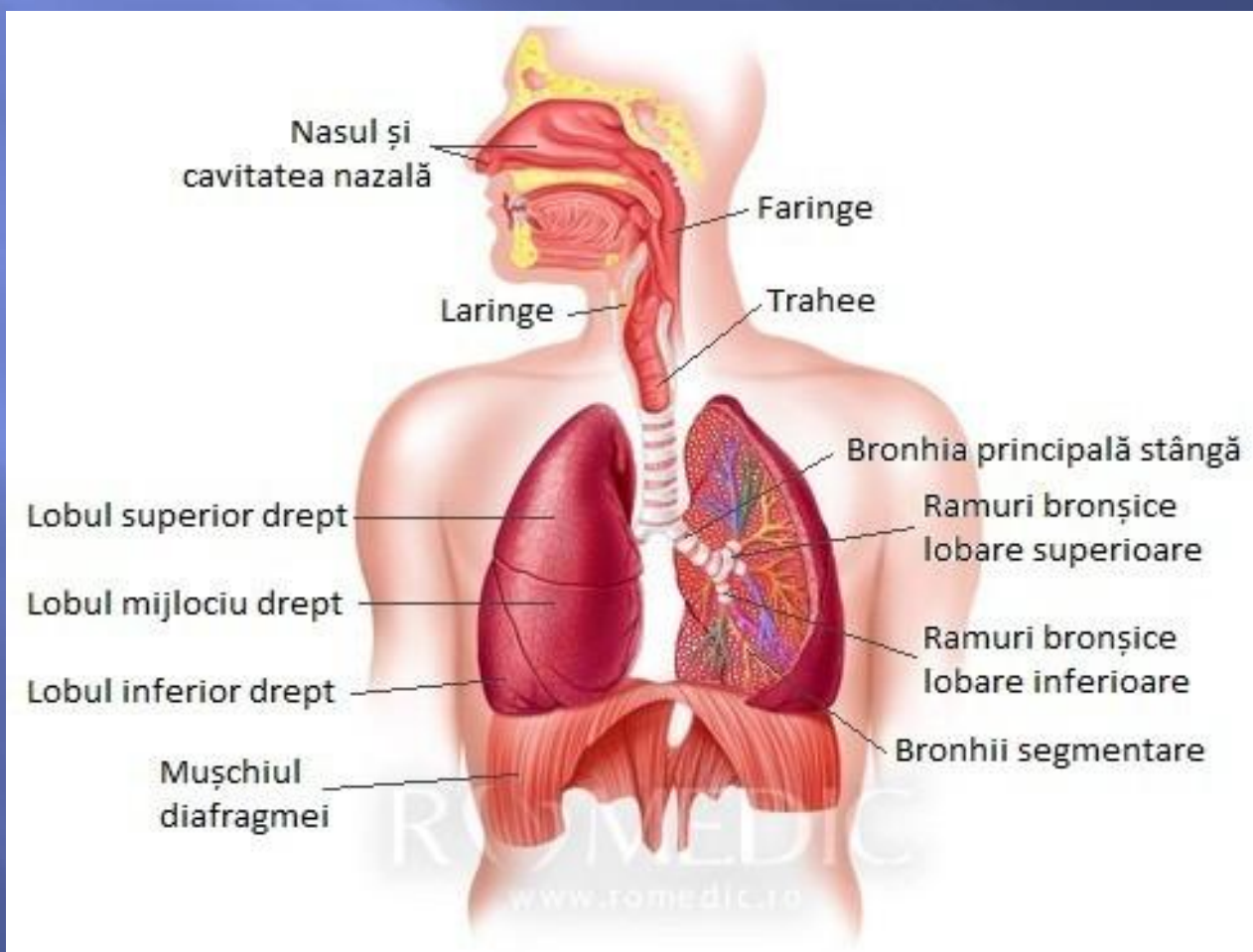


APARAT RESPIRATOR



ANAMNEZA



ANAMNEZA

1. Vârsta.

La sugar și copilul mic infecțiile căilor aeriene superioare (rinofaringite, traheobronșite, bronhopneumonii).

La pubertate și la adulții tineri astm bronșic, TBC, , pneumoniile

La vârstnici o incidență ridicată a bronșitei cronice, emfizemul pulmonar,

2. Sexul

La bărbați predomină BPCO, cancerul bronhopulmonar,
femei predomină astmul bronșic.

3. Antecedente heredo-colaterale

Astmul bronșic și boala cronică pulmonară. - pot avea caracter ereditar.

TBC - posibilitatea contagiunii intrafamiliale trebuie avută în vedere.

4. Antecedente personale patologice

Virozele respiratorii repetate → pneumonii, astm bronșic.

Vegetațiile adenoide (polipii nazali) → astm bronșic.

Urticaria și edem Quincke → astmul bronșic.

ICC stg. care determină stază în mica circulație → infecții pulmonare, bronșite și pneumonii.

Diabetul zaharat agravează tuberculoza pulmonară sau alte pneumopatii infecțioase.

ANAMNEZA

5. Condiții de viață și muncă

- **Fumatul** reprezintă un factor de risc important pentru cancerul pulmonar, BPCO și poate agrava infecțiile pulmonare.
- **Alimentația dezechilibrată, consumul de alcool și locuința insalubră** sunt condiții favorizante pentru afecțiunile respiratorii acute, cronice și pentru tuberculoza pulmonară.
- La locul de muncă, **pulberile minerale sau organice, gazele toxice și temperaturile excesive**, favorizează inflamația mucoasei bronșice și alveolare și pot produce bronșita acută și cronică, edemul pulmonar acut, uneori pneumoconioze (silicoza, antracoza etc) și astmul bronșic.
- **Tratamentul prelungit cu antibiotice** produce micoze pulmonare.

ANAMNEZA

6. Istoricul bolii

Debutul afecțiunilor respiratorii poate fi : acut sau insidios.

debut acut : virozele respiratorii, bronșita acută, pneumonia francă lobară, pneumoniile virotice, pleureziile,

debutul insidios bronșitele cronice, emfizemul pulmonar, chistul hidatic pulmonar, bronșiectaziite, neoplasm bronhopulmonar.

SIMPTOMATOLOGIA RESPIRATORIE

a) *Simptome de ordin general :*

- alterarea stării generale,
- astenie,
- febră, frisoane,
- transpirații,
- inapetență,
- scădere ponderală

b) *Simptome de ordin local :*

- DISPNEE
- TUSE
- HEMOPTIZIE
- DURERE TORACICĂ

SIMPTOMATOLOGIA RESPIRATORIE

Tusea

Tuse persistentă, chinuitoare, poate determina vomă, sincopă, dureri musculare, fracturi costale, agravarea herniilor abdominale, inghinale.

Tusea severă, dureroasă, persistentă, lătrătoare în laringită, tumoră laringiană,

În traheită este tuse dureroasă

În bronșită tusea este productivă, frecventă dimineața

În astm bronsic tusea este seacă sau productivă, frecvent nocturnă sau după expunere la aer rece
alergenii

În TBC tusea este asociată cu febră, scădere ponderală

În bronșiectazii, abces pulmonar tusea este însoțită de expectorație purulentă, cu miros fetid, în cantitate crescută, uneori hemoptoică

Tipuri de tuse •

- Lătrătoare – compresii traheo-bronsice;
- Stinsă, voalată – TBC, neoplasm, crup difteric;
- Metalică – pneumotorax, tumori mediastinale, cavernă TB, anevrism aortic;
- Afonă – paralizia corzilor vocale, neoplasm laringian;
- Aspră, răgușită – laringită.

Orice tuse persistentă >2 săptămâni trebuie investigată!

CARACTERISTICILE TUSEI

Tusea seacă - neproductivă, iritativă;

Cauze Faringita/laringita/sinuzita cronică, expunerea la praf, gaze iritante, Aspiratia de corpi străini; Anevrism aortic; Dilatarea atriului stang; Indusa medicamentos (IECA, beta-blocante)

Tusea productivă

Producția zilnică normală de mucus - 10-20 mL;

Cantitate ↑ in - abcesul pulmonar;

↓ in - TBC pulmonar (la debut) bronșiectazii; pneumonie; neoplasm bronhopulmonar; bronșita acută și cronică.

Expectorația VERDE - uneori normal (dimineata); - infecții cu Pseudomonas;

ROSIE - TBC, cancer pulmonar;

RUGINIE - pneumonie streptococică; ROZ, spumoasă - edem pulmonar;

NEAGRĂ - fumători; - mineri (pneumoconioză); - infecții bacteriene sau fungi

ORARUL DE APARIȚIE –

Tuse matinală –bronșiectazii

Tuse nocturnă-astm, afecțiuni cardiace

Tuse vesperală - Tuberculoza pulmonară

Tuse continuă - Infecții respiratorii

FACTORII PRECIPITANȚI SAU AGRAVANȚI AI TUSEI

Fumatul, ceața, poluarea atmosferică -----> Bronșită cronică;

Efortul -----> Astm bronșic, emfizem pulmonar, afecțiuni cardiace;

Schimbarea poziției -----> Cavernă TBC, abces, bronșiectazii.

HEMOPTIZIA

Este expectorația cu sânge roșu deschis, proaspăt, aerat , care apare în prezența altor factori cum ar fi :

- efort de tuse
- istoric de patologie pulmonară
- absența melenei

Se asociază cu: paloare, anxietate, transpirații reci , dispnee, tahipnee, lipotimie, tahicardie .febră, HipoTA

MINIMĂ: striuri de sange : 50-150 ml/24h

MEDIE: 150-250 ml/24h

MARE: 250-500 ml/24h : > 500 ml/24h

Cea mai importantă cauză de deces în cazul hemoptiziei se datorează aspirației și asfixiei, și nu exangvinării!!!

CAUZE PULMONARE

TBC,

CANCER PULMONAR

INFARCT PULMONAR

BRONSIECTAZIA

ASPERIGILOZA

ABCESUL PULMONAR

TRAHEOBRONSITA

PNEUMONIA CU CORP STRAIN

TUMORA PULMONARĂ BENIGNĂ

TRAUMATISM TORACIC

DISPNEEA

este o tulburare a respirației tradusă subiectiv prin senzația "lipsei de aer" (de sufocare) și obiectiv, prin modificarea unuia sau mai multor parametri ai mișcărilor respiratorii (frecvență, ritm, amplitudine).

GRADUL DE SEVERITATE AL DISPNEEI

0 **Fără dispnee**, cu excepția efortului fizic intens

1 Dispnee la mersul grăbit pe plan orizontal sau la mersul pe plan înclinat

2 Pacientul merge mai încet decât cei din categoria sa de vârstă- pe plan orizontal sau se oprește și are nevoie de o pauză de 15 min de mers obișnuit pe plan orizontal

3 Se oprește și are nevoie de o pauză după câteva minute de mers pe plan orizontal

4 Are dispnee în timpul activităților zilnice obișnuite (îmbrăcat, mers la toaletă) și nu poate părăsi locuința

MODALITĂȚI DE DEBUT

- **cu debut brusc:** Pneumotorax .Astm bronic. Edem pulmonar acut .Embolie pulmonară. Corp străin în căile respiratorii principale .
- **progresivă, în săptămâni, luni** . Efuziune pleurală. Boală pulmonară interstițială. Anemie. Obezitate. Ascită. Sarcină.
- **Cronică, progresivă în luni, ani** BPCO, Fibroză pulmonară

TIPURI DE DISPNEE

ORTOPNEEA - dificultatea de a respira în poziție culcată, ameliorată la ridicarea în șezut sau în ortostatism , apare în Insuficiența cardiacă

DISPNEEA PAROXISTICĂ NOCTURNĂ - dispneea apare noaptea/dimineata devreme, în Edem pulmonar acut și Astm bronic

DISPNEEA DE EFORT apare la efort, nu și în repaus

DISPNEEA DE REPAUS

Durerea pleuritică

Localizată, ca o lovitură de pumnal/jenă difuză dureroasă

Intensificată de tuse, strănut, râs, plâns, respirul profund (sfârșitul inspirului profund)

Pacientul preferă decubitul lateral de partea afectată

Disfonia este o alterare a vocii datorită unor leziuni ale coardelor vocale, ale nervilor laringieni sau ale unor centri nervoși superiori

Cauze : laringită , neoplasm laringian , paralizie recurentă de nerv laringean

EXAMEN OBIECTIV

INSPECȚIA

Starea generală a bolnavului: în afecțiunile respiratorii poate fi variată

Starea de nutriție: emaciere (tuberculoză pulmonară cu leziuni extinse, neoplasm pulmonar, supurații pulmonare prelungite etc.);

Inspecția tegumentelor și mucoaselor:

- fața vultuoasă (roșeața feței și îndeosebi a pomeților), frecvent cu o dominantă unilaterală, de partea bolnavă și adesea însoțită de herpes labial și nazal, este caracteristică pentru pneumonia bacteriană (facies pneumonic);
- paloarea feței, este întâlnită la tuberculoși;
- cianoza feței (colorația violacee a buzelor, nasului, pomeților și urechilor), este frecvent întâlnită în afecțiunile respiratorii;

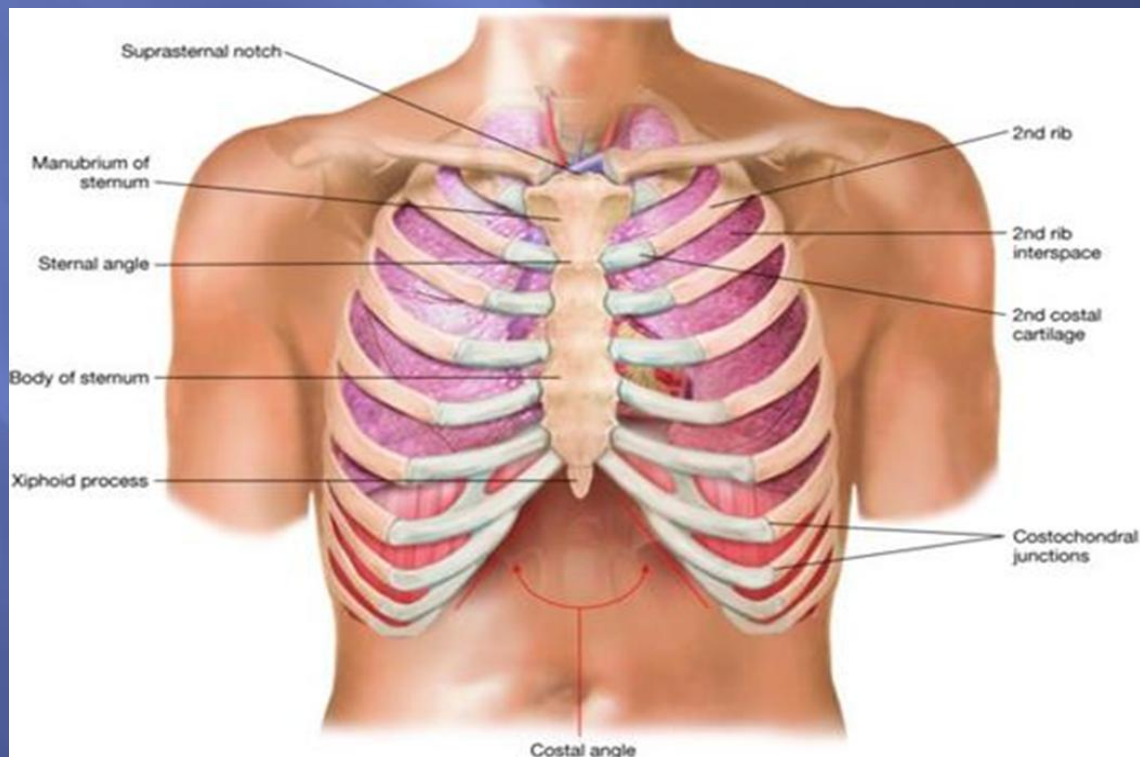
Degetele hipocratice (deformarea degetelor în formă de sticlă de ceasornic și îngroșarea ultimelor falange prin hipertrofie periostală) apar în suferințe respiratorii complicate cu insuficiență respiratorie: bronhopneumopatie obstructivă, bronșiectazie, tuberculoză pulmonară, abces pulmonar



INSPECȚIA TORACELUI

Toracele normal este

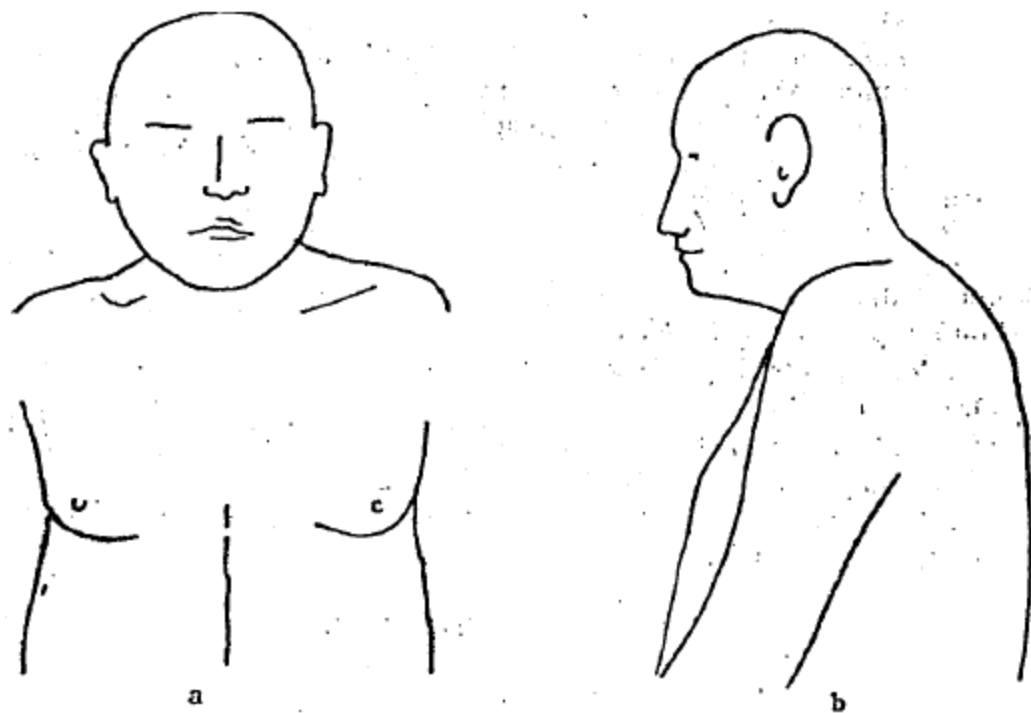
- ▣ simetric
- ▣ cu claviculele situate orizontal, cu fosele supra și subclaviculare schițate discret,
- ▣ unghiul xifoidian de aprox. 90 grade,
- ▣ coloana vertebrală dreaptă cu o ușoară convexitate posterioară
- ▣ diametrul antero – posterior este mai mic ca cel lateral, raportul este 2:1;



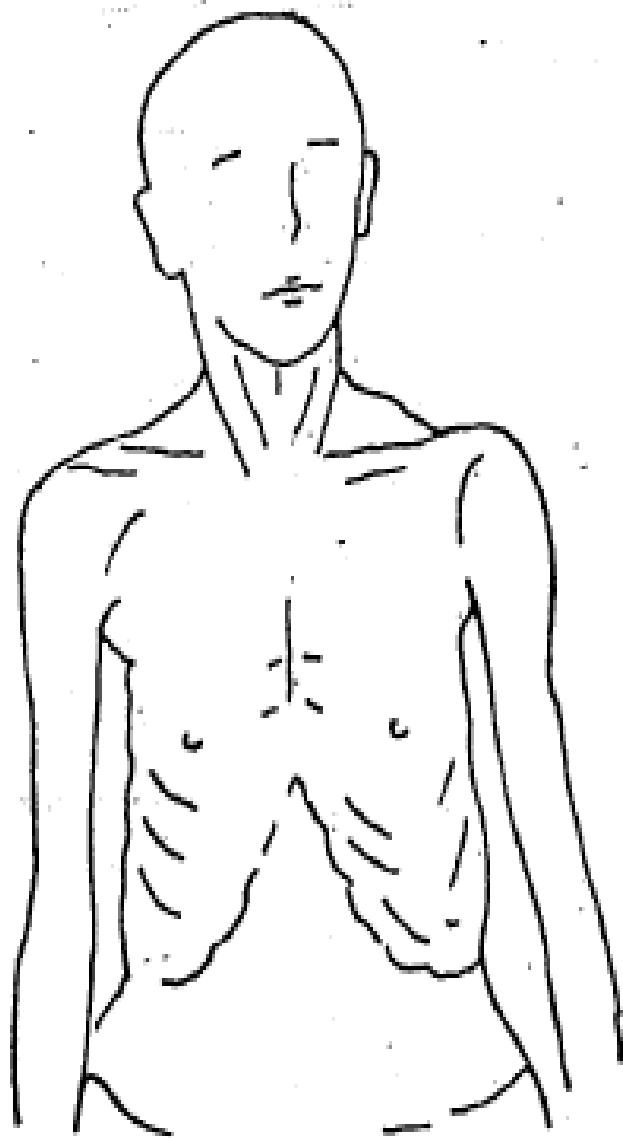
INSPECȚIA TORACELUI

- ▣ ***Toracele emfizematos*** (globulos, în butoi) : unghiul xifoidian este mărit, coastele orizontalizate, spațiile intercostale lărgite, sternul proemină, amplitudinea mișcărilor respiratorii sunt reduse, fosele supraclaviculare și subclaviculare sunt pline. Deoarece claviculele și umerii sunt ridicați, gâtul este scurt, iar capul înfundat între umeri.
- ▣ ***Toracele rahitic*** (copii și adolescenți cu carențe în metabolismul calcic, în special prin lipsa vitaminei D) nodozități ale articulațiilor condrocostale bilaterale (mătânii costale). Repercusiunile aparatului respirator sunt minime.
- ▣ ***Toracele infundibuliform***, prezintă o depresiune a extremității inferioare a sternului congenital sau dobândit. Poate surveni după unele traumatisme toracice, îndeosebi în copilărie sau la pantofari, prin presiunea exercitată de calapod în această regiune de unde și denumirea de torace “de pantofar”.
- ▣ ***torace astenic*** unghiul xifoidian este ascuțit, spațiile intercostale înguste și verticalizate

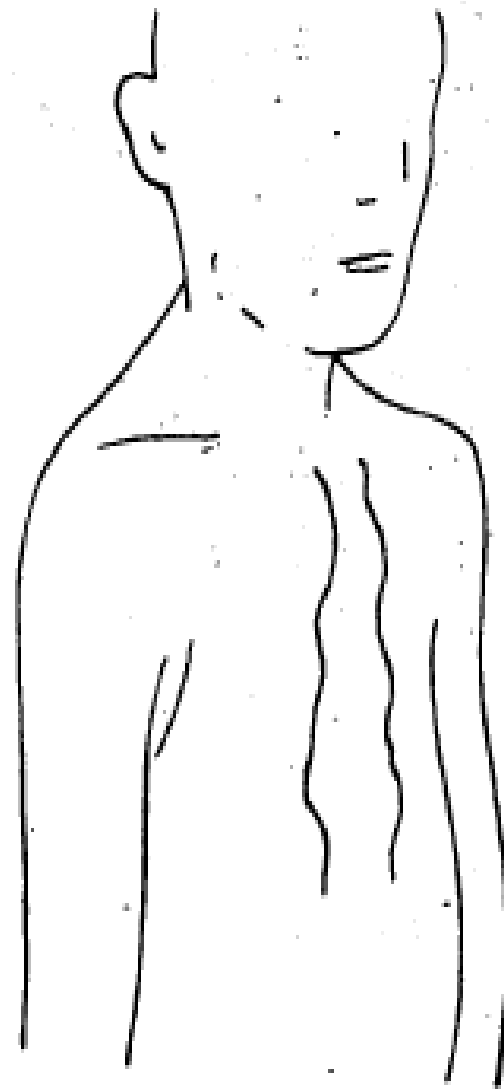
TORACE EMFIZEMATOS



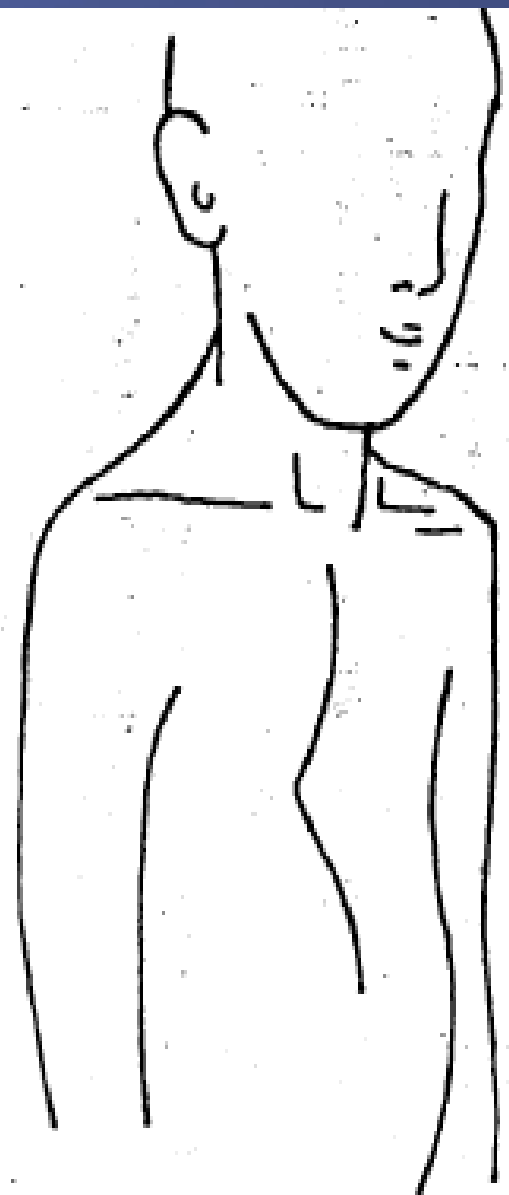
— Torace emfizematos : a) față ; b) profil.



— Torace astenic.



— Torace rachitic.



— Torace infundibuliform.

Sindroamele clinice din afecțiunile respiratorii

SINDROAME BRONȘITICE

SINDROAME DE HIPERINFLAȚIE

SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

SINDROMUL CLINIC DIN ATELECTAZIE

SINDROMUL CLINIC DIN INFARCTUL PULMONAR

SINDROAME CAVITARE

SINDROAME PLEURALE

SINDROMUL CLINIC DIN PNEUMOTORAX

SINDROMUL MEDIASTINAL

SINDROAME BRONȘITICE

Bronșita acută

inflamație acută a căilor respiratorii superioare fiind frecvent însoțită de traheită acută.

Simptome: stare generală influențată, febrilă, arsuri și dureri retrosternale, tuse cu expectorație muco-purulentă

Examen obiectiv: inspecția, palparea, percuția- normale
ascultația: raluri bronșice,

Bronșita cronică

tuse cu expectorație mucopurulentă cel puțin 3 luni pe an, cel puțin 2 aniconsecutiv

expectorația este mai abundentă dimineața – toaleta bronșiilor -
dispneea apare tardiv

Examenul obiectiv: ascultația decelează raluri bronșice

SINDROAME BRONȘITICE

Astmul bronșic

este o boală inflamatorie cronică. care se caracterizează printr-o hiperreactivitate bronșică la diverși stimuli care prin intermediul reacțiilor imunologice determină spasm bronșic, edem și hipersecreție de mucus.

determină crize de dispnee paroxistică de tip expirator însoțite de wheezing. Alergenii implicați în declanșarea crizelor de astm sunt foarte variați: polenuri, praf de casă, mușegaiuri, fungi atmosferici (levuri, mușegaiuri), alergeni alimentari (cacao, câșuni, ciocolată, etc), alergeni profesionali (lână, pene, puf, făină, etc), medicamente (listă foarte largă), poluarea, factori meteorologici, fumul de țigară, alergeni de origine animală, stressul psihic, etc.

Astmul bronșic extrinsec: apare mai ales la tineri, pe un teren alergic predispozant.

după expunerea la alergen se manifestă prin criza de astm bronșic, care poate dura aprox. 1-2 ore.

Crizele apar predominant noaptea și trezesc bolnavul cu dispnee, tuse, transpirații și o stare de agitație care se accentuează pe măsura instalării crizei.

Tusea, la început iritativă, seacă, devine productivă, la terminarea crizei, cu o expectorație albă, vâscoasă, aerată (sputa perlată).

Astmul bronșic intrinsec

apare la persoane adulte, inflamația bronșică fiind determinată de infecții.

debut subacut, după infecții respiratorii, expectorația este mai abundentă dar cu aspect mucopurulent

Astmul bronșic mixt (intricât)

– reprezintă o combinație între astm bronșic inițial și complicații infecțioase ulterioare sau apariția sensibilității alergice la un bronșitic cronic. Acești pacienți au evoluția spre emfizem pulmonar și ulterior spre cordul pulmonar cronic.

SINDROAME BRONȘITICE

Bronhopneumopatia cronică obstructivă (BPCO) include asocierea bronșitei cronice cu emfizemul pulmonar, cu predominanța uneia din componente.

la pacienții cu bronșită cronică dominantă apare tusea cu expectorație mucopurulentă, matinală la pacienții cu emfizem, predomină dispneea, rar apare tusea

Obiectiv

- degete hipocratice- aspect cianotic (blue-bloater)- la bronșitici
- aspect de pink-puffers, dispnee, polipnee, mai ales la emfizematoși
- - semne de insuficiență respiratorie cronică cu manifestări cerebrale:somnolență, tremurături

Inspecția toracelui – torace emfizematos

pink-puffers VS blue-bloaters



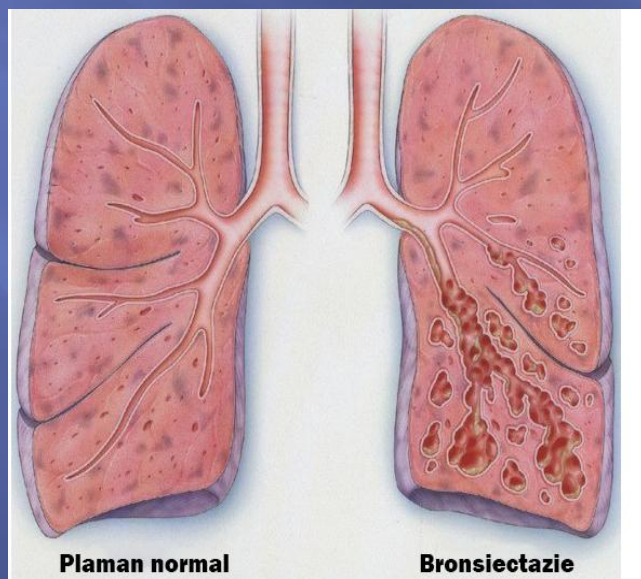
SINDROAME BRONȘITICE

Sindromul clinic din bronșiectazie

reprezintă o dilatare a bronșiilor, congenitală sau dobândită, la nivelul cărora pot stagna secrețiile bronșice. Prin suprainfecție apare supurație pulmonară cronică.

Simptome stare generală influențată, febră, astenie, transpirații, scădere ponderală, tuse cu expectorație sero-muco-purulentă (stratificată în 4 straturi: spumos, mucos, seros, grunjos) cu miros fetid, uneori pot apare și hemoptizii

Examenul obiectiv:- cianoza extremităților, febră, transpirații, degete hipocratice



SINDROAME DE HIPERINFLAȚIE

Emfizemul pulmonar

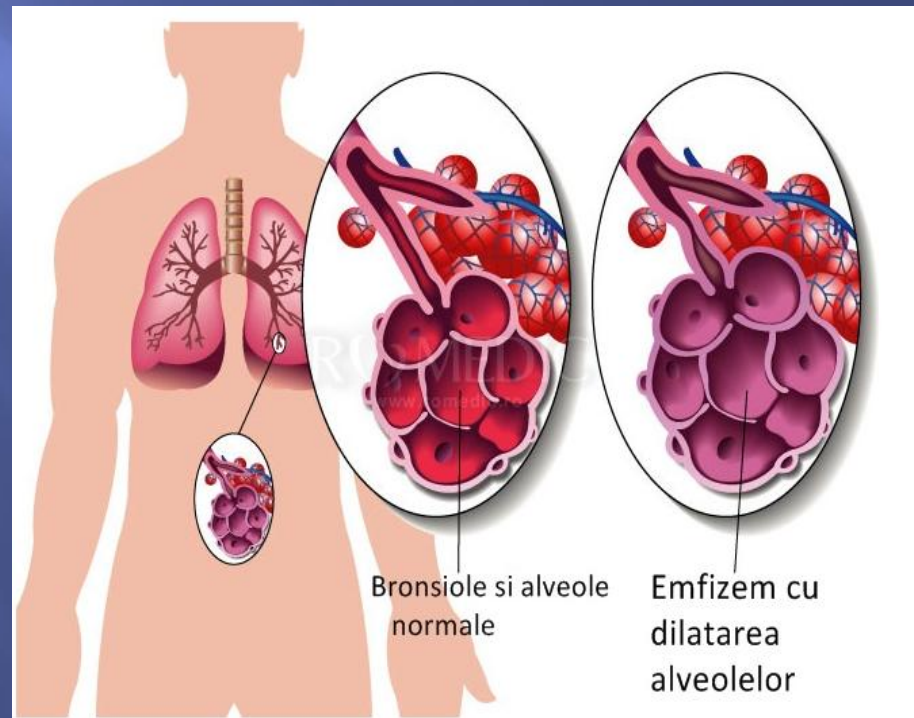
se caracterizează prin creșterea cantității de aer din plămâni, având ca urmare distrucția parenchimului.

Simptome:

- astenie
- dispnee de efort
- tuse seacă

Examen obiectiv:

Inspecție – torace emfizematos



SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

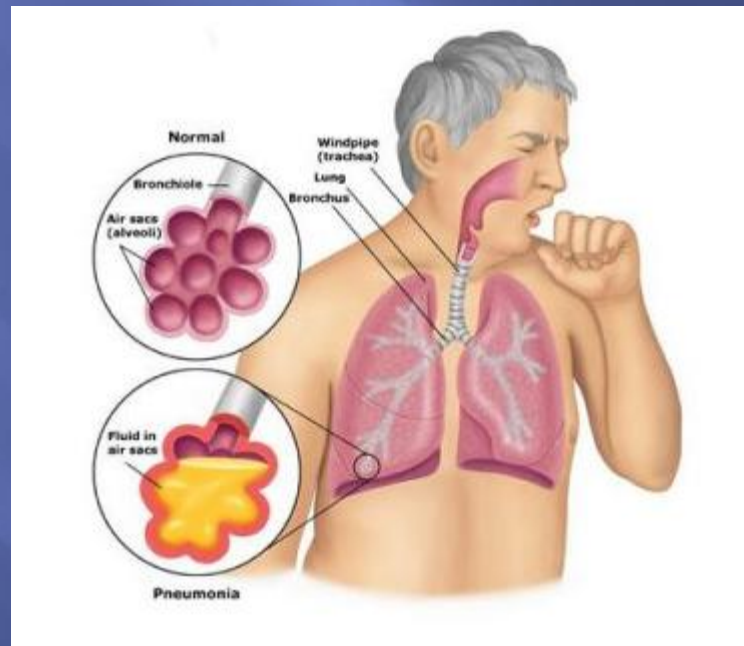
Pneumonia virală

debut insidios, cu febră, transpirații, cefalee, mialgii, aspect tipic de gripă sau viroză.

Simptome

– tuse seacă, oboseală, dispnee ușoară

Examenul clinic poate fi normal sau cel mult o accentuare a murmurului vezicular



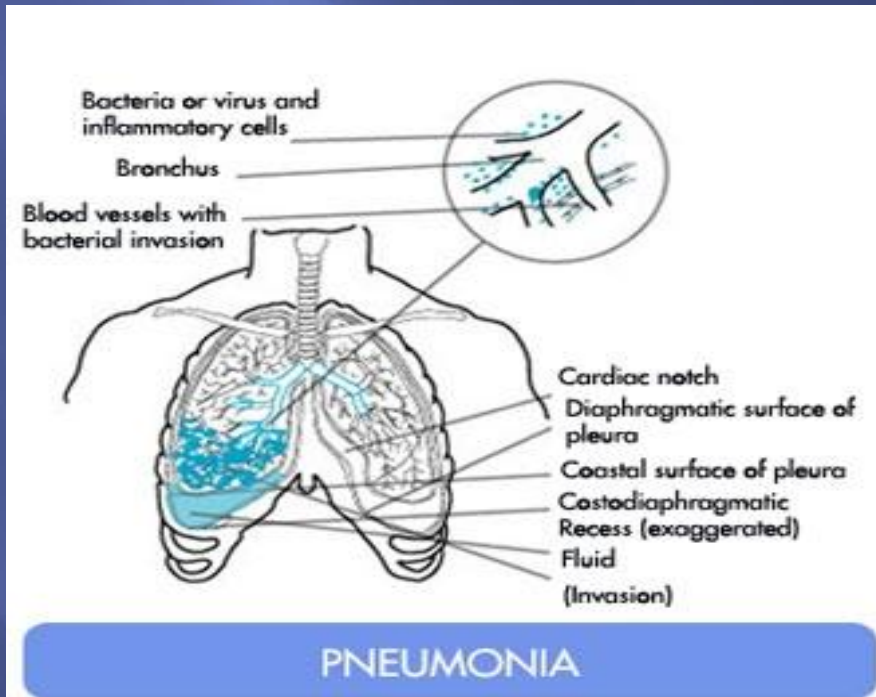
SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

Pneumonia bacteriană

Reprezintă o inflamație fără supurație a țesutului pulmonar ca reacție la infecții cu diferiți germeni: pneumococ, stafilococ, klebsiella, haemophilus influenzae,

Simptome:

- debut brusc, cu febră, 39-40 grade celsius, herpes nazo-labial, frison major, astenie, cefalee, transpirații- junghi toracic de partea afectată
- inițial, tuse seacă, iritativă apoi apare tuse productivă cu expectorație ruginie (aspect de jeleu de coacăze) și polipnee



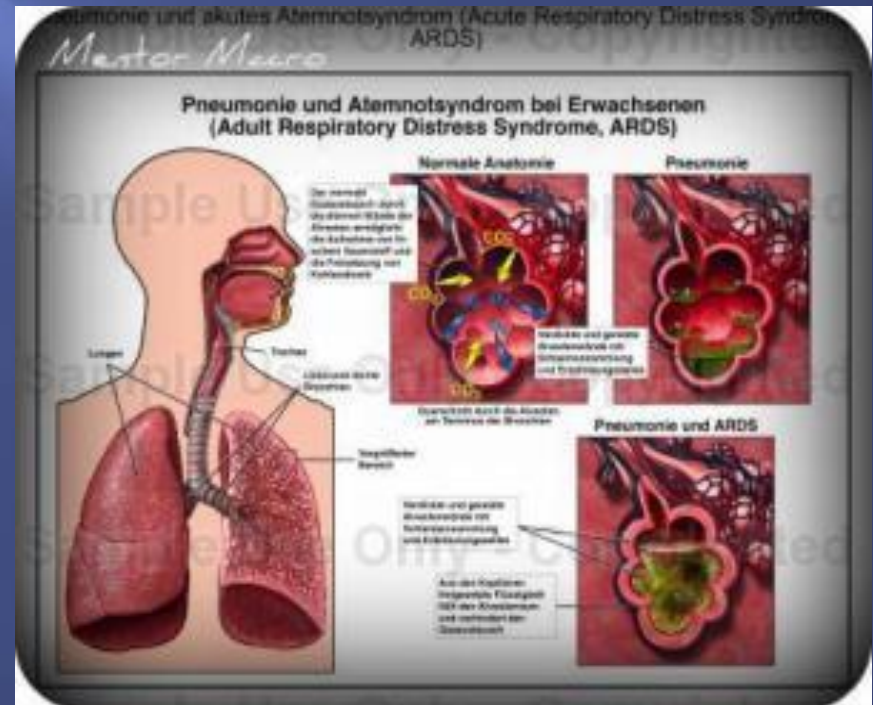
SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ BRONHOPNEUMONIA

Este una din cele mai severe boli respiratorii care afectează bolnavii tarați și în care procesul inflamator este difuz în plămân.

Simptome generale : stare generală influențată, febră peste 40 grade Celsius

Pulmonar: dureri toracice, dispnee, polipnee, cianoză marcată, tuse cu expectorație mucopurulentă

Examen obiectiv: Inspecție: polipnee



SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

ABCESUL PULMONAR

Abcesul pulmonar este o afecțiune gravă respiratorie fiind o supurație cronică în care sunt implicați germeni aerobi și anaerobi, care de obicei produc cavități la nivelul plămânului.

Examenul va decela modificări în funcție de etapa de evoluție a abcesului

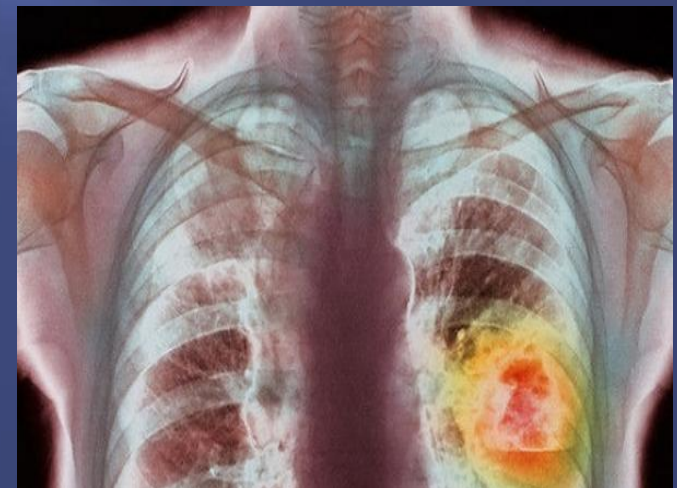
în faza de constituire: debut relativ brusc, cu febră, frisoane, dureri toracice chiar junghi, stare generală alterată, dispnee, tuse seacă inițial

Examen clinic este tipic pentru un sindrom de condensare

Examene paraclinice: - grafia arată opacitate neomogenă, slab delimitată

în faza de deschidere : apare vomica cu o expectorație sero-muco-purulentă

în faza de supurație : transpirații, scădere ponderală, dispnee moderată, scăderea febrei după vomica, expectorație fetidă



SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

Chistul hidatic pulmonar

Este o afecțiune rară și apare prin infecția cu taenia echinococcus transmisă de animale (câinele). Poate fi descoperit întâmplător cu ocazia unor radiografii sau când apare vomica cu lichid clar ca apa de stâncă.

Examenul clinic -poate realiza un sindrom de condensare sau unul cavităar, în funcție de deschiderea chistului și eliminarea prin vomică.

Paraclinic – teste ELISA pentru determinarea prezenței anticorpilor



SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

Sindromul clinic din tumorile pulmonare

poate îmbrăca mai multe aspecte clinice realizând sindroame de condensare, pleurale, cavitare sau atelectazie. Ele pot fi primare sau secundare, metastatice.

Simptome:

- sindrom de împregnare neoplazică- tuse seacă, iritativă, rebelă, hemoptizii în cantitate mică, uneori cu aspect în „jeleu de coacăze”, subfebrilități sau febră de etiologie neinfecțioasă dispnee (apare tardiv) dureri toracice care nu cedează la calmante obijnuite, scădere ponderală și alterare a stării generale
- sindromul clinic frecvent întâlnit este decondensare cu bronșie liberă sau obstruată.
- pot să apară sindroame paraneoplazice chiar înainte de manifestările clinice: tromboflebite migratorii, polimiozite, polinevrite, hipocratism digital, osteoartropatie pneumică, hipercalcemie,
- *Examenul clinic* va fi cel determinat de forma de sindrom realizat.

Examine paraclinice- radiografii pulmonare: opacitate sau opacități, atelectazie, pleurezie,

- bronhoscopie cu biopsie sau lavaj- tomografie computerizată

+/- puncție biopsie transtoracică aspirativă

- examenul sputei – celule neoplazice- examenul histopatologic sau chiar

imunohistochimic

SINDROMUL DE CONDENSARE PULMONARĂ

Sindromul clinic din tumorile pulmonare



Sindromul clinic din atelectazie

este un sindrom determinat de obstrucția unei bronșii având ca urmare un defect de ventilare pe o zonă aferentă realizând sindromul clinic de condensare cu bronșie obstruată.

Cauze: corpi străini, adenopatii compresive, tumori endobronșice sau compresive.

Simptome: date de boala de bază, semnul caracteristic fiind dispneea

- grafii toracice – opacitate retractilă, cu atragerea de partea bolnavă a traheei, diafragmului, cordului
- examen bronhoscopic pentru precizarea cauzei
- tomografie computerizată



Sindromul clinic din infarctul pulmonar

apare ca o consecință a obstruării unei ramuri a arterei pulmonare prin tromb sau embol. Sindromul realizat este cel de condensare cu bronșie liberă sau obstruată.

Cauza este obstruarea arterei pulmoanare sau a ramurilor sale de către un embol. Cea mai frecventă cauză de embolie pulmonară este migrarea unui embol de natură trombotică (cheag de sânge). Cel mai frecvent acesta provine din venele profunde ale membrului inferior sau al pelvisului, se mobilizează fragmente, care prin inima dreaptă ajung în arterele pulmonare.

De aici vine și asocierea dintre embolia pulmonară și tromboza venoasă profundă.

Simptome:

- debut brusc cu durere toracică intensă, localizată,
- tuse cu expectorație hemoptoică
- dispnee severă, polipnee
- tahicardie
- febră
- stare generală alterată

Radiografie toracică – opacitate necaracteristică sau chiar zonă de hipertransparență prin dispariția desenului vascular.

SINDROAME CAVITARE

apare după evacuarea țesutului pulmonar în cadrul unor procese pulmonare de tipul: abcesului pulmonar, TBC pulmonar, neoplasmului pulmonar, chistului hidatic pulmonar.

Simptome: sunt secundare bolii de bază.



SINDROAME PLEURALE

1. Sindromul pleural lichidian (inclusiv mezoteliom pleural) apare prin acumularea de lichid în marea cavitate pleurală din diferite cauze.

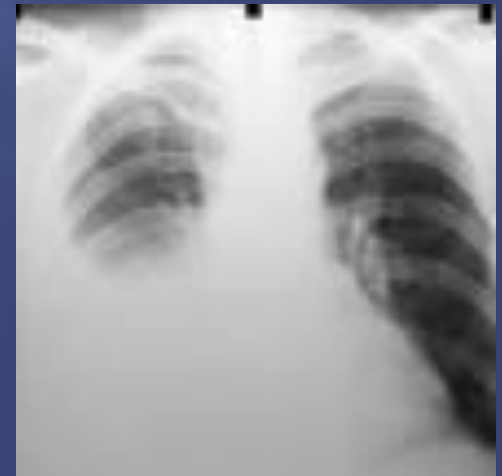
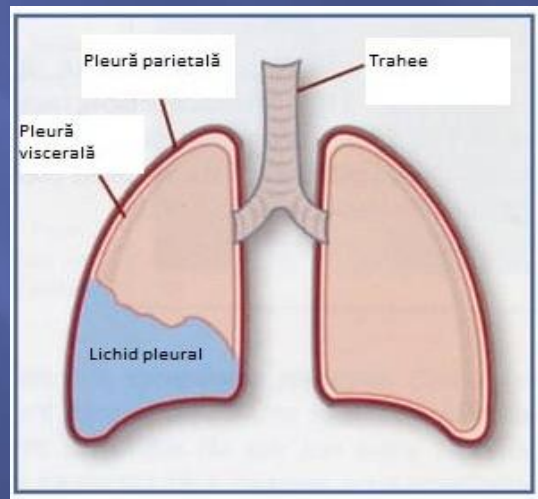
Simptome - dureri de partea afectată la debut care cedează la creșterea cantității del ichid

- dispnee (depinde de cantitatea de lichid)
- tuse seacă, iritativă
- polipnee

Examenul clinic obiectiv: Inspecție: bombarea hemitoracelui cu lichid

Radiografie toracică: opacitate lichidiană bazală cu concavitatea în sus

Puncție pleurală pentru analiza și evacuarea lichidului: reacția Rivalta, examen citologic și bacteriologic, micologic



SINDROAME PLEURALE

2. Sindromul clinic pleural solid se referă la sindroame care apar în simfize pleurale, pahipleurite și tumori pleurale.

Simptome: - tuse seacă, iritativă

- durere toracică la baza plămânului, accentuată de tuse și chiar respirație

Examenul clinic Inspecție: reducerea amplitudinii mișcărilor respiratorii la baza respectivă; uneori poate apare retracție sau tiraj

Radiografie pulmonară – opacitate bazală cu linie superioră dreaptă



SINDROMUL CLINIC DIN PNEUMOTORAX

poate apare din cauza acumulării de aer în cavitatea pleurală prin ruperea bulelor de emfizem la vârstnici sau la cei cu BPCO cu dominanță emfizematoasă;

mai frecvent în urma traumatismelor toracice;

uneori el poate fi realizat terapeutic sau în urma toracentezelor.

Din punct de vedere anatomopatologic deosebim:

Pneumotorax închis - are o evoluție favorabilă prin închiderea orificiului de pătrundere și resorbția aerului cu revenirea plămânului la perete

Pneumotorax deschis – are tendința la cronicizare prin menținerea fistulei fiind necesară intervenția chirurgicală

Pneumotorax cu supapă – cel mai grav datorită orificiului care permite doar intrarea aerului în inspir și acumularea lui în pleură cu creșterea presiunii și colabarea plămânului

Simptome: - debut brusc de obicei însoțit de durere violentă

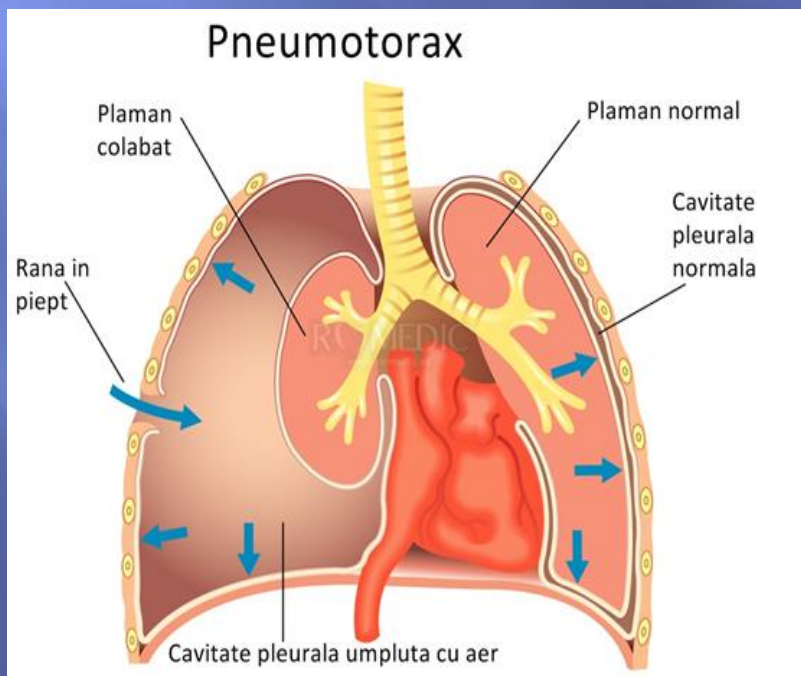
- tuse iritativă, seacă
- dispnee tot mai intensă, pe măsura acumulării de aer
- polipnee
- cianoză
- transpirații reci sau chiar stare de șoc la cele cu supapă

Examenul clinic: Inspecție: hemitorace bombat, cu amplitudini reduse, cu coaste lărgite

SINDROMUL CLINIC DIN PNEUMOTORAX

Radiografie toracică – hipertransparența hemitoracelui, fără desen pulmonar, cu plămân colabat la hil

Puncția pleurală este terapeutică și evacuatorie. Frecvent apare hidropneumotorax în urma toracentezei evacuatorii iar examenul clinic relevă semnele date de asocierea celor două sindroame



SINDROMUL MEDIASTINAL

Apare secundar unor procese patologice de tip tumoral, benign sau malign care se dezvoltă la nivelul mediastinului anterior, posterior sau mijlociu.

În funcție de organele comprimate pot să apară diverse manifestări. Sindromul clinic se manifestă prin :

- cianoza extremității faciale
- edem în pelerină,
- circulație colaterală în treimea superioară,
- dispnee,
- tuse seacă,
- disfagie, regurgitații (prin compresiunea esofagului),
- disfonie sau voce bitonală prin paralizie de recurent,
- paralizia simpaticului cervical cu sindrom Claude-Bernard-Horner,
- edem de torace asociat cu cel de membru superior,
- revărsat pleural chilos sau ascită chiloasă (prin compresiunea canalului toracic).

Cele mai frecvente cauze sunt: gușă plonjantă, adenopatii mediastinale în cadrul unor limfoame, tumori, TBC, timom, etc.

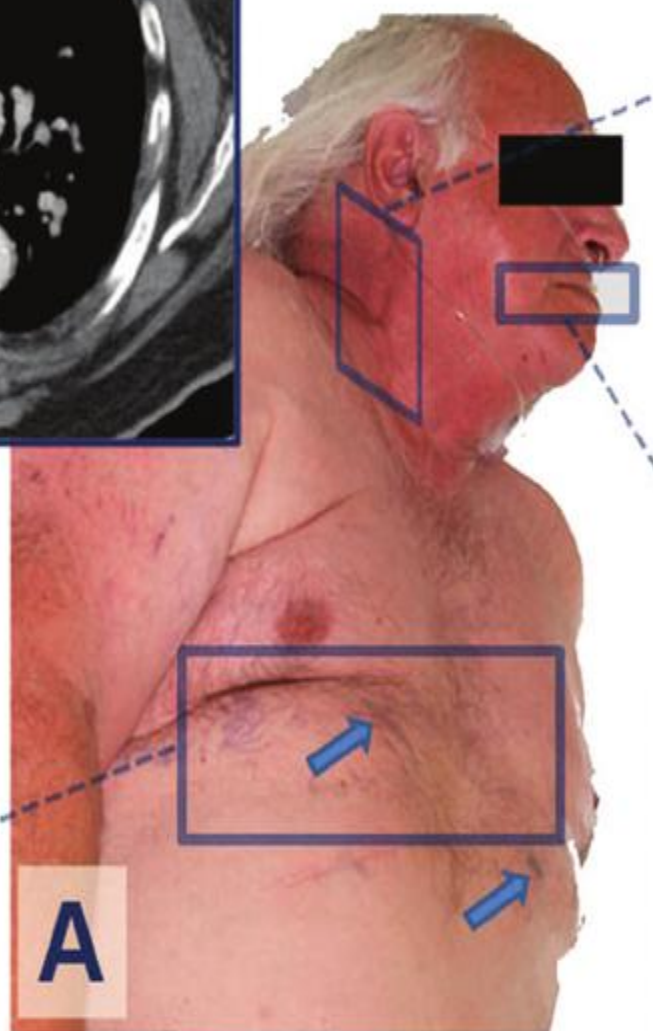
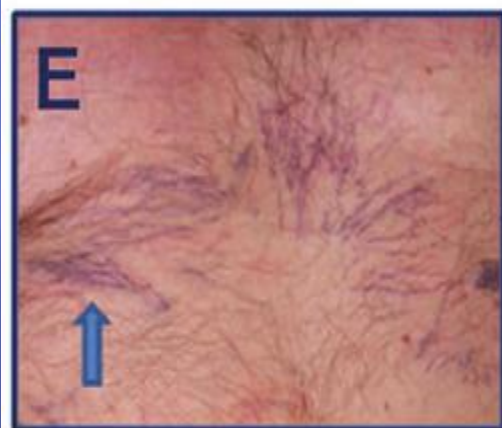
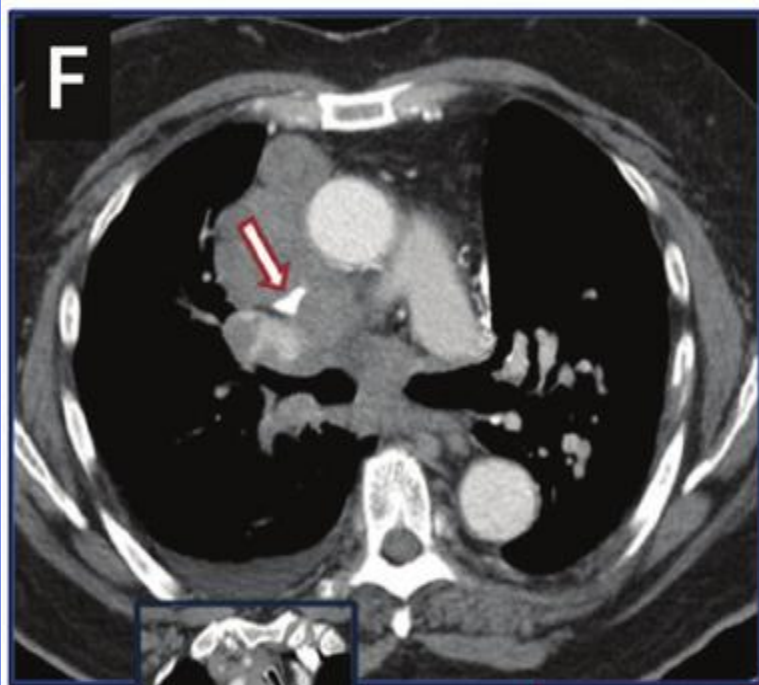
Examene paraclinice: radiografie torace,

tomografie computerizată

RMN

Puncție –biopsie sub tomograf

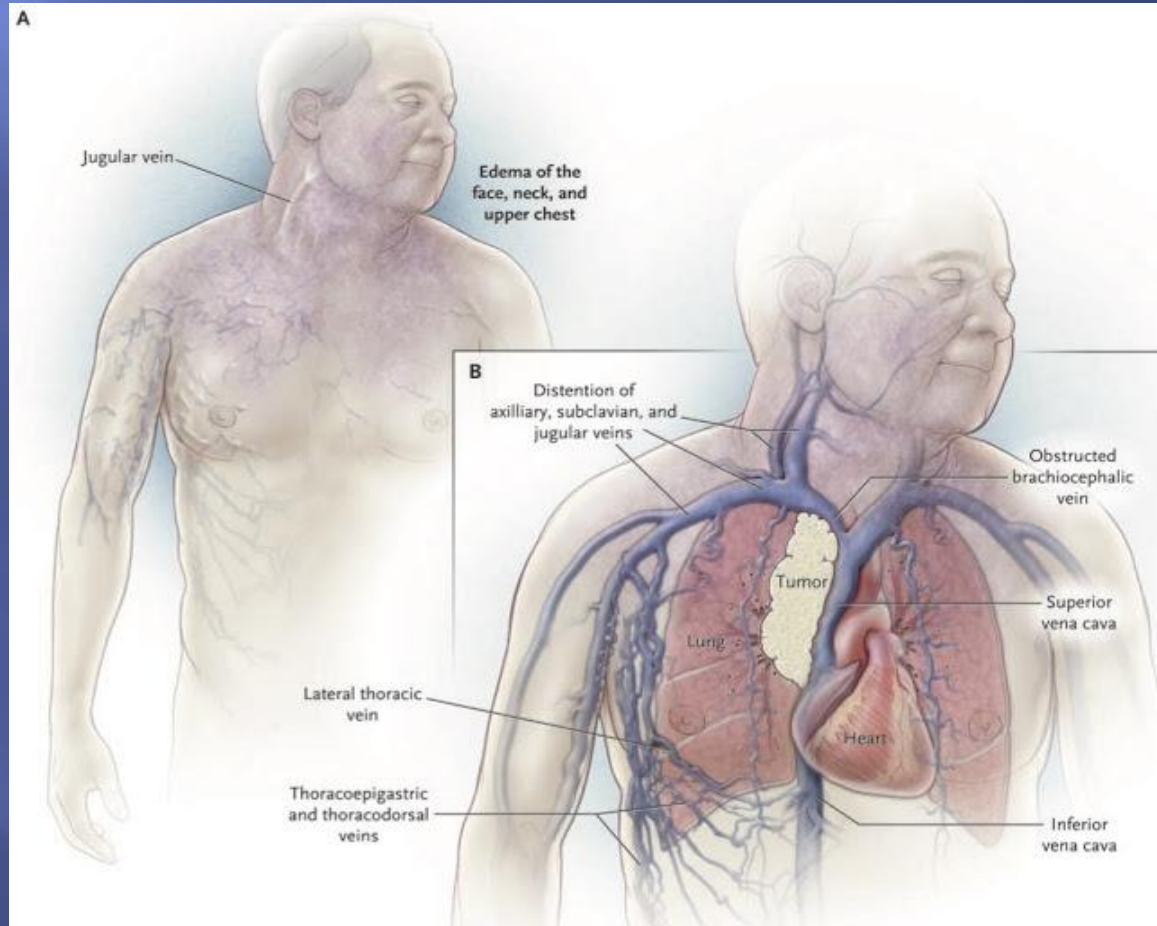
Biopsie din tumoră prin toracoscopie sau mediastinoscopie cu examen



Sîndrom de Claude Bernard Horner



Sindrom de venă cavă superioară



SINDROAME POSTTUBERCULOASE

Localizare: intraparenchimos, apical

Debut: după boala de bază

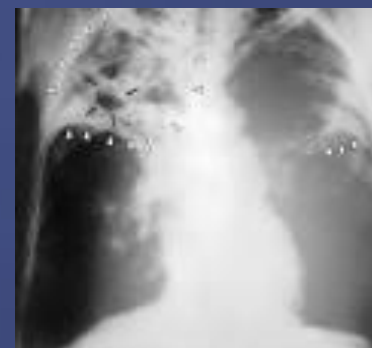
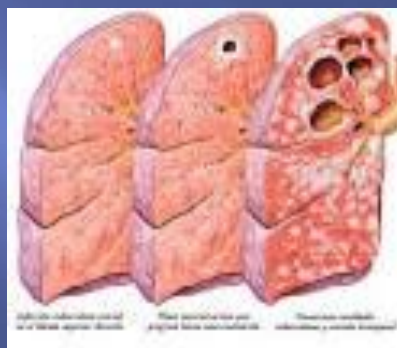
Simptome: tuse, expectorație, hemoptizie, rar dispnee

Semne: facies ftizic, palid-teros

Inspecție: asincronism respirator, tiraj

Forme de TBC pulmonară

- Primoinfecția: cu infiltrat apical
- Cu cavernă
- Pleurezia bacilară



SINDROMUL DE IMPREGNAȚIE BACILARĂ : inapetență, scădere ponderală, astenie, fatigabilitate, transpirații profuze, nocturne, subfebrilități, Tuse seacă, rar productivă, rar hemoptoică, Dureri toracice difuze

Obiectiv : paloare, roșeața pomeților, tegumente transpirate,

Simptome: tuse cu expect mucopurulentă

Semne: paloare, degete hipocratice, torace emfizematos

SINDROMUL DE APNEE ÎN SOMN

Tulburare a somnului caracterizată prin episoade recurente de pauze în respirație (apnee) sau de respirații superficiale/neregulate (hipopnee) care se însoțesc de o scădere a calității somnului și apariția somnolenței excesive diurne.

Apnee = oprirea completă a fluxului respirator cu durata de 10 secunde sau mai mult însoțită de modificări tipice EEG și/sau scădere a SaO_2 cu 3-4%

Hipopnee = scăderea fluxului respirator cu mai mult de 50% timp de cel puțin 10 secunde.

Indice de apnee/hipopnee (IA/H) – cantitatea de episoade apnee/hipopnee într-o oră de somn

SAS ușor – IA/H 5-14,9

SAS mediu – IA/H 15-29,9

SAS sever IA/H > 30

Clasificare

SAS obstructiv (84%) - întreruperea respirației apare prin blocarea fizică a căilor aeriene (colabare parțială sau totală) în ciuda continuării activității mușchilor inspiratori; se asociază frecvent cu sforăitul

SAS central (0,4%) – întreruperea respirației apare datorită lipsei prezenței efortului de a respira – abolirea activității mușchilor respiratori .

Tulburări complexe ale somnului (15%) combinație între SAS de tip central și SAS periferic

Manifestari clinice asociate SAS in timpul perioadei de veghe

- Somnolență excesivă diurnă
- Cefalee matinală
- Tulburări de memorie și concentrare
- Tulburări de personalitate
- Accidente rutiere și de muncă
- Reflux gastro-esofagian
- Hipertensiune arterială
- Impotență



Factorii de risc pentru SAS obstructiv

Obezitatea este principalul predictor al apneei de somn.

SAS obstructivă apare mai frecvent la pacienții obezi care prezintă creșteri ale circumferinței taliei și gâtului, însoțite de sforăit.

Există o relație directă între severitatea SAS (apreciată prin indexul de apnee–hipopnee) și indicele de masă corporală (BMI).

Sexul masculin

Vârsta > 40 ani

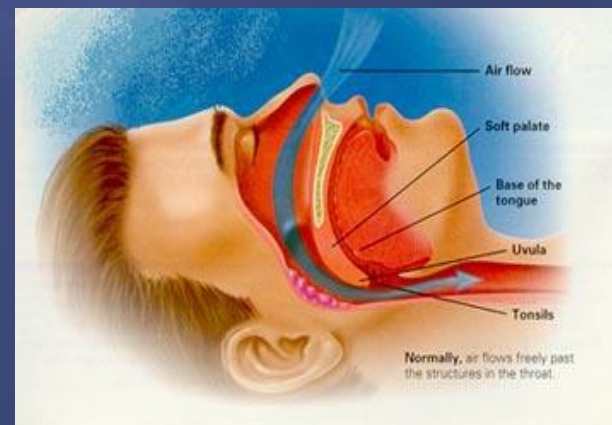
Modificări anatomice ale căilor aeriene superioare

Circumferința crescută a gâtului

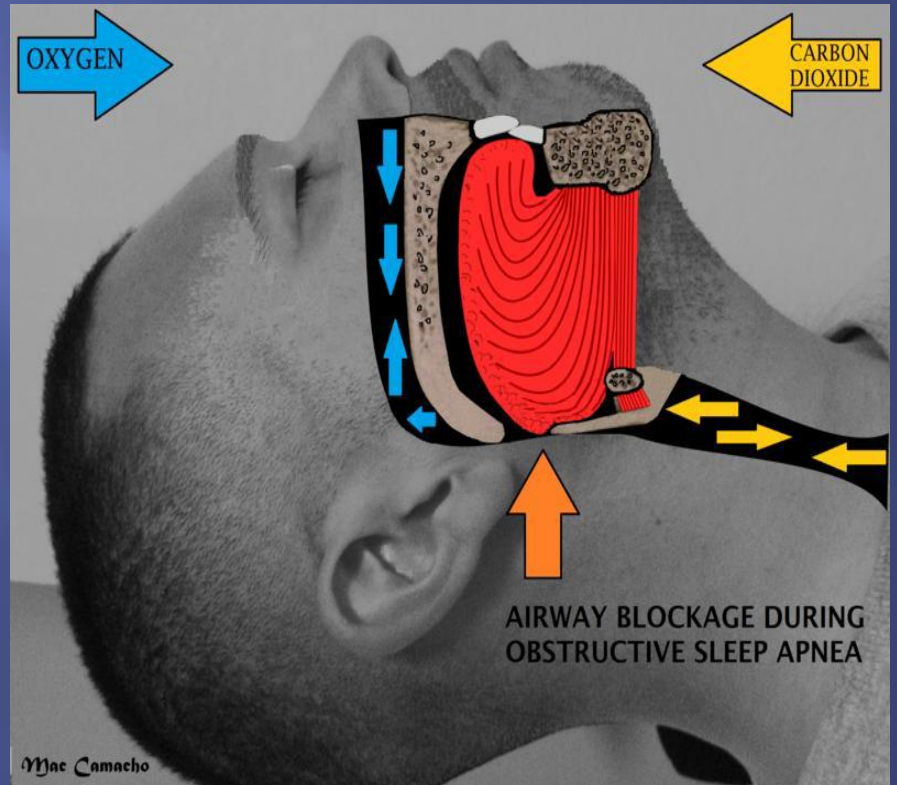
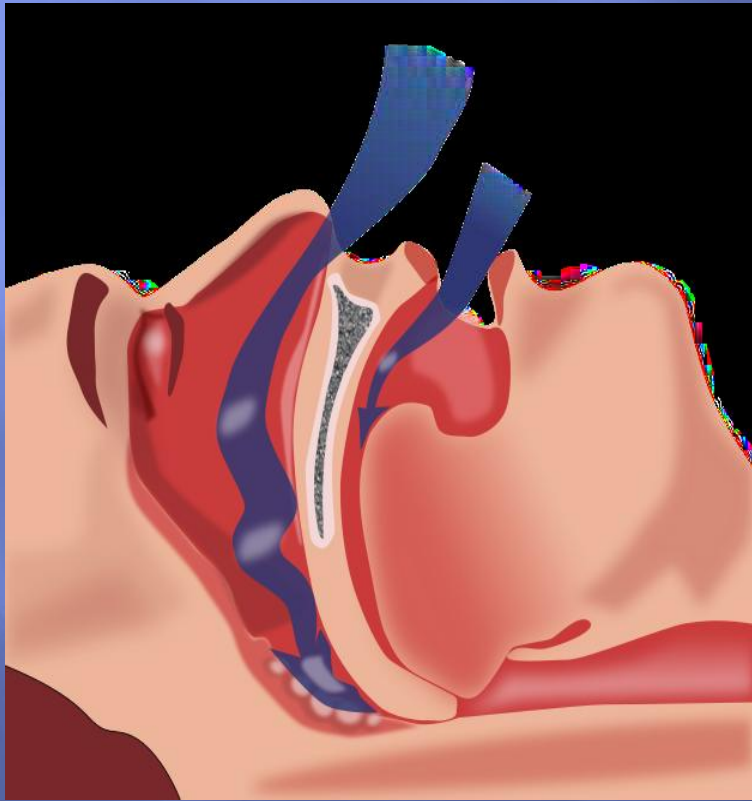
Reflux gastroesofagian

Deviație de sept

Inflamații cronice ale sinusurilor, obstrucții nazale cronice, alergii



Apneea obstructivă



SAS

complicații

- ▣ SAS este un factor de risc independent al HTA
- ▣ Probabilitate de 2 x mai mare de apariție a bolii coronariene la pacienții cu SAS obstructiv
- ▣ Risc crescut de aritmii și de moarte subită cardiacă
- ▣ Crește semnificativ riscul de accident vascular cerebral
- ▣ Risc crescut de insuficiență cardiacă

INSUFICIENȚA RESPIRATORIE

Este o stare patologică în care sistemul respirator nu mai poate furniza organismului cantitatea necesară de oxigen și nu mai elimină dioxidul de carbon din organism.

Poate fi acută și cronică.

Insuficiența respiratorie acută este cauzată de pneumonie, de congestie pulmonară, pneumotorax, sau edemele pulmonare. Insuficiența respiratorie cronică este cauzată de bolile obstructive pulmonare cronice, de astmul bronșic, fibroze pulmonare

Cel mai frecvent simptom al insuficienței respiratorii este dispneea

Obiectiv

- cianoză perioronazală, a pomeților, a urechilor, a extremităților,
- polipnee,
- tahicardie
- stare generală influențată

Simptomele și semnele insuficienței respiratorii sunt influențate de cauzele care au determinat disfuncția plămânilor și de starea generală de sănătate a pacientului.