

STUDII CLINICE

Centrul de gastro-enterologie al Spitalului unificat al raionului Grivița Roșie
(cond.: prof. T. Spirchez)

ASPECTE MORBIDE DIN CONVALESCENȚA UNOR BOLNAVI DE HEPATITĂ EPIDEMICĂ ÎN RAIONUL GRIVIȚA ROȘIE DIN BUCUREȘTI

Al. Vilcu, S. Tacorian, M. Russu, Alexandrina Vintu, Aurelia Crișan,
Florica Vasilescu

Din practica curentă se cunosc cazuri în care unor foști bolnavi de hepatită epidemică, după un interval variabil de timp, li se stabilește diagnosticul de hepatită cronică sau ciroză hepatică postvirotică, pe baza simptomatologiei clinice și de laborator.

Perioada scursă de la părăsirea Spitalului de boli infecțioase și pînă la un examen medical — în cazul în care bolnavul nu acuză vreo suferință subiectivă sau dacă bolnavul nu a fost dispensarizat — este uneori lungă și examenul medical se face întâmplător. În acest interval, pot apărea modificări uneori ireversibile.

Hepatita cronică și ciroza hepatică postvirotică sînt cunoscute, în ultimii ani, ca cele mai frecvente și severe urmări ale hepatitei epidemice. Proportia de cronicizare diferă după diverși autori (Zieve 1%, Kalk 5%, Lupu 9%, Markoff 18%); după unele epidemii ajunge pînă la 35—50%.

Este deci natural ca literatura să se ocupe pe larg de diferitele aspecte anatomo-clinice, de laborator, sau de metodologie adecvată studiului urmăririi acestor bolnavi (1, 7, 9, 11, 12).

Problemele ridicate nu sînt lămurite în totalitatea lor. Există încă discuții și puncte de vedere diferite. Incadrarea nosologică a hepatitei cronice (3, 5, 8, 13), criteriile de vindecare (20) și factorii de cronicizare (14) prezintă doar unele aspecte ale problemelor dezbătute de diverși autori din țara noastră și din străinătate.

Încercînd să surprindem momentul trecerii unui convalescent de hepatită epidemică spre vindecare sau spre cronicizarea leziunii hepatice, ne-am propus să studiem bolnavii de hepatită epidemică din raionul Grivița Roșie din București. Bolnavii au fost luați în evidență de Cîrc. Sanitară din raion. li s-a întocmit o fișă după un model unic, fiind îndrumați la control la clinica noastră și rămînînd în continuare în evidența Clinicii și a dispensarelor circumscripției respective. Lu-crînd în colaborare, s-a reușit dispensarizarea din timp și continuă a foștilor bolnavi de hepatită epidemică.

Examinările de laborator au fost efectuate în clinică și în laboratoarele Spitalului unificat de adulți al raionului Grivița Roșie.

Au fost examinați un număr de 54 foști bolnavi de hepatită epidemică.

Examenul inițial clinic și de laborator s-a efectuat în primele 4 luni de la părăsirea Spitalului de boli infecțioase, apoi între 5—9 luni și 10—14 luni după perioada clinică a hepatitei epidemice. Nu am avut ocazia să examinăm întâmplător, clinic sau biologic, nici o persoană înaintea hepatitei. Examenul clinic în cele trei etape amintite a fost întregit prin cercetarea următoarelor date de labo-

rator: urobilinogen, T.G.O., T.G.P., aldolaza, B.S.P. la 30 și la 45 minute, trombelastograma, colesterolemia totală și esterificată, numărătoarea trombocitelor, electroforeza serului, probe de disproteinemie.

Bolnavii, care au prezentat semne de evoluție a procesului hepatic, au fost internați în spital pentru a urma tratamentul corespunzător, iar la unii s-a putut face și puncția bioptică hepatică pentru a putea urmări aspectul anatomo-patologic.

Bolnavii cuprinși în acest lot rămân în continuare sub observația noastră, urmînd a reveni cu datele rezultatelor obținute în timp.

Din cei 54 foști bolnavi de hepatită epidemică, 18 (33,3%) sînt bărbați și 36 (66,6%) femei; 38 (70,3%) fac parte din populația activă, fiind încadrați în producție.

La fiecare caz în parte, am studiat condițiile, care — după datele dezbătute în literatură — ar putea juca un rol în întreținerea sau cronicizarea procesului hepatic (4, 6, 14, 19). De aceea, am cercetat vîrsta la care a apărut hepatita epidemică (H. E.), condițiile de muncă, alimentația, factorii fiziologici, terenul cu eventuale tare hepatice sau tarele altor organe.

Vîrsta la care a apărut H.E. a fost: pînă la 20 ani la 5 (9,2%) persoane, între 21—30 ani la 18 (33,4%), 31—40 ani la 14 (25,9%), 41—50 ani la 8 (14,8%), 51—60 ani la 5 (9,2%) și peste 61 ani la 4 (7,4%) persoane.

Condiții grele de muncă (eforturi, noxe profesionale) și alimentație irațională au fost găsite la 5 (9,2%) persoane. Un consum ridicat de alcool am întîlnit la 9 cazuri (16,6%) dintre foștii bolnavi de H. E.

Dintre femei, 3 cazuri (8,3%) au prezentat tulburări ale ciclului menstrual.

Alte antecedente patologice cu tare hepatice posibile am întîlnit la 4 cazuri (7,4%) dintre foștii bolnavi de H.E.

Am acordat toată atenția factorilor amintiți, pentru a putea face eventuale corelații între aceste condiții și forma clinică a H.E. și mai ales cu evoluția post-hepatică.

În ce privește sursa probabilă a hepatitei, ea a rămas necunoscută la 34 (62,9%) persoane; la celelalte am găsit diferite posibilități de transmitere (tratament stomatologic, tratamente injectabile, diverse manopere, etc.) în perioada premergătoare apariției hepatitei (1—3 luni).

Forma hepatitei epidemice a fost ușoară și medie la 47 persoane (87,1%); 4 cazuri (7,4%) au prezentat formă gravă, prelungită sau cu recidive, iar 3 (5,5%) formă anicterică.

Nu am putut găsi vreo relație semnificativă între antecedentele patologice sau condițiile de viață și muncă, pe de o parte, și forma H. E., pe de altă parte. Este însă adevărat că, în lotul studiat, numărul cazurilor cu tare hepatice posibile, anterioare H.E., a fost redus față de rest; deci, dacă am fi studiat două loturi numeric egale (cu și fără antecedente hepatice) s-ar fi putut obține cu siguranță alte aspecte.

Pe baza datelor din literatură (4, 14, 15, 19, 21) și a observațiilor curente din clinică, am acordat o deosebită importanță perioadei posthepatice, cercetînd felul și durata repausului, regimului, tratamentului și notînd durata perioadei după care fostul bolnav de H.E. și-a reluat activitatea normală. În cadrul acestei perioade am insistat și asupra simptomatologiei subiective și obiective prezentate de fiecare caz în parte.

Repausul mai mult de o lună a fost respectat numai de 24 (44,4%) dintre foștii bolnavi, perioadă după care și-au reluat activitatea. Într-o proporție asemănătoare a fost respectat și regimul alimentar. Tratamentul urmat în convalescență

s-a făcut în majoritatea cazurilor cu extracte hepatice și vitamine (51 cazuri = 94,4%).

În ceea ce privește simptomatologia clinică (fenomene dispeptice, nervoase, hemoragice, alergice, hepatomegalie, splenomegalie), am grupat observațiile noastre în 3 categorii:

1. evoluție favorabilă (29 cazuri = 53,8%) la care simptomatologia subiectivă și obiectivă, precum și testele de laborator s-au ameliorat pînă la normalizare;

2. evoluție progresivă spre hepatită cronică (13 cazuri = 24%), la care simptomatologia s-a agravat progresiv;

3. la o serie de bolnavi (12 = 22,2%) perioada pînă la ameliorare durează 8-12 luni.

Am făcut această împărțire, întrucît am găsit relații cu anumite elemente, care ni s-au părut destul de semnificative, astfel din grupa bolnavilor ameliorați progresiv pînă la vindecarea clinică și biologică, cei mai mulți (22 = 75,8% din lotul de 29 foști bolnavi de H.E.) au respectat repausul peste o lună și regimul alimentar indicat, în timp ce numai cîte un bolnav (1 = 7,6% din 13 și respectiv 1 = 8,3% din 12) din celelalte două categorii au respectat repausul și regimul în perioada convalescenței.

Din această comparație reiese că îngrijirea din timpul convalescenței are o importanță deosebită. Desigur că există și alți factori, dar pe baza materialului studiat nu am putut constata vreo legătură semnificativă nici între vîrstă, sex, profesiune sau starea organismului premergătoare H. E. (cu observațiile mai sus amintite), și nici între forma H. E., pe de o parte și evoluția fostului bolnav pe de altă parte. Deci, pe lotul studiat, pentru viitorul bolnavului de H.E., ne-a părut cu mult mai importantă îngrijirea imediat după părăsirea Spitalului de boli infecțioase.

Mai multe cazuri (13 din 20) a căror sursă probabilă a fost inocularea virusului, au evoluat nefavorabil; dar și în această împrejurare, am observat o îngrijire insuficientă în perioada convalescenței.

Precum se știe, există discordanțe între tabloul clinic și cel de laborator, așa cum există și discordanțe între diferitele date de explorare funcțională hepatică. La lotul observat, am întîlnit aceste situații, dar am apreciat sensul evolutiv prin cercetarea simptomelor majore clinice și interpretarea funcțională globală.

În caz de alterări funcționale, examenul clinic a pus în evidență modificări obiective la 75% din cazuri. Am avut și 5 cazuri (9,2%), cînd toate explorările de laborator au fost negative în primele 8 luni, iar examenul clinic arăta constant hepatosplenomegalie. Aceste fapte dovedesc încă odată necesitatea unui examen clinic atent și repetat.

Am constatat că pe lotul studiat de noi, cele mai utile dintre testele funcționale folosite au fost transaminazele (mai ales T.C.P.), B.S.P. (mai ales la 30 minute), proba timol și modificările electroforetice proteice.

În perioada convalescenței, am găsit probe pozitive în următoarele proporții: T.C.P.: la 46%; B.S.P. (la 30 minute) la 41%; timol la 40%; modificări electroforetice ale proteinogramei la 37%; T.G.O. la 30%. Celelalte explorări au fost pozitive într-o proporție mai redusă: urobilinogenurie la 12%; colesterol esterificat la 7%; modificări ale trombelastogramei la 9%; trombopenie la 4%.

Nu este cazul să discutăm valoarea probelor de explorare funcțională hepatică, chiar și în etapa de convalescență a H.E.; există o vastă literatură în care aceste probleme sînt pe larg discutate (3, 10, 16, 17).

Dorim să scoatem în evidență anumite particularități observate la lotul nostru, care însă nu au o valoare absolută. Examinarea evoluției, în timp, a probelor funcționale hepatice, la 46 persoane din lotul de 54 cazuri studiate (85,1%), ne-a arătat că în perioada de 5-9 luni de la H. E. rezultatele sînt diferite față

de primele 4 luni și de următoarele 5 luni. Pentru exemplificare, prezentăm valorile medii și eroarea standard ale fracțiunilor electroforetice, precum și ale proteinelor totale în g %, comparativ în cele 3 perioade amintite:

Fracțiunea	Grupa A = 0—4 luni	Grupa B = 5—9 luni	Grupa C = 10—14 luni
A	3,99±0,07	3,66±0,06	3,52±0,10
a_1	0,39±0,01	0,39±0,00	0,36±0,01
a_2	0,65±0,02	0,61±0,01	0,61±0,01
β	0,77±0,02	0,76±0,01	0,78±0,02
γ	1,45±0,05	1,42±0,04	1,49±0,05
PT.	6,68±0,09	6,82±0,10	6,77±0,10

Dacă comparăm grupa A cu grupa B, observăm valori scăzute pentru albumina din grupa B și o scădere de a_2 și γ la grupa B. Comparând grupa A cu C, se observă valori scăzute ale fracțiunilor a_1 a_2 și creșterea fracțiunii γ și scăderea albuminelor la grupa C; iar comparația grupei B cu C, arată scăderea valorilor a_1 și a albuminelor la ultima grupă.

Pentru exemplificare am ales rezultatele electroforetice; dar și examinarea celorlalte rezultate din aceste 3 grupe ne arată că există oscilații ale valorilor proteinelor funcționale. Astfel B.S.P., în grupa A, a avut valoarea medie de 18% la 30 minute și de 7% la 45 minute, în grupa B de 15% și 5%, iar în grupa C de 16 și respectiv 4%. Valorile medii ale T.G.P. au fost de 70, de 55 și de 45 la grupele A, B și respectiv C, iar ale timolului de 15, de 7 și de 9 la aceleași grupe. Și celelalte valori au înregistrat oscilații. Remarcăm că oscilațiile au fost mai mari la lotul bolnavilor cu evoluție nefavorabilă în proporție de $\frac{2}{3}$ față de lotul bolnavilor cu evoluție favorabilă.

Rezultă deci necesitatea repetării testărilor, întrucât interpretarea unui singur aspect și doar într-un moment dat este dificilă și de cele mai multe ori insuficientă.

Acest fapt este cu atât mai demn de reținut, cu cât posibilitățile de discordanță între explorările funcționale și datele clinice subiective sau obiective sînt bine cunoscute.

Concluzii

1. După cum rezultă din urmărirea celor 54 foști bolnavi de hepatită epidemică, este necesar ca examenul clinic să fie completat prin testări de laborator. Acestea evoluează însă inegal, de aceea este utilă repetarea și interpretarea lor în contextul clinic. Cele mai utile teste au fost T.G.P., B.S.P. și timol.

2. Cei mai importanți factori cunoscuți, care pot influența evoluția din perioada convalescenței, sînt repausul îmbinat cu regimul alimentar adecvat.

3. Pentru surprinderea evoluției și instituirea tratamentului necesar și la timp, se recomandă urmărirea repetată clinică și funcțională a foștilor bolnavi de hepatită epidemică, începînd din perioada convalescenței.

Sosit la redacție: 3 aprilie 1965.

Bibliografie

1. BECKMANN K.: Die Leberkrankheiten, Ed. G. Thieme, Stuttgart, 1957; 2. BRUCKNER I., PURICE S.: Med. Int. (1961), XIII, 679; 3. CRISMER R. DREZE. CH. ETEVÉ J.: Acta gastro-ent. belg. (1961), 24, 222; 4. DIMITRICU C. C., BULIGESCU L., AREȘTEANU L. și colab.: Med. Int. (1961), XIII, 5, 673; 5. FODOR O.: Med. Int. (1963) XV, 2 129; 6. HAȘEGANU I.: Clinica și patologia medicală,

Ed. Med. Buc. 1958, vol. II; 7. IVAN I., TELNICEANU A., MĂGUREANU E. și colab.: Med. Int. (1961), 5, 703; 8. KALK H.: Helv. med. Acta (1961), 28, 382; 9. LUPU N. GH., RUNCAN V.: Med. Int. (1960), 2, 187; 10. MINCU I.: Med. Int. (1962), XIV, 6, 673; 11. NICOLAESCU T.: V. med. (1961), 18, 973; 12. NICOLAU S., ȘT. și colab.: V. Med. (1961), 18, 693; 13. RIGHTSEL W. A. și colab.: J. Amer. med. Ass. (1961), 177, 671; 14. RUNCAN V.: Med. Int. (1963), 4, 473; 15. TEODORESCU P., TEODOREANU T., SAVULESCU V. și colab.: Med. Int. (1963), 3, 287; 16. VILCU ALEX.: Med. Int. (1961), 7, 1037; 17. VILCU ALEX.: Dtsch. Gesundheitswesen, Berlin (1961), 3, 2001; 18. VILCU ALEX.: V. Med. (1963), 21, 1465; 19. VILCU ALEX.: La sem. des Hôp. (1963), 3—4, 76; 20. VOICULESCU M.: V. Med. (1961), 18, 1005; 21. VOICULESCU M. și colab.: Med. Int. (1964), 7, 783.