

MENINGITELE SEROASE. PARTICULARITĂȚI CLINICE ȘI DE DIAGNOSTIC

Stela Cojocaru, Elena Condrea, Valentina Potîng-Raşcov, Raisa Popovici,
Liliana Hodorogea, Tatiana Musteață

Catedra Boli infecțioase, tropicale și parazitologie medicală, USMF
„Nicolae Testemițanu”, SCBI „T.Ciorbă”

Summary

Serous meningitis. clinical and diagnostic particularities

A highest incidence of aseptic meningitis was diagnosed in 2008, during the cold season, in the 15-25 years old persons. Meningitis remained undiagnosed during pre-hospital stage in the majority of cases. Aseptic meningitis evolved usually in moderate severity form. The severity of the disease directly correlated with patients' age, and didn't correlate with CSF cytosis. The etiology of the aseptic meningitis remained undiagnosed.

Rezumat

Meningitele seroase. particularități clinice și de diagnostic

Cea mai înaltă incidență a cazurilor de meningită seroasă s-a înregistrat în anul 2008, în perioada rece a anului, în rândul persoanelor cu vârsta 15-25 ani. La etapa prespitalicească diagnosticul de meningită a rămas subdiagnosticat în majoritatea cazurilor. Meningita aseptica a avut preponderent o evoluție semigravă. Severitatea bolii a corelat direct cu vârsta pacienților, dar nu a corelat cu citoza din LCR. Etiologia meningitelor aseptice a rămas neidentificată.

Actualitatea

Numeroase afecțiuni pot fi însoțite de o reacție inflamatorie a meningelui. Totuși, meningitele cele mai frecvente sunt infecțioase. În etiologia meningitei acute se cunoaște a fi implicate atât bacteriile, cât și virușii, paraziții și fungii. Factorii de risc pentru meningita includ: sistemul imunitar slăbit, expunerea în jurul unei persoane infectate. Meningitele cu lichid clar constituie mai mult din jumătate din cazuri de meningită acută.

Scopul și obiectivele

Studierea factorilor epidemiologici, clinico-evolutivi și de diagnostic ale meningitelor seroase de etiologie neidentificată din R.Moldova.

Materiale și metode

Au fost investigați 73 pacienți cu meningită seroasă internați în Clinica de Boli Infecțioase „T.Ciorbă” în perioada anilor 2005 – 2011. În studiu au fost incluse doar cazurile de meningită acută seroasă de etiologie neidentificată. În mod intenționat au fost excluse cazurile de meningită cauzate de HSV, virusul urlian, etc.

Rezultate și discuții

Din numărul total de pacienți cu meningită seroasă acută – majoritatea 41% au fost internați în anul 2008, an în care în R.Moldova, de asemenea, s-a înregistrat și o morbiditate crescută de infecție enterovirală. Astfel, în anul 2005 s-au înregistrat 12 (16,43%) cazuri; în anul 2006 – 11 (15,06%); 2007 – 4 (5,49%); 2008 – 30 (41,09%); 2009 – 4 (5,49%); 2010 – 7 (9,58%) 2011 – 5 (6,84%).

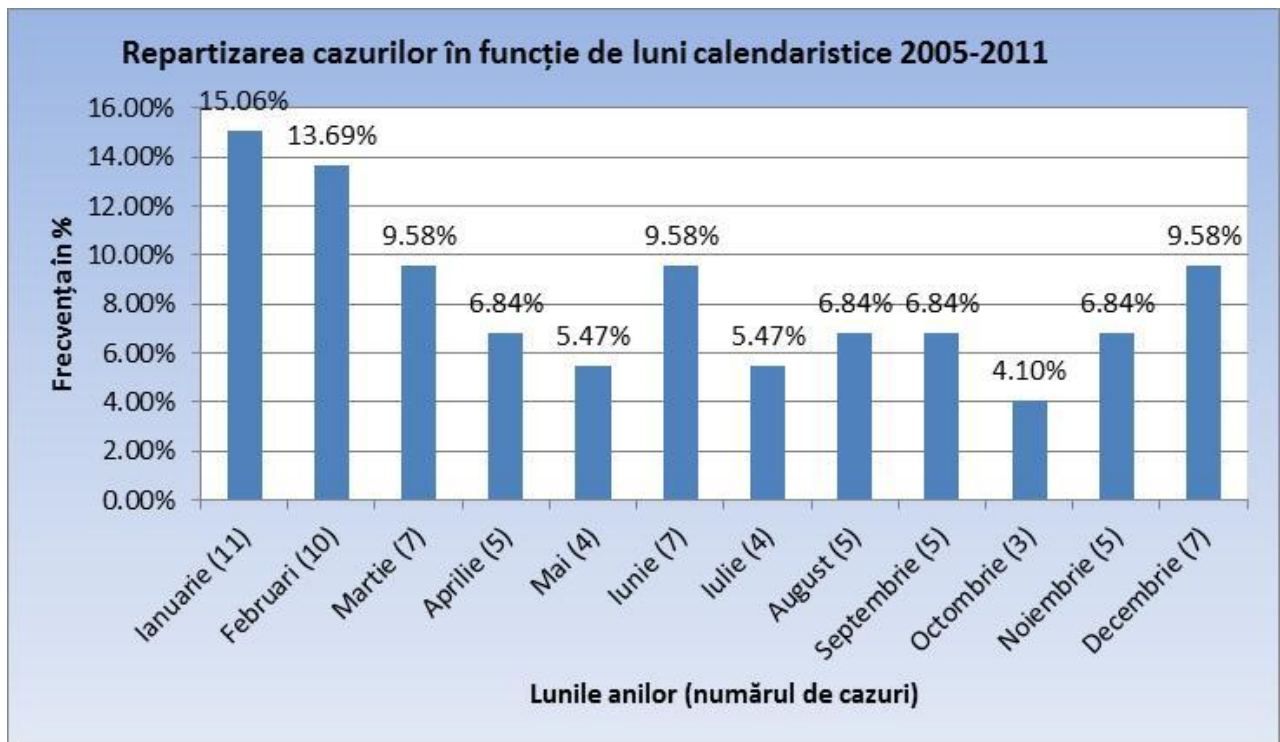


Figura 1. Repartizarea cazurilor de meningită seroasă funcție de sezonalitate

Majoritatea cazurilor de îmbolnăvire au fost înregistrate pe parcursul iernii – 28 (38%) cazuri, în perioada de toamnă semnalându-se cel mai mic număr de cazuri de meningită seroasă – 13 (18%), lunilor de vară și primăvară revenindu-le un număr egal de îmbolnăviri – câte 16 (22%) cazuri (Figura 1). Acest fapt nu corespunde în totalitate datelor statistice, care denotă că cel mai mare grad de îmbolnăvire prin infecție enterovirală revine lunilor anotimpurilor vara-toamna.

Din totalul pacienților cu diagnosticul de meningită seroasă internați în SCBI „T.Ciorbă” pe parcursul anilor luați în studiu – nu au fost semnalate cazuri de îmbolnăviri la copiii mai mici de 11 ani și la persoanele cu vârsta mai mare de 60 ani. Au fost reprezentate următoarele grupuri de vârstă: 11-15 ani – 3 persoane; 15-20 ani – 32 persoane; 20-25 ani – 15 persoane; 25-30 ani – 7 persoane; 30-35 ani – 8 persoane; 35-40 ani – 1 persoană; 40-45 ani – 1 persoană; 45-50 ani – 2 persoane; 50-55 ani – 1 persoană; 55-60 ani – 2 persoane; > 60 ani – nici o persoană. Astfel, ponderea cea mai mare de îmbolnăviri s-a remarcat în grupul de vârstă 15-25 ani – 47 (64%) cazuri. Pacienții au fost repartizați și conform clasificării din psihologia medicală a vârstelor. Cel mai mare număr de îmbolnăviri semnalându-se în stadiul VI - tinereții adultului - 36 (49.31%) cazuri și în stadiul V - pubertății și adolescenței - 29 (39.72%) cazuri. Persoanele din aceste grupuri de vârstă au o viață socială activă, cu multiple contacte interumane, fapt ce poate favoriza răspândirea și persistența infecției în rândul lor. În stadiul VII (adultului 34 – 44 ani) și VIII (matur > 45 ani) - s-au înregistrat respectiv 3 (4%) cazuri și respectiv 4 (5%) cazuri.

Ponderea pacienților de sex masculin a fost mai mare comparativ cu cel de sex feminin, respectiv 44 și 29 cazuri, fapt confirmat și de datele din literatură, vârsta medie a persoanelor de sex masculin fiind de 23 ani, iar cea de sex feminin - de 27 ani. De asemenea s-a remarcat faptul că în special în stadiul VI, cel al adultului (20-34 ani), ponderea cazurilor la pacienții de sex masculin a fost de 2 ori mai mare comparativ cu cele de sex feminin, respectiv 24 și 12 cazuri (Figura 2).

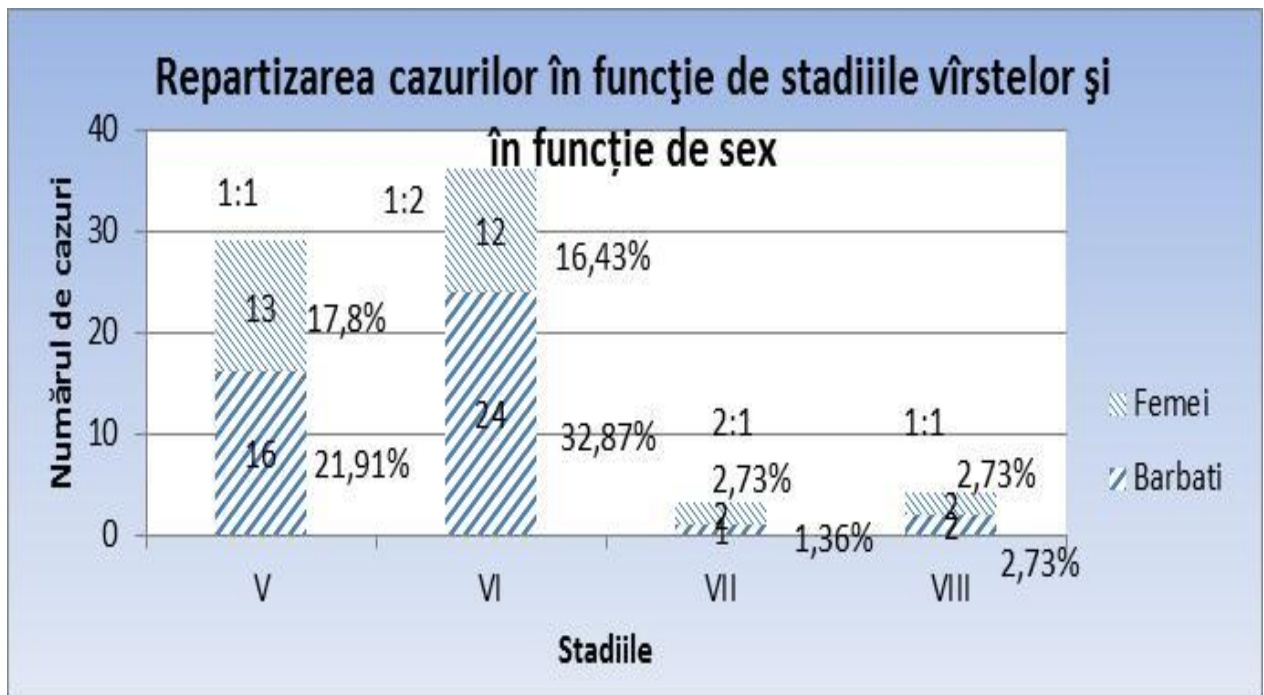


Figura 2. Repartizarea pacienților funcție de sex și vârstă

Majoritatea pacienților au fost socializați în diferite instituții de învățământ sau servicii:

- instituții de învățământ superior - 12 (16.43%) pacienți;
- instituții de învățământ mediu – 7 (9.58%);
- instituții de învățământ mediu special – 6 (8.21%);
- la diferite servicii -22 (30.16%);
- nu au fost încadrate oficial în câmpul constant de muncă - 26 (35.61%) pacienți, dar după stilul de viață, în majoritatea sa, au fost persoane active cu multiple contacte interumane.

La trimitere diagnosticul de meningită a fost stabilit doar la 31 (42.46%) pacienți, pe când la internare meningita sau infecție enterovirală și meningită a fost diagnosticată la 60 (82.18%) pacienți (Figura 3). Acest fapt denotă un grad scăzut de suspiciune privitor la posibilitatea apariției cazurilor de meningită, în special la etapa prespitalicească.

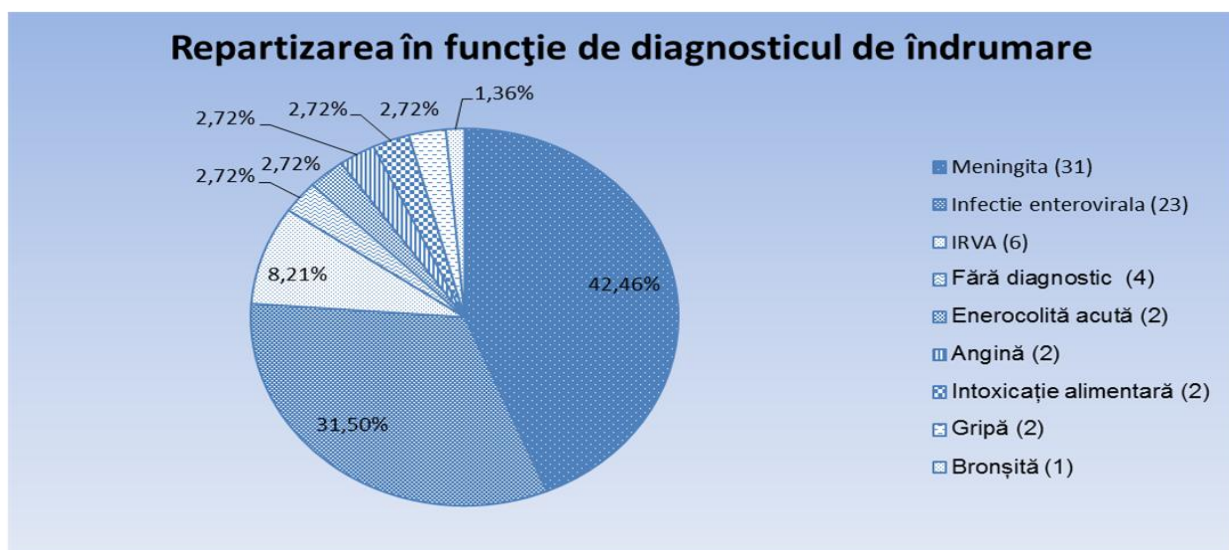


Figura 3. Repartizarea pacienților în dependență de diagnosticul de trimitere

Prezintă interes faptul că diagnosticul de meningită la trimitere a fost corect stabilit la 62.5% (10 din 16) din persoane neasigurate și doar la 36.84% (21 din 57) din cele asigurate. Corectitudinea stabilirii diagnosticului la îndrumare de către serviciul de asistență medicală de urgență a fost de 40.48%, de către medicul de familie – de 28.57%.

Majoritatea pacienților au fost internați în ziua 2-a sau a 3-a de boală, respectiv 22 (30%) și 24 (33%) cazuri, în prima zi de boală fiind internați doar 11 (15.06%) pacienți. Tardiv, după a 3-a zi de boală au fost internați 16 (27%) pacienți.

Evoluția bolii a fost de o gravitate medie la 67 (92%) pacienți și de o gravitate gravă la 6 (8%) pacienți, vârsta pacienților la momentul îmbolnăvirii influențând evoluția bolii. În cazurile de meningită cu evoluție semigravă - vârsta medie a fost de 24 ani, iar în cazurile de meningită gravă – de 47 ani. Bolnavii care au avut forme clinice de gravitate medie s-au tratat 8.8 zile pat, iar cei cu forme clinice grave s-au tratat 15.4 zile pat.

La toți pacienții boala a debutat acut cu febră, fatigabilitate, grețuri, vomă și cefalee. Așa semne clinice precum somnolența s-a depistat la 26,02% pacienți, mialgii – 72,6%, artralgiile - 54,79%, dureri retroorbitale - 79,45% din cazuri. Rigiditatea occipitală s-a remarcat în – 53 (73%) cazuri (din care la 12 pacienți a fost doar slab pozitivă), semnul Kerning – 46 (64%) cazuri (din care la 6 pacienți – slab pozitivă), semnul Brudzinki – 40 (55%) cazuri (din care la 4 pacienți – slab pozitivă). În cazurile cu evoluție severă durata pozitivității semnelor meningiene a fost de 10-12 zile, iar în cele cu evoluție semigravă – de 7-9 zile.

Durata maximă a febrei la valorile 38 °C - 39 °C a fost de 6 zile (în mediu – 4 zile), durata maximă a febrei la valorile 39 °C - 40 °C a fost 12 zile (în mediu – 8 zile).

La investigarea lichidului cefalorahidian s-a semnalat că nivelul leucocitorahiei nu a corelat cu severitatea bolii, în mediu fiind de 512 celule/mL (min -30 celule/mL, max -1662 celule/mL). Ponderea cea mai mică de limfocite în LCR a fost de 60%, maximă – 100% (în mediu 80%). Nivelul leucocitorahiei nu a corelat cu nivelul proteinorahiei, ultima fiind crescută în toate cazurile, media fiind de 1.65g/l (limitele 0.63-3.08 g/l). Glicorahia a fost în limitele normei în 97% cazuri iar clorurorahia în 89% cazuri. Investigațiile bacteriologice ale LCR au fost negative în toate cazurile, pe când cele serologice sau de biologie moleculară nu au fost făcute.

Concluzii

1. Incidența maximă a cazurilor de meningită seroasă a coincis cu perioada de epidemie de infecție enterovirală în Republica Moldova.
2. Majoritatea cazurilor de meningită seroasă sa observat în lunile de iarnă.
3. Ponderea cea mai mare de îmbolnăvire s-a la persoanele din stadiul de vârstă V - pubertății și adolescenței și VI - tinereții adultului.
4. Cazurile de meningită au rămas subdiagnosticate în majoritatea sa la etapa prespitalicească.
5. Vârsta medie a pacienților cu evoluție gravă a fost mai mare comparativ cu cea a pacienților cu o evoluție de gravitate medie.
6. Nu toate semnele meningiene au fost pozitive la pacienții cu meningită seroasă.
7. Nivelul leucocitorahiei nu a corelat cu severitatea bolii sau cu nivelul proteinorahiei.
8. În R.Moldova actualmente nu se face determinarea etiologică a cazurilor de meningită seroasă.

Bibliografie

1. CDC. Outbreaks of aseptic meningitis associated with Echoviruses 9 and 30 and preliminary surveillance reports on enterovirus activity--United States, 2003. MMWR Weekly. 2003;52:761-764.
2. I. Steinera, H. Budkac, A. Chaudhurid, M. Koskiniemie, K. Sainiof, O. Saloneng; Viral meningoencephalitis: a review of diagnostic methods and guidelines for management; European Journal of Neurology 2010, 17: 999–1009.

3. Khetsuriani N, Lamonte-Fowlkes A, Oberst S, et al. Enterovirus surveillance--United States, 1970-2005. *MMWR Surveill Summ.* 2006;55:1-20.
4. Negrini B, Kelleher KJ, Wald ER. Cerebrospinal fluid findings in aseptic versus bacterial meningitis. *Pediatrics.* 2000;105:316-319.
5. Protocol Clinic Național. Infecția Enterovirală la copil. Chișinău 2008/ Ministerul Sănătății al Republicii Moldova.
6. Shalabi M, Whitley RJ. Recurrent benign lymphocytic meningitis. *clinical infectious diseases.* *Clin Infect Dis.* 2006;43:1194-1197.

PSORIAZISUL: IMPACTUL MALADIEI ASUPRA CALITĂȚII VIEȚII

Vladislav Gogu, Anastasia Strețcul

Catedra Dermatovenerologie USMF "N. Testemițanu"

Summary

Psoriasis: disease impact on quality of life

Psoriasis is a chronic dermatosis, affecting a lot the quality of patient's life. Due to the long-term life of disease, it has a negative effect not only on physical condition but also on social, psychological and economical life. This article describes the quality of life of 50 patients group suffering from psoriasis. To ensure that the quality of life of patients is influenced by the clinical form of psoriasis and the degree of disease involvement, found that sex, age, place of residence and social status have an impact on quality of life of patients affected by psoriasis.

Rezumat

Psoriazisul este o dermatoză cronică, care afectează mult calitatea vieții bolnavului. Datorită naturii de lungă durată a maladiei, ea are efect negativ nu numai asupra aspectului fizic, dar și asupra aspectelor sociale, psihologice și economice în viața pacientului. În acest articol sunt elucidate aspectele calității vieții la un lot din 50 de pacienți bolnavi de psoriazis. Pe lângă faptul că calitatea vieții bolnavilor este influențată de forma clinică de psoriazis și de gradul de avansare a bolii, s-a constatat că sexul, vârsta, locul de trai și statul social la fel au un impact asupra calității vieții a bolnavilor de psoriazis.

Actualitatea

În lumea modernă unde aspectul exterior contează foarte mult, pielea este acel organ care exprimă frumusețea exterioară a omului, cu influență asupra relațiilor interpersonale, autoaprecierii, formării identității și personalității individului [1,3]. Psoriazisul fiind o dermatoză cronică cu afectarea primordială a pielii, cu siguranță are un impact negativ asupra calității vieții bolnavilor, prin apariția manifestărilor clinice stânjitoare ca: eritemul, pruritul, durerea și descuamarea [7]. Acest impact, pe lângă manifestările clinice cutanate și extracutanate, care pot duce chiar la invaliditate, este adesea asociat de dereglări psiho-emoționale și izolare socială [6]. Astfel, bolnavii de psoriazis evită discuțiile despre pielea lor, acoperă zonele afectate, își creează o proastă imagine de sine, anticipează respingerea, au sentimentul de vinovăție și rușine, suferă de o sensibilitate exagerată la atitudinea celorlalți, evită contactul cu oamenii [2]. Ca consecință apare o auto-izolare de lumea înconjurătoare, ceea ce determină apariția unui stres cronic și din acest moment se instalează un cerc vicios: psoriazis – stres – agravarea psoriazisului [2].

Obiectivele

- Evaluarea impactului psoriazisului asupra calității vieții bolnavilor în dependență de sex, vârstă, locul de trai, statutul social.
- Interdependență dintre gradul de severitate a psoriazisului și afectarea calității vieții individului bolnav.