

## DIAGNOSTICUL PRECOCE AL HIPERTIROIDISMULUI IN PRACTICA MEDICALA

C. Váradi

În ultimele decenii s-a semnalat aproape în toate ţările o creştere a morbidităţii prin hipertiroidism (ht). Diagnosticul eronat de ht este însă şi mai frecvent. De ex. din miile de persoane trimise pentru cură la Borsec, în ultimii zece ani. cu acest diagnostic, peste 50% nu au suferit în realitate de ht. (observaţie relatată de M. Zinner şi colab. la Consfătuirea regională a medicilor balneologi, ținută în martie 1963). Acest fenomen nu este însă caracteristic numai pentru Borsec. P. Klotz şi A. Vignalou de ex. afirmă că nu mai puţin de 75% din toate diagnosticurile de ht. sînt eronate. Or, o astfel de eroare este departe de a fi pur teoretică: un diagnostic greşit este urmat de tratamente inutile, ba chiar dăunătoare cu tireostatice, cu iod radioactiv şi uneori chiar de tiroidectomii.

În schimb trebuie să semnalăm faptul că diagnosticul autentic de ht. se pune tardiv într-o proporţie considerabilă a cazurilor, şi drept consecinţă tratamentul va fi mai lung, mai greu, riscul complicaţiilor viscerale, în parte ireversibile, fiind iminent. Ne referim la datele statistice a doi autori, D. Pană şi A. Boca, privind precocitatea diagnosticului de ht. în mediu urban şi rural: este vorba de oraşul Sibiu şi de raionul Sibiu.

Diagnosticul	Intervalul dintre apariţia primelor simptome şi stabilirea diagnosticului	În mediu urban	În mediu rural
Foarte precoce	0— 1 lună	7%	0%
Precoce	1— 3 luni	22%	12%
Potrivit	3— 6 luni	28%	14%
Tardiv	6—12 luni	22%	17%
Foarte tardiv	1— 2 ani	14%	26%
Întirziat	2— 5 luni	7%	31%

Deci proporţia diagnosticurilor tardive a fost de 43% în mediu urban şi de 75% în cel rural — proporţii foarte ridicate faţă de posibilităţile ce le avem de a stabili un diagnostic precoce.

În unele cazuri diagnosticul de ht. se poate pune la prima inspecţie, luînd în considerare aspectul şi comportarea foarte caracteristică ale bolnavilor. În alte cazuri, dimpotrivă, diagnosticul întîmpină mari dificultăţi, fiind greu de stabilit mai ales în stadiul neurogen, incipient al bolii, cînd simptomele sînt încă abia schiţate şi prezintă mari analogii cu alte afecţiuni, mai ales cu cele de nevroză astenică. În ambele cazuri ne găsim în faţa unor stări de nevroză, cu deosebirea că în prima eventualitate afecţiunea va evolua spre hiperfuncţie tiroidiană. Greutatea pe care o prezintă diagnosticul diferenţial devine şi mai evidentă, dacă ne gîndim la faza iniţială, hiperstenică a nevrozei astenice, caracterizată printr-o răsturnare a echilibrului funcţiilor de excitare şi fri-

nare în favoarea celor dintii, fapt care dă acestei stări o asemănare și mai mare cu ht.

În ciuda tuturor dificultăților existente, diferențierea precoce este totuși posibilă, dar pentru aceasta nu ajunge un simptom unic, sau un grup restrâns de semne, cum ar fi triada din Merseburg, ci avem nevoie de un mănunchi bogat de simptome. În cele ce urmează ne vom ocupa cu această problemă.

*Simptomele oculare*, printre care *exoftalmia* edematoasă, sînt foarte valoroase, dar lipsa lor este destul de frecventă în ht. autentic. Așa de pildă lipsește în gusa basedovificată, forma cea mai frecventă a ht. în țara noastră.

*Tahicardia* este un semn foarte valoros. O alură cardiacă de peste 90/min este un simptom obligator în ht. Tahicardia nu lipsește decît în prezența unui factor bradicardizant supraadăugat, ca hipervagotonia atleților antrenați, compresiile intracraniene, etc. Dacă absența tahicardiei ne ajută la excluderea ipotezei unui ht., prezența ei evident nu-l confirmă cu certitudine: trebuie să ne convingem, dacă nu este cauzată de o stare febrilă, de o cardiopatie, de oboseală, de neliniște. Nu trebuie luat în considerare decît pulsul numărat la bolnav în poziție culcată, la cîteva minute după începerea examinării, cînd bolnavul s-a obișnuit cu mediul. În aceste condiții o frecvență a pulsului sub 80/min. face ipoteza unui ht. foarte puțin probabilă. Suferindul de ht. autentic reacționează: le cel mai mic efort fizic cu o creștere neproporționat de mare a alurei: dacă îl punem să se ridice de 3—10 ori din poziția culcată, pulsul va crește cu peste 20 și ritmul rămîne accelerat peste 30“.

Alt semn al ht. este *tahipneea*. Respirația trebuie numărată în poziție orizontală, în stare calmă și fără ca bolnavul să știe că îi observăm mișcările respiratorii (în timp ce ținem degetele pe puls, numărăm mișcările toracelui sau ale abdomenului), pentru că altfel automatismul respirator va fi înlocuit cu mișcări respiratorii influențate de voință și avînd alt ritm. Tahipneea poate lipsi în caz de hipervagotonie (rară în ht.). Produsul pulsului cu numărul respirațiilor depășește 1500 în ht. autentic (nu trebuie să luăm în considerare valorile obținute la bolnavii febrili, cardiaci, pulmonari, sau pur și simplu obosiți sau agitați).

Pentru a ne orienta cit mai rapid la patul bolnavului putem calcula metabolismul bazal pe baza datelor și ale tensiunii arteriale. S-au propus mai multe formule în acest scop. Cea mai cunoscută este aceea a lui M. Read, deși formula lui Habs de exemplu este mai simplă și permite efectuarea calculelor în gînd. Conform acestei formule  $M.B. = \frac{2}{3}3P + \frac{2}{3}A - 73$  (A = diferența între T. A. mx. și mn.). De ex. la un plus de 100 min. și T. A. de 140/70 mmHg corespunde un M. B. =  $\frac{2}{3} 100 + \frac{2}{3} 70 - 73 = 66 + 47 - 73 = +40\%$ .

Este bine cunoscută *emotivitatea crescută* a bolnavilor de ht. Acest semn este prezent în stadiul neurogen. Bolnavul se plînge pentru cauze neînsemnate, are palpitații la emoții minime.

*Semnele cutanate* sînt foarte valoroase nu numai pentru caracterul lor specific, ci mai ales pentru că ele sînt constant prezente la toți bolnavii, ceea ce l-a determinat pe Maranon să spună: „Pentru stabilirea diagnosticului ajunge să dăm mina cu bolnavul. Dacă are tegumente aspre, uscate, reci: hipotiroidism. Dacă are tegumente calde, moi, umede: hipertiroidism. Piele umedă, dar rece, și o stringere de mină slabă: hipogo-

nadism. Este de remarcat că tegumentele bolnavilor de ht. își păstrează catifelarea și la o vîrstă înaintată. În nevroze nu găsim pielea caracteristică hipertiroidismului, dar foarte frecvent mîna este rece și umedă ca în hipogonadism.

Medicul preferă desigur să se orienteze nu după semnele subiective relatate de bolnav, ci după simptomele obiective constatate de el. Totuși, unele simptome subiective pot fi foarte caracteristice, ba chiar patognomonice. Un asemenea simptom, prezent în toate stadiile bolii, inclusiv cel neurogen, este aversiunea bolnavului față de căldură: termofobia. Nu toți medicii acordă acestui semn importanța cuvenită. La întrebarea noastră, bolnavul răspunde hotărît, fără șovăire, că preferă răcoarea, că nu-i convine căldura, că suportă greu căldurile caniculare, că preferă o baie caldă, etc. Cînd vedem un bolnav căutînd colțul mai bine încălzit al salonului, putem fi siguri că nu are ht. Acest semn subiectiv este, de altfel, manifestarea unui proces obiectiv: al arderilor mai intense din organism.

**Slăbirea** este un simptom frecvent, dar nu obligator în ht. Potrivit datelor din literatura ea este prezentă în 85% a cazurilor. Slăbirea cu apetitul păstrat confirmă în mare măsură ipoteza unui ht., mai ales dacă am exclus un diabet zaharat. Valoarea simptomului este cu atît mai mare, cu cit el poate fi prezent încă din stadiul neurogen.

Un simptom tot subiectiv, dar nu mai puțin valoros este constituit de starea de **astenie** a bolnavului. Toți suferinzii de ht. se plîng de slăbiciune musculară.

Alte simptome relativ rare, dar cu totul patognomonice, sînt **freamătul palpabil** deasupra glandei tiroide și **sufitul sistolic** la același nivel. Ele sînt consecința vascularizării extrem de abundente a tiroidei în formele grave de ht.

Nu dorim să ne ocupăm de valoarea unor simptome bine cunoscute, ca exoftalmia, semnul lui Graefe și celelalte semne oculare, tremurătura (care e un semn obligator) etc. Preferăm să atragem atenția asupra importanței unor simptome „negative“, adică asupra unor semne, a căror prezență face puțin probabilă existența unei ht., sau chiar o exclude. Astfel cefaleea, amețeala, sînt rare în ht. și foarte frecvente în nevroza astenică. Fobiile și obsesiile exclud aproape cu certitudine ht. O bolnavă cu dg. de trimitere de ht. a spus la interogatoriu că se teme de cuțite și cum intră în casă, le ascunde. Pe baza tuturor simptomelor am putut exclude ht.: a fost un caz de nevroză la un purtător de gușă simplă. Ht. se însoțește de un psihosindrom specific: bolnavul nu fuge din fața greutăților vieții, are conștiința clară a responsabilității sale și a obligațiilor familiale și profesionale, dar nu este capabil să le facă față din cauza asteniei sale fizice și psihice. El nu se ascunde sub scutul bolii, ca neuroticul. Relatarea amănunțită a simptomelor este o caracteristică a neuroticului, dimpotriva bolnavul de ht. este sgîrcit la vorbă cînd trebuie să dea amănunte despre boala sa.

În cele de mai sus am căutat să arătăm că diagnosticul de ht. este posibil încă în stadiile inițiale ale bolii exclusiv pe baza semnelor clinice. Deși nu vom discuta metodele instrumentale, semnalăm totuși unele surse de eroare ale lor. Se cunoaște lipsa de siguranță a măsurării metabolismului bazal, din cauza atît a aparatului, cît și a bolnavului. Sistemul închis al aparatului poate avea un defect de etanșeitate, substanțele chimice pot fi epuizate, iar pe de altă parte rezultatele obținute la un

bolnav febril, obosit, agitat, sau avind senzația de frig, ne înduc în eroare, fără sa mai vorbim de cele obținute la hipertiroidicii cardiaci sau pulmonari în același timp. Rezultatele măsurării metabolismului bazal trebuie apreciate așadar, luând în considerare condițiile în care a fost executată analiza și cu discernămint critic. Pentru ilustrarea celor spuse relatăm un caz neobișnuit. Metabolismul bazal măsurat la un bolnav suspect de un ht. ușor a fost surprinzător de ridicat: repetind măsurarea după controlul aparatului, s-a obținut din nou o valoare peste +100%. Pînă la urmă s-a găsit explicația fenomenului: bolnavul, în urma unei otite medii supurate vechi, a rămas cu un timpan perforat; aparatul, deși era etanș, prin urechea medie a bolnavului scăpa o anumită cantitate din oxigenul inspirat.

Nu e scutită de surse de eroare nici foarte valoroasa și rapida metodă a radioiodocaptării tiroidene. Tiroida persoanelor provenite din zone endemice poate prezenta o aviditate de iod crescută, deși funcția tiroidiană este normală. Dimpotrivă, captarea va fi normală sau chiar foarte joasă chiar în caz de ht. incontestabil, dacă organismul bolnavului s-a „săturat“ de iod administrat pe orice cale. Dar nu numai sol. Plummer sau diiodotirosina administrate terapeutic falsifică rezultatul, ei și o colecistografie, o urografie, o badijonare cu tinctură de iod a tegumentelor sau a porțiunii vaginale, efectuate în săptămînile ce preced determinarea radioiodocaptării. Chiar și în nevroze se poate constata o captare superioară celei normale. În cazuri dubioase ne stau la dispoziție unele metode adjuvante, ca de ex. proba cu triiodotironină. Dacă obținem o radioiodocaptare prea ridicată față de tabloul clinic, repetăm examinarea după ce administrăm 5—8 zile 3X20 micrograme de triiodotironină. Dacă sistemul central de control al arderilor funcționează, al doilea rezultat va fi real, pentru că hormonul administrat produce un efect (homeostatic) de frinare a secreției de hormon tireotrop. În ht. adevărat efect frenator lipsește și tocmai această lipsă constituie substratul intim al bolii.

O metadă foarte valoroasă, care însă necesită din păcate prea mult timp este determinarea iodului legat de proteine (PBJ) în ser. Această fracțiune este aproape identică cu iodul hormonal, constituind deci un indicator foarte fidel al stării funcționale a tiroidei. În locul unei cantități de 4—8 micrograme vom găsi în ht. valori crescute de 10—30 micrograme.

În acest articol nu analizăm valoarea diferitelor metode de laborator. În general, acestea nu depășesc valoarea semnelor clinice, dar ne permit, în cazuri dubioase, să punem un dg. corect, bazîndu-ne pe un număr mai mare de date obiective. Dacă radioiodocaptarea ne permite un dg. corect într-o proporție de aprox. 90% și determinarea PBJ ne dă o proporție asemănătoare de date concordante cu starea clinică, confruntarea ambelor metode ne oferă posibilitatea de a stabili un dg. corect aproape în 100% a cazurilor. Un diagnostic de certitudine se poate însă obține și dacă luăm în considerare mai multe semne clinice de ex. prezența simultană a tahicardiei, a termofobiei, a slăbirii în ciuda apetitului păstrat, a tegumentelor calde, moi și umede. Observarea atentă și critică a bolnavului este și rămîne și în această problemă de diagnostic diferențial o metodă mereu actuală.

*Sosit la redacție: 11 iulie 1963.*