

SEMIOLOGIA APARATULUI RESPIRATOR 4

- Sindroame de condensare pulmonară, pneumonii, atelectazia, embolia pulmonară, abcesul pulmonar.
- Pneumopatii interstițiale fibrozante.
- Sindroame pleurale.

1. Sindromul de condensare pulmonară cu bronșie liberă (neretractabil) – Sindromul pneumonic

Pneumoniile sunt boli inflamatorii pulmonare acute de etiologie foarte diversă, infecțioasă și neinfecțioasă, caracterizate prin alveolită exudativă și/sau infiltrat inflamator interstițial

Clasificarea după extindere

- Pneumonia lobară sau segmentară – când cuprinde un lob, un segment sau mai multe.
- Bronhopneumonia – cuprinde mai mulți lobuli și bronșiolele aferente – procesul patologic evoluează în multiple focare diseminate, aflate în stadii diferite de evoluție.
- Pneumonia interstițială – leziuni inflamatorii dispuse interstițial și peribronhovascular, fără excluderea unei participări alveolare.

Clasificarea etiologică a pneumoniilor

- *Pneumonii bacteriene*

1. Streptococcus pneumoniae (Pneumococ).
2. Staphylococcus aureus.
3. Klebsiella pneumoniae.
4. Germeni gram negativi etc.

- *Pneumonii virale.*

- *Pneumonii date de clamidii, rickettsii, mycoplasme, fungi, protozoare, neinfecțioase*

Pneumonia penumococică evoluează din punct de vedere anatomopatologic în 4 stadii:

1. *Stadiul de congestie* – cu aspect de alveolită catarală.
2. *Stadiul de hepatizație roșie* care se produce după 24 – 48 de ore – plămânul seamănă cu ficatul, alveolele fiind pline de fibrină, eritrocite extravazate și germeni.
3. *Stadiul de hepatizație cenușie* – marchează începerea procesului de rezoluție a leziunii.
4. *Stadiul final de rezoluție sau de vindecare.*

Evoluția nefavorabilă poate duce la distrugerea parenchimului pulmonar cu apariția abcesului pulmonar însoțit de empiem pleural (pleurezie purulentă).

Tablou clinic

Simptomatologie

1. *Frison solemn* cu durata de 30 – 40 minute urmat de
2. *Febră în platou* 30 - 40° care cedează rapid în 24 ore la antibioticele la care pneumococul este sensibil. Persistența febrei arată apariția complicațiilor.
3. *Junghiul toracic* – apare după frison cu localizare de obicei submamelonară, accentuat de respirație. Localizarea depinde de localizarea procesului pneumonic și este determinat de iritația pleurei parietale.
4. *Tusea* – inițial seacă, uscată și apoi cu expectorație ruginie sau mucopurulentă, uneori hemoptoică.
5. *Dispnee cu polipnee*.
6. *Alterarea stării generale* (transpirații profuze, astenie fizică și psihică, herpes nazolabial, tulburări digestive).

Examenul obiectiv este specific.

- *Examenul general*: fața congestivă (facies vultuos), herpes nasolabial, limba uscată și cu depozite, subicter scleroconjunctival, cianoză.

- *Examenul aparatului respirator*

- Inspecția toracelui: dispnee cu polipnee care poate fi antalgică sau febrilă:

- ♦ reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii de partea afectată;

- Palparea toracelui – confirmă reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii de partea afectată:

- ♦ Vibrațiile vocale (freemătul pectoral) amplificate la nivelul peretelui toracic.

- Percuția toracelui: matitate sau submatitate elastică, bine delimitată.

- Auscultația – arată elementele specifice ale diagnosticului și anume: murmurul vezicular diminuat pe toată zona mată, înlocuit de suflu tubar sau de o respirație suflantă care se aud în mijlocul matității pneumonice. **Ralurile crepitante** care se aud numai în inspir sunt specifice pentru diagnostic și se aud în faza de stare a bolii (stadiul de hepatizație roșie). În evoluție, în faza de vindecare (stadiul de hepatizație cenușie) ralurile crepitante se transformă în subcrepitante (crepitante de întoarcere).

Explorarea paraclinică

- *Radiografia cord-pulmon față și profil* confirmă condensarea pneumonică. Tipic – opacitatea pneumonică este omogenă, de intensitate subcostală cu localizare la un lob sau mai multe segmente. Are un aspect triunghiular cu vârful în hil și baza la periferie.
- *Probe biologice* – leucocitoză cu deviere la stânga a formulei leucocitare.
 - Semne de inflamație nespecifică (creșterea VSH, fibrinogen, proteina C reactivă).
- *Examenul bacteriologic al sputei* este util, dar nu totdeauna strict necesar și este util dacă se recoltează prin bronhoscopie.
- *Hemoculturile* pot fi pozitive dacă se recoltează în frison.

2. Sindromul de condensare pulmonară cu bronșie obstruată (retractilă)

Atelectazia

Atelectazia reprezintă condensarea pulmonară prin colabarea alveolelor datorată reducerii până la suspendare a aerației unui teritoriu pulmonar (de obicei prin obstrucția bronșică) cu efect retractil asupra zonelor din jur.

Tipuri de atelectazii

- Atelectaziile obstructive sunt secundare obstrucției bronhiei proprii prin corp străin sau prin dezvoltarea unei tumori endobronșice.
- Atelectazii de micșorare – prin cicatrizarea unui proces patologic.
- Atelectazii de decompresie care apar după evacuarea unor colecții pleurale lichidiene sau aeriene care prin volumul lor au colabat plămânul.
- Atelectazii lobulare răspândite în ambii plămâni care apar în sindromul de detresă respiratorie.
- Atelectaziile lamelare – vizibile la bazele pulmonare cu o dispoziție orizontală. Pot apare după chirurgia abdominală sau după ascensionarea diafragmului.

Tablou clinic

- Simptomatologia depinde de dimensiunea teritoriului afectat și de rapiditatea instalării lor. De asemenea simptomatologia este dependentă de etiologia atelectaziei.
 - Tusea seacă uneori cu hemoptizii în tumorile bronhopulmonare.
 - Dispneea este dependentă de dimensiunea teritoriului afectat.
 - Wheesing-ul localizat, însoțit sau nu de paroxisme de tuse și care nu dispăre după tuse, sugerează o obstrucție bronșică incompletă recentă, cel mai adesea de origine tumorală.

Examenul obiectiv

- Examenul general: cianoza determinată de șuntul dreapta – stânga sau prin excluderea unui teritoriu mare de parenchim pulmonar.
- Inspecția toracelui: rețracția hemitoracelui cu mișcări respiratorii reduse.
- Palparea toracelui confirmă reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii:
 - absența transmiterii vibrațiilor vocale (freacătorului pectoral);
 - micșorarea spațiilor intercostale.
- Percuția toracelui – matitate fermă, fixă ca sediu în zona atelectaziei.
- Auscultația toracelui – murmurul vezicular este abolit („silentium respirator“ sau „liniște de mormânt“). Uneori, în fazele inițiale, când obstrucția nu este completă se poate auzi un ral sibilant inspirator, fix ca sediu, produs de trecerea aerului prin zona îngustată.

Explorarea paraclinică

- Bronhoscopia – pune diagnosticul de tumoră endobronșică prin efectuarea și a biopsiei și ajută la extragerea corpurilor străini în formele acute.
- Radiografia toracică – obiectivează prezența unei opacități omogene, intensă, care poate interesa un lob sau un plămân întreg cu caracter retractil și cu concavitatea spre exterior. Spațiile intercostale sunt micșorate, iar mediastinul este tracionat de partea atelectaziei.
- Scintigrafia pulmonară cu administrarea inhalatorie a traserului radioactiv obiectivează hipocaptarea pe zona atelectaziată.

3. ABCESUL PULMONAR

- Reprezintă supurația parenchimului pulmonar caracterizată morfologic prin focare circumscrise de inflamație supurativă cu evoluție spre necroză și excavare, iar clinic prin bronhoree purulentă, deseori fetidă.
- **Clasificare**
- *Abcese pulmonare primitive* – se dezvoltă pe teritorii pulmonare indemne și sunt determinate de bacteriile anaerobe.
- *Abcese pulmonare secundare* – sunt complicații ale unor leziuni locale preexistente (cancer, corpi străini, chisturi) sau modalități evolutive nefavorabile ale pneumoniilor cu stafilococi, Klebsiella, Pseudomonas (pneumonii abcedate). Sunt determinate în principal de bacteriile aerobe.

Morfologic

Abcesul pulmonar acut este o colecție purulentă delimitată de țesut pulmonar densificat.

Abcesele pulmonare cronice au întotdeauna un perete cu un grad mai înaintat de organizare fibroase.

Tabloul clinic

Debut

- ca o pneumonie acută banală trenantă;
- insidios – pseudogripal care trenează 1 – 2 săptămâni;
- brutal cu tablou de pneumonie gravă, bronhoree purulentă abundentă și hemoptizii repetate;
- asociere cu empiemul pleural.

Faza de stare – constituirea focarului de pneumonie necrotică survine după 5 – 10 zile – cu apariția tusei cu expectorație abundentă, fetidă și uneori cu vomică masivă brutală. Adesea evacuarea colecției purulente se face fracționat sau prin eliminarea la intervale apropiate a unor spute purulente cu volum mare (**vomica numulară**).

Faza de supurație deschisă este însoțită de ameliorarea pasageră a fenomenelor generale și funcționale. *Specific* apare:

- bronhoree purulentă – 100 – 300 ml/24 ore.

Obiectiv: nespecific:

- submatitate – la percuție;
- auscultator:
 - murmur vezicular diminuat;
 - raluri subcrepitante;
 - sindrom cavităar tipic – foarte rar.

Poate asocia – empiem pleural (pleurezie purulentă) sau pneumotorax.

Paraclinic

- **Examenul radiologic** – evidențiază opacitatea omogenă, rotunjită care în faza de supurație deschisă are aspect de imagine hidroaerică intrapulmonară. Adesea se face și CT pulmonar.
- **Bronhoscopia** este obligatorie la bolnavii peste 40 de ani, abcesele fiind secundare adesea unui cancer pulmonar.
- **Date de laborator**
 - leucocitoză cu deviere la stânga a formulei leucocitare;
 - examenul sputei – purulentă, conține floră bacteriană polimorfă.

4. Embolia pulmonară.

Tromboembolismul pulmonar

Punctul de plecare al emboliilor este sistemul venos profund al membrelor inferioare. De aici embolii pornesc prin vena cavă inferioară, atriul drept, ventriculul drept, artera pulmonară și circulația pulmonară. **Forme:**

- **Microembolii pulmonare recurente** care determină dispnee nejustificată.
- **Infarctul pulmonar.**
- **Moartea subită** prin obstrucția completă a arterei pulmonare.

Infarctul pulmonar

Tablou clinic

- durere toracică de tip pleuretic- Junghi toracic.
- dispnee.
- febră.
- tuse seacă inițial și în evoluție apare hemoptizia.

Examen obiectiv: sindrom de condensare pulmonară cu:

- amplitudinea mișcărilor respiratorii redusă;
 - vibrațiile vocale reduse la nivelul focarului;
 - matitate la percuție;
 - la auscultație – murmur vezicular redus sau absent
- + raluri crepitante supraadăugate + frecături pleurale;
- manifestări cardiace determinate de hipertensiunea arterială pulmonară secundară (tahiaritmie și insuficiență cardiacă predominant dreaptă secundară).

Paraclinic

- **Radiografia pulmonară** – arată un infiltrat pulmonar și colecția lichidiană pleurală. O radiografie toracică normală nu exclude diagnosticul de tromboembolism pulmonar.

- **Ecografia Doppler** – poate evidenția trombii venoși (membrele inferioare) sau în ventriculul drept.

- **Tomografia computerizată și RMN cu substanță de contrast** arată obstrucția unor ramuri ale arterei pulmonare.

- **Scintigrafia pulmonară de perfuzie** – arată zonele vasculare obstruate.

- **Angiografia pulmonară** – prin cateterizarea arterelor pulmonare permite localizarea precisă a emboliei.

- **Probele de laborator:** GPT, GOT, LDH crescute, PDF crescuți.

- **EKG** este obligatorie pentru a evidenția tulburările de ritm, de conducere, HAD și HVD.

5. Pneumopatii interstițiale fibrozante difuze

Constituie un grup heterogen de stări morbide caracterizate prin procese lezionale difuze afectând preponderent interstițiul pulmonar, cu tendință spre fibroză pulmonară difuză care generează insuficiență respiratorie.

Etiologie

- Fibroza pulmonară idiopatică.
- Sarcoidoza.
- Colagenoze:
 - Sclerodermie (SD).
 - Poliartrita reumatoidă (PR).
 - Dermato-polimiozita.
 - Sindromul Sjögren.
 - Boala mixtă a țesutului conjunctiv.
- Histiocitoza X, vasculite sistemice.
- Pneumopatii toxice chimice (oxigen, mercur).
- Pneumoconioze minerale (azbest, siliciu etc).
- Pneumopatii de hipersensibilizare (plămân de fermier, boala crescătorilor de ciuperci etc).
- Pneumopatii medicamentoase (Metotrexat, agenți alkilanți).
- Radiații ionizante.

Morfologie – aspect de plămân mic, densificat (dur), cu pleura moderat îngroșată, fibroză extinsă și transformare fibrochistică ce seamănă cu un „fagure de miere”.

Tablou clinic

- Dispnee de efort care se agravează progresiv.
- Tuse seacă, rar cu expectorație minimă.
- Dureri toracice, artralгии.
- Astenie fizică și pierdere ponderală.

Examenul obiectiv

- Examenul general: arată cianoză progresivă, hipocratism digital, semne de HTP (hipertensiune pulmonară).
- În final apar semnele cordului pulmonar cronic (CPC).
- Auscultator – murmur vezicular diminuat și supraadăugat raluri subcrepitante fine la bazele pulmonare.

Paraclinic

- Radiografia toracică: aspect de „fagure de miere” cu aspect de fibroză difuză interstițială.
- CT este superioară radiografiei standard pentru diagnostic și evidențierea fibrozei.
- Scintigrafia pulmonară cu Galliu 67 arată o hiperfixare difuză corelată cu gradul fibrozei.
- **Probele funcționale ventilatorii (PFV)** – în stadiul avansat arată disfuncție ventilatorie restrictivă și reducerea factorului de transfer alveolocapilar. În final apare hipoxemie cu hipercapnie.
- Bronhoscopia și lavajul bronhoalveolar arată modificările formulei citologice utile pentru diagnosticul pozitiv.

6. Sindroamele pleurale

6.1. Sindromul de pleurită uscată.

6.2. Sindromul de revărsat lichidian pleural.

6.3. Sindromul de revărsat aeric pleural. (pneumotorax).

6.4. Sindromul de simfiză pleurală.

6.1. Sindromul de pleurită uscată

Pleurita uscată reprezintă inflamația pleurei. Ea poate fi de sine stătătoare (boală virală – pleurodinia epidemică determinată de virusul coxsackie), sau apare la debutul pleureziilor sau secundară unor suferințe pulmonare cu afectare pleurală (ex. pneumoniile bacteriene).

Tablou clinic

- Simptome generale: febră, astenie fizică.
- Durere toracică de tip pleural accentuată de transpirație.
- Tuse seacă.

Examenul obiectiv

- **Inspecție și palpare** – polipnee superficiala cu reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii de partea afectată:

- vibrațiile vocale se transmit egal bilateral;

- **Auscultație:**

- murmur vezicular diminuat;

- specific – **frecături pleurale fine care se aud în ambii timpi ai respirației, fiind accentuate de apăsarea cu stetoscopul.**

Paraclinic

- nu există o explorare specifică, diagnosticul fiind pus auscultator.

- examenul radiologic poate evidenția o reducere a excursiilor diafragmatice.

6.2. Sindromul de revărsat lichidian pleural

Revărsatele pleurale sunt foarte variate ca etiologie și prezentare clinică. Ele se întâlnesc în:

- Boli generale și în
- Boli ale aparatului respirator (pleurale și/sau pulmonare).

Clasic revărsatele pleurale se împart în **transsudate** care determină acumulări lichidiene numite hidrotorax și **exsudate** care determină acumulări lichidiene cunoscute ca pleurezii.

Hidrotoraxul se caracterizează prin acumularea transsudatului cu nivelul de proteine din lichid mai mic de 3 g/dl (reacția Rivalta negativă) și nivele scăzute ale LDH.

Transsudatele caracteristice hidrotoraxului apar in:

- Insuficiența cardiacă congestivă.
- Pericardita constrictivă.
- Ciroza hepatică.
- Sindromul nefrotic etc.

Exsudatele caracteristice **pleureziilor**, din punct de vedere biochimic se caracterizează prin:

- conținut proteic mai mare de 3 g/dl;
- reacția Rivalta pozitivă (acid acetic glacial);
- raportul proteine pleurale/proteine serice mai mare de 0,5;
- densitatea lichidului pleural mai mare de 1016;
- LDH pleurală mai mare de 200 ul/l sau 2/3 din valoarea serică;
- Raportul LDH pleurală/LDH serică mai mare de 0,6.

Cauzele obișnuite ale pleureziilor

- Infecțioase: TBC, bacteriene, virale, fungice, parazitare.
- Neoplazice: cancer pulmonar primitiv sau metastatic, hemopatii maligne, tumori pleurale.
- Boli ale țesutului conjunctiv și sistemului imin: LES, PR, sclerodermie, boala mixtă a țesutului conjunctiv, sindrom Sjögren, vasculite.
- Sindrom Demon-Meigs (tumori benigne sau maligne de ovar).
- Postiradiere,etc.

Diagnosticul clinic al acumulării lichidiene pleurale

I. Acumulările lichidiene cu volum mic

- Inspecție și palpare:

-Reducerea discretă a amplitudinii mișcărilor respiratorii:

- Vibrațiile vocale se transmit normal.

- **Percuție:** matitate fermă la baza hemitoracelui mobilizabilă cu poziția bolnavului.

- Auscultație:

- murmur vezicular diminuat la baza pulmonară.

- mobilitatea bazei pulmonare este absentă (manevra Hirtz negativă) – la percuție.

- frecături pleurale fine la baza pulmonară (numai în pleurezii, nu în hidrotorax).

II. Acumulările lichidiene cu volum mediu

- Inspecție:

- polipnee superficială;
- bombarea hemitoracelui afectat cu reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii de partea afectată.

- Palpare:

- Reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii de partea afectată;
- Freamăt pectoral diminuat pînă la abolit la baza pulmonară afectată.

- Percuție:

- Matitate lemnoasă, omogenă cu limita superioară față de sonoritatea pulmonară care urcă de la coloană spre linia axilară medie de unde coboară spre stern (**curba Damoiseau**). Această curbă paraboloidă, care urcă spre axilă și formează unghiuri ascuțite cu sternul și coloana vertebrală (Garland) este caracteristică colecțiilor lichidiene pleurale cu volum peste 1 litru, însoțindu-se și de skodism subclavicular.

- Auscultație:

- murmur vezicular abolit;
- suflu pleuretic;
- frecături pleurale la limita superioară a lichidului;
- MV înăsprit – subclavicular pe zona timpanică a skodismului.

III. Acumulările lichidiene cu volum mare

Colecțiile lichidiene de volum mare colabează complet plămânul spre hil și deplasează mediastinul spre partea sănătoasă.

- **Inspecție:**

- bombarea hemitoracelui afectat;
 - amplitudinea mișcărilor respiratorii abolită de partea afectată.

- **Palpare:**

- freamăt pectoral abolit.

- Percuție:

- matitate lemnoasă;
- paravertebral la baza hemitoracelui

neafectat apare un triunghi mat (**Grocco-Rauchfuss**) datorită deplasării mediastinale;

- pe stânga șocul apexian nu se mai palpează și timpanismul spațiului Traube dispare, iar pe dreapta coboară ficatul și împing vârful cordului la stânga liniei medioclaviculare.

IV. Pleureziile închistate

- Închistările bazale: matitatea este fixă cu poziția bolnavului, manevra Hirtz fiind negativă;
- Închistările dorsale sau paravertebrale dau o matitate de tip lichidian bine delimitată și suspendată în sonoritatea pulmonară. La auscultație se evidențiază frecături pleurale groase în jurul zonelor mate, la un caz cu istoric recent de suferință pleurală.

Diagnosticul paraclinic al acumulărilor lichidiene

1. *Diagnosticul tipului de lichid pleural*

- **Puncția pleurală (toracocenteza)** este necesară pentru diagnosticul etiologic și are și rol terapeutic (introducere de medicamente și evacuarea lichidului). Se face în plină matitate, în spațiul 9 intercostal între liniile scapulară și axilară posterioară.

Lichidul se evaluează macroscopic și microscopic.

Macroscopic: lichidul pleural poate fi:

- Serocitrin, galben-verzui și poate fi exsudat și transsudat.
- Purulent, tulbure.
- Hemoragic.
- Opalescent în pleureziile chiliforme (colesterolice) și chilotorax.

Microscopic se evaluează:

- Citologic (celule maligne, PMN > 1000/mm³ în pleurezii).
- Bacteriologic (BK, floră aerobă și anaerobă).
- Biochimic (proteine, glucoză, lipide, enzime, densitate și pH).

Un conținut proteic mai mare de 3 g/dl caracterizează exsudatele din pleurezii. Glicopleuria (glucoza în lichid) este scăzută în pleureziile purulente, tuberculoase, din poliartrita reumatoidă și uneori în cele neoplazice.

2. Examenul radiologic – evidențiază opacitatea omogenă, cu limita superioară ușor concavă și ascendentă de la mediastin spre linia axilară.

3. Tomografia computerizată (CT) permite diagnosticul colecției lichidiene pleurale, dar și diagnosticul leziunilor pleurale sau purulente asociate (tumori pleurale) sau pulmonare.

4. Biopsia pleurală pentru diagnosticul tumorilor pleurale.

5. Pleuroscopia permite diagnosticul și tratamentul tumorilor pleurale.

Diagnosticul etiologic al pleureziilor

1. Pleurezia tuberculoasă

Este manifestarea primoinfecției TBC sau a infecției TBC în stadiul secundar.

Tablou clinic

- Semne de impregnare bacilară: subfebrilitate, astenie fizică, inapetență.
- Tuse seacă, supărătoare.
- Dispnee prin acumulare lichidiană.

Examenul obiectiv – inițial pleurită uscată apoi semnele de sindrom lichidian de volum mic sau mediu.

Paraclinic

- Examenul lichidului pleural – exsudat cu un conținut proteic peste 4 g/dl, glicopleurie scăzută cu valoare de 40 – 90 mg/dl. Examenul bacteriologic pentru BK este rar pozitiv.
- Radiografia pleuropulmonară evidențiază colecția pleurală.
- Biopsia pleurală prin pleuroscopie este rareori necesară.
- IDR la PPD este pozitivă la 70% din cazuri sau se pozitivează pe parcurs.

2. Pleureziile neoplazice

- Cele mai frecvente cauze ale pleureziilor neoplazice sunt: cancerele pulmonare, ale sânului, ovarului, stomacului și limfoamele.

Tablou clinic

- tuse seacă;
- dispnee;
- durere toracică.

Paraclinic

- Examenul lichidului pleural – de obicei lichid hemoragic, cu citologie cu celule maligne, exsudat și care se reface rapid după paracenteză.

- Examenul radiologic și CT – se evidențiază localizările pulmonare sau adenopatiile mediastinale și tumorile pleurale).

3. Pleureziile parapneumonice

Se constituie la câteva zile de la debutul pneumoniei.

Lichidul pleural este de tip exsudat și se poate transforma în purulent prin creșterea numărului de celule peste 10.000/mm³.

4. Pleureziile purulente se numesc și empieme pleurale caracterizate prin acumularea unui lichid purulent galben murdar sau maroniu la un bolnav cu o stare toxicoseptică.

Etiologie

- Traumatisme toracice.
- Supurații pulmonare.
- Intervenții chirurgicale subdiafragmatice.

Tablou clinic

- Febră, frisoane, transpirații abundente
- Tuse seacă;
- Dureri toracice intense.

Examenul obiectiv

- Pielea toracelui lucioasă, infiltrată.
- Adenopatie axilară și supraclaviculară.
- Bombarea hemitoracelui afectat + vibrații vocale abolite.
- Percuție – matitate de tip lichidian cu limita superioară orizontalizată.
- Auscultator – frecături pleurale groase, fără suflu pleuretic.

Paraclinic

- Leucocitoză cu deviere la stânga a formulei leucocitare.
- Examenul lichidului pleural – exsudat cu aspect tulbure cu pH și glicopleuria scăzută. Citologic domină neutrofilele care atestă transformarea purulentă.

5. Pleureziile din colagenoze

- Pleurezia din LES apare la $\frac{3}{4}$ din bolnavii cu LES. Exsudatul pleural este de volum mic sau mediu și se asociază cu pericardita. Lichid pleural cu aspect de exsudat serocitrin cu pH și glicopleurie normale, dar cu complementul scăzut și cu anticorpii antinucleari prezenți.

- Pleurezia din PR seropozitivă prezintă exsudat pleural serocitrin cu pH și glicopleuria scăzută și LDH crescută. Complementul seric este scăzut în lichid, fiind prezent factorul reumatoid la titruri mari.

În vasculite și celelalte boli de collagen pleureziile apar mai rar, fără a avea caractere particulare.

Chilotoraxul

- Reprezintă acumularea de limfă în cavitatea pleurală datorită afectării canalului toracic sau colateralelor. Afectarea canalului toracic deasupra T produce un chilotorax drept, pe când leziunile sub acest nivel o colecție pleurală stângă.

- Etiologie

- limfoame;
- adenopatii mediastinale;
- traumatisme toracice;
- chirurgia esofagiană și cardiovasculară.
- Diagnosticul pozitiv – examenul lichidului pleural.

Hemotoraxul

- Reprezinta acumularea rapidă de sânge cu hematocritul mai mare de 20% în cavitatea pleurală.

- Etiologie:

- traumatisme toracice;
- leuziuni aortice;
- sindroame hemoragipare majore.

6.3. Sindromul de revărsat aeric pleural (Pneumotoraxul).

- Pneumotoraxul reprezintă pătrunderea aerului în cavitatea pleurală care determină colabarea plămânului.
- Pneumotoraxul spontan – este determinat de perforarea pleurei viscerale și pătrunderea aerului în cavitatea pleurală cu colabarea pulmonară. În cazul în care orificiul prin care a pătruns aerul rămâne deschis se realizează un pneumotorax deschis , așa-zisul pneumotorax cu ventil sau supapă (aerul pătrunde în pleură, dar nu mai iese) și se realizează colabarea plămânului cu deplasarea contralaterală a mediastinului. zz
- Debut brusc cu durere toracică ca o lovitură de pumnal, care determină blocpnee.
- Tuse seacă, iritativă.
- Dispnee.
- Cianoză și hpotensiune arterială specifică pentru pneumotoraxul cu supapă.

Examenul obiectiv

- Inspecția:

- Dispnee;
- Amplitudinea mișcărilor respiratorii abolită pe partea afectată;
- Bombarea hemitoracelui afectat.

- Palpare:

- VV abolite pe partea afectată;
- freamăt pectoral abolit.

- **Percuție:**

- Timpanism pe întreg hemitoracele.

- **Auscultație:**

- Murmur vezicular mult diminuat sau abolit.

- Suflu amforic uneori.

În formele severe deplasează ficatul în jos pe dreapta sau împiedică delimitarea matității cardiace și a șocului apexian pe stânga.

Hidropneumotoraxul - reprezintă o colecție mixtă hidroaerică cu limita superioară a lichidului orizontală.

Paraclinic

- Radiografia toracică arată hipertransparența marginală fără desen bronhovascular, plămânul observându-se redus de volum, aproape de hil. În pneumotoraxul masiv spațiile intercostale sunt lărgite, cupola diafragmatică coborâtă și mediastinul deplasat spre partea opusă.

În pneumotoraxul sufocant (cu supapă sau cu ventil) trebuie făcută de urgență puncția pleurală în spațiul II intercostal anterior prin care aerul va ieși și plămânul se reexpansionează.

6.4. Sindromul de simfiză pleurală

Simfiza pleurală sau fibrotoraxul reprezintă lipirea pleurelor viscerale și parietale secundare unei patologii pleurale (pleurezii, pneumotorax, hemotorax) incomplet rezolvate la momentul potrivit, Datorită caracterului retractil ea va determina deformări toracice cu tulburări ventilatorii de tip restrictiv.

Tablou clinic – este al afecțiunilor cauzatoare. În evoluție apare dispnee determinată de insuficiența cardiacă de tip restrictiv.

Examenul obiectiv

- Inspecție:
 - Retracția hemitoracelui afectat.
- Palpare:
 - Amplitudinea mișcărilor respiratorii redusă de partea afectată;
 - Freamăt pectoral abolit pe toată zona de extindere a simfizei pleurale;
 - Tiraj intercostal (spațiile intercostale înguste comparativ cu cele de partea afectată).

- Percuție:
 - Matitate fermă, neinfluențată de respirația pe zona afectată.
- Auscultație:
 - Murmur vezicular mult diminuat;
 - Frecături pleurale groase.
- Paraclinic:
 - Radiografia toracică și CT toracic – evidențiază localizarea și extinderea simfizei pleurale și efectele retractive asupra structurilor anatomice din jur.