

PNEUMONIA COMUNITARĂ CU EVOLUȚIE SEVERĂ: ETIOLOGIE, DIAGNOSTIC ȘI PROGNOSTIC

Vasile Zlepca, Olga Caraiani

Curs Pneumoftiziologie FPM USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Community Acquired Pneumonia with Severe Evolution: etiology, diagnostic and pronostic

Pneumonia with severe evolution puts in danger patient's life in most cases, especially old people. 14 cases of pneumonia with severe evolution were estimated and monitorized. They comprised 9 patients aged over 60 years.

The etiology of severe pneumonias was: Klebsiella pneumoniae 21,4%, Streptococcus pneumoniae 21,4%, Stafilococcus aureus, in 7,2% and 50% cases the cause wasn't found. The volume of pulmonary infiltration in 42,9% cases was polisegmentary and in 21,5% cases bilateral. Complications: respiratory failure 95,2%. Treatment constituted in average 5,3 days, being accompanied by significant financial effort.

Rezumat

Pneumonie severă pune în pericol viața pacientului în majoritatea cazurilor, în deosebi la bătrâni. Au fost evaluate și monitorizate 14 cazuri de pneumonie severă, inclusiv 9 bolnavi cu vârsta peste 60 de ani.

Etiologia pneumoniilor severe au fost: Klebsiella pneumoniae 21,4%, Streptococcus pneumoniae 21,4%, Stafilococcus aureus 7,2% și 50% cazuri etiologia nu a fost depistată. Volumul infiltratului pulmonar în 42,9% cazuri era polisegmentar și 21,5% cazuri bilateral. Complicații: insuficiența respiratorie a fost acompaniată de 95%. Durata tratamentului a constituit în mediu 5,3 zile pat, acompaniată de eforturi financiare însemnate.

Actualitatea temei

Pneumonie reprezintă și astăzi una din cele mai importante boli ale adultului, constituind o sursă majoră de mortalitate și costuri în management.[3;5;8]

În lume incidența pneumoniilor la adulți variază între 5-12 cazuri la 1000 de persoane. În Moldova, în ultimii 10 ani incidența pneumoniilor variază, cu o tendință de majorare, de la 4 până la 6,6 la 1000 de persoane.[1]

În anul 2008 în R. Moldova s-a înregistrat 12.729 cazuri de pneumonie și 940 cazuri de deces.[2]

Dintre toate sindroamele pneumologice infecțioase, pneumoniile se detașează net atât prin frecvență, cât și prin severitate și risc de evoluție nefavorabilă. Până în prezent pneumoniile sunt o sursă majoră de mortalitate: la adulți pneumoniile reprezintă cauza principală de mortalitate printre boli infecțioase și deține locul 6 printre cauzele generale de deces.[4]

La etapa actuală se atestă creșterea ponderii de forme grave, forme oligosimptomatice, a cazurilor cu o evoluție trenantă, cu resorbție incompletă a infiltratelor, cu o evoluție în pneumofibroza severă. Migrarea populației, creșterea speranței de viață a populației în general, a persoanelor cu multiple comorbidități, au determinat modificarea spectrului etiologic al pneumoniilor și a manifestărilor clinice.[6;7]

Scopul lucrării

Analiza clinico-paraclinică a pneumoniilor comunitare cu evoluție severă.

Material și metode

Au fost studiate 14 cazuri de pneumonie comunitară cu evoluție severă. Din lotul de studiu făceau parte: 8 (57,14%) bărbați, 6 (42,85%) femei, adulți până 60 ani – 9(64,28%) pacienți, peste 60 ani – 5 (35,71%) pacienți.

S-au efectuat următoarele examinări: clinice și de laborator:

- bacteriologice (sputa la BAAR, sputocultura, sputograma),
- imagistice (examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente),
- fibrobronhoscopia, spiromograma, ECG
- hemoleucograma,
- glicemia, ureea, creatinina,

Debutul bolii în 78,6% cazuri a fost acut. Adresarea a fost oportună în toate 14 cazuri de la apariția simptomelor de pneumonie: febra, tusea, junghi toracic, astenie fizică. La o 1/3 de pacienți tratamentul a fost inițiat în condiții de ambulator în mediu 7 zile. Au fost administrate antibiotice din grupa β-lactamicelor, asociate cu aminoglicozide.

La internarea în clinică toți pacienții acuzau: febra; tusea productivă – 85,7% cazuri, cu expectorații muco-purulente – 50% cazuri. În 92,7% cazuri au fost stabilite boli cronice debilitante: din ei 41,7% sufereau de boli cardiovasculare; 14,5% BPCO complicată cu cord pulmonar cronic; diabet zaharat 14,3%; câte un caz de ciroza hepatică, HIV-infecția și etilism cronic.

La examenul clinic s-a evidențiat următoarele modificări:

- din partea aparatului respirator: tahipnoe 78,6% cazuri, în toate cazurile accentuarea vibrației vocale în proiecția infiltratului, submatitatea, murmur vezicular diminuat cu raluri subcrepitante 2/3 cazuri, raluri crepitante 1/3 cazuri, hiposaturația hemoglobinei cu oxigen 57,1% cazuri, în intervalul de 96%-80%.
- din partea aparatului cardiovascular: tahicardia în 57,1%, hipotensiunea arterială sub 90/60 mm/Hg la doi pacienți.
- din partea manifestărilor neurologice: obnubilarea la un pacient cu ciroza hepatică și la un pacient cu alcoolism cronic - delir peste 4 zile de la administrarea tratamentului.

Prin examinarea radiologică a cutiei toracice în două incidente, infiltratul pneumonic a fost depistat unilateral în 78,6% cazuri, cu extinderea lobară în 42,2% cazuri, bilaterală în 28,5% cazuri și polisegmentară în 42,8% cazuri.

Bolnavii au făcut următoarele complicații:

- pleurezie în 28,6% cazuri
- distrucție în 14,3% cazuri.

Examen bacteriologic a sputei a fost efectuat la toți bolnavii și în 64,3% cazuri a fost identificat agentul patogen care a provocat pneumonia: Klebsiella pneumoniae în 4 cazuri, Streptococcus viridans în 2 cazuri, Streptococcus pneumoniae în 2 cazuri, Stafilococcus aureus un caz.

Datele de laborator au determinat:

- Hemoleucograma- anemie în 42,2% cazuri, hiperleucocitoza în 85,7% cazuri, limfopenie în 42,8% cazuri, VSH accelerat în 85,7% cazuri.
- Examen biochimic: creșterea nivelului seric a ureei în 35,7% cazuri, creșterea creatininei în 28,5% cazuri, glicemia peste 11 mmol/l cu lipsa diabetului zaharat, în 35,7% cazuri.

Severitatea impregnării infecțioase a fost estimată prin calcularea indicelui leucocitar a intoxicației endogene. Indicele a fost crescut marcat în 64,3% cazuri și în restul cazurilor el era cu mult mai mic de normă. Acest fenomen se explică prin prăbușirea severă a răspunsului imun, care a fost evaluat prin calcularea indicelui leucocitar a statusului imun și indicele a fost mic la 5 bolnavi, suprimat de pneumonie cu intoxicație severă și la un pacient de HIV-infecție.

În 6 cazuri cu scop de diagnostic diferențiat a fost efectuată fibrobronhoscopia, în cadrul căreia s-a stabilit endobronșită bilaterală difuză muco-purulentă. La fiecare bolnav cu pneumonie

severă s-a determinat riscul de deces , utilizând scorul CURB-65, cu următoarele rezultate: risc înalt la 4 pacienți, risc mediu la 8 pacienți, risc mic la 2 pacienți.

Din lotul studiat au decedat doi pacienți: unul din cauza HIV-infecției și unul din cauza de Cardiomiopatie dilatativă decompensată cu edem pulmonar.

Antibioticoterapie în clinică a fost efectuată ca regulă cu 2-ă preparate antibacteriene, la 6 pacienți: Cefalosporinele gen III + Macrolid; la 4 pacienți Cefalosporine gen III + Ftorchinolon respirator; la 4 pacienți Amoxicillina/Acid clavulanic + Macrolid. Concomitent cu terapie antibacteriană s-au administrat antiinflamatorii, de dezintoxicante, imunomodulatoare, expectorante, revizuirea și fortificarea tratamentului bolilor cronice. Durata tratamentului la etapa clinică a constituit în mediu 12,5 zile pat, cu excepția unui bolnav de pneumonie pe fon de HIV-infecție, care a decedat la a 5-ea zi de la internare.

Dinamica semnelor clinice au început se diminueze spre a 7 zi de la inițierea tratamentului. Examenul radiologic repetat a informat că resorbție completă a infiltratului pneumonic s-a produs în 35,7% cazuri, parțial în 57,1% cazuri și la un bolnav s-a constatat progresarea esențială în pofida tratamentului administrat.

Indicele leucocitar a intoxicației endogene a revenit la normă în 78,7% și evident indicele leucocitar a imunității a crescut în 92,8% cazuri.

Caz clinic

Pacienta T.A. de 18 ani a fost internată în clinica IFP „Chiril Draganiuc” în 08. 2009, pe urgență cu diagnosticul de Pneumonie comunitară a lobului inferior drept. Pacienta prezenta următoarele acuze: dispnee mixtă la efort fizic mic, dureri în hemitoracele drept, tusea cu expectorații muco-purulente în cantitatea mică, astenie fizică marcată, febră 39°C, inapetență.

Istoricul bolii: Se consideră bolnavă de 7 zile, debutul bolii a fost acut cu febra, cefalee, tusea secă, apoi s-a asociat dispnee la efort fizic mic și junghi toracic. A fost solicitată asistența medicală de urgență și pacienta a fost îndreptată în clinică. Ambulatoriu pacienta a urmat antipiretice.

La examenul clinic s-a constatat: FR-24 pe min, la percuția cutiei toracice – sunet mat în câmpul inferior drept; la auscultația pulmonilor – murmur vezicular diminuat în câmpul inferior drept, raluri subcrepitante. Pulsul 120 bătăi pe min.; TA 90/60 mm/Hg

La examen de laborator s-a determinat: în hemoleucograma – leucocitoză $12,8 \times 10^9$, VSH accelerat 47 mm/h. Indicele leucocitar de intoxicație K-K 10,4; indicele imunității - 0,06. Din biochimia sângelui - glicemia 9,0 mmol/l, AST 65,8 mmol/l, ureea 8,8 mmol/l. Radiografia pulmonară în 2-ă incidențe: pe dreapta în segmentele inferior- posterioare infiltrație pneumonică cu revărsat pleural până la coasta VII-ea. S-a efectuat toracocenteza și s-a evacuat 400ml de lichid pleural , tulbure, densitatea 1019, r. Rivalent ++++, caracter sero-hemoragic, leucocite 2300, eritrocite 4000, neutrofile 88%; limfocite 12%, celule atipice nu s-au depistat. La examenul biocimic a lichidului pleural: proteina generală 46 gr/l, glucoza 5,9 mmol/l, protrombina-97%.

Diagnosticul prezumtiv: Pneumonie comunitară de etiologie ne identificată, evoluție severă, complicată cu pleurezie pe dreapta. IRgr II. A fost inițiat tratament: antibioterapia empirică, antiinflamator, antipiretic, bronholitic, mucolitic și terapia de dezintoxicare. Pe parcursul a 5 zi starea pacientei ușor s-a ameliorat clinic, dar se păstra febra, tusea cu expectorații muco-purulente, durerea toracică, dispnee, astenia. S-a presupus că tratamentul a fost inadecvat administrat sau bolnava suferă de tuberculoza pulmonară. S-au repetat investigațiile bacteriologice a sputei (bacterioscopia sputei la BAAR, PCR și sputocultura), examen radiologic a cuștii toracice. S-a depistat sputa la BAAR și PCR negativ, în sputocultura Stafilococcus aureus sensibil la cefalosporinele gen.II-III și macrolide. Infiltratul pulmonar na progresat dar s-a acumulat revărsat pleural. Tratamentul a fost continuat cu cefalosporinele gen.III + macrolid, până la dispariția febrei, dispariția ralurilor, resorbția infiltratului și revărsatului pleural. Apoi tratamentul antibacterian a fost continuat cu ftorchinolone. În starea satisfăcătoare bolnava a fost externată la 21 zi de la spitalizarea.

Concluzie: În pofida faptului că pacienta a fost tână, fără patologii concomitente, Pneumonie comunitară severă, primară, stafilococică, complicată cu pleurezie, rezistentă la multe preparate antibacteriene. Acest fapt ne direcționează ca în orice pneumonii severe, bolnavul este strict necesar a fi examinat obligatoriu mai detaliat, în primul rând bacteriologic pentru a stabili etiologia pneumoniei, de examina statutul imun, monitorizarea radiologică să fie efectuată la prima necesitate.

Concluzii

Pneumonie severă pot face indivizii la orice vârstă. Evoluție pneumoniei mult depinde de bolile cronice concomitente, care se acutizează cu mare risc de decompensarea a funcției organului. Intoxicație endogenă compromite imunitatea bolnavului.

De aceea tratamentul în special antibioterapia necesită administrarea preparatelor clasice în asocierea cu alte medicamente antibacteriene, care puțin influențează asupra răspunsului imun a bolnavului.

Bibliografie

1. Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, Centrul Științifico - Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, anii 1994-2005.
2. Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, Centrul Științifico - Practic Sănătate Publică și Management Sanitar, anul 2008.
3. Botnaru V. Pneumonia extraspitalicească la adult: recomandări practice. Chișinău, 2004; p.67.
4. Centers for Diseases Control and Prevention. Pneumonia and influenza death rates. United States, 1979-1994. MMWR Morb. Mortal. Wkly. Rep., 1995; 44:535.
5. Mandell L.A., Marrie T.J., Grossman R.F. et al. Canadian guidelines for the initial management of community-acquired pneumonia: an evidence-based update by the canadian infections diseases society and the canadian thoracic society. Clin. Inf. Dis., 2000; 31:383-421.
6. Macfarlane J., Boswell T., Douglas G. et al. British Thoracic Society Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults admitted to hospital. Thorax., 2001;56(suppl. 4):1-63.
7. Mandell L.A., Bartlett J. G., Dowell S.F. et al. Update of practice guidelines for the management of community-acquired pneumonia in immunocompetent adults. Clin. Infect. Dis., 2003; 37:1405-1433.
8. Чучалин А. Синопальников А. Яковлев С. и др. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей. Министерство Здравоохранения РФ. Москва, 2005; с. 198.

PROBLEMA BOLILOR RARE ALE APARATULUI RESPIRATOR ȘI ALE TEHNOLOGIILOR MEDICALE ORFANE

**Serghei V. Pisarenco¹, D. Sain¹, I. Haidarlı¹, Sergiu S. Pisarenco²,
Tatiana Gherbiș², Iurie Djugostran¹**

¹ Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, ² USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Problem of rare diseases of respiratory organs and the deserted medical technologies

Definitions of rare diseases are given. Prevalence, medical, psychological and social features of rare diseases, and also the pharmaco-economic characteristic of their treatment are outlined. The measures directed on the decision of a problem of diagnostics, the account and