

Toți bolnavii erau cașectici, cu IMC în limitele 15-17 kg/m<sup>2</sup>. Mai rar au fost semnalate sindromul dispeptic, malabsorbția, ascita, sindromul icteric. Complicații acute ale TB abdominale au fost atestate la 4 pacienți (perforație intestinală, fistule, ulcere, peritonită tuberculoasă sau obstrucție intestinală). Dar au fost semnalate și cauze intricate ale manifestărilor abdominale (sindrom dispeptic, icteric, sindromul de citoliză hepatică, durere abdominală), cum ar fi intoleranța medicamentoasă la preparate antituberculoase, comorbiditățile (ulcere gastroduodenale, pancreatite).

Testele de laborator de rutină au arătat rezultate nespecifice. Doar la un pacient s-a efectuat tomografia computerizată fără contrast, care a decelat ganglionii limfatici (GL) retroperitoneali și mezenterici majorați. Colonoscopia nu a fost efectuată la niciun pacient. Prin microscopie, metode molecular-genetice și prin culturi (MGIT și LJ) *M. tuberculosis* a fost detectată în toate cazurile, cu multidrogrezistență la 2 pacienți. Diagnosticul de tuberculoză abdominală a fost confirmat histologic la 4 bolnavi, toți au fost supuși intervenției chirurgicale pentru managementul complicațiilor survenite: perforație de intestin, peritonită. La un pacient tuberculoza tractului digestiv a fost confirmată la necropsie.

Modificările macroscopice vizualizate intraoperatoriu: perforații multiple de intestine, peritonită purulentă fibrinoasă cu tuberculi diseminați pe peritoneu, ascită, îngroșarea parietală intestinală cu leziuni tuberculoase circulare și zone de necroză, mai avansate în regiunea ileocecală, GL mezenterici și pancreatici majorați în dimensiuni.

Tratamentul pacienților cu tuberculoză cu germeni sensibili la preparate antituberculoase a fost prelungit de la 6 la 12 luni, un caz finalizat cu deces la 5 luni de la inițierea terapiei anti-TB.

## Discuții

Diagnosticul tuberculozei gastrointestinale este o adevărată provocare în practica medicală la diferite nivele: medic de familie, internist, ftiziopneumolog. Factorul de risc major îl constituie imunosupresia, în special din HIV. Prezența durerilor abdominale nespecifice, a febrei și ascitei trebuie să crească suspiciunea de peritonită tuberculoasă. Niciunul dintre semnele clinice sau examenele imagistice, endoscopice, bacteriologice și chiar histopatologice nu oferă diagnosticul de certitudine în tuberculoza gastrointestinală.

De regulă, concluzia de diagnostic se bazează pe rezultatele testelor imagistice și histopatologice relevante. De asemenea, este rezonabil examenul pentru MBT al fecalelor prin culturi și teste molecular-genetice (Xpert MTB/Rif), rezultatul pozitiv al acestora face etiologia tuberculoasă foarte probabilă. Pe lângă examenul radiografic baritat, suspectarea

de diagnostic poate fi indusă de modificările tomografiei computerizate, precum îngroșarea murală concentrică a regiunii ileocecale cu sau fără dilatare intestinală proximală, potențial însoțită de limfadenopatie (cu centre hipodense cauzate de necroza caseoasă.) în mezenterul adiacent. Probarea histologică se face prin examenul prelevatelor biopaticice ale mucoasei intestinale, colectate în timpul examenului endoscopic, ultimul evidențiind semne de colită ulcerativă sau hipertrofică.

În cazurile analizate, tuberculoza gastrointestinală a fost confirmată prin metode bacteriologice, dar și prin examen histologic în cadrul intervențiilor chirurgicale de urgență pentru rezolvarea complicațiilor survenite.

## Concluzie

Cauzele principale ale diagnosticului tardiv al tuberculozei gastrointestinale sunt adresarea tardivă, omiterea manifestărilor patologice, lipsa vigilenței sporite a medicului de familie, care au determinat complicații multiple, cu prelungirea duratei de tratament, dar și cu cazuri fatale.

## Bibliografie

1. Botnaru V. *TB abdominală*. În: Compendiu de gastroenterologie, 2006, p. 469-475.
2. *Protocol clinic național "Tuberculoza la adult"*. Chișinău, 2015.
3. Debi U., Ravisankar V., Prasad K. et al. *Abdominal tuberculosis of gastrointestinal tract: revisited*. In: World J. Gastroenterol., 2014, nr. 20(40), p. 14831-14840.
4. Castillo Ramos R., Villalón Montenegro C., Molina Pezoa M., Urrejola Schmied G. *Abdominal tuberculosis, a diagnostic dilemma: report of a series of cases*. In: Medwave, 2015, Sep., nr. 15(8), p. 62-71.

CZU: 616.24-002.5-036.22-053.2

## ASPECTELE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ALE TUBERCULOZEI LA COPII ÎN PRIMUL AN DE VIAȚĂ

Alexandra ȚOPA<sup>3</sup>, Elvira IAVORSCHI<sup>2</sup>,  
Diana CHIOSA<sup>3</sup>, Rodica IGNAT<sup>3</sup>,  
Constantin IAVORSCHI<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc,

<sup>2</sup>Departamentul Pediatrie, IP USMF Nicolae Testemițanu,

<sup>3</sup>Catedra Medicină de Familie, IP USMF Nicolae Testemițanu

## Introducere

Studiile din literatura de specialitate au arătat că, datorită particularităților anatomofiziologice și imunologice, copiii de până la un an reprezintă

unul dintre cele mai vulnerabile categorii de vârstă predispuse infectării și îmbolnăvirii de tuberculoză. Imaturitatea sistemului limfatic, perioadele critice ale maturizării sistemului imun caracteristice primului an de viață, adițional condițiile familiale în care există bolnavi ce elimină micobacterii TB, impun cerințe sporite în efectuarea unor măsuri profilactice, de diagnostic și de tratament al tuberculozei (TB). Diagnosticul diferențial al TB la copii este îngreunat și adesea însoțit de greșeli.

### Scopul studiului

Autorii au avut drept scop cercetarea formelor clinice, caracteristicilor evoluției și importanței factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii în primul an de viață.

### Material și metode de cercetare

Au fost analizate 37 de cazuri de îmbolnăviri cu tuberculoză la copii în vârstă de la 3 luni până la 1 an (24 băieți, 13 fete), înregistrate în perioada 2007–2012.

### Rezultate obținute și discuții

S-a constatat că ganglionii limfatici la copii în prima lună de viață au un rol nesemnificativ în procesul infecțios, care nu se limitează la nivelul acestora, ci se generalizează ușor. În structura formelor clinice analizate, tuberculoza ganglionilor limfatici mediastinali (25 din 37) a ocupat primul loc, majoritatea bolnavilor având o afectare bilaterală. Pe locul doi s-a plasat complexul tuberculos primar, iar pe locul trei – tuberculoza generalizată, cu afectarea nu numai a aparatului respirator, dar și a SNC, ficatului, splinei, rinichilor. Șapte pacienți au avut complicații, dintre care patru erau contagioși, iar unul – cu TB-MDR.

Tabloul clinic varia în funcție de particularitățile de vârstă și de reactivitatea individuală a copilului. Cu cât vârsta copilului era mai mică, cu atât sindromul toxico-infecțios și modificările din sistemul bronhopulmonar și alte sisteme erau mai pronunțate. La această categorie de bolnavi predomina debutul acut al bolii. Cele mai frecvente simptome întâlnite erau deficitul de adaos ponderal, febra, respirația dificilă, tusea neproductivă. Destul de frecvent copiii se îmbolnăveau de tuberculoză în perioada de toamnă–iarnă și la începutul primăverii (28 de copii).

Jumătate dintre pacienți prezentau un fond premorbid nefavorabil, în 100% cazuri aceștia au fost în contact cu bolnavi de tuberculoză, inclusiv 30% – cu bolnavi de TB-MDR. Mama a servit drept sursă de infectare pentru jumătate dintre cazuri, tata – pentru 12 cazuri, dar au mai figurat de asemenea bunei și bunici, mătuși și unchi. A fost observată atât importanța condițiilor nefavorabile socioeco-

nomice și de trai, a defectelor vaccinului BCG sau lipsa acestuia, cât și nașterea copilului de la o mamă infectată cu HIV. Asocierea mai multor factori de risc a agravat patogenia și evoluția bolii, de aceea debutul tuberculozei lua forma unei maladii grave. Jumătate dintre bolnavii de tuberculoză au fost diagnosticați la adresare, iar în 3 cazuri – post-mortem. Cele mai importante cauze de diagnostic tardiv și post-mortem au fost deficiențele în colectarea anamnezei, neaprecierea factorilor de risc și neutilizarea tehnologiilor moderne.

Diagnosticarea tuberculozei cu ajutorul tuberculinei a fost utilizată foarte rar. Proba Mantoux cu 2 UT PPD la sugari a prezentat un număr mare de rezultate fals-pozitive și fals-negative, ceea ce a impus folosirea investigațiilor suplimentare pentru confirmarea diagnosticului. În legătură cu tuberculoza primară oligo- și abacilară la majoritatea copiilor, testele microbiologice tradiționale (analiza sputei prin lavaj gastric) au fost insuficiente. În schimb, analiza microbiologică a sângelui pentru diagnosticarea tuberculozei, bazată pe cunoașterea persistenței micobacteriemiei, ca o etapă a procesului infecțios în tuberculoza primară, și analiza ADN (PCR) s-au dovedit a fi utile.

### Concluzie

Astăzi rămâne actuală nu numai cunoașterea particularităților clinico-patogenetice ale tuberculozei la copii în primul an de viață, folosirea corectă a metodelor contemporane de diagnostic, ci și colaborarea medicilor de familie și a specialiștilor din ftiziopneumologie pentru eficientizarea procesului de diagnostic și de tratament al tuberculozei.

CZU: 616.24-005.98

## ABORDAREA EDEMULUI PULMONAR ÎN PRACTICA CLINICĂ: ÎNTRE CONSENS ȘI CONTROVERSE

*Victor BOTNARU, Oxana MUNTEANU,*  
Departamentul Medicină Internă,  
IP USMF Nicolae Testemițanu

### Introducere

Edemul pulmonar, definit prin acumularea anormal crescută a lichidului în plămân, este o urgență medicală prin cele două forme clinice (cardiogen și noncardiogen), care deși au cauze distincte, inițial