

ANAMNEZA

Simptome frecvente sau alarmante

- Cefalee
- Tulburări de vedere: hipermetropie, prezbitism, miopie, scotoame
- Vedere dublă (diplopie)
- Pierderea auzului, otalgie, tinitus
- Vertij
- Sângerare nazală, sau epistaxis
- Dureri faringiene, disfonie
- Tumefacția glandelor
- Gușă


CAPUL

Cefaleea este unul dintre cele mai frecvente simptome din practica clinică, cu o prevalență de 30% pe toata durata vieții în populația generală.^{1,2} Migrena este de departe cea mai frecventă cauză de cefalee întâlnită în cabinetul medical, fiind prezentă în 80% din cazuri, cu condiția unei diagnosticări atente. Cu toate acestea, în orice caz de cefalee este necesară evaluarea pentru afecțiuni potențial letale, cum sunt meningita, hemoragia subdurală sau intracraniană, sau tumorile. Este important să obțineți o descriere cât mai completă a cefaleei, care să includă toate cele șapte caracteristici ale durerii (vezi pag. 65). Durerea de cap este unilaterală sau bilaterală? Este severă, cu debut brusc? De intensitate constantă sau pulsatilă? Continuă sau intermitentă (apare și dispare)?

Căutați semne de alarmă care sugerează cauze secundare îngrijorătoare: debut recent (sub 6 luni); debut după vârsta de 50 de ani; debut acut, fulgerător, sau descrisă ca fiind „cea mai rea durere de cap din viața mea”; hipertensiune arterială severă; crupții cutanate sau semne de infecție; neoplazii, HIV sau sarcină; vărsături; traumatism cranio-cerebral recent; sau deficite neurologice persistente.

Cele mai importante caracteristici ale durerii sunt *severitatea și evoluția în timp*. Cefaleea este severă și cu debut brusc? Se intensifică pe parcursul câtorva ore? Are caracter episodic? Este cronică sau recidivantă? Există vreo modificare recentă a caracterului durerii? Durerea apare în aceeași perioadă a zilei în fiecare zi?

Vezi Planșa 7-1, Cefaleea primară, pag. 249 și Planșa 7-2, Cefaleea secundară; Nevralgiile de nervi cranieni pag. 250-251.

În *cefaleea primară* nu se poate identifica o cauză subiacentă. *Cefaleea secundară* survine pe fondul altor afecțiuni – unele dintre ele pot pune viața pacientului în pericol.³

Dacă cefaleea este severă și debutează brusc, luați în calcul *hemoragia subarahnoidiană sau meningita*.

Migrena și cefaleea tensională au caracter episodic și tendința de a ajunge la un maxim în câteva ore. Cefaleea severă nou apărută, cu caracter persistent și progresiv, ridică suspiciunea de *tumoră, abces sau leziune înlocuitoare de spațiu*.



CAVITATEA BUCALĂ, FARINGELE ȘI GÂTUL

Durerea faringiană este o acuză frecventă, asociată de obicei cu simptome respiratorii superioare acute.

Durerea la nivelul limbii poate fi cauzată atât de leziuni locale, cât și de boli sistemice.

Sângerarea gingivală este un simptom comun, care apare mai ales cu ocazia periajului dentar. Întrebați pacientul dacă a avut leziuni locale, dar și dacă manifestă tendință de sângerare sau echimoze cu alte localizări.

Disfonia (voce răgușită) se referă la modificarea calității vocii, de multe ori descrisă ca fiind îngroșată, aspră sau dură. Amplitudinea sunetelor poate fi mai mică decât înainte. De obicei, disfonia este rezultatul afectării laringelui, dar poate fi cauzată și de formațiuni extrinseci care comprimă nervii laringieni. Inițial trebuie excluse cauze precum suprasolicitarea vocii, alergii, fumat sau inhalarea altor substanțe iritante, apoi treceți în revistă orice simptome asociate. Problema este acută sau cronică? Dacă disfonia durează mai mult de 2 săptămâni, se recomandă examinarea vizuală a laringelui prin laringoscopic directă sau indirectă.

Întrebați “Ați observat la nivelul gâtului un nodul mărit sau alt tip de umflătură?” deoarece pacienții sunt mai familiarizați cu acești termeni populari decât cu sintagma “*ganglioni limfatici*.”

Evaluați funcția tiroidiană și orice semne care ar sugera o tiroidă mărită, sau *gușa*. Pentru funcția tiroidiană, întrebați pacientul dacă manifestă *intoleranță termică și transpirații*. Puteți începe cu întrebări ca “Preferăți vremea caldă sau cea rece?” „Vă îmbrăcați mai gros sau mai subțire comparativ cu alte persoane?” „În legătură cu păturile ... folosiți mai multe sau mai puține decât ceilalți membri ai familiei?” „Transpirați mai mult sau mai puțin decât alții?” „Ați remarcat apariția recentă de palpitații sau variații ponderale?” Rețineți că pe măsură ce oamenii îmbătrânesc transpiră mai puțin, au o toleranță mai scăzută la frig, și tind să preferă mediile mai călduroase.

Febra, exsudatul faringian și limfadenopatia anterioară, în special în absența tusei, sugerează *faringită streptococică* (pag. 274).^{15,16}

Ulcerații aftoase (pag. 234); limbă inflamată, cu suprafață netedă, în deficiențele nutriționale (pag. 279).

Gingivoragia este cel mai adesea cauzată de *gingivită* (pag. 277).

Suprasolicitarea vocii (de exemplu ovaționări repetate) și infecțiile acute sunt cauzele cele mai probabile.

Cauzele disfoniei cronice includ fumatul, alergiile, suprasolicitarea vocii, *hipotiroidismul*, infecțiile cronice cum ar fi *tuberculoza*, și *tumorile*.

Tumefacția dureroasă a ganglionilor limfatici însoțește de obicei *faringita*.

La pacienții cu *gușă*, funcția tiroidiană poate fi crescută, scăzută, sau normală.

Intoleranța la frig, preferința pentru haine groase și mai multe pături și reducerea sudorației sugerează *hipotiroidism*; simptomele contrarii, palpitațiile și scăderea ponderală involuntară sugerează *hipertiroidism* (pag. 281).

PROFILAXIE ȘI CONSILIERE

Aspecte importante în profilaxie și consiliere

- Tulburări de vedere: cataractă, degenerescență maculară, glaucom
- Pierderea auzului
- Sănătatea orală

ANATOMIE, FIZIOLOGIE ȘI TEHNICI DE EXAMINARE

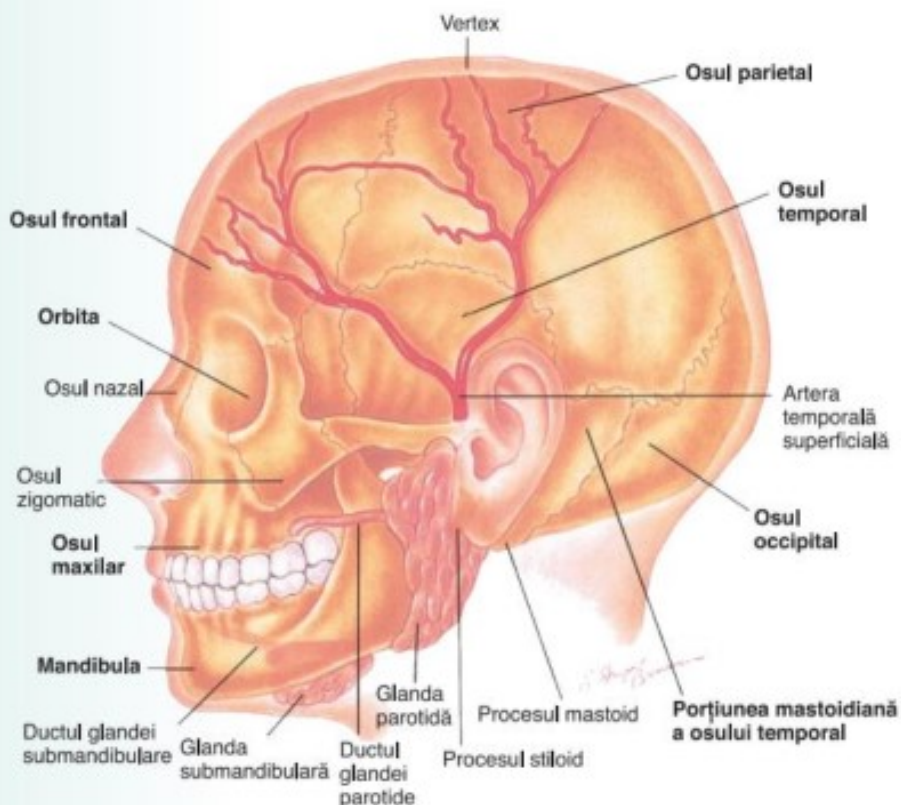
CAPUL

Anatomie și fiziologie

Denumirile regiunilor anatomice de la nivelul extremității cefalice provin de la oasele craniene subiacente, de exemplu regiunea frontală. Cunoașterea anatomiei este esențială pentru localizarea și descrierea observațiilor clinice.

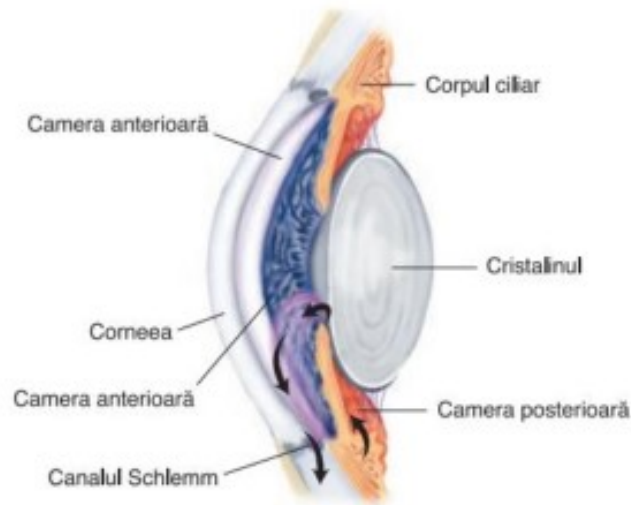
În vecinătatea mandibulei se găsesc două perechi de glande salivare: *glandele parotide*, situate superficial și posterior de mandibulă (devin vizibile și palpabile atunci când sunt mărite) și *glandele submandibulare*, situate profund de mandibulă. Pe ultimele le puteți simți dacă vă aplecați înainte și presați limba de suprafața incisivilor inferiori. Aceste glande au suprafață lobulară care poate fi simțită între vârful limbii și mușchii tensionați. Orificiile de deschidere ale ductelor glandelor parotide și submandibulare sunt vizibile la nivelul cavității bucale (vezi pag. 233).

Artera temporală superficială are un traseu ascendent, imediat anterior de pavilionul urechii, nivel la care poate fi palpată. La multe persoane, mai ales la vârstnici și la subponderali, traiecul sinuos al uncia dintre ramurile sale poate fi urmărit la nivelul regiunii frontale.

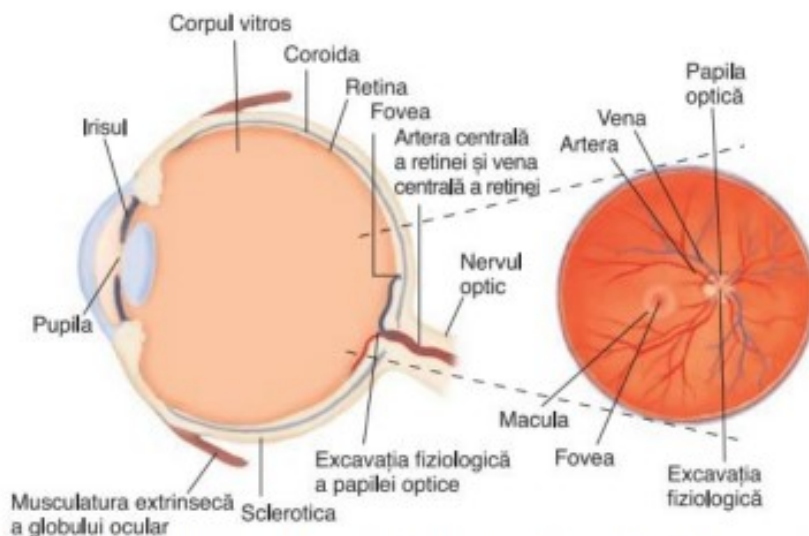


Globul ocular este o structură anatomică sferică ce focalizează lumina la nivelul elementelor neurosenzoriale ale retinei. Fibrele musculare ale irisului controlează dimensiunea pupilei. Mușchii *corpului ciliar* controlează grosimea cristalinului, și permit focalizarea privirii asupra obiectelor situate în apropiere sau la distanță.

Camerele anterioară și posterioară ale globului ocular sunt pline cu un lichid clar, denumit *umoare apoasă*. Umoarea apoasă este produsă de *corpul ciliar* la nivelul camerei posterioare, de unde ajunge în camera anterioară prin pupilă și părăsește globul ocular prin *canalul Schlemm*. Acest sistem circulator contribuie la menținerea presiunii intraoculare.

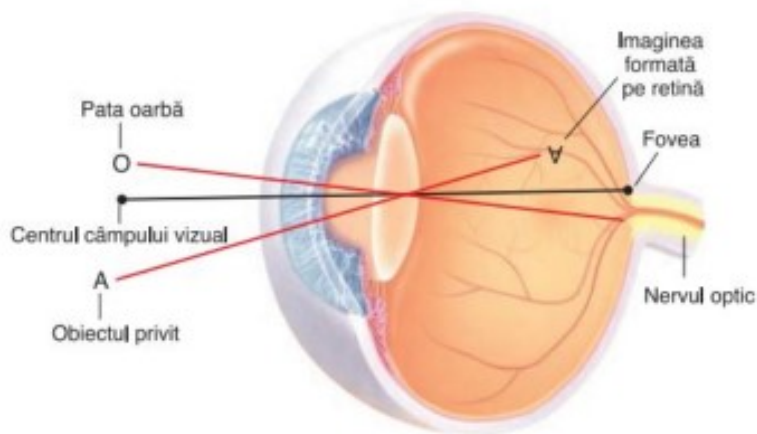


CIRCULAȚIA UMORII APOASE



SECȚIUNE TRANSVERSALĂ PRIN OCHIUL DREPT, ILUSTRÂND O PORȚIUNE A FUNDULUI DE OCHI OBSERVATĂ LA EXAMENUL OFTALMOSCOPIC

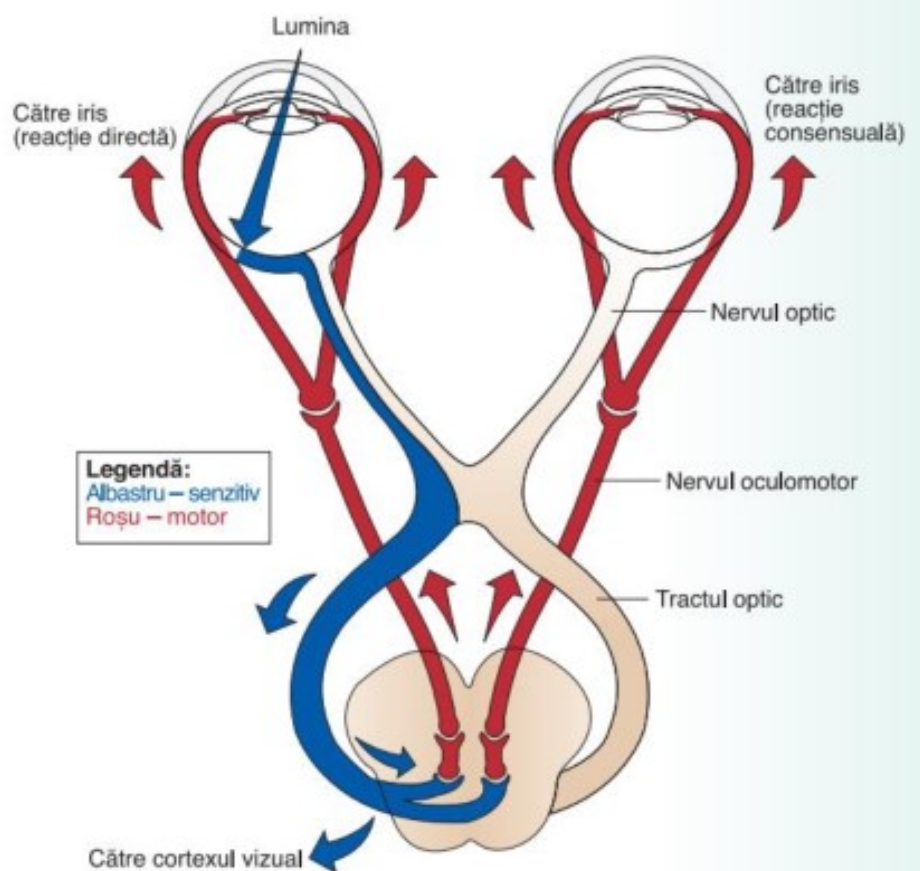
Partea posterioară a ochiului, care poate fi observată cu ajutorul oftalmoscopului, este denumită *fund de ochi*. Structurile incluse aici sunt retina, coroida, fovea, macula, papila optică și vasele retiniene. Nervul optic, împreună cu vasele retiniene, pătrunde în globul ocular la nivelul posterior. Poate fi vizualizat cu oftalmoscopul la nivelul *papilei optice*. Lateral și ușor inferior de papila optică se găsește o mică depresiune a suprafeței retinei, care reprezintă punctul vederii centrale. În jurul său se află o zonă circulară mai întunecată, numită *fovea* centrală. Fovea este înconjurată de o regiune relativ rotundă numită *maculă* (adică pată galbenă microscopică), imprecis delimitată. *Corpul vitros*, reprezentat de o masă transparentă de material gelatinos situată posterior de cristalin, nu este în mod normal vizualizat. El contribuie la menținerea formei globului ocular.



Impulsurile nervoase, stimulate de lumină, sunt conduse prin fibrele nervoase de la nivelul retinei, nervului optic și tracturilor optice de fiecare parte, iar mai departe prin *radiațiile optice* până la cortexul vizual, situat în lobul occipital.

Reflexele pupilare. Dimensiunea pupilei se modifică în funcție de lumină și de efortul de focalizare asupra obiectelor situate la diferite distanțe.

Reflexul pupilar fotomotor. Un fascicul luminos îndreptat asupra retinei determină constricție pupilară, atât la nivelul ochiului respectiv - *reacție directă la lumină* - cât și al ochiului controlateral - *reacție pupilară consensuală*. Căile senzitive inițiale sunt similare celor descrise pentru formarea imaginii: retina, nervul optic și tractul optic. Însă, în mezencefal căile devin divergente, impulsurile fiind transmise prin nervul oculomotor (NC III) către musculatura constrictoare a irisului de la nivelul fiecărui ochi.



CĂILE NERVOASE ALE REFLEXULUI PUPILAR FOTOMOTOR