peritoneala
  - Cauze renale : sd nefrotic
  - Cauze infectioase :TBC, PBS
  - Cauze endocrine : mixedem
  - Cauze nutritionale : malnutritie
  - Cauze diverse : colagenoze

# Sindrom ascitic

## 1. CLASIFICARE IN FUNCTIE DE MEC PATOGENIC

- **↑ presiunii hidrostactice** : ciroza hepatica (HTP), sd Budd-Chiari, obstructia VCI, pericardita constrictiva, ICC
- **↓ presiunii coloid-osmotice** : ciroza hepatica, sd nefrotic, malnutritie, enteropatia cu pierdere de proteine
- **↑ permeabilitatii capilare** : ascita tuberculoasa, ascita neoplazica, PBS
- **Afectarea drenajului limfatic** : boli limfoproliferative, mixedem, sd Meigs, solutii de continuitate la nivelul sistemului de drenaj limfatic (traumatism)

## 2. CLASIFICARE IN FUNCTIE DE GRADIENTUL ALBUMINIC:

- **SAAG (gradientul albuminei)** = albumina serica - albumina din ascita
- SAAG > 1,1g/dl → transudat
- SAAG < 1,1g/dl → exudat

# Sindrom ascitic

SAAG > 1,1G/DL- transudate Mec =HTP (97%)	SAAG < 1,1 G/DL- exudat
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ciroza</li><li>- Ascita cardiaca</li><li>- Sd Budd-Chiari</li><li>- Tromboza de vena porta</li><li>- Boala veno-ocluziva</li><li>- Mixedem</li><li>- Sd nefrotic</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>-carcinimatoza peritoneala</li><li>Tuberculoza</li><li>Ascita pancreatica</li><li>Ascita biliara</li><li>Boli de colagen</li><li>Infarctul intestinal</li></ul>

# Sindrom ascitic

## *Manifestari clinice:*

- Marirea de volum a abdomenului- prima acuza a pacientului
- Senzatie de plenitudine, greutate intraabdominala
- Ascita voluminoasa → dispnee (impingerea diafragmului)
- Debut : insidious : in ciroze, neoplazii  
brusc : sd Budd-Chiari
- Decelabila clinic >500ml ascita

# Sindrom ascitic

## *Inspectia*

- mărirea de volum a abdomenului, evazat pe flancuri prin relaxarea mm abdominale= aspect de “batracian”
- circulația colaterală porto-cavă și cavo-cavă
- prezența omfalocelului prin herniere ombilicală (ombilicul apare deplisat)
- unele elemente cutaneo-mucoase ale afecțiunii de bază observate mai ales în cazul cirozei

# Sindrom ascitic

## *Palpare*

- abdomenul este flasc (pierderea tonusului- semn precoce)
- Ascita in tensiune- abdomen rezistent la palpare
- Semnul bulgarelui de gheata (dipping)
- Semnul valului

# Sindrom ascitic

## *Percutie*

- se pune în evidență o matitate declivă cu concavitatea în sus
- Percuția se realizează radial pornind de la apendicele xifoid către pelvis.
- Prin percuție se constată prezența unei matități deplasabile pe flancuri.



# Sindrom ascitic – investigații paraclinice

- **PARACENTEZA** = extragerea unei cantități de lichid de ascită prin puncție abdominală.
- se realizează la nivelul fosei iliace stângi, la unirea treimii externe cu cele două treimi interne ale liniei care unește spina iliacă anterosuperioară cu ombilicul

## **1. Aspectul macroscopic : serocitrin, hemoragic, chilos**

- Lichid serocitrin : transudate/exudat
- Lichid hemoragic: accident de puncție  
hemoperitoneu  
ascita hemoragica : neoplazii, ascita TBC
- Lichid chilos : blocaje limfatice(neoplazii), parazitoze. Lichide vechi (crește conținut de colesterol)

# Sindrom ascitic – investigații paraclinice

## 2. Caracter trasudat/exudat

## 3. Examenul biochimic al lichidului de ascită

- dozarea amilazelor, a proteinelor, LDH și glucoza
- amilaze ↑ în ascita pancreatică
- LDH ↑ în neoplazii
- glucoza ↓ în ascita TBC

## 4. Examenul citologic:

- Celule neoplazice
- PMN

## 5. Examen bacteriologic

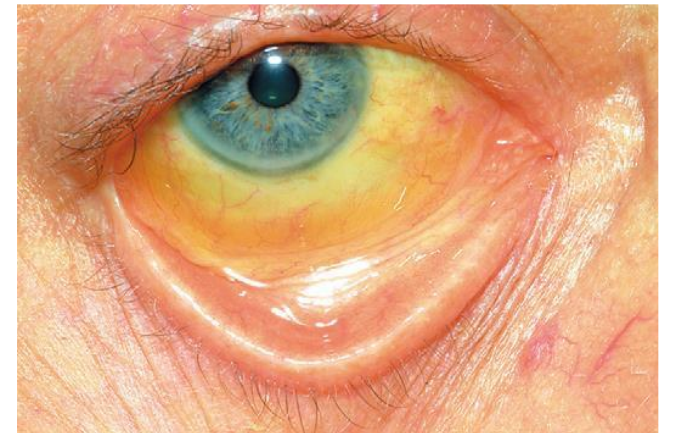
- Bacteriologia este utilă pentru identificarea germenilor în unele forme de ascită mai speciale cum sunt ascita tuberculoasă și ascitele fungice.

# Sindromul icteric

- Coloratia galbena a tegumentelor, mucoaselor si a sclerei in hiperbilirubinemie

Acumularea bilirubinei este secundara:

- distructiei crescutea hematiilor (hemoliza),
- captarii sau conjugarii hepatice reduse (hepatocelular)
- excretiei biliare deficitare (colestaza)



# Sindrom icteric

## Icter prehepatocitar

- In bolile hemolitice : ↑productia de bilirubina (peste capacitatea de epurare a ficatului) → ↑niv plasmatic al bilirubinei neconjugate

**Icter hepatocitar:** prin tulburarea captarii, conjugarii sau excretiei pigmentului

- *Alterarea procesului de captare a bilirubinei de catre hepatocit* –indusa de medicamente si substante de contrast
  - ↑bilirubina neconjugata

## Icter posthepatocitar :

- Obstructia cailor biliare prin litiaza, tumori, stricturi, compresii extrinseci
  - Litiaza biliara, neoplasm pancreatic, pseudochist de cap de pancreas, colangiocarcinom, ampulom (**colestaza extrahepatica**)
  - Ciroza biliara primitiva, colangita sclerozanta primitive (**colestaza intrahepatica**)
  - ↑BILT cu predominenta fractiunii conjugate (BILD)

# Sindrom icteric

Algoritm de diagnostic :

1. Anamneza si examen fizic complet
2. Analiza tabloului hematologic si biologic
3. Explorari imagistice
4. Alte tehnici diagnostice

# Sindrom icteric - anamneza

- *Antecedentele personale patologice* :antecedentele de hepatită acută virală cu VHB și VHC, cirozele hepatice, intervențiile chirurgicale in sfera biliară, etilismul, consum de droguri, transfuzii de sange, tratamente injectabile
- *Antecedentele heredo-colaterale* :Incidența familială a icterului sugerează un icter hemolitic congenital, un sindrom Gilbert, Dubin-Johnson sau Rotor.
- *Sexul* :Ciroza etanolică, cancerul hepatic primitiv și hemocromatoza sunt mai frecvente la bărbați, iar ciroza biliară primitivă și afecțiunile biliare cu ictere obstructive sunt mai frecvente la femei
- *Modul de instalare al icterului* = val dg deosebita
  - Durere, frison, febra, icter → angiolita litiazica
  - Semne sistemice (astenie, anorexie, mialgii, artralгии), apoi icter → hepatita acuta virala
  - Debut insidious al icter, cu alterarea progresiva a starii generale, ↓G, anorexie → icter neoplazic
  - Aparitia episodica a icterului la tineri, cu antecedente familiale de boli hemolitice → etiologia hemolitica a icterului

# Sindrom icteric – examen fizic

- Icter cutaneomucos :devine evident cand BILT>2-2,5mg/dl
- Scaune decolorate cu urini hipercrome in obstacole extrahepatice
- Modificari cutanate : eritroza palmara, stelute vasculare, circulatie colaterala, modificari ale fanerelor
- Aspectul ficatului
  - Aspect normal + icter intens → hepatita acuta
  - Hepatomegalie neregulata, nodulara, margine ascutita → ciroza
- Vezica biliara :palparea nedureroasa a vezicii la un pacient cu icter → obstructia caili biliare =**semn Courvoiser**
- Splina – splenomegalia sugereaza o conditie hemolitica sau sd de HTP (ciroza)

# Sindrom icteric – teste laborator

- **ICTER PREHEPATIC**

- ↑BILT (prin BIL indirecta)
- TGO,TGP,GGT,albumina,INR=N
- Frotiu de sg periferic: reticulocite,test Coombs

- **ICTER HEPATIC**

- ↑ale TGO,TGP comparativ cu enzimele de colestaza
- ↓albumina si ↑INR (disfunctie hepatica)
- Serologie virala (AgHBs,Ac HVC)
- Auto Ac :AMA,ANA, anti fibra mm neteda ASMA,
- Sideremie,feritina, transferina (hemocromatoza)
- Cupru, ceruloplasmina (b Wilson)

- **ICTER OBSTRUCTIV(COLESTATIC)**

- Enzimele de colestaza cresc semnificativ comparative cu transaminazele
- Absenta urobilinogenului in urina



# Sindrom icteric – diagnostic paraclinic

- **ECOGRAFIA ABDOMINALA**

- Morfologia ficatului si a cai biliare
- Dg de litiaza a veziculei biliare/a cailor biliare
- Dilatația cai biliare → obstrucție
- Masurarea calibrului cailor biliare extrahepatice
- Identificarea formațiunilor tumorale (hepatice, pancreatice, biliare)

- **CT**

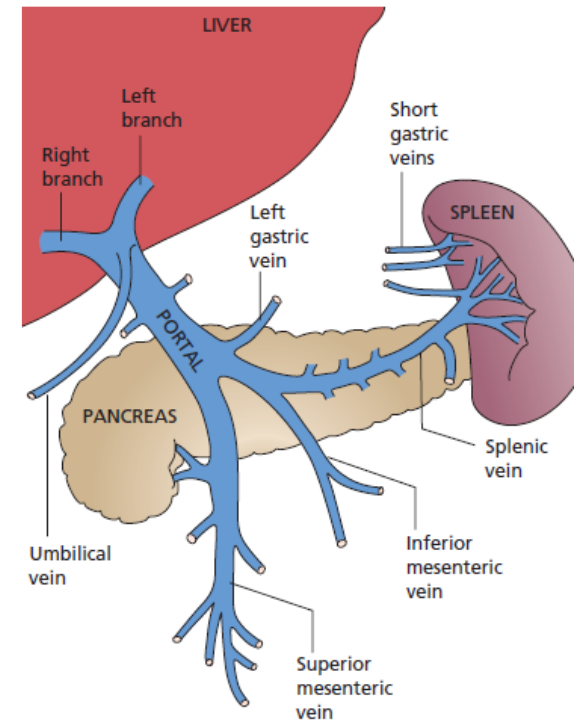
- Detectia formațiuni înlocuitoare de spațiu cu dimensiuni de la 5mm
- Poate evalua etiologia obstrucției biliare

# Sindrom icteric – investigatii paraclinice

- ERCP ( COLANGIOPANCREATOGRAFIE RETROGRADA ENDOSCOPICA)
  - Metoda dg si terapeutica (decomprimarea cailor biliare prin sfincterotomie, extractive de calculi, dilatari/montari de stent)
- CTHP (COLANGIOGRAFIA TRANSHEPATICA PERCUTANA)
  - Permite vizualizarea arborelui biliar dilatat
  - Presupune introducerea unui ac prin piele, parenchim hepatic pana in interiorul unui canal hepatic
- EUS (ECOENDOSCOPIA)
  - Superioara in dg calculi coledocieni
  - Avantaj- biopsierea formatiuni potential maligne

# Hipertensiunea portală (HTP)

- Aprox 1 l/min sange cu substante rezultate din digestie, provenind de la intestinal subtire, colon, pancreas si de la splina este distribuit prin vena porta catre ficat
- Obstructiile extra-sau intrahepatice conduc in timp la aparitia unei circulatii colaterale
- In cazul unei obstructii extrahepatice (tromboza de vena porta secundara unei Infectii, neoplazii, traume) circulatia colaterala redirectioneaza sangele catre ficat, in aval de sediul obstructiei



# HTP - Cauze

## **Prehepatica**

- Tromboza portal si tromboza venei splenice
- Anomalii congenitale ale VP (atrezia sau stenoza venei porte)
- Compresia extrinsecă a venei porte (invadare tumorală malignă adiacentă)
- Fistule arteriovenoase portale

## **Intrahepatică**

- Ciroza Indiferent de etiologie
- Bolile infiltrative ale ficatului (boli mieloproliferative, sarcoidoza)
- Schistostomiaza
- Boala venoocluzivă
- Fibroza hepatică congenitală si HTP idiopatică

## **Posthepatică**

- Tromboza venei cave inferioare (la nivelul vv suprahepatice)
- Insuficiența cardiacă dreaptă
- Pericardita constrictivă (sd Pick)
- Sd Budd-Chiari

# HTP – manifestari clinice

- **Splenomegalie** → apare ca urmare a stazei venoase si a hiperplaziei cel. sistem reticuloendotelial al splinei
  - Poate ajunge la dimensiuni f mari
  - Explica hipersplenismul secundar : trombocitopenie, leucopenie
- **Icter** – frecvent in caz de obstacol intrahepatic, absent in obstacol prehepatic
- **Encefalopatie hepatica** – frecventa in HT prin obstacol intrahepatic
- **Ascita** – sd de HTP potenteaza celelalte cauze (hipoalbuminemia, retentia hidro-salina)
- **Hipervolemia** → ↑ volumul plasmatic prin expansiunea sistemului colateral al patului venos portal si a celui splahnic
  - Sd hiperkinetic (in ciroza) cu DC crescut si Hvolemie-clinic : hTA si hipocratism digital

# HTP – explorari paraclinice

- **ECOGRAFIA ABDOMINALA**

- VP >13mm
- transformarea cavernoasa a VP
- ↑ecogenitatea peretilor VP
- Vena splenica >10mm
- Splenomegalie >120mm
- Ascita
- Recanalizarea venei ombilicale >3mm

- **ENDOSCOPIA**

- Varice esofagiene
- Varice ano-rectale
- Gastropatie portal hipertensiva

# Ciroza hepatica

- afecțiune cronică a ficatului ce se caracterizează, printr-un proces de fibroză însoțit de regenerare nodulară difuză.
- proces este ireversibil → complicații( sd majore ale patologiei hepatice

<b>Etiologie</b>	<b>Diagnostic</b>
<b>Hepatita B</b>	<b>AgHBs,anti HBs, anti HBc</b>
<b>Hepatita C( 26%)</b>	<b>Anti HCV, HCV ARN</b>
<b>Hepatita D (15%)</b>	<b>Anti HDV</b>
<b>Toxine-alcool (21%)</b>	<b>Anamneza, raport AST/ALT,BH</b>
<b>Colestaza</b> <b>CBP</b> <b>CSP</b>	<b>AAM,IgM,BH</b> <b>ERCP,MRCP,BH</b>
<b>Autoimuna</b> <b>hepatita autoimuna</b>	<b>AAN, globuline,ASMA, ac microsomiali,FR, BH</b>
<b>Vascular</b> <b>ciroza cardiaca ( ICC dr; Insuf tricuspida)</b> <b>sdr.Budd-Chiari</b> <b>boala venoocluziva</b>	<b>Ecografie, BH</b> <b>Eco,CT,RMN</b> <b>Istoric de medicamente BH</b>
<b>Metabolic</b> <b>hemocromatoza</b> <b>Boala Wilson</b> <b>NAFLD</b>	<b>Fe, BH</b> <b>Cu seric si urinar, ceruloplasmina, BH</b>
<b>Medicamente:amiodarona,metotrexat</b>	<b>BH de excludere</b>
<b>Criptogenica</b>	<b>Se exclude NAFLD, medicamente</b>



# Cirozele hepatice

## **Semne și simptomele întâlnite în afecțiunile hepatice cronice / ciroză**

- Telangiectazii;
- Eritem palmar;
- Contractura Dupuytren;
- Ginecomastie;
- Atrofie testiculară.

# Cirozele hepatice

## **Semne /simptomele secundare HTP**

- Ascita;
- Splenomegalia;
- Capul de meduză;
- Semnul Cruveilhier-Baumgarten.

## **Semnele / simptomele specifice EH**

- Confuzie;
- Asterixis;
- Foetor hepatic

# Ciroza hepatica – determinari de laborator

## 1. Testele de necroză hepatocelulară :

- TGO,
- TGP



## Testele de colestază:

- Fosfataza alcalină;
- Bilirubina serică;
- Gama-glutamiltanspeptidaza;
- 5'- nucleotidaza.



## Testele de sinteză hepatică:

- Albumina serică;
- Timpul de protrombină

# Ciroze hepatice – determinari paraclinice

## **Investigatii imagistice:**

- Ecografie abdominală
- Tomografia computerizată
- Rezonanța magnetică nucleară
- Endoscopia digestiva sup (utilă pentru screeningul varicelor esogastrice)

**Biopsia hepatică** reprezintă investigația de elecție în stabilirea diagnosticului de ciroză hepatică.

# Ciroza hepatica - complicatii

1. HIPERTENSIUNEA PORTALA (HTP)
  - Sangerarea variceala/GPH/ varice rectale
  - Ascita
2. PERITONITA BACTERIANA SPONTANA (PBS)
3. ENCEFALOPATIA HEPATICA
4. SD HEPATORENAL
5. CARCINOM HEPATIC
6. TULB HEMATOLOGICE : anemie, hipersplenism, CID
7. TULB HIDRO-ELECTROLITICE
8. SD HEPATOPULMONAR
9. TROMBOZA VENEI PORTE
10. RUPTURA HERNIEI OMBILICALE

# Prognostic-clasificarea Child-Pugh

Parametrii	Scor numeric		
	1	2	3
Ascita	Nu	Mica	Moderata/ Severa
Encefalopatie	Nu	Mica/moderata	Severa
Bilirubina(mg/dl)	<2	2-3	>3
Albumina(mg/dl)	>3,5	2,8-3,5	<2,8
TP	1-3	4-6	>6

Clasa Child A (ciroza "compensata") 5-6p; Child B (7-9 p); Child C (> 9p): ciroze "decompensate"