

CURS DIGESTIV 1

BFKT

SEMIOLOGIA CAVITĂȚII BUCALE

Examenul buzelor

modificările de culoare;

- a) palide - în anemii;
- b) carminate în hepatite și ciroze hepatice;
- c) roșii-violacei - în policitemia vera;
- d) cianotice - în afecțiuni cardiace (stenoza mitrală, insuficiența cardiacă

modificările de volum.

Volumul este crescut în unele stări patologice: acromegalie, edem alergic tip Quincke, mixedem, tumori (angioame, limfangioame).

Buzele care par subțiri și oarecum inextensibile trebuie să sugereze sclerodermia

asimetria buzelor poate sugera o paraliză de nerv facial.

Leziuni și formațiuni patologice:

herpesul labial - asociat frecvent cu cel nazal este cea mai frecventă erupție la nivelul buzelor și apare în intercurențe virale;

ragade (zăbăluța) - fisuri sau ulcerații profunde, dureroase, situate la nivelul comisurilor bucale, datorate infecțiilor streptococice, hipovitaminozelor B și carențelor de Fe;

cancerul buzei - se prezintă fie ca o indurație locală cu margini neregulate, eventual ulcerată, fie ca o ulcerăție cronică cu aspect murdar care nu are tendința la vindecare.

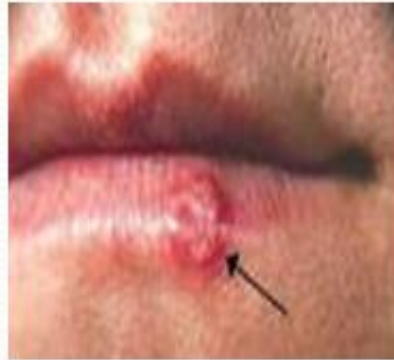
pigmentări melanice brun-maronii multiple, cu aspect de pistrui - sunt caracteristice sindromului Peutz-Jeghers - care asociază polipoza intestinală (de tip hamartom) cu transmitere autosomal dominantă

Edem Quincke edemul alergic - edem, care afectează buzele, obrații, pleoapele, mucoasa orală. Se asociază cu arsură, durere la locul edemului. Se poate complica cu edem laringian, care se manifestă prin disfonie, tuse, dispnee, cianoză.

Zăbăluța



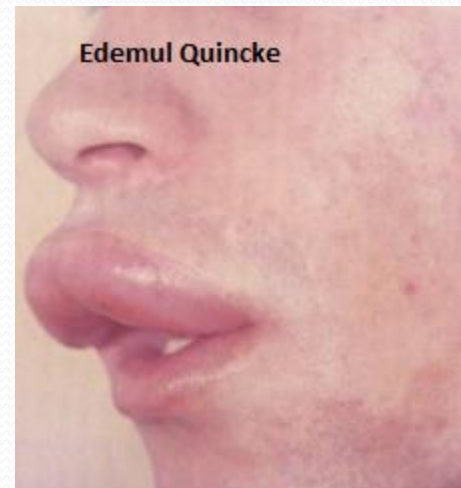
Herpes



Sd. Peutz Jeghers



Edemul Quincke



Halena (mirosul gurii)

În 90 % din cazuri, sursa mirosului neplăcut o reprezintă cavitatea orală.

Este datorat compușilor sulfurici volatili eliminați prin respirația pacientului și în timpul vorbirii, care sunt produși de flora de fermentație anaerobă gram negativă care colonizează fața dorsală a limbii, spațiile peridentale, protezele.

La mai puțin din 10 % din pacienți, halena neplăcută este determinată de unele leziuni la nivelul cavității bucale sau faringelui (stomatite, angine ulcero-necrotice) sau unor leziuni esofagiene (diverticului, stenoze esofagiene).

Bronșiectaziile, abcesele pulmonare, intoxicațiile cu metale grele și scorbutul pot determina *halitoza*.

Mirosurile caracteristice sunt întâlnite în:

- diabet zaharat (miros de mere acre sau acetonă),
- ciroze hepatice (miros de ficat crud sau dulceag),
- uremie (miros de urină),
- fenilcetonurie (miros de prosop ud),
- trimetilaminouria (miros de pește).

Examenul gingiilor



Inflamatie gingiilor - Gingivita

Examenul gingiilor

Tehnică: cu pacientul situat în fața sursei de lumină, se examinează vestibulul și gingiile, folosind o spatulă sau cu mâna, prin îndepărtarea buzelor de dinți.

Tumefacția gingivală se poate observa fiziologic în pubertate și sarcină, iar patologic la administrarea cronică de fenitoină, nifedipina, etc.

Inflamația mucoasei gingivale se numește **gingivită**. Aspectul în gingivite este de tumefiere, eritem, uneori eroziuni sângerânde sau acoperite de exudat albicios, iar în cazuri mai grave ulceratii, sufuziuni hemoragice, echimoze submucoase.

Gingivita poate fi determinată de:

- intoxicația cu metale grele (Pb, Hg, Bi), când se observă la marginea dinților un lizereu cenușiu-albăstrui (*lizereul lui Burton*).
- **Diabetul zaharat** determină o formă de gingivită caracteristică prin tumefiere și sângerare facilă.
- **Leucemiile** pot determina atât o formă hipertrofică de gingivită cât și una necrotică.

Gingivita eritematoasă: cauze: carii dentare, proteze, periajul brutal;

Gingivita hemoragică - sindroame hemoragipare,

Gingivita hipertrofică: stări de dezechilibru hormonal, pubertate, sarcină, leucoze, diabet zaharat, mixedem, scorbut; însoțită de dureri, sialoree, foetor.

Gingivita ulcero-necrotică - însoțește frecvent stomatita ulcero-necrotică; etiologie - infecții cu fusospirili;

Examenul mucoasei bucale

Aspectul și culoarea:

palidă (anemii);

roșie-cianotică (poliglobulii);

stomatita - este inflamația difuză a mucoasei bucale

în rujeolă (perioada de invazie) se constată pe mucoasa obrazilor sau în șanțul gingio-labial (în dreptul molarilor inferiori) puncte mici, albicioase, înconjurate de o aureolă roșie (semnul Koplick), care preced cu 2 - 3 zile erupția cutanată.

Hemoragii punctiforme în purpura trombocitopenică, leucemii.

Plăci pigmentare brune (boală Addison).

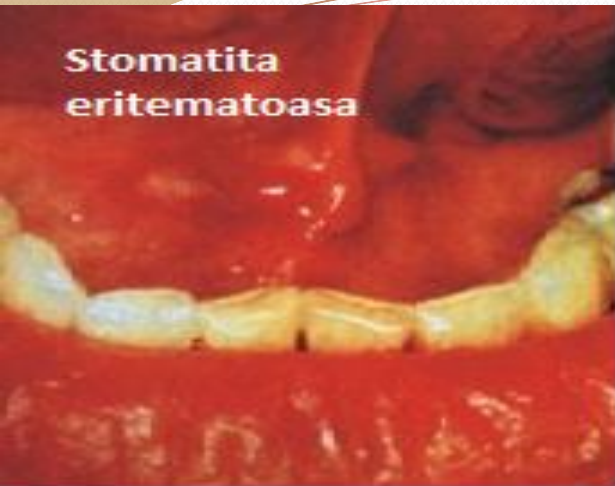
Ulcerații de natură:

a) *traumatică* (dinți rău implantați, proteze, etc.);

b) *infecțioasă*:

- *stomatita aftoasă* (vezicule care se rup și lasă ulcerații rotunde sau ovalare),
- *stomatita ulceroasă* (ulcerații cu margini neregulate)
- *stomatita gangrenoasă* sau *noma* (ulcerație progresivă, rotundă și mutilantă a obrazilor).

**Stomatita
eritematoasa**



**Stomatita eritemato-
pultacee**



Stomatita cremoasa



Stomatita aftoasa



**Stomatita ulcero-
membranoasa**



**Hiperpigmentatia
melanica - Boala Addison**



Semnul Koplick



**Examenul suprafeței
interne a obrazilor**

Examenul faringelui și a amigdalelor

Inflamația regiunii faringo-amigdalienne se numește **angină** și se manifestă prin: frison, febră, cefalee, disfagie, disfonie, senzație de uscăciune a gâtului și hipersalivație.

Clasificare:

Angina eritematoasă (simplă, roșie, catarală): roșeața orofaringelui și amigdale hipertrofice; se datorează infecției cu streptococ Beta-hemolitic, dar poate să apară și ca epifenomen în cursul unor boli infecto-contagioase (rujeolă, gripă).

Angina flegmonoasă: abces amigdalian, obișnuit unilateral, cu febră, trismus, disfagie și adenopatie satelită dureroasă.

Angina pseudomembranoasă se caracterizează prin formarea de pseudomembrane albe-cenușii, aderente la amigdale, luetă și valul palatin, producând ulcerarea și sângerarea mucoasei (difterie, scarlatină, lues).

Angina ulcero-membranoasă (angina Plaut-Vincent) se datorează infecției cu fusospirili și se caracterizează prin prezența de pseudomembrane albe, unilateral, care se detașează ușor, lăsând ulcerări și hemoragii.

Angina ulceroasă: ulcerări superficiale, ovalare la nivelul amigdalelor (febra tifoidă).

Angina herpetică se caracterizează prin numeroase vezicule la nivelul amigdalelor (infecția cu Herpes Simplex).

Angina necrotică: zone de necroză neregulate, pe amigdale și în vecinătatea lor (leucemii acute, agranulocitoze).

Angina ulcero-necrotică Henoch este o formă gravă, asociată de obicei cu scarlatina, caracterizată prin: ulcerări profunde, neregulate, depozite cenușii, false membrane,

Angina gangrenoasă este datorată infecției cu germeni din specia Clostridium sau Bacteroides funduliformis și se caracterizează prin: ulcerări adânci, necroze întinse acoperite de depozite murdare negricioase sau hemoragice, prezența de adenopatii locoregionale,

Tumorile întâlnite la acest nivel sunt: limfosarcoame, reticulosarcoame, carcinoame nazo-faringiene, etc, fiind de obicei unilaterale.

Angina pultacee



Angina din Scarlatina



Angina eritematoasa



Angina flegmonoasa



Angina herpetiforma



Angina pseudomembranoasa



Tipuri de angine.

SEMIOLOGIA ESOFAGULUI

Sindromul esofagian constă în **disfagie**, durere și regurgitație

Disfagia este dificultatea la înghițire.

Durerea are caracter constrictiv și este localizată retrosternal. Apare în timpul meselor și însoțește disfagia

Regurgitația este refluxul alimentelor ajunse în esofag și poate fi precoce sau tardivă.

Vărsătura esofagiană conține mucus, salivă și alimente nedigerate, caracterizată prin lipsa acidului clorhidric.

Examenul radiologic se face cu sulfat de bariu, atât sub formă de pastă, cât și sub formă de suspensie baritată. Bolnavul va fi examinat în poziție oblică. Examenul radiologic aduce atât informații asupra tulburărilor funcționale, cât și asupra modificărilor anatomice ale esofagului.

Esofagoscopia se face cu ajutorul esofagoscopului și necesită o pregătire psihică a bolnavului, o anestezie de bază și o anestezie faringiană;

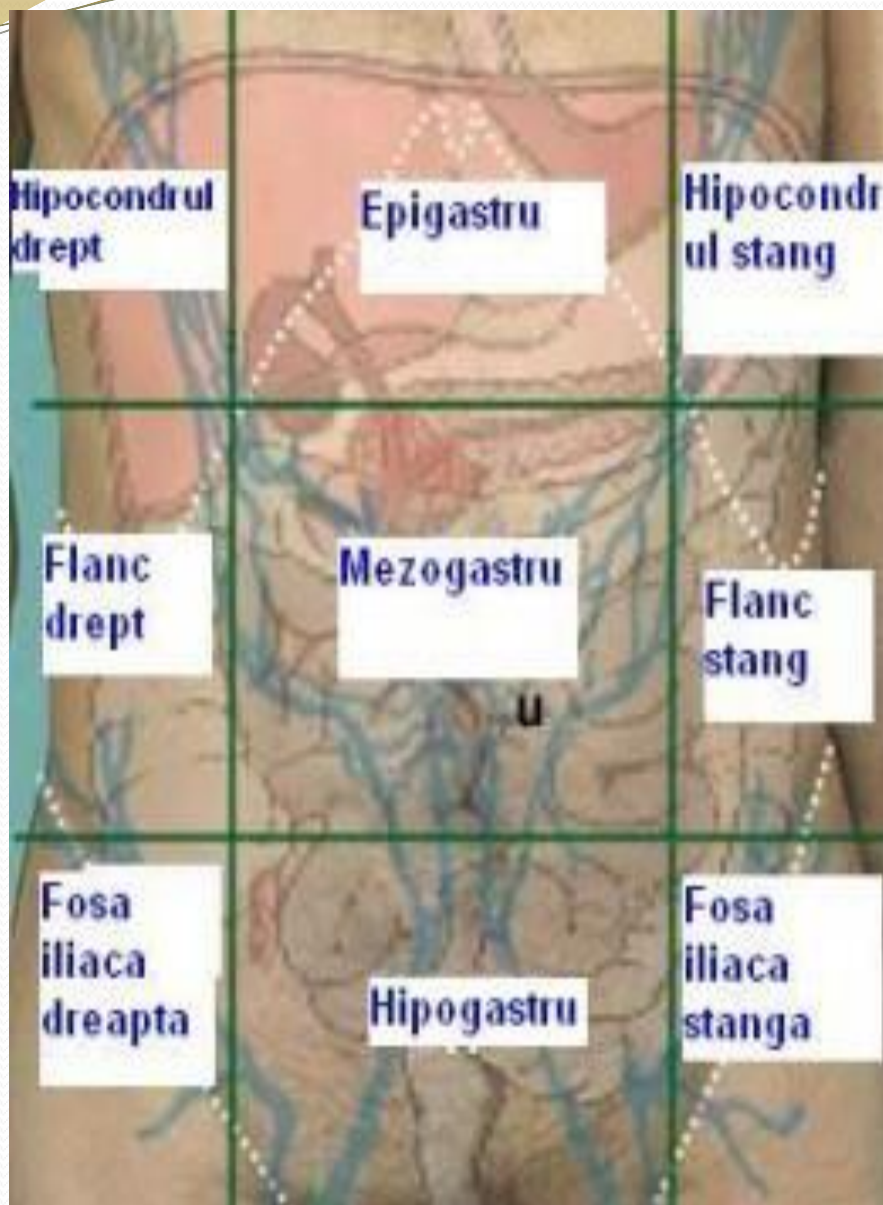
TOPOGRAFIA ABDOMENULUI

Abdomenul poate fi împărțit în 4 cadrane (superior drept și stâng, inferior drept și stâng) trasând două linii imaginare , una orizontală și una verticală, prin ombilic.

O altă împărțire topografică se obține trasând 4 linii imaginare

- o linie orizontală ce unește marginile inferioare ale rebordurilor costale
- o linie orizontală ce unește spinele iliace antero-superioare
- două linii verticale la nivelul marginilor externe ale mușchilor dreپți abdominali.

Astfel se obțin 9 regiuni topografice: epigastrul, mezogastrul, hipogastrul, hipocondrul drept și stâng, flancul drept și stâng, fosa iliacă dreaptă și stângă.



Hipocondrul drept, în zona lobului drept al **ficatului** și al **colecistului**, mai în profunzime aflându-se rinichiul drept

Epigastrul, în “furca pieptului”, zonă în care se află **stomacul** și lobul stâng de ficat

Hipocondrul stâng – în care se afla **splina**, o parte din **stomac** și mai în profunzime rinichiul stâng

Flanc drept– în care se află colonul (**intestinul gros**) ascendent

Mezogastrul, în care este localizat **pancreasul**, colonul transvers și intestinul subțire

Flanc stâng, în care este localizat colonul descendent și ureterul stâng

Fosa iliaca dreaptă, unde se află apendicele, cecul și ovarul drept

Hipogastru – unde se află vezica urinară, rectul și uterul

Fosa iliacă stângă – în care se află o parte din **intestinul gros** (colonul sigmoid) și ovarul stâng

INSPECȚIA ABDOMENULUI

Se urmăresc:

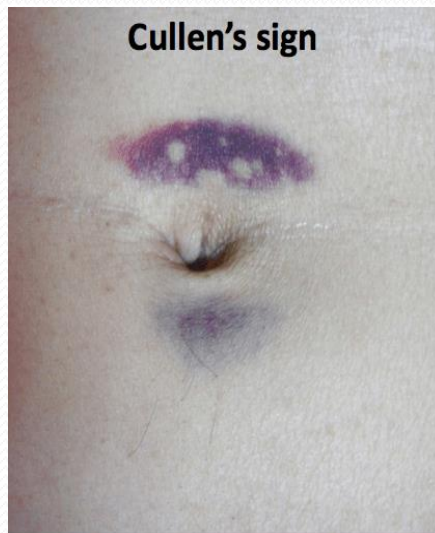
- modificările cutanate
- implantarea părului
- modificările de contur ale abdomenului
- participarea abdomenului la mișcările respiratorii
- mișcări anormale: peristaltica intensă, pulsații

MODIFICĂRILE CUTANATE

- erupții peteșiale, echimoze (peri-ombilicală=semnul ***Cullen care apare*** în pancreatita acută, pe flancuri = semnul ***Turner*** care apare în infarct mezenteric sau pancreatită acută hemoragică)
- vergeturi albe-sidefii (după sarcină , în obezitate) sau violacee (sd.***Cushing***)
- circulație venoasă superficială: sindrom de hipertensiune portală:
circulație colaterală de tip porto-cav :peri-ombilicală, în "cap de meduză" sau circulație colaterală de tip cavo-cav : la nivelul flancurilor
- cicatricea ombilicală: :înfundată sau proeminentă
- cicatrici post-operatorii

IMPLANTAREA PĂRULUI

- la bărbați: absența părului abdominal sau implantarea de tip feminin: în ciroza hepatică
- la femei: implantarea părului de tip masculin: în sindrom adreno-genital



Cullen's sign



Grey Turner's sign



Abdomen cu ascită
și ombilic
proeminent



Vergeturi



Circulație
colaterală

MODIFICĂRI DE CONTUR ALE ABDOMENULUI

Abdomenul plat: normal

Abdomen escavat (scafoïd): cu concavitatea în sus- stări de denutriție, cașexie

Abdomen bombat: bombare globală sau localizată

Bombare globală a abdomenului:

- predominant anterioară ("în desagă"):

 - obezitate (panicul adipos abundant, ombilic înfundat)

 - distensie gazoasă : timpanism exagerat

- cronică =meteorism:(aerofagie sau după alimente ce induc fermentație), tranzit intestinal prezent;

- acută: ocluzia intestinală mecanică sau paralică (tranzit intestinal oprit)

- ascita abundantă: ombilic proeminent, matitate la percuție

- predominant laterală (abdomen de "batracian") bolnav cu ascită, în decubit dorsal

MODIFICĂRI DE CONTUR ALE ABDOMENULUI

Bombare localizată:

- a abdomenului inferior:

- relaxarea musculaturii abdominale la vârstnici
- glob vezical
- tumori ovariene sau uterine
- sarcina

- a abdomenului superior:

- hepatomegalie
- splenomegalie
- stomac cu stenoză pilorică
- tumori pancreatice

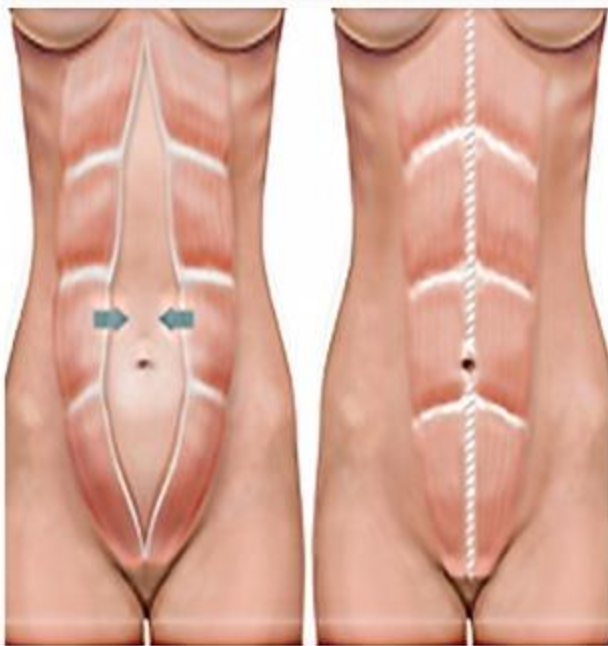
- la nivelul orificiilor inghinale sau cicatricilor post-operatorii

- hernia ombilicală
- hernia liniei albe abdominale

- diastaza muşchilor dreپti abdominali (se evidențiază pe linia mediană, la ridicarea din decubit dorsal în poziția șezând)

- eventrații: sunt defecte ale peretelui abdominal survenite in urma unui traumatism sau in urma unei interventii chirurgicale, la nivelul cicatricilor post-operatorii

Diastaza abdominală



Eventrație abdominală



MIȘCĂRILE ABDOMINALE

Normal: musculatura abdominală participă la mișcările respiratorii. Absența acestei participări (abdomen "de lemn") este semn de iritație peritoneală.

Mișcări abdominale anormale:

- mișcări peristaltice exagerate: - stenoza pilorică (în epigastru)
 - subocluzia intestinală (deasupra obstacolului)
- pulsații ale aortei abdominale (în epigastru): se văd la persoanele slabe.
- pulsații ale ventriculului drept în epigastru (semnul Harzer): la bolnavii cu insuficiență cardiacă dreaptă

PALPAREA SUPERFICIALĂ A ABDOMENULUI

deprimă cu aproximativ 1 cm peretele abdominal .

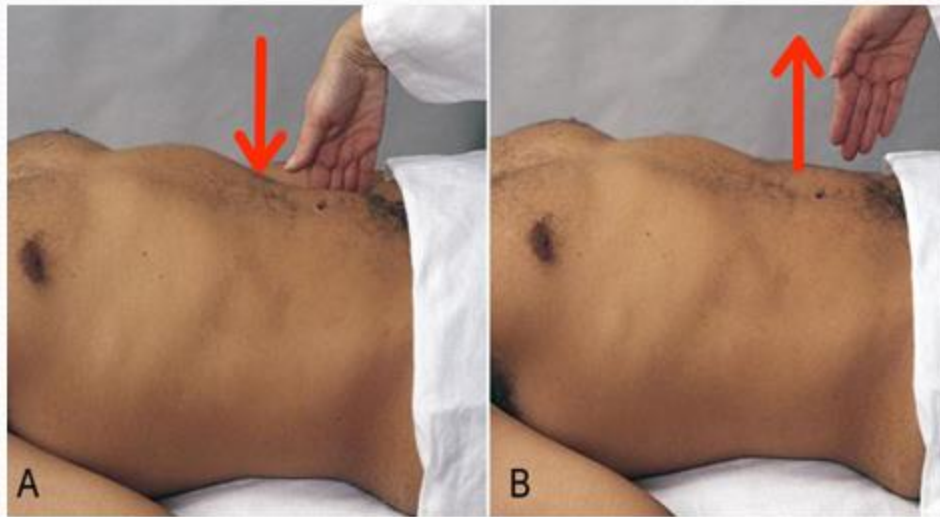
Urmărește:

1.Sensibilitatea superficială: hiperestezia cutanată = semn de iritație peritoneală (abdomen acut) care provoacă durere și contractură involuntară a mușchilor peretelui abdominal ="apărare musculară", ce poate fi localizată (ex.:apendicita acută) sau generalizată (ex: ulcer perforat cu peritonită)

- uneori durerea se exacerbează la decomprimarea bruscă a abdomenului = semnul **Blumberg** (iritație peritoneală)

2.Mase tumorale superficiale: în peretele abdominal, fixate de el. Rămân palpabile când bolnavul își contractă musculatura abdominală (ex: ridică capul de pe pernă): lipoame, hematoame în teaca dreptului abdominal.

Semnul Blumberg



Palparea superficială



PALPAREA SUPERFICIALĂ A ABDOMENULUI

3.Examinarea orificiilor herniare (linia albă, ombilicul, regiunile inghinale): palpăm și invităm bolnavul să tușească.

Herniile abdominale reprezintă exteriorizarea parțială sau totală a unui sau mai multor viscere, din cavitatea peritoneală, la nivelul unor zone slabe ale peretelui abdominal.

Herniile sunt mase tumorale cu impuls de tuse, reductibile spontan sau prin palpare .

Herniile nereductibile: sunt încarcerate în orificiul herniar.

Herniile strangulate (încarcerate și cu necroză ischemică): formațiuni tumorale dureroase, cu oprirea tranzitului gazos și pentru materiile fecale (abdomen acut chirurgical) când bolnavul acuză dureri abdominale, vărsături.

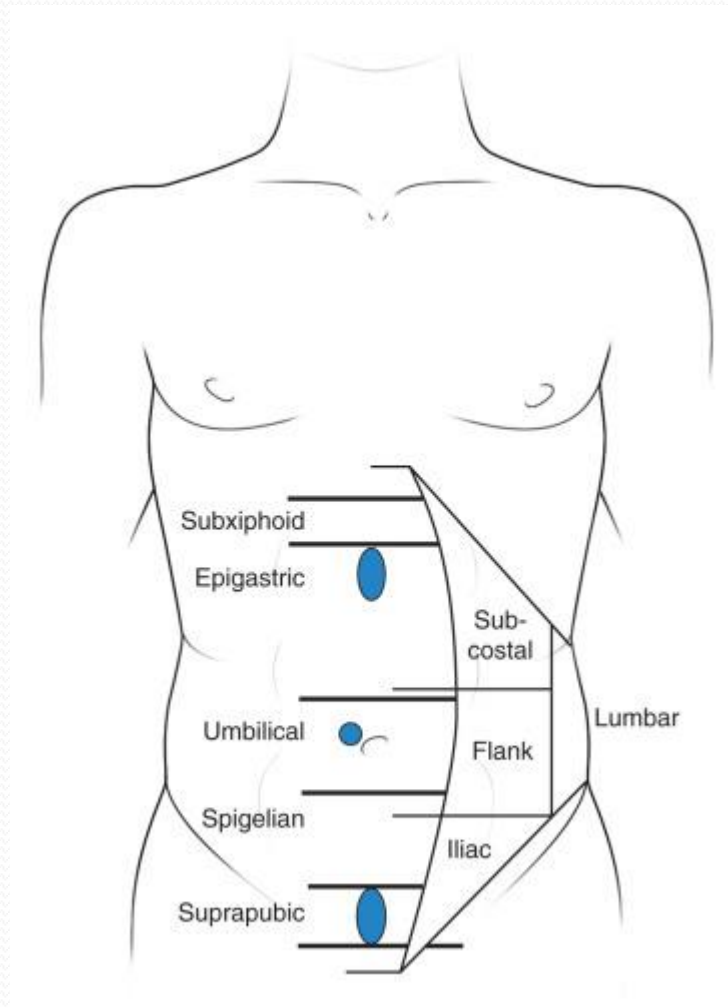
Hernia inghinală este cea mai frecventă și apare în zona cea mai slabă din structura peretelui abdominal - regiunea inghinală. Această regiune este reprezentată de traiectul inghinal.

Hernia ombilicală se descoperă în regiunea ombilicală ca o formațiune pseudo-tumorală acoperită cu tegumente destinse sau chiar violacee, greu reductibilă datorită aderențelor intramusculare.

Hernia liniei albe este mai des întâlnită la bărbați.

Hernia epigastrică este determinată de protruzia grăsimii properitoneale și a peritoneului printre fibrele încrucișate a tecii dreptului abdominal la nivelul liniei albe, între apendicele xifoid și ombilic.

Punctele herniare



Palparea profundă

se efectuează palparea simetrică a tuturor zonelor topografice ale abdomenului, pentru decelarea de zone dureroase sau de formațiuni viscerale palpabile.

- viscerele intraperitoneale (cu mezou): mobile față de peretele abdominal posterior
- viscerele retroperitoneale: imobile

Tehnici de palpare profundă:

- 1.monomanoală
- 2.bimanoală: cu mâinile alăturate sau, dacă peretele abdominal este gros, aplicate una peste cealaltă
- 3.prin acroșaj ("agățare"): cu degetele flectate, încercând să pătrundă sub rebordul costal
- 4.prin balotaj (pentru organele retroperitoneale): o mână apasă viscerul prin intermediul peretelui abdominal anterior, iar cealaltă mână, plasată în regiunea lombară, percepe apăsarea transmisă de viscerul respectiv .

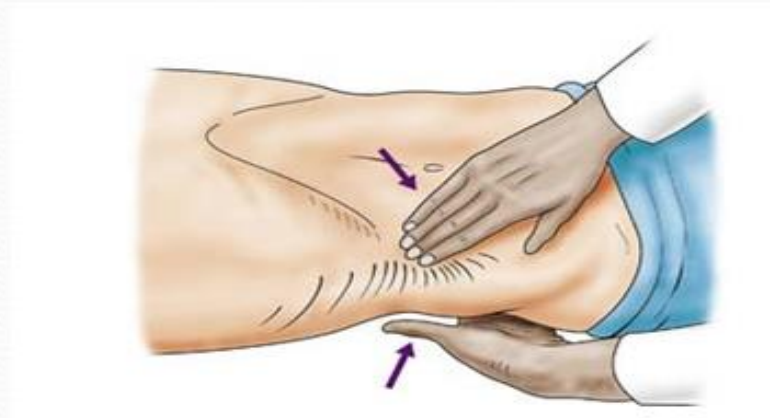
Date oferite de palparea profundă:

- 1.mărimea viscerului
- 2.consistența (elastică, fermă, dură)
- 3.sensibilitatea (dureros sau nu la palpare)
- 4.suprafața (regulată sau neregulată)
- 5.mobilitatea (la palpare sau cu mișcările respiratorii)
- 6.pulsații transmise.

Palpare prin acrosaj



Palpare prin balotare



Palpare bimanuală



Palpare monomanuală



PALPAREA COLECISTULUI:

- punctul cistic: la intersecția dintre rebordul costal sau marginea inferioară hepatică și marginea externă a dreptului abdominal. Este dureros în caz de: litiază biliară, colecistită.
- manevra **Murphy**: se palpează colecistul prin acroșare sub rebordul costal, în inspir. Dacă este sensibil: provocăm durere, cu inhibiție antalgică a respirației.



PALPAREA SPLINEI:

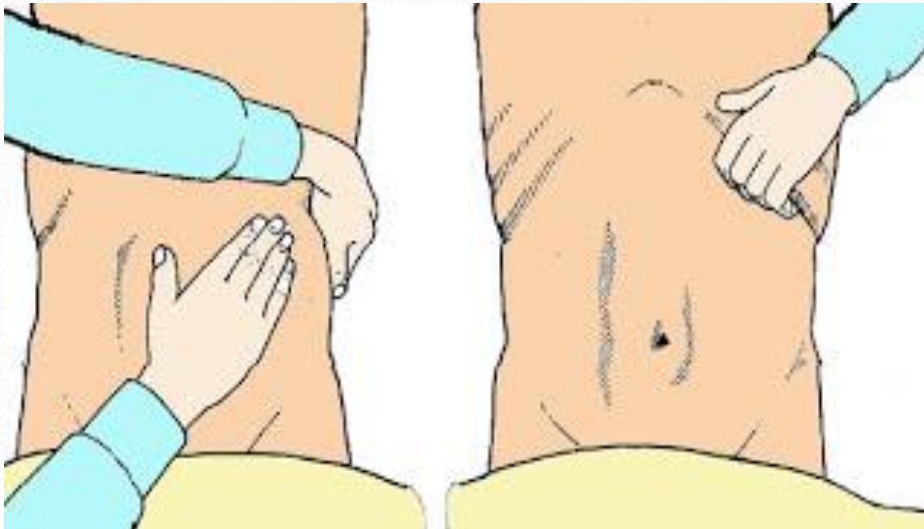
- cu bolnavul în decubit dorsal: se delimitează polul inferior al splinei prin palpăre profundă bimanuală, prin balotare sau prin acroșaj sub rebordul costal, invitând bolnavul să inspire adânc.
- cu bolnavul în decubit lateral drept-manevra **Chiray și Pavel** :bolnav în decubit lateral drept, cu genunchii flectați și brațul stâng deasupra capului

Normal: splina nu se palpează.

Dacă splina este palpabilă: se descriu caracterele ei.



Palparea splinei



PALPAREA APENDICELUI CECAL

: dureros în apendicita acută

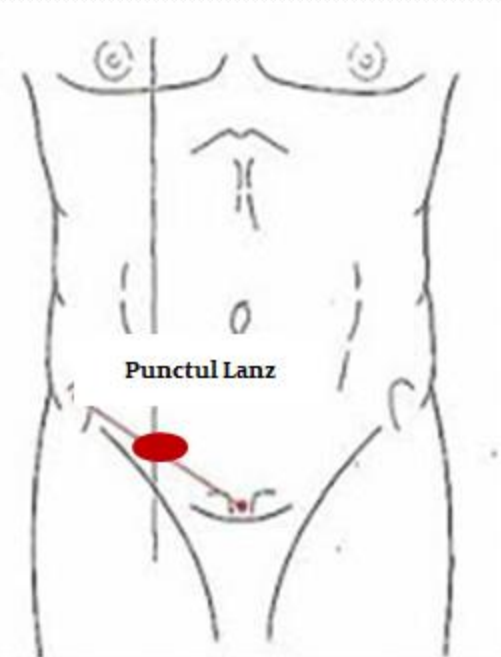
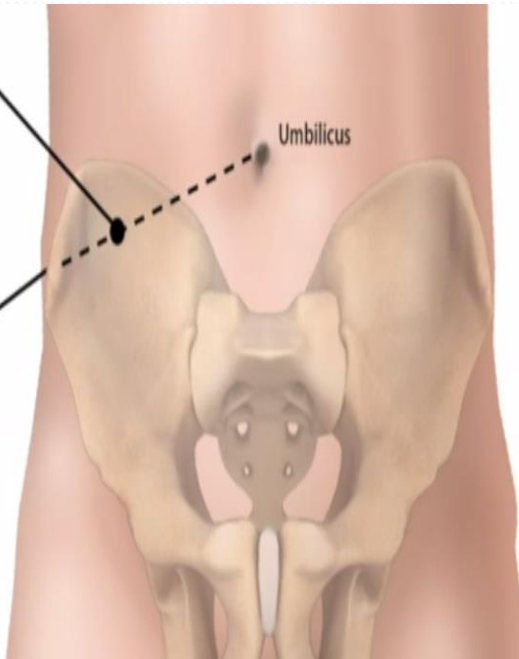
- punctul **Mc.Burney**: la unirea 1/3 externe cu 2/3 interne ale liniei ce unește spina iliacă antero-superioară cu ombilicul .
- punctul **Lanz**: la intersecția marginii externe a dreptului abdominal cu orizontala ce unește spinele iliace antero-superioare .
- Manevra **Jaworski** (apendice retrocecal): apare durere la palpate profundă în fosa iliacă dreaptă, în timp ce este ridicat membrul inferior întins (contractia m. psoas).
- semnul **Blumberg**: durere în fosa iliacă dreaptă la decompresie bruscă (semn de iritație peritoneală)

McBurney's Point

2/3 of the way from
umbilicus to ASIS

Umbilicus

Anterior Superior Iliac Spine



PALPAREA FICATULUI:

- în decubit dorsal
- se delimitează marginea inferioară prin palpăre profundă și se apreciază la câți cm sub rebordul costal se află (normal: palpabilă la nivelul rebordului costal, pe linia medio-claviculară dreaptă)
- se apreciază marginea superioară prin percuție pe linia medio-claviculară (LMC) dreaptă și se măsoară diametrul hepatic pe această linie (normal=9-11 cm)
- se apreciază caracterele descrise la “informații oferite de palpăre profundă”.



SEMIOLOGIA STOMACULUI

Sd. dispeptic de tip ulceros este senzația de presiune, plenitudine sau balonare în regiunea epigastrică .

Durerea (epigastralgie) este localizată epigastric și iradiază dorsal, în regiunea retrosternală sau spre hipocondrul stâng ori drept, de intensitate variabilă de la jenă epigastrică, arsură la un caracter violent, transfixiant. Are orar de apariției în raport cu masa, fiind precoce, apărând în timpul sau imediat după masă , alteori la 1 – 2 ore după masă, iar alteori este tardivă, la 3 – 4 sau 5-6 ore după terminarea mesei. Durerile pot fi calmate sau nu de ingestia de alimente, de poziția de culcat sau în picioare, de administrarea de prafuri alcaline, de provocarea vărsăturilor.

Eructatia înseamnă evacuarea pe gură a gazelor din stomac sau din esofagul inferior. Se întâlnește în aerofagie, la persoanele nervoase care mănâncă repede.

Regurgitația este refluxul alimentelor ajunse în stomac

SEMIOLOGIA STOMACULUI

Vărsătura este un act reflex, cu punctul de plecare în stomac, intestin, pancreas, căi biliare, căi urinare. Varsaturile sunt variabile ca frecvență, cantitate (mici, abundente) orar (matinale, pe stomacul gol, postprandiale, precoce sau tardive). Ele vor fi analizate din punct de vedere calitativ: miros, gust și conținut (alimentare, biliare mucoase, apoase, purulente, fecaloide, sanguinolente).

Hematemiza este vărsătura de sânge.

Bolnavul varsă sânge roșu-închis, cu cheaguri, deseori amestecat cu resturi alimentare.

Când sângele este în cantitate mai mică și stagnează în stomac, vărsătura capătă un aspect negricios, “în zaț de cafea” datorită digerației sângelui.

În funcție de cantitatea pierdută, hematemiza se însoțește de semne generale: paloare, amețeli, transpirații reci, palpitații, puls rapid și scăderea tensiunii arteriale,

Bolile în care se întâlnește mai frecvent hematemiza sunt ulcerul gastric și duodenal, tumorile stomacului, ciroza hepatică, gastrita hemoragică.

Hematemiza este însoțită sau urmată de melenă (scaune negre ca păcura), moi, determinate de trecerea sângelui în intestin, unde este parțial digerat.

GASTRITE ACUTE

Sunt entități clinice caracterizate prin procesele inflamatorii acute ce afectează mucoasa gastrică sub acțiunea factorilor interni sau externi.

Gastrita acuta erozivă sau hemoragică constă în ulceratii superficiale care nu depasesc musculara mucoasei. Hemoragia se manifestă după aproximativ 3-4 zile de la apariția eroziunilor și poate fi însoțită de dureri epigastrice, grețuri și vărsături. Poate fi cauzată de
: *stres, medicamente, bacterii, alcool, substanțe caustice,*

Gastrita flegmonoasă – formă care apare la persoanele tarate, cu evoluție severă, cu hemoragie, peritonită, septicemie

GASTRITE CRONICE

Definesc ansamblul de procese inflamatorii ale mucoasei gastrice de caracter atrofic cu evoluție cronică .

Gastrita cronică bacteriană sau **de tip B** este inflamația mucoasei gastrice cauzată de *Helicobacter pylori*. Se manifestă prin epigastralgie, greață și vărsături. Simptomele persistă luni sau ani, necesitând tratament cu antibiotice. Dacă nu este tratată evoluează cu **gastrita cronică atrofică** sau apar complicații precanceroase, precum metaplazie intestinală, displazie gastrică ori cancer gastric

Gastrita chimică de reflux sau **de tip C** constă în inflamația mucoasei gastrice consecutivă refluxului duodeno-gastric. Apare frecvent la bărbați și se manifestă cu dureri epigastrice postalimentare, acompaniate de greață și vărsături biliare frecvente.

Gastrita etanolică reprezintă expresia abuzului îndelungat de alcool reflectat asupra mucoasei gastrice.

Gastrita medicamentoasă determinată de antiinflamatoare nonsteroidiene și steroidiene, tetraciclină, referpină sau citostatice. Doza administrată influențează gradul de severitate al afecțiunii.

Gastrita cronică atrofică constă în atrofia mucoasei gastrice, localizată sau difuză,. Simptomele dispeptice sunt nespecifice, precum inapetența, greața, balonări postalimentare,

Gastritele granulomatoase specifice survin în urma afecțiunilor digestive sau sistemice, precum boala Crohn, sarcoidoză, tuberculoză, sifilis, histoplasmoză, diverse boli parazitare, candidoză, iar când etiologia nu este identificată se utilizează denumirea de **gastrita granulomatoasă idiopatică**. Simptome : durere epigastrică, greață și vărsături, diaree, însă specific afecțiunii sunt edemele membrilor inferioare, cauzate în urma hipoalbuminemiei.

Gastrita limfocitară este redată de infiltrația considerabil crescută a limfocitelor în epiteliul de suprafață. Această formă este rar întâlnită, și este predominantă la femei. Semnele și simptomele au caracter dispeptic nespecific,

ULCERUL GASTRO-DUODENAL

Definitie: ulceratii ale mucoasei gastrice sau duodenale.

Fiziopatologie si etiologie:

1. Etiologie multifactorială:

- infecția cu *Helicobacter pylori*
- medicație ulcerogena (AINS)
- Sd. Zollinger-Ellison (hipersecreție gastrică și ulcere multiple)

2. Factori de risc: medicamente (antiinflamatorii, corticosteroizi), antecedente familiale, fumat, stress, grupa de sange 0, statut socio economic scăzut.

3. Influența alcoolului și a cofeinei este discutabilă.

ULCERUL GASTRO-DUODENAL

Manifestări clinice:

- dureri cu caracter de arsură în epigastriu, apărute imediat după mese în **ulcerul gastric**
- dureri la 2-3 ore după mese și în timpul nopții în **ulcerul duodenal**
- sațietate precoce, anorexie, scădere ponderală (în cel gastric), eructații
- hematemeză, melenă, anemie.

ULCERUL GASTRO-DUODENAL

Complicații:

1. Hemoragie gastrointestinală
2. Ulcer perforat urmat de peritonită
3. Ulcer penetrant în alte organe
4. Stenoza pilorică

CANCERUL GASTRIC

Definiție: tumora malignă a stomacului

Fiziopatologie și etiologie:

1. Factorii de risc: gastrita cronică atrofică, anemie pernicioasă sau rezecții gastrice, polipoza adenomatoasă .
2. Factori favorizanți: incidența crescută la bărbați, populația de culoare și la vârste înaintate.

CANCERUL GASTRIC

Manifestări clinice:

1. **Precoce** (simptome asemănătoare celor din ulcerul gastric):

- inapetența instalată progresiv
- apariția sau modificarea semnelor ulcerului gastric: sațietate precoce și dispepsie > 4 săptămâni
- sângerări oculte
- vărsături – prin stenoza sau ulcerarea tumorii

CANCERUL GASTRIC

Manifestări clinice

2. Tardive:

- durere (indusă de alimentație și ameliorată de vărsături)
- scădere ponderala, astenie, anemie,
 - metastaze (de obicei hepatice)
 - hemoragii, obstrucții
- masă tumorală abdominală sau epigastrică

CANCERUL GASTRIC

Complicații:

Hemoragie

Metastaze

Deces.

1.