

2. Burns Tony, Stephen Breathnach, Rook's Journal of dermatology, 7th edition, 2004, volume 1-4, chapter 59.5
3. Circo Eduard Endocrinologie Clinică. Constanța, 1998, p. 35, 87, 145, 166, 260, 258 – 260, 274
4. Daniel G. Endocrinologie clinică. București, 2008, p.100, 117
5. Dumitrache Constantin Endocrinologie. București, 2002, p. 41- 47, 48 – 53, 54 – 56, 251 – 266, 285 – 293, 338 – 355, 371 – 391
6. Duncea Ileana, Cristina Ghervan, Carmen Georgescu, Ana Valea Endocrinologie. Cluj – Napoca, 2011, p. 95, 105, 152, 168, 185 – 186, 267
7. Jabbour Serge A. American Journals of Clinical Dermatology 2003, volume 4, issue-5, pag.315-331, Cutaneous manifestations of endocrine disorders: a guide for dermatologists
8. Jabbour Serge A., MD, and Jeffrey L. Miller Endocrinopathies and the skin, p. 88
9. Nicolau Șt. G., Al. Bădănoiu Fiziologia principalelor procese cutanate morbide., București, 1967, p. 303 – 305, 367 – 373
10. Pătrașcu V., Mihaela Popescu Manifestări viscerale în patologia endocrină, 2005, capitolul XI- Manifestări dermatologice, pagina 202-224
11. Wolff Klaus, Goldsmith Lowell A. Fitzpatrick's Dermatology in general medicine, 7th edition, 2008

STRUCTURA ȘI PARTICULARITĂȚILE TABLOULUI CLINIC AL SINDROMULUI AUTOIMUN POLIGLANDULAR

Lorina Vudu, Cristina Goian

Catedra Endocrinologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Polyglandular autoimmune syndrome- structural and clinical specific features

Polyglandular autoimmune syndrome is a rare, but severe pathology, which occurs mostly in women. It has many signs, and each of them has its own clinical peculiarities. The endocrine glands are affected gradually. Patients with a single immune affected endocrine gland must be investigated for the presence of a polyglandular endocrine pathology.

Rezumat

Sindromul autoimun poliglandular este o patologie rară, dar foarte gravă, cu afectarea preponderentă a sexului feminin. El este format din mai multe părți componente. Fiecare parte componentă prezintă un tablou clinic specific. Glandele endocrine se afectează nu simultan, ci după o anumită cosecutivitate în timp. Pacienții cu afectarea autoimună a unei glande endocrine ar trebui să fie investigați pentru afecțiunile de etiologie autoimună a altei glande endocrine.

Actualitatea

Sindromul autoimun poliglandular (SAP) reprezintă o patologie endocrină rar întâlnită, foarte gravă, cu afectarea multiorganică. În ultimul timp are loc creșterea incidenței acestei patologii. Confom datelor lui Betterle [3], în anul 2002 frecvența SAP a constatat 1.4-4.5 cazuri la 100 000 locuitori, iar lui Cooper [5] - 1-2 cazuri la 10 000 locuitori. Preponderent suferă de această patologie sexul feminin.[2] În cadrul patologiei se determină afectarea multiplă a glandelor endocrine: glandei tiroide, pancreasului, cortexului suprarenalian, glandelor paratiroide, hipofizei. Are loc o diminuare sau creștere a sintezei hormonilor.[6]

Se deosebesc mai multe tipuri de SAP: SAP tip I, SAP tip II, unii autori [4,8] evidențiază și SAP tip III. SAP tip I include insuficiența corticosuprarenală, hipoparatiroidism, candidoza de diferită localizare și alte boli autoimune. Debutază SAP tip I în copilărie, se transmite pe cale autozomal recesivă.[3,8] Principalele componente ale SAP tip II sunt boala Addison, tiroidita autoimună, și alte patologii autoimune asociate. Mai frecvent se întâlnește la adulți, se transmite autozomal dominant.[1,4,9] Forma clasică a SAP tip II include insuficiența corticosuprarenală primară (boala Addison) cu tiroidita autoimună și este cunoscută ca sindromul Schmidt. SAP tip III include diabet zaharat tip I și patologia tiroidiană autoimună.[1,5,8]

Glandele endocrine nu se afectează simultan, se constată o anumită consecutivitate în timp în apariția dereglărilor organelor. Aceasta este un motiv privind monitorizarea periodică pentru depistarea afectării autoimune a altei glande endocrine la pacienții cu sindrom autoimun poliglandular, rudele lor, la pacienții cu diabet zaharat tip I, boala Addison izolate).

Scopul

Studierea structurii și particularităților tabloului clinic al sindromului autoimun poliglandular la pacienții internați în secția endocrinologie SCR în anii 2011-2012.

Materiale și metode

Studiul a fost realizat în secția endocrinologie IMSP SCR.

Au fost investigați 61 de pacienți, internați în perioada anilor 2011-2012. Diagnosticul a fost

stabilit și confirmat în baza examenului clinic, paraclinic, instrumental.

La pacienți s-a efectuat:

1. Estimarea nivelului seric al hormonilor (TSH, T₃, T₄, ACTH, cortizolul, LH, FSH, testosteron, estradiol, Ac TPO, Ac TG, Ac GAD, C-peptidul, insulina) prin metode radioimună
2. Analiza biochimică a sângelui (glucoza, LDL, HDL, colesterol, ALAT, ASAT, Ca²⁺, K⁺, Na⁺, HbA_{1C})
3. Ultrasonografia glandei tiroide, organelor abdominale.
4. La necesitate s-a efectuat proba cu ACTH , Ac antisuprarenali.

Rezultate și discuții

Au fost cercetați 61 de pacienți cu sindrom autoimun poliglandular. Repartizarea lotului după sex a evidențiat că femeii au fost 52 (84%), iar bărbați - 9 (16%). (Figura 1)

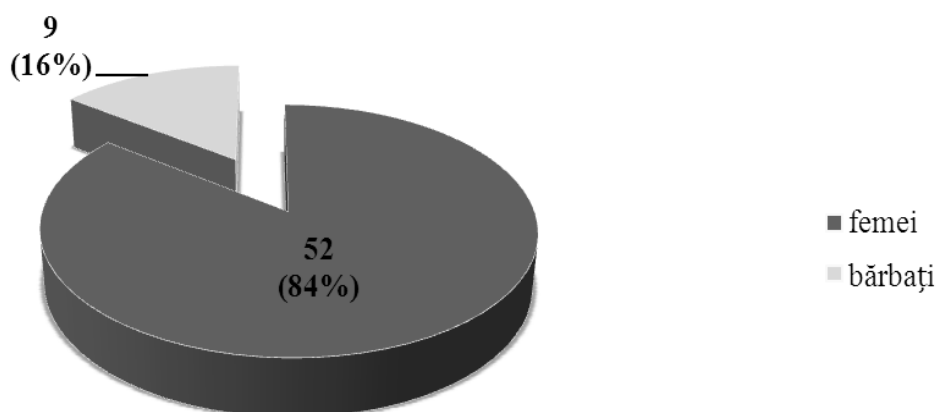


Figura 1 Repartizarea pacienților cu SAP după sex n=61

Vârsta medie la femei este de 39 ani cu limitele de vârstă cuprinse între 19 și 70 de ani, iar la bărbați - de 29 ani (de la 19 până la 38 ani). Repartizarea pacienților cu SAP după vârstă a arătat că cei mai mulți bolnavi – 21 (34%) au fost de vârstă cuprinsă între 31 – 40 ani, 14 pacienți (23%) au fost de vârstă de la 21-30 ani, 12 pacienți (19%) au fost de vârstă cuprinsă între 51-60 ani, 9 pacienți (14%) - de la 41 – 50 ani, 3 bolnavi (6%) au avut mai puțin de 20 ani, 2 subiecți (4%) – în vârstă de 61 -70 ani (Figura 2).

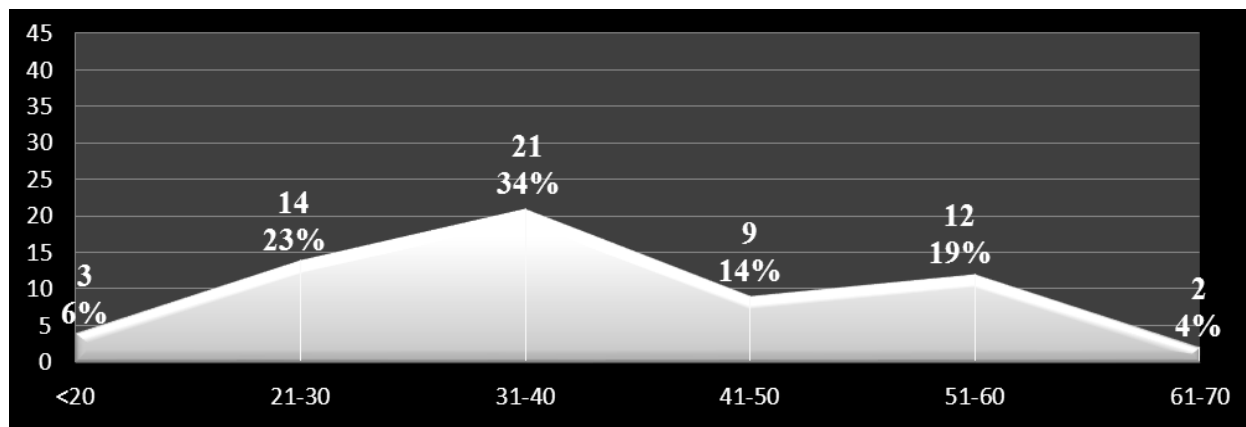


Figura 2. Repartizarea pacienților după vârstă.

Așa dar, repartizarea pacienților după sex a arătat că atât în SAP tip II, cât și în SAP tip III cel mai des se afectează sexul feminin, iar la repartizarea după vârstă a evidențiat că mai frecvent sunt afectați adulții. Cei mai mulți subiecți au fost de vârstă tânără, în perioada reproductivă, apti de muncă. Asemenea rezultate au fost relevate și de către Neulfeld [8] în urma analizei a 224 de pacienți cu SAP, care a relatat raportul femei:bărbați – 2,4:1.

Spectrul patologiei incluse în sindromul autoimun poliglandular este diferit: diabet zaharat tip 1, tiroidita autoimună cu diferită stare funcțională a glandei tiroide, hipocorticism primar, hipogonadism, hipoparatiroidism, vitiligo, anemie. În dependență de structura sindromului autoimun poliglandular, pacienții tratați în secția endocrinologie SCR au fost repartizați în SAP tip II și SAP tip III. În SAP tip II, care se caracterizează prin insuficiența corticosuprarenală și tiroidita autoimună, au fost incluși 18 bolnavi. 43 bolnavi au constituit SAP tip III, pentru care este caracteristic asocierea diabetului zaharat tip 1 și afectarea autoimună a glandei tiroide. Nu au fost evidențiați pacienții cu SAP tip I. Repartizarea pacienților cu SAP tip II în dependență de starea funcțională a glandei tiroide a arătat că 16 bolnavi (27%) au fost cu boala Addison și tiroidită autoimună cu hipotiroidie, 2 pacienți (2%) - cu insuficiența corticosuprarenală cronică și patologia autoimună a glandei tiroide cu eutiroidie. 43 pacienți cu SAP tip III au fost divizați în dependență de starea funcțională a glandei tiroide în felul următor: 20 bolnavi (33%) au fost cu diabet zaharat tip 1 asociat cu tiroidită autoimună cu hipotiroidie, 17 pacienți (28%) - cu diabet zaharat tip 1 asociat cu patologia autoimună a glandei tiroide cu eutiroidie și 6 bolnavi (10%) - cu patologia autoimună a pancreasului asociată cu gușa difuză toxică. (Figura 3).

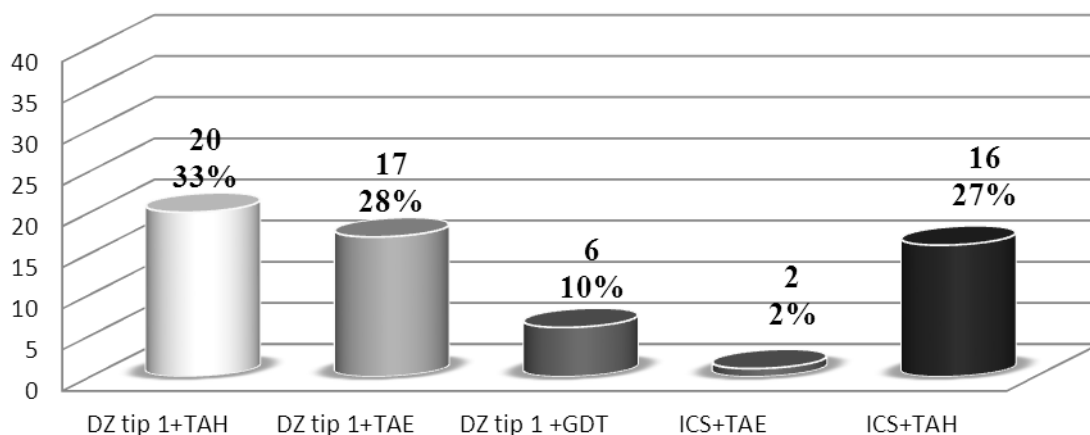


Figura 3. Repartizarea pacienților după părțile componente a SAP.

Tabloul clinic al sindromului autoimun poliglandular depinde de componența patologiilor, de starea funcțională a glandei tiroide, de gradul de compensare al metabolismelor.

Din 43 pacienți (71%) cu diabet zaharat tip 1 și tiroidită autoimună în tabloul clinic a predominat clinica diabetului zaharat: xerostomie – la 36 pacienți (84.6%), polidipsie – la 26 bolnavi (61.5%), poliurie – la 19 pacienți (46.1), parestezii – la 16 bolnavi (38.4%). În cazul asocierii diabetului tip 1 și tiroiditei autoimune cu hipotiroidie, în tabloul clinic erau prezente acuze la frilozitate, constipații, somnolența, parestezii a membrelor superioare. Din 6 bolnavi cu patologia autoimună a pancreasului asociată cu gușa difuză toxică, toți 6 acuzau palpitații cardiace, intoleranța la căldură, scaun frecvent, apetit păstrat sau scăzut, transpirații generalizate, la 2 subiecți – disfuncția ovariană.

Din 18 (29%) pacienți cu insuficiență corticosuprarenală cronică asociată cu tiroidita autoimună în tabloul clinic predomina clinica insuficienței corticosuprarenale primare: slăbiciuni generale au fost la 15 pacienți (87.6%) , pierdere în greutate – la 11 pacienți (64.2%), hipotensiune arterială – la 9 bolnavi (50%). La examenul obiectiv s-a determinat hiperpigmentarea tegumentelor și mucoaselor la 9 pacienți (50%). O parte din pacienți cu hipotiroidie subcompensată și decompensată, prezenta acuze la cefalee, vertij, tegumentele uscate, intoleranța la frig, constipații. La un pacient s-au evidențiat simptomele caracteristice hipogonadismului: scăderea capacității de muncă, diminuarea libidoului, iritabilitate, scăderea tonusului muscular, examenul obiectiv a depistat ginecomastia, atrofia testiculelor.

Glandele endocrine nu se afectează simultan, dereglările endocrine apar după o perioadă de timp. Din 14 subiecți cu patologia autoimună a glandei tiroide și a suprarenalelor la 10 pacienți (71%) suprarenala s-a afectat prima, la 4 pacienți (29%) - glanda tiroida. Dintre 15 pacienți cu diabet zaharat și tiroidită autoimună la 9 pacienți (60%) prima patologie apărută a fost diabetul zaharat, la 6 pacienți (40%) -tiroidita autoimună. La 8 pacienți intervalul de timp în consecutivitatea apariției afectării glandelor endocrine a constituit 1 an, la 3 pacienți - un interval de 3 ani, la 2 pacienți - de 10 ani.

Concluzii

1. Sindromul autoimun poliglandular este o patologie rară, format din mai multe părți componente.
2. În sindrom autoimun poliglandular cel mai des se afectează femeile - 84%.
3. Cel mai des sunt afectați persoane tinere - între 31-40 ani.

4. Părțile componente a SAP sunt variate cu predominarea: asocierii diabetului zaharat tip 1 cu tiroidita autoimună cu hipotiroidie - 20 pacienți (33%), asocierii diabetului zaharat tip 1 cu tiroidita autoimună cu eutiroidie - 17 pacienți (28%), și asocierii insuficienței corticosuprarenale cu tiroidita autoimună cu hiotiroidie - 16 pacienți (27%).

5. Pacienții cu insuficiența corticosuprarenală și diabet zaharat ar trebui să fie investigați activ pentru depistarea timpurie a afecțiunilor autoimune ale glandei tiroide.

Bibliografie

1. Betterle C., Volpato M., Greggio A., Presotto F. Type 2 polyglandular autoimmune disease. *J Ped Endocrinol Metab* 1996; 9: 113-23. Baschieri L. (Eds). Academic Press, New York, 1980: p. 357-365.

2. Betterle C., Volpato M., Greggio A., Presotto F. Type 2 polyglandular autoimmune disease. *J Ped Endocrinol Metab* 1996; volum 9: p. 113-23.

3. Betterle C. Autoimmune adrenal insufficiency and autoimmune polyendocrine syndromes: autoantibodies, autoantigens, and their applicability în diagnosis and disease prediction. *Endocrine Reviews* 2002, volum 23, p. 327–354.

4. Bosi E., Braghi S., Maffi P, et al. Autoantibody response to islet transplantation în type 1 diabetes. *Diabetes* 2001; volum 50, pag. 2464-71.

5. Cooper G.S, Stroehla B.C. The epidemiology of autoimmune diseases. *Autoimmun Rev.* May 2003;2(3):119-25. [Medline].

6. Devendra D., Franke B., Galloway T., Horton S., Knip M. & Wilkin T. Distinct idiotypes of insulin autoantibody în autoimmune polyendocrine syndrome type 2 and childhood onset type 1 diabetes. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism* 2004 p. 5266–5270.

7. Diabetes Prevention Trial–Type 1 Diabetes Study Group. Effects of insulin în relatives of patients with type 1 diabetes mellitus. *N Engl J Med* 2002, p. 1685-91.

8. Neufeld M., MacLaren NK., Blizzard RM. Two types of autoimmune Addison’s disease associated with different polyglandular autoimmune (PGA) syndromes. *Medicine* 1981, p. 355-62.

9. Боднар Н. Эндокринология. Киев, 1999: стр. 53-56.

10. Фадеев В. Надпочечниковая недостаточность. Москва. 2003, стр. 57.

CARDIOMIOPATIA TIREOTOXICĂ: PARTICULARITĂȚI CLINICE

Lorina Vudu, Tamara Tudose, Tatiana Muravca, Tatiana Cucu,

Cristina Cucu, Alexei Muravca

Catedra Endocrinologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Thyrotoxic cardiomyopathy: clinical particularities

Thyrotoxic cardiomyopathy represents the myocardial injury caused by the toxic effects of the thyroid hormones. The duration of the thyrotoxicosis, the age and gender of the patient are important factors for the development of thyrotoxic cardiomyopathy and its clinical manifestations. Its most common symptoms are: palpitations, angina pectoris, dyspnoea and arrhythmic heart contractions. The physical examination will frequently determine tachycardia, arrhythmic heart contractions, systolic hypertension, orthostatic hypotension, enlargement of heart dullness at percussion, systolic murmurs and pulmonary rales (in case of heart failure).