

Digestiv caz I

Pacientul G.I. 69 ani, Timisoara,pensionar

A fost internat de urgenta in clinica in data de 20 februarie 2020

Motivele internarii:

somnolenta,bradilalie,bradipsihie,modificarea ritmului somn-veghe cu insomnie nocturna si somnolenta diurna,astenie marcata cu scaderea importanta a capacitatii de efort,vertij,dispnee importanta,balonare,flatulenta,scaune de consistenta redusa,dureri abdominale difuze,dureri la nivelul membrelor inferioare insotite de parestezii

Anamneza

Antecedente heredocolaterale: tata-decedat,hipertensiune arteriala,AVC

mama-decedata,neoplasm uterin

Antecedente personale:bolile copilariei,

pneumonie acuta la 25 ani

hernie inghinala operata la 29 ani

hepatita alcoolica diagnosticata la 55 ani

ciroza hepatica diagnosticata la 60 ani

hemoragie digestiva in urma cu aprox. 1an

Conditii de viata si munca:actualmente pensionar,

a lucrat ca operator in industria chimica

locuieste cu familia in conditii corespunzatoare

Comportamente:fumator 10 tigari/zi de aproximativ 50 ani

consuma alcool 2-3 beri/zi(aproximativ 1 litru zilnic)

nu respecta regimul alimentar

*Medicatie de fond administrata inaintea internarii: Hepamertz 2-3 plic/zi
Silimarina 2-3 cp/zi; Spironolactona 100 mg/zi; Propanolo 40mg 2cp/zi; Normix cp
200mg 2 cp la 12 ore; Lactuloza 2-3 l-te/zi; Metoclopramida 3 cp/zi; Espumisan
3cps/zi; Mucosolvan 3cp/zi; Algocalmin la nevoie; Peductal 35mg 2cp/zi; Furosemid
2-3 cp/sapt; Pepsane 3cp/zi*

Istoricul bolii:

Boala actuala a debutat in urma cu aproximativ 15 ani cand pacientul a fost diagnosticat cu hepatita cronica manifestata printr-un sindrom neuroastenic marcat. a fost investigat pentru stabilirea etiologiei acestui sindrom, medicul specialist stabilind etiologia hepatica toxi-nutritionala a acestuia ,in absenta modificarilor patologice la nivelul altor organe sau a markerilor virusali hepatici. I-a fost recomandata abstinenta pentru alcool precum si trofice hepatice. Pacientul nu a respectat aceste indicatii, continuind consumul de bauturi alcoolice. Suferinta hepatica a evoluat, cu deteriorarea starii clinico-biologice a pacientului, cu agravarea sindromului neurostenic, episoade de hemoragie digestiva exteriorizata prin hematemeza si melena, retentie hidrica manifestata prin marirea de volum a abdomenului datorita acumularii lichidului de ascita cu limitarea mobilitatii si a excursiilor respiratorii manifestata prin dispnee, tuburari ale tranzitului intestinal cu balonare si episoade de diaree, inversarea ritmului nictemeral cu somnolenta diurna si insomnii nocturne, reducerea capacitatii de concentrare si atentie.

In prezent se interneaza cu somnolenta, bradilalie, bradipsihie, modificarea ritmului somn-veghe cu insomnie nocturna si somnolenta diurna, astenie marcata cu scaderea importanta a capacitatii de efort, vertij, dispnee importanta, balonare, flatulenta, scaune de consistenta redusa, dureri abdominale difuze, dureri la nivelul membrelor inferioare insotite de parestezii, simpatologie aparuta in urma unui episod de diaree care s-a instalat in urma cu aproximativ o saptamana.

Examen obiectiv:

Examen clinic general:

Stare generala: influientata

Talie: 180 cm

Greutate: 95 kg

Stare de nutritie: pastrata

Stare de constienta: bradipsihie, somnolenta

Vorbirea: bradilalie

Tip constitutional : Chwostek cu membre subtiri si abdomen marit in volum

Facies: tras, cu venectazii si stelute vasculare la nivelul pometilor obrazilor, a varfului nasului, a fruntii si a bazei gatului

Tegumente: piele subtire, lucioasa, hipotrofica, uscata cu coloratie galbui-icterica cu manifestari hemoragipare echimoze, hematoame la nivelul punctiilor venoase; stelute vasculare la nivelul tegumentelor gatului si toracelui superior

Stelutele vasculare dispar la vitropresiune

Sclere icterice

Par: friabil, subtire cu reducerea prezentei la nivel axilar si pubian

Unghii albicioase, fragile, cu striatiuni longitudinale, cu aspect de sticla de ciasornic

Buze: roz-violaceu, limba rosie, depapilata cu aspect de limba lacuita.

Ginecomastie

Maini: eminente tenare atrofice - aspect de „mana de maimuta”

palma cu eritem roz-violaceu si retractia aponevrozei palmare (Dupuytren)

degete hipocratice

Abdomen destins de volum prin prezenta de gaze si lichid de ascita, cu hernierea cicatricii ombilicale, cu circulatie colaterala periombilicala

La nivelul membrelor inferioare edeme moi, albe, pufoase, cuprinzand fata dorsala a piciorului si glezna

Examen obiectiv local:

Inspectia: abdomen voluminos, ascitic, bombat in etajul abdominal superior cu tegumente icterice si prezenta circulatiei colaterale de tip portocav ,periombilical;cicatrice ombilicala proeminenta.

Palparea: Pacientul in decubit dorsal cu mainile pe langa corp si genunchii usor flectati pentr relaxarea musculaturii abdominale.

Examinatorul in partea dreapta a pacientului,avand „mainile incalzite”

Palparea lichidului de ascita-„semnul valului”-consta in imprimarea unor mici lovituri intr-unul din flancuri si receptionarea cu palma in flancul opus a undelor transmise prin lichid

Diagnosticul de certitudine al ascitei se face prin punctie(paracenteza)care evidentiaza prezenta lichidului cu diverse aspecte macroscopice

Reactia Rivalta diferentiaza tipul exudativ sau transudativ al ascitei orientand asupra etiologiei acesteia.

Palparea ficatului poate fi efectuata prin metode diferite.Se utilizeaza: 1.metoda bimannuala; 2.metoda monomanuala prin acrosare; 3.balotarea ficatului; 4.procedeul bimanual Gilbert; 5.metoda policelui a lui Glenard

Folosind metoda bimanuala,marginea inferioara a ficatului se palpeaza pornind din abdomenul inferior spre rebordul costal,prin miscari sincrone cu miscarile respiratorii.

Ficat la 5 cm sub rebordul costal,sensibil la palpare,margine ascutita,consistenta crescuta,suprafata neregulata.

Splina-polul inferior al splinei palpabil la rebord in inspir profund.

Percutia: matitate decliva avand limita superioara o curba cu concavitatea in sus.Matitatea este deplasabila cu miscarile bolnavului

Determinarea marginii superioare a ficatului(pentru aprecierea volumului hepatic) prin percutie pe mai multe linii verticale paralele pornind deasupra spatului V ic.dr.(unde este marginea superioara a ficatului)

Determinarea marginii inferioare a ficatului prin percutie superficiala pornind din fosa iliaca dr.spre rebordul costal pe mai multe linii paralele cu linia alba abdominala.

Examenul altor aparate si sisteme

Aparat respirator:torace conoid,ampliatii respiratorii diminuate ca amplitudine,sonoritate pulmonara redusa,murmur vezicular diminuat,raluri bronsice diseminate pe ambele arii pulmonare,raluri de staza la bazele pulmonare.

Aparat hematopoetic:fenomene de hipersplenism cu pancitopenie pe toate liniile celulare:anemie,leucopenie,trombocitopenie.Modificarea coagulogramei prin deficitul factorilor coagularii sintetizati in ficat.

Examenul neuropsihic:semne de polinevrita,flapping tremor,modificarea starii de constienta cu prezenta somnolentei

Investigatii biologice:

Hemoleucograma:anemie,leucopenie,trombocitopenie

Constantele de insuficienta hepatica:hipoproteinemie,prelungirea timpului de protrombina,reducerea valorilor colesterolului seric,a colinesterazei serice

Constantele de citoliza hepatocitara: valori crescute ale enzimelor plasmatice ALAT si ASAT datorita hepatocitolizei

Constantele de inflamatie mezenchimala :modificarea valorilor electroforezei si imunoelectroforezei (cresterea globulinelor si scaderea serinelor plasmatice)

Constantele biliare:valori crescute ale bilirubinei,FAL,GGT.

Ecografia abdominala: descrie un ficat marit de volum, neomogen; LC=38 mm. CBP de dimensiuni normale; Colecist de dimensiuni normale, cu pereti ingrosati, nelocuit. VP=14 mm; Splina 15 cm. RD si RS de dimensiuni mici cu indice parenchimos redus. Lichid de ascita in cantitate crescuta.

Gastroscoopia: Esogag cu varice esofagiene gradul II. Stomac cu lichid de secretie amestecat cu bila. Mucoasa gastrica cu aspect de gastropatie portal-hipertensiva. Pilon permeabil. Bulb si DII cu mucoasa cu congestie moderata.