



SPITALUL CLINIC „Dr. V. BABEȘ”
BUCUREȘTI

Șos. MIHAI BRAVU Nr. 281

Nr. 1631

Ziua 04 Luna 02 2015



Aprobat Manager

Dr. Emilian Ioan-Imbri

BRONȘIECTAZIILE PROTOCOL CLINIC

Diagnostic. Pacienții prezintă în mod caracteristic:

- tuse recurentă cu expectorație purulentă
- hemoptizii se produc în 50-70% din cazuri și pot fi datorate sângerărilor la nivelul mucoasei căilor aeriene inflamate și friabile. Hemoptiziile masive sunt consecința sângerărilor de la nivelul arterelor bronșice hipertrofiate.
- ca semne generale, se pot întâlni febra, oboseala, scăderea ponderală și mialgiile
- orice combinație de raluri, ronhusuri, wheezing poate fi percepută, toate acestea având ca substrat leziunile de la nivelul căilor aeriene conținând secreții semnificative
- la fel ca în alte tipuri de infecții cronice intratoracice, hipocratismul digital poate fi prezent
- pacienții cu bronșiectazii difuze, în special cei cu hipoxemie, pot prezenta semne de cord pulmonar cronic și insuficiență ventriculară dreaptă.

Examen paraclinice.

- **Radiografia pulmonară** este de cele mai multe ori normală, modificările apărând numai atunci când peretele bronșic este sever modificat fibros, putând constitui o opacitate vizibilă între aerul din alveole și cel din bronhii, sau în cursul perioadelor de exacerbare, cind se pot constitui pneumonii peribronșiectatice. În cazul bolnavilor cu bronșiectazii chistice se pot evidenția hipertransparențe circumscrise, cu sau fără nivel de lichid, corespunzând căilor aeriene dilatate. Alte modificări sunt date de căile aeriene dilatate cu îngroșarea pereților și cu inflamație peribronșică. Aspectul acestor modificări în secțiune longitudinală este de „șine de tramvai”.
- **Tomografia computerizată (CT)**, mai ales cea de rezoluție înaltă, furnizează o imagine excelentă a căilor aeriene dilatate. În consecință, CT reprezintă acum *tehnica standard* pentru depistarea și confirmarea diagnosticului de bronșiectazii, a extensiei acestora precum și a indicațiilor de operabilitate.
- **Examenul sputei** evidențiază o abundență de neutrofile și colonizarea sau infecția cu variabile microorganisme. Evidențierea pe frotiu sau izolarea prin culturi a acestora furnizează un ghid pentru terapia antibiotică.
- **Examenul bronhoscopic** poate evidenția obstrucția endobronșică.
- Pentru bronșiectaziile difuze, cel mai ades congenitale, un **test al sudorii** pentru confirmarea fibrozei chistice, precum și **dozarea imunoglobulinelor**, se pot dovedi utile pentru a explica infecțiile pulmonare recurente.
- **Testele funcționale pulmonare** evidențiază obstrucția, fie ca o consecință a bronșiectaziilor difuze, fie datorată unei boli obstructive pulmonare asociate. Hiperreactivitatea bronșică și un anume grad de reversibilitate a obstrucției bronșice după inhalarea de bronhodilatatoare, sunt frecvente.

Tratament. Tratamentul are patru scopuri majore:

- terapia infecției, în special în cursul exacerbărilor;
- ameliorarea clearance-ului secrețiilor traheo-bronșice;
- reducerea inflamației;
- tratamentul bolii de bază, în măsura în care aceasta poate fi identificată.



AUTORITATEA DE SĂNĂTATE PUBLICĂ A MUNICIPIULUI BUCUREȘTI
SPITALUL CLINIC DE BOLI INFECȚIOASE ȘI TROPICALE
„DR. VICTOR BABEȘ”

Șos. Mihai Bravu nr. 281 – 283, sector 3 Tel: 317.27.27, 317.27.28 Tel/Fax: 317.27.21
web site: www.spitalulbabes.ro e-mail: vbabes@xnet.ro



Antibioticele reprezintă tratamentul de bază în bronșiectazii. Pentru pacienții cu exacerbări mai puțin frecvente, caracterizate prin creșterea cantității și purulenței sputei, antibioticele se folosesc numai în cursul episoadelor acute. Chiar dacă alegerea ideală a antibioticului se face în funcție de colorația Gram și de examenul cultural al sputei, terapia empirică (spre ex. cu amoxicilină, fluorochinolone) este cea care se instituie inițial. Infecția cu *Ps. aeruginosa* ridică probleme speciale deoarece se însoțește de o rată mare de deteriorare a funcțiilor pulmonare și de o înrăutățire a calității vieții. Atunci când *Ps. aeruginosa* este prezent, tratamentul se va face cu o fluorochinolonă, un aminoglicozid, o carbapenemă sau o cefalosporină de generația a treia. Nu există un consens asupra duratei terapiei, 10-14 zile pare a fi însă durata optimă.

Tehnicile mecanice de drenaj pentru pacienții cu secreții abundente se pot dovedi eficiente. Deasemeni și mijloacele farmacologice (agenții mucolitici) îmbunătățesc clearance-ul muco-ciliar. Bronhodilatatoarele ameliorează obstrucția, fiind utile în special la pacienții cu hiperreactivitate bronșică și obstrucție bronșică reversibilă.

Terapia chirurgicală, mai frecventă în trecut, și-a limitat în prezent indicațiile datorită tratamentelor antibiotice moderne, foarte eficiente. Se mai indică azi bolnavilor cu bronșiectazii localizate ce prezintă exacerbări frecvente în ciuda tratamentului medical bine condus, celor cu hemoptizii, precum și în cazul unor obstrucții bronșice de cauză decelabilă (tumori, corp străin, etc).

Intocmit

Dr Olimpia Nicolaescu
Medic Primar Pneumolog

Director Medical
Dr Florescu Simin -Aysel