



---

# TUBERCULOZA PULMONAR INFILTRATIV



# Tuberculoza pulmonar infiltrativ

---

- este o formă secundară a tuberculozei pulmonare cu substratul morfologic în formă de leziune nodulară cu necroză în centru și zonă perifocală din jur mai mare de 1 cm situate mai frecvent în segmentele posterioare ale plămânilor (S1, S2, S6, S10)
- Frecvența – este cea mai frecventă formă a TB pulmonare (70 %)

# Tuberculoza pulmonar infiltrativ

**Se caracterizează prin predominarea componentului exudativ al inflamației cu predispunere la formarea precoce a necrozei caseoase și destrucție pe fond de hipersensibilizare specifică al esutului pulmonar**

- 65-75% - între pacienți primari depistați cu TB
- 45-50% - între pacienți aflați la evidență cu TB activ
- 1% - între decesuri de TB



# Particularitățile patogeniei

---

- Rolul principal în dezvoltarea TB infiltrative îi revine infecției endogene care este situată în ganglionii limfatici intratoracici sau în sechelele posttuberculoase în plămâni (nodulii Simon, Ashoff – Puhl etc.)
- În sechelele posttuberculoase primare (pulmonare, ganglionare, extratoracice) persistă micobacterii de tip „L”, dormante care sunt apărate de acțiunea imunității celulare



# Particularitățile patogeniei

---

- În cazul scăderii imunității locale poate avea loc reversia L-formelor micobacteriilor cu reactivarea procesului
- Suprapunerea infecției exogene contribuie suplimentar la reactivarea focarelor vechi prin dezvoltarea hipersensibilității de tip întârziat



# Particularitățile patogeniei

---

- A. Abricosov îi atribuie infecției exogene un rol decisiv odată cu apariția infiltratelor în segmentele intacte ale pl. mâinilor
- Ravici – erba a explicat că în pl. mâini, în urma tuberculozei primare r. mân. zone de hipersensibilizare, unde în caz de scădere a imunității se dezvoltă procese infiltrative cu predominanță a inflamației de caracter exudativ – necrotic



# Particularitățile patogeniei

---

- Un rol important în dezvoltarea acestei forme îl are scăderea imunității generale și celulare
- De aceea se întâlnește mai frecvent la bolnavii cu factori medico-biologici severi (diabet zaharat, tratament cu imunodepresanți, alcoolism cronic, HIV – infectați etc), și/sau condiții sociale nesatisfăcătoare



# Formele clinico-radiologice

---

## ○ Infiltrate limitate:

- bronho-lobular (Graw)
- infiltratul rotund (Assman)
- ovalar (Redeker)





# Formele clinico-radiologice

---

- Infiltrate cu extindere medie:
  - infiltratul nebulos (Rubin tein)
  - periscisurit (Sergent)



# Formele clinico-radiologice

---

- Infiltrate extinse:
  - lobita (L. Bernard)
  - pneumonie cazeoas



# Tablou clinic

---

- Debutul bolii depinde de extinderea procesului
- În **infiltratele limitate** debutul este insidios cu astenie nepronunată, pofta de mâncare scăzută, subfebrilitate sau asimptomatic

# Tabloul clinic

---

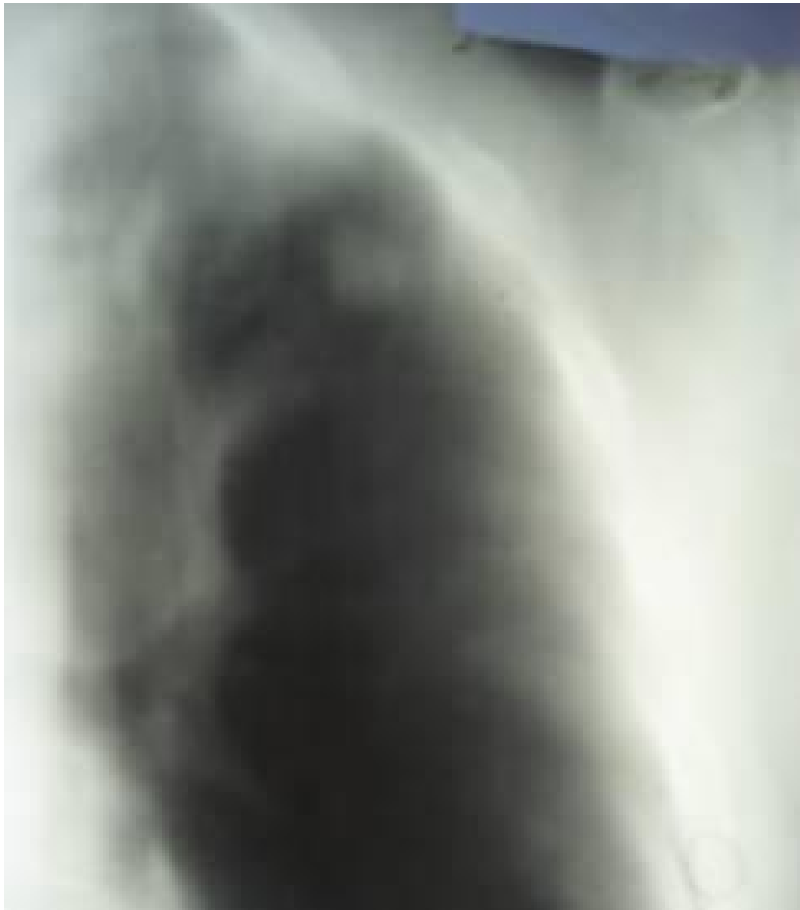
- Debutul subacut se întâlnește la formele cu **extindere medie** și cu **forme extinse de TB**
- La acești pacienți clinica evoluează sub diferite forme:
  - Pseudogripal
  - Pseudopneumonic
  - Pseudobronșitic
  - Hemoptoic
- În aceste cazuri, este prezent sindromul de intoxicație pronunțat și sindromul bronho-pulmonar (junghi toracic, tuse cu expectorații mucopurulente, dispnee, hemoptizie)

# Tabloul clinic

- Rezultatele examenului fizic depind de extinderea și caracterul infiltratului
- În infiltratele limitate datele obiective lipsesc sau sunt neînsemnate
- În infiltratele cu extindere medie se evidențiază următoarele semne:
  - la inspecție – micșorarea amplitudinii respirației a hemitoracelui afectat
  - la palpare – rigiditatea mușchilor centurii scapulare (simptomul Vorobiov – Pottenger)
  - la percucie – submatitate
  - la auscultație – respirație diminuată, raluri umede în "zonele de alarmă" (spații suprascapular, supra și subclavicular)
- În formele infiltrative extinse – respirație tubară

# Infiltratul bronho-lobular (Graw)

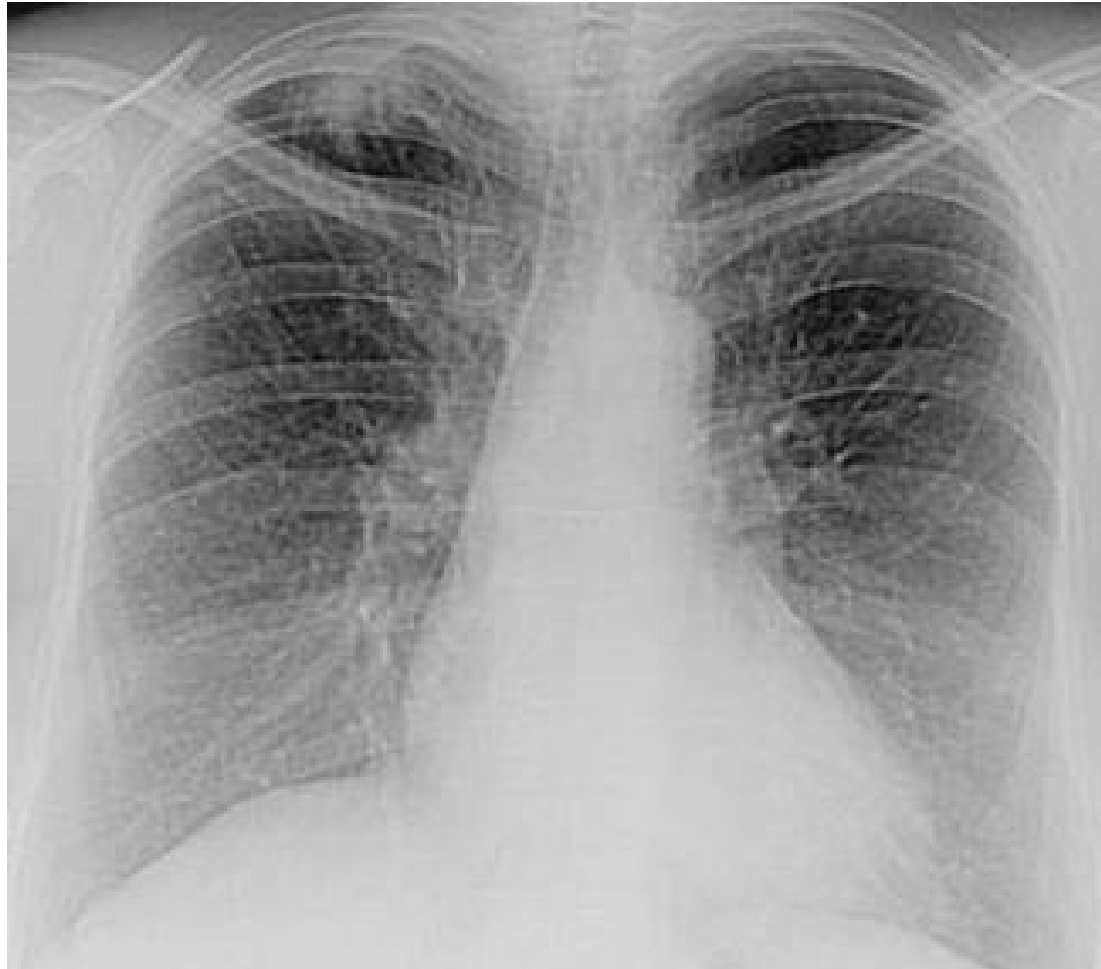
---



- opacitate cu dimensiunile de 1,5-2 cm situat în segmentele superioare (S1, S2)

# Infiltratul bronho-lobular (Graw)

---





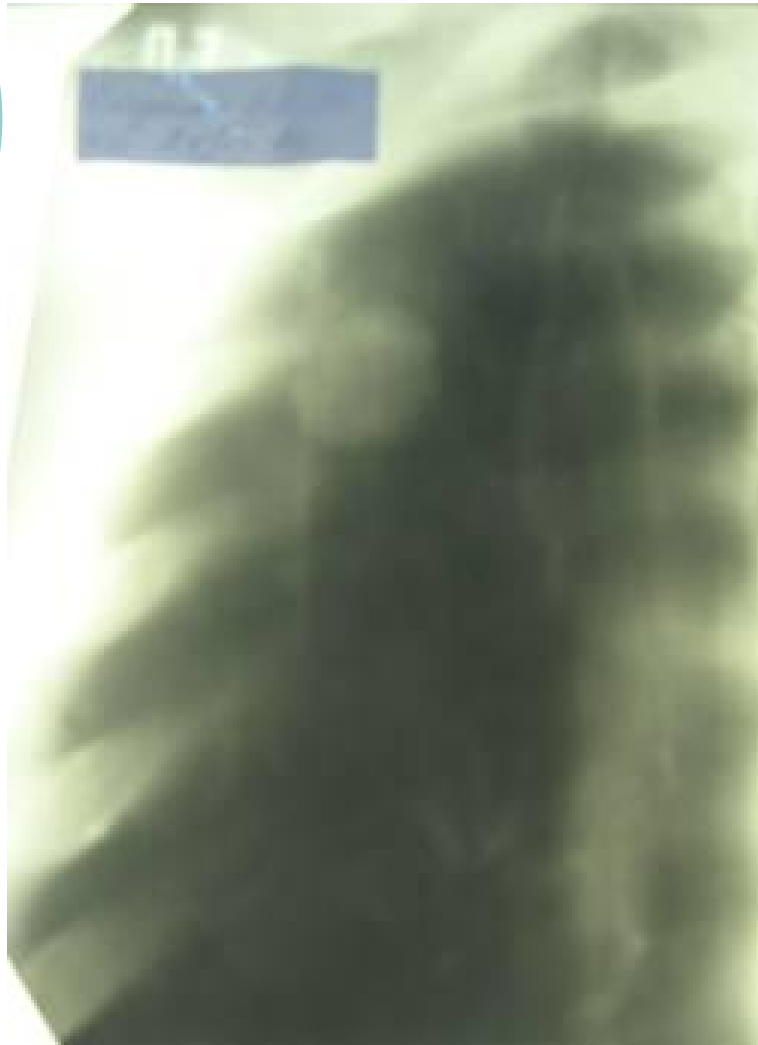
# Infiltratul rotund Assman

---

- poate constitui, în unele cazuri, leziunea de debut a TB secundare, reprezentat de un focar exudativ, situat de preferință în segmentul dorsal, retro- sau subclavicular



# Infiltratul rotund Assman



- Radiologic, se manifestă sub formă de opacitate rotundă, de 1-3 cm diametru (uneori se găsește 2 sau 3 infiltrate simultan, a căror dinamică poate diferi total una de alta), cu caracteristicile leziunilor exudative – intensitate subcostală, contur ters, omogen
- Dinamica radiologică a acestei formațiuni este foarte vie, putându-se resorbi sau excava în 2-3 săptămâni astfel că urmărirea radiologică trebuie să se facă în etape scurte

# Infiltratul rotund Assman

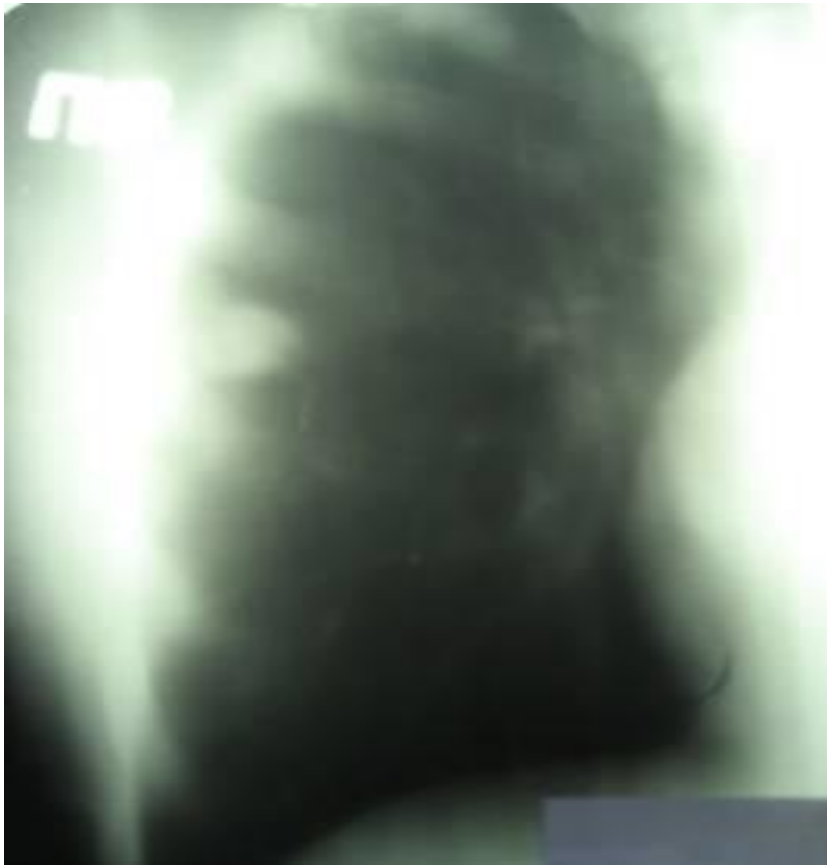
---



- Resorbția se produce în majoritatea cazurilor de la periferie spre centru, cu reducerea diametrului
- Când evoluția este favorabilă, resorbția realizează un discret câmp de indurație fibroasă care se poate confunda cu desenul pulmonar din regiune sau merge până la restitutio ad integrum
- Sunt cazuri când focarul exudativ se cazeifică, se încapsulează și se transformă în tuberculom; în multe cazuri se lichefiază realizând o cavernă

# Infiltratul ovalar Redeker

---



- Dimensiune de aproximativ 2-4 cm, situate în spațiile subclaviculare mai des omogene, de intensitate mică, cu contur net
- Aceste infiltrate au o clinică neînsemnată
- Adeseori ele se încapsulează formând tuberculoame
- Bolnavii sunt depistați prin metoda activă (control radiologic)



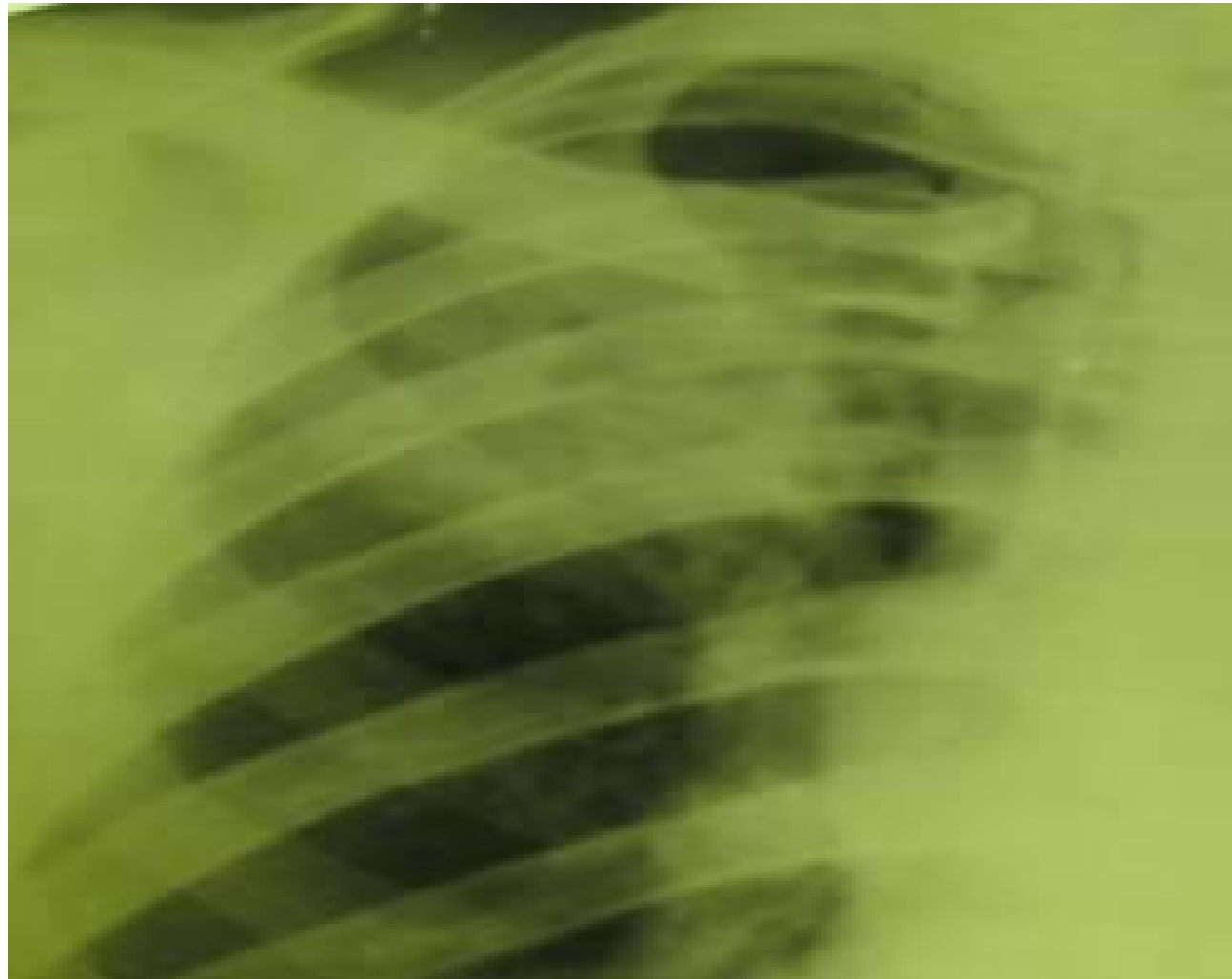
## Infiltratul nebulos (Rubin tein)

---

- în formă de nouri
- Reprezintă o opacitate cu dimensiunile de 5-6 cm, neomogenă cu sector de hipertransparență în centru, cu contur difuz
- acest infiltrat este deseori însoțit de hemoptizii

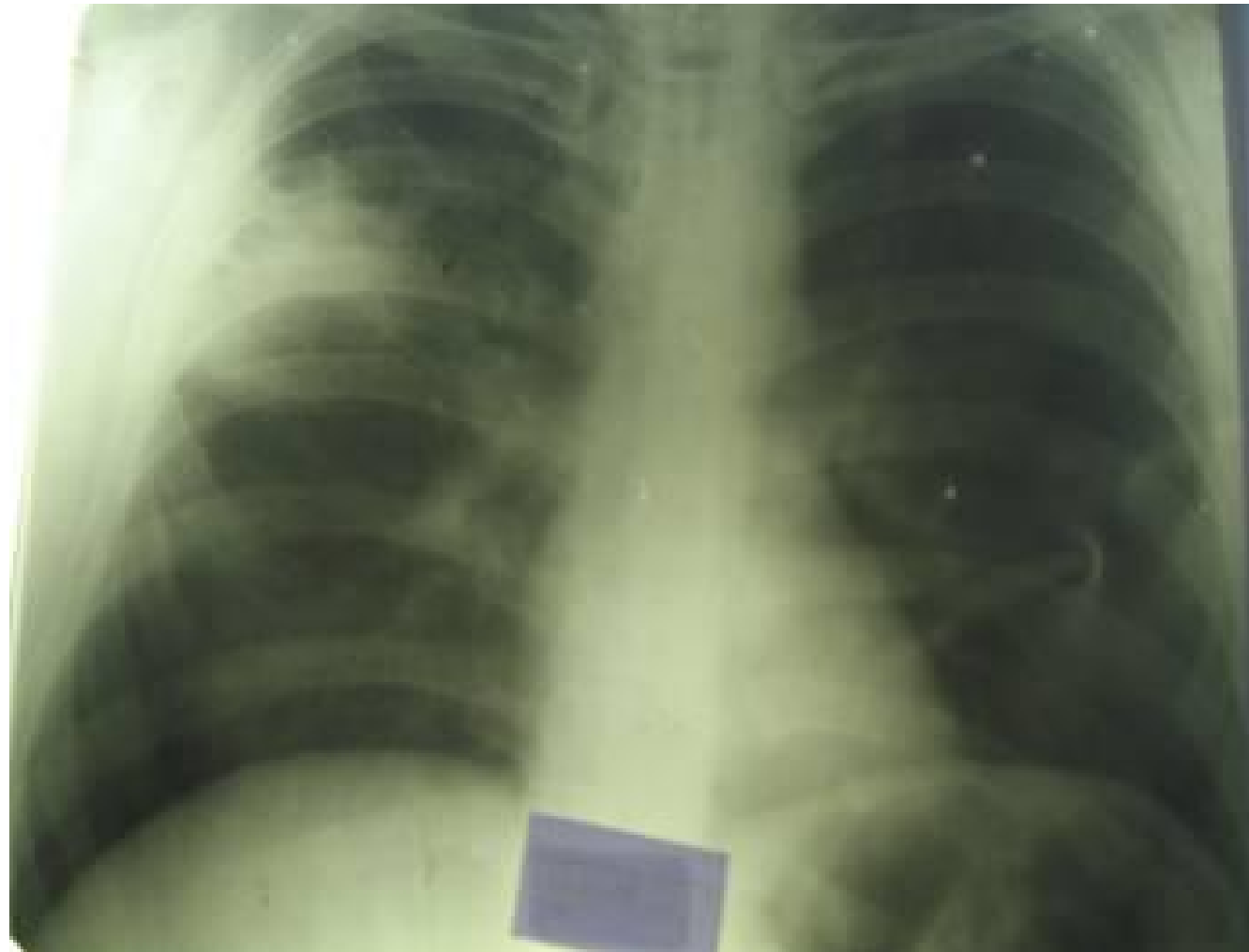
# Infiltratul nebulos (Rubin tein)

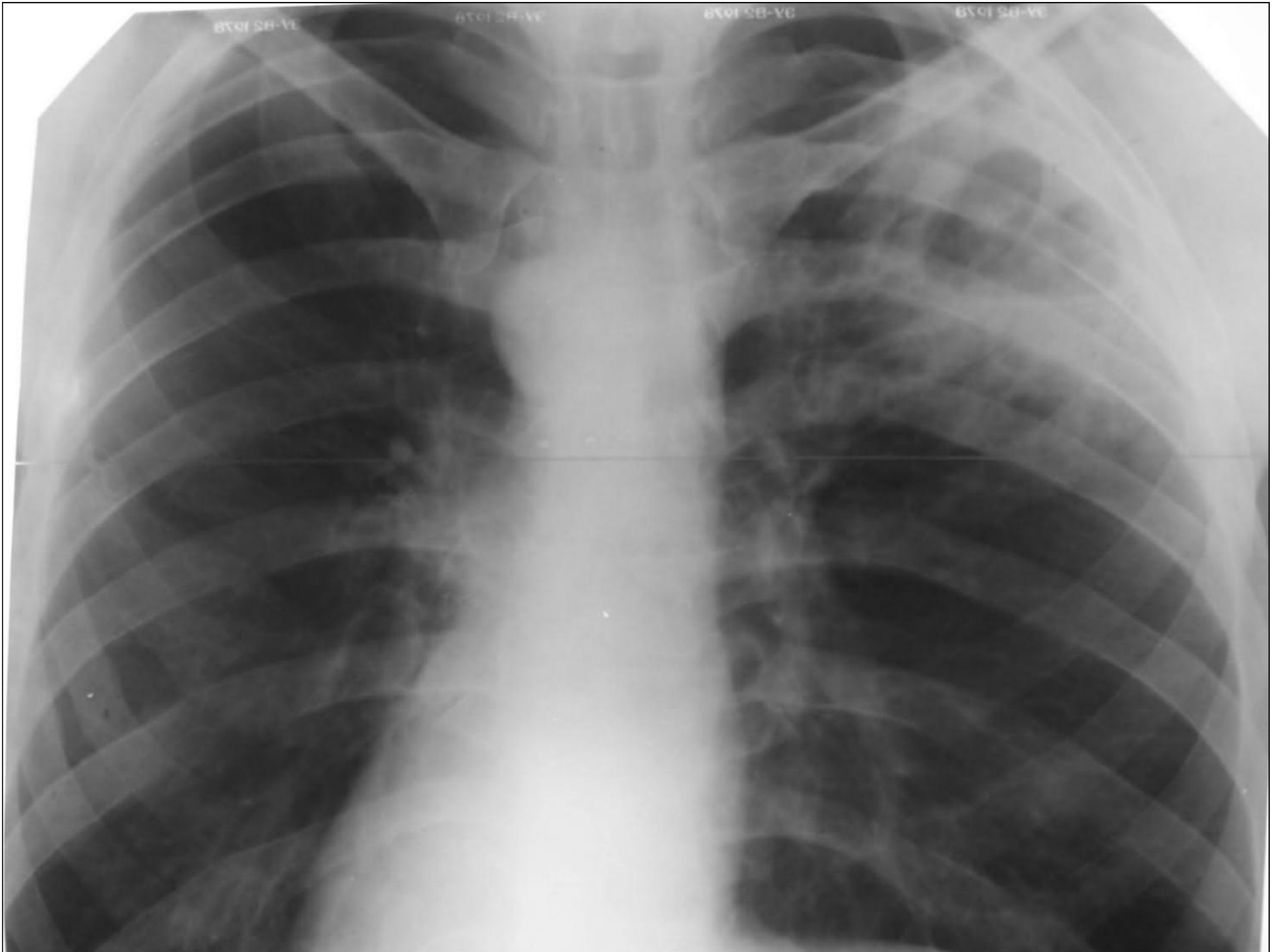
---

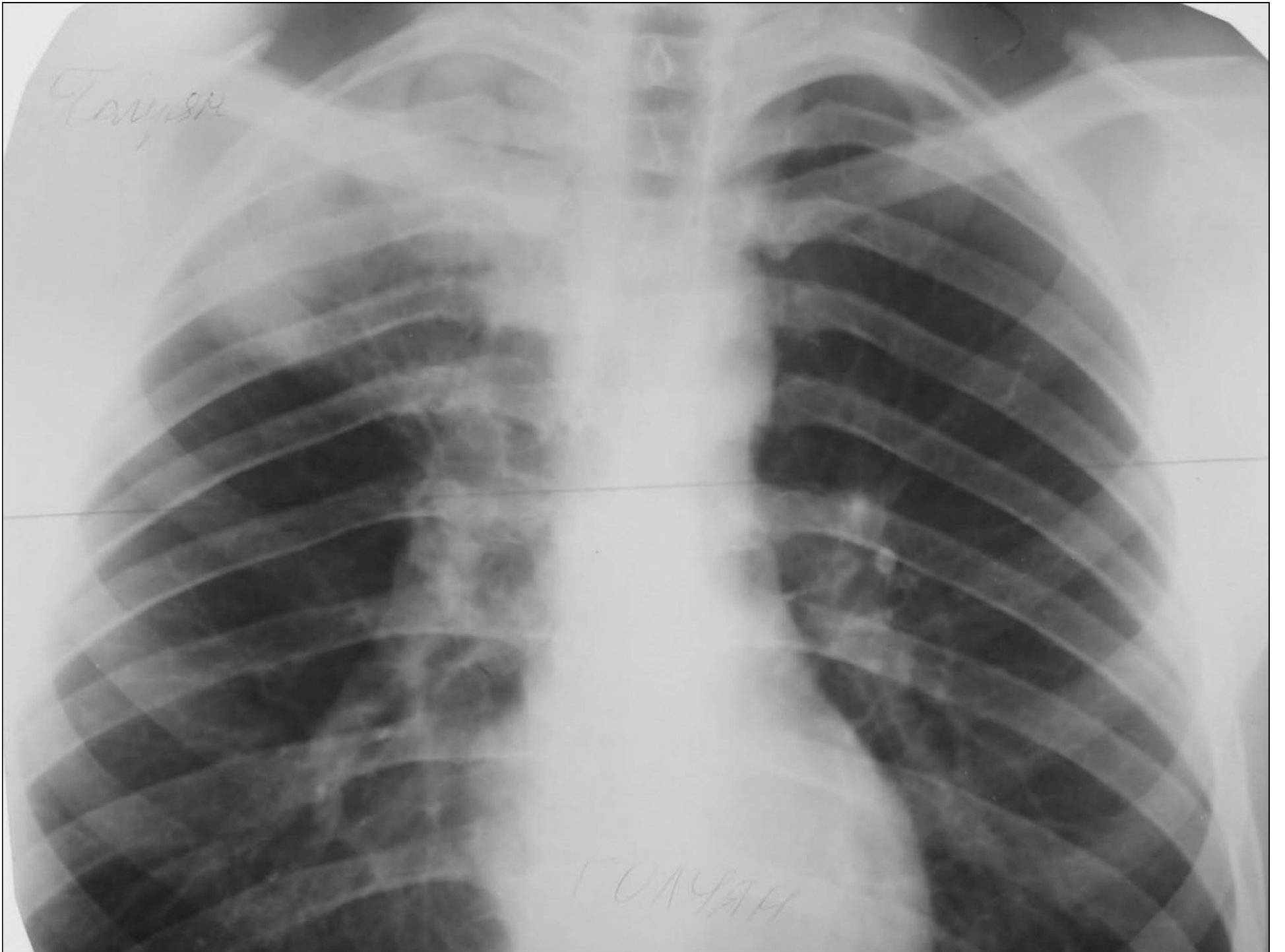


# Infiltratul nebulos (Rubin tein)

---











# Periscisurit

---

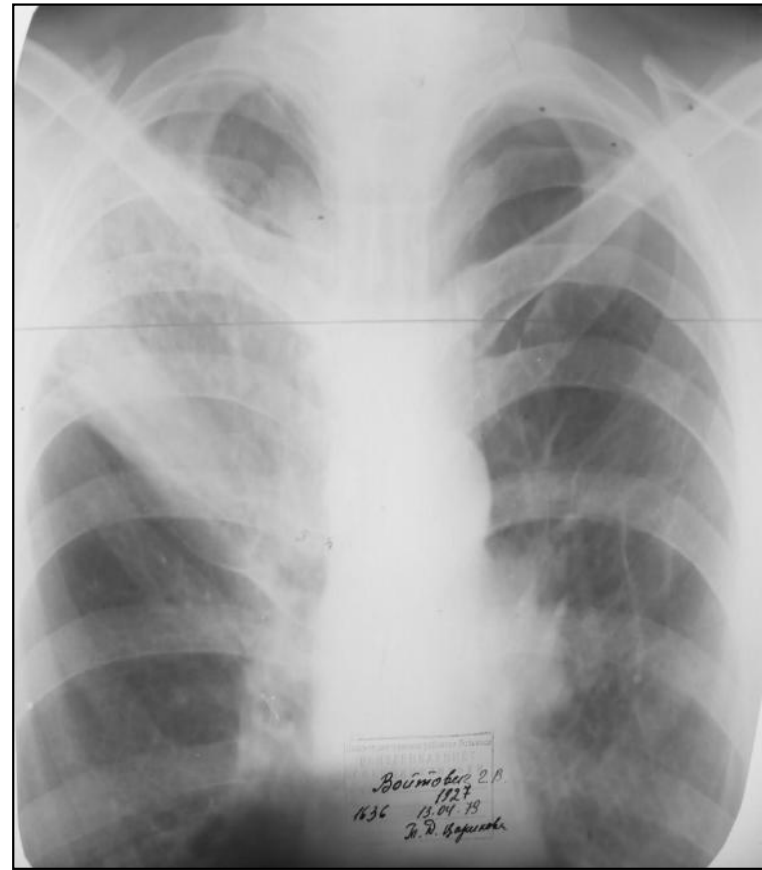
- în formă de triunghi marginal descris de Sergent – cu baza pe peretele toracic și vârful spre hil, latura inferioară este formată de pleura interlobară
- cel mai frecvent simptom care îl aduce pe bolnav la medic îl constituie durerile în cutia toracică
- aceste infiltrate au o clinică mai pronunțată cu sindromul de intoxicație și cel bronhopulmonar

# Periscisurit

---



# Periscisurit





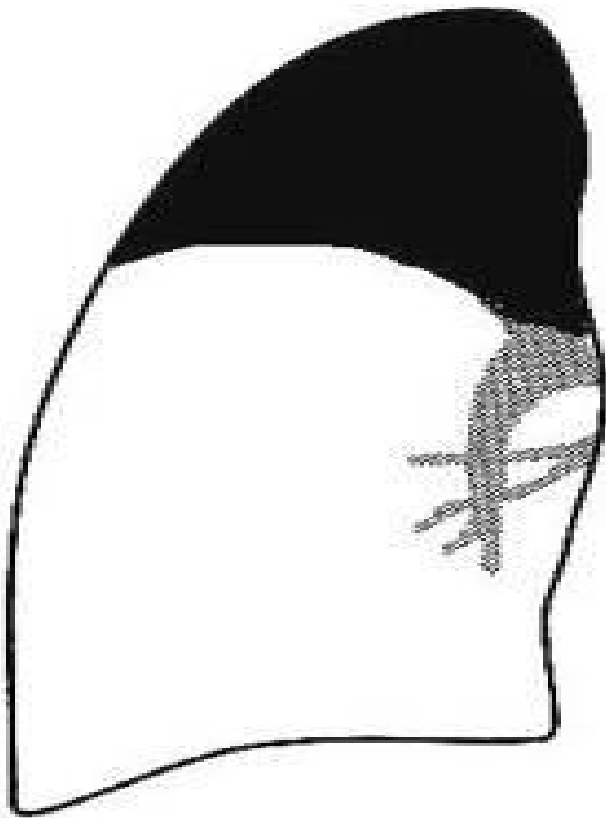
## Lobita (L. Bernard)

---

- cu manifestări clinice pronunțate – sindromul de intoxicație, tuse cu spută, dispnee, junghi toracic, hemoptizie
- obiectiv – asimetrie în actul de respirație a hemitoracele afectate, vibrațiile vocale pronunțate, submatitate, respirația tubară, raluri de calibru mic reduse

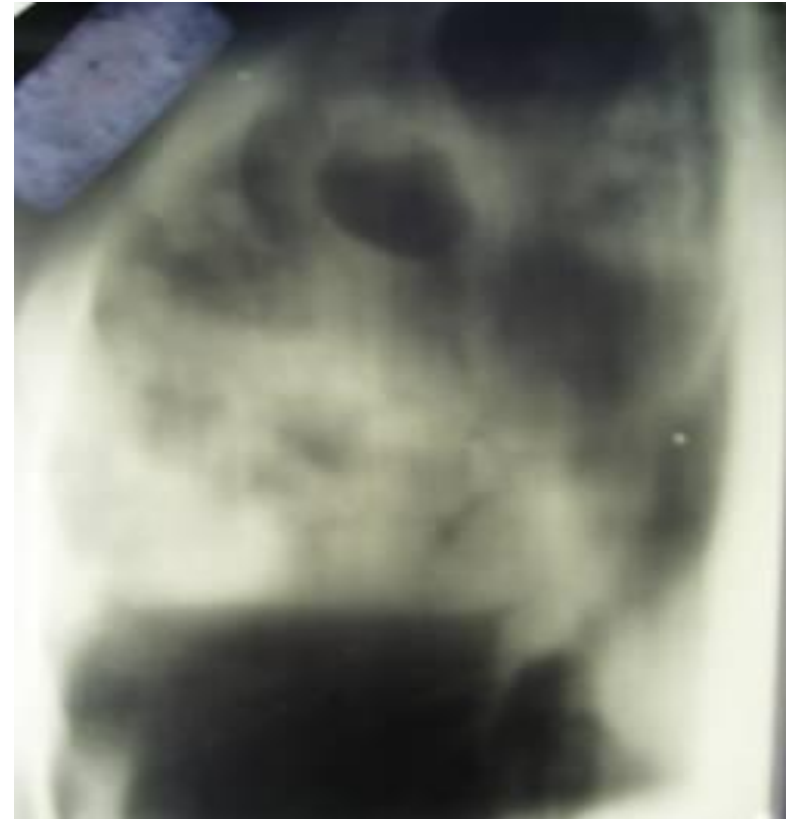
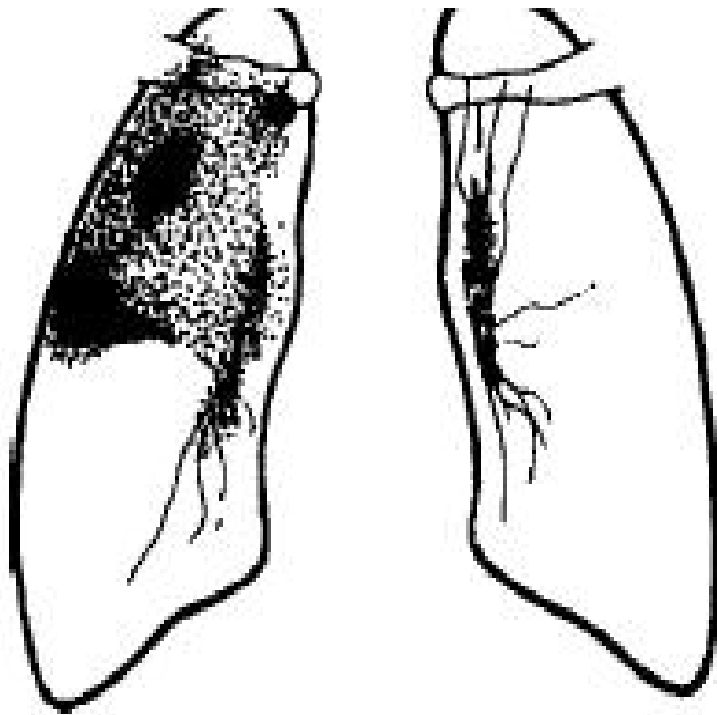
# Lobita (L. Bernard)

---



# Lobita (L. Bernard)

---





Лечебно-диагностический центр  
г. Иркутск  
УФАСИ  
Сидорова И.В.  
1977  
5868 28/12-78



# Pneumonie cazeoas

---

- cea mai extins și severă formă a TB infiltrative
- se dezvoltă la persoanele cu imunitatea compromisă, cu mulți factori de risc atât sociali cât și medico-biologici
- clinic apar manifestări pronunțate ale sindromului de intoxicație și al sindromului bronhopulmonar





# Pneumonie cazeoas

---

- Examenul fizic are un caracter pronunțat
- “habitus ftizicus” – trăsături “ascuțite” ale feței (“trăs la față”), ochi sclipitori adânci în orbite, pomeii roșii
- în plămâni se auscultă raluri de calibru diferit
- evoluția procesului este într-o progresie rapidă, pronosticul e nefavorabil, adesea finalizându-se cu deces sau cu dezvoltarea tuberculozei fibro-cavitare (cronicizarea)



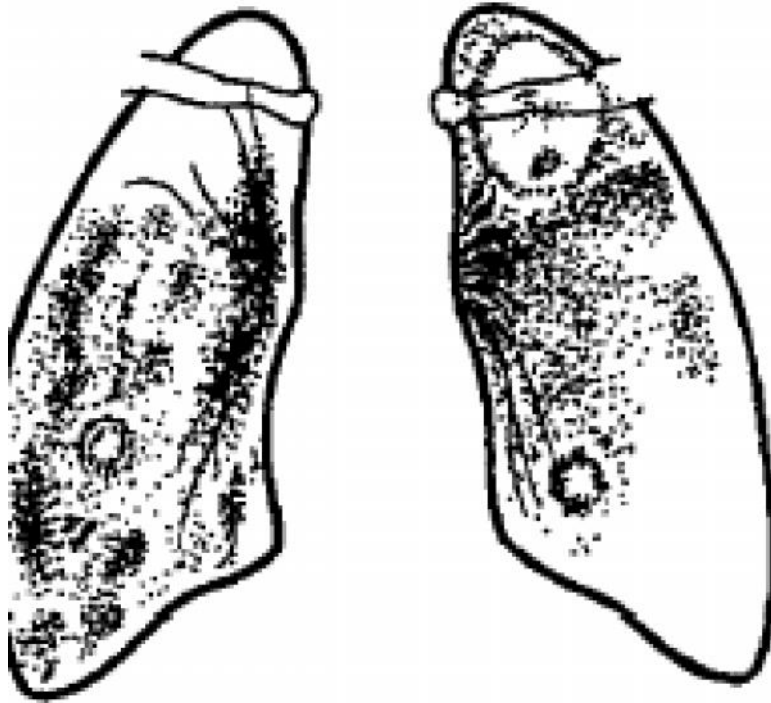
# Tablou radiologic

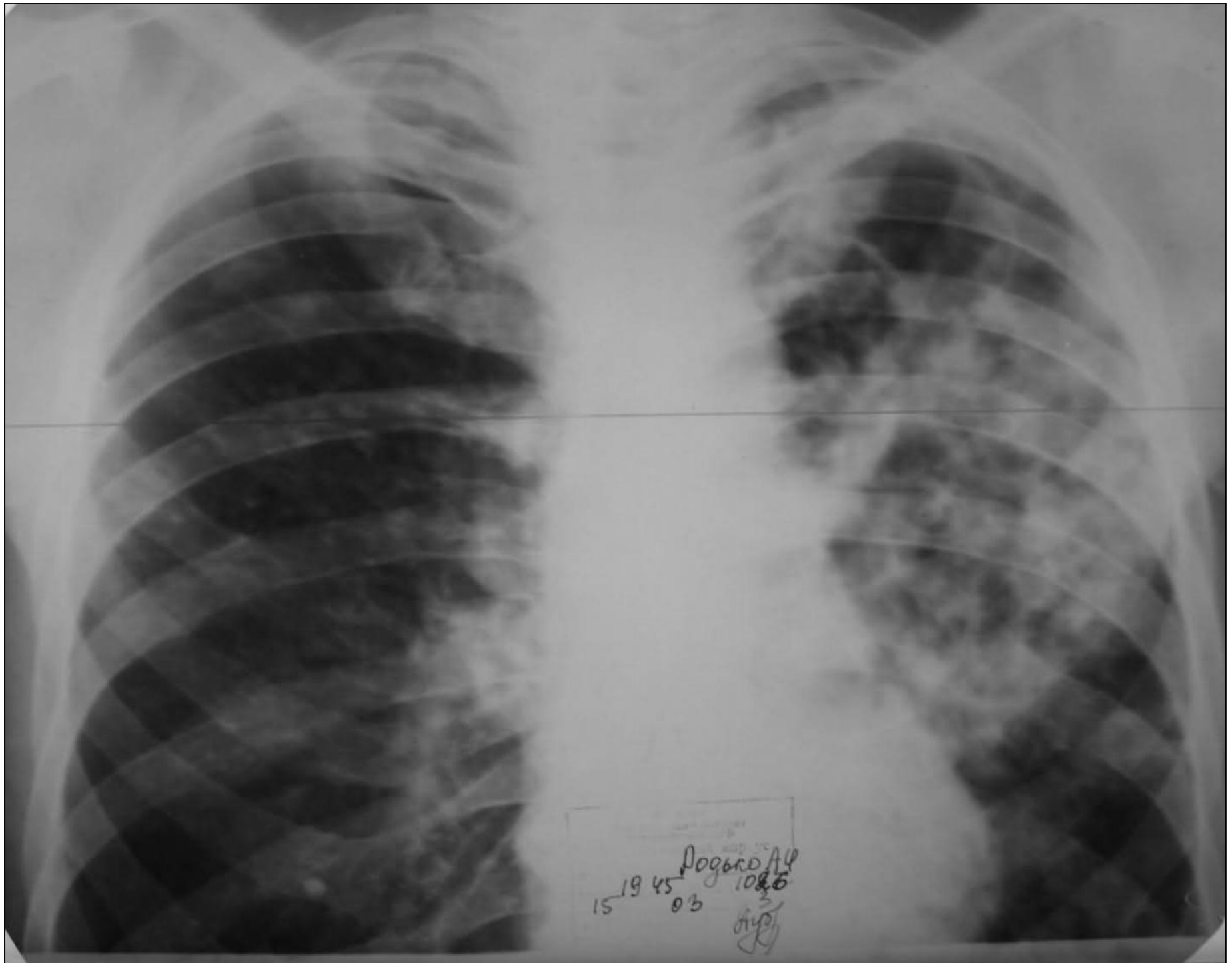
---

- o opacitate imens de intensitate medie neomogen , cu multiple sectoare de hipertransparen (" faguri de miere" ) cu leziuni nodulare diseminate în pl mânul vecin

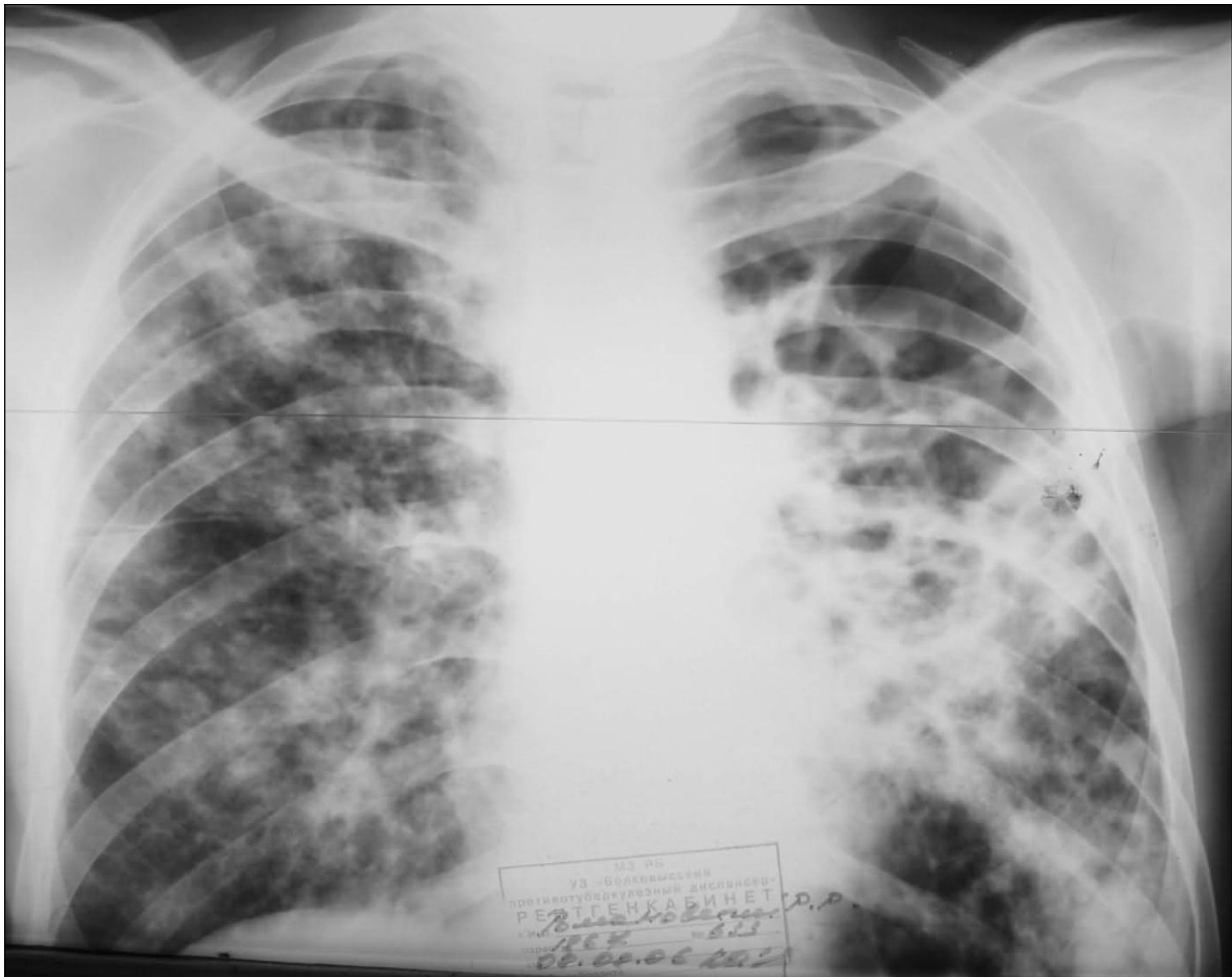
# Pneumonie cazeoas

---



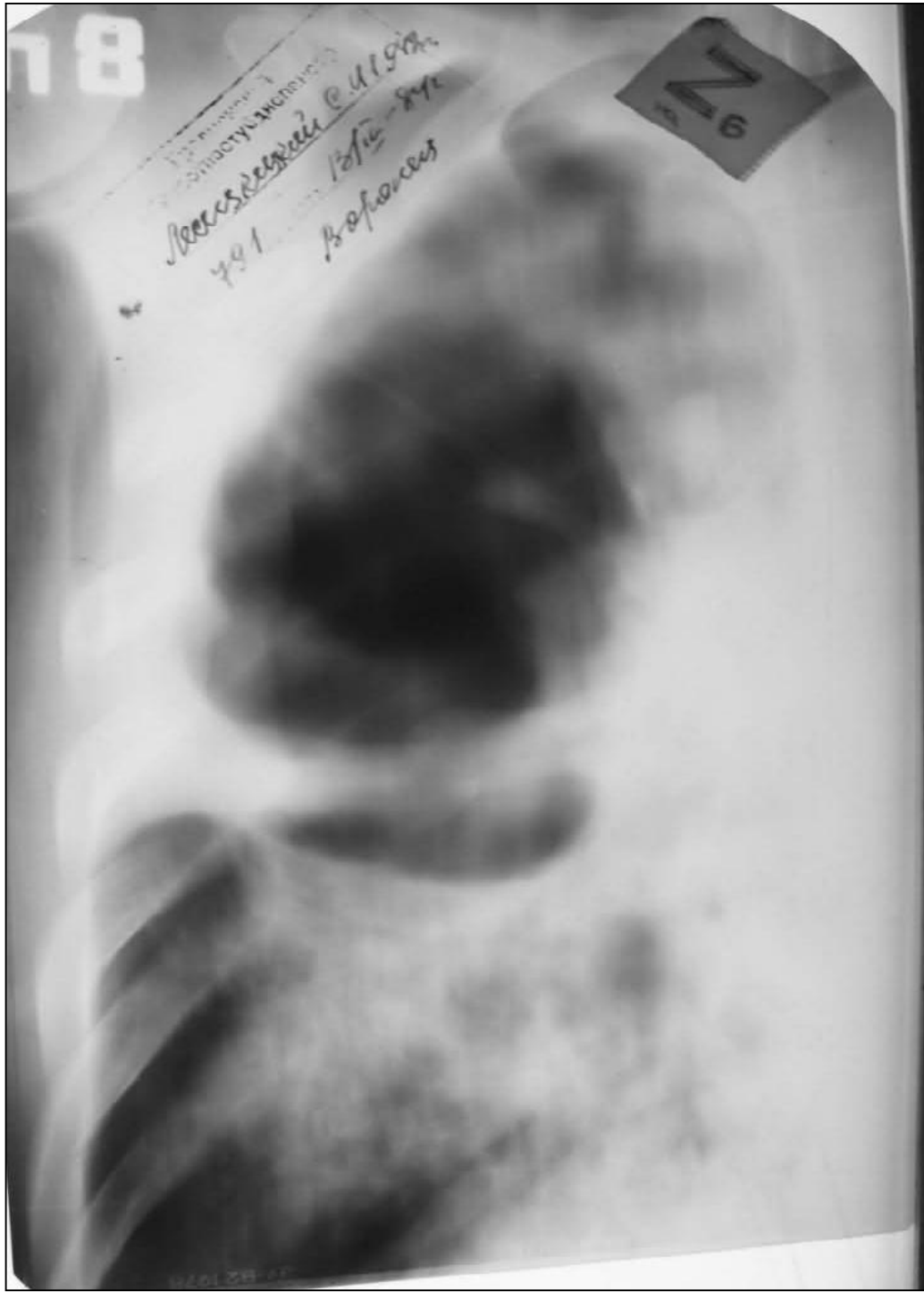


15 19 45 03  
1086  
догвк АУ  
3  
дип



МЗ РБ  
УЗ «БОЛКОВАСЕНИ  
ПРОТИВотуберкулезный диспансер»  
РЕУТГЕНКАБИНЕТ  
№ 100  
1988 № 013  
08.08.06 102

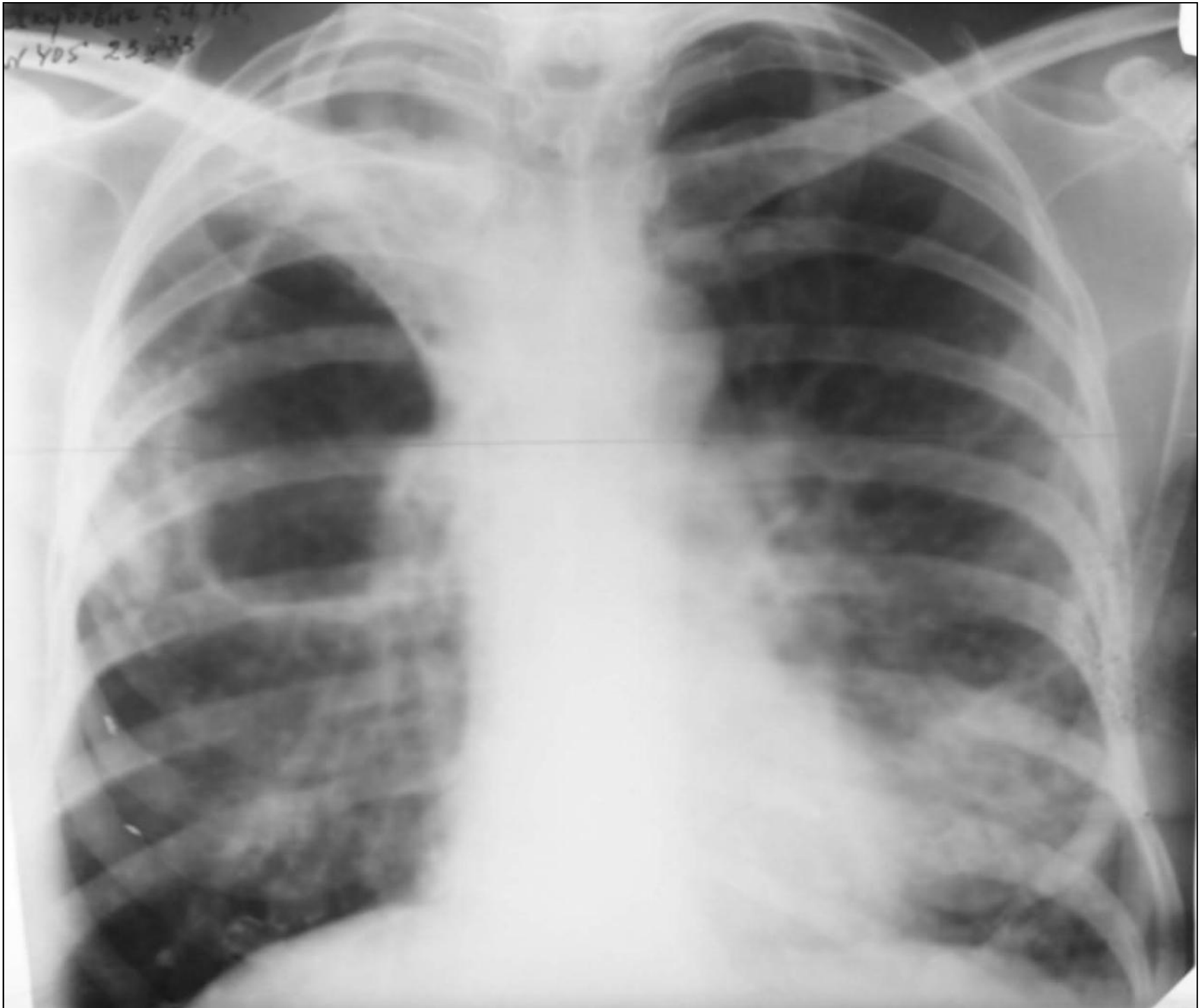




78

26

Beerside  
491  
18/12/84  
Prof. Jones







# Diagnosticul de laborator

---

- BAAR în sput pozitiv
- Probele tuberculice sunt anergice – anergie negativ
- Analiza sângelui caracteristic pentru TB avansat – anemie, leucocitoz moderat cu deviere spre stânga, eozinopenie, limfocitopenie, monocitoz , VSH accelerat



## Diagnosticul diferențial

---

- pneumoniile bacteriene
- abcesul pulmonar
- cancerul periferic
- infiltratele eozinofilice
- echinococul
- tumorile benigne
- chisturile
- cancerul central cu atelectazie



????????????????