

DIAGNOSTICUL ABDOMENULUI ACUT

Diagnosticul abdomenului acut parcurge anamneza, examenul obiectiv și examinările complementare.

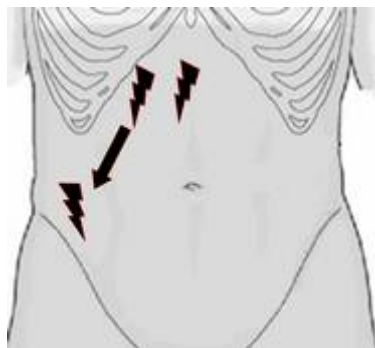
ANAMNEZA

Abdomenul acut include prin definiție durerea abdominală ca simptom dominant. Analiza semiologică a durerii, corelarea acesteia cu celelalte simptome, evaluarea atentă a fiecărui simptom, analiza cronologiei apariției și evoluției simptomelor sunt esențiale pentru stabilirea eficientă a diagnosticului, în condițiile în care instituirea tratamentului adecvat trebuie să fie cât mai rapidă.

Analiza durerii

Analiza semiologică a durerii se face după criteriile obișnuite: localizare, intensitate, migrare, iradiere, caracter, circumstanțe de apariție, circumstanțe în care durerea se ameliorează sau se intensifică, simptome însoțitoare etc. În cele ce urmează vom prezenta câteva particularități ale durerii care apar în abdomenul acut.

Există câteva situații în care apariția durerii este bruscă și de mare intensitate și localizată într-o regiune a abdomenului (de ex. perforația unui ulcer, ruptura unei sarcini extrauterine sau ruptura unui pioslapinx în marea cavitate peritoneală). Precizarea localizării durerii maxime la debut este – în corelație cu celelalte date clinice – utilă în diagnosticarea bolii. Astfel, localizarea inițială a durerii maxime la nivelul abdomenului superior sugerează o perforație ulceroasă; ulterior durerea migrează spre lumba dreaptă și fosa iliacă dreaptă datorită scurgerii lichidului gastric iritant spre partea dreaptă a abdomenului (de-a lungul spațiului dintre colonul ascendent și peretele abdominal). Pentru ruptura unei sarcini extrauterine sau a unui pioslapinx, localizarea durerii maxime inițiale este în abdomenul inferior.



Durerea inițială BRUSCĂ, VIOLENTĂ, localizată în ETAJUL ABDOMINAL SUPERIOR sugerează o perforație ulceroasă.



Durerea inițială BRUSCĂ, VIOLENTĂ, localizată în ETAJUL ABDOMINAL INFERIOR sugerează o sarcină extrauterină ruptă sau un pioslapinx rupt.

Durerea provenită din intestinul subțire și apendicele cecal este resimțită la debut în epigastru și în zona ombilicală (corespunzătoare zonei de distribuție a nervilor toracali IX, X, XI, care inervează intestinul subțire prin intermediul mezenterului comun). Atunci când intestinul subțire este însă aderent la peretele abdominal, durerea generată de

mișcările peristaltice va fi simțită tocmai în acele porțiuni ale peretelui abdominal de care este aderent intestinul.

Durerea din afecțiunile intestinului gros este percepută la debut în hipogastru.

Circumstanțele apariției durerii pot fi și ele semnificative. Destul de des pacientul este în stare să precizeze momentul exact al apariției durerii. Durerea din abdomenul acut care trezește bolnavul din somn este uneori atât de puternică, încât nu poate fi uitată ușor, ceea ce constituie întotdeauna un semn cu mare semnificație diagnostică (apendicita acută și ulcerul gastric sau duodenal perforat debutează, de obicei, în acest fel).

O serie de afecțiuni abdominale acute par a fi declanșate de un efort fizic sau de către efectul energetic al unui purgativ. Creșterea temporară a presiunii intraabdominale în cursul unui efort fizic poate da cale liberă de manifestare unui ulcer gastric sau să declanșeze o ruptură de sarcină extrauterină.

Este important, de asemenea, să se precizeze dacă starea acută a survenit imediat după un traumatism oarecare. Un traumatism abdominal, în aparență minor, poate fi însoțit sau urmat de leziuni foarte serioase – de exemplu o ruptură de splină consecutivă unei contuzii în hipocondrul stâng sau la baza toracelui stâng. Un acces violent de tuse poate să provoace o durere vie la nivelul abdomenului superior, secundară fracturării unui cartilaj costal.

Este foarte utilă întrebarea recomandată de W. Silen: *“Ce făceați în momentul apariției durerii?”*

Modul brusc de instalare a simptomatologiei oferă unele indicii despre severitatea și natura leziunii. Bolnavul trebuie întrebat dacă la debut durerea s-a însoțit sau nu de senzația de lipotimie, dacă a leșinat, pierzându-și conștienta. Ulcerul gastroduodenal perforat, pancreatita acută, ruptura anevrismului aortic sau ruputura unei sarcini extrauterine sunt singurele situații abdominale care pot induce brusc o lipotimie.

În ocluzia intestinală durerea se instalează treptat, cu excepția ocluziei prin strangularea unei hernii intestinale (în acest ultim caz simptomatologia e acută, severă încă de la început).

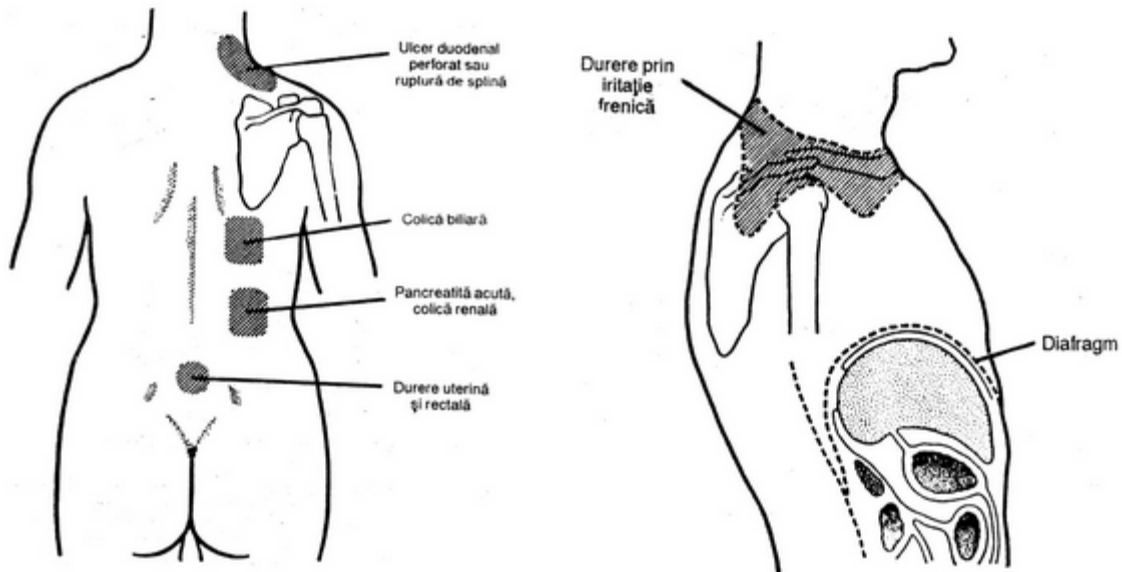
Modificarea sediului inițial al durerii este adesea semnificativă. Durerea în lovitură de pumnal, migrată în abdomenul drept (lomba și fosa iliacă dreaptă) și apoi generalizată în întreg abdomenul sugerează perforația ulceroasă. Localizarea durerii la nivelul fosei iliace drepte la câteva ore după debutul acesteia în epigastru este întâlnită de obicei în cadrul apendicitei; trebuie avută în vedere însă și posibilitatea unui ulcer perforat sau a unei pancreatite acute. Durerea foarte puternică apărută inițial la nivelul toracelui și care apoi se face simțită cu aceeași intensitate la nivelul abdomenului ridică suspiciunea unui anevrism aortic disecant.

Caracterul durerii e determinat de cauza și gravității afecțiunii; în ulcerul gastroduodenal perforat durerea are caracter arsură; în pancreatita acută durerea e chinuitoare, “agonică”; în anevrismul disecant al aortei abdominale durerea e descrisă de pacient ca o senzație de sfâșiere; în ocluzia intestinală durerea e colicativă, repetându-se sincron cu contracțiile de luptă ale intestinului; în pioniroză durerea e fixă, surdă. Caracterul durerii poate fi dificil de apreciat în practică; pacientul poate descrie durerea în variate moduri și numai o anamneza atentă poate releva astfel de detalii de finețe.

Iradierea durerii poate uneori sugera diagnosticul (durerea iriază în teritoriul de distribuție a nervilor spinali ce inervează organul afectat). În colica biliară durerea este

recvent simțită în regiunea subscapulară dreaptă, imediat sub vârful omoplatului, în timp ce în colica renală este resimțită la nivelul testiculului homolateral.

Într-o serie de afecțiuni ale abdomenului superior și ale toracelui inferior (abces subfrenic, pleurizie diafragmatică, pancreatită acută, ruptură de splină, peritonită de diferite cauze), durerea este percepută la nivelul umărului. Explicația acestui tip de iradiere este că nervii frenici (care inevează diafragma) conțin fibre senzitive din nevii C4; iritația diafragmului determină durere în teritoriul de distribuție a nervului C4.



Iradiera durerii la nivelul suprafeței posterioare a corpului în câteva afecțiuni abdominale acute

Iritația frenică determinată de afecțiuni ale abdomenului superior sau toracelui inferior se poate manifesta cu durere iradiată în umăr.

Iradiera durerii abdominale la nivelul testiculului drept apare de obicei în colica renală, dar poate apărea și în apendicita acută.

Un alt element semiologic care trebuie investigat în cursul anamnezei este influența respirației asupra durerii. Durerea pleurală, dar și durerea din unele afecțiuni abdominale care evoluează cu iritație frenică (abces subfrenic, colecistită acută, peritonită) e accentuată de inspirul profund.

Disuria, ca formă particulară de durere abdominală, este apare de obicei în afecțiunile urologice (infecții, litiază); poate fi cauzată însă și de afecțiuni abdominale în vecinătatea vezicii urinare sau ureterului, cum ar fi un abces pelvin sau o apendicită acută.

Analiza vărsăturilor

Vărsăturile care apar în abdomenul acut se produc prin cel puțin unul din următoarele *mecanisme*: mecanismul reflex și mecanismul obstructiv.

Vărsăturile reflexe se produc prin iritația nervilor peritoneali sau mezenterici. De ex. perforația unui viscer cavitărită irită terminațiile nervoase de la nivelul peritoneului; “diluarea” agentului agresor (în urma reacției secretorii a peritoneului) duce la scăderea acestei iritații și diminuarea vărsăturilor. Torsiunea unui organ (volvulus de sigmoid, torsiunea pediculului unui chist ovarian) irită terminațiile sensitive de la acel nivel.

Pancreasul este în contact intim cu plexul celiac, astfel că iritația acestuia în cursul pancreatitei acute duce la vărsături incoercibile și persistente.

Mecanismul reflex explică și apariția vărsăturilor în afecțiunile medicale care mimează abdomenul acut (așa-zisul abdomen acut medical). De exemplu în colica renală sau biliară durerea intensă determină și vărsături; în aceste situații vărsătura apare în momentul paroxismului dureros.

Vărsăturile obstructive apar în ocluzia intestinală. Într-o primă fază se intensifică mișcările peristaltice; pe măsură ce se produce distensia intestinului aceste mișcări scad în frecvență și intensitate; distensia și staza digestivă determină la un moment evolutiv apariția vărsăturilor prin mișcările antiperistaltice ale intestinului. Vărsăturile apar precoce (câteva ore) în ocluzia înaltă și tardiv în ocluzia joasă (peste 24 de ore). În realitate în ocluzia intestinală vărsăturile se produc prin ambele mecanisme: inițial vărsăturile se produc prin mecanism reflex (determinate de stimularea dureroasă), ulterior prin mecanism obstructiv.

Relația dintre durere și vărsătură e important să fie investigată anamnetic (momentul în care a apărut vărsătura, în relație cu apariția durerii).

În caz de iritație bruscă și severă a peritoneului prin perforația unui viscer cavitărilor, vărsătura reflexă este precoce, curând după apariția durerii.

În ocluzia intestinală, aprecierea duratei intervalului de timp între apariția durerii și cea a vărsăturii ne orientează asupra nivelului obstrucției. Dacă un calcul obstruează duodenul sau prima porțiune a jejunului vărsătura survine sincron cu durerea sau rapid după aceasta. Dacă porțiunea terminală a ileonului e obstruată (exceptând strangularea care duce la vărsătură precoce), vărsătura nu va apărea înainte de patru ore. În ocluzia colonului vărsătura este tardivă și uneori poate să nu apară deloc.

În apendicită durerea precede vărsătura cu 3-4 (uneori cu 12-24 de ore).

Frecvența vărsăturii variază în funcție de afecțiune și de gravitatea acesteia.

Când apendicita acută începe cu vărsături frecvente apendicele este dilatată, ceea ce semnaleză un pericol de perforație. În pancreatita acută vărsăturile sunt frecvente, dar reduse cantitativ.

Există totuși multe afecțiuni abdominale severe în care vărsăturile lipsesc sau sunt rare. Un prim exemplu este hemoragia internă după o ruptură de sarcină extrauterină. În ocluzia intestinului gros vărsăturile apar tardiv și sunt rare. În ocluzia înaltă (la nivelul porțiunii superioare a intestinului subțire) vărsăturile sunt frecvente și abundente, ducând la deshidratare rapidă.

Conținutul vărsăturii poate fi alimentar, bilios, poraceu sau fecaloid.

În majoritatea situațiilor vărsătura conține resturi alimentare sau suc gastric.

În ocluzia intestinală, caracterul materialului vomitat variază. La început se elimină conținut gastric, după care material bilios, inițial de culoare galben-verzuie, apoi galben și în final se elimină un lichid portocaliu sau brun, cu sediment și miros fecaloid. Vărsătura cu caracter fecaloid este patognomonică pentru ocluzia intestinală, dar arată o ocluzie veche (suficient de veche pentru a se produce hiperproliferearea bacteriană, care duce la aspectul fecaloid) în care și tulburările hidro-electrolitice și acido-bazice sunt mai severe.

Senzația de greață și pierderea apetitului sunt prezente la mulți pacienți la care vărsăturile nu apar. Pierderea bruscă a apetitului este totdeauna semnificativă. În special la copil o repulsie pentru alimente instalată brusc, concomitent cu o durere abdominală

ridică suspiciunea de apendicită (copilul și părinții vor fi întrebați când a fost ultima masă mâncată cu plăcere și când prima masă refuzată).

Modificările tranzitului intestinal

Modificările tranzitului intestinal trebuie evaluate în context clinic, în strânsă concordanță cu restul simptomatologiei. Pentru o persoană obișnuită, cu un tranzit intestinal regulat, instalarea unei constipații însoțită și de durere abdominală sau flatulență nu trebuie neglijată; totuși trebuie să ținem seama ca limitele fiziologice în ce privește tranzitul intestinal sunt foarte largi (1 scaun la 3 zile – 2 scaune/zi).

Prezența unor scaune moi și mai frecvente la debutul unei apendicite este o caracteristică a copiilor. Când durerea hipogastrică și diareea sunt urmate de o sensibilitate la palparea hipogastrului, de constipație, tenesme (uneori) și febră se ridică suspiciunea unui abces pelvin.

Anamneza trebuie să precizeze, de asemenea, eventuala prezență a sângelui și mucusului în scaun. Prezența acestora în rect este o caracteristică a invaginației intestinale.

Importanța antecedentelor personale în diagnosticul abdomenului acut

Referitor la *menstruație* anamneza trebuie să releve:

- regularitatea sau neregularitatea menstruației
- data exactă a ultimei menstruații; cu câte zile a întârziat sau a venit mai devreme decât normal (dacă e cazul)
- fluxul de sânge (dacă din punct de vedere cantitativ a fost/este mai abundentă sau nu)

La o pacientă cu sarcină extrauterină o sângerare uterină patologică care coincide cu momentul în care ar trebui în mod normal să survină menstruația poate să ducă ușor la o eroare de diagnostic. Totuși, printr-o anamneză minuțioasă se poate diferenția o hemoragie anormală de una normală urmând recomandările obișnuite ale anamnezei: menstruația a survenit la momentul așteptat?; fluxul sanguin a fost/este obișnuit? durata a fost/este cea obișnuită?; aspectul sângelui a fost/este cel obișnuit? a fost/este însoțită de durere? menstruația este de obicei însoțită de durere? durerea la ultima menstruație a avut/are ceva particular comparativ cu durerea la menstruațiile anterioare? etc.

Apariția unei dureri mari ce însoțește menstruația, la o femeie care în mod obișnuit nu prezenta dismenoree, poate ridica suspiciunea unui avort precoce, a unei sarcini tubare sau a unei alte stări patologice neasociate cu sarcina.

Aprecierea ovulației (“criza intermenstruală”) poate fi importantă pentru diagnosticul unei rupturi foliculare sau a unui chist de corp galben.

Anamneza mai trebuie să consemneze toate *bolile anterioare* (operații, peritonită, apendicită, pneumonie, afecțiuni cardiace etc.). Una dintre cele mai importante întrebări de pus pacienților este: *Ați mai avut vreodată o durere de acest tip?*

Numeroase dureri abdominale de intensitate mică spre medie sunt denumite în general „indigestii”; anamneza trebuie să consemneze orice durere legată de ingestia de alimente. O legătură între ingestia de alimente și apariția (sau ameliorarea) durerii se întâlnește în ulcerul gastric, ulcerul duodenal, cancerul gastric, litiaza biliară – toate putând avea la un moment evolutiv complicații chirurgicale acute; În pancreatita acută durerea apare aproape constant după o masă bogată în lipide și alcool.

Pacientul trebuie întrebat dacă a avut în antecedente: icter, melenă, hematemeză și hematurie și dacă există o scădere ponderală marcată.

EXAMENUL OBIECTIV

Aspectul general

Expresia facială a pacientului poate furniza uneori date importante asupra severității afecțiunii abdominale. Atunci când bolnavul nu poate preciza caracterele durerii, examinatorul observând că faciesul acestuia prezintă grimase intermitente, poate trage concluzia asupra caracterului colicativ al durerii. Pacienții anxioși relatează uneori o durere de intensitate mare, dar printr-o printr-o inspecție atentă putem constata că relatarea e falsă.

Un facies palid, livid, cu transpirații profuze la un pacient cu ulcer gastric perforat, pancreatită acută sau ocluzie intestinală prin strangulare reprezintă un tablou destul de caracteristic; la o femeie cu hemoperitoneu secundar rupturii sarcinii extrauterine vom constata paloarea intensă însoțită de tahipnee. Evident absentă unui facies “caracteristic” nu exclude însă o afecțiune chirurgicală gravă; aparența unui facies nesuferind poate fi înșelătoare.

Pe de altă parte observarea unui facies hipocratic (aspect teros, cearcăne accentuate, ochii înfundați în orbite) nu reprezintă un semn de diagnostic pentru o ocluzie sau peritonită, ci un semn evolutiv de gravitate (denotă peritonită sau ocluzie avansată).

Dacă se observă că aripile nazale se zbat în mod vizibil, atenția trebuie îndreptată spre torace, spre o afecțiune pulmonară, de obicei pneumonie, mai ales dacă există și febră. Totuși, trebuie amintit că acest semn poate fi prezent în oricare din afecțiunile abdominale ce afectează într-un fel sau altul mișcările diafragmului.

Este important de notat *atitudinea bolnavului*. Agitația caracteristică unei colici severe contrastează cu imobilitatea și aversiunea față de orice mișcare a bolnavilor cu peritonită. Astfel, dacă cerem unui bolnav suferind de ulcer gastric perforat să se întoarcă pe o parte se observă imediat circumspecția și dificultatea cu care se realizează această mișcare laterală, precum și durerea pe care o provoacă. În peritonită difuză se observă flexia coapselor pe bazin în scopul relaxării tensiunii peretelui abdominal, în timp ce în cazul oricărui focar inflamator în contact cu mușchiul psoas se produce flexia unilaterală a coapsei de partea afectată. Bolnavii cu durere de origine pancreatică sau retroperitoneală evită clinostatismul și preferă poziția șezândă.

Totuși în stadiile precoce ale diferitelor afecțiuni abdominale, observarea atitudinii bolnavului nu este de mare ajutor pentru diagnostic.

Măsurarea tensiunii arteriale este de mare ajutor pentru diagnosticul formelor de abdomen acut care evoluează cu hemoragie internă și/sau șoc.

În stadiile precoce ale afecțiunilor abdominale acute, *pulsul* nu reprezintă un indicator de încredere pentru diagnostic și prognostic. Un puls normal nu reflectă neapărat o stare normală a abdomenului.

Pe de altă parte, tahicardia este un semn constant în stadiile avansate ale hemoragiei intraabdominale sau peritonitei.

Aprecierea *frecvenței respiratorii* are importanță în diferențierea unei afecțiuni abdominale de una toracică; creșterea la o valoare dublă față de normal a frecvenței respiratorii de la debutul bolii înclină balanța spre afecțiunea toracică. Totuși, peritonita ocluzia intestinală cu distensie accentuată și hemoragia intraabdominală masivă determină și ele tahipnee. Uneori, chiar persoanele normale cu un anumit grad de nervozitate pot prezenta o respirație superficială și rapidă.

Bolile abdomenului acut pot evolua cu *temperatură* scăzută, normală sau crescută. Toate cele trei eventualități pot apărea la același bolnav în diferite faze ale afecțiunii. În orice șoc abdominal sever sau în toxemia severă, temperatura poate să scadă până la 35-35,5°C. Așa se întâmplă de obicei la debutul șocului din pancreatita acută, în strangularea intestinală acută, ulcerul gastric perforat sau hemoragia peritoneală severă.

Apendicita acută evoluează la debut cu temperatură normală, care crește apoi la 37,8-38,3°C, ajungând la valori puțin mai mari în caz de perforație; de menționat însă că pentru apendicită este caracteristică subfebrilitatea, nu febra.

Valori mari ale temperaturii (40-40,5°C) care însoțesc încă de la debut o durere abdominală trebuie să orienteze clinicianul spre o afecțiune toracică sau renală, deoarece febra mare este de obicei neobișnuită în stadiile precoce ale afecțiunilor abdominale acute.

Examenul local

Înainte de examenul propriu-zis al abdomenului e important să întrebăm bolnavul asupra locului unde resimte durerea sau unde durerea are intensitatea maximă – spontan, cât și în cursul tusei.

Inspekția poate găsi

- o distensie abdominală (localizată sau generalizată)
- cicatrici după intervenții chirurgicale anterioare (pot fi cauza unei ocluzii intestinale pebridă)
- prezența unei tumori ce modifică relieful peretelui abdominal
- participarea abdomenului la mișcările respiratorii
- prezența unor hernii; toate orificiile herniare trebuie inspectate, dar o atenție specială trebuie avută pentru o eventuală hernie femurală, care la un pacient obez e dificil de observat; din acest motiv se va căuta prin palpare și o eventuale impulsione la tuse la acest nivel

Participarea abdomenului la mișcările de respirație trebuie observată foarte atent, deoarece orice limitare ar indica o oarecare rigiditate a mușchilor abdominali. În ulcerul perforat peretele abdominal este aproape în totalitate imobil, în timp ce în apendicita cu peritonită localizată imobilitatea peretelui este limitată la fosa iliacă dreaptă și hipogastru. Imobilitatea parțială a abdomenului prezentă la nivelul epigastrului și în porțiunea inferioară a peretelui abdominal poate fi întâlnită în unele cazuri de pancreatită acută. Limitarea antialgică a mișcărilor diafragmului e posibilă în colecistita acută, iar în ocluzia intestinală mișcările pot fi limitate de distensia abdominală.

Întrucât limitarea mișcărilor respiratorii e posibilă și în unele afecțiuni toracice e necesară completarea examenului abdomenului cu examinarea toracelui pentru a descoperi un sindrom de revărsat pleural bazal sau de condensare pulmonară bazală.

Unii pacienți mai temători au dificultăți în relaxarea mușchilor lor abdominali și preferă să facă uz de respirație costală, chiar atunci când nu există o cauză de rigiditate

musculară abdominală. În acest caz în afara de flectarea coapselor și distragerea atenției bolnavului de la examinare se mai poate folosi un artificiu de examinare: palparea se face cu mâna dreaptă, iar cu mâna stângă examinatorul apasă moderat dar continuu pe regiunea sternală pentru a bloca respirația costală, impunând bolnavului folosirea diafragmului și a mușchilor abdominali pentru respirație; în caz că manevra eșuează, se poate conchide asupra unei leziuni abdominale severe.

Palparea abdomenului se începe din partea opusă durerii spontane. Blandețea plapării e esențială; o palpate brutală este dureroasă, dar neinformativă; chiar și la o nouă palpate bolnavul speriat încordează musculatura abdominală, ceea ce poate sugera în mod eronat apărarea musculară. Relaxarea musculară e de asemenea esențială; se obține pe de o parte prin poziția pacientului (decubit dorsal, cu coapsele flectate), dar și prin punerea unor întrebări în paralel care vor îndrepta atenția pacientului spre răspunsul cerut. În tot acest timp examinatorul va fi atent la orice grimasă a pacientului, care traduce o durere provocată de palpate.

Chiar înainte de palpate e bine să facem o palpate unimanuală blândă a întregului abdomen; în acest fel ne putem orienta asupra zonei de maximă sensibilitate abdominală (focar inflamator la acest nivel).

Palparea

- determină gradul și extensia apărării musculare sau a contracturii musculare
- localizează orice zonă sensibilă sau cu hiperestezie
- relevă prezența oricărei modificări de relief a peretelui abdominal

Prezența unui focar inflamator e relevată adesea prin manevra Blumberg: compresiunea blândă, treptată la nivelul focarului, urmată de decompresiune bruscă produce durere.

Contractura musculaturii abdominale poate fi fermă, continuă, „de lemn”, ca în majoritatea peritonitelor generalizate prin ulcer perforat sau poate deveni manifestă doar la stimularea prin palpate a unor zone musculare supraiacente unor focare inflamatorii (apărare musculară). Absența abdomenului rigid, „de lemn”, nu poate exclude peritonita; pe de altă parte afecțiunile toracice pot determina durere și rigiditate musculară localizată abdominal. Dacă, printr-o presiune palpatorie blândă și continuă, durerea nu se intensifică se poate presupune că originea afecțiunii este toracică; dacă însă durerea se intensifică pe măsură ce palpate continuă și învinge rezistența musculară, afecțiunea este abdominală (probabil o arie inflamată subiacentă).

Trebuie notat că în anumite circumstanțe de peritonită severă, apărarea sau contractura sunt neînsemnate sau foarte reduse:

- un perete abdominal bogat infiltrat adipos și cu musculatură slabă
- în cazul unui șoc toxico-septic sever, cu diminuarea reflexelor
- în cazul bătrânilor și pacienților cașectici

Hiperestezia cutanată poate fi testată prin atingerea ușoară a tegumentului (cu degetele sau cu un tifon) sau prin ciupire ușoară. Pentru a ne convinge de o eventuală hiperestezie cutanată într-o zonă a abdomenului vom repeta comparativ manevra la nivelul coapsei sau toracelui. Hiperestezia cutanată apare în cazul unui focar inflamator peritoneal; hiperestezia în fosa iliacă dreaptă apare în apendicita acută, dar semnul este inconstant și de aceea valoarea sa diagnostică e limitată. Pe de altă parte prezența hiperesteziei poate fi determinată și de o iritație a rădăcinilor nervilor spinali (de ex.

compresia radiculară prin protruzia unui disc intervertebral sau tumoră a măduvei spinării).

Palparea lombelor este importantă pentru evidențierea unei mărimi de volum a rinichiului, a unei formațiuni tumorale lombare sau a unei contracturi a mușchilor regiunii lombar. O formațiune tumorală lombară poate fi o tumoră propriu-zisă, o hidronefroză, dar și pionefroză sau abces lombar. O contractură poate fi dată de un proces inflamator de vecinătate (abces perirenal, o inflamație renală, o colică renală sau apendicită retrocecală).

În cazul oricărui focar inflamator aflat în contact direct cu psoasul se observă adesea poziția de flexie a coapsei homolaterale în scopul diminuării durerii. Un grad mai redus de contracție (și de iritație) a psoasului poate fi evidențiat prin efectuarea următorului test: cu pacientul în decubit dorsal se aplică o compresiune blândă, progresivă în fosa iliacă dreaptă (stângă); apoi se solicită pacientului să ridice membrul inferior întins; iritația psoasului este indicată de apariția durerii.

Măsurarea circumferinței abdomenului poate arăta creșterea în timp a distensiei abdominale. Panglica centimetrică de măsurat trebuie plasată în jurul abdomenului de fiecare dată la același nivel și de aceea se recomandă folosirea unui reper anatomic constant – de obicei ombilicul. Totuși, distensia abdominală, chiar foarte mare, nu produce decât modificări minore la măsurători repetate, astfel încât procedul are valoare scăzută.

Percuția abdomenului trebuie efectuată cu aceeași blândețe ca și palparea. Ea permite aprecierea gradului distensiei intestinale, a prezenței zonelor de matitate, a extensiei anormale a stomacului și a prezenței sau absenței globului vezical. În plus prin *percuție* evidențiem sensibilitatea deasupra unui focar inflamator prin compresiunea și decompresiunea acestuia.

Aprecierea matității hepatice poate fi utilă uneori. Dispariția matității hepatice și înlocuirea ei cu timpanism indică prezența aerului liber în cavitatea peritoneală (pneumoperitoneu) secundară unei perforații digestive. Distensia abdominală accentuată prin interpunerea de anse intestinale înaintea ficatului face neinterpretabilă prezența unei creșteri a sonorității la *percuția* ariei prehepatice.

Determinarea prezenței unui lichid liber în cavitatea abdominală (revărsat peritoneal seros, seropurulent, purulent, hemoragic, bilios sau chiar cu urinar), prin evidențierea unei matități deplasabile, are mai puțină importanță în diagnosticarea abdomenului acut; când acest lichid e în cantitate în cantitate suficientă pentru a putea fi găsit prin semnul matității deplasabile, există întotdeauna și alte simptome / semne relevante pentru diagnostic.

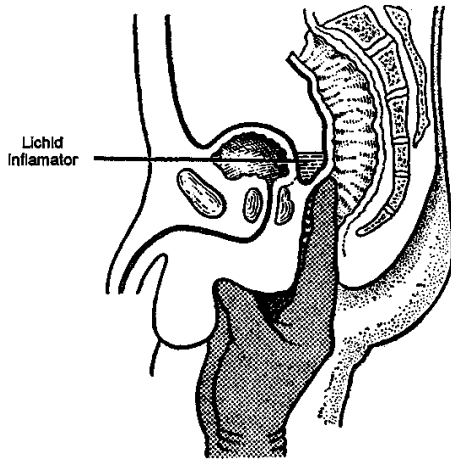
Auscultația abdomenului oferă informații asupra tranzitului intestinal. Un abdomen liniștit (absența zgomotelor hidro-aerice intestinale) înseamnă peritonită, iar borborigmele sonore (zgomotele de luptă ale intestinului) indică ocluzie intestinală. Acest aforism este adevărat pentru cazurile tipice, dar există atât de multe excepții încât auscultația nu are rol decisiv în diagnostic.

Tușeul rectal explorează lumenul și pereții canalului anal și al porțiunii inferioare a ampulei rectale, dar și organele pelvine învecinate. Explorarea trebuie să fie completă: anterior, posterior, în sus și lateral, ca să cuprindă întreg spațiul pelvin inferior.

Uneori lumenul ampulei rectale e ocupat de un fecalom; o astfel de formațiune poate determina obstrucția cronică a intestinului, provocând simptome acute de ocluzie

intestinală. Alteori se poate găsi o tumoră rectală, care poate fi de asemenea cauza unei ocluzii.

De foarte mare importanță este testarea sensibilității la palpate a peritoneului pelvin. Acumularea de puroi în fundul de sac Douglas determină o iritație a peritoneului pelvin, iar palpata transrectală a fundului de sac Douglas produce durere (“țipătul Douglas-ului”).



Palpata fundului de sac Douglas într-o peritonită sau abces al fundului de sac Douglas permite constatarea a 2 semne:

- bombarea fundului de sac
- “țipătul Douglasului”

Durerea cauzată de presiunea asupra fundului de sac Douglas iritat nu trebuie confundată cu jena inerentă produsă de tușeu. Pentru a fi sigur că durerea e cauzată de presiunea degetului explorator asupra peritoneului pelvin bolnavului i se va cere să precizeze comparativ când durerea e maximă, palpând comparativ fundul de sac și prostata sau colul uterin.

Prezența unui abces pelvin este ușor detectată prin constatarea unei bombări a peretelui rectal anterior.

Palpata în porțiunea anterioară permite evidențierea unor implantări carcinomatoase la nivelul fundului de sac Douglas; întrucât carcinomatoza peritoneală are originea într-o tumoră primară abdominală, tabloul clinic de abdomen acut ar putea fi dat de o complicație a acestei neoplazii sau de complicația ocluzivă a altor metastaze peritoneale.

Palpata peretelui lateral poate releva sensibilitatea dureroasă dată de un apendice inflammat sau de un abces pelvin.

Palpata peretelui posterior poate evidenția orice formațiune sau masă inflamatorie ori tumorală la nivelul scobiturii sacului.

La retragerea degetului explorator trebuie notată eventuala prezență de sânge, mucus sau puroi.

Examinarea bimanuală rectoabdominală sau vaginoabdominală (tușeu rectal/vaginal combinat cu palpata abdominală) poate preciza prezența și caracterele unei tumori pelvine (care ar putea fi între altele o sarcină tubară, un abces tuboovarian, o tumoră ovariană sau un abces apendicular).

La pacienții cu colostomie sau ileostomie explorata digitală a stomei înlocuiește tușeu rectal și permite evaluarea organelor învecinate stomei.

Examenul toracelui

Toracele trebuie să fie minuțios examinat prin metodele obișnuite de inspecție, palpate, percuție și, mai ales, auscultație pentru a diagnostica o eventuală pneumonie sau pleurezie. Auscultația cardiacă este de asemenea obligatorie.

DIAGNOSTICUL CLINIC

Prin anamneză și examen obiectiv se culeg date clinice care permit deja o supoziție diagnostică (diagnosticul clinic). Diagnosticul clinic este în mod evident imprecis dar acest prim diagnostic este de primă importanță pentru că: 1) în baza lui se stabilește indicația unei intervenții chirurgicale în cazurile care au indicație operatorie imediată (de ex. intervenția pentru hemostază într-o hemoragie) și 2) în funcție de suspiciunea clinică se vor stabili investigațiile complementare considerate utile.

Toate urgențele abdominale se pot manifesta printr-unul sau mai multe din următoarele cinci principale simptome sau semne: durere, șoc, vărsături, rigiditate musculară sau distensie abdominală. Uneori durerea poate fi unicul simptom, dar leziunile grave se pot manifesta prin două sau mai multe din aceste semne clinice.

Gruparea acestor semne și simptome în câteva tablouri clinice corespunzătoare în general unor cauze comune este cheia diagnosticului clinic. Principalele tablouri clinice în abdomenul acut sunt:

- durerea abdominală izolată
- durere abdominală însoțită de șoc
- durere însoțită de unul sau mai multe dintre următoarele: vărsături, distensie abdominală și oprirea tranzitului intestinal
- durere și contractură musculară generalizată
- durere și semne locale de iritație peritoneală

Durerea abdominală este singurul simptom în stadiile precoce ale numeroase afecțiuni abdominale. Dacă durerea este unilaterală și iriază caudal spre regiunea inghinală și testiculul de aceeași parte, se poate sus-piciona colica renală și se cere un sumar de urină pentru a confirma hematuria. Dacă durerea este resimțită pe întreaga arie epigastrică, dar prezintă maximum de intensitate în hipocondrul drept și iriază spre regiunea scapulară se poate sus-piciona colica biliară. Durerea inițială în apendicită este de obicei simțită în epigastriu. Durerea datorată ocluziei colonului transvers este simțită în hipogastriu.

Durerea epigastrică sau centroabdominală poate fi datorată unei simple colici intestinale sau poate apărea în stadiul inițial al apendicitei acute, al ocluziei intestinale, al pancreatitei acute și chiar al trombozei mezenterice. Afecțiuni extraabdominale (tabesul dorsal, zona zoster, afecțiuni pleuro-pulmonare și chiar glaucomul acut) pot cauza dureri înșelătoare în abdomen.

Regula de aur în aceste cazuri este repetarea examenului după două sau trei ore. În toate cazurile de leziune severă vor apărea și alte acuze: vărsături, febră sau sensibilitate locală la palpate, care ajută la tranșarea diagnosticului. De exemplu în cazul apendicitei, după câteva ore vor apărea greață sau vărsături, urmate de sensibilitate în fosa iliacă dreaptă și subfebrilitate; totuși, în cazul unui apendice pelvin, durerea din fosa iliacă dreaptă poate să apară ceva mai tardiv, dar tușeul rectal va revela sensibilitate locală.

Când o *durere centroabdominală este însoțită de șoc*, dar fără rigiditate musculară abdominală, foarte probabil cauza este dintre următoarele: pancreatita acută, tromboza mezenterică, hemoragia internă, ruptura de anevrism aortic, anevrismul disecant, infarctul miocardic acut sau sarcina ectopică.

Pancreatita acută debutează cu durere epigastrică violentă; pot apărea și eructații, vărsături și apărare musculară epigastrică. Antecedentele biliare sau de alcoolism orientează diagnosticul, dar pentru confirmare e necesară determinarea amilazemiei. Starea de șoc poate apărea în prima oră, dar de obicei apare după 6—8 ore, mai rar chiar după 24 de ore de la debutul durerii.

Ruptura anevrismului aortic debutează adesea cu durere dorsală ce iradiază spre regiunile inghinale, perineu sau scrot. Pulsul distal este prezent și poate fi constatată o masă pulsatilă.

Anevrismul disecant debutează cu durere toracică care uneori iradiază la nivelul membrului superior stâng. Durerea abdominală apare ceva mai târziu și poate duce la dispariția pulsului femural uni- sau bilateral.

Tromboză mezenterică este foarte greu de diagnosticat în stadiul precoce, dar antecedentele de claudicație intermitentă, angor abdominal sau alte manifestări arteriale pot orienta diagnosticul.

Tromboză coronariană, care se manifestă adesea prin dureri violente în epigastriu, poate pune probleme dificile de diagnostic diferențial cu o afecțiune intraabdominală. Examenul clinic cardiologic și electrocardiograma sunt esențiale.

Durerea abdominală însoțită de distensia progresivă a abdomenului, dar fără apărare musculară, corespunde de obicei ocluziei intestinale.

O *vărsătură* inițială apare în aproape toate urgențele abdominale, dar repetarea și persistența acesteia este un indiciu de ocluzie a intestinului subțire sau al unei peritonite difuze; în a doua eventualitate apare și apărarea musculară abdominală. În ambele circumstanțe, distensia abdominală este prezentă. Durerea abdominală severă cu vărsături repetate și fără distensie poate fi determinată de gastrita acută, dar acest diagnostic poate fi numai după ce se exclude ocluzia intestinală înaltă (se vor căuta eventuale cicatrici postoperatorii; se vor cerceta punctele herniare; se va observa în dinamică aspectul vărsăturii pentru a observa modificarea acestuia spre aspectul “murdar” sau chiar fecaloid).

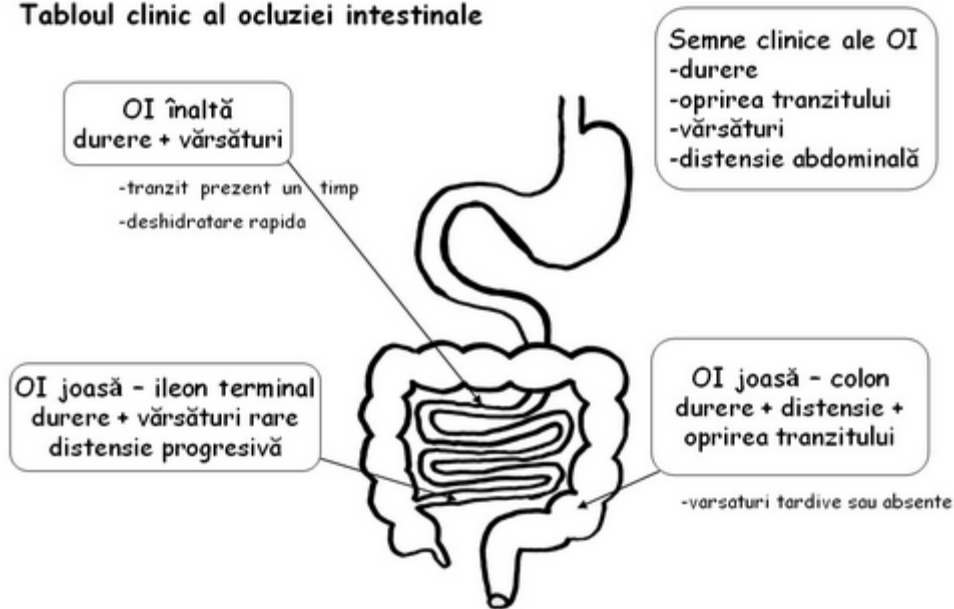
Dacă vărsăturile sunt rare și distensia abdominală s-a instalat progresiv, se poate presupune că ocluzia este joasă, obstrucția fiind pe ileonul terminal. În caz de dubiu se recomandă repetarea examinării după 1-2 ore și efectuarea în acest timp a unor radiografii abdominale simple.

De notat că în ocluziile pe intestinul subțire tranzitul intestinal poate fi prezent câteva ore după debutul durerii (se evacuează intestinul subiacent obstrucției).

Asocierea durerii cu oprirea tranzitului intestinal și distensie progresivă ± vărsături caracterizează de obicei ocluzia intestinului gros. O radiografie abdominală simplă poate furniza date prețioase pentru diagnostic.

În cazul oricărei ocluzii intestinale este obligatorie efectuarea preoperatorie a examenului de urină și determinarea probelor serice renale; ecografia este de asemenea de dorit. Insuficiența renală de orice etiologie poate determina o distensie abdominală și vărsături.

Tabloul clinic al ocluziei intestinale



Tabloul clinic al ocluziei intestinale variază în funcție de sediul obstrucției

Durerea abdominală severă însoțită de contractură musculară semnifică aproape întotdeauna o peritonită generalizată secundară unei perforații viscerale. Cea mai frecventă cauză e perforația duodenală sau gastrică ulceroasă; cauze mai rare sunt perforația apendiculară, perforația colecistului sau perforația unui cancer colic.

Una din bolile extraabdominale care produce uneori durere severă și rigiditate a abdomenului este pneumonia bilaterală; dacă rezistența musculară este învinsă (printr-o palpăre bândă, progresivă) se constată că există nici sensibilitate profundă, iar diagnosticul va fi revelat prin examinarea toracelui.

Simptomele unui ulcer perforat sunt caracteristice. Astfel, într-o primă fază, apare brusc durerea severă ("lovitură de pumnal"), adesea acompaniată de un colaps inițial și totdeauna asociată cu o rigiditate „lemnoasă” a peretelui abdominal. După una sau două ore de la debut, urmează o a doua fază, în care bolnavul se simte mai bine, pare ameliorat, dar semnele obiective (mai ales rigiditatea „lemnoasă” abdominală) persistă. În fine, urmează o a treia fază, după circa 12 ore, când peritonita a evoluat și apar vărsăturile, distensia abdominală și tahicardia. Deseori, durerea este resimțită la nivelul vârfului umărului drept, iar matitatea hepatică poate fi diminuată. Radiografia abdominală simplă evidențiază pneumoperitoneul sub forma unei imagini semilunare transparente între ficat și diafragm.

Durerea la nivelul hipocondrului drept și apărarea musculară la acest nivel se poate datora - în absența unei afecțiuni pulmonare - unei colecistite acute, unui ulcer duodenal perforat acoperit, inflamația unui apendice subhepatic sau unei complicații a unui chist hidatic.

Durerea în fosa iliacă dreaptă însoțită de apărare musculară locală e determinată cel mai frecvent de apendicita acută, dar mai există aici o serie de capcane diagnostice (colica renală dreaptă, pionefroza dreaptă, ulcerul duodenal perforat, boala Crohn, adenita

nespecifică a ganglionilor ileo-cecali, diverticulita Meckel, dismenoreea, sarcina tubară dreaptă, chistul ovarian drept, abcesul tubo-ovarian drept, endometrita ovariană ș.a.).

Combi-nația formată din durere în fosa iliacă stângă, sensibilitate și semne locale de apărare musculară e determinată cel mai frecvent de diverticulită a colonului stâng (de obicei sigmoidian).

Durerea și sensibilitatea în fosa iliacă stângă mai pot fi cauzate și de un cancer de colon cu abces peritumoral, de o boală Crohn, de o afecțiune a rinichiului stâng sau de pleurezia sângă.

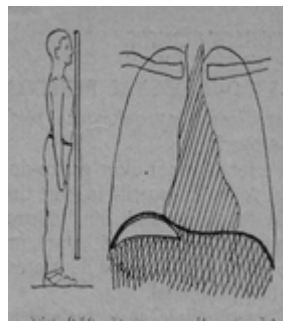
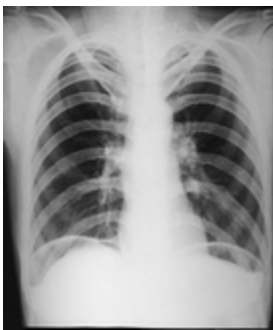
Durerea hipogastrică însoțită de iritație peritoneală semnifică fie o apendicită, fie o diverticulită sigmoidiană perforată, fie o afecțiune acută ginecologică.

EXAMINĂRILE COMPLEMENTARE

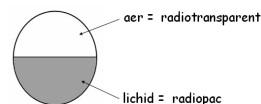
Ecografia abdominală este în practică prima investigație imagistică la care se apelează. Dacă e efectuată de un examinator experimentat poate oferi informații despre toate viscerele abdominale. În situațiile de abdomen acut poate informa asupra:

- revărsatelor peritoneale
- peristalticii tubului digestiv și conținutului tubului digestiv
- modificărilor de structură și dimensiuni ale organelor digestive
- proceselor patologice ale organelor abdominale non-digestive

Radiografia abdominală simplă nu e indispensabilă la toți pacienții cu durere abdominală acută. E rară constatarea unor calculi sau coproliți radioopaci, prezența unei anse santinelă sau a altor semne radiologice “caracteristice”, iar diagnosticul e oricum confirmat prin alte investigații. Radiografia abdominală simplă poate descoperi însă 2 semne importante: pneumoperitoneul (în peritonita generalizată) și nivelele hidroaerice (în ocluzia intestinală). Trebuie amintit însă că aerul liber nu apare decât în 20% din cazuri de ulcer perforat; pentru a permite acumularea aerului sub diafragm pacientul trebuie să stea în ortostatism sau în poziție șezândă timp de 5-10 minute înaintea examinării. Nivelele hidroaerice sunt evidente la aprox. jumătate din pacienții cu ocluzie intestinală.



În ocluzia intestinală ansele intestinale au un conținut hidro-aeric.



Pneumoperitoneul – semn patognomonic al peritonitei prin perforația unui organ cavitărilor – se evidențiază prin transparența semilunară a aerului din spațiul interhepato-diafragmatic.

În ansele intestinale lichidele sechestrate se acumulează decliv, iar aerul deasupra. Ansele surprinse orto-roentgenograd apar radiografic ca o zonă radiotransparentă superioară (aer) și o zonă radioopacă inferioară (lichid), mărginite de o linie orizontală dreaptă – nivele hidroaerice.

Radiografiile cu substanță de contrast orală sunt rareori necesare. Totuși atunci când decidem efectuarea unui examen radiologic cu substanță de contrast al tubului digestiv superior (de ex. în cazul suspiciunii unei perforații ulceroase) trebuie să folosim o substanță de contrast hidrosolubilă; ieșirea substanței radioopace din tubul digestiv confirmă perforația. Substanțele de contrast hidrosolubile pot fi resorbite din cavitatea peritoneală în cazul în care perforația există.

Dacă anamneza, examenul clinic și radiografia abdominală simplă indică prezența unei obstrucții colonice, se poate face o *irigografie*, care va preciza locul și cauza obstrucției și poate servi la reducerea unei eventuale invaginații sau a unui volvulus.

Examenul radiologic al toracelui poate fi necesar pentru excluderea unor afecțiuni pleuro-pulmonare. De menționat că revărsatul pleural poate apare reacțional și la pacienții cu afecțiuni abdominale. Nu e neobișnuit ca într-o pancreatită să apară un revărsat plaeural stâng, într-un ulcer duodenal perforat un revărsat pleural drept, sau revărsat bilateral în peritonita generalizată. Aceste revărsate sunt reduse sau mederate cantitativ, sterile, se resorb spontan și nu necesită evacuare prin puncție.

Electrocardiograma trebuie efectuată în toate cazurile în care există cea mai mică suspiciune de infarct miocardic acut.

Tomografia computerizată (CT) poate aduce multe informații utile, dar în practică are indicație limitată în explorarea bolnavilor cu durere abdominală acută în primul rând pentru că timpul necesar pentru obținerea examinării este excesiv de mare, ceea ce reprezintă un inconvenient deosebit mai ales pentru bolnavii în stare de șoc.

Laparoscopia diagnostică poate fi foarte utilă dacă e efectuată de un chirurg experimentat. Necesită anestezie generală și ca urmare trebuie privită ca un ultim moment diagnostic și prim moment operator; unele situații abdominale acute pot fi rezolvate pe cale laparoscopică, altele necesită laparotomia și rezolvarea chirurgicală deschisă.

Testele standard de sânge și urină sunt:

- hemoleucograma
- coagulograma (pacientul ar putea avea nevoie de o operație!)
- probele renale
- examenul sumar de urină
- amilazemia
- glicemia
- gonadotrofina corionică umană – se recoltează pentru diagnosticul sarcinii ectopice, dacă tabloul clinic nu impune o intervenție chirurgicală în urgență imediată
- parametrii acido-bazici, ionograma, proteinemia – în toate formele de abdomen acut care evoluează cu șoc

Încrederea excesivă în aceste teste îl poate încurca pe clinician. Astfel la mulți pacienți cu apendicită, chiar după apariția perforației, leucocitele se mențin în limite normale. În stadiul precoce al unei hemoragii acute intraabdominale așteptarea apariției semnelor de anemie acută consumă inutil un timp prețios. Totuși, în cazul unui pacient cu ulcer perforat sau cu ocluzie intestinală, aprecierea hemoconcentrației, a modificărilor electrolitice și ale ureei din ser poate oferi date prețioase în conducerea tratamentului preoperator de reechilibrare.

La bolnavii cu suspiciune de diabet zaharat, determinarea glicemiei este obligatorie.

CONCLUZIE

În cazul unui pacient cu durere abdominală acută e esențial să se stabilească indicația terapeutică: chirurgicală sau medicală. Evident indicația terapeutică se bazează pe un diagnostic. Acest diagnostic rămâne uneori la o oarecare imprecizie (de ex. ocluzie intestinală joasă, peritonită generalizată sau numai “abdomen acut”), dar e suficient pentru a conduce la o anumită strategie terapeutică. Un examen clinic riguros dublat de un raționament clinic este cheia stabilirii unui diagnostic cât mai precis și a indicației terapeutice juste.