

meningita a evoluat grav cu febră durabilă până la 6-9 zile, cefalee persistentă până la 10-16 zile și menținerea semnelor meningiene până la 6-7 zile.

#### **Bibliografie**

1. Cazanțev A.P. Parotidita epidemică, 1988.
2. Date A., Kyaw M., Rue A. Longterm persistence of mumps antibody after receipt of two MMR vaccination and antibody response after a third MMR vaccination among a university population. 2006
3. Galazca A.M. Robertson S.E. Mumps and mumps vaccine: a global review. Bull World Health Organ, 1999 p. 3-14
4. Gustavo H. Dayan, M.D., M. Patricia Quinlisk. Recent Resurgence of Mumps in the United States. The new engl. And journal of medicine, 2008 p.1580-1589
5. Mumps epidemic – United Kingdom 2004-2005. MMWR Report 55, p.173-177
6. Plotkin S.A. Mumps vaccine. Philadelphia, Elsevier, 2004 p. 441-469
7. Stokley S., Fishbein D. Adolescent vaccination coverage levels : results from the 1997-2003 National Health Interview Survey. Atlanta, 2006 p.366-388
8. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. Москва, 1978, стр.27-33

### **CARACTERISTICA CLINICĂ ȘI EVOLUTIVĂ A MENINGITEI URLIENE LA ADOLESCENȚI ȘI ADULȚI**

**Galina Ormanji, Liubovi Curinnaia, Irina Rusu,  
Gabriela Negrescu, Zinaida Calistru, Lilia Baba**

Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală USMF „N.Testemițanu”,  
Spitalul Clinic de Boli infecțioase „T.Ciorbă”

#### **Summary**

#### **The clinical and evolutionary characteristics of mumps meningitis in teenagers and adults**

Out of 40 patient with mumps meningitis admitted to the T.Ciorba Clinical Hospital of the Infectious Diseases between November 2007-February 2008 most frequently were affected the men (98%), their age being between 14-29 years old, presented by students pupils. Meningitis, as a rule, appeared at the 6-9 day. The combined form (parotiditis +orhitis +pancreatitis + meningitis) has been revealed in 72% of cases. Meningitis symptoms have been diagnosed in 58% of cases. The lumbar puncture has revealed hypertensive transparent liquor, limphocitosis and insignificant modifications of the glucose and chloride levels.

#### **Rezumat**

Au fost examinați 40 de bolnavi cu oreion la care s-a dezvoltat tabloul clinic de meningită urliană, spitalizați în SCBI ”T. Ciorbă” pe parcursul a 4 luni (noembrie 2007 – februarie 2008). Vîrsta pacienților a variat între 14 – 29 ani, majoritatea fiind elevi și studenți din diferite colectivități, printre care predominau bărbați (98%). Meningita s-a declanșat, de regulă, la a 6-9 zi de boală. La majoritatea (72%) pacienților s-a stabilit forma combinată a maladiiei (oreion + meningită + pancreatită +orhită). Semnele meningiene s-au depistat la doar 25 (58%) pacienți. LCR s-a caracterizat printr-o pleiocitoză limfocitară și modificări neesențiale a glucozei și hlorizilor.

#### **Actualitatea temei**

La finele anului 2007- începutul 2008 Republica Moldova s-a confruntat cu o epidemie de oreion. În proporție mare a fost afectată pătura de adolescenți și adulți dintre care 2/3 nu au fost vaccinați conform schemei calendarului de vaccinare obligatorii, primind doar o singură doză de vaccin la vârsta de 1 an.

## **Materiale și metode**

Studiul propus a fost efectuat în clinica de boli infecțioase "T. Ciorbă" în baza a 40 fișe de observație a pacienților cu oreion, spitalizați în perioada din noiembrie 2007 până în februarie 2008, utilizând metode clinice, paraclinice, epidemiologice și de laborator.

## **Discuții**

Conform datelor din literatură în ultimii ani au sporit cazurile de afectare a SNC cauzate de virusul parotiditei epidemice. Mai frecvent fac această patologie copii de vîrsta preșcolară și școlară. În cadrul ultimei epidemii ce s-a declanșat în aa. 2007 – 2008 oreionul a afectat adolescenții și adulții. Corelarea între timpul apariției meningitei și afectarea glandelor parotidiene diferă. În 52% cazuri simptomele de meningită apar peste 3 – 5 zile după tumefierea glandei parotide, dar acești termeni se pot prelungi până la 1 lună. La aproximativ 20% bolnavi s-a dezvoltat meningita concomitent cu afectarea glandei parotidiene. La unii pacienți (5,7%) meningita a apărut cu 3 – 7 zile pînă la tumefierea glandelor parotidiene. Dificultăți diagnostice prezintă cazurile de meningită urliană fără semne de parotidită. Așa forme s-au stabilit la 6% din bolnavi, confirmarea etiologiei la ei poate fi doar în baza datelor de laborator.

Conform afirmațiilor unor autori (5) dezvoltarea meningitei nu mai tîrziu de a 5 – 6 zi a oreionului este legată de viremia și penetrarea primară a virusului în glandele parotidiene și spațiul subarahnoidal. Tot la așa termeni se dezvoltă pancreatita și orhita urliană. Apariția mai întîrziată a meningitei poate fi explicată prin faptul, că în perioada viremiei virusul nu pătrunde în spațiul subarahnoidal, dar persistă la nivelul plexurilor vasculare cerebrale. Majorarea tensiunii intracraniene, care stă la baza apariției semnelor de meningism, este explicată prin hipersecreția dezvoltată în urma excitării epiteliului plexurilor vasculare.

În lipsa inflamației glandelor parotidiene importanță diagnostică majoră au datele epidemiologice. Diagnosticul de laborator (aprecierea virusului în LCR, investigații serologice) are o importanță deosebită la bolnavii fără semnele de afectare a glandelor parotidiene, în lipsa semnelor clinice de pancreatită și orhită urliană. Conform datelor patomorfologice în caz de meningita urliană, ca și la alte meningite seroase, se aprecează schimbările inflamatorii în meninge cu infiltrarea limfoidă difuză.

De regulă, maladia debutează acut cu febra 39 - 40°C, cefalee marcantă și voma repetată. Debut afebril în meningita urliană nu se înregistrează, iar temperatura corpului mai mică decât 38°C se stabilește doar la 20% bolnavi. Semnele meningiene apar din primele zile de boală, dar nu întodeauna sunt exprimate. Rigiditatea occipitală, de regulă, este pozitivă la majoritatea bolnavilor, simptomul Kornig la 50%, simptomul Brudzinski numai la 25 – 30%. Pe lîngă aceste manifestări clinice mai pot apărea slăbiciune generală, somnolență, stare de excitație, scăderea memoriei, adinamie, stupor sau invers – agitație, halucinații, poate fi chiar și pierderea conștiinței. La copiii de vîrstă fragedă pot apărea accese convulsive generale. La baza acestor accese stă pragul scăzut de excitabilitate a neuronilor cerebrali imaturi.

Gradul de exprimare a semnelor meningiene nu corespunde cu gravitatea bolii pacientului, întensitatea cefaleei și frecvența vomei. Schimbările în LCR apar mai devreme decît semnele meningiene. De aceea pentru confirmarea diagnosticului de oreion examenul LCR este obligator.

Diagnosticul corect joacă un rol important în tratamentul și profilaxia hipertensiunii intracraniene. Puncția lombară la pacienții cu oreion are valoare nu numai diagnostică, dar și curativă: starea se ameliorează, febra și tensiunea intracraniană scad. Pentru meningita urliană este caracteristic LCR opalescent, incolor, cu presiune în jur de 250 – 300mm a coloanei de mercur. De regulă, citoza nu depășește 1000 leucocite. În primele zile de boală citoza nu este pur limfocitară, fiindcă conține un număr de polimorfonucleare neînsemnat, pe parcurs predomină citoza limfocitară. Gravitatea semnelor clinice nu depinde de numărul și caracterul pleiocitozei, dar este determinată de gradul hipertensiunii intracraniene. Proteina în licvor variază 0,4 – 0,6 – 1,0g/l, rareori poate fi și mai mare. Conținutul glucozei și hlorizilor rămâne în normă.

La majoritatea pacienților LCR se sanează peste 14-16 zile, dar în unele cazuri procesul acesta durează 3 săptămâni, sau chiar și mai mult. Semnele clinice de meningită dispar mai

repede decât se sanează LCR, de obicei la a 6-10-ea zi de boală se instalează însănătoșirea. La unii pacienți meningita urliană se asociază cu simptomatologia de focar la afectarea SNC. Se observă parezele nervilor cranieni VI, VII, VIII, hemi- și monopareze, ataxia cerebeloasă și altele. Cel mai des se întâlnește afectarea nervului VII (de tip periferic) și al VIII (cu dezvoltarea surdității parțiale sau totale). Simptomatologia de focar ne vorbește despre meningoencefalită, dar apariția semnelor spinale și radiculare – despre meningomieloradiculită sau meningoradiculoneurită. În patogenia meningoencefalitelor și meningomieloradiculoneuritelor de etiologie urliană este posibilă implicarea factorului neuroalergic.

### Rezultate

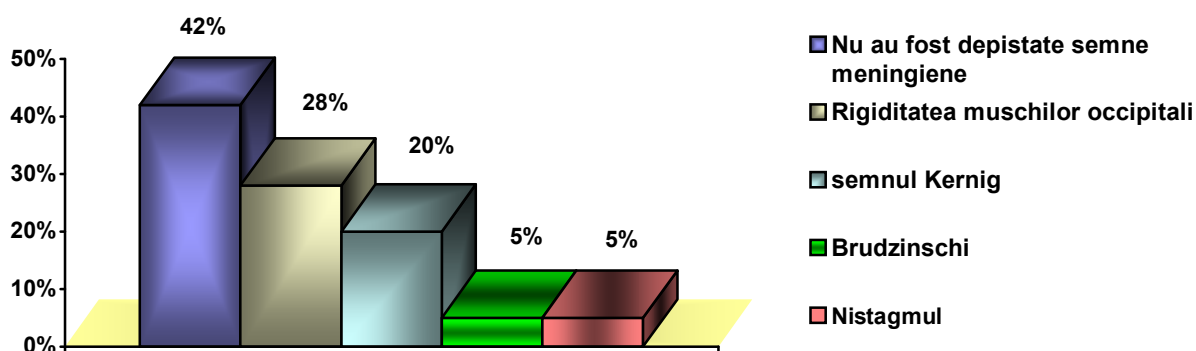
Au fost examinați 40 de bolnavi cu meningită urliană, spitalizați în SCBI "T. Ciorba" pe parcursul a 4 luni (noiembrie 2007 – februarie 2008). Vârsta pacienților varia între 14 – 29 ani. De 14 – 20 ani au fost 32 (80%) bolnavi, peste 20 de ani erau 8 (20%). Bărbați erau 39 (98%) și femei - 1 (2%). Din localități urbane au fost 26 (65%) bolnavi, rurale - 14 (35%). Din cei examinați au predominat elevii și studenții (63%) din diferite colectivități, ostași au fost 18%, încadrați în câmpul muncii – 17%. În primele 5 zile de la debutul maladiei s-au adresat la medicul de familie 22 (55%) bolnavi, la 6 – 9 zi – 15 (38%), la a 10-a zi sau mai târziu – 3 (7%). Diagnosticul la internare la majoritatea pacienților (73%) a fost stabilit oreion, la 9 (23%) pacienți – oreion și meningită urleană. Mai rar (4% bolnavi) au fost suspectate alte maladii ca: angină lacunară, infecția enterovirală, angina foliculară. 26 (65%) pacienți s-au aflat la tratament în staționar timp de 9 – 15 zile și 14 (35%) bolnavi - peste 15 zile.

La majoritatea 72% pacienților s-a stabilit forma combinată a maladiei (parotidită + meningită + pancreatită/orhită). La 7 (18%) bolnavi s-a stabilit numai parotidită cu meningită urleană.

De obicei maladia a debutat acut cu febra maximă – 40,2°C, minimă – 37,2°C. La 6 persoane febra a durat o zi, la 24 - 2 – 4 zile, la 10 – peste de 5 zile.

La internare au prezentat acuze la cefalee – 31 de bolnavi, grețuri – 20, vomă – 15, dureri în regeunea epigastrului – 10, amețeli – 11, dureri în testicule – 11, scaun lichid – 3, dureri în glanda parotidă – 11, astenia – 22, tumefierea glandelor parotide – 36. Starea generală a fost apreciată de gravitate medie la 83% bolnavi și gravă la 17%. La internare la 36 (90%) de bolnavi era depistată afectare glandei parotide, la 4 (10%) bolnavi glanda parotidă s-a afectat în spital. Afectarea testiculelor a fost depistată la 13 (33%) bolnavi, submaxilita – la 17 (43%) .

Semnele meningiene pozitive au fost doar la 25 (58%) pacienți. Rigiditatea mușchilor occipitali era determinată la 11 (28%) bolnavi, semnul Kernig pozitiv la 8 (20%) din ei, Brudzinski – la 2 (5%) bolnavi, nistagmul orizontal sau vertical - la 5%. La 42% bolnavi nu au fost depistate semne meningiene.



**.Fig. 1 Frecvența semnelor meningiene la pacienții cu meningită urliană**

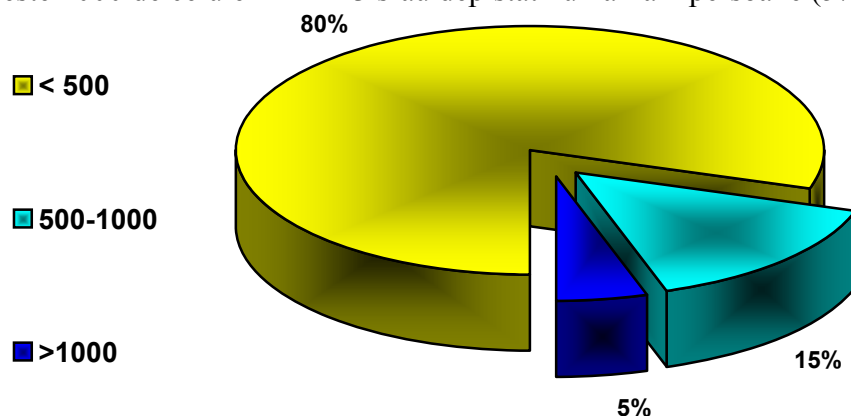
Modificări din partea altor organe s-au observat la 9 (23%) bolnavi și au fost prezentate prin dureri în epigastru sau hipocondrului drept și stîng, mărirea ficatului cu 1 – 3cm sub rebordul costal drept, simptomul Djordani pozitiv.

La 14 (35%) din bolnavi tensiunea arterială este normală, 20 (50%) pacienți aveau hipotensiune arterială și 6 (15%) - hipertensiune arterială.

Hemograma era caracterizată prin anemie la 5 (12,5%) pacienți, leucocitoză – la 17 (43%), devierea formulei leucocitare spre stânga – la 27 (67,5%), monocitoză – la 10 (25%), VHS accelerată - la 30 (75%).

La 50 % din bolnavii cu parotidită epidemică în LCR s-a observat ridicarea numărului de celule, în special a limfocitelor, dar simptomele meningiene, cefaleea, somnolența s-au întâlnit mult mai rar. În cazuri tipice semnele certe de afectare a sistemului nervos central apar peste 3-10 zile după dezvoltarea parotiditei, dar se pot instala și până la apariția parotiditei sau peste 2-3 săptămâni după aceasta. Aproximativ la 30-40% din pacienți cu meningita verificată laborator semnele de afectare a glandelor salivare la orice etapă pot lipsi. La majoritatea bolnavilor conținutul de proteine este majorat, dar glucorahia este normală, în 10% de cazuri poate fi scăzută.

Puncția lombară a evidențiat LCR hipertensiv, transparent la 26 pacienți (65%), mai rar opalescent – la 14 (35%) persoane cu pleiocitoză crescută la toți pacienții. Pleiocitoză sub de 500 de celule a fost determinată la 32 (80%) de persoane, de la 500 până la 1000 – la 6 (15%). Peste 1000 de celule în 1mm<sup>3</sup> s-au depistat numai la 2 persoane (5%).



**Fig. 2 Pleiocitoza în LCR la bolnavii cu meningită urliană.**

La majoritatea pacienților examinați 39 (97,5%) predominau limfocitele și numai la un bolnav - neutrofilele. Reacția Pandy pozitivă (2+, 3+) a fost evidențiată la 23 (57,5%) bolnavi, slab pozitivă (1+) - la 6 (15%), negativă – la un singur pacient. Proteinorahia normală (<0.33g/l) a fost stabilită la 5 persoane (12,5%), până la 1.00g/l – la 27 (67,5%) și depășea 1.00g/l – la 8 pacienți (20%).

Glucorahia normală era la 39 (97,5%) bolnavi, la o singură persoană ea depășea norma. Clorurorahia normală era la 22 (55%) pacienți, redusă - la 12 (30%), și majorată - la 6 (15%) persoane. Amilaza sângelui a fost majorată – la 26 bolnavi (65%), normală - la 14 (35%)

Pacienții din grupul analizat au primit în tratament perfuzii intravenoase cu soluții de Clorură de Na, glucoza, MgSO<sub>4</sub>, furosemid, antibiotice (Penicilina, Ceftriaxon, Cefazolina), corticosteroizi (Prednisolon, Dexametason), desensibilizante (Dimedrol, Calciu gluconat, Clemastina), vitaminele grupei B și C, antipiretice, analgetice. Toți pacienții au fost externați în stare satisfăcătoare cu însănătoșire clinică.

### **Concluzii**

1. Vârsta pacienților afectați de meningita urliană variază între 14-29 de ani, majoritatea (63%) fiind elevi și studenți, cu prevalarea bărbaților (98%), din localități urbane (65%).
2. Rata erorilor de diagnostic la îndrumare în spitalul de boli infecțioase constituia 4%.
3. La majoritatea 72% pacienților a fost stabilită forma combinată a maladiei (parotidită+pancreatită /orhită+meningită).
4. Maladia a evoluat acut, manifestându-se mai des în forma semigravă (83%).
5. La 42% din pacienți semnele meningiene lipseau la internare și stabilirea diagnosticului a fost efectuată numai în baza investigațiilor paraclinice și datelor epidemiologice.

## **Bibliografie**

1. Beard, C. M., R. C. Benson, Jr., P. P. Kelalis, L. R. Elveback, and L. T. Kurland. 1977. The incidence and outcome of mumps meningitis in Rochester, Minnesota, 1935 to 1974. Mayo Clin. Proc., 52 p.3-7
2. Casella, R., B. Leibundgut, K. Lehmann, and T. C. Gasser. 1997. Mumps meningitis: report of a mini-epidemic. J. Urol. 158 p.2158-2161
3. Cazantev A.P. Parotidita epidemică, 1988.
4. Ku, J. H., Y. H. Kim, Y. S. Jeon, and N. K. Lee. 1999. The preventive effect of systemic treatment with interferon-alpha2B for mumps meningitis. BJU Int. 84 p.839-842
5. Manson, A. L. 1990. Mumps meningitis 36 p.355-358
6. Цукер М.Б. Клиническая невропатология детского возраста. Москва, 1978, стр.27-33

## **PARTICULARITĂȚI CLINICO-EPIDEMIOLOGICE, DE EVOLUȚIE ȘI DE DIAGNOSTIC ALE MONONUCLEOZEI INFECȚIOASE (MI) CU EBV LA COPIII DE VÂRSTĂ PREȘCOLARĂ**

**Stela Cornilov**

Catedra de Boli infecțioase pentru copii USMF „Nicolae Testemițanu”  
Spitalul Clinic Municipal Boli infecțioase la copii

### **Summary**

#### **„The infectious mononucleosis of ebv at kids – clinical and epidemiological aspects, evolutions and possibilities of diagnostics”**

The clinical, epidemiological and hematological aspects of infectious mononucleosis are described in this article. It was also showed serological diagnostics of 120 kids who were hospitalized in the Municipal Children's Infectious Diseases Hospital during the last seventh years.

### **Rezumat**

În acest articol sunt prezentate aspectele clinico-epidemilogice, hematologice și de diagnostic la 120 copii de vîrstă preșcolară cu mononucleoză infecțioasă cu EBV spitalizați în SCMBCC în perioada anilor 2000-2007.

### **Introducere**

Infecția cu EBV este ubicuitară. Gradul de infectare a populației cu EBV este foarte înalt, atingând 80-95% la populația adultă și în mare măsură depinde de nivelul socioeconomic al țării (1, 2, 4). În cazul țărilor în curs de dezvoltare incidența maximă a primoinfecției cu EBV revine copiilor pînă la 5 ani - 50-60%, comparativ cu țările dezvoltate - doar 10%, maximal înregistrîndu-se la adolescenți (70%) (2, 3, 5).

În Republica Moldova gradul de infectare (seroprevalența) a populației cu EBV este foarte înalt – (90-95% din populația adultă) (2, 6, 7). Incidența medie anuală în 1992-2002 a MI a constituit 0,97 la 100.000 populație, însă a crescut considerabil în ultimii ani: (1,17; 2,22; 2,41; 3,53; 1,56; 1,97; 2,23; 2,97) pentru anii 2000-2007.

Infecția cu EBV se caracterizează prin polimorfism clinic cu evoluție acută, latentă și subclinică cu persistență virală și reactivări (9, 10). Doar în 40-50% din cazuri boala evoluează cu un tablou clinic tipic de mononucleoză infecțioasă, în celelalte cazuri – se manifestă ca o infecție respiratorie acută sau decurge asimptomatic (4, 6, 10). În 15 – 25% din cazuri virusul Epstein-Barr poate fi detectat în saliva persoanelor adulte seropozitive. Doar în 5% din cazuri se poate stabili un contact epidemiologic cu persoane bolnave.