

Clinica fiziologică, Spitalul Bernath Andrei București (cond.: prof. M. Popper)

ADENOPATIA MEDIASTINO-HILARĂ PSEUDOTUMORALA TUBERCULOASĂ LA ADULȚI

M. Popper, Gh. Unteanu

Pentru pneumo-ftiziologi, patologia mediastinului constituie o problemă de mare actualitate; în cadrul ei, adenopatia mediastinohilară este aceea care reține în mod deosebit atenția cercetărilor prin frecvență, importanța topografică și dificultățile diagnostice și terapeutice pe care le ridică, și care prin localizarea ei suprimă orice posibilitate practică a studiului histologic edificator când nu este însoțită de adenopatii superficiale biopsabile.

Dacă în urmă cu câteva decenii hipertrofia ganglionilor hilari sugera aproape exclusiv etiologia bacilară, fiind considerată o caracteristică a primoinfecției tbc. legată de vârsta copilăriei, schimbarea profilului epidemiologic, din motive asupra cărora nu e locul să insistăm, ne permite între alte aspecte noi să constatăm la adult, mai frecvent ca în trecut, apariția unor adenopatii tumorale de tip infantil ilustrând o infecție primară tardivă, un complex reinfectios sau o reactivare ganglionară semnal al ftiziei. Dar odată cu aceste achiziții au crescut și dificultățile de interpretare, astfel în afară de participarea ganglionară ca element important în evoluția unor entități morbide cunoscute, procese tumorale maligne, boli de sistem, pneumopatii microbiene, au fost descrise în ultima vreme hipertrofii ganglionare traheo-bronșice voluminoase, clinic latente, descoperite ocazional prin examen radiologic sistematic la persoane în aparență sănătoase, de natură neprecizată integrate nesigur în cadrul maladiei tuberculoase al sarcoidozei sau al unei viroze.

Avind în vedere că totuși prin frecvența ei tuberculoza continuă să reprezinte o cauză ce trebuie luată în considerare oricând se discută originea unei intumescențe ganglio-hilare, chiar tumorale, am considerat util ca din lotul bolnavilor studiați într-un cadru mai larg al aceleiași probleme să prezentăm două cazuri ale căror particularități ne permit a reflecta asupra posibilităților diagnostice și a erorilor pe care aceste adenopatii de etio-patogenie atât de controversată le pot ocasiona.

Obs. I. Bolnava P. V. de 28 ani, coafeuză se internează în aprilie 1959, cu stare subfebrilă, adenopatie mediastinală voluminoasă și eritem nodos. Nu semnalează contingențe bacilare infectante sau antecedente de ordin specific. De menționat că în ianuarie suportase o cezariană în luna 7-a a sarcinii, urmată de o lungă perioadă de surmenaj fizic determinat de îngrijirea copilului prematur și de o stare gripală trecătoare. La începutul lunii martie prezintă un puseu febril cu tuse puternică, astenie și apariția pe ambele gambe a unui eritem nodos cu edem inflamator de aspect erizipeloid: administrarea de aureomicină pentru o presupusă flebită postpartum nu influențează starea bolnavei, și mai mult chiar, apar nodulii noi și o kerato-conjunctivită flictenulară. Instituirea unui tratament cu streptomycină, hidrazidă și cortizon, duce în decurs de 3 săptămâni la dispariția febrei, eritemului și placcardului inflamator. Examenul radiologic efectuat pentru prima dată în această perioadă a pus în evidență o adenopatie de aspect tumoral, bilaterală, asimetrică. La internare examenul clinic a fost negativ, nu se palpează ganglionii

perierici, VSH 60 mm/oră, IDR slab pozitivă (nu a făcut-o niciodată în trecut), baciloscopia sputei și aspiratului bronșic neg bronhoscopia arată o congestie a arborelui drept iar biopsia mucoasei precizează un infiltrat inflamator fără caractere specifice. În lunile următoare e de semnalat sub tratamentul tuberculostatic regresivă lentă a adenopatiei, producerea unui puseu de rinită acută și două baciloscopii pozitive, pasajere. În iulie pe rând se afla pe litoral. fără să fi făcut cură heliomarină, un puseu febril fără alte manifestări clinice evidențiază însămișarea granulică a parenchimului: continuarea tratamentului ambulator permite resorbția integrală a miliary până în septembrie. După 4 luni își revine activitatea cu program redus; în februarie a. c. bolnava prezintă o stare generală f. bună, iar radiologic alături de un parenchim indemn înregistrăm multiple calcifieri hilare, care nu erau vizibile pe radiografiile făcute cu aproape un an în urmă.

Obs. 2. Bolnavul S. V. de 40 ani, tâmplar, se internează în aprilie 1959 cu o adenopatie traheo-bronșică de aspect tumoral, lipsită de manifestări clinice evidente. În antecedentele menționăm în urmă cu 20 ani un infiltrat pulm. suspectat de etiologie bacilară și resorbit după 2 luni de cură de repaus un examen mrf. în toamna anului 1958 cu imagine toracică normală și faptul că nu a făcut niciodată testarea tuberculinică. În februarie a prezentat un sindrom gripal, prelungit cu o stare subfebrilă, tuse uscată și senzație de compresie retrosternală. Tratamentul ambulator instituit, aerosolii de streptomicilină și clorocid per os, nu aduc modificări apreciable. În acest moment bronhoscopia evidențiază pe versantul drept al pînului traheal o orificiu fistular secretif, cu mucoasa din jur puternic congestionată impune internarea pentru precizare. Aspiratul bronșic, sîcul gastric și culturile pentru b. K. negative; o singură dată baciloscopia sputei a fost pozitivă. În afară de IDR poz. numai la 1%, VSH de 28 mm/oră și o neutrofilie de 80%, celelalte investigații bio-serologice nu aduc nici un element în măsură a clarifica diagnosticul. În aceste perspective indoielnice biopsia prescalenică pare revelatoare, examenul histopatologic precizînd leziuni ganglionare de tbc. proliferativă multifoliculară cu celule gigante tipice și elemente epitelioid. Radiotomografiile evidențiază o întumescență ganglionară mediastinală masivă, cu limite neprecise, cu calcifieri vizibile în limitele opacităților policiclice tumorale și cu un desen peribronșic accentuat în legătură directă cu regiunea hilară. Timp de 10 luni, într-o primă perioadă spitalizat, ulterior în cură ambulatorie, a fost supus unui tratament tuberculostatic, totalizînd 140 g streptomicină și 2300 tabl. HIN la care inițial se asociase 6 g cortizon i. m. Controlul periodic indică o resorbție lentă a întumescenței hilo-mediastinale b. K. constant negativ, stare generală bună. Examenul bronhoscopic din febr. a. c. arată persistența orificiului fistular sus-menționat în vecinătatea unei opacități situată supra-bronșic dr. și care tomografic poate fi apreciată ca o evidare ganglionară. Aceste constatări demonstrează rezistența adenitei cazeoase la tratamentul antibiotic și subliniază un aspect nefavorabil din p. d. v. al pronosticului. În prezent bolnavul se află în activitate cu program redus și nu mai acuză nici o tulburare subiectivă.

Observațiile prezentate impun rezolvarea a două probleme:

— care este natura acestor adenopatii mediastino-hilare pseudotumorale;
— în eventualitatea etiologiei bacilare, precizarea apartenenței lor la o primoinfecție, o reviviscență ganglionară sau la realizarea unui complex reinfecțios.

Referitor la primul aspect sînt de luat în considerare procese patologice de etiologie variată. Deși în ambele cazuri descoperirea adenopatiei a coincis cu un puseu gripal, originea infecției bacteriene sau a unei reticulopatii inflamatorii virale, asupra cărora au insistat *Brocard*, *Bowrain* etc. poate fi înlăturată prin lipsa sindromului febril de tip infecțios, lipsa anginei și a artralgiilor, resorbție rapidă sub influența corticoterapiei.

A. Meyer și Freour au descris adenite virale voluminoase care pot simula o primoinfecție tbc. însă acestea se manifestă printr-un sindrom clinic acut, sînt spontane regresive, fiind însoțite de opacități pulmonare hilifuge cu simptomatologie funcțională evidentă. J. Brun admite că eritemul nodos traduce o reacție particulară a țesutului limfoid cu ocazia agresiunilor toxice sau infecțioase, printre care tuberculoza ocupă un loc important, însă nu exclusiv.

Un alt grup de afecțiuni care pot cauza confuzie aiunci cind o adenopatie hilară voluminoasă nu este legată de o infecție intercurentă sau cronică, e reprezentat prin maladia Hodkin, procese neoformative ale ganglionilor mediastinali de tipul limfo- sau reticulo-sarcomului, leucozele, cronicile, mai rar adenopatii izolate ale cancerului bronșic, toate cu simptomatologie generală gravă sau de invadare mediastinală cu evoluție malignă.

Mai greu de înlăturat este maladia B.B.S. a cărei frecvență rămîne necunoscută din cauza confuziei cu diferite forme de tbc. situație în care se poate încadra și tabloul radio-clinic al cazurilor prezentate.

Disputa privind unicitatea sau dualitatea acestor două afecțiuni continuă: și dacă în adenopatiile mediastinale pure cu baciloscopie pozitivă în afara unei tbc. veritabile asocierea sau intricarea celor două entități nu este exclusă, se pare totuși că nici un element particular constant bio-clinic, histologic sau bacteriologic, nu permite o distincție sigură.

Oprindu-ne asupra climatului tbc. care constituie cel mai frecvent suportul etio-patogenic al sindroamelor superpozabile observațiilor noastre, constatăm că dispunem de argumente de ordin radiologic, bacteriologic, endoscopic și evolutiv care în interpretare izolată nu sînt lipsite de critică, în ansamblu pledează pentru natura bacilară a adenopatiilor mediastino-hilare pseudotumorale; eritem nodos și kerato-conjunctivită flictenulară într-un caz, noțiunea unor antecedente posibil specifice, fistula ganglionară bronșică, biopsia prescalenică în celălalt, expectorația baciliferă episodică, asimetria hipertrofiei ganglionare cu simt. discretă, evoluție de lungă durată și răspuns favorabil la trat. tuberculostatic în ambele.

Odată clarificat aspectul etiologic, rămîne de precizat cărui moment din desfășurarea ciclului evolutiv al tbc. corespund cele două obs. care în afara unor manifestări comune, au și caractere particulare proprii.

Astfel la bolnava P. V. absența altei îmbolnăviri tbc. în antecedente, lipsa semnelor radiologice ale unei primoinfecții trecute, adenopatia trahzbronșică cu caracter infantil, eritemul nodos și kerato-conj. flictenulară, apariția precoce a diseminărilor, chiar cu un test tuberculinic slab pozitiv, alcătuiesc un mănunchi de criterii pe baza cărora putem formula ca diagnostic o primoinfecție tuberculoasă. Lipsa unui contagiu infectant cunoscut, vîrsta și domiciliul urban nu mai constituie, în condițiile epid. actuale, factori obligatori care să excludă apariția infecției primare la adult. Dacă aspectul tumoral al adenopatiei s-ar datora, după *Et. Bernard*, faptului că primoinfecția se produce la vîrsta fiziogenă, în ceea ce privește descoperirea ei izolată, fără componenta parenchimatooasă, este cunoscută posibilitatea trecerii neobservate a afectului primar. În sfîrșit, baciloscoopia pozitivă, chiar în lipsa unor leziuni bacilifere sau a fistulizării ganglionare bronșice, poate fi explicată prin invadarea peretelui bronșic de către procesul bacilar și pătrunderea bacteriilor în căile aeriene prin glandele din mucoasa aparent intactă.

În cel de al doilea caz, vîrsta de 40 ani, existența calcifiilor vizibile radiologic prin întumescența hilară exprimînd o tubercilizare anterioară, surmenajul fizic și sindromul gripal anergizant sugerează mai puțin un puseu exudativ fluxionar banal sau o adenopatie de primoinfecție nevindecată, cit mai ales un fenomen de reactivare locală, martor al persistenței vreme îndelungată sau chiar toată viața, a unor focare ganglionare cu potențial patologic și compatibile cu o stare de sănătate aparentă. Menționăm că dacă *Little Cumins*, *Opie* și *Rich* etc. ajung la concluzia că reactivarea gangl. este legată în special de inegalitatea rezistenței native față de b. *K. F. Besancon* și *Arnoux* arătau că în vîrsta de 20 de ani în urmă importanța participării unor factori exogeni, pe care de altfel îi negăm în antecedentele imediate ale cazului de față. Și cum prezența bacililor este insuficientă pentru a explica o adenopatie hilomediastinală tardivă, important ar fi de știut natura modificărilor terenului care permit germinului existenței însă inofensiv, a provoca într-o perioadă mai avansată a vieții reactivarea vechilor focare sau apariția de leziuni ganglionare noi. *J. le Melleter* atrage atenția că studiul fizico-chimic al relațiilor

între gazdă și parazit este la început și poate aduce odată cu lămuririle așteptate și surprize nebanuite. În ceea ce privește aspectul pseudotumoral al unor adenopatii tbc. tardive de reactivare, în afara modificărilor tisulare locale datorită produselor de deintegrare bacilară nu trebuie subestimată nici posibilitatea contribuției inflamațiilor nespecifice prin exacerbarea florei banale într-o perioadă de scădere a rezistenței și imunității locale.

Cît despre un eventual complex reinfecțios veritabil, asupra caracteristicilor și condițiilor de apariție ale căruia au insistat unii autori e greu a fi luat în discuție atîta vreme cît el continuă să reprezinte una din cele mai grele probleme de soluționat din toată patologia tuberculozei.

De altfel, în prezent, neavînd la îndemînă posibilități de investigație care să ne permită a afirma cu certitudine vindecarea biologică a unei primoinfecții este foarte greu, dacă nu chiar imposibil, a formula un diagnostic de „reinfecție vera“ în adevăratul înțeles al cuvîntului.

În concluzie, expunerea sumară făcută are drept scop de a atrage încă odată atenția asupra faptului că adenopatiile mediastino-hilare nu mai reprezintă o patologie de excepție, incidența lor crescînd odată cu depistările radiologice sistematice; aceste cazuri de interpretare radio-clinică dificilă constituie aspecte particulare în ansamblul bolnavilor examinați sau urmăriți într-un serviciu de specialitate, față de care medicul avertizat va fi în măsură să reflecte cu discernămint.

Sosit la redacție: 12 martie 1960.

Bibliografia la autori.

ТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ПСЕВДОТУМОРАЛЬНАЯ МЕДИАСТИНО-ГИЛЮСНАЯ АДЕНОПАТИЯ У ВЗРОСЛЫХ

Поппер М., Унтеану Г.

Патология средостення является актуальным вопросом для пневмофтизиатров; в этом направлении медиастино-гилюсная аденопатия, ввиду ее топографических особенностей, а также затруднений с диагностической и терапевтической точек зрения, пользуется особым вниманием.

Описаны два клинических случая поднимающих ряд дифференциально-клинических вопросов. Полученные результаты позволили, помимо уточнения их туберкулезной этиологии, установить существование первичной туберкулезной инфекции у одного из больных и ганглионарной реактивации у другого, при настоящих эпидемических условиях.

L'ADÉNOPATHIE MÉDIASTINO-HILAIRE PSEUDO-TUMORALE TUBERCULEUSE CHEZ LES ADULTS

M. Popper, Gh. Unteanu

Pour les pneumo-phthisiologues la pathologie du médiastin représente un problème d'actualité; dans son cadre, l'adénopathie médiastino-hilaire retient l'attention par l'importance topographique et les difficultés diagnostiques et thérapeutiques suscitées.

Les deux observations présentées offrent l'occasion de discuter quelques problèmes du point de vue diagnostique différentiel. Les résultats obtenus permettent de préciser en dehors de l'étiologie bacillaire, leur appartenance à la primo-infection tuberculeuse pour le premier cas et à une réaction ganglionnaire pour le deuxième, dans les conditions épidémiologiques actuelles.