

UNELE PROBLEME PRIVIND DIAGNOSTICUL HELMINTIAZELOR

I. *Keresztély*, B. *Fazakas*, A. *Keresztesi Koszta*, F. *Kocsis*, Gy. *Kozma*

Importanța patologică a helmintiazelor intestinale nu este nici astăzi o problemă suficient de elucidată și datorită acestui fapt nu i se acordă atenția cuvenită din partea medicilor practicieni. În lucrarea de față dorim să prezentăm consecințele acestei atitudini nejudicioase.

Se știe că helmintiazele intestinale pot să apară deseori cu simptome care imită tabloul clinic al gastroenteritelor, al febrei tifoide, al dizenteriei, al hepatitei, al colecistitei, al apendicitei, al maladii ulcerose, al colitelor, al ocluziilor intestinale și al altor îmbolnăviri.

Jelic susține ca în teniază tulburările gastro-intestinale și distonia pot să orienteze atenția medicului în altă direcție. *Jung* accentuează importanța efectuării precoce a examenului parazitologic mai ales în cazurile de afecțiuni gastro-intestinale neelucidate. *Gözner* și *Papai* au relatat 6 cazuri în care paraziții, pătrunzând prin căile biliare extra-hepatice în căile biliare intrahepatice au cauzat leziuni grave în ficat. *Schuller* și *Fazakas* au descris un caz mortal de absces hepatic cauzat de ascaris; *Alexandriu* apoi *Negrescu* ca și *Titu Vasiliu* amintesc cazuri de pseudocrup și asfixii provocate de paraziți intestinali. *Hartwig* atrage atenția asupra posibilității instalării unui icter mecanic cauzat de ascaris. *Shin-Kai*, folosind metode radiologice, a pus în evidență ascariți care au jucat un anumit rol în provocarea suferințelor vezicii biliare. *Vingioni* atrage atenția asupra faptului că ascariidul și anchilostomul pot să provoace manifestări pulmonare pseudotuberculoase. Pe de altă parte, *Rosian* și colab. susțin că dischinezile căilor biliare pot fi adesea de origine parazitara. Dintre cazurile de lambliază relateate de *Dubarry* multe au fost tratate în vederea elucidării diagnosticului pentru diaree, enterocolită, tulburări hepato-biliare, ulcer duodenal. *Businco* menționează cazuri de tulburări gastro-intestinale alergice cauzate de paraziți intestinali, insistând îndeosebi asupra apendicitei alergice. *Savlik*, *Kozlova*, ca și *Suvorov* amintesc proprietatea parazitului *Giardia lamblia* de a provoca un tablou clinic dizenteriform, iar *Bicov*, *Parescaia*, *Guiart* și alții relatează aceeași proprietate a *Trichinurei trichura*. În majoritatea celor 15 cazuri de strongiloidoză, relateate de *Karimova* și colab. s-au găsit hepatocolecistite, colangite, dizenterii și ulcere decelabile clinic. Din cele 21 de cazuri de strongiloidiază descrise de *Keresztély*, *Fazakas* și colab., în 16 s-au găsit simptome de hepatită, colecistită, pneumonie, tuse convulsivă, dizenterie, febră tifoidă, iar într-un caz semne care au pledat pentru prezența unei grave afecțiuni nervoase. Toate cele patru cazuri de fascioloză umană descrise de *Faugenbaum* și *Vacarezza* au prezentat la internare simptome caracteristice altor îmbolnăviri. De asemenea, în cele trei cazuri de

fascioloză relatate de *Fazakas* și colab. ca și în cele două descrise de *Keresély* și colab. suspiciunea de helmintiază s-a ivit numai târziu, stabilindu-se în prealabil alte diagnostice eronate. *Milosev* și alții accentuează rolul nociv dăunător pe care-l exercită paraziții intestinali asupra sistemului nervos, provocând deseori tablouri clinice grave.

Din cele de mai sus rezultă în mod clar că paraziții intestinali afectează întreg organismul, putând fi factorii declanșatori ai unor simptome clinice de o mare diversitate. Evident că medicii găsindu-se în fața unor tablouri clinice atât de polimorfe nu se pot orienta decât cu multă greutate, iar aprecierea și localizarea procesului patologic nu duc întotdeauna la rezultatul așteptat, ci deseori la numeroase erori de diagnostic. Această situație regretabilă se constată mai ales atunci când la stabilirea diagnosticului medicul se bazează pe procedee de rutină, nefolosind toate posibilitățile de diagnostic existente și evitând elucidarea etiologică a afecțiunii.

Unul din factorii importanți ai erorilor de diagnostic este subaprecierea importanței patologice a helmintiazelor. Trebuie să notăm că în cursul interpretării simptomelor clinice care denotă prezența unor modificări ale canalului digestiv, ale căilor respiratoare, ale sistemului nervos și ale altor organe sau sisteme de organe, medicii practicieni se gîndesc la prezența helmintiazelor numai atunci cînd semnele sînt foarte accentuate și concludente. Astfel, deseori se stabilește un diagnostic greșit, instituindu-se un tratament în consecință și de cele mai multe ori bolnavii sînt pierduți din vedere. Deseori ei se plimbă de la un cabinet la altul, de la un medic la altul luni și chiar ani de-a rîndul și în ciuda numeroaselor rețete ce li se prescriu, acuzele nu cedează, ba dimpotrivă starea lor se înrăutățește, pînă cînd, în cele din urmă, se electuează oarecum incidental și examenul parazitologic. Problema aceasta, pe lîngă latura ei de tragedie personală mai are și un alt aspect de natură socială, întrucît indivizii bolnavi eliminînd mui de ouă, larve, proglote și helminți infestază mediul ambiant.

Pentru a ilustra această situație vom prezenta concluziile noastre, în lumina studierii materialului clinic al Secției de helmintologie care a fost înființată doar în anul 1961 în cadrul Spitalului de boli contagioase. În această perioadă scurtă au fost internați și tratați 327 de bolnavi, prezentînd diferite helmintiaze. Trebuie să menționăm că numărul bolnavilor spitalizați constituie doar o mică parte din marea masă a persoanelor care nu au necesitat tratament antihelmintic în acest interval de timp. Noi am internat numai bolnavii cu forme mai grave sau cu infestații multiple, pe cei trimiși cu indicații sociale, sau cu helmintiaze rar întîlnite.

Bolnavii tratați de noi pot fi împărțiți după cum urmează:

Grupa I-a. Parazitoze ce se întîlnesc mai frecvent.

— Trichiuriază	86 de cazuri
— Ascariidoză	31 " "
— Oxiuriază	32 " "
— Infecții mixte (ascariidoze, oxiuriază, trichiuriază)	62 " "
In total:	211 cazuri

Grupa II. Parazitoze ce se întîlnesc mai rar.

— Teniază	59 de cazuri
— Lambliază	30 de cazuri din care
(Difilobotrium)	1 caz)
— Strongiloidiază	21 de cazuri din care
(Trichostrongilus)	1 caz)
— Fascioloză	5 cazuri (observate începînd din 1957)
— Dizenterie amibiană	1 caz
In total:	116 cazuri

Grupa I. Cei mai mulți dintre bolnavii tratați de trichiuriază (86) au fost copii. Din datele anamnestice a rezultat că în marea lor majoritate copiii au avut simptome de boală cu câteva săptămâni, luni sau chiar câțiva ani, înainte de a fi internați. Fără îndoială că cele mai frecvente simptome în această grupă au fost simptomele de enterită, dar nu au fost rare nici formele clinice derivând din îmbolnăvirea altor porțiuni ale tubului digestiv, anemia, sau uneori simptomele neurologice. Din totalul de 86 de cazuri, în 54 au fost stabilite, înainte de internare, diferite diagnostice, de cele mai multe ori enterită, enterocolită, apendicită, gastroenterită, colită cronică, suspiciune de dizenterie și febră tifoidă, ulcer, hepatită, alergii, neurastenie etc. 3 bolnavi au fost supuși intervenției chirurgicale, dată fiind suspiciunea de apendicită sau de abdomen acut.

O situație asemănătoare se întâlnește și la cei 31 de bolnavi de ascaridioză, la cei 32 de bolnavi de oxuriază și în sfârșit la cei 62 de bolnavi cu infecții mixte.

La 122 de bolnavi din această grupă (deci în 57,8% a cazurilor) diagnosticul corect a fost stabilit numai după câteva săptămâni, luni sau chiar ani.

Grupa a II-a prezintă o situație și mai puțin favorabilă. Dintre cei 59 de bolnavi de teniază, cel puțin 37 au fost tratați anterior, timp de luni sau ani de zile, pentru cele mai diverse afecțiuni gastro-intestinale sau de altă natură, (alergice, neurologice etc.), până când în sfârșit s-a putut pune diagnosticul corect. De asemenea, 23 din cei 30 de bolnavi de lambliază și 16 din cei 21 de bolnavi de strongiloză, au cucerat diferite spitale, timp îndelungat, până la stabilirea diagnosticului corect.

În grupa a II-a, la 82 de bolnavi (70,6%) s-a stabilit în prealabil un diagnostic eronat, astfel încât aproape 3/4 din totalul bolnavilor nu au putut beneficia decât cu întârziere de eficacitatea tratamentului etiologic.

Totalizând datele referitoare la cele două grupe reiese că din 327 de bolnavi, la 204 (62,3%) s-a stabilit anterior un diagnostic greșit, aceste persoane fiind deci victimele fie a unei neatenții, fie a unei eventuale lipse de pregătire a medicului.

Pentru ilustrarea constatărilor de mai sus, prezentăm în cele ce urmează câteva cazuri caracteristice.

Obs. 1. N. Cs. băiat în vîrstă de 12 ani are primele suferințe cu mai mult de doi ani în urmă: cefalee chinuitoare și dureri abdominale difuze, spastice. Părinții și profesorii observă cu consternare că elevul care învăța până atunci bine și era disciplinat a devenit neatent și irascibil. I s-au făcut mai multe examene medicale, fiind internat de 3 ori în spital unde a stat câteva luni, stabilindu-i-se diagnosticul de neurastenie, gastroenterită, nefrită și anemie, și aplicându-i-se un tratament în consecință. Între timp i se efectuează o apendectomie. În starea generală a bolnavului nu intervine nici o ameliorare apreciabilă. Din cauza observațiilor, muștrărilor primite la școală și acasă, precum și ca urmare a faptului că a fost timp îndelungat în spital, băiatul a devenit timid, pierzînduși încrederea în el însuși. Suferințele abdominale au fost atât de accentuate, încît la recomandarea medicului pediatru se execută un examen radiologic al tubului digestiv, în cursul căruia s-a decelat o formație prezentînd aspectul unei mari cantități de ascarizi, și datorită acestui fapt bolnavul e internat în clinică.

La internare, examenul obiectiv relevă o ușoară anemie și o sensibilitate abdominală difuză. Examenul neurologic nu pune în evidență nimic patologic. Rezultatele examenelor de laborator: numărul hematiilor: 4.370.000; numărul leucocitelor: 5.600; hemoglobina: 55%. În scaun ouă de *Ascaris lumbricoides*. Celelalte examene au fost negative. S-a instituit un tratament cu hexilrezorcină, în urma căruia bolnavul elimină peste 100 de ascarizi. După 3 săptămâni tratamentul se repetă, constatîndu-se iarăși o eliminare masivă de ascarizi. De atunci copilul este asimptomatic, are poftă de mîncare, s-a îngrășat, iar starea lui nervoasă s-a normalizat. Ahtudinea lui este ireproșabilă, la învățătură este bun.

Obs. 2. P. M. femeie în vîrstă de 34 de ani, prezintă primele suferințe cu 2 ani înainte de a fi internată în secția noastră: grețuri, vomisme, cefalee și dureri epigastrice accentuate. De atunci a fost tratată pentru ulcer duodenal, colecistită, hepatită

TABEL

cuprinzînd cele mai frecvente cazuri de diagnostic eronat

Alecțiunea parazită	Numărul bolnavilor	Numărul diag. eronate	Diagnosticul eronat	Proporția bolnavilor cu suferințe mai vechi de 6 luni
I. Parazitoze mai frecvente	211	122 (57,8%)		
1. Trichiuriaze	57	54	Gastrită, enterită, enterocolită 25 Gastrită cronică sau ulcer 10 Colecistopatie, hepatită 6 Apendicită sau tiflită 5 — apendectomie 4 Dizenterie, toxiinf. alim. 1 Abdomen acut (operat) 3 Alergie, anemie 3	41
2. Ascaridiază	31	18	Gastro-entero-colită 8 Cholecisto- sau hepatopatie 3 Dizenterie susp. 2 Febră tifoidă susp. 2 Ocluzie intestinală, operație 3	8
3. Enterobiază	32	15	Gastrită sau ulcer gastric 7 Hepatită 2 Anemie, astenie 2 Neurastenie, urticarie 4	10 (66,6%)
4. Infecții mixte	62	35	Gastrită, enterocolită 14 Hepatita, colecistită 7 Dizenterie susp. 3 Febră tifoidă sau toxiinf. alimentare suspecte 4 Apendicită, ocluzie 2 — 2 operații 2 Anemie, neurastenie, urticarie 4	18
II. Parazitoze mai puțin frecvente	116	82 (70,6%)		
1. Teniaze	59	37	Gastrită, enterocolită 16 Ulcer 6 Colecisto- sau hepatopatii 5 Apendicită, ocluzie 3 Anemie, astenie, neurastenie 4 Alergie cu urticarie 3	27
2. Strongiloidiază	21	16	Pneumonie 2 Tuse convulsivă 3 Hepatită și colecistită 6 Febră tifoidă 2 Dizenterie 2 Meningită 1 Absces mezenteral cu operație 1	9
3. Gardiază	30	23	Gastrită, hep. susp., febră tifoidă, colecistită 23	
4. Fascioloze	5	5	Leucemie, ileus, apendicită 5	11
5. Amobiază	1	1	Dizenterie, febră tifoidă 1	3 (60,9%)

cronică și neurastenie. Starea ei nu s-a ameliorat, suferințele abdominale și nervoase nu au cedat, bolnava a slăbit mult. Înainte cu câteva zile de internare a eliminat o masă de proglote în lungime de 2 metri. La internare se constată că femeia este mediocru dezvoltată, slabă; în abdomenul bine palpabil, sensibilitate difuză la apăsare, fiind mai pronunțată îndeosebi în regiunea epigastrului și a colecistului. Marginea inferioară a ficatului se palpează. Pe baza rezultatelor examenelor de laborator și în urma faptului că după administrarea de atlebrină bolnava a eliminat o mare cantitate de proglote care au fost examinate s-a stabilit diagnosticul de infecție *Diphylobotrium latum*. După tratament bolnava părăsește clinica în stare ameliorată.

*Obs. 3. P. S. Femeie în vîrstă de 29 de ani are suferințe în urmă cu 3 ani: inapetență, amețeli, dureri de cap, insomnii, dureri abdominale. Se adresează în repetate rînduri medicilor care stabilesc diagnosticul de colecistită, ulcer, neurastenie, tratînd-o în consecință. Cu o jumătate de an în urmă, durerile abdominale s-au accentuat devenind spastice, și a apărut un prurit rectal. În ultimele luni bolnava a avut scaune mai moi de mai multe ori de zi în prezența unor spasme abdominale frecvente. A fost tratată pentru enterocolită. Examenul parazitologic a pus în evidență în scaun ouă de *Trichiuris trichiura* și bolnava s-a internat în serviciul nostru.*

La internare abdomenul e moale, difuz, sensibil la apăsare, ficatul palpabil. În tabloul sanguin: eozinofilia 14%. În prezența unor spasme abdominale, bolnava are mai multe scaune pe zi. Celelalte examene sînt negative. Sub efectul tratamentului cu timol, bolnava devine asimptomatică și părăsește clinica ameliorată. La examenul de control se constată că e asimptomatică.

Sînt numeroase cazurile cînd se constată că bolnavii au avut timp de 5 sau chiar 10 ani suferințe, care nu au putut fi combătute. Este interesant de amintit că, mai ales în cazul lambliazelor și strongiloidiazelor, la marea majoritate a bolnavilor noștri diagnosticul a fost stabilit incidental, în cursul analizelor făcute din cauza unor alte îmbolnăviri contagioase. Toți cei 5 bolnavi suferind de fascioloză și singurul bolnav de dizenterie amebiană au fost internați cu alt diagnostic. În tabelul anexat dăm cele mai frecvente cazuri de diagnostic eronat.

În numeroase cazuri medicul curant, chiar cu o îndelungată experiență, puînd în evidență prezența unei eozinofilii accentuate nu se gîndește la posibilitatea unor boli parazitare, ci internează bolnavul cu un diagnostic prezumptiv, ca de exp. leucemie eozinofilă. Experiența curentă a chirurgilor arată, și ea, că în destul de multe cazuri, bolnavii ajunși pe masa de operație cu abdomen acut, ocluzie, invaginare, perforație, apendicită acută etc. au în tractul intestinal o mare cantitate de paraziți, așa cum rezultă și din unele cazuri ale noastre.

Concluzii

— Înainte de toate trebuie să știm că paraziții pot avea o influență nocivă asupra sănătății organismului. Deseori ne găsăm nu în fața unei infecții cu o singură specie de paraziți, ci în fața unei infecții mixte cu mai multe specii de paraziți. De aceea simptomatologia pe care o întîlnim este foarte variată.

— Adesea medicii, invocă argumentul că activitatea din cadrul circumscripțiilor policlinicilor sau chiar al clinicilor fiind prea aglomerată, interogatoriul bolnavilor nu se poate face cu minuțiozitatea cuvenită, din cauza lipsei de timp. Acest argument nu are însă valoare. Trebuie să ne străduim să obținem elemente de orientare cît mai precise în legătură cu anamneza bolnavilor. Prin aceasta vom descoperi simptomele care denotă prezența infecției parazitare sau eliminarea de helminți.

Se procedează just atunci cînd în cazurile de tulburări gastro-intestinale, respiratoare, hepatice, biliare sau în cazuri de inapetență, slăbire, anemie simptome cutanate, dureri de cap, nervozitate, insomnii, scăderea capacității de atenție etc. care nu pot fi combătute prin mijloace obișnuite, se suspectează la copii ca factori

etiologici prezența unor viermi intestinali. Dacă aceste simptome persistă timp mai mult sau mai puțin îndelungat, trebuie să suspectăm același factor etiologic și la persoanele adulte, gândindu-ne mai ales la eventualitatea unor îmbolnăviri cauzate de cestozii, lamblii, strongiloizi, fasciole, entamobe și de alți paraziți. În vederea stabilirii unui diagnostic de certitudine va trebui să se facă în toate cazurile examenul coprologic și al raclatului rectal, iar la nevoie examenul parazitologic al splinei și al secreției duodenale.

Trebuie să se insiste că și în țara noastră se observă relativ destul de des îmbolnăviri parazitare rare sau tropicale (strongiolidiază, fascioloză, amediază). La stabilirea diagnosticului va trebui să ținem seama și de aceste posibilități.

De asemenea e de datoria noastră să atragem stăruitor atenția oamenilor muncii, a căror sănătate ne este încredințată, că helmintiazele sînt boli destul de frecvente și uneori grave.

Înșiși oamenii muncii sînt chemați să dea organelor sanitare ajutorul necesar în vederea prevenirii și lichidării helmintiazelor.

Sosit la redacție: 18 iunie 1962.