

DATE REFERITOARE LA PROBLEMA DIAGNOSTICULUI ETIOLOGIC ÎN URETRITE NEGONOCOCICE

M. Péter, I. László, Susana Tinkl, B. Fazakas, Iuliana Both

Problema uretritelor negonococice (u. ng.) prezintă, în ultimii ani, o importanță din ce în ce mai mare, datorită creșterii incidenței, dificultăților întimpinate în punerea diagnosticului etiologic, tratamentului îndelungat, recidivelor, consecințelor psihice, precum și a pagubelor economice însemnate, pe care le provoacă. Din varietatea problemelor menționate, ne vom ocupa mai jos, pe scurt, de problema diagnosticului etiologic.

Greutatea stabilirii diagnosticului de laborator se datorește în primul rând faptului că u.ng. au o polietiologie. Există numeroși factori etiologici care pot cauza, singuri sau asociați, u.ng., iar precizarea, dacă microorganismul izolat este sau nu răspunzător de producerea uretritei, este foarte dificilă, uneori chiar imposibilă.

Din literatura de specialitate reiese că în declanșarea u.ng. un rol important îl au bacteriile (11, 15, 16, 17, 23, 25, 26, 32, 34), tricomonasul vaginal (3, 10, 12, 15, 18, 21, 24, 27), micetele, mai ales levirile (1, 6, 7, 22, 31), familia Mycoplasmataceae (8, 9, 13, 17, 19, 21), genul Chlamydia (12, 17, 19, 28, 29, 30), amoebele (4, 33) etc.

În lucrarea de față, vom încerca să redăm observațiile noastre în legătură cu etiologia u.ng., limitându-ne la prezentarea materialului examinat în ultimele 12 luni, fără selectarea cazurilor, așa cum s-au prezentat pentru examenul de laborator.

Material și metodă

Am examinat 402 persoane de sex masculin, trimise cu diagnosticul de: uretrită cronică, uretrită gonococică, uretrită negonococică, prostatită etc. (afecțiuni pe care în continuare le vom cita sub termenul „uretrite”). În 312 cazuri am examinat secreția uretrală, în 90 de cazuri și secreția prostatică, iar la 194 persoane am prelucrat și sedimentul urinei matinale. Secreția uretrală s-a recoltat dimineața, înainte de urinare, cu o ansă de platină, raclind ușor mucoasa canalului uretral.

În fiecare caz, am efectuat însămînțări pe mediul Peizer-Steffen (PS); în 194 cazuri pe mediu Roiron (R), modificat de Fazakas (5), în 149 cazuri, pe mediul

Sabouraud (S), iar în 43 de cazuri, pe mediul Klieneberger-Nobel, modificat de Dienes. Frotiurile le-am colorat cu colorația Gram și Giemsa. Identificarea microorganismelor am făcut-o după metodele clasice (2, 14, 20, 24).

Rezultate

Rezultatele obținute în urma examinării celor 402 persoane cu „uretrită“ sînt următoarele:

— uretrite cu floră microbiană „patogenă“:	241 cazuri (59,95%)
— uretrite cu floră microbiană „banală“:	80 „ (19,90%)
— uretrite gonococice:	29 „ (7,21%)
— uretrite cu <i>Trichomonas vaginalis</i>	21 „ (5,22%)
— uretrite cu incluziuni:	12 „ (2,98%)
— uretrite micotice:	8 „ (1,99%)
— uretrite cu micoplasmă (PPLO):	8 „ (1,99%)
— uretrite cu rezultat steril:	3 „ (0,74%)
Total	402 cazuri

Din această grupare reiese că aproximativ 93% din cazurile examinate s-ar putea considera ca u.ng., 67,16% ca uretrite bacteriene, iar 32,84% (decî $\frac{1}{3}$) ca uretrite cauzate de diferiți alți factori.

Examenul mai detaliat al florei bacteriene izolate este redat în tabelul nr. 1.

Tabelul nr. 1.

Nr. crt.	Denumirea microorganismului	Nr. cazurilor	%
1.	<i>Staphylococcus albus</i>	212	52,73
2.	<i>Corynebacterium pseudodiphtheriae</i> , xeroses etc.	186	46,26
3.	<i>Streptococcus viridans</i> (grupa)	76	18,90
4.	<i>Diplococcus pneumoniae</i>	45	11,19
5.	<i>Gaffkyia tetragena</i>	36	8,95
6.	Grupul <i>Klebsiella aerobacter</i>	30	7,46
7.	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	29	7,21
8.	<i>Staphylococcus albus haemolyticus</i>	28	6,96
9.	<i>Streptococcus faecalis</i>	27	6,71
10.	<i>Sarcina</i>	20	4,97
11.	<i>Staphylococcus aureus</i>	17	4,22
12.	<i>Streptococcus pyogenes</i>	17	4,22
13.	Tulpini neidentificate	17	4,22
14.	<i>Esch. coli</i>	14	3,48
15.	<i>Proteus vulgaris</i> , <i>morgani</i> etc.	14	3,48
16.	<i>Haemophilus</i> genus	12	2,98
17.	<i>B. anthracoides</i> , <i>subtilis</i> , <i>cereus</i> etc.	8	1,99
18.	<i>Neisseria catarrhalis</i> , <i>fiava</i> etc.	6	1,49
19.	<i>Esch. coli</i> beta hemolitic	6	1,49
20.	<i>Mima polymorpha</i>	5	1,24
21.	<i>B. pyocyaneus</i>	4	0,99
22.	<i>Fusobacterium fusiforme</i>	3	0,74
23.	<i>Mima polymorpha</i> var. oxid.	2	0,49
24.	<i>Borrelia vincentii</i>	2	0,49
25.	<i>Herellea vaginicola</i>	1	0,24
26.	<i>Leptothrix</i> genus	1	0,24

Din tabelul nr. 1. reiese frecvența diferiților germeni în secrețiile examinate.

Discuții

I. Din gruparea factorilor etiologici prezentați, rezultă că în majoritatea cazurilor (59,95%) am putut izola microbii „patogeni”; acest fapt este demn de menționat, cunoscând că rolul bacteriilor în u.n.g. este subapreciat. În grupa: uretrite cu flora microbiană „banală” am inclus, în mod arbitrar, cazurile de la care nu am reușit să izolăm decât *Staphylococcus albus*, difterimorfi, *Sarcina*, *B. anthracoides*, ca floră unică sau asociată. Cazurile în care am izolat unul sau mai mulți din restul germenilor prezentați în tabelul I, le-am încadrat în: uretrite cu floră microbiană „patogenă”.

În ce privește asociația germenilor, remarcăm că am izolat un singur germen în 32,24% din cazuri, iar în rest bacteriile au fost asociate câte două (39,04%), câte trei (22,41%) și peste trei (6,29%). Într-un caz, am găsit 8 feluri de germeni (*Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus albus*, *E. coli*, *Corynebacterium pseudodiphtheriae*, *Fusobacterium fusiforme*, *Borrelia vincentii* și *Trichomonas vaginalis*). Frecvent am găsit asociați și 2—3 germeni „patogeni”.

Atit datele din literatură (25, 26, 32) cât și cele din tabelul nr. I dovedesc că *Staphylococcus albus* și difterimorfi sînt foarte frecvent prezenți în secreția uretrală, putîndu-se încadra chiar în flora normală a ureterului. Prin urmare, în cazurile de la care s-au izolat numai acești germeni, după părerea noastră, căutarea agentului etiologic trebuie continuată în diferite direcții.

Trebuie să menționăm că, din totalul cazurilor, în peste 20% nu s-a găsit — chiar la însămînțări repetate — nici un agent patogen, pe care să-l incriminăm în declanșarea procesului patologic. Cu toate că acest lucru s-ar putea explica prin faptul că nu am putut efectua un examen complex în toate cazurile, cât și prin faptul că există și alte cauze în producerea ureritelor (alergie, cauze mecanice etc.), acest procentaj ridicat rămîne încă o problemă deschisă.

Dacă acceptăm că flora bacteriană considerată „patogenă” a cauzat 59,95% din uretrite, adăugînd uretritele gonococice (7, 21%), chiar atunci reiese că în 32,84% din cazuri nu se poate pune un diagnostic etiologic exclusiv prin metodele bacteriologice.

II. — În legătură cu uretritele gonococice remarcăm următorul lucru: în 6 cazuri din cele 29, bolnavii s-au prezentat cu diagnosticul de u.n.g. Sintem cu totul de acord cu *Vintici* (34), și așume că acest diagnostic se pune prea ușor. Noi l-am accepta numai pe baza unor criterii mai severe.

Credem că clinicienii ar trebui să acorde o mai mare atenție recoltării și transportului produselor patologice, pentru a nu se comite erori, dată fiind sensibilitatea *N. gonorrhoeae*.

III. — Problema tricomoniazei la bărbați se întilnește tot mai frecvent în literatură. Din cele 402 cazuri examinate de noi, am pus în evidență protozoarul *Trichomonas vaginalis* (T) în 21 de cazuri (5,22%). Menționăm însă că am efectuat însămînțări numai în 194 cazuri, din care 20 de probe au fost pozitive (10,30%). Într-unul din cazuri T a fost asociat cu *N. gonorrhoeae*, în 13 cazuri cu floră „patogenă”, iar în 7 cazuri cu floră „banală”.

IV. — În general, se admite că uretritele cu incluzii sînt cauzate de *Chlamydia oculogenitalis* (*Chlamydozoon oculogenitale*). Acest germen, împreună cu *Chlamydia trachomatis*, *Miyagawanella* (*M*) *lymphogranulomatosis*, *M. psittaci*, *M. ornithosis* etc. aparține familiei *Chlamydiaceae* (2). Punerea în evidență a incluziilor nu este ușoară, însă, folosind indicațiile lui *Siboulet* (28, 29, 30), decelarea lor devine mai ușor posibilă. Remarcăm însă că studiul incluziilor necesită pricepere și multă experiență, fiindcă nu toate formațiunile care par a fi incluzii, sînt consecințele unei infecții virotice. Rezultatele constant negative se datoresc între altele faptului că, în general, se crede că uretrita cu incluzii se prezintă doar ca un component al sindromului tipic *Fiessinger-Leroy-Reiter*.

Conform observațiilor noastre, incluziile nu trebuie căutate exclusiv în uretrite amicrobiene, deoarece o floră saprofită poate să fie prezentă oricînd în porțiunea

terminală a ureterului. Faptul că în unele cazuri am găsit incluzii care nu se aseamănă cu cele cunoscute la pararickettsii, ne face să credem că și alte viruși pot juca un rol în declanșarea uretritelor. În decursul încercărilor de izolare întreprinse, urmează să verificăm această observație.

V. — Infecțiile micocite la bărbați nu sînt frecvente. Bazîndu-ne atît pe datele din literatură (1, 7, 31), cit și pe observațiile noastre, sîntem totuși de părere că rolul micetelor, mai ales al levurilor, nu este neglijabil. Din cele 8 cazuri de uretrită la care am găsit levuri (*Candida albicans* 5, *C. Krusei* 1, *Saccharomyces* genus 1), în 4 cazuri am putut izola levura în repetate rînduri și în cantități mari (între 5—10 colonii), în trei cazuri, am obținut doar cîte 1—3 colonii, iar într-un singur caz am găsit celule levurice în frotiu, fără a le putea cultiva. În 4 cazuri, levurile au fost asociate cu floră microbială „banală”, în 3 cazuri cu floră microbială „patogenă” și într-un singur caz au fost în cultură pură.

VI. — În gama vastă de agenți etiologici ai uretritelor, trebuie să menționăm și genul *Mycoplasma* (P.PLO). Rolul său în etiologia uretritelor nu este în suficientă măsură clarificat. Unii autori (8, 13) afirmă că, deși aceste organisme se găsesc și la persoane sănătoase într-un procentaj destul de ridicat (24,55%), totuși au un rol în declanșarea u.n.g., unde au fost puse în evidență într-o proporție de 84%. Procentajul scăzut, în cazul nostru (1,99%) se datorește faptului că doar în 43 cazuri am aplicat metodele specifice pentru punerea în evidență a acestor organisme, neacordîndu-le atenția cuvenită. În restul cazurilor, am căutat să le punem în evidență pe mediul PS, folosind o incubare prelungită (3—5 zile), care, a dat, în unele cazuri, rezultate pozitive. Numărul cazurilor observate și metodele folosite nu ne îndreptățesc să tragem concluzii în ce privește rolul lor în uretrite.

După cum reiese din literatura de specialitate, precum și din materialul prezentat de noi, problema diagnosticului etiologic în uretrite necesită încă studii aprofundate.

Concluzii

1. — Agenții etiologici ai uretritelor negonococice sînt multipli. Cel mai des (59,95%) am putut izola germeni „patogeni”, în restul cazurilor, în ordinea frecvenței, am găsit: tricomonas: 5,22%; incluzii: 2,98%; micete: 1,99%; *Mycoplasma*-taceae: 1,99%.

2. — În diagnosticul de laborator, prima etapă trebuie să fie excluderea *N. gonorrhoeae* prin repetate însămînțări: după aceea, urmează un examen complex (bacteriologic, virusologic, parazitologic), deoarece metodele bacteriologice sînt insuficiente pentru acest scop.

3. — Mai ales în cazul uretritelor rebele la tratament, sau la cele recidivante, trebuie să ne gîndim și la alți agenți patogeni, fiindcă asociațiile sînt frecvente.

4. — Problema etiologiei uretritelor negonococice necesită încă studii aprofundate.

Sosit la redacție: 3 martie 1965.

• Mulțumim și pe această cale lov. prof. E. Ujváry pentru ajutorul acordat.

Bibliografie

1. ALTERAȘ I., COJOCARU I.: *Viața Medicală* (1962), 13, 697; 2. *Bergey's Manual of Determ. Bacteriology*, Ed. Williams-Wilkins Seventh edition, Baltimore 1957; 3. BERDE K., KOVÁCS E., FODOR L., JEDLOVSKY P.: *Dermato-Venerol. Haladása* (1961), 8, 199; 4. COUTTS W. E., SILVA-INZUNZA E., TALLMANN B.: *First Canadian Symp.* (Ed. Karger, Basel, 1960), 63; 5. FAZAKAS B., RÁCZ G., HORVÁTH G.: *Revista Medicală* (1961), 4, 424; 6. FEKETE Z.: *First Canadian Symp.* Ed. Karger, Basel, 1960, 121; 7. FOWLER W.: *Brit. J. Vener. Dis.*

(1958), 34, 166; 8. FORD D. K., Du VERNET M.: Brit. J. Ven. Dis. (1963), 29, 18; 9. GRIMBLE A. S.: First Canadian Symp. Ed. Karger, Basel, 1960 p. 149; 10. HOFMANN B., KILCZEWSKI W., MALYSZOKO E.: Brit. J. Vener. Dis. (1961), 37, 172; 11. HELTAI A.: First Canadian Symp. Ed. Karger, Basel, 1960 p. 344; 12. KING A. J.: First Canadian Symp. Ed. Karger, Basel, 1960 p. 1; 13. KLIENEBERGER-NOBEL E.: Klin. Wschr. (1960), 39, 661; 14. LANGERON M., VANBREUSEGHEM R.: Précis de mycologie, Ed. Masson, Paris 1962; 15. LONGHIN S.: A doua conf. de Dermato-Venerologie pe țară, 1957, Ed. Medicală, București, 1958, p. 15; 16. LONGHIN S., TEODOSIU T., ANTONESCU ȘT., DUMITRESCU AL., BLUMENTHAL G.: A doua conf. de Dermato-Vener., 1957, Ed. Medicală, București, 1958, 37; 17. LONGHIN S., VINTICI V.: Viața Medicală (1964), 6, 367; 18. LONGHIN S., TEODOSIU T.: Dermato-Venerologie (1958), 3, 241; 19. MOUSTARDIER G., BOISON J. F.: First Canadian Symp. Ed. Karger Basel, 1960, p. 83; 20. NESTORESCU N.: Bacteriologie Medicală, Ed. Med. București, 1961; 21. NĂSTASE GH., MUNTEANU M.: A doua conf. de Dermato-Vener. 1957, Ed. Med. București, 1958, 28; 22. NICOLAU ȘT. GH., AVRAM A., ALTERAȘ I., LAZAR M.: Dermato-Venerologia (1959), 3, 193; 23. PÉTER M., LÁSZLÓ I., TROMBITÁS I.: Rev. Medicală (1964), 1, 43; 24. PERJU A.: First Canadian Symp. Ed. Karger Basel, 1960 p. 52; 25. POPCHRISTOF P., NEYTCHEFF S.: First Canadian Symp. Ed. Karger Basel, 1960 p. 94; 26. RÖCKL H., NASEMANN TH.: First Canadian Symp. Ed. Karger, Basel, p. 140; 27. SYLVESTRE L., BELANGER M., GALLAI Z.: Canadian Med. Assoc. J. (1960), 83, 1195; 28. SIBOULET A.: Bull. et Mémoires de la Soc. Médecine de Paris (1957), 9, 1; 29. SIBOULET A., GALISTIN P.: Bul. Soc. Dermatol. et Syph. (1962), 69, 693; 30. SIBOULET A.: Semaine des Hôp. (S. Thérap.) (1963), 6—7, 422; 31. SEBLIAKOV L. V.: Vestnik Dermatol. i Venerol. (1962), 1, 46; 32. UJVÁRY I., LÁSZLÓ I., PÉNTEK J., PÉTER M., KISS B.: A doua conf. de Dermato-Venerologie 1957, Ed. Med. București, 1958; 33. UJVÁRY I., FAZAKAS B., KISS B.: Rev. Medicală (1960), 4, 434; 34. VINTICI V.: Dermato-Venerologia (1960), 2, 169.