

Semne și simptome digestive

Dr. Camelia Badea

Medicina interna Colentina

- Principalele simptome și semne ale aparatului digestiv:

1. Durerea abdominală

2. Greața și vărsatura

3. Disfagia

4. Hemoragia digestivă superioară și inferioară

5. Tulburările tranzitului intestinal

6. Tulburări ale apetitului

1. Durerea abdominala

- Este cel mai frecvent simptom
- Determinata de afectiuni ale organelor abdominale, ale peretelui abdominal sau poate fi proiectată de la organele extra-abdominale
- *Caracterele durerii abdominale sunt:*
 - A. debutul,
 - B. intensitatea,
 - C. localizarea,
 - D. iradierea,
 - E. circumstanțele de apariție, ameliorare sau dispariție

A. Debutul

- supraacut în: perforații, infarct intestinal, torsiuni și în disecția de aortă abdominală.
- acut în colica biliară, colica renală, apendicită, ulcer peptic, pancreatită, colecistită și în peritonite.
- insidios: hepatita, gastrita, ulcerul gastroduodenal, ocluzia intestinală, tumorile
- abdominale

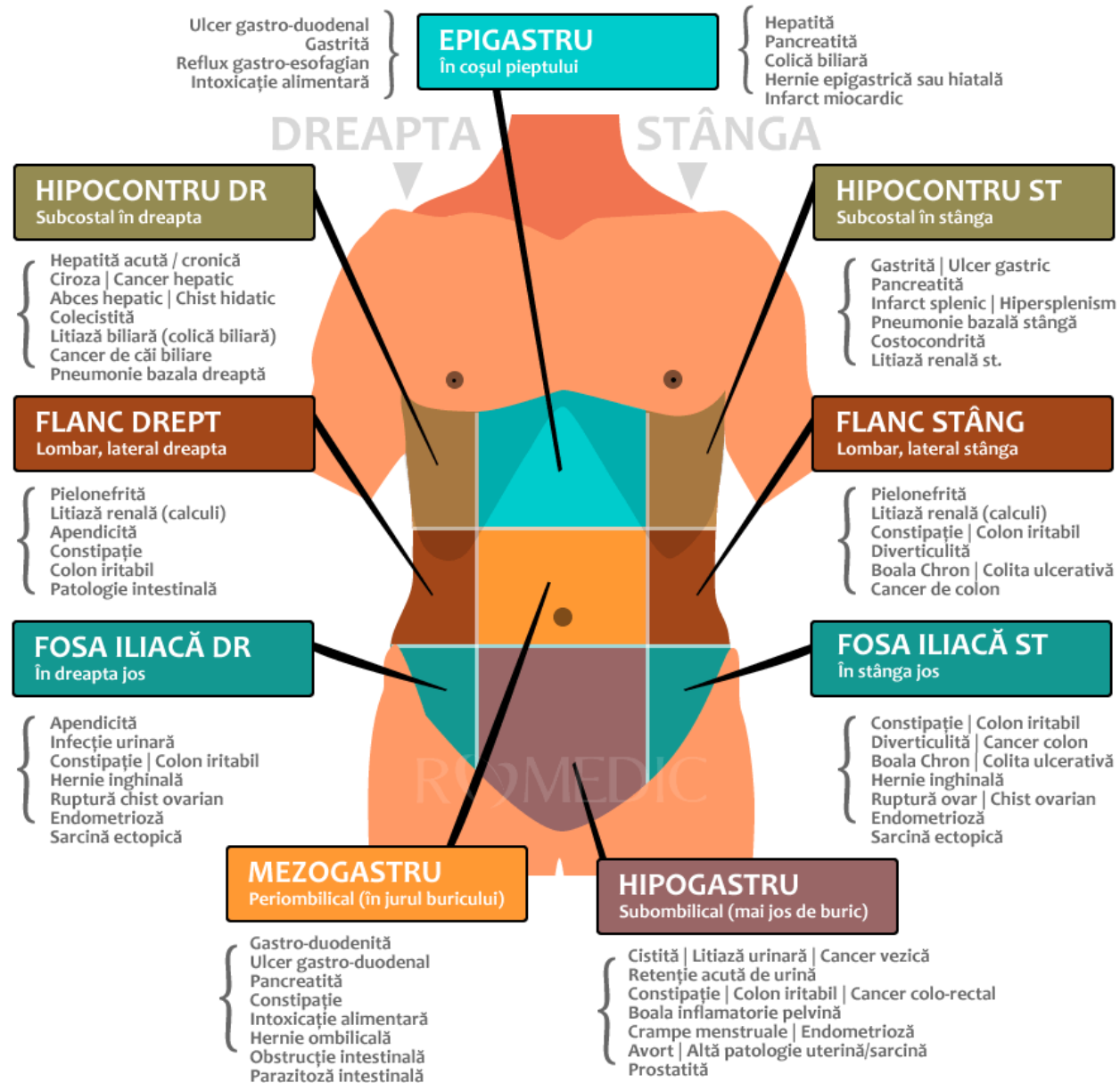
B. Intensitatea durerii

- atroce „ca o lovitură de cuțit” - perforații și în torsiunile de organ.
- intensitate foarte mare - colica biliara, pancreatită, colecistită sau apendicită
- caracter de crampă - ulcer peptic, colon iritabil, colită ulceroasă.
- Jena - gastrite, hepatite și în hepatalgia din insuficiența cardiacă, durerea abdominală

C. Localizarea

DUREREA ABDOMINALĂ

POSSIBILE PATOLOGII ÎN FUNCȚIE DE LOCALIZARE



D. Iradierea durerii

- colica biliară - iradiază din hipocondrul drept spre lumba dreaptă și umărul drept.
- pancreatita acută - epigastrică „în bară” din hipocondrul drept și stâng iradiaza spre coloana vertebrală dorsală T11-T12.

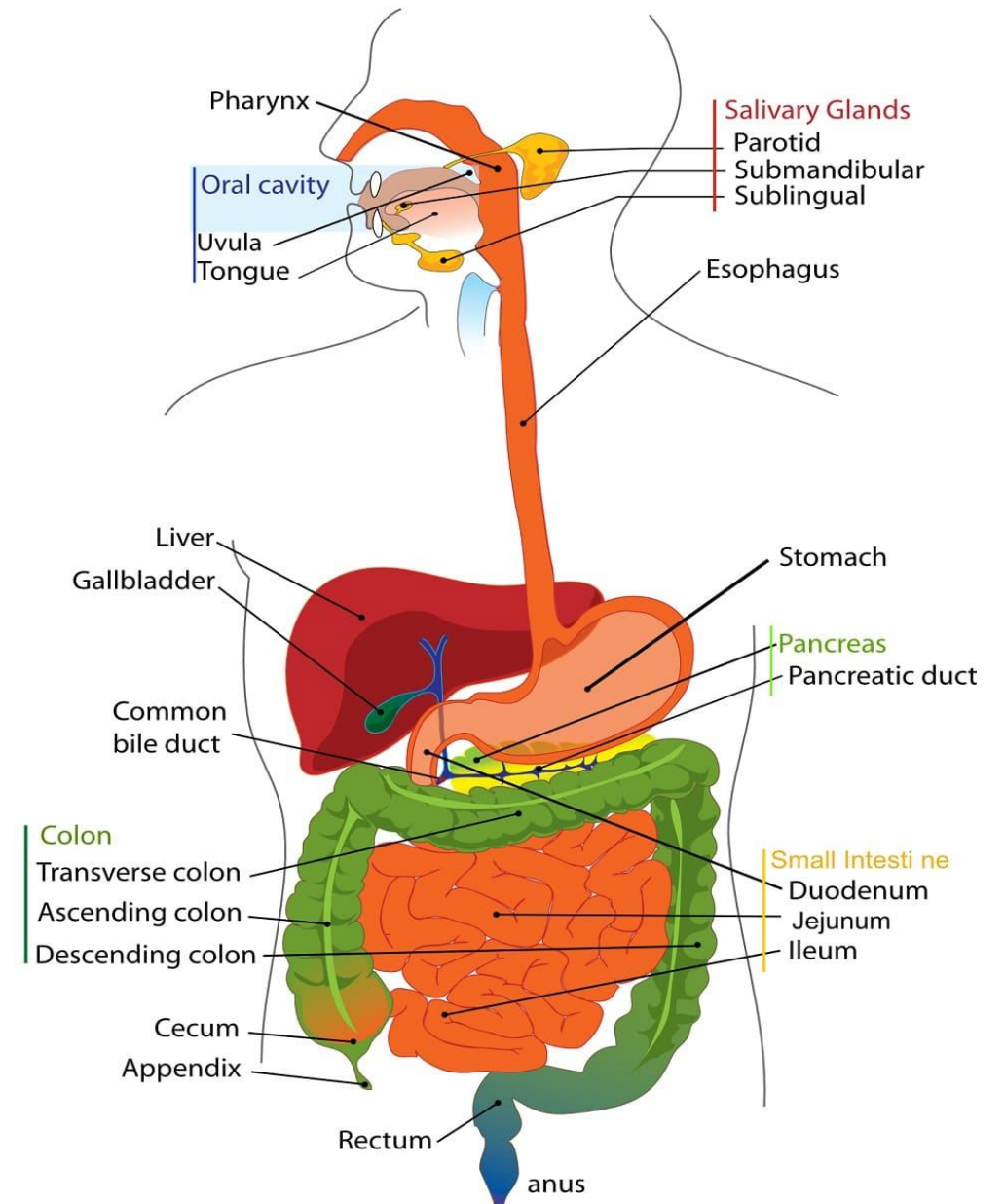
E. Circumstanțe

- colica biliară - declanșată de ingestia de alimente colecistokinetice,
- Antispasticele ameliorează durerea din colica biliară,
- medicamentele antiacide și alimentele alcaline calmeaza din ulcerul duodenal.
- Administrarea de nitroglicerină sublingual ameliorează durerea din angorul abdominală

2. Greața și vărsătura

- Greața = repulsia față de unele alimente însoțită de discomfort epigastic, hipersalivație și inconstant vărsături
- Vărsătura = expulzia involuntară a conținutului gastrointestinal; act reflex complex ce implică nervi somatici motori și centri vegetativi

Vărsătura se realizează prin contractia bruscă a m abdominali și diafragmului la care se asociază mișcări antiperistaltice a esofagului. Centrul vomei se afla în regiunea fascicolului solitar și substanța reticulata asociată.



Cauze digestive ale vărsăturii

1. Urgențe abdominale

- peritonitele
- ocluzia intestinală acută
- pancreatita acută
- colecistita acută

2. Boli digestive acute

- gastroenteritele acute
- gastrita erozivă acută

3. Boli digestive cronice

- ulcerul gastric și duodenal
- stenoza pilorică, duodenală
- stenoza intestinului gros
- tulburările evacuării gastrice

Cauze non digestive

1. Sarcină
2. Afecțiuni neurologice și ORL
 - hipertensiunea intracraniană
 - sindroamele meningiene
 - migrena
3. Boli metabolice și endocrine
 - acidoza diabetică
 - hiperhidratarea celulară
 - hipercalcemia

4. Infarctul miocardic

5. Medicamente

- digitalice
- teofilina
- antibiotice
- citostatice
- morfina

6. Afecțiuni psihiatrice

- nevrozele
- isteria
- anorexia mentală

Conținutul vărsăturii

1. Vărsătura cu secreții gastrice – fără resturi alimentare, noaptea sau dimineața – are conținut acid, gust acru și apare frecvent în ulcerul duodenal
2. Vărsătura cu conținut biliar – culoare galben - verzui, gust amar apare în patologia colecistului și căi biliare
3. Vărsătura cu conținut alimentar – alimente nedigerate – precoce postprandial – semn de suferință gastrică; alimente stagnante în stomac peste 8 ore → → stenoză pilorică
4. Vărsătura cu sânge = hematemeză

Circumstanțe de apariție

Vărsătura matinală – în sarcină, gastrita etanolică, insuficiența renală – conține suc gastric și mucus

Vărsătura precoce posprandială – în gastrito-duodenite, dar și de cauză psihogenă

Vărsătura tardivă – în patologii digestive ce asociază spasm sau stenoză pilorică

Varsătura cu caracter exploziv – în sindroame de hipertensiune intracraniană

Complicații ale vărsăturii

1. Tulburari hidroelectrolitice
 - hipopotasemie
 - alcaloza hipocloremica
 - insuficiența renală acută
2. Complicatii mecanice – Sindrom Mallory - Weiss
3. Pneumonia de aspiratie

3. Disfagia

- Definiție = tulburare de deglutiție, însoțită uneori de refularea alimentelor pe nas sau în căile respiratorii
- A nu se confunda cu
 - * *Odinofagia = durere la deglutiție*
 - * *senzația de nod în gât = globus hystericus – apare în nevroze*

Disfagia orofaringiană

Cauze:

- a. leziuni ale cavității bucale (angine, faringite, leziuni ale limbii, abcese) – se asociază cu odinofagie
- b. Leziuni neurologice – care afectează motilitatea faringiană – în această situație apare disfagia paradoxală – solidele pot trece, dar lichidele refulează pe nas
- c. Imobilizarea laringelui – în cancerul de laringe sau tiroidian – produce disfagie fără refularea lichidelor pe nas, dar cu pătrundere în căile respiratorii

Disfagie esofagiană

- Inițial pentru solide poate deveni în timp totală
- Se caracterizează prin trecere dificilă localizată retrosternal însoțită uneori regurgitare a alimentelor

La tineri:

- esofagita de reflux
- acalazia
- compresii extrinseci ale esofagului

Disfagia esofagiana

- În cancerul esofagian se instalează progresiv, în interval scurt
- Diverticuli esofagieni dau disfagie și regurgitații cu alimente stagnante, uneori putride
- Disfagia permanentă de tip paradoxal se întâlnește în leziuni neurologice cu afectarea glosofaringianului
- Disfagia cronică, intermitentă, fără progresie se întâlnește în spasmul esofagian, sclerodermie, boală de reflux gastroesofagian

4. Hemoragia digestiva

- **Hematemeză** = exteriorizarea prin vărsătură sânge provenind din tract digestiv superior; poate fi masivă – sânge proaspăt, sau sânge parțial transformat în hematină, negru în *zaț de cafea*
- **Melena** = scaun ce conține sânge digerat – scaun lucios, moale, negru ca păcura
- **Hematochezia** = eliminare pe cale anală sânge proaspăt, nedigerat din intestinul terminal
- **Rectoragia** = sânge roșu eliminat prin scaun – izolat cu origine în canalul anal, rectul distal – amestecat cu materii fecale sub unghiul splenic

Diagnostic diferențial

Hematemeză:

- epistaxis (sângele provine din fose nazale) înghițit
- hemoptizie (sângele provine din plamâni) – se elimina prin tuse
- hemosialemeza (sângele provine din leziuni gingivale, bucale)

Melena:

- consum de spanac, sfeclă, medicamente – săruri de bismut, fier

Hematochezie:

- HDS masive pot exterioriza sânge roșu, sunt însoțite de tulburari hemodinamice

Clasificare

1. Hemoragii digestive superioare (HDS) – sursa de sângerare situată proximal de joncțiunea duodeno-jejunală (unghiul lui Treitz) – se manifestă prin melenă și hematemeză
2. Hemoragii digestive inferioare (HDI) – sursa este distal de unghiul lui Treitz
3. Hemoragie oculta – prezență sângelui în scaun determinată prin investigații

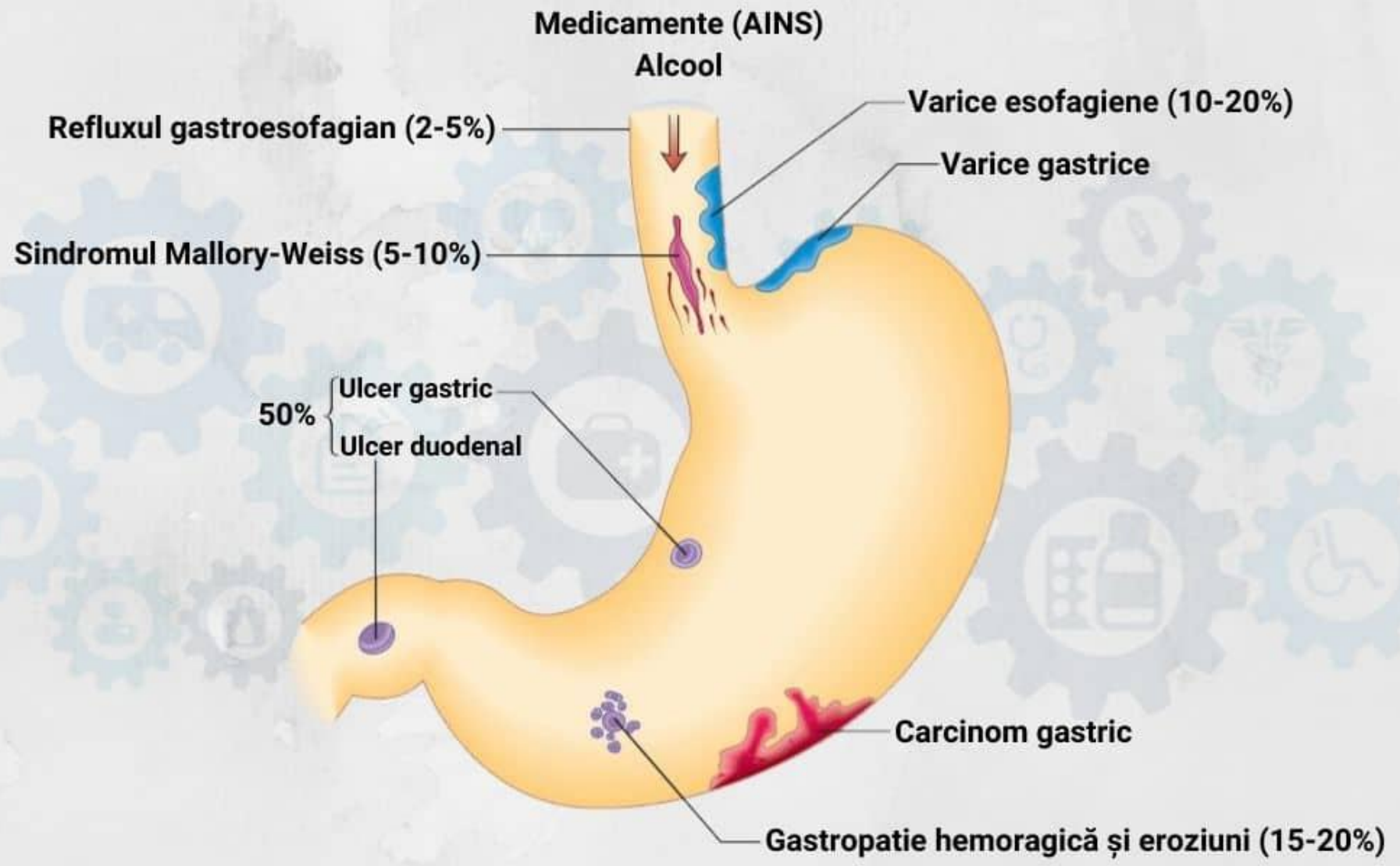
În funcție de mecanismul sângerării, HDS apare prin:

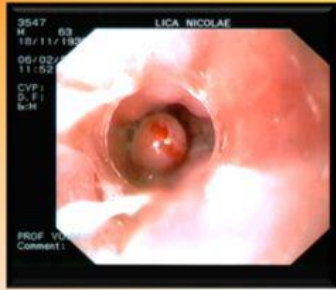
- Leziune a peretelui tubului digestiv superior
- Leziune vasculara
- Tulburare de coagulare

- Anamneza utilă pentru stabilirea context clinic
- Endoscopia – metoda de elecție pentru diagnostic, stabilirea sediului, cauzei și efectuarea unor manevre terapeutice

Cauze HDS

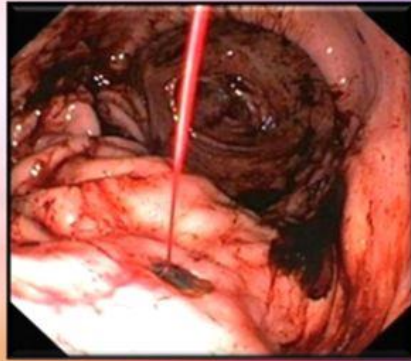
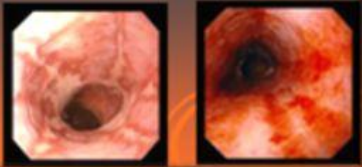
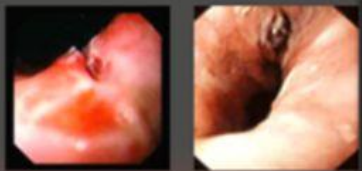
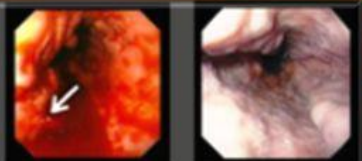
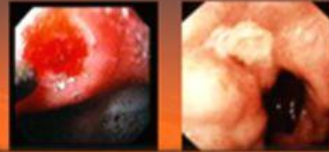
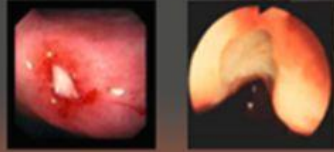
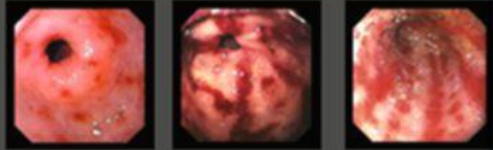
1. Afecțiuni esofagiene: - varice esofagiene,
 - esofagita de reflux,
 - tumori,
 - ulcer,
 - Sd Mallory-Weiss
2. Afecțiuni gastroduodenale: - ulcer, gastrită,
 - hernie hiatală,
 - cancer gastric,
 - gastrita portal-hipertensivă,



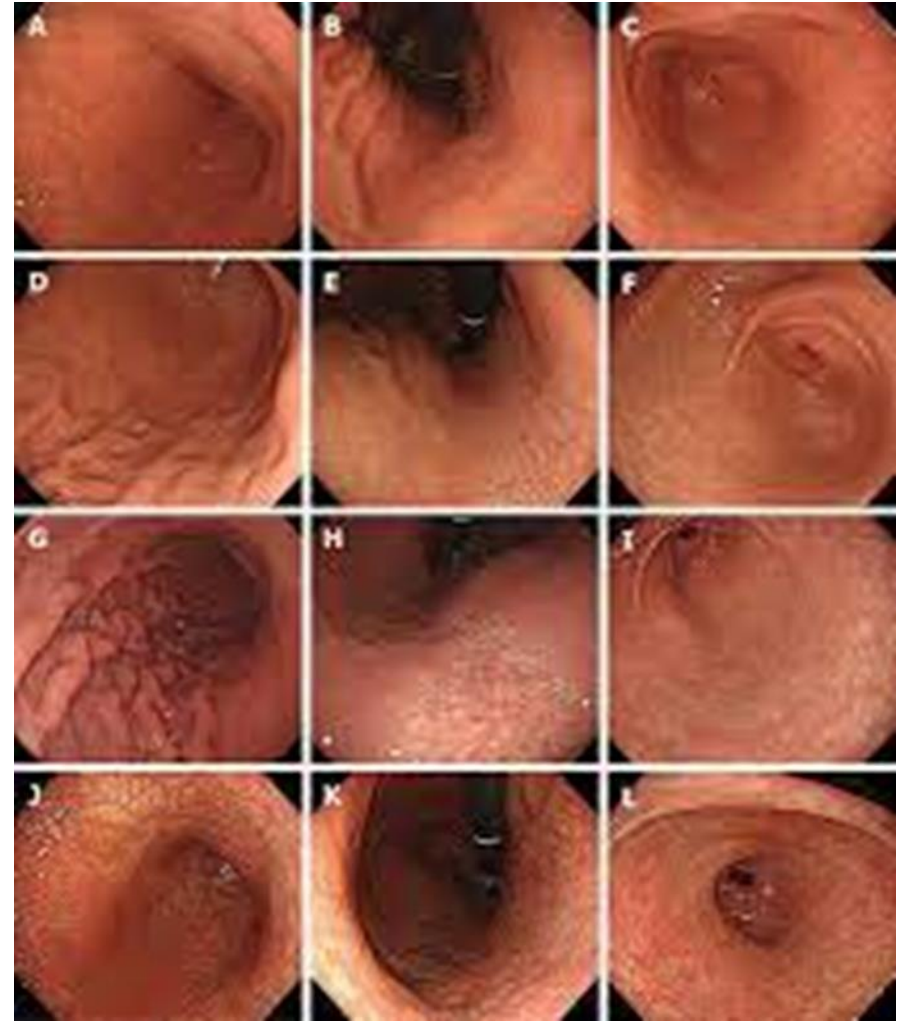


Cauze H.D.S (diagnostic endoscopic)

- Gastrita acută și gastrita erozivă: 17% - 45%
- Ulcer gastric: 24% - 62%
- Ulcer duodenal: 11% - 15%



- Varice esofagiene: 2% - 50%
- Sindrom Mallory-Weiss: 8% - 10%
- Esofagită: 5% - 6%



Cauze HDS

3. Boli sangvine cu tulburari de coagulare:
 - policitemie
 - hemofilii, trombocitopenii
 - leucemii și limfoame
4. Boli Vasculare:
 - purpura Henoch-Schonlein
 - boala Rendu-Osler
5. Boli sistemice:
 - vasculite
 - amiloidoza, sarcoidoza
 - uremie
 - șoc de orice cauză

Clasificare – în funcție de severitate

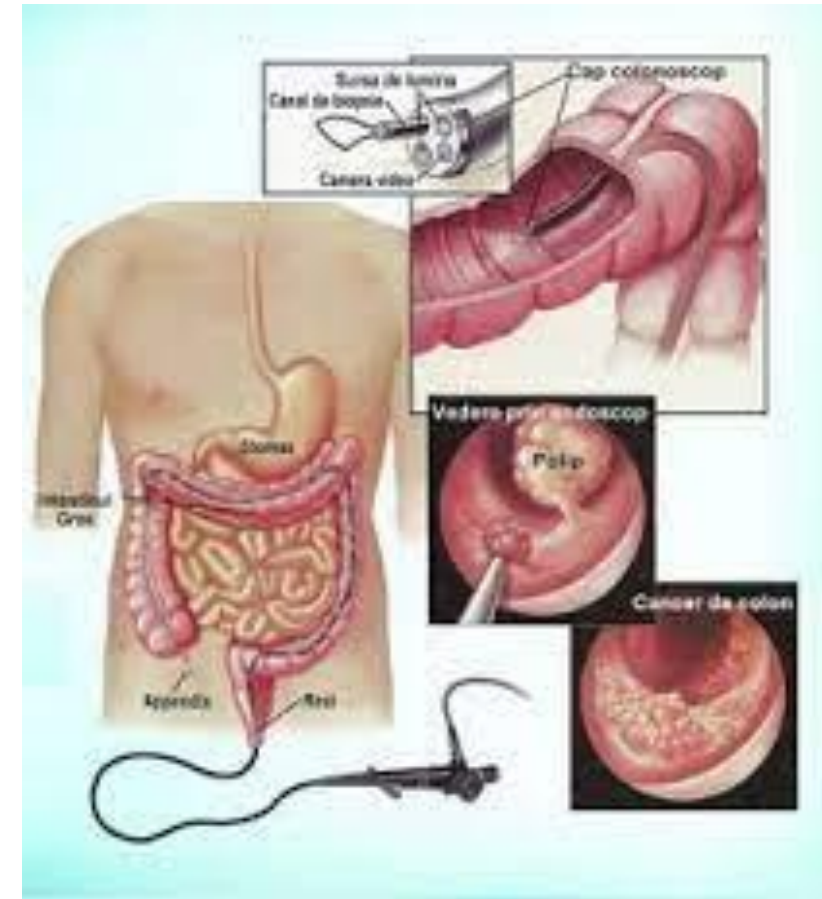
- HDS mică – pierderea de sânge este < 500 ml (8-10% din volumul circulant), nu apar efecte sistemice;
- HDS moderată – pierderea de sânge între 500 – 1000ml (10-20% din volumul circulant);
- HDS mare – pierderea de sânge între 1000 – 2000ml (30-40% din volumul circulant);
- HDS masive – pierderea de sânge între 2000 – 3000ml (mai mult de 50% din volumul circulant);
- HDS cataclismică – sângerare rapidă și masivă, ce duce rapid la deces, înainte de a se putea interveni terapeutic.

Hemoragia digestivă inferioară

Hematochezia – sânge nedigerat - în leziuni situate sub valva-ileocecala

Leziunile intestinului subțire dau hemoragii oculte, melena, rar hematochezie – scaun diareic colorat în roșu (ischemia de intestin subțire - “zeama de carne” sau infecții severe)

Rectoragia – în leziuni anale – hemoroizi, fisura anala, cancer canal anal



Cauze de HDI

1. Diverticuli la nivelul intestinului subțire/colonului
2. Polipi colonici
3. Boli inflamatorii intestinale
 - Boala Crohn
 - Rectocolita ulcero-hemoragică
4. Neoplasm intestinal/ colonic
5. Diverticul Meckel
6. Leziuni de angiodisplazie
7. Hemoroizi
8. Fisuri anale
9. Colită ischemică
10. Sindroame diareice de cauză infecțioasă

5. Tulburări ale tranzitului intestinal

Tranzit intestinal normal = 1 scaun pe zi, masa fecală fiind solidă, moale, cilindrică, conținutul fiind influențat de diet și flora intestinala

Constipația = încetinirea tranzitului intestinal (mai puțin de 3 ori pe săptămână) cu eliminarea unui scaun de consistență crescută, dificil de elimiat

Diareea = tranzit accelerat ($> 3/zi$) de consistență scăzută (moi, apoase), incomplet digerate însoțite uneori de colici abdominale

Constipația - cauze

- Stilul de viață



Dieta restrictivă în fibre

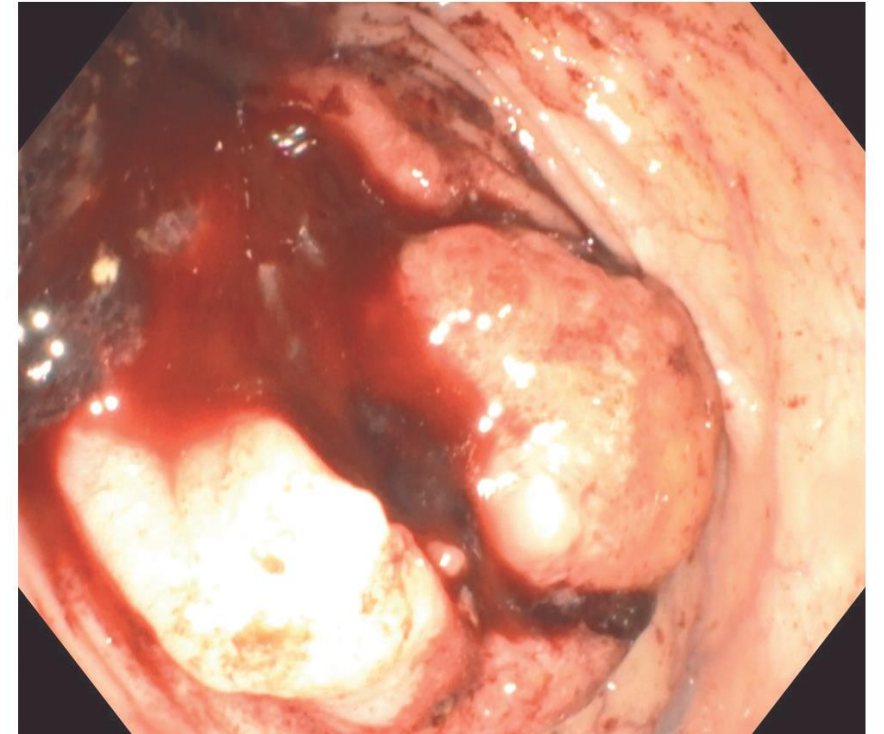
- Ingestia scăzută de lichide
- Condițiile inadecvate de toaletă
- Medicamentele
- Afecțiunile colorectale
- Afecțiunile sistemice
- Sarcina
- Colonul iritabil
- Constipația idiopatică

Constipația – cauze colorectale

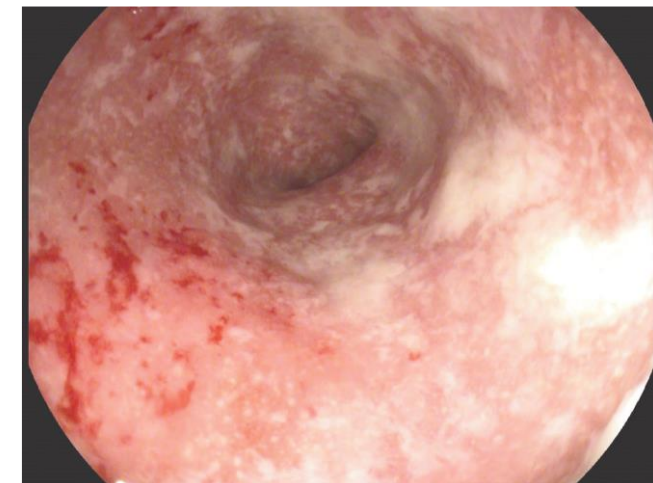
- Fisurile anale
- Hemoroizii
- Invaginația rectală
- Prolapsul rectal
- Cancerul colon/ rect
- Stricturile colonice
- Diverticulita
- Constipația idiopatică
- Megacolonul

- Semnele și simptomele de alarmă la pacientul cu constipație, care impun efectuarea de explorări specifice, sunt:
 - *Hematochezia;*
 - *Testul de hemoragii oculte pozitiv;*
 - *Simptomatologia obstructivă cu constipație instalată brusc;*
 - *Constipația severă persistentă neresponsivă la tratament;*
 - *Scăderea ponderală involuntară;*
 - *Modificarea calibrului scaunului;*
 - *Istoricul familial de cancer colorectal sau de boli inflamatorii intestinale.*

- *Cancerul colorectal (CCR)* apare la ambele sexe.
- Factorii de risc pentru dezvoltarea cancerului colorectal sunt:
 - dieta bogată în carne roșie,
 - obezitatea,
 - fumatul
 - sedentarismul.
- CCR prin transformarea neoplazică a unui polip adenomatos și mai rar în sindroame genetice de polipoză sau în evoluția bolilor inflamatorii intestinale



- *Boala Hirschprung* sau megacolonul congenital se caracterizează prin absența celulelor ganglionare pe segmentul colonic afectat, de obicei la nivelul rectosigmoidului. Boala Hirschprung este diagnosticată la naștere, la nou-născuții care nu elimină meconiul în primele 48 de ore.
- *Bolile inflamatorii intestinale* reprezentate de colita ulcerativă sau recto-colita ulcerohemoragică și boala Crohn - afecțiuni cronice caracterizate prin inflamația tractului gastrointestinal, cu evoluție clinică ondulantă.



- Constipația funcțională este definită, prin prezența pentru cel puțin 3 luni a următoarelor manifestări:

1. Cel puțin 2 din următoarele:

- Încordare și efort în timpul a cel puțin 25% din defecații;
- Scaune tari, zgrunțuroase (Bristol 1-2) în cel puțin 25% din defecații;
- Senzație de evacuare incompletă la cel puțin 25% din defecații;
- Senzație de obstrucție sau blocaj anorectal la cel puțin 25% din defecații;
- Manevre manuale pentru facilitarea a cel puțin 25% din defecații,
- Mai puțin de 3 scaune pe săptămână.

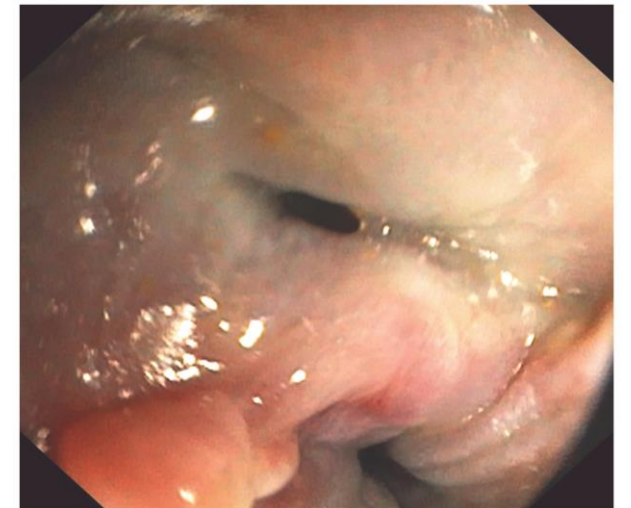
2. Scaunele moi sunt rareori prezente fără utilizarea de laxative.

3. Criterii insuficiente pentru sindrom de intestin iritabil.

- ***Sindromul ano-recto-sigmoidian*** reunește o serie de semne și simptome care caracterizează patologia tractului digestiv inferior distal:
 - Aspectul creionat al scaunului,
 - dificultatea la defecație,
 - prezența de produse patologice în scaun, mucus sau sânge,
 - urgența la defecație sau incontinența pot indica o patologie ano-recto-sigmoidiană.
 - tenesme rectale

Cauze

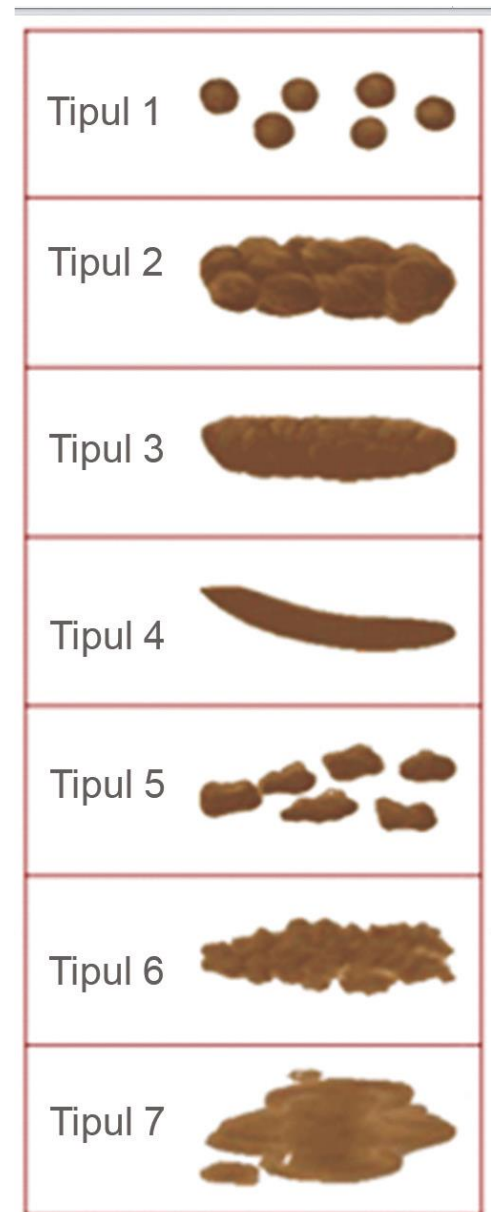
- Cancerul rectosigmoidian
- Adenoamele viloză rectosigmoidiene
- Prolapsul rectal
- Boala hemoroidală
- Ulcerul rectal solitar
- Colita ulcerativă, proctita
- Condiloamele anale, infecția cu HPV, sifilisul
- Boala Crohn cu afectare perianală
- Fisurile anale



Sindrom diareic

În raport cu durata prezenței acestui simptom,

- *acută*, caracterizată prin creșterea frecvenței scaunelor peste 3 scaune/zi și alterarea consistenței acestora, scaune neformate și moi, cu o durată sub 4 săptămâni
- *cronică*, atunci când există un pasaj crescut de scaune peste 3/zi, de consistență scăzută, cu o durată mai mare de 28 zile.



Scala Bristol

Cauze

1. Prin conținut excesiv lichidian – mecanismul principal fiind sindromul de malabsorbție cu maldigestie sau fără afectarea digestiei – defect primar de absorbție
2. Prin afecțiuni inflamatorii sau iritații intestinale –leziunile mucoasei intestinale duce la scăderea absorbției și creșterea tranzitului
3. De cauză neuromusculară – prin disfuncție neuro-vegetativă, hormonală.

Sindromul de malabsorbție

- apare ca urmare a afectării digestiei și absorbției principiilor nutritive de la nivelul tractului gastrointestinal.
- ***Maldigestia*** - deficitul de hidroliză intraluminală a moleculelor alimentare mari - glucide, lipide și protein - în molecule mai mici, absorbabile precum mono-, di- sau oligozaharide, aminoacizi și oligopeptide, acizi grași și monogliceride;
- ***Malabsorbția*** - absorbția mucosală deficitară și perturbarea transportului nutrienților în formă elementară, inclusiv a vitaminelor și mineralelor, din lumenul tubului digestiv în mediul intern, în circulația sanguină și limfatică.

Malabsorbția

- ***selectivă sau izolată***, atunci când este afectată digestia sau absorbția unui singur compus nutrițional ex. intoleranța la lactoză, secundar deficitului de lactază,
- ***neselectivă sau globală*** în bolile cu afectare difuză mucosală cum este boala celiacă sau boala Crohn.
- După mecanismul patogenetic –
 1. faza luminală sau de digestie,
 2. faza mucosală sau de absorbție în mucoasa intestinală
 3. faza postabsorbțivă sau de transport în circulație.

Faza luminala

- Carbohidrații, proteinele și lipidele din dietă sunt hidrolizate și solubilizate

Rolul principal în aceste procese aparțin secrețiilor biliare și pancreatice.

- Pentru proteine - procesul de digestie are loc în stomac, sub acțiunea pepsinei gastrice, este continuat în intestinul subțire, sub acțiunea proteazelor pancreatice reprezentate de tripsină, chemotripsină, carboxipeptidază și proelastază.

Cauze

- - Scăderea secreției enzimaticice pancreatice:
 - *primară*, din pancreatita cronică, rezecțiile pancreatice, cancerul pancreatic și din fibroza chistică
 - *secundară* în obstrucția ductului pancreatic din cadrul tumorilor ampulare sau al litiazei ductale,
 - în activarea deficitară a enzimelor din boala celiacă,
 - inactivarea enzimelor pancreatice întâlnită în sindromul Zollinger-Ellison;

Cauze

- Deficitul de solubilizare, emulsionare și micelizare a lipidelor:
 - Scăderea sintezei sărurilor biliare din ciroza hepatică;
 - Eliminarea deficitară a sărurilor biliare în duoden din sindroamele de colestază
 - Deconjugarea sărurilor biliare întâlnită în sindrom de suprapopulare bacteriană;

Faza mucosala

1. secundară alterării suprafeței absorbtive enterocitare,

- în rezecțiile intestinale,
- boala celiacă,
- boala Crohn,
- enterita radică,
- gastroenterita eozinofilică,
- bolile infiltrative
- infecțiile bacteriene sau parazitare cum sunt giardiaza, boala Whipple și criptosporidioza.

2. Deficitul echipamentului enzimatic din marginea în perie și afectarea unor mecanisme de transport specifice în gastroenterita infecțioasă, alcoolismul cronic, enterita radică, boala celiacă, enteropatia HIV

Tabloul clinic:

- diaree, steatoree cu scaune decolorate, păstoase, voluminoase, urât mirositoare, meteorism, durere abdominală, borborigme, flatulență și scădere ponderală.

Diagnosticul pacientului cu suspiciune clinică de malabsorbție:

- confirmarea și cuantificarea severității malabsorbției,
- determinarea topografiei leziunilor
- identificarea bolii de bază.

Diaree acută

Tipul de diaree	Etiologie	Caracter scaun	Simptome asociate
Secretorie	Virala (rotavirus, enterovirus) Bacteriana (clostridium, staphilococcus, etv)	apos	Greața Vărsături Dureri abdominale Febra
Inflamatorie	Virală Bacteriana (shigella, salmonella, campylobacter, E colli) Ischemică	Scaune moi cu sânge, mucus	Dureri colicative Tenesme Febra
Indusa medicamentos	Antibiotice, antinflamatoare	Scaune moi	

Diaree cronică

Etiologie	Patologia	Caracter scaun	Simptome asociate
Boli inflamatorii colonice	Inflamație cronică tractului intestinal inferior	Scaune moi, cu sânge, mucus	Durere abdominală, febră, anorexie, manifestări extraintestinale, Adulți tineri
Cancer colorectal	Proliferare tumorală	sangvinolent	Durere abdominală, alternanța diaree/constipație, scădere ponderală Vârstnici
Sindrom intestin iritabil	Tulburare de motilitate	Nelegat, diaree mai severă dimineața Flatulența	Dureri abdominale, meteorism Sex feminin
Pancretita cronică	Steatoză, creșterea	Scaune păstoase, decolorate cu grăsimi	Inapetența, scădere ponderală, dureri abdominale
Diaree osmotica	Manitol, lactuloză, sorbitol	Diaree apoasă	Dureri colicative, flatulența

6. Tulburări ale apetitului

- *Foamea* este necesitatea de a mânca, asociată uneori cu senzația de arsură epigastrică, cefalee și amețeli.
- În practică, termenii folosiți pentru scăderea apetitului sunt *anorexia*¹⁵ sau *inapetența*.
- *Inapetența selectivă* reprezintă aversiune față de unele alimente, de exemplu la carne pentru pacienții cu cancer gastric

Cauze de inapetența

- Boli ale stomacului:
 - gastrite acute, cronice
 - cancer gastric
- Boli ale ficatului:
 - hepatite acute, cronice
 - ciroza hepatică
- Boli biliare:
 - litiază biliară
 - colecistopatii
- Boli pancreatice:
 - pancreatită cronică
 - cancer pancreatic

Cauze de inapetența

- Boli acute febrile
- Boli infecțioase cronice
- Medicamente
 - amfetamine
- Intoxicații cronice:
 - alcool
 - fumat
- Boli metabolice
 - diabet zaharat cu cetoză
 - uremie
- Boli endocrine: insuficiență hipofizară
- Boli psihice: anorexie nervoasă

Alte tulburări ale comportamentului alimentar

- *Hiperorexia* reprezintă exagerarea apetitului și este opusul anorexiei. Este întâlnită în convalescență, ulcerul duodenal, sindromul de malabsorbție, diabetul zaharat, hipertiroidism etc.
- Sindromul *Pica* constă în pervertirea apetitului - manifestarea tendinței de ingerare a unor substanțe nealimentare. Este întâlnit la psihopați.

Alte tulburări ale comportamentului alimentar

- *Polifagia* se referă la mese abundente
- *Hiperfagia* se referă la mese cu cantități mari de alimente.
- *Bulimia* - se manifestă prin foame excesivă, urmată de ingestia unor cantități excesive de alimente, care depășesc necesitățile organismului. Este întâlnită în depresii și în unele tulburări psihice.