

DIAGNOSTICUL CLINIC ȘI PARACLINIC AL AFECȚIUNILOR DIGESTIVE – Partea I

Medici din diverse specialități se confruntă zilnic, pe parcursul întregii lor cariere cu acuzele digestive ale pacienților, simple afecțiuni pasagere ”de sezon” – gastroenterite, diareea turistului sau cu o evoluție trenantă, însoțite de simptome ori patologii din sfera altor sisteme/ aparate – anemii de exemplu. Indiferent de anotimp sau vârstă, trebuie analizate: istoricul medical amănunțit și precis, menționând simptomele pe care le-a experimentat, antecedentele familiale, comorbiditățile bolnavului. Examenul fizic, obiectiv, este obligatoriu, pentru a ajuta la orientare, recomandarea analizelor și investigațiilor, a tratamentului de urgență, până la evaluarea completă, diagnostic diferențial și stabilirea conduitei terapeutice. Unii pacienți trebuie să fie supuși unei evaluări diagnostice mai ample. Acestea pot include teste de laborator, teste imagistice și/sau proceduri endoscopice. După diagnosticul prezumptiv, de suspiciune, sau diagnosticul de certitudine, pacienții pot fi înrolați în programe de screening sau programe de sănătate curative, pe specificul afecțiunii depistate. Facil, cu minime costuri, se pot indica:

TESTE DE LABORATOR – uzuale: Hemoleucogramă, VSH, Fibrinogen, TGP/ TGO, GGT, Fosfatază alcalină, Bilirubina totală/ directă/ indirectă, Amilazemia, Glicemia, Proteina C reactivă; **electroforeza proteinelor serice; imunocromatografice** (calitative): Antigene și anticorpi de hepatite/ hepatomegalii acute sau cronice – viruși tip A sau B, C, Delta, Epstein-Barr, Citomegalovirus; **microscopice** - examen coproparazitologic, frotiu amprență anală, coprocultura, coprocitograma, proba de digestie; **imunochimice:** CoproAntigen Helicobacter pylori, CoproAntigen Giardia, Test FOB-Hemoragii oculte în scaun, sau teste specifice (cantitative): **serologice, imunologice** (metode ELISA, ELFA, CLIA, etc.), **imunohistochimice** – Western Blot (electroforeza în gel) Imunoglobuline M, G, IgA Helicobacter pylori, RealTime PCR Multiplex Protozoare/ paraziți intestinali, testele FIT și FIT-ADN pentru cancerul colo-rectal. Se pot indica, în cazuri investigate paraclinic/ imagistic și confirmate, **izoenzyme** (M2 piruvatkinaza) și/ sau **markeri tumorali:** alfafetoproteina (AFP), CA 19-9, antigen carcinoembrionar (CEA), TPA, CA 50, CA 72-4 sau **teste genetice și histogenice** din blocuri tisulare – de biopsie.

INVESTIGAȚII PARACLINICE – Radiologie – Imagistică Medicală. Există multe tipuri diferite de teste radiologice, imagistice utilizate pentru diagnosticarea bolilor sistemului digestiv. **Radiografia abdominală simplă ”pe gol”**, este utilizată frecvent în urgențele medico-chirurgicale, fiind utilă pentru confirmarea ingestiei de corpi străini, prezența bezoarelor gastrice, a sindromului de ocluzie intestinală cronică - sindrom subocluziv, ori acută, a volvulus-ului gastric, pancreatitei, apendicitei, ascaridiozei, chistului hidatic hepatic, invaginației intestinale, enterocolitei necrozante, bolii Hirschprung, megacolonului toxic, Sindromul ”buclei oarbe” – status postchirurgie bariatrică.

Radioscopia digestivă cu substanță de contrast – **Tranzit baritat** - utilizează raze X pentru examinarea esofagului, stomacului și duodenului – timp I. Se administrează per os, sub îndrumarea Medicului specialist pe parcursul examinării o pastă semilichidă aromatizată de bariu, scinde cu unde peristaltice și evidențiază mucoasele tractului digestiv. Un aparat cu fluoroscop este ținut peste zona corpului examinată și transmite imagini continue către un monitor video. Acest test este utilizat pentru a diagnostica: herniile hiatale, gastrite atrofice/ hipertrofice, ulcere, tumori, gastroenterita, varice esofagiene, stenoze, rigidizare/ îngustare a tractului gastrointestinal superior – linita plastică infiltrativă. În unele cazuri, pacientului i se poate cere să înghită și tablete efervescente sau granule care produc gaz, pentru a obține imagini

în dublu contrast. Procedura poate dura între 15 și 30 de minute, în funcție de complexitatea examinării și de viteza de tranzit a bariului. În timpul examinării, pacientul este poziționat în diverse unghiuri (ortostatism, decubit dorsal, lateral sau ventral) pentru a obține imagini optime ale tractului digestiv. Radiologul poate solicita pacientului să se rotească sau să își schimbe poziția pe o masă de examinare înclinată (Trendelenburg) ori să își țină respirația. Deși este considerată o metodă "vetustă", existând alte metode imagistice moderne, precum *endoscopia, ecoendoscopia, endoscopia cu magnificație, cromoendoscopia optică (tehnica NBI), videoendoscopia – VCE, colangiopancreatografia endoscopică retrogradă (ERCP), tomografia computerizată, tomografia prin coerență optică, colonoscopia virtuală CT – 3D, Angiografie CT, scanare cu radionuclizi – Scintigrafie, rezonanța magnetică nucleară - RMN, PET-CT*, tranzitul baritat rămâne o opțiune rapidă, viabilă și accesibilă pentru evaluarea inițială a simptomelor digestive persistente. Mai mult, Timpul I pentru etajul organelor cavitare digestive superioare poate fi completat cu Timpul II pentru intestinul subțire, la un interval de pasaj fiziologic al aceluiași bol de bariu ingerat inițial. Se pot confirma în acest mod diverticulul Merkel, diverticuloza enterică, invaginații intestinale, mase tumorale extralumenale intra/retroperitoneale cu efect de compresie/ deplasare a anselor, etc.

Clismele cu bariu sunt utilizate pentru a examina intestinul gros și rectul. Testul este utilizat pentru a detecta: polipii colonului, tumori, boala diverticulară, stenoze, obstrucție, Colita ulcerativă (boala Crohn), RCUH – Rectocolita ulcero-hemoragică, alte cauze de durere abdominală/ pelvină cu sau fără emisie de sânge, mucus sau puroi în scaun. După o pregătire prealabilă în scop evacuator, procedura începe cu poziționarea pacientului pe masa de examinare, în decubit lateral stâng. Asistentul medical introduce cu grijă un tub flexibil și subțire în rect. Acest tub este lubrifiat pentru a minimiza disconfortul și este introdus doar câțiva centimetri. La capătul tubului se află un balon mic care, odată umflat, ajută la reținerea bariului în colon. Pacientul poate simți o ușoară presiune sau disconfort în timpul acestei etape, dar procedura nu ar trebui să fie dureroasă. Este important ca pacientul să rămână relaxat și să comunice orice disconfort excesiv echipei medicale. După umplerea colonului cu bariu, în multe cazuri se utilizează tehnica de dublu contrast, care implică introducerea de aer în colon. Acest proces, cunoscut sub numele de pneumocolon, creează un contrast suplimentar care permite o vizualizare mai detaliată a mucoasei colonice. Aerul este introdus lent prin același tub folosit pentru administrarea bariului. Această tehnică de dublu contrast este deosebit de utilă pentru detectarea leziunilor mici sau subtile ale mucoasei, cum ar fi polipii mici sau ulcerările superficiale. Imaginile obținute prin această metodă oferă o rezoluție îmbunătățită și o mai bună definire a detaliilor anatomice ale colonului. Durata unei examinări radiologice a segmentului inferior al tractului digestiv (ampula rectală, sigmoid, colon descendent, transvers, descendent, cec) cu bariu este, în general, o procedură mai lungă, de cca. 30 - 60 de minute, echivalent cu o sigmoido/colonoendoscopie.

Ecografia abdominală, transrectală, transvaginală. Aparatul cu ultrasunete emite unde sonore de înaltă frecvență care se reflectă din structurile corpului, trimițându-le către un computer ce creează o imagine biplană sau 3D/ 4D a organelor și structurilor din abdomen precum și a fătului în sarcină. Acest lucru se face cu o sondă (transductor) portabilă care de 3 – 5 MHz, ce este deplasată peste abdomen pe un strat de gel special. Nu există expunere la radiații cu acest test. Cu ajutorul tehnicilor complementare modulelor clasice de ultrasonografie M și B, în continuă evoluție, a dopplerului vascular color continuu și elastografiei compresive sau moderne – module ARFI - SWE, examinătorii experimentați pot identifica hernii hiatale, segmente

intestinale de tip inflamator – gastrite, ileite, apendicite acute, sinechii intracavitare, fistule și abcese parenchimotoase/ intestinale, ascita, revărsat peritoneal, formațiuni chistice – conținut lichidian, adenopatii, tromboze venoase, ocluzii vasculare, ateroame și anevrisme/ disecții vasculare, metastaze sau mase/ blocuri tumorale benigne/ maligne ori pseudo-tumorale, pot evalua prin Fibroscan hepatite, ciroze, pot evalua morfologia și dezvoltarea embrio-fetală, etc.

Sondele de "părți" moi, cu frecvență de la 7 la 10 Hz pot explora peretele abdominal și peritoneul – diastazis de mulchi abdominali, hernii ombilicale/ inghinale, eventrații, noduli peritoneali de tip fibroză sau carcinomatoză. Pentru organele parenchimotoase anexe tubului digestiv și revărsate peritoneale se pot efectua puncții-biopsii ecoghidate. Durata unei examinări ecografice abdominale nu depășește de obicei 30 de minute.