

CRITERII DE DIAGNOSTIC IN HEPATITA CRONICĂ

I. Ilinescu, L. Bocănete

Problema criteriilor de diagnostic în patologia generală constituie o noțiune importantă de logică medicală, care atrage atenția clinicienilor deoarece prin definiție, cadrul nosologic al unei entități morbide este strâns legat de stabilirea unor criterii, cât mai precis posibil. Se știe că o entitate morbidă creată pe baza unui singur criteriu diagnostic este sortită revizuirii; ca exemplu este suficient să amintim boala Banti — entitate cu un „presupus” substrat anatomic, considerată azi de majoritatea autorilor drept ciroză (2).

Referindu-ne la problema criteriilor ce definesc cadrul nosologic al hepatitei cronice (H.C.), aceasta devine spinoasă, deoarece autorii folosesc în conturarea acestei hepatopatii criterii unice, insuficiente și adeseori conservatoriste. Dacă analizăm în mod critic datele prezentate în literatura de specialitate, observăm că părerile autorilor diferă, și că nu se găsește o corespondență în definirea noțiunii de H.C. Pentru exemplificare vom aminti doar diferitele scheme de sistematizare care au la bază un criteriu unic; acest criteriu este cel anatomic pentru *Kalk, Lichtmann, Tareev*, — evolutiv pentru *Markoff, Brener și Okun*, — clinic pentru *Lupu-Runcan, Hermann, Magyar*. Ni se oferă variate individualizări multicolore cu substrat unic, care diferă în funcție de autor, fără ca să se poată stabili criteriile care conduc la stabilirea unui diagnostic de H.C. și deci la precizarea nosologică a acestei boli. Incidența reală a H.C. nu este bine cunoscută. Din punct de vedere statistic, ea este apreciată la diferite procentaje, care variază de la 1% (12) la 30% (25) și chiar 54% (14); variabilitatea acestui procentaj rezultă probabil tot din folosirea unor criterii unice.

Așa se explică faptul că anumiți autori atestă H.C. ca boală, unii o neagă, alții o consideră drept ciroză, iar în unele tratate de patologie generală (6) nici nu este amintită. De asemenea nu este de mirare că în practica de fiecare zi se utilizează și se valorifică prea mult, drept elemente sigure de diagnostic a H.C., o serie de parametri insuficienți, cum ar fi: pozitivitatea unor teste de labilitate coloidală sau hipergamaglobulinemia.

Hepațita cronică, cunoscută mai bine din ultimii 10—15 ani, apare ca o stare intermediară între hepatita epidemică (H.E.) și ciroza hepatică. De H.E. se delimitează cronologic, iar de ciroză se deosebește prin aspectele clinice, morfofuncționale, și mai ales prin posibilitățile evolutive, de vindecare, stabilizare, sau potențial cirogen. H.C. este conside-

rată de majoritatea autorilor ca una dintre cele mai severe sechele ale H.E. (4, 7, 16, 21, 25). Cronicizarea ei depinde de micro- și de macroorganism (4, 5, 20, 23, 25, 29). Voiculescu și colab. (29) menționează că H.C. se întâlnește într-un procent de 66,7% la bolnavii care au suferit de H.E. posttransfuzională (virus B), în timp ce la bolnavii cu H.E. (virus A), cronicizarea apare numai la 28% din cazuri. De macroorganism țin factorii nutriționali, toxiinfecțioși, endocriini, modul de respirație a repausului și a regimului în convalescență. Toate acestea modifică reactivitatea organismului în general, și a parenchimului hepatic în particular.

Pornind de la aceste considerente și pe baza experiențelor clinicii noastre, ne propunem să enumerăm criteriile, pe baza cărora se poate stabili un diagnostic cât mai corect posibil de H.C. Dată fiind diversitatea problemei, simțim de părere că pentru elucidarea ei trebuie să folosim mai multe criterii și anume: *criteriul clinico-etologic, biofuncțional, morfologic și evolutiv.*

Criteriul etiologic este necesar, însă este insuficient și neobligator. El rezultă din anamneza bolnavilor într-un procentaj de 70% (3, 4, 20, 21, 25). În mod deosebit trebuie luate în considerare hepatita de inoculare, post serică și mai ales cea posttransfuzională, fiindcă acestea dau un procent mare de cronicizare (4, 5, 8, 29). Dacă îl apreciem în mod izolat, factorul etiologic este de asemenea insuficient. Nu este obligator, fiindcă adeseori el lipsește din anamneză, bolnavii făcând forme anicterice, subclinice de H.E. într-un procent de 30—50% (16, 17, 26, 27).

Criteriile clinice. Bolnavii se plâng de tulburări dispeptice și asteno-vegetative. Tulburările dispeptice sînt de tip gastric, duodenal, intestinal sau biliar. Au un caracter capricios, polimorf și slab conturat. În unele cazuri se întîlnesc colici biliare ce duc la diagnosticul greșit de litiază biliară. Ca fenomene nervoase se citează oboseala fizică și intelectuală, irascibilitatea și cefaleea migrenoidă. Acuzele de tip nevrotic sînt mai frecvent întîlnite în H.C. decît în ciroză (4). În contrast cu acuzele subiective polimorfe este examenul fizic, de cele mai multe ori sărac. Se relevă un ficat palpabil, de consistență mai crescută, cu o margine ascuțită, dură, sensibilă. Splina dă uneori relații normale, alteori poate fi percutabilă sau palpabilă la rebordul costal. Prezența unei spline palpabile întărește diagnosticul și constituie un factor agravant cînd se asociază și cu fenomene de hipersplenie (3, 4, 21). Icterul se întîlnește ca subiecter conjunctival care se accentuează la efort, sau ca icter manifest, recidivant. Este important să stabilim dacă este vorba de un icter hepatic (teste pozitive de necroză), de un icter colostatic (fosfatază alcalină, colesterol crescut), de un icter enzimatic — hiperbilirubinemie post hepatică (bilirubina indirectă crescută), sau de un icter hemolitic autoimun (aglutinine, distrucție eritrocitară).

Datele oferite de examenul clinic au numai o valoare relativă, sugerîndu-ne posibilitatea unei H.C. Ele trebuie completate și corelate cu parametrii morfo-biofuncționali.

Criterii biofuncționale. În diagnosticul hepatopatiilor se utilizează în general o serie de probe care pun în evidență anumite perturbări funcționale (13) ca:

- insuficiența parenchimului hepatic (teste de disproteinemie, hiposerinemia, indice de protrombină, colesterol esterificat);
- reacția mezenchimului hepatic (hiperglobulinemia absolută);

- colostaza hepatică (bilirubinemia, fosfataza alcalină, test Koller);
- citoliza hepatică (transaminaze, sideremie);
- clearance-ul hepatic (retenția de B.S.P.).

În ce privește sensibilitatea și valoarea lor clinică, probele dileră în funcție de autor și de metodă. Testele de disproteinemie evaluate în procente, dau rezultate pozitive în 70—80% din cazuri (10, 24) și sint fidele numai în 50% (24). În general se admite că o pozitivitate în baterie a testelor de disproteinemie, corelate cu hiposerinemie, hiperгамaglobulinemie, hipoprotrombinemie, scăderea coeslterolului esterificat pot sugera o disfuncție hepatică numai după eliminarea posibilității unei infecții acute sau cionice. Referitor la testul B.S.P. se conchide că o retenție de peste 10% după 45 minute dă în 80% din cazuri (3, 4, 24) indicii valoroase cu privire la rezerva de parenchim funcțional, și aceasta numai în absența unei stări febrile sau a unui ficat de stază. După unii autori, clearance-ul fracțional al B.S.P. este mai fidel decit clearance-ul clasic (24).

Subliniem că probele biofuncționale sint nespecifice și că obținerea unor rezultate negative nu permite confirmarea integrității funcționale a ficatului. *Testele pozitive devin expresive și întăresc bănuiala unui diagnostic de H.C. numai atunci cind sint coroborate cu elementele clinice.* Din cauza lipsei lor de specificitate, rezultatele pozitive, interpretate izolat, nu au valoare.

Criteriul morfologic. Biopuncția hepatică, executată de preferință cu ac Menghini (14) pune în evidență o reacție mezenchimală cu infiltrații limfoplasmocitare, histiocitare și fibroplastice, situate peripertal, peri- și intralobular, cu păstrarea arhitectoniei lobului; acest semn anatomic diferențiază H.C. net de ciroză, unde remanierea fibroasă este mutilantă. Leziunile sint parcelare, fapt care motivează „riscul“ unei puncții albe și reclamă repetarea examenului biptic. *Biopsia reprezintă singurul criteriu de diagnostic cert, necesar și concludent, și totuși neobligator (cazul puncției albe).*

Criteriul evolutiv. Sub raport clinic și biomorfologic, controlul bolnavului în timp face din elementul „timp“ suveranul judecător al bolii, al bolnavului și al medicului.

În concluzie *diagnosticul de H.C. poate fi sugerat de datele clinice și etiologice, întărit de probele funcționale și confirmat numai de biopsie și evoluția în timp.* Considerăm că în cazul cind se execută puncția biptică, diagnosticul trebuie privit și prin prisma diagnosticului diferențial cu sechelele post-hepatitice ca:

- sindromul astenovegetativ, o stare colorată de semnele nevrozei astenice, care are drept notă particulară discordanța între semnele subiective și datele negative ale examenului obiectiv și biofuncțional;

- hiperbilirubinemia post hepatică (icter prin defect enzimatic), manifestată prin icter sau subicter intermitent cu creșteri trecătoare ale bilirubinei indirecte în ser, la care examenul fizic, electroforeza și probele funcționale obișnuite sint normale;

- ciroza post hepatică, sechelă cu substrat histopatologic, care se recunoaște prin căutarea *stelulelor vasculare, și a semnelor de hipertensiune portală (varice esofagiene, hemoragii digestive superioare, splenomegalie importantă circulație colaterală).*

Folosirea unui singur criteriu de diagnostic explică confuzia ce domnește azi în problema H.C., fapt care a dus la introducerea unor termeni „hibridi“ ca de ex. heptocolecistită sau la etichetarea nejustificată a unor bolnavi ca suferinzi de H.C.

Sosit la redacție: 21 ianuarie 1965.

Bibliografie

1. BECKMANN K.: Dtsch. Med. Wschr. (1953), 73, 1315;
2. BROUSSER J.: La Presse médicale (1964), 38, 2223;
3. BRUCKNER I. și colab.: Med. Int. Buc. (1955), 3, 77;
4. BRUCKNER I. și colab.: Med. Int. Buc. (1959), 12, 1783;
5. BRUCKNER I. și colab.: Med. Int. Buc. (1964), 4, 457;
6. CECIL AND LOEB: Textu book of medicine, Ed. Saunders (1956);
7. FODOR O., GAVRILESCU S.: Rev. Șt. Med. (1958), 5, 54;
8. FODOR O. și colab.: Med. Int. Buc. (1958), 3, 351;
9. GAVRILĂ I. Med. Int. Buc. (1962), 1, 33;
10. GAVRILĂ I. și colab.: Med. Int. Buc. (1964), 6, 709;
11. GHERMAN G., PAPILIAN V. V.: Med. Int. Buc. (1962), 3, 305;
12. HAVENS P. I.: J. Amer. Med. Ass. (1957), 165, 1091;
13. HEGGLIN R.: Dg. dif. boli int., Ed. Med. Buc. (1964), 669;
14. JASINOVSKI M. A.: Terap. Arh. (1958), 2, 20;
15. KÖPPICH FR. și colab.: Med. Int. Buc. (1963), 10, 1207;
16. KALK H.: Med. et Hyg. (1961), 52, 778;
17. KALK H.: Klin. Wschr. (1958), 45, 1983;
18. LICHTMANN S. S.: Diseases of the liver, gallblader and bile ducts Philadelphia (1953);
20. LUPU N. GH. și colab. Med. Int. Buc. (1960), 2, 187;
21. MAGYAR I.: Magh. Bel. Arh. (1954), 4, 97;
22. MARKOFF N.: Schweiz. Med. Wschr. (1950), 5, 93;
23. NEEF I. R.: J. Amer. Med. Ass. (1957), 165, 1091;
24. NICOLAESCU T. și colab.: Med. Int. Buc. (1964), 8, 959;
25. RUNCAN V. și colab.: Med. Int. Buc. (1963), 4, 473;
26. SHERLOCK SH.: Dis. of the liver and bil. syst. Ed. Oxford (1955);
27. SHERLOCK SH.: Rev. Int. Hep. (1962), 2, 827;
28. TAREEV V. M.: Ter. Arh. (1962), 6, 21;
29. VOICULESCU M. și colab.: Med. Int. Buc. (1964), 6, 709;