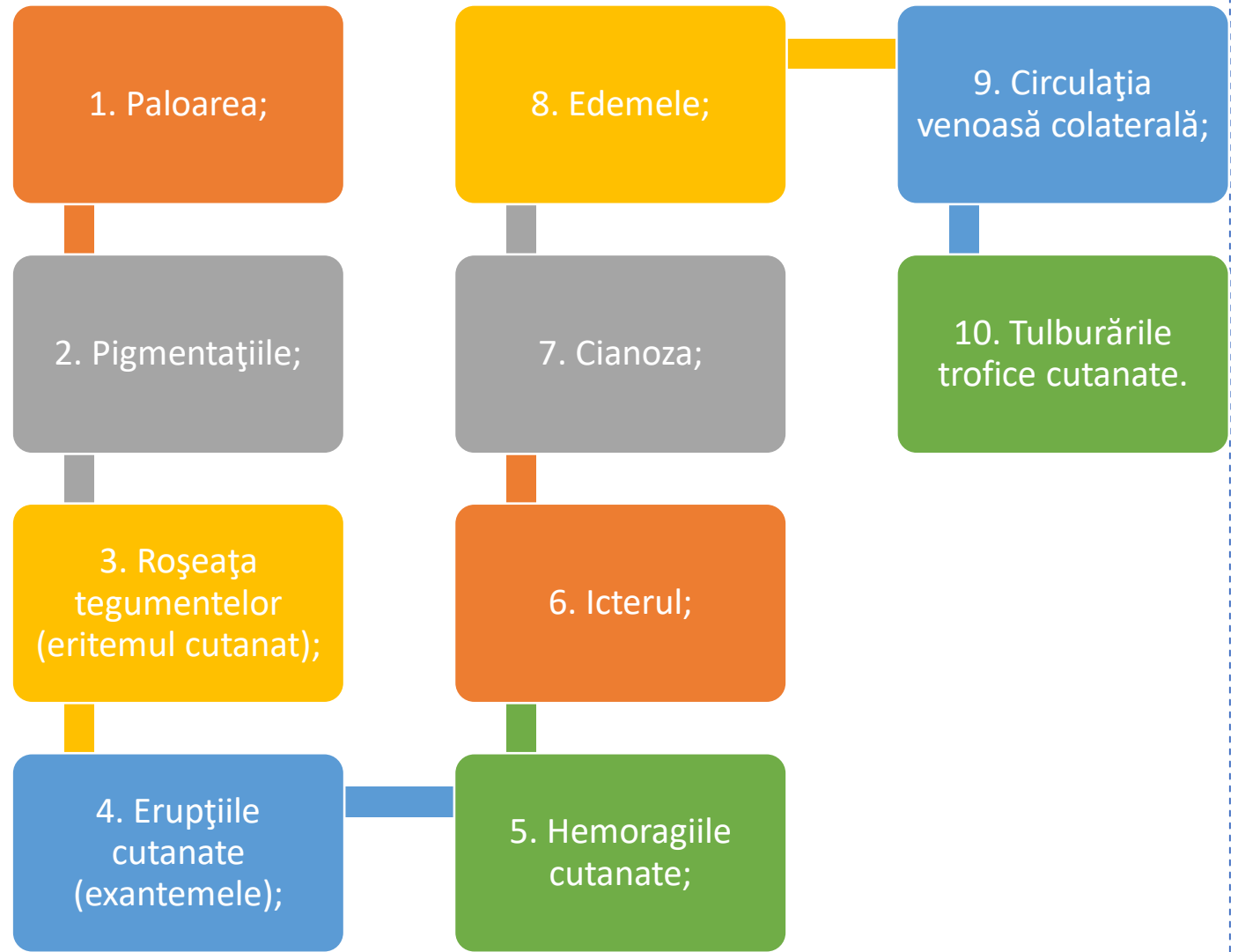




Inspecția generală - 2

Modificări ale tegumentelor, mucoaselor și fanerelor



PALOAREA TEGUMENTARĂ

a) Anemiile

Cele mai frecvente anemii întâlnite în practică sunt:

- **Anemia feriprivă**

Anemia feriprivă este o anemie secundară scăderii fierului seric (sideremia), fie prin aport alimentar insuficient, fie prin pierderile acestuia pe diferite căi (hemoragii, neoplasme). Pe lângă paloarea muco-tegumentară, găsim și alte semne de sideropenie:

- coilonichia: unghii subțiri, friabile, concave;
- cheiloza: proces degenerativ - inflamator al mucoasei buzelor, mai ales al comisurilor bucale;
- glosita atrofică: depapilarea mucoasei linguale;
- disfagia sideropenică: tulburări de deglutiție datorate esofagitei sideropenice (sindromul Plummer-Winson).

- **anemia megaloblastică (Biermer)**

Această formă de anemie apare prin lipsa Vitaminei B12 și/sau a acidului folic. Este de regulă o anemie a vârstei înaintate. Paloarea tegumentară are o nuanță gălbuie. Se asociază glosita atrofică Hunter (atrofia mucoasei limbii) și gastrita atrofică cu anaciditate gastrică.



Coilonichie



Cheiloza



Glosita atrofică

- **anemiile hemolitice**

Anemiile hemolitice apar prin scăderea duratei de viață a eritrocitelor prin distrugerea lor în sistemul reticulo-endotelial. Crește bilirubina indirectă în serul acestor bolnavi, cu apariția icterului hemolitic.

- **anemia din cadrul panmielopatiilor**

Panmielopatiile (insuficiența medulară) sunt caracterizate prin afectarea celor trei serii de elemente sanguine și anume scăderea numărului de hematii (anemie), scăderea numărului de trombocite (cu apariția de diateze hemoragice) și al numărului de leucocite (granulocitelor) cu apariția de infecții severe.

Alte cauze de paloare muco-tegumentară sunt neoplasmele cu diferite localizări primare, stările infecțioase severe, șocul cardiocirculator, bolile renale.

PIGMENTAȚIILE

HIPERPIGMENTAREA DIFUZĂ, GENERALIZATĂ

- trăsătură rasială (negri, rromi)
- **boala Addison** (insuficiența corticosuprarenală). Este vorba de o supraproducție de melanină prin exces de hormon melanotrop. Pigmentarea este mai accentuată în plicile de flexiune ale mâinii, plica cotului, axile. Caracteristică este apariția de pete pigmentate pe mucoasa jugală, palatină, gingii. Sunt exceptate palmele și patul unghial. Pigmentațiile au culoare brună-cenușie. La acești bolnavi mai apare hipotensiunea arterială, scăderea ponderală, adinamie, amenoree la femei.



Addison's disease:



- Note the generalised skin pigmentation (in a Caucasian patient) but especially the deposition in the palmar skin creases, nails and gums,

- She was treated many years ago for pulmonary TB. What are the other causes of this condition?

HIPERPIGMENTAȚII CIRCUMSCRISE

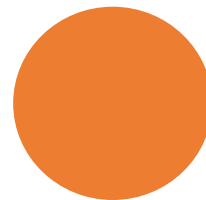
a) **hipertiroidie**: pigmentări perioculare (semnul Jellinek).

b) **insuficiența hepatică** evoluează cu apariția hiperpigmentațiilor localizate pe frunte, obraji și perioral ("masque biliaire").



Masque biliaire

c) **akhanosis nigricans** este o hiperpigmentare circumscripă, însoțită de hiperkeratoză și îngroșarea tegumentelor, cu aspect papilomatos, care de elecție interesează axila, regiunea cervicală sau bucală, mai rar regiunea anogenitală, ombilicul, regiunea mamelonară, plica cotului. Se întâlnește asociat cu malformații congenitale, cancerul gastric, colonic sau pulmonar.



d) sindromul Peutz-Jeghers (papilomatoza pigmentară). Este o boală ereditară cu două manifestări clinice:

- pete pigmentare de dimensiunea unei gămălii de ac apărute perioral, pe mucoasa buzelor și a obrazilor, pe palme și regiunea plantară;
- asocierea cu polipoza tractului gastrointestinal.





- e) **neurofibromatoza von Recklinghausen**. Se caracterizează prin pete pigmentare melanice izolate cu formă și dimensiuni variate care sunt congenitale, asociate cu mici tumorete cutanate, moi, de culoare roz-albăstrui (fibromatoza pendulantes) care sunt dispuse ubicuitar.

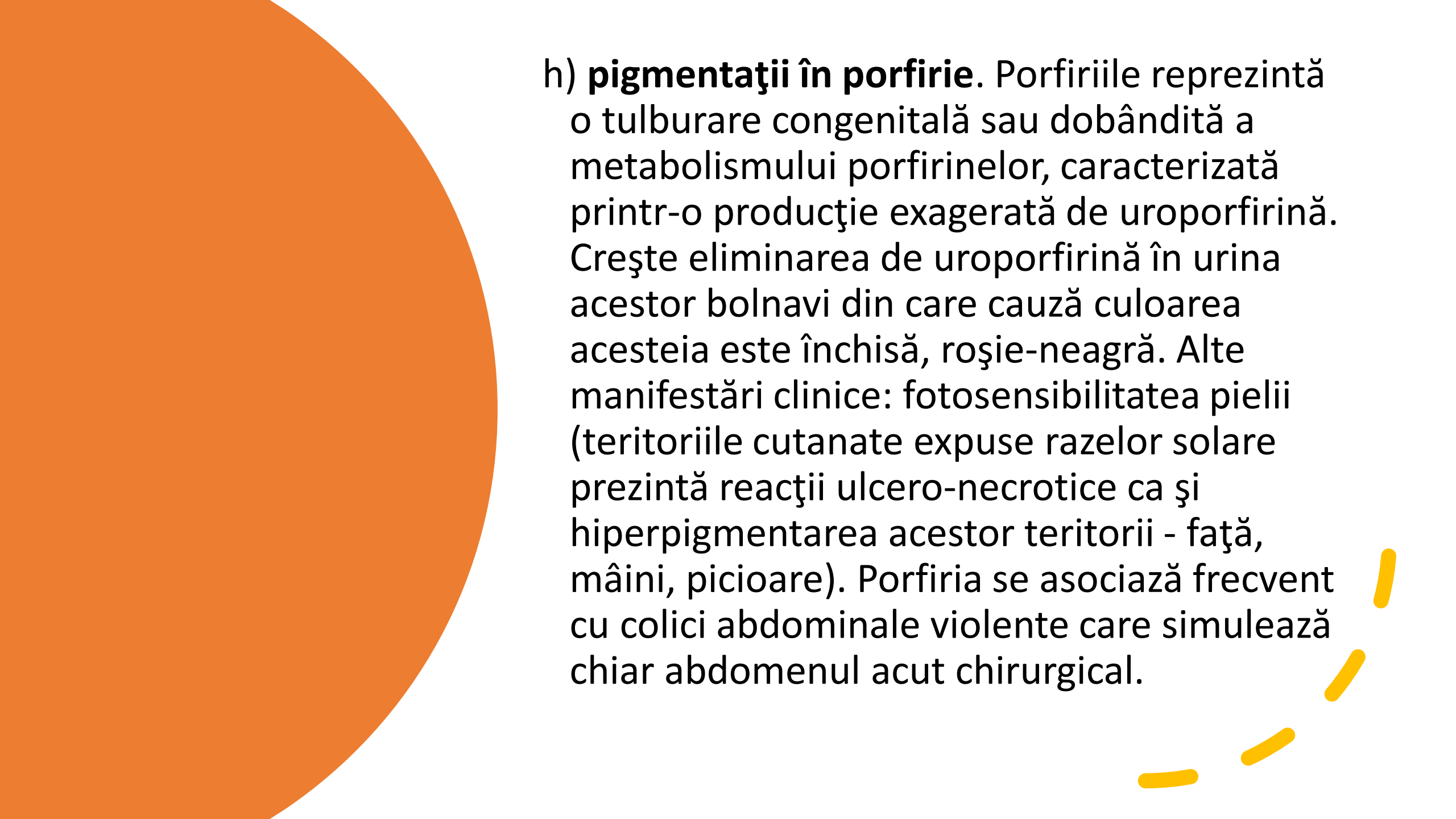
f) **melanoza Riehl** este descrisă la femei, în regiunea facială, mai ales pe frunte, temporal, obraji și regiunea cervicală, asociată cu carențe alimentare grave.

g) **pigmentații în hemocromatoză** (diabetul bronzat). Hemocromatoza reprezintă o tulburare a metabolismului fierului, cu depunerea de hemosiderină în diferite țesuturi, mai ales în ficat (cu apariția cirozei hepatice), în pancreas (diabet zaharat) și în piele (pigmentații cutanate). Pigmentațiile au culoare brun-cafenie.



Hemocromatoza





h) **pigmentații în porfirie.** Porfiriile reprezintă o tulburare congenitală sau dobândită a metabolismului porfirinelor, caracterizată printr-o producție exagerată de uroporfirină. Crește eliminarea de uroporfirină în urina acestor bolnavi din care cauză culoarea acesteia este închisă, roșie-neagră. Alte manifestări clinice: fotosensibilitatea pielii (teritoriile cutanate expuse razelor solare prezintă reacții ulcero-necrotice ca și hiperpigmentarea acestor teritorii - față, mâini, picioare). Porfiria se asociază frecvent cu colici abdominale violente care simulează chiar abdomenul acut chirurgical.

Porfirie



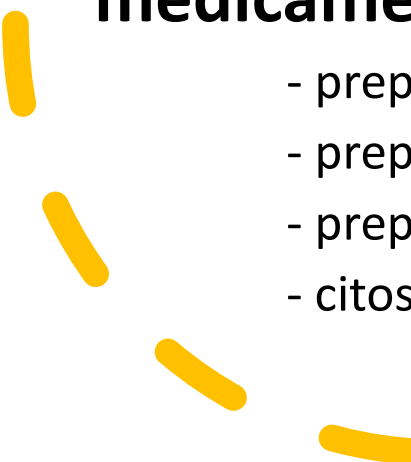
Porfiria cutanea tarda





i) **pigmentații datorate unor factori mecanici.** Pe pielea expusă unor excitații mecanice cronice, cum ar fi afecțiunile pruriginoase cronice în urma gratajului (exemplu în pediculoză, limfom Hodgkin, insuficiența renală cronică, diabet zaharat), apar, în timp, leziuni hiperpigmentare.

j) **pigmentații în unele intoxicații cronice cu substanțe medicamentoase:**

- 
- preparatele de argint sub formă de unguente (argiroza);
 - preparatele de aur coloidal folosite în tratamentul poliartritei reumatoide;
 - preparatele de arsen, bismut, în tratamentul sifilisului;
 - citostatice de tipul Myleranului folosite în tratamentul leucemiei mieloide cronice.

DEPIGMENTAREA TEGUMENTELOR.

Depigmentarea tegumentelor poate fi difuză sau circumscrișă

a) Depigmentarea difuză

Albinismul este o depigmentare difuză a tegumentelor întâlnită rar și este o anomalie congenitală. Există o formă totală când în afara tegumentelor este interesată și fanerele (părul). Tegumentul apare alb-rozat, irisul este roz-roșu iar părul alb, subțire și mat.

b) Depigmentarea circumscrișă

În **Vitiligo** apar pete depigmentate de diferite mărimi, neregulate sau uneori cu aspect de hartă. Restul tegumentului este normal colorat.



Albinism



Albinism

Vitiligo





Vitiligo

ERITEMUL CUTANAT

ERITEME FIZIOLOGICE:

- constituționale;
- eritem trecător la persoanele cu distonie neuro-vegetativă, în situații de stress, apar pete roșii pe pielea feței, gâtului, pe peretele anterior al toracelui (eritem psihic). El este trecător. Se asociază cu dermografism;
- eritem trecător ce apare în mod normal, în condiții de temperatura mediului ambiant crescută (apare vasodilatație periferică și eritem), după consum de alcool, în stările febrile (facies vultuos);



Dermografism cutanat



ERITEME PATOLOGICE

- a) **eritemul în sindroamele febrile.** Afecțiunile febrile, indiferent de etiologie, evoluează cu roșeața mai intensă a feței. Astfel în pneumonia lobară, pomeții obrazilor prezintă o roșeață intensă, adesea mai pronunțată de partea unde este localizată afecțiunea pulmonară.
 - b) **eritemul în poliglobulie.** Poliglobulia sau policitemia reprezintă creșterea numărului de hematii și conținutul în hemoglobină a sângelui. Poliglobulia poate fi o boală primară (afecțiune hematologică) sau secundară altei afecțiuni. Cea mai frecventă formă de poliglobulie secundară este cea din insuficiența respiratorie cronică cauzată de BPOC (bronhopneumopatia obstructivă cronică) și cordul pulmonar cronic. În caz de poliglobulie, tegumentele și mucoasele bolnavului au o culoare roșie-violacee (cianoză).
- 
- 
- 
- 

Poliglobulia





c) **eritemul în colagenoze.** Colagenozele sau bolile sistemice sunt boli cu etiologie necunoscută și patogenie autoimună. Colagenozele care evoluează și cu eriteme cutanate sunt lupusul eritematos sistemic și dermatomiozita.

- lupusul eritematos sistemic (LES) este o boală de collagen caracterizată prin leziuni pluriviscerale (în special ficat și rinichi), febră, VSH accelerată, leucopenie, eritem facial. Eritemul facial din lupus este localizat pe obraji și nas sub forma unui fluture.

- dermatomiozita este o colagenoză caracterizată în primul rând prin eritem cutanat și leziuni musculare (atrofii musculare). Eritemul apare mai întâi la nivelul pleoapelor și în jurul ochilor, mai târziu se extinde și pe restul feței și pe torace.



d) **eritemul în sindromul carcinoid.** Unele tumori cum sunt tumora carcinoidă a regiunii ileo-cecale sau unele tumori maligne bronhopulmonare, secretă o substanță vasoactivă respectiv serotonina. În aceste tumori pot să apară eriteme trecătoare ("flush") mai ales la nivelul feței, gâtului, toracelui. După criză, în urina acestor bolnavi apare un catabolit al serotoninei (acidul 5 hidroxi-indol-acetic).





LES



Dermatomyozita

ERUPȚIILE CUTANATE (EXANTEMELE)

- a) **macula**, reprezintă pete colorate, nereliefate, ce apar în rujeolă, scarlatină, febra tifoidă. Aici sunt incluse și erupțiile hemoragice (purpura). Modul de diferențiere al lor: dacă dispar la presiune digitală sunt datorate vasodilatației capilare (origine vasculară), dacă nu dispar la presiune este vorba de hemoragie cutanată (peteșie).
- b) **papula**, infiltrare dermică ce apare ca o leziune cutanată proeminentă circumscrisă. Poate fi pruriginoasă (însoțită de senzație de mâncărime) în urticarie, variolă sau varicelă.
- c) **vezicula**, o erupție cutanată sub 0,5 cm diametru, cu acumulare de lichid în cantitate mică, disociind straturile cutanate. Apar în herpesul nasolabial, zona zoster, varicelă în faza a II-a de evoluție.



Eruptie maculara - rujeola



Vezicula – herpes nasolabial



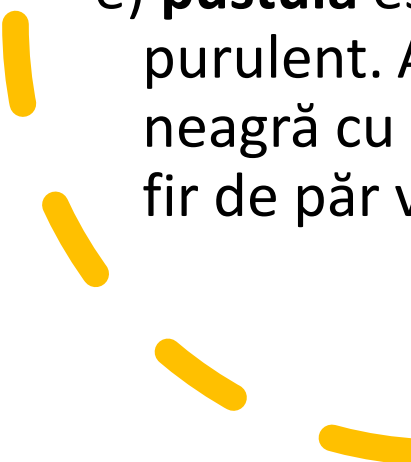
Eruptie papulara – urticaria



Eruptie papulara – varicela



d) **flictena** (sau bula) este o leziune proeminentă cu diametrul de peste 0,5 cm, cu acumulare de lichid în cantitate mai mare. Flictene apar în arsurile de gradul II, degerături, pe placarde de erizipel sau în unele intoxicații grave.



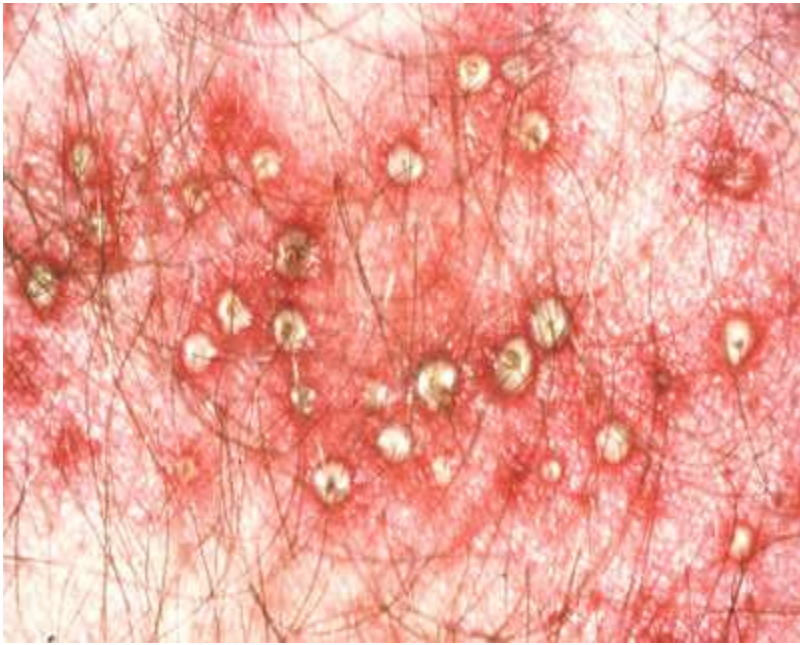
e) **pustula** este o veziculă în care conținutul seros al veziculei este înlocuit cu unul purulent. Apare în faza mai înaintată a variolei. Pustula malignă din antrax este neagră cu o zonă de roșeață înconjurătoare. Când pustulele sunt centrate de un fir de păr vorbim de foliculită sau când este extins, de furuncul.

Flictena



Flictena – Erizipel al feței





Pustula



Variola



Antrax





f) **nodulii**, infiltrații hipodermice relativ dure, de mărimi variate. Cei mai caracteristici noduli subcutanați apar în reumatismul articular acut (nodulii Maynet) și în endocardita infecțioasă (nodulii Osler).

- **nodulii subcutanați Maynet** sunt niște noduli roșii, fermi, dureroși, de 0,5-2 cm, localizați pe suprafețe osoase proeminente, la mâini și picioare. Sunt variabili ca număr (între 1 și 30), pot fi simetrici și au o evoluție de la câteva zile la câteva săptămâni, uneori evoluează în puseuri.
 - **eritemul marginat** apare cu incidență rară (5-10%) în evoluția reumatismului articular acut. Apare sub forma unui placard eritematos nepruriginos, al cărui centru se decolorează, devine inelar, ușor reliefat, nedureros, pe pielea palidă. Apare proeminent pe trunchi și pe zona proximală a membrilor. Are evoluție fugace, de ore, zile sau săptămâni.
 - **nodulii Osler** sunt niște noduli subcutanați mici, proeminenți, dureroși, localizați la nivelul pulpei degetelor, pe eminentele tenare și hipotenare și pe plante, persistă 4-5 zile. Apar în special în endocardita infecțioasă, dar și în lupusul eritematos diseminat, anemiile hemolitice.
- 
- 
- 
- 



Eritem marginat



Noduli Osler



- Cele mai frecvent întâlnite **erupții cutanate**, în afara bolilor infecto-contagioase, sunt erizipelul, herpesul nasolabial și zona zoster.
- a) **erizipelul** este un placard roșu, ușor proeminent, cu marginile neregulate dar bine delimitate, de dimensiuni variate. Are etiologie streptococică și se localizează de predilecție la membrele inferioare.
- b) **herpesul nazo-labial** este reprezentat de un grup de vezicule cu conținut lichidian clar, înconjurate de o aureolă hiperemică. După 1-2 zile, conținutul lor devine tulbure, apoi se sparg și se usucă formând o crustă gălbuie. Evoluția naturală este de o săptămână. Locul de predilecție unde apare, este limita dintre tegumente și mucoase: buze (herpes labial), nas (herpes nazal) sau organe genitale (herpes genital). Este produs de un virus și apare în condițiile scăderii rezistenței organismului, cum se întâmplă în gripă, pneumonie, intoxicațiile alimentare sau ciclu menstrual (herpes catamenial).
- c) **zona zoster** este o erupție herpetică situată pe traiectul unui trunchi nervos (intercostal cel mai frecvent, dar și cranian sau sciatic), unilateral ca localizare, erupție însoțită de dureri violente. Evoluția naturală a bolii este de circa o lună, putându-se extinde, mai ales durerile, până la câteva luni. Este produsă de virusul varicelo-zosterian. Apare mai ales la persoanele cu imunitate scăzută, persoane în vârstă, cardiaci, agravând evoluția bolilor prezente.



Urticaria



Edem Quinke

Erizipel al piciorului și gambei



Herpes naso-labial





Zona zoster

HEMORAGIILE CUTANATE

Hemoragiile cutanate, se deosebesc de eritemele sau exantemele cutanate prin faptul că **nu dispar la compresie digitală**. Ele sunt la început de culoare roșie, devenind apoi în timp violacee și apoi galbene, prin degradarea hemoglobinei.

Ca formă și extindere, deosebim:

- a) **peteșiile** sunt hemoragii punctiforme;
- b) **echimozele** sunt pete hemoragice mai extinse;
- c) **sufuziunile** sunt hemoragii cutanate mai voluminoase, putând depăși un diametru de 10 cm;
- d) **hematoamele** sunt hemoragii subcutanate colectate care bombează suprafața cutanată.

Petesii



Echimoza





Sufuzione



Hematom



Inspekția generală – 3

Diatezele hemoragice: coagulopatiile, trombopatiile, vasculopatiile

COAGULOPATIILE

- **hemofilia** (forma A, B și C) este o coagulopatie ereditară datorată lipsei factorilor VIII, IX și XI ai coagulării. Este o boală transmisă de mame dar cu manifestare exclusiv la bărbați. Ea se manifestă din copilărie prin apariția de hemoragii articulare sau musculare (în general la articulațiile mari), la cele mai mici traumatisme locale.
- **diateze hemoragice prin supradozarea anticoagulantelor.** În caz de supradozarea acestor medicamente, apar hemoragii cutanate sau, mai grav, hemoragii la nivelul organelor interne (hemoragii cerebrale, digestive sau renale).
- **în afecțiuni hepatice.** Deoarece majoritatea factorilor coagulării se sintetizează în mod normal în ficat, în afecțiuni hepatice grave (ciroza hepatică, tumori hepatice) producția acestor factori de coagulare devine deficitară. Prin urmare apar o serie de hemoragii cutanate și interne, acestea din urmă fiind de cele mai multe ori cauza de deces a acestor bolnavi.

TROMBOPATIILE

- **purpura trombocitopenică primară (boala Werlhof)**. Debutază în tinerețe fără o cauză evidentă, cu posibilă patogenie autoimună. Se manifestă prin hemoragii cutanate și prin hemoragii interne.
- **purpure trombocitopenice secundare** pot apare în:
 - panmielopatii;
 - hipersplenism (în aceste situații poate exista o pancitopenie);
 - în unele infecții acute, reacții alergice.

Purpura



VASCULOPATIILE

- **hemangiomul** este o tumora benignă formată prin proliferarea și aglomerarea locală a unor vase mici arteriale dilatate.
- **telangiectaziile** reprezintă dilatații ireversibile ale vaselor arteriale cutanate mici, care apar cu aspectul unor firișoare liniare, uneori serpiginoase. Se pot întâlni pe tegumentele trunchiului, al feței. Telangiectaziile nazale apar la alcoolici.



Hemangiom



Telangiectazii

- 
- **angioamele arachneiforme** (stelutele vasculare) sunt formațiuni care apar ca un angiom central mic, roșu aprins, pulsatil, sub forma unui nodul, înconjurat de teleangiectazii dispuse radial pe fondul unei pete eritematoase. Apar pe față, regiunea cervicală, torace, brațe. Lipsesc în jumătatea inferioară a corpului. Pot apărea și la persoane sănătoase, dar de regulă sunt semne de hepatopatie cronică.
 - **eritroza palmară** este datorată vasodilatației localizate mai ales la eminența hipotenară. Este, de asemenea, semn de hepatopatie cronică.
- 
- 
- 
- 

Steluțe vasculare

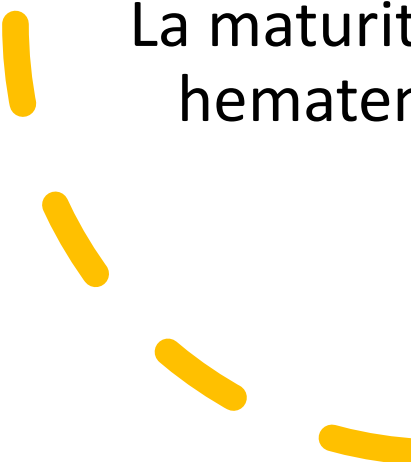


Eritroza palmara

- **Telangiectazia hemoragică ereditară (boala Rendu-Osler)**

este o afecțiune transmisă genetic caracterizată prin apariția, încă din copilărie, de angioame mici, multiple la nivelul regiunilor peribucală, perinazală, buzelor, urechilor, față, fața palmară a mâinilor, patul unghial.

Asemenea angioame se întâlnesc și pe mucoase, mai ales mucoasa nazală în pata vasculară Kiesselbach, mucoasa linguală, mucoasele digestive.



La maturitate apar hemoragii la aceste niveluri (epistaxis, hemoptizii, hematemeză, melenă, hematurie).



Rendu - Osler



- 
- **purpura alergică Schönlein-Henoch** apare ca o reacție imună după o infecție streptococică sau după alergii medicamentoase. Se manifestă prin apariția unor hemoragii cutanate punctiforme (peteșii) care debutează acut, cu febră, dureri articulare și abdominale. Evoluția este cu recidive.
 - **purpura senilă** se caracterizează prin apariția de peteșii și echimoze ce apar spontan pe față, mâini, gambe și se datorează în special fragilității capilare ce apare o dată cu înaintarea în vârstă.
- 



© 1996, Dermatology, University of Iowa

Henoch Schonlein



SFS

Purpura senila

ICTERUL

- Icterul este expresia tulburării metabolismului bilirubinei, produsul de degradare metabolică a hemoglobinei.
- Icterul reprezintă colorația galbenă a tegumentelor și mucoaselor, provocată de depunerea de bilirubină, consecință a creșterii concentrației plasmatică peste valoarea normală de 1 mg%.
- Colorația galbenă apare la nivelul sclerelor, mucoaselor, tegumentelor trunchiului, putându-se generaliza, ultimele colorându-se palmele și plantele.

- Din punct de vedere clinic și fiziopatologic, deosebim trei forme de icter (trei sindroame):
 - a) icterul hepatocelular;
 - b) icterul mecanic (colestatic);
 - c) icterul hemolitic.



a) Icterul hepatocelular

Icterul hepatocelular, cel mai frecvent ca incidență, apare în afecțiunile parenchimatoase hepatice infecțioase (hepatita virală acută), toxice (etanolică, medicamentoasă) și inflamatorii cronice (hepatita cronică, ciroza hepatică).

În **hepatita virală acută**, icterul se instalează progresiv după un debut cu tulburări dispeptice și febră. Crește rapid în intensitate, bilirubina serică putând ajunge la 30-45 mg%. Caracteristică este asocierea coluriei (bilirubinuriei) cu decolorarea scaunelor. De asemenea se constată o hepatomegalie moderată, dureroasă, moale, mai rar splenomegalie. Se poate asocia pruritul.

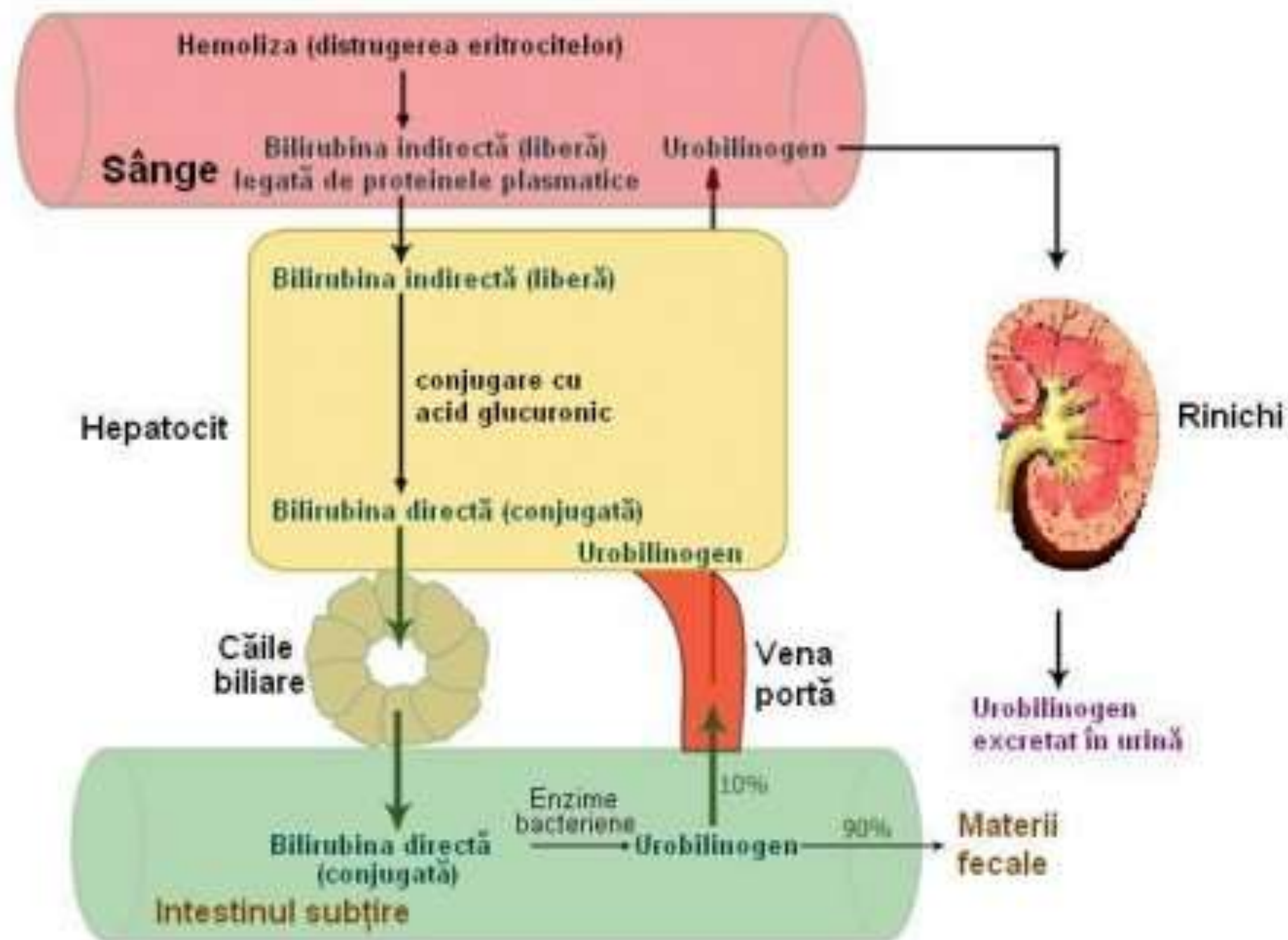
Sunt esențiale explorările paraclinice pentru stabilirea diagnosticului de icter hepatocelular:

hiperbilirubinemie mixtă (creșterea valorii ambelor bilirubine), colurie, urobilinogenurie.

Se asociază caracteristic probele de citoliză hepatică masivă: creșterea valorilor transaminazelor (GPT, GOT). În hepatitele virale pot fi prezenți antigenii specifici: HAV, HBS sau anticorpii anti HCV.



În **ciroza hepatică**, pe fondul cronic al afecțiunii, pot apărea episoade icterice tranzitorii, recidivante, cu caracterele bio-umorale descrise, ce apar prin decompensări parenchimotoase ale acesteia. În ciroza hepatică sunt prezente și alte modificări obiective: hepato-splenomegalie, sindrom de hipertensiune portală, disproteinemie în sens de hipoalbuminemie și hipergamaglobulinemie. Sindromul de citoliză hepatică este mai puțin accentuat.





b) Icterul mecanic (colestatic)

Icterul mecanic se produce prin tulburarea mecanismelor de eliminare biliară a bilirubinei. Defectul de eliminare poate fi la nivelul hepatocitului, canaliculelor, canalelor biliare intrahepatice sau extrahepatice. Este un icter caracterizat prin hiperbilirubinemie de tip mixt. Culoarea icterului poate fi intensă, uneori cu nuanță verzuie (icter verdin) sau cenușie murdară (icter melas). Bolnavii prezintă caracteristic colurie, urobilinogenurie, scaun acolic, prurit.

Colestaza intrahepatică reprezintă adesea dificultăți diagnostice.

Sunt utile o serie de elemente în conturarea tabloului clinic: anamneza (medicamente cu efect colestatic: clorpromazina, metiltestosteron, tuberculostatice), sarcină, intervenție chirurgicală recentă, prezența hepatomegaliei, căile biliare extrahepatice normale la ecografie, colangiografie endoscopică retrogradă, colangiografie izotopică normală.

În ciroza biliară primitivă prezența xantoamelor, hiperlipemiei, prezența anticorpilor antimitocondriali sunt sugestive.



Colestaza extrahepatică apare ca o consecință a compresiei, stenozei sau obstrucției căii biliare principale, adică a coledocului.

Litiaza coledociană apare de obicei pe fondul unei dispepsii biliare cronice, după colici biliare repetate. În caz de angiolită asociată, bolnavul este febril (febra intermitentă Charcot). Ecografia poate evidenția calculul și dilatația căilor biliare intra- și extrahepatice.

În neoplasmul de cap de pancreas se observă dilatația vezicii biliare care devine palpabilă ca o formațiune rotundă, piriformă, în tensiune, sub rebordul costal (semnul Courvoisier-Terrier). În acest caz, icterul se intensifică progresiv, paralel cu pierderea ponderală importantă. Colangiopancreatografia retrogradă endoscopică, tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară pot stabili diagnosticul.



Hiperbilirubinemii directe cu icter de regulă moderat, cu lipsa celorlalți markeri de colestază, se pot întâlni în unele sindroame disgenetice: sindromul Dubin-Johnson și sindromul Rotor.



c) Icterul hemolitic

Icterul hemolitic apare prin depășirea capacității de eliminare a bilirubinei de către ficat, ca o consecință a supraproducției de bilirubină indirectă.

În majoritatea cazurilor, supraproducția se datorează unui proces hemolitic intravascular sau splenic și mai rar extravascular în caz de colecții sanguine mari (hematoame, infarct pulmonar, hemoragie retroperitoneală).

Icterul hemolitic este de regulă un icter moderat (icter flavin), cu bilirubinemie indirectă în valori de 3-5 mg%. Lipsește caracteristic coluria, scaunele sunt hipercolice. Frecvent este prezentă splenomegalia.

Paraclinic caracteristic pentru acest tip de icter este triada: anemie, reticulocitoză, hiperbilirubinemie indirectă.

Testele de hemoliză sunt prezente: rezistența globulară scăzută, testul Coombs pozitiv, durata de viață a hematiilor scurtată.



Ictere cu hiperbilirubinemie indirectă se întâlnesc și în deficiențele enzimatice hepatice, care interesează captarea sau conjugarea bilirubinei (icterul Gilbert).

Icterul fiziologic al nou-născutului este un icter tranzitor, care apare la 2-3 zile de la naștere, cu hiperbilirubinemie indirectă moderată, între 3-5 mg%, dispărând în 7-10 zile. Se produce prin întârzierea dezvoltării sistemului enzimatic de conjugare a bilirubinei (glicuronil-transferaza).



Icterul grav al nou-născutului este un icter intens, cu hiperbilirubinemie până la 15-20 mg%, prezent de obicei de la naștere. Se datorează hemolizei masive prin incompatibilitate de Rh mamă-făt. Creșterea importantă a bilirubinei indirecte, care este liposolubilă, duce la impregnarea nucleilor cerebrali bazali, cu lezarea consecutivă a acestora (icter nuclear).

CIANOZA

Etimologic, “cianoza” își are originea în limba greacă, de la cuvântul kyanos care în limba greacă înseamnă albastru.

Cianoza = colorația albastră violacee a tegumentelor și mucoaselor vizibile provocată de creșterea concentrației de hemoglobină redusă peste 5 g% la nivelul capilarelor superficiale (normal 2,5 g%).

Clasificare.

După localizarea cianozelor:

- cianoze localizate:
 - obstrucții venoase
 - dilatația venulelor
 - obstrucții arteriale
- cianoze generalizate:
 - insuficiența respiratorie
 - insuficiența cardiacă
 - cardiopatii congenitale cu șunt dreapta-stânga
 - poliglobulia
 - methemoglobinemia, sulfhemoglobinemia

După mecanismul de producere:

- cianoza centrală
- cianoza periferică

Cianoza centrală

Cauza constă într-o oxigenare insuficientă la nivelul plămânului în tulburările de hematoză din insuficiența respiratorie sau o contaminare cu sânge venos în cardiopatiile congenitale cu șunt dreapta-stânga.

Clinic cianoza centrală este o cianoză caldă, interesând extremitățile (acrocianoză), mucoasa bucală (buze, limbă), lobul urechii.

În raport cu mecanismul deficitului de oxigen, cianoza centrală are următoarele forme:

- cardiacă
 - afecțiuni cardiace care produc stază pulmonară exprimată: insuficiență cardiacă dreaptă, stângă și globală, stenoza mitrală, pericardita constrictivă, stenoza arterei pulmonare;
 - afecțiuni cu șunt dreapta-stânga;
- pulmonară: emfizem, bronșită cronică, bronhopneumonie, fibroze pulmonare
- mixtă

Se asociază frecvent cu degetele hipocratice.

Cianoza de tip periferic

Creșterea concentrației de hemoglobină redusă se realizează prin consum exagerat periferic de oxigen datorat stazei sângelui în rețeaua capilară venoasă și periferică.

Caracteristică este acrocianoza rece, distală. Scăderea temperaturii se datorează tot stazei prelungite, eventual combinată cu vasoconstricție arteriolară.

Poate fi generalizată (stagnare venoasă ca în insuficiența cardiacă, colaps de diferite etiologii) sau localizată (tulburări de reglare a circulației periferice, obliterarea venoasă de orice natură, obliterarea arterială asociată cu stază venoasă).

Cele două mecanisme se pot combina, realizând o cianoză mixtă.



Cianoză periunghială



Arteriopatie obliterantă



Tetralogia Fallot

EDEMELE

Edemul reprezintă o acumulare de lichid în spațiul interstițial, respectiv extracelular, extravascular. Cauzele care pot să ducă la formarea edemelor sunt:

- **creșterea presiunii intracapilare**
 - **scăderea presiunii coloid-osmotice a plasmei**
 - **creșterea permeabilității capilare**
 - **insuficiența circulatorie limfatică**
 - **retenția de sodiu și de apă**
- **creșterea presiunii intracapilare:**
 - insuficiența cardiacă dreaptă,
 - tromboflebita,
 - compresiuni venoase;
 - **scăderea presiunii coloid-osmotice a plasmei:**
 - aport insuficient de proteine (sindrom de malnutriție - malabsorbție),
 - afecțiuni hepatice severe (sinteză deficitară de proteine),
 - pierderi crescute de proteine (sindromul nefrotic),

- **creșterea permeabilității capilare:**

- edemul inflamator,
- edemul alergic,
- aneemia din glomerulonefrita acută,
- anoxia din insuficiența cardiacă,

- **insuficiența circulatorie limfatică** = limfedemul - afectarea canalelor sau a ganglionilor limfatici;

- **retenția de sodiu și de apă:**

- aport excesiv pentru capacitatea de eliminare renală = insuficiența cardiacă,
 - diminuarea filtrării glomerulare = glomerulonefrita acută (GNA),
 - resorbția excesivă de apă și sodiu de către tubul contort distal ca urmare a stazei circulatorii din insuficiența cardiacă, tulburărilor hormonale (hiperaldosteronism, hipercorticism, hiperfoliculinism) sau secundară unor medicamente (preparate hormonale, antiinflamatorii nesteroidice, cortizon).
- 



Semnul
godeului





Tromboflebita

Caracteristici clinice ale diferitelor tipuri de edeme

Edemul cardiac: este un edem decliv, bilateral, simetric, cianotic, rece. La bolnavul în ortostatism apare la maleole, gambe, fața internă a tibiei, iar la bolnavul în clinostatism în regiunea lombosacrată.

- La început este intermitent - vespéral, favorizat de ortostatism și eforturile fizice din cursul zilei. Dispare în repaus, lipsește dimineața după repaus nocturn.
- Are caracter progresiv - apare la eforturi din ce în ce mai mici și apoi devine permanent. Este simetric însă poate predomina pe o parte în caz de decubit lateral prelungit.
- La început este alb și moale, devenind în stadii avansate ferm, cianotic, dureros. Invadează treptat membrele inferioare, scrotul, abdomenul, regiunea lombosacrată, dorsală, cu timpul se generalizează cuprinzând fața și pleoapele și se asociază cu hidrotorax, ascită, edem visceral.
- Mecanisme de producere: hipertensiune venoasă prin stază venoasă, retenție hidrosalină, reducerea fluxului sanguin renal – hipersecreție renină-angiotensină-aldosteron, hiperaldosteronism secundar cu retenție de sodiu și apă.



Edem
cardiac



Edem cu dermita de staza



Edemul renal: este un edem palid, moale, apare cu predilecție în regiunile cu țesut subcutanat lax (pleoape, față, organele genitale).

- Este mai pronunțat dimineața și diminuează în cursul zilei. În evoluție se extinde repede la gambe, coapse, regiunea sacrată, lombară, perete abdominal. Se asociază cu hidrotorax, hidropericard, ascită, edeme viscerale.
- Mecanisme de producere: retenție hidrosalină, scăderea presiunii coloid-osmotice a plasmei, hiperpermeabilitate capilară.
- Apare în nefrite, sindrom nefrotic.

Edemul hepatic: este un edem generalizat, simetric, cu nuanță icterică.

- 
- 
- 
- 
- Mecanism de producere: scăderea presiunii coloid-osmotice a plasmei.
 - Apare în ciroza hepatică, unde se produce obstrucția circulației portale cu sindromul de hipertensiune portală și apariția ascitei = colecție lichidiană în cavitatea peritoneală.



Edem alb, moale, pufos – sindrom nefrotic



Semnul valului



Edemul venos: apare în tromboflebite și compresii venoase. Are culoare albastră în “flegmatia coerulea dolens” sau albă în “flegmatia alba dolens”.

Edemul inflamator: este un edem localizat, unilateral, însoțind semnele inflamației (durere, roșeață, temperatura locală crescută). Apare prin creșterea permeabilității capilare.

Edemul alergic: apare caracteristic la față, pleoape, buze, limbă. Se însoțește de prurit, erupții urticariene. Apare prin creșterea permeabilității capilare.

Edemul angioneurotic Quincke: este un edem acut, circumscris, impresionant, cu edem glotic și asfixie. Interesează îndeosebi fața, cu predilecție pentru pleoape sau buze.

Edemul endocrin: apare în disfuncția mai multor glande endocrine: mixedemul, sindromul Cushing.





Tromboflebite



Edem inflamator



Edem inflamator



Cushing

Hipotiroidie





Limfedemul: edem palid care apare pe fața dorsală a mâinilor sau picioarelor în obstrucții limfatice prin procese tumorale. O formă deosebită a edemului limfatic o reprezintă “elefantiazis-ul”, care este expresia unei insuficiențe hepatice foarte exprimate. În elefantiazis pielea este mult îngroșată, dură și la nivelul ei în evoluție pot apare tulburări trofice.

Edemul carențial: este difuz, aspect foarte variabil, apare prin deficit de aport (edemul de foame, edemul de război), prin deficit de utilizare (sindrom de malabsorbție, gastrectomie, diaree cronică, afecțiuni hepatice, pancreatice) și prin hipoproteinemie congenitală.



Edemul cașectic: apare prin hipoproteinemie caracteristică fazelor înaintate ale afecțiunilor cașectizante (cancere, tuberculoză pulmonară, ciroze hepatice, anemii severe).



Anasarca = generalizarea edemelor cu apariția de transsudate în cavitățile pleurale, pericardică, peritoneală, testicular (hidrocel), articulații (hidartroze).



Elefantiazis



Ascita

CIRCULAȚIA VENOASĂ COLATERALĂ

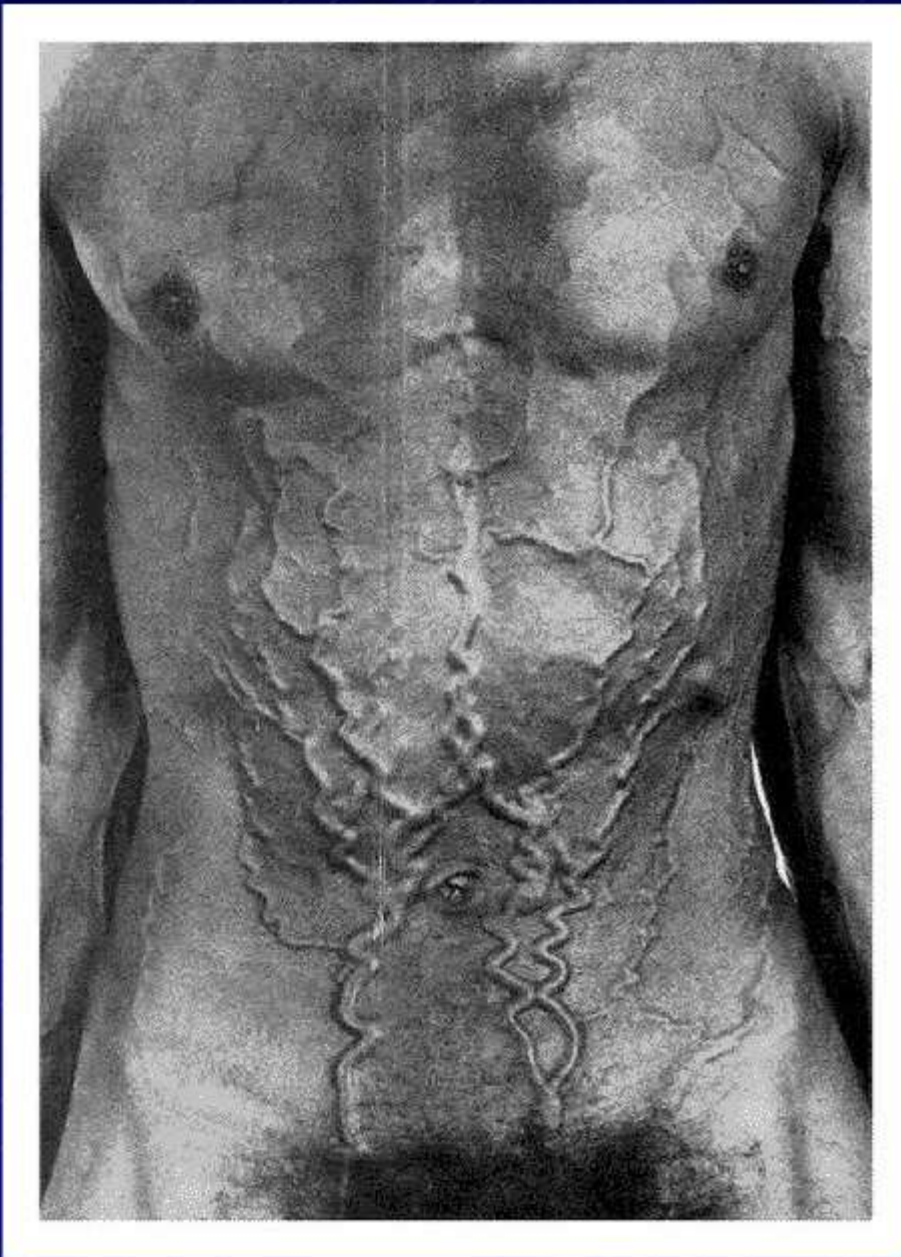
- În mod normal, vene dilatate se pot vedea doar pe fața dorsală a mâinilor și picioarelor. În cazul în care vene dilatate sunt vizibile la examenul tegumentelor și în alte regiuni, vorbim de circulație venoasă colaterală, care denotă întotdeauna un proces patologic. Procesele obstructive ale venelor mari situate profund, determină dilatarea venelor superficiale subcutanate.
- Se disting 4 tipuri mai frecvente de circulație venoasă colaterală, după mecanismul lor de producere:
 - a) **obstrucția venelor profunde ale extremităților.** Este forma cea mai frecvent întâlnită în clinică. Apare în caz de tromboflebită profundă a membrelor, mai frecvent inferioare. Este prezentă circulația venoasă subcutanată la nivelul membrului afectat, edem unilateral + celelalte semne de inflamație.
 - b) **obstrucția venei cave superioare** apare în tumorile mediastinale sau cancerele bronhopulmonare compresive. Venele colaterale subcutanate sunt vizibile la nivelul peretelui anterior al toracelui.

În caz de sindrom al venei cave superioare caracteristic apare edemul în pelerină (gulerul lui Stokes) care este un edem dur, fără godeu, localizat la față, gât, membre superioare și 1/3 superioară a toracelui + cianoza.

- 
- c) **obstrucția venei cave inferioare.** Aceasta determină apariția edemului, cianozei și circulației venoase colaterale subcutanate în jumătatea inferioară a corpului (membre inferioare, pe părțile laterale ale abdomenului, partea inferioară a toracelui).
 - d) **obstrucția circulației portale.** Determină apariția circulației venoase colaterale la nivelul abdomenului, colateralele fiind situate radier în jurul ombilicului (aspect clasic de “cap de meduză”). Este o circulație colaterală porto-cavă (prin venele periombilicale, gastro-esofagiene și hemoroidale, care toate sunt dilatate).

Cauze de obstrucție a circulației portale:

- 
- 
- 
- 
- ciroza hepatică (cea mai frecventă),
 - obstrucția subhepatică = tromboza venei porte,
 - obstrucția suprahepatică = tromboza venelor hepatice (așa numitul sindrom Budd-Chiari).



Circulatie colaterala



Circulatie colaterala – cap de meduza



TULBURĂRILE TROFICE CUTANATE

a) **degerăturile** sunt determinate de expunerea la frig, localizate la extremități (degete, urechi), de intensitate diferită (de la simpla hiperemie, în degerăturile de gradul I, la necroză în degerăturile de gradul IV).



b) gangrena reprezintă necrozarea tegumentelor și celorlalte țesuturi moi. La început se manifestă printr-o colorație albastră-neagră a pielii, apoi se produce necroza țesutului, cu eliminarea lui. Gangrena poate fi uscată sau umedă. Gangrena umedă apare secundar suprainfecției bacteriene cu germeni anaerobi. Boli care evoluează cu gangrene: arteriopatiile periferice în stadiul IV de evoluție, ocluziile arteriale periferice prin embolii. Diabetul zaharat este un factor agravant al acestor boli.





c) **escara** este o gangrenă profundă, interesând, pe lângă tegumentele, mușchii și chiar osul. Escarele apar în regiunile expuse presiunii corporale (fese, călcâie, coate, regiunea sacrală) la bolnavii gravi, care nu se pot mobiliza (bolnavi comatoși, bolnavi cu accidente vasculare cerebrale, insuficiență cardiacă ireductibilă) și care nu beneficiază de o îngrijire suficientă prin mobilizare pasivă și masaj.



d) ulcerul perforant plantar (mal perforant) este o ulcerație profundă, rotundă, situată în talpă, la nivelul porțiunii distale a primului sau a celui de al V-lea metatarsian. Cauze: tabes, diabet zaharat.





e) **ulcerul varicos** este o ulcerăție profundă, cu margini neregulate, ce apare la nivel gambier, fiind cauzat de tulburările de circulație venoasă ce caracterizează insuficiența circulatorie venoasă cronică din varicele membrelor inferioare sau sindromul posttrombotic de la acest nivel. Extremitatea afectată este cianotică. Denotă o evoluție nefavorabilă a afecțiunii venoase și are o vindecare lentă.