

PARTICULARITĂȚILE SEMNELOR ENDOSCOPICE ALE INFLAMAȚIEI MUCOASEI BRONHIILOR ÎN BRONHOPNEUMOPATIA CRONICĂ OBSTRUCTIVĂ

Iurie SIMIONICA, Serghei PISARENCO,
Vadim SIMIONICA,

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Summary

Features of endoscopic signs of bronchial mucosa inflammation in chronic obstructive pulmonary disease

Endoscopic examination of bronchi reveals inflammatory changes in patients of COPD group (B, C and D). For proper evaluation of endoscopic bronchial paintings, establishing an accurate diagnosis and selection of appropriate treatment must take into account not only the overall picture endobronchitis, but every endoscopic sign individually.

Keywords: endoscopy, signs of inflammation, mucous membrane, COPD

Резюме

Особенности эндоскопических признаков воспаления слизистой оболочки бронхов при хронической обструктивной болезни легких

Эндоскопическое исследование бронхов позволяет выявить воспалительные изменения у больных всех групп ХОБЛ (B, C и D). Для правильной оценки эндоскопической бронхиальной картины, установления точного диагноза и выбора адекватного лечения необходимо принимать во внимание не только общую картину эндобронхита, но и каждый эндоскопический признак в отдельности.

Ключевые слова: эндоскопия, признаки воспаления, слизистая оболочка, ХОБЛ

Introducere

Explorarea invazivă la pacienții cu BPOC se efectuează rar, dar în cursul evoluției bolii uneori este indispensabilă. În cazul modificărilor de dinamică bronșică, în dischineziile bronșice, fibrobronhoscopia poate explica agravarea simptomatologiei la un pacient. În BPOC, pe lângă aspectele inflamatorii, apar stenoze, neregularități ale mucoasei cu aspect trabecular, ceea ce îngreunează drenajul secrețiilor și apare obstrucția la flux la nivelul căilor aeriene mici, distonia traheii și bronhiilor primare, deformația bronhiilor [7].

Totuși, nu toate bronșitele cronice vor evolua spre un sindrom obstructiv. Trei sferturi dintre acestea rămân pur hipersecretorii și doar un sfert evoluează progresiv spre insuficiența respiratorie obstructivă. În BPOC există două fenomene con-

stante, deși variabile de la caz la caz: hipersecreția și modificarea procesului de curățare-mucostază, care exercită o influență vădită asupra evoluției bronșitei cronice [3].

Stagnarea secretului bronșic reduce permeabilitatea bronhiilor și poate contribui la agravarea dereglărilor ventilatorii. Este necesar de menționat că viscozitatea secretului la bolnavii cu BPOC o depășește pe cea neobstructivă, iar dereglarea permeabilității bronhiilor contribuie la retenția secretului bronșic și pătrunderea părții lui lichide în submucoasa bronșică. Creșterea viscozității secretului, la rândul său, formează condiții pentru multiplicarea florei patogene și intensificarea procesului inflamator.

Scopul cercetării a fost de a stabili particularitățile caracteristice inflamației mucoasei bronhiilor la diferite grupe de pacienți cu bronhopneumopatie cronică obstructivă.

Material și metode

În studiu au fost incluși 94 de bolnavi cu BPOC, cu diferită severitate a bolii, dintre care grupa B – 38 de bolnavi, grupa C – 19, grupa D – 37 de bolnavi. Criteriile de includere a pacienților în studiul dat au fost: diagnosticul de BPOC stabilit (după GOLD, 2013), prezența unor criterii Anthonisen (accentuarea dispneei, creșterea producției de secret cu elemente de purulență) [1]. La toți pacienții au fost luate în calcul: expresivitatea simptomelor; semnele fizice; manifestările dispneei (mMRS); probele funcționale, în special indicele Tiffeneau, FEV₁, frecvența acutizărilor. Toți pacienții au fost investigați bronhosopic.

Cercetările endoscopice au fost efectuate cu fibrobronhoscopul Firmei *Olympas*, Japonia, cu anestezie locală, cu scopul de a stabili semnele de inflamație a mucoasei bronhiilor: caracterul, cantitatea și localizarea secretului în lumenul bronhiilor; colorația mucoasei și localizarea; sângerarea mucoasei, inclusiv la tușeu; aspectul desenului vascular; elasticitatea și mobilitatea pereților bronhiilor, prezența distoniei părții membranoase a traheii și bronhiilor; starea glandelor bronhiale. Pentru prelucrarea statistică a datelor au fost aplicate setul de programe Microsoft Excel și testul „t” Student. Diferențele statistic semnificative s-au considerat la valorile p<0,05.

Rezultate și discuții

Evaluarea endoscopică a leziunilor inflamatorii s-a efectuat cu evidențierea a două aspecte de endobronșită: catarală – 68 (72,3%) și mucopurulentă – 26 (27,7%). Frecvența de depistare a semnelor de endobronșită catarală a fost înaltă și a variat în funcție de severitatea bolii.

Analiza rezultatelor a arătat că tabloul în cauză, în toate grupele de BPOC, variază de la caz la

caz: în grupa B – 39,7%, C – 22%, D – 38,2% cazuri. Endobronșita mucopurulentă se caracterizează prin diferite cantități de secret, care au mișcări odată cu respirația și aderă la pereții bronșici (respectiv 42,3%, 15,3%, 42,3%). Frecvența endobronșitei mucopurulente era crescută în special în grupa B (42,3%) și grupa D (42,3%).

Cu scop de apreciere a stării morfofuncționale a traectului bronșic în BPOC, s-a văzut rațional de a sistematiza semnele endoscopice. În elaborarea acestei sistematizări ne-am condus de considerentele clinico-patofiziologice și morfofuncționale de tratare a semnelor endoscopice. De altfel, în prima grupă au fost incluse semnele de inflamație – înroșire, edem, îngroșarea mucoasei. În grupa a doua au fost incluse simptomele caracterizând conținutul endobronșic – secret dens, secret fluid, hipersecreție, hiposecreție. În grupa a treia – simptomele degenerative ale peretelui – atrofie, canal excretor dilatat, paliditate. În grupa a patra s-au inclus simptomele ce caracterizează lumenul bronșic în contextul schimbărilor patologice peribronșice – îngustare, deformare, dilatare. În grupa a cincea au fost incluse simptomele caracteristice cineticii respiratorii – dischinezia hipotonă, hipomotilitatea.

Analizând semnele de inflamație a mucoasei, cum este culoarea roșie aprinsă, am stabilit o frecvență înaltă la bolnavii de grupa D (53,5%), în schimb cea vișinie în raport procentual se deosebea puțin (B – 26%, C – 15,8%, D – 10,8%). Edemul mucosal a fost prezent în grupele B și C, respectiv în 31,0% și 20,6% cazuri, și aproape în jumătate de cazuri cercetate în grupa D (48,2%, $p > 0,05$). În grupa de severitate D, edemul se caracteriza printr-o expresivitate sporită a mucoasei, care are o culoare roșie aprinsă, cu sângerare la tușeu și îngustare difuză a bronhiilor lobare și segmentare.

Analiza rezultatelor ce evidențiază cantitatea secretului a stabilit că hipersecreția este mai frecvent întâlnită la bolnavii grupei B (39,2%), în schimb hiposecreția este întâlnită mai des la bolnavii cu grupa D (44,4%). Calitatea secretului a fost în egală măsură vizualizată la bolnavii cercetați, densă – 45 bolnavi, fluidă – 46, în schimb pe loturi, cea densă era mai frecvent întâlnită la grupa D (44,4%), pe când cea fluidă era caracteristică pentru grupa B (41,3%).

Au fost analizate rezultatele endoscopice ale simptomelor degenerative ale mucoasei bronșiilor (paliditate, canal excretor dilatat), care au stabilit că procesul cronic în bronșii este avansat la o bună parte din bolnavi, cu o creștere procentuală a palidității mucoasei – 66,7% la cei din grupa B, iar așa semn caracteristic precum este canalul excretor dilatat a fost stabilit mai frecvent la bolnavii grupei B (40%) și grupei C (37,5%).

Un element definitoriu în evoluția proceselor cronice obstructive îl constituie deformările orificiilor bronhiilor lobare, segmentare prin procese de scleroză a țesutului peribronșic. Analiza comparativă a rezultatelor obținute ne permite să constatăm că acest semn endoscopic contribuie semnificativ la agravarea tabloului clinic al BPOC, întâlnindu-se mai frecvent în grupa D (60%, $p < 0,05$), diferența fiind statistic semnificativă între grupele cercetate. Simptomele cineticii respiratorii precum este dischinezia și hipomotilitatea, au fost prezente în toate grupele de bolnavi cu BPOC.

Analiza rezultatelor a demonstrat că dischinezia hipotonă se întâlnește foarte des în mai mult de jumătate de cazuri din bolnavii cercetați – 56 (59,6%). Analiza rezultatelor pe grupe a arătat prezența mai frecventă a dischineziei traheobronșice în grupa B (39,4%) și grupa C (39,4%), preponderent afectând bronhiile primare și mai rar cele medii și cele inferioare. Hipomotilitatea bronhiilor a fost prezentă în mai puțin de jumătate din cazurile cercetate (47,6%) la bolnavii cu BPOC grupa D și doar în 33,3% cazuri la cei din grupa C ($p > 0,05$).

Pentru stabilirea gradului dischineziei traheobronșice, se ia în considerație nu doar mobilitatea peretelui membranos, ci și configurarea traheii și a bronhiilor și mișcarea pereților laterali, fapt ce îi conferă lumenului o formă triunghiulară. J. Lemoine o caracterizează ca o retracție statică și o referă la bolnavii cu bronșită cronică cu prognostic nefavorabil. La 21 de pacienți a fost determinată distonia traheobronșică de gradul I, cu prolabarea peretelui membranos în expir și în tuse, cu păstrarea configurației lumenului. La 17 pacienți, cercetarea endoscopică a stabilit dischinezie traheobronșică de gradele II-III, cu apropierea pereților traheii și bronhiilor primare, cu schimbarea configurației traheii. La 18 pacienți, cercetările endoscopice au stabilit lezare dischinetică izolată a bronhiilor mari.

Modificările obstructive în arborele bronșic, care contribuie la formarea dereglărilor pronunțate sau grave ale ventilației, exercită o influență nefavorabilă asupra evoluției procesului inflamator și duce la dezvoltarea endobronșitei purulente și la menținerea leziunilor inflamatorii ale bronhiilor în faza de remisie [6]. Dischineziile traheobronșice de gr. I-II nu contribuie la dereglarea evoluției clinice a BPOC. În schimb, dischineziile de gr. III au un impact nefast asupra evoluției procesului inflamator în bronhii și predispun la dezvoltarea unui proces purulent, ce rezultă din dereglările pronunțate ale funcției de drenaj a bronhiilor și neeficiența tusei [5].

Fibrobronhoscopia, în unele cazuri, este o procedură indispensabilă prin faptul că permite a stabili tipul și caracterul inflamației și, după indicații, se aplică tratamentul cu antibiotice și sanarea arborelui

bronșic, fiind rațională în cazul unor cantități sporite de secret, fapt ce sporește valoarea de diagnostic la proba cu bronholitice [8, 9].

Concluzii

1. Cercetarea endoscopică a bronhiilor a făcut posibilă stabilirea leziunilor inflamatorii la toți bolnavii studiați.

2. Endobronșita catarală a fost depistată mai frecvent la bolnavii cu BPOC grupa B – 39,7% și grupa C – 38,2%. Endobronșita purulentă a fost în egală măsură stabilită la bolnavii din grupa B (42,3%) și din grupa C (42,3%).

3. Sistematizarea semnelor endoscopice la bolnavii cu BPOC facilitează obținerea datelor suplimentare despre particularitățile de evoluare a procesului inflamator al bronșiilor.

4. Simptomul de bază al dereglărilor obstrucției bronșice la pacienții cu BPOC din grupa D sunt deformările orificiale (60%, $p < 0,05$).

5. Pentru evaluarea corectă a tabloului endoscopic al bronhiilor, precizarea diagnozei și alegerea adecvată a tratamentului, este necesar de luat în considerație nu doar tabloul endobronșitei, ci și fiecare dintre semnele endoscopice în parte.

Bibliografie

1. *Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of Chronic obstructive pulmonary disease. UPDATED 2013.* GOLD Inc., 2013, 98 p.
2. Lemoine J. *Les bronchites chroniques.* In: Bronches. 1965, vol. 15, nr. 2, p. 129-142.
3. Steven A., Wahls M. *Causes and Evolution of Chronic Dyspnea.* In: Am. Fam. Physician, 2012, Jul 15; nr. 86(2), p. 173-180.
4. Герасин В. А. *Эндоскопические методы исследования.* В: Болезни органов дыхания. Руководство для врачей. М.: Медицина, том 1, 1989, с. 338-339.
5. Попкова А. М., Ичонина Н. П. *Эндоскопическая оценка обструктивного синдрома при хроническом бронхите.* В: 11 Национальный конгресс по болезням органов дыхания. Москва, 9-13 ноября 2011. М.: ДизайнПресс, 2011, с. 340.
6. *Хронический бронхит и обструктивная болезнь легких.* Под ред. А. Н. Кокосова. СПб.: Лань, 2002, 286 с.
7. Черняховская Н. Е., Федченко Г. Г., Андреев В. П., Поваляев А. В. *Рентгено-эндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания.* М.: Медпресс-информ, 2007, 241 с.
8. Чучалин А. Г. *Хронические обструктивные болезни легких.* М.: Бином, 2000. 512 с.
9. Юдина Л. В. *Возможности лечения тиотропия бромидом пациентов с тяжелыми стадиями ХОЗЛ.* В: Медицинская газета „Здоров'я України”, № 1-2, январь 2009, с. 33.

Iurie Simionica, dr. șt. med., conf. cercet.,

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie

Chiril Draganiuc

Tel.: 079008725

e-mail: simionica.iurie@gmail.com