



SEMILOGIE CLINICĂ

PENTRU
ÎNVĂȚĂMÂNTUL UNIVERSITAR MEDICOFARMACEUTIC

Ediția a 2-a



EDITURA HAMANGIU – BUCUREȘTI 2024

Mericismul (rumegarea): revenirea în gură după mese a unei cantități de alimente egală cu volumul unei înghițituri obișnuite; alimentele sunt de obicei nemestecate iar actul întoarcerii lor în gură este involuntar.

Pirozismul și durerea retrosternală se întâlnesc în esofagita de reflux.

Hematemezele mici, repetate și rebele la tratament – simptom dominant în forma hemoragică a esofagitei peptice și reflux, dar poate apare și în cancerul esofagian.

Durerea retrosternală iradiată în spate cu caracter persistent accentuată sau declanșată de trecerea alimentelor prin esofagul inferior apare în ulcerul esofagian de tip BARRETT.

Sindromul esofagian reunește cele mai caracteristice simptome ale afecțiunilor esofagului: disfagia, regurgitația, durerea retrosternală și hipersalivația (sialoreea).

1. Disfagia este cel mai caracteristic și cel mai constant simptom de suferință esofagiană. Prin disfagie se înțelege dificultatea de a înghiți.

Bolnavul o descrie ca pe o progresiune dificilă a bolului alimentar de-a lungul esofagului, ca pe o dificultate de a înghiți, însoțită de senzația de a se îneca. Poate, de asemenea, să fie descrisă ca o senzație particulară de presiune sau jenă retrosternală sau ca o impresie că, la un anumit interval de timp de la înghițire, bolul alimentar se oprește undeva pe traiectul esofagian, în funcție de nivelul obstacolului. Anamneza are un rol extrem de important de a analiza în amănunt condițiile în care apare disfagia și caracterul pe care îl poartă.

Cauzele disfagiei:

- Afecțiuni neurologice: tetanus, encefalite, siringomieli, scleroză în plăci, sindroame nevrotice, diabet zaharat.
- Afecțiuni extra-esofagiene: anevrism de aortă, pericardită, malformații de arc aortic, tumori mediastinale, gușă ectopică, pleurezii, fundoplicatura totală prea strânsă.
- Afecțiuni ale esofagului: esofagitele acute, diverticuli esofagieni, tumori esofagiene benigne, cancerul esofagian, esofagita peptică de reflux, stenozele esofagiene post caustice și posttraumatice, esofag BARRETT, corp străin esofagian.
- Afecțiuni ale cardiei: cardiospasmul, malpoziția cardio-tuberozitară, hernia hiatală, cancerul joncțiunii eso-gastrice.
- Sclerodermia, poate afecta esofagul, determinând disfagie și arsuri retrosternale, funcționarea anormală a musculaturii esofagiene netede, fiind precedată de o atrofi miogenă, fibroză și depozite de colagen, ceea ce sugerează o componentă neurogenă.

Disfagia sideropenică, din stările de deficit grav de fier, descrisă mai ales la femei, este însoțită de anemie, splenomegalie și glosită, cunoscută sub denumirea de sindromul PLUMMER-VINSON.

- Disfagia neurotică sau senzația de glob în gât, cunoscută sub denumirea de globus hystericus, reprezintă un tip particular de disfagie, percepută de bolnavi ca o senzație de obstacol sau jenă persistentă retrosternală care însă nu are legătură cu degluțiția. Se pare că este vorba de spasme esofagiene care survin pe un teren extrem de labil neuro-vegetativ.
- Disfagia lusoria (arc vascular subclavicular compresiv).

Modul de instalare: disfagia se instalează lent, progresiv, în cancerul esofagian și brusc în esofagitele acute sau în tulburările funcționale ale esofagului.

Modul de evoluție: disfagia este intermitentă și capricioasă în cardio-spasm și în unele tumori benigne sau progresivă și ireversibilă în stenozele neoplazice sau inflamatorii.

În obstacolele mecanice ale esofagului (stenoze postcaustice, cancer, tumori benigne și compresiunile extrinseci), disfagia se instalează lent progresiv, mai întâi pentru alimente solide și apoi și pentru alimente lichide.

Dimpotrivă, în tulburările funcționale (spasmul esofagian, achalazia cardiei), disfagia se instalează brusc, are un caracter capricios și pasager și de multe ori este prezentă pentru alimente lichide și absentă pentru alimente solide (disfagia paradoxală). Disfagiile organice care se instalează brusc pot fi explicate prin suprapunerea elementului funcțional spastic pe o leziune organică incipientă.

2. Durerea retrosternală este percepută fie ca o senzație neplăcută de distensie sau de arsură, fie ca o durere chinuitoare asemănătoare cu constricția toracică, în acest ultim caz pretând la confuzii cu angina pectorală. Caracteristica durerii retrosternale de origine esofagiană este iradierea pe o zonă mai mare și simetrică, precum și asocierea cu celelalte semne ale sindromului esofagian. Durerea anginoasă este indicată de pacient cu degetul, fiind restrânsă la o suprafață mai restrânsă, în timp ce în infarctul de miocard durerea retrosternală este relatată de pacient și indicată cu toată palma, iradiind pe o suprafață mult mai largă.

În boala de reflux gastroesofagian, durerea ia un aspect de arsură retrosternală, de pirozis, cu iradiere ascendentă, fără periodicitate sau ritmicitate. Acest tip de durere, poate de asemenea, uneori să ia un aspect pseudoanginos, fiind însoțită de sete de aer.

Durerea de reflux poate fi declanșată postural, prin anteflexia trunchiului, semnul șiretului, al lui HILLEMANN, prin decubitul ventral sau lateral, sau prin eforturi fizice grele.

Poate fi, de asemenea, declanșată de ingestia de băuturi carbo-gazoase sau acidulate, de mese copioase sau de mese bogate ingerate seara târziu.

Alimentele sau drogurile care reduc tonusul SEI pot provoca crizele de pirozis: alcoolul, cafeaua, ciocolata, drogurile vasodilatatoare, antiinflamatoriile steroidiene sau nesteroidiene. În sarcină, refluxul gastroesofagian are o dublă cauzalitate: creșterea presiunii abdominale și influența progesteronului asupra tonusului SEI.

Acest tip de durere din BRGE este calmată de alcaline, antisecretorii, antiacide, sau lapte (deși uneori laptele poate provoca o creștere a secreției gastrice acide). În BRGE, durerile reprezintă manifestările fazei de debut, de esofagită superficială, congestivă, edematoasă. Ea se estompează odată cu instalarea disfagiei.

Durerea din cancerul esofagian este tardivă, inconstantă, capricioasă și imprevizibilă. Se instalează, de obicei, atunci când invazia tumorală interceptează filete nervoase, ceea ce se întâmplă în stadiile avansate. Se prezintă ca o durere de intensitate variabilă, de multe ori destul de intensă, cu sediu toracic sau toracoabdominal în funcție de localizarea tumorii, care nu se calmează la antialgice de rutină, antisecretorii sau antispastice, dar cedează la administrarea de morfină.

Diagnosticul diferențial al durerii retrosternale de origine esofagiană evocă o serie de afecțiuni cum ar fi: ischemia miocardului, pancreatita acută, ulcerul gastro-duodenal și complicațiile sale perforative și penetrante, colica veziculară, colica biliară, sindromul intestinului iritabil, cancerul pancreatic, sindromul TIETZE, pleureziile sinusului costo-diafragmatic, pleurodinia, nevralgia intercostală, tumorile mamare, tumorile pulmonare, zona zoster.

3. Regurgitațiile constau în revenirea alimentelor înghițite în cavitatea bucală, imediat sau tardiv după ingerarea acestora, fără efortul de vărsătură, fără greață și fără contracția musculaturii abdominale.

Numite impropriu și vărsături esofagiene, regurgitațiile apar imediat după deglutiția alimentelor și atunci traduc un obstacol înalt, sau pot să apară tardiv după alimentație, atunci când obstacolul este jos situat, iar esofagul s-a dilatat și a fost obligat să preia rolul de rezervor temporar.

Conținutul regurgitațiilor este, de obicei, alimentar și salivar, caracteristica fiind absența acidului clorhidric și absența modificărilor determinate de faza gastrică a digestiei.

Uneori, din cauza stazei îndelungate a alimentelor în porțiunea distală mult dilatată a esofagului sau într-un diverticul esofagian, conținutul regurgitațiilor poate avea un miros fetid.

În cancerul esofagian, au fost descrise din punct de vedere semiologic, două sindroame mari: sindromul cervical sau toracic superior, iar cel de-al doilea sindromul toracic inferior.

Sindromul toracic superior este format din următoarele simptome și semne:

- regurgitația imediată;
- tusea chintoasă;
- striuri sangvinolente sau sânge franc în conținutul regurgitației;
- tusea însoțită de sufocare după ingestia de lichide este un semn patognomonic pentru comunicarea patologică a esofagului cu căile respiratorii;
- prin iritația simpaticului cervical poate apărea sindromul CLAUDE – BERNARD – HORNER (mioza, enoftalmie, ptiza pleoapei superioare).

Sindromul toracic inferior este format din:

- vărsături esofagiene sau regurgitații;
- dureri epigastrice înalte;
- hemoragii digestive superioare (hematemeză și melenă).

4. Sialoreea însoțește de obicei majoritatea proceselor patologice esofagiene.

3.5. Sindromul de ischemie coronariană

3.5.1. Angina pectorală

Reprezintă cea mai comună manifestare clinică a unei cardiopatii ischemice, rezultat al unui deficit de sânge oxigenat față de necesarul de oxigen al miocardului, datorat unei obstrucții ateromatoase a arterelor coronare.

Angina pectorala de efort, este durerea precordială care apare în timpul efortului și cedează la încetarea efortului. Aceasta poate fi reprodusă prin testele de efort, dar poate apărea și în alte condiții cum ar fi stenoza aortică, cardiomiopatia hipertrofică sau spasmul coronarian.

Durerea precordială cu iradiere cranială din angina pectorală, este de scurtă durată, secunde sau minute, dar violența, paralizează bolnavul, care este imobilizat și speriat ca de moarte.

Durerea anginoasă dispare instantaneu la administrarea sublinguală a unei tablete de nitroglicerină.

Substratul morfopatologic al anginei pectorale este reprezentat de o stenoză sau o îngustare a unui segment al Aa. Coronare ceea ce determină o scădere a debitului sangvin și consecutiv o scădere a cantității de oxigen în teritoriul aferent, fenomen soldat cu durerea ischemică în momentul supra-solicitării. Dacă în angina pectorală responsabilă de apariția bolii este stenoza coronariană, în cazul infarctului acut de miocard este vorba de o obstrucție completă a lumenului coronarian datorată unui aterom sau unei tromboze supraadăugate la nivelul ateromului.

Factorii de risc sunt reprezentați de fumatul de țigarete, hipertensiunea arterială, hipercolesterolemia, creșterea fracțiunii LDL, scăderea fracțiunii HDL, diabetul zaharat, hipercoagularea, poliglobulia sau un istoric familial cronic în antecedente, de cardiopatie ischemică.

Electrocardiograma, pune în evidență evenimentele ischemice, prin modificări ale segmentului ST și a undei T. Acestea vor fi abordate împreună, ele reprezentând repolarizarea miocardică și fiind strâns legate între ele. Subdenivelarea segmentului ST, poate fi ascendentă, orizontală sau descendentă.

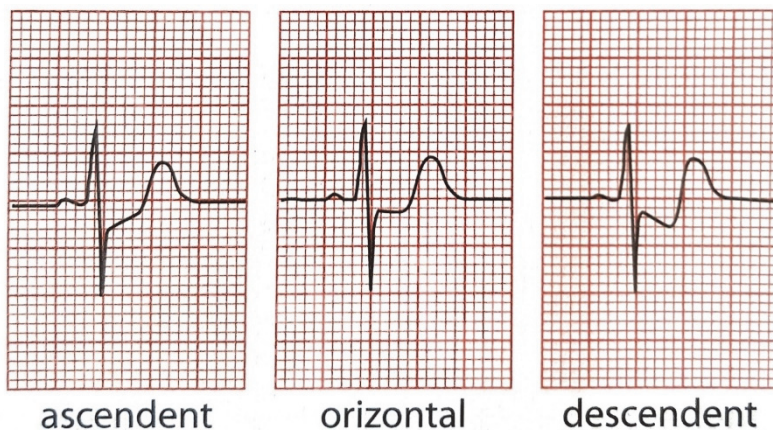


Fig. 3.1. Subdenivelarea segmentului S-T

Subdenivelarea ascendentă este considerată în general nepatologică. Subdenivelarea orizontală sau descendentă are semnificația unei ischemii subendocardice.

Supradenivelarea segmentului ST poate semnifica ischemie transmurală (infarct miocardic acut) sau ischemie subendocardică (pericardite).

Supradenivelarea ST este considerată patologică, atunci când amplitudinea ei depășește 1 mm în derivațiile membrelor și 2 mm în derivațiile precordiale iar durata supradenivelării este de minimum 0,08 secunde de la punctul J (2 mm).

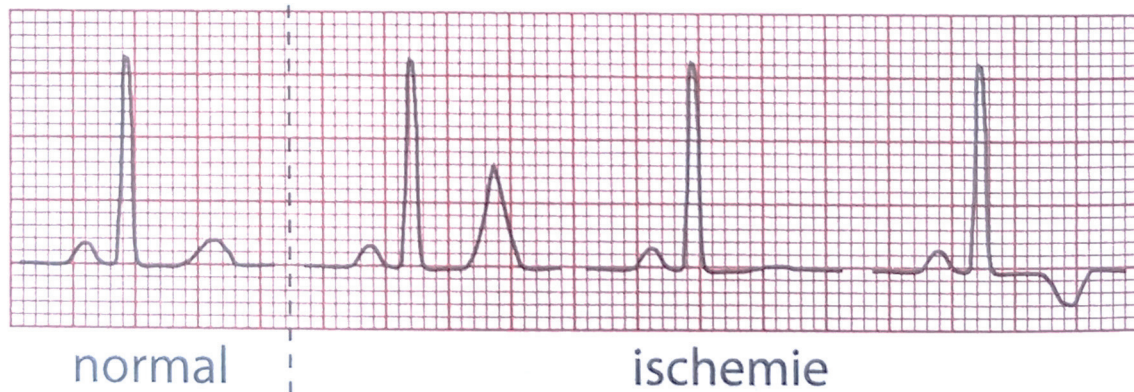


Fig. 3.2. Undele T ischemice

Supradenivelarea ST cu concavitățile în sus în derivațiile cu unda S adânci (V1, V2, V3) sau în derivațiile cu unda R amplă (D1, V2, V6), poate fi normală și se numește “s”.

În angina pectorală, în timpul crizei pot să apară modificări ale undei T, unda T înaltă, unda T aplatizată sau inversată, care sunt reversibile la terminarea crizei, semnificând ischemia miocardică.

Tulburări de repolarizare manifestate prin subdenivelarea intervalului ST și modificări ale undei T, pot apărea și secundar blocurilor de ramură și hipertrofiilor ventriculare, în derivațiile corespunzătoare localizării acestora.

Tulburările de repolarizare urmează depolarizării anormale date de tulburarea de conducere. Se poate evidenția subdenivelarea ST și T negativ în derivațiile în care complexe QRS sunt pozitive.

În cazul prezenței unei supradenivelări ST, trebuie luată în considerare posibilitatea unui infarct miocardic acut.

3.5.2. Infarctul acut al miocardului

Recunoașterea cât mai rapidă și tratamentul acordat imediat, reprezintă esența atitudinii medicale din această boală. Diagnosticul se bazează pe un istoric caracteristic al bolii, traseul EKG tipic și evoluția nivelului enzimelor cardiace.