

CONSIDERAȚII CLINICE ASUPRA UNOR VASCULOPATII MALIGNE

Éva Horváth, St. Monoki

În cadrul îmbolnăvirilor vasculare trombangita obliterantă (t.o.) constituie o unitate nosologică bine definită. Autorii accentuează faptul că boala afectează în special vasele periferice de calibru mediu. Cu toate acestea se constată că ea este o boală generalizată de sistem, care poate să cuprindă și teritoriile vasculare viscerale.

Periarterita nodoasă (p.n.) este tot o boală vasculară de sistem, care constă în alterarea pereților arterelor mici și ai arteriolelor. Caracterul morfopatologic al leziunilor a făcut ca maladia să fie cuprinsă în categoria bolilor de collagen. Simptomatologia clinică variată și polimorfă se datorește leziunilor vasculare plurivisce-

rare, în timp ce afecțiunea vaselor periferice se manifestă mult mai rar prin tromboflebite repetate sau gangrenă uscată.

În ceea ce privește legătura dintre t.o. și p.n. părerile diferă. *Ratschow* nu găsește întemeiată părerea după care p.n. ar fi o formă gravă a trombangitei obliterante. *Tareev* citează pe *Seeman*, care afirmă, că p.n. poate evolua spre tabloul unei t.o. În studiul făcut asupra polivisceritei reumatice acute, *Goia* conchide că leziunile vasculare îmbracă cele mai variate forme de la o simplă endotelită pînă la t.o. și p.n. Corelațiile clinice și anatomopatologice dintre nefroscleroza malignă, t.o. și p.n. l-au făcut pe *Kursakov* să unească aceste afecțiuni sub denumirea de angită difuză, o entitate policitologică. *Lehoczky* afirmă în studiul făcut asupra îmbolnăvirilor vaselor cerebrale, că în patologia t.o., p.n., arteritei temporale și a arteritei reumatice starea alergică-hiperergică a organismului are un rol important. Simptomatologia clinică a acestor maladii este adesea identică și ele nu se delimitează precis, ceea ce face dificil diagnosticul diferențial. În urma încetățenirii termenului de boli ale collagenului, p.n. se încadrează în grupul collagenozelor propriu-zise, pe cînd t.o. este considerată ca o boală vasculo-conjunctivă în sensul larg al cuvîntului.

Există legătură între t.o. și p.n., există forme de trecere între cele două maladii, ele se delimitează precis, sau au trăsături comune din punct de vedere clinic și morfopatologic? Acestea sînt întrebările la elucidarea cărora am dori să contribuim prin relatarea unor observații făcute la Clinica medicală nr. II din Tîrgu Mureș.

Studiind materialul clinic din anii 1955—1960 sînt de remarcat cazurile de t.o. cu localizare tipică periferică, cărora li se asociază uneori și simptome viscerale. Astfel se observă leziuni coronariene, care îmbracă forme diferite, de la manifestări subclinice la simptomatologia infarctului miocardic, sau alteori sindromul clinic reflectă localizaera cerebrală a procesului morbid. În toate aceste cazuri predomină sindromul periferic vascular. Accidentele viscerale nu au un caracter evolutiv. Starea generală a bolnavului, precum și probele de laborator nu denotă un proces activ de tip malign.

Un aspect cu totul diferit îmbracă tabloul clinic atunci cînd procesul vascular are un caracter predominant visceral și generalizat.

Astfel într-un caz de t.o. visceralizată, îmbolnăvirea vaselor periferice s-a manifestat doar prin simptome spastice, iar sindromul clinic s-a apropiat de acela întîlnit în p.n. Examenul histopatologic a pus în evidență un proces vascular localizat deopotrivă periferic și visceral, leziunile au fost uniforme și dominate de alterațiile intimei, media rămîinînd intactă, corespunzător unei endangeite obliterante.

Dar și p.n. poate evolua un anumit timp prezentînd aspectul unei t.o.

Astfel H. Gy., bărbat în vîrstă de 24 ani, prezintă de un an o simptomatologie caracteristică t.o. Ulterior tabloul clinic își schimbă aspectul. Sindromul dispeptic, hipertensiunea arterială, nefropatia concomitentă, encefalopatia hipertensivă, în prezența creșterii vitezei de sedimentare, leucocitozei, eozinofiliei și gamaglobulinemiei se încadrează în simptomatologia clinică a p.n. Totodată și examenul histopatologic prezintă unele particularități. Leziunile vaselor mai mici corespund periarteritei, iar la nivelul arterei femorale, lienale și pancreatice au predominat leziunile endarteritice. Am găsit leziuni fibrinoide cu reacție perivasculară limfoplasmocitară la nivelul cordului, plămînilor, splinei, tractului gastrointestinal și al testiculelor. Modificările arterelor renale variază între necroza fibrinoidă și scleroza obliterantă, cu leziuni grave parenchimotoase secundare. Față de acestea, leziunile găsite în arterele femorale, pancreatice și lienale au prezentat alt aspect: în aceste vase lumenul a fost considerabil îngustat și pe alocuri aproape obliterat de un țesut conjunctiv lax, bogat în fibroblaști, histiocite și capilare neoformate. Endoteliul s-a descuiat în unele părți, făcînd loc fenomenelor de tromboză.

Apartenența morfologică a unor cazuri, care pe plan clinic întrunesc atît particularitățile t.o. cît și ale p.n. este greu de stabilit. Astfel apariția sindromului de

ischemie periferică contribuie la stabilirea diagnosticului de vascularită generalizată, care coafectează teritoriile vasculare viscerele și periferice. În lipsa unor date anatomopatologice concludente cu greu ne-am putea pronunța asupra naturii acestei vascularite în sensul unei p.n. cu leziuni vasculare periferice sau t.o. cu localizare viscerală multiplă.

Pe baza experiențelor noastre concludem că t.o. visceralizată poate îmbrăca din punct de vedere clinic aspectul p.n. și invers. p.n. poate evolua un timp oarecare prezentînd aspectul t.o. Din cauza aceasta diferențierea acestor două maladii este uneori foarte dificilă, sau chiar imposibilă, dacă nu se efectuează un examen histopatologic minuțios. Examenul histopatologic decide diagnosticul diferențial în majoritatea cazurilor, întrucît p.n. și t.o. se manifestă prin leziuni histopatologice bine definite. Totuși există cazuri, cînd examenul histopatologic nu decide cu siguranță diagnosticul diferențial între p.n. și t.o. Este vorba de localizarea leziunilor periarterite la nivelul vaselor cu un calibru mai mare unde predomină în special alterările proliferativ-obliterante ale intimei. Astfel, aspectul caracteristic al p.n. se îmbină cu leziunile endarteritice.

Din punct de vedere clinic atît t.o. cît și p.n. au un cadru nosologic bine definit. Trombangeitei obliterante i se asociază uneori leziuni vasculare, dar acestea au de obicei un caracter trecător și rămîn pe al doilea plan, față de sindromul ischemiei periferice, care domină simptomatologia bolii. Față de aceste cazuri, t.o. cu localizare multiplă viscerală și evoluție malignă reprezintă o entitate nouă, un salt calitativ în evoluția formelor clinice. Localizarea pluriviscerală, aspectul grav al tabloului clinic, precum și probele de laborator scot în evidență caracterul generalizat, de sistem al îmbolnăvirii, sindromul ischemiei periferice trecînd drept o trăsătură minoră a unui cortegiu simptomatic bogat. Aceste forme ale t.o. se pot deosebi numai nu multă greutate de p.n., cu atît mai mult, cu cît și în decursul p.n. se observă sindromul ischemiei periferice. Se pare, că t.o. cu localizare pluriviscerală este o continuare a tabloului clinic clasic obișnuit, dar ea reprezintă o entitate clinică, ce se confundă cu p.n. Etiopatogenia acestor maladii nu este bine cunoscută, iar trecerea lor în rîndul bolilor de collagen nu înseamnă o elucidare a problemei. Se știe însă că în patogenia lor un rol preponderent are starea alergic-hiperergică a organismului. De o parte a lanțului patogen se află t.o., iar separat de ea p.n., ca entitate clinică și morfolopatologică bine definită. Totuși, date fiind trăsăturile comune ele se confundă uneori, iar entitatea clinică de trecere este reprezentată de t.o. cu localizare pluriviscerală și evoluție malignă. Din punct de vedere clinic aceste cazuri reprezintă manifestările unor vascularitate progresive, de sistem. În ce privește natura lor intimă nici examenul histopatologic nu poate rezolva uneori dificultățile ridicate de aspectele tabloului clinic.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.

Bibliografie

1. BETLERI I.: Orvosi Hetilap (1958), 99, 98; 2. BUGAR—MESZAROS K. și colab.: Orvosi Hetilap (1958), 99, 1627; 3. DIMITRIU C. GH.: Bolile collagenului. E. M. București (1957); 4. GOIA I., BUCUR N.: Clujul Medical (1957), 2, 33; 5. GOIA I. și colab.: Klinicskaia Med. (1958), 10, 68; 6. GOIA și colab.: Medicina Internă (1958), 5, 673; 7. GUICHARD A., FAYOLLE I.: Revue Lyon. Med (1958), 7, 355; 8. HORVATH E., MONOKI ȘT.: Medicina Internă (1958), 5, 753; 9. ILIESCU C. C.: Sindromul de ischemie periferică E. M. București (1956); 10. IVANOVA M. G., SULG I. D.: Terapevticeski Arhiv (1956), 10, 46; 11. JULITZ E.: Zschr. inn. Med. (1953), 8, 345; 12. KORB G.: Zschr. inn. Med. (1957), 12, 605; 13. LEHOCZKY T.: Orvosi Hetilap (1953), 99, 1553; 14. LOUBET—DAGORNE M. A.: Contributions à l'étude de la periarterite noueuse. These. Paris (1956); 15. PETRENYI GY.: Orvosi Hetilap (1958), 99, 329; 16. RÁCZ I.: A collagenosok börjelenségei (Pászinszki I., Ráczi I.: Belbetegségek börítinetei). Medicina, Budapest (1959); 17. RATSCHOW M.: Die peripheren Durchblutungsstörungen. Theodor Steinkopf. Dresden-Leipzig, (1933); 18. TAREEV E. M.: Analele Rom. Sov. Med. Gen. (1959), 1, 19; 19. VULFOVICI S. I.: Analele Rom. Sov. Med. Gen. (1954), 379;