

Patologia pleurei

Dr. Razvan IONESCU

Medicina Interna Colentina

Revarsatele lichidiene pleurale

Def : acumularea de liq in sp pleural

- Clinic :
 - I = eventual bombarea hemitoracelui
 - Pa = vibratii vocale absente
 - Pe = matitate concava in sus (Damoiseau)
 - A = M V abolit
- ± durere toracica (la debut)

Aspectul Rx al revarsatului pleural

- 75 ml – opacifiaza SCD posterior
- 175 ml – opacifiaza SCD lateral
- 500 ml – Damoiseau
- 1000 ml – arc ant coasta IV
- <1,5 cm – revarsat mic
- 1,5-4,5 cm – revarsat mediu
- >4,5 cm – revarsat mare
- >1cm poate fi punctiionat (>200ml)

Toracenteza

- Cind : ORICE revarsat nou
 - ICC si pleurezia virala pot fi OBSERVATE !
- Cum :
 - La limita superioara a matitatii
 - Marginea superioara a coastei inferioare
 - Anestezie locala
 - \pm atropina (A! glaucom, retentia acuta urina)
- De ce : \neq transsudat / exudat

Exudatele

- Criteriile LIGHT - UNUL din urmatoarele :
 - Prot liq/prot ser $>0,5$
 - LDH liq/LDH ser $>0,6$
 - LDH liq $>2/3$ LSN pt LDH ser
- Altele :
 - Proteine liq $> 3\text{g/dl}$
 - Densitate > 1016

Biochimie

- Proteine :
 - Gradient de albumina $>1,2$ = transsudat
 - TBC – proteine $> 4\text{g/dl}$
 - Proteine $7\text{-}8\text{g/dl}$ – gammapatii monoclonale
- LDH :
 - $>1000\text{UI/L}$ – empiem, reumatoida, neoplazie

Biochimie

- Glucoza $< 60\text{mg/dl}$ sau gluc liq/gluc ser $< 0,5$:
 - Reumatoida – cea mai scazuta
 - Parapneumonica / Empiem – foarte scazuta
 - Neoplazica – $30\text{-}50\text{mg/dl}$
 - TBC – $30\text{-}50\text{mg/dl}$
 - Lupica – $30\text{-}50\text{mg/dl}$
- pH $< 7,30$ – aceleasi situatii; valoare prognostica in parapneumonica

Biochimie “speciala”

- Amilaza >LSN sau amilaza liq/amilaza ser >1 :
 - Pancreatita acuta
 - Pancreatita cronica
 - Ruptura esofagiana
 - Neoplazii

- ADA > 50UI/L = TBC

Celularitate

- Timpul fata de debut la care se efectueaza toracenteza
- Raspunsul initial e PMN, ulterior este limfocitar
- Liq vechi – celule putine < 5000 (TBC)
- Liq infectat – celule multe >50000 (empiem)

Celularitate

- Hematii : $>250000/\text{mmc}$ = franc hemoragic
 - Traumatism
 - Neoplazic
 - TEP
- Neutrofile : parapneumonica, pancreatita, TEP, TBC la debut
- Limfocite : TBC, limfom, reumatoida, sarcoidoza, virala, ICC

Celularitate

- Eozinofilie (>10% din nr cell) :
 - Cu eozinofilie serica : PAN, limfom, hidatidoza
 - Fara eozinofilie serica : TEP, neo, LES, PR, parazitoze, azbestoza benigna, medicamente (methotrexat, ciclofosfamida)
- Mezotelii :
 - >5% - TBC e improbabila
 - >90% dismorfice, cu atipii - mezoteliom

Parapneumonice

- Exudate serocitrine sterile, in cursul pn-monii
- Prototip – pneumococica :
 - Liq mic/mediu, serocitrin, PMN, pH <, gluc <, steril
 - Evolutie : OK / trenanta / empiem
 - Tratament : Ab, AINS, antialgic
- Virale :
 - Liq mic, limfocite >, evol scurta, AINS

TEP

- Frecv, putin dg, cel masiv NU produce
- Pleurezie mica/medie, unilaterala, la TVP, junghi, hemoptizie, subfebra, crize dispnee, tulb ritm, ICC recent agravata, Rgf
- Liq : 75% exudat serocitrin/ serohemoragic, hematii, PMN, \pm eozinofile. 25% transsudat
- Trat : al TEP. A! – tranf hemoragica (creste sub tratament corect)

Neoplazice

- Bronsic, sân, LMNH/LMH dar si ovar, prostata, rinichi, pancreas, stomac
- Lichid :
 - Serohemoragic
 - Masiv, se reface rapid
 - LDH mare, glucoza mica,
 - Celule maligne 60-80%

Neoplazice

- Sîn : uni/bilateral, uneori la ani distanta
- Bronsic :
 - NU orice liq e meta pleural : atelectazie – pneumonie – parapneumonica
 - Sugerat de : agravare dispnee, apare durere
 - Unilat, creste si se reface repede, hemoragic
 - NU exclude op, daca arati ca NU e meta

Colagnoze

- LES :
 - E criteriu de dg, semn de activitate si uneori prima manifestare
 - Exudat serocitrin, LDH $>$, CH50 $<$, limfocite
 - Uneori asociat cu pericardita
 - Transsudat daca e prin sd nefrotic
 - Tratamentul bolii de baza
 - A! NU e mereu LES (ex: TBC la LES)

Colagenoze

- PR :
 - Rar, mai frecvent la barbat
 - Exudat unilateral, serocitrin, LDH >, glucoza <<
 - Nodul reumatoid (bio)
 - Tratamentul bolii de baza

Subdiafragmatice

- Abces subhepatic, subfrenic
- Chirurgie stomac, cai biliare, splina
- Supuratii perirenale
- Pancreatite : (ac=fugace, cr=evol lenta)
 - medie, pe stinga, exudat serocitrin / hemoragic, PMN >, amilaza >>
 - Refacere = fistula pleuro-pancreatica
 - Persistenta = pseudochist

Rare

- RAA : serocitrin, fibrina multa
- Sarcoidoza : unilateral, mic, limfocite
- Post-cardiotomie : mic, stg, serocitrin/hgic, AINS
- Uremica : exudat serohemoragic, unilat, dializa
- Sd Meigs=ovar benign+ascita+plz : dr, idem ascita
- Medicamentoasa(hidralazina, procainamida): eoz
- Chilotorax : TGR>110, ruptura duct toracic

Pleurezia TBC

- = localizarea pleurala a leziunilor specifice prin diseminare hematogena
- La 10-20% din cazuri
- B/F = 2/1
- Evolutie favorabila cu tratament

Pleurezia TBC

- Clinic – nimic special : durere, tuse, subfebra
- Liq :
 - Exudat serocitrin
 - Glucoza 40-40mg/dl
 - ADA crescuta (PR, empiem)
 - Lizozim liq /lizozim ser > 2 (\neq TBC vs neo)
 - PMN apoi limfocite apoi eozinofile
 - Mezotelii <<<<
 - Bacteriologic – aproape niciodata BK

Pleurezia TBC

- Biopsie : folicul tuberculos 80% cazuri
- Tratament :
 - Al bolii de baza (TSS 9 luni)
 - ± AINS / AIS (A! ORICE plz “merge” initial cu CS)

Empiem (puroi in spatiul pleural)

- Clasificare :
 - Primitive – insamintare primara in pleura
 - Secundare – altor afectiuni (majoritatea)
- Clinic :
 - debut :
 - primitive : acut, durere, tuse, febra
 - Secundare : insidios, evol initial buna, repar semne de infectie
 - Per de stare :
 - febra, frison, stare gen alterata
 - Expectoratie fetida, atunci fistula bronho-pleurala

Empiem (puroi in spatiul pleural)

- Rgf :
 - Clasica (lichid liber)
 - Limita superioara convexa (inchistat)
 - Imagine hidroaerica (fistula bronhopleurala)
- Toracenteza :
 - in plina matitate cu ac gros, eventual spalatura
 - PMN exclusiv, pH <7,30, glucoza <<<<
 - Culturi aerob si anaerob

Empiem (puroi in spatiul pleural)

- Complicatii :
 - Fistula bronho-pleurala
 - Fistula pleuro-parietala
 - Insamintarea parenchimului pulmonar
 - Insamintare la distanta (sepsis)
- Tratament :
 - Antibiotice iv
 - Evacuare locala : punctii repetate / pleurotomie
 - Chirurgie la 30 zile tratament medical inutil

Revarsatele aeriene pleurale (pneumotorax)

Pneumotoraxul spontan primar

- = in aparenta, fara cauza. In realitate, boala pulmonara nerecunoscuta (ruptura bule)
- Incidenta 1-2% femei, 7-8% barbati
- Manifestare sub 40 ani
- Factori de risc :
 - Fumatul
 - Antecedentele heredo-colaterale
 - Altii : Marfan, endometrioză pulmonară, anorexia nervosa

Pneumotoraxul spontan primar

- Clinic :
 - Barbat 20-40 ani, cu durere si dispnee bruste, fara leg cu efort ci cu tusea
 - Intensitate dependenta de marime
 - Excursii costale <, hipersonoritate, m.v absent
 - Hipoxemie (tulb ventilatie/perfuzie)
- Radiologic :
 - Hipertransparenta FARA parenchim
 - LINIE opaca f neta (pleura)

Pneumotoraxul spontan primar

- Pneumotorax “cu supapa” :
 - Colaps circulator
 - Urgenta de evacuare a aerului

Pneumotoraxul spontan primar

- Tratament :
 - Pac stabil, pntx mic – supraveghere
 - Pac stabil, pntx mare – aspiratie pe ac
 - Pac stabil, dispneic si durere – aspiratie pe ac
 - Pac stabil, pntx recurent – tub si pleurodeza
 - Pac instabil – tub sp II-III cu lmc

Pneumotoraxul spontan secundar

- BPOC, fibroza chistica, TBC, inf Pncistis jirovecii
- Mult mai rar astm, neo, fibroza interstitiala
- Clinic la fel dar mai sever
- Radiologic la fel dar mai greu de vazut
- Tratament : toracostomie