

PARTICULARITĂȚILE
CLINICO-EVOLUTIVE ȘI EPIDEMIOLOGICE
ALE MENINGITEI ASEPTICE

Stela COJOCARU¹, Elena CONDREA¹,
Raisa POPOVICI², Liliana HODOROGEA²,
Tatiana MUSTEAȚĂ², Galina CHIRIACOV²,
Angela NAGĂȚ², Valentina POTĂNG-RAȘCOV¹
¹Catedra Boli Infecțioase, Tropicale și Parazitologie Medicală,
USMF N. Testemițanu, ²IMSP SCBI Toma Ciorbă

Summary

Evolution and clinical-epidemiological characteristics of aseptic meningitis

A high incidence of the aseptic meningitis was diagnosed in 2008, during cold season, in the 15-25 years old persons. Meningitis remains undiagnosed in the majority of cases during the pre-hospital stage. Aseptic meningitis evolved usually in the moderate severity form. The severity of the disease direct correlate with the patient's age, and didn't correlate with the level of leucocytes in the CSF. The etiology of the aseptic meningitis remains undiagnosed.

Key-words: aseptic meningitis, serous meningitis, diagnosis, symptoms, treatment.

Резюме

Клинико-эпидемиологические особенности асептического менингита

Высокая заболеваемость асептическим менингитом была отмечена в 2008 году, зимой, у пациентов 15-25 лет. Менингит оставался не выявленным в большинстве случаев на догоспитальном этапе. Болезнь протекала чаще всего в среднетяжелой форме. Тяжесть заболевания прямо коррелировала с возрастом пациентов, но не зависела от уровня лейкоцитов в СМЖ. Этиология асептических менингитов остается не выявленной.

Ключевые слова: асептический менингит, серозный менингит, диагноз, симптомы, лечение.

Actualitate

Infecțiile SNC, inclusiv meningitele aseptice, constituie o urgență a patologiei infecțioase, datorată persistenței atât pe plan mondial, cât și național a unei morbidități crescute și a riscului unor sechele neuropsihice tardive.

Scop și obiective: studierea particularităților epidemiologice, clinico-evolutive, de diagnostic și de tratament ale meningitelor aseptice.

Materiale și metode de cercetare

În conformitate cu scopul și obiectivele cercetării, au fost investigați prospectiv și retrospectiv, epidemiologic, clinic și prin cercetări de laborator 73 de pacienți cu meningită aseptică de etiologie neidentificată, internați în Spitalul Clinic de Boli Infecțioase T. Ciorbă în perioada 2005-2011. Din studiu au fost excluse cazurile confirmate de meningită seroasă, cauzate de HSV, *M. tuberculosis*, virusul urlan.

Rezultate obținute și discuții

Ponderea cazurilor de meningită aseptică a variat în funcție de anul luat în studiu. Astfel, în 2008 s-a înregistrat o creștere substanțială a îmbolnăvirilor, reprezentând 41.09% din totalul cazurilor înregistrate (figura 1). Trebuie de menționat că în aceeași perioadă, anul 2008, în Republica Moldova s-a înregistrat o creștere considerabilă de îmbolnăviri prin infecție enterovirală.

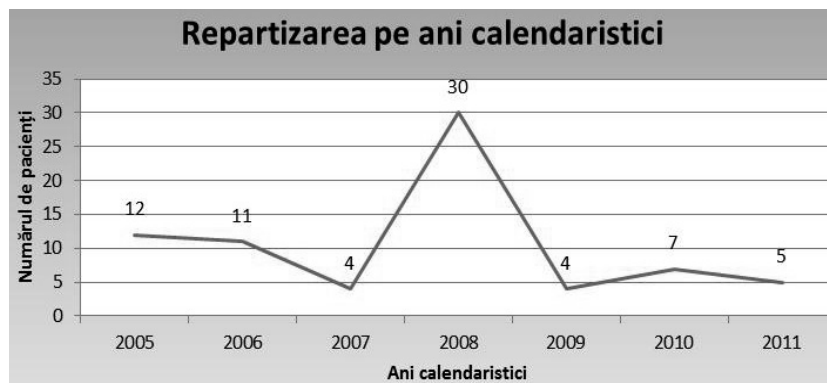


Figura 1. Repartizarea cazurilor de meningită seroasă pe ani calendaristici.

Cel mai mare număr de îmbolnăviri – 28 (38.35%) cazuri – a fost înregistrat pe parcursul iernii (figura 2), fapt cauzat, probabil, de scăderea rezistenței organismului față de infecții cu mecanism de transmitere aerogen.

În totalul de pacienți internați în SCBI T. Ciorbă pe parcursul anilor 2005-2011 cu diagnosticul de meningită seroasă, nu au fost înregistrate

cazuri de îmbolnăvire a copiilor mai mici de 11 ani și a persoanelor cu vârsta mai mare de 60 de ani. Ponderea cea mai mare de îmbolnăviri s-a remarcat în grupa de vârstă 15-25 ani – 47 (64%) cazuri (figura 3). Pacienții din grupa de vârstă menționată sunt persoane cu viață socială activă, cu multiple contacte interumane, fapt ce poate favoriza răspândirea și menținerea infecțiilor în grupa respectivă.

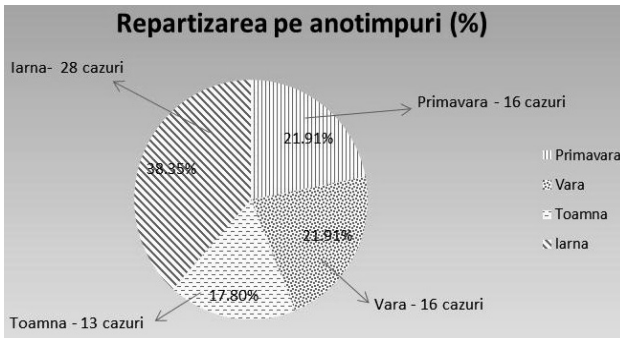


Figura 2. Repartizarea cazurilor de meningită aseptică pe anotimpuri (%).

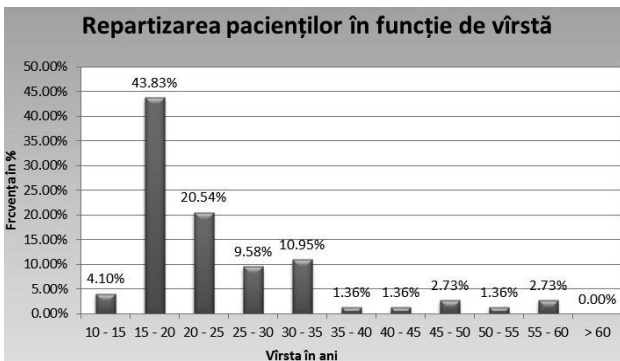


Figura 3. Repartizarea pacienților în funcție de vârstă.

Ponderea pacienților de sex masculin a fost mai mare comparativ cu cei de sex feminin, respectiv 44 și 29 cazuri, fapt confirmat și de datele din literatură, vârsta medie a bărbaților fiind de 23 de ani, pe când cea a femeilor – de 27 ani. Studiul efectuat a evidențiat un număr mare de pacienți neîncadrați oficial în câmpul de muncă – 26 (35.61%) cazuri (figura 4).



Figura 4. Ponderea cazurilor de meningită aseptică în funcție de locul de muncă.

La trimitere diagnosticul de meningită a fost stabilit doar la 31 (42.46%) de pacienți, pe când la internare meningita sau infecția enterovirală și meningita au fost diagnosticate la 60 (82.18%) pacienți (figura 5). Acest fapt denotă un grad scăzut de suspiciune privitor la posibilitatea apariției cazurilor de meningită, în special la etapa prespitalicească.

Prezintă interes faptul că diagnosticul de meningită la trimitere a fost corect stabilit la 62.5% (10 din 16) din persoanele neasigurate și doar la 36.84% (21 din 57) din cele asigurate. Corectitudinea stabilirii diagnosticului la îndrumarea de către asistența medicală de urgență a fost de 40.48%, de către medicul de familie – 28.57%, de alte instituții medicale – 72.72%.

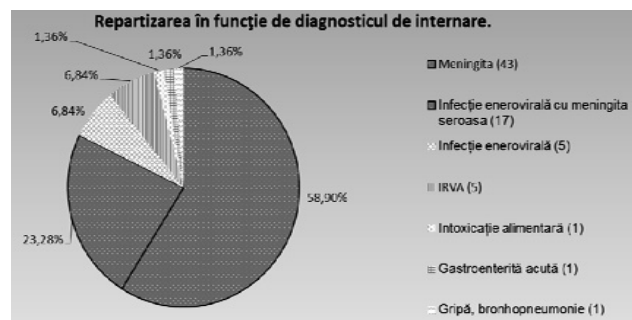
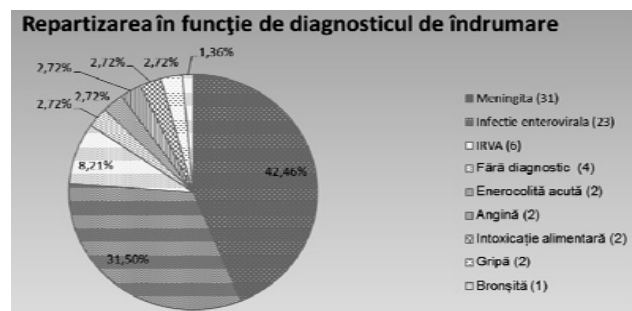


Figura 5. Repartizarea pacienților în funcție de diagnosticul de trimitere și de internare.

În prima zi de boală au fost internați doar 11 (15.06%) pacienți, majoritatea fiind spitalizați în ziua a 2-a sau a 3-a de boală, respectiv 22 (30.12%) și 24 (32.87%) cazuri. Este alarmant faptul că 16 (21.92%) pacienți au fost diagnosticați tardiv – începând cu ziua a 4-a de boală (figura 6).

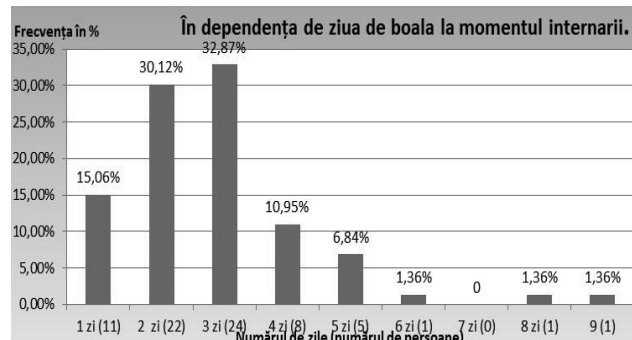


Figura 6. Repartizarea pacienților în funcție de ziua de boală la momentul internării.

Meningita aseptică a avut o evoluție de gravitate medie la 67 (91.78%) pacienți și gravă – la 6 (8.22%). Severitatea bolii a fost în corelație directă cu vârsta pacienților la momentul îmbolnăvirii. Astfel, vârsta medie a persoanelor care au dezvoltat o meningită de gravitate medie a fost mai mică comparativ cu cei cu o evoluție mai gravă, respectiv 24.5 ani și 47.5 ani.

În urma analizei simptomelor clinice s-a constatat că debutul acut al bolii cu febră, fatigabilitate, grețuri, vomă și cefalee a fost prezent la toți pacienții. S-a remarcat o corelație directă între nivelul febrei și durata ei. Durata medie a perioadei febrile a fost de 4 zile la pacienții cu febra 38-39°C și de 8 zile la cei la care depășea 39°C.

Semnele clinice de iritare meningiană au fost prezente la toți pacienții, deși s-au exteriorizat în măsură diferită. Astfel, semnul Brudzinski a fost pozitiv la 40 (55%) pacienți, semnul Kerning – la 46 (64%), rigiditatea occipitală – la 53 (73%) pacienți. La 27 (36.28%) bolnavi durata pozitivității semnelor meningiene a fost de 3-6 zile, la 40 (54.79%) semnele meningiene au fost pozitive timp de 7-9 zile, iar la 6 pacienți – 10-12 zile.

Modificări în hemogramă au fost semnalate doar la un număr mic de pacienți: leucocitoza cu o ușoară deviere spre stânga a fost înregistrată la 7 (9.58%) pacienți, iar VSH crescut – la 12 (16.43%).

Lichidul cefalorahidian a fost clar, transparent la 56 (76.72%) pacienți, opalescent – la 9 (12.32%) și puțin tulbure – la 8 (10.95%). Nivelul de leucocitorahie nu a corelat cu severitatea bolii, fiind în medie de 512 celule/mL (min. – 30 celule/mL, max. – 1662 celule/mL) (figura 7).

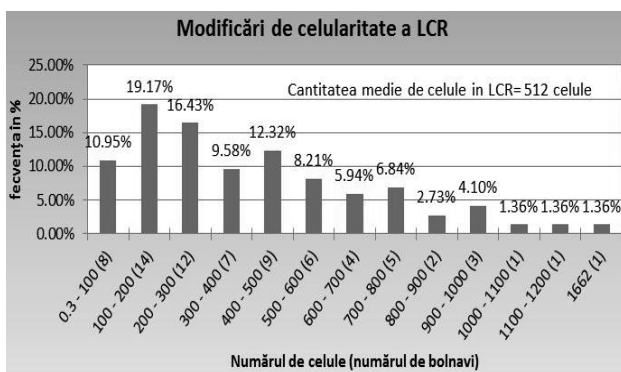


Figura 7. Repartizarea cazurilor în funcție de leucocitorahie.

La toți pacienții în LCR predominau limfocitele, cantitatea minimă fiind de 60%, maximă – 100%, în medie 80%. Proteinorahia a fost crescută în toate cazurile, media fiind de 1.65g/l, la 73.9% pacienți nivelul proteinelor a fost în limitele 0.63-1.83 g/l (figura 8).

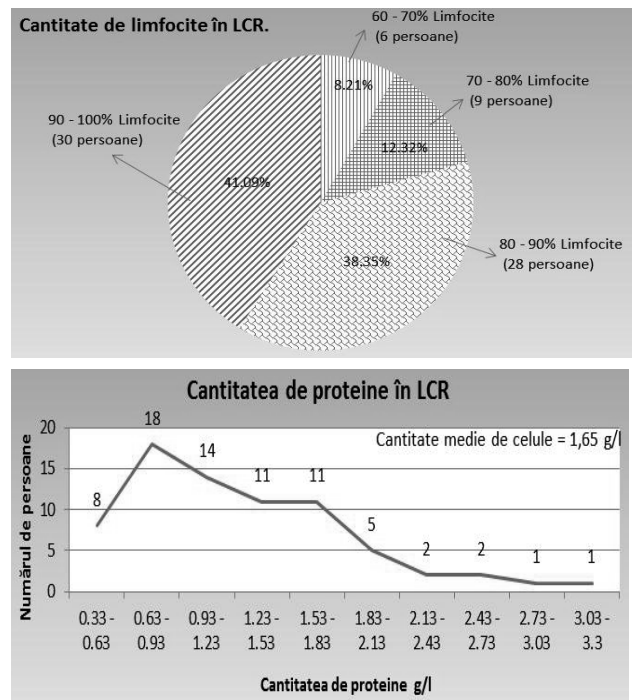


Figura 8. Repartizarea cazurilor în funcție de nivelul limfocitelor în LCR și al proteinorahiei.

Glicorahia a fost scăzută doar la 2 (2.74%) pacienți, iar clorurorahia – la 8 (10.96%). Trebuie de menționat că glicemia a fost apreciată doar în 9 (12.32%) cazuri. Tuturor pacienților li s-au făcut investigații bacteriologice ale LCR (bacterioscopia și însămânțări), rezultatele fiind negative.

Pe parcursul aflării în staționar, toți pacienții au primit tratament simptomatic, patogenetic și în 88 (93.15%) cazuri – antibacterian cu penicilină, ceftriaxon sau cefotaxim. Tratament cu dexametazonă timp de 2-4 zile a fost administrat la 19 (26.07%) pacienți, dintre care 6 au fost de formă gravă, ceilalți evoluând cu o gravitate medie a bolii.

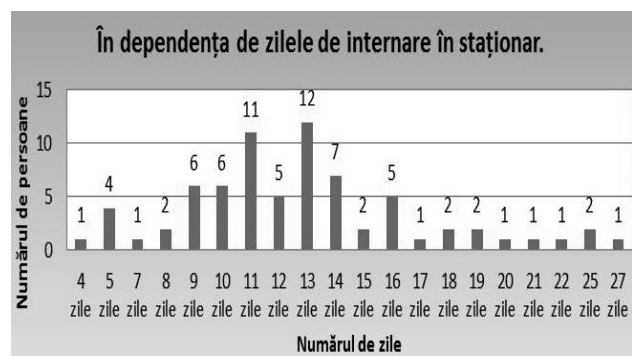


Figura 9. Repartizarea pacienților în funcție de durata de internare.

Durata de spitalizare a unui pacient cu meningită aseptică a fost în medie de 12,83 zile/pat (figura 9). În cazurile cu evoluție semigravă durata medie de spitalizare a fost de 8.77 zile/pat, iar în cele grave – 15.42 zile/pat, majoritatea pacienților – 47 (64.38%) fiind internați timp de 9-14 zile.

Concluzii

1. O incidență maximă a cazurilor de meningită aseptică au fost remarcate în anul 2008, fapt ce a coincis cu creșterea morbidității generale prin infecții enterovirale în Republica Moldova.
2. Cel mai mare număr de îmbolnăviri au fost înregistrate pe timpul iernii, fapt cauzat, probabil, de scăderea rezistenței organismului față de infecțiile cu mecanism de transmitere aerogen.
3. Ponderea cea mai mare de îmbolnăviri s-a remarcat în grupa de vârstă 15-25 de ani, la persoanele cu viață socială activă, cu multiple contacte interumane, fapt ce a putut favoriza răspândirea și menținerea infecțiilor în grupa respectivă.
4. La etapa prespitalicească diagnosticul de meningită a rămas subdiagnosticat în majoritatea cazurilor.
5. Majoritatea cazurilor de „meningită” aseptică au avut o evoluție semigravă, severitatea bolii corelând direct cu vârsta pacienților la momentul îmbolnăvirii.
6. Semnele clinice de iritare meningiană au fost prezente la toți pacienții, dar s-au exteriorizat în măsură diferită.
7. Nivelul de leucocitorahie nu a corelat cu severitatea bolii, glicorahia menținându-se în limitele normei în majoritatea cazurilor.
8. Pacienții cu meningită aseptică au rămas neidentificați din punct de vedere etiologic.

Bibliografie

1. Steiner H, Budkac A, Chaudhurid M, Koskiniemie, K. Sainiof, O. Saloneng, Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for management, *European Journal of Neurology*, 2010, nr. 17, p. 999-1009.
2. Khetsuriani N., Lamonte-Fowlkes A., Oberst S. et al., Enterovirus surveillance – United States, 1970-2005. *MMWR Surveill. Summ.*, 2006; nr. 55, p. 1-20.
3. Shalabi M., Whitley R.J., Recurrent benign lymphocytic meningitis, *Clin. Infect. Dis.*, 2006; nr. 43, p. 1194-1197.
4. CDC. Outbreaks of aseptic meningitis associated with Echoviruses 9 and 30 and preliminary surveillance reports on enterovirus activity – United States, 2003, *MMWR Weekly*, 2003; nr. 52, p. 761-764.
5. Negrini B., Kelleher K.J., Wald E.R., Cerebrospinal fluid findings in aseptic versus bacterial meningitis, *Pediatrics*, 2000; nr. 105, p. 316-319.
6. Protocol Clinic Național. Infecția Enterovirală la copil, Chișinău, 2008, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.