

OBSERVAȚII PRIVIND DOUĂ EPISOADE EPIDEMICE DE TOXIINFECȚIE BOTULINICĂ

A. Palencsár, Maria Nistor, P. Székely, Mariana Pop, K. Papp,
Ileana Mártha, Paula Bakós, J. Kerestély

Botulismul constituie și astăzi o importantă problemă a sănătății publice datorită morbidității crescute în unele zone geografice. Astfel, în Franța media anuală a cazurilor de botulism a crescut de la 4.4 în perioada anilor 1956—1970 la 28 în anul 1975 (8). Majoritatea cazurilor de îmbolnăvire au fost de tip B, mult mai rar de tip A și E, respectiv un singur caz de tip D (7, 8).

Conform datelor O.M.S. în S.U.A. numai în anul 1978 s-au semnalat 32 de îmbolnăviri cauzate de toxina botulinică de tip A, 11 din pacienți necesitând intubație și respirație asistată. În anul 1977 în Canada s-au înregistrat 8 cazuri din care 2 mortale, agentul etiologic fiind C botulini de tip E (5, 6).

În țara noastră au fost înregistrate doar 34 de cazuri, dintre care 16 în 1968, iar mai recent în 1978 un singur caz (4, 9).

Boala este apreciată astăzi ca o neuroinfecție de gravitate variabilă, datorită toxinelor produse de bacilii botulinici și ingerate cu alimentele contaminate. Toxinele botulinice pot fi grupate în 7 tipuri, imunologic distincte și notate cu litere mari de la A la G. Botulismul uman este cauzat mai ales de tipul A, B și E. Celelalte tipuri cauzează foarte rar boală la om.

Material și metodă

În anul 1978 într-o colectivitate de 20 de indivizi au fost depistate 7 cazuri de botulism. Toți bolnavii au consumat caltaboși, sîngerete, cîrnăciori din carne de porc și mușchi afumat. În cursul anului 1979 au fost internate două cazuri de botulism, la care sursa de infecție a constituit-o peștele preparat și conservat la domiciliu. Diagnosticul s-a precizat pe baza datelor epidemiologice, clinice și prin evidențierea exotoxinei botulinice din singele a 5 bolnavi (prin testul de seroneutralizare specifică a toxinei la animale de laborator).

Examele paraclinice de rutină (tabloul sanguin, probele hepatice, ionograma etc.) nu au prezentat modificări semnificative. La 3 bolnavi am constatat suferința miocardului tradusă prin tahicardie, segmentul ST subdenivelat și T-uri aplatizate în diferite derivații. Datele clinice și evoluția bolii cazurilor studiate sînt redată în tabelul nr. 1.

Rezultate și discuții

În botulism este afectat în mod evident sistemul nervos autonom colinergic. Locul principal de acțiune a exotoxinei este placa terminală a

Tabelul nr. 1
Date clinice și evoluția bolii

Cazuri studiate	Vîrsta	Sexul	Perioada de incub.	Toxemia	Simptome clinice cardinale	Complicații	Evoluția bolii
1. P. V. (1978)	30 ani	M	3 zile	pozitivă	greturi, vărsături, constipație, uscăciunea mucoasei cavității bucale, tulburări de deglutiție, paralizii oculare	—	după 5 săpt. acuză oboseală la efort fizic și nervozitate. Ex. oftalm.: relații normale
2. P. T. (1978)	29 ani	F	3 zile	pozitivă	Idem	miocardiopatie toxică	după 5 săpt. acuză oboseală moderată. Ex. oftalm.: relații normale
3. F. V. (1978)	36 ani	M	4 zile	negativă	Idem	miocardiopatie toxică	după 3 săpt. asimptomatic
4. T. M. (1978)	51 ani	F	12 ore	negativă	Idem	—	după 5 săpt. ușoară oboseală și nervozitate. Ex. oftalm.: relații normale
5. S. C. (1978)	40 ani	M	24 ore	negativă	Idem	miocardiopatie toxică	după 5 săpt. ușoară adinamie și nervozitate. Ex. oftalm.: relații normale
6. C. V. (1978)	37 ani	M	5 zile	?	pareză acomodativă	—	blinavul a fost tratat la un alt spital de boli infecțioase
7. U. T. (1978)	42 ani	M	4 zile	pozitivă	insuficiență respiratorie paralizică și obstructivă	—	în cursul traheostomiei decedează
8. R. P. (1979)	50 ani	M	6 zile	pozitivă	pareză acomodativă, midriază bilaterală	—	după 5 săpt. asimptomatic
9. M. A. (1979)	48 ani	M	6 zile	pozitivă	greturi, vărsături, constipație, uscăciunea mucoasei cavității bucale, tulburări de deglutiție, paralizii oculare	—	după 5 săpt. asimptomatic

diferențelor nervi motori cranieni și periferici, paralizia fiind bilaterală, simetrică.

În punct de vedere clinic la bolnavii noștri semnele cardinale au fost tulburările de vedere manifestate prin imposibilitatea acomodării la distanță, însoțite de ușoară midriază, bolnavii adresându-se medicului oftalmolog. Tot ca simptome dominante amintim acuzele dispeptice (greturi, vărsături, constipație), uscăciunea mucoasei cavității bucale și tulburări de deglutiție la consumarea alimentelor solide. Tulburările motorii s-au exteriorizat printr-un sindrom de miastenie generală ușor exprimată, cu reflexe osteotendinoase normale și fără tulburări senzitive. Într-un caz (cazul nr. 7) simptomatologia bolii a culminat cu paralizia mușchilor respiratori, aceasta constituind un risc major cu evoluție rapidă spre exitus, diagnosticul fiind precizat post-mortem. Menționăm că acest bolnav a consumat o cantitate apreciabilă din alimentele contaminate.

La 3 bolnavi, atât la examenul clinic cât și prin EKG am constatat suferința miocardului.

Tratamentul de bază a constat în seroterapia specifică, utilizând ser purificat polivalent în doză de 40 ml zi timp de 3 zile completat cu tratament etiologic prin administrarea de antibiotice cu scopul de a evita proliferarea eventuală a clostridiilor în intestin. Cazurile complicate cu miocardiopatie toxică au beneficiat de tratament cu fosfobion, persatin și vitamina B₁. La fel am acordat atenție tratamentului simptomatic și regimului igienico-dietetic administrând bolnavilor sedative și alimente ușor digerabile. Aplicând acest tratament, după 13—16 zile de spitalizare starea bolnavilor s-a ameliorat treptat prin regresivitatea simptomelor amintite.

La 5 săptămâni de la debutul bolii doar 3 cazuri au devenit asimptomatice, iar restul acuzau ușoară oboseală la efort fizic și nervozitate. Examenul oftalmologic efectuat nu a pus în evidență modificări patologice.

Dacă simptomele inițiale cele mai frecvente le constituie tulburările dispeptice și paralizii oculare exprimate prin tulburări de acomodare la distanță însoțite de midriază, frecvent ptoză, diplopie, strabism sau oftalmoplegie completă, în literatura de specialitate s-au descris cazuri oligosimptomatice traduse prin retenție urinară, impotență sexuală, slăbiciune inexplicabilă etc. *Sebald* și colab. (8) au semnalat cazuri complet asimptomatice iar suferința miocardului putând să apară chiar în absența altor semne clinice.

Formele grave pot evolua spre comă și paralizii flasce, simulând uneori o encefalomielită, poliradiculonevrită etc. Rareori boala se poate manifesta cu semne pseudochirurgicale (ileus paralitic, apendicită etc.), cazuri în care diagnosticul poate fi precizat numai dacă în anturajul bolnavului apare un caz clasic de botulism (3, 4, 5, 6).

Primul caz tratat la clinica noastră a fost îndrumat la oftalmologie cu suspiciunea intoxicației cu alcool metilic, iar cazul nr. 6 a fost depistat cu ocazia anchetei epidemiologice tot la o secție de oftalmologie, internat pentru pareză acomodativă.

Aspectele epidemiologice și clinice ale botulismului variază în funcție de zone geografice. Astfel, în Europa și în partea de est a S.U.A. predomină tipul B, iar în emisfera vestică a Statelor Unite tipul A. În țările nordice și cele consumatoare de pește boala este cauzată mai ales de tipul E.

Există o strinsă legătură între tipul de toxină și letalitate; cea mai puternică fiind toxina tipului A, urmată de cea a tipului B și E.

După o statistică efectuată pe 162 de cazuri, în Franța sursa de infecție a fost în ordinea frecvenței șunca, mezelurile, peștele, legumele și alte alimente, iar în 17 cazuri a rămas necunoscută. În Canada, Japonia și Iran sursa principală de infecție o constituie peștele și unele mamifere marine (7, 9).

Deși la noi în țară botulismul constituie o raritate, în cazul apariției unor semne chiar minore de boală trebuie să ne gândim la posibilitatea bolii. Ancheta epidemiologică bine condusă și completată cu examen clinic și biologic poate asigura un diagnostic și tratament precoce, și în consecință salvarea unor vieți omenești.

Având în vedere multiplele manifestări clinice ale botulismului, fapt ce întârzie precizarea diagnosticului, am considerat utilă prezentarea cazuisticii noastre (vezi tabelul nr. 1).

Concluzii

Autorii prezintă unele aspecte epidemiologice, clinice și terapeutice privind două focare de botulism apărute în anii 1978 și 1979.

Cei 7 bolnavi tratați la Clinica de boli infecțioase din Tîrgu Mureș în anul 1978 sursa de infecție a constituit-o peștele preparat și conservat la domiciliu.

Perioada de incubație a variat de la câteva ore la 5—6 zile.

Simptomatologia clinică a fost dominată de grețuri, vărsături, constipație, uscăciunea mucoasei cavității bucale, tulburări de deglutiție și tulburări de vedere.

Primele cazuri apărute au constituit probleme de diagnostic, un bolnav fiind îndrumat la un cabinet de oftalmologie cu suspiciunea de intoxicație cu alcool metilic, iar un alt caz a fost tratat la o secție de oftalmologie cu parază acomodativă. Unul dintre cazuri a fost internat antefinem cu suspiciunea meningoencefalitei, diagnosticul de botulism fiind stabilit post-mortem.

La 3 bolnavi s-au pus în evidență leziuni corespunzătoare unei miocardiopatii toxice.

În lucrare se fac referiri privind diagnosticul pozitiv și diferențial al botulismului, tratamentul și prognosticul bolii.

Bibliografie

1. Jener G., Mumenthaler M., Ludin H. P., Robert F.: Neurology (1975), 25, 150; 2. König H., Gassman H. B., Jenzer G.: Amer. J. Ophtal. (1975), 80, 430; 3. Michael H., Merson V. H., Dowell Jr.: New. Eng. J. Med (1973), 19, 1005; 4. Necea Gh. Viața medicală (1978), 12, 563; 5. *** Relevé Epid. Hebdomadaire. O.M.S. 1978, 32; *** Relevé Epid. Hebdomadaire. O.M.S. (1978), 35; 7. Sebald M.: Bull. Ac. Nat. Med. (1970), 154, 703; 8. Sebald M., Jouglard J.: Rev. Prat. (1977), 3, 173; 9. Voiculescu M.: Boli infecțioase. Ed. med. București, 1971.

*A. Palencsár, Maria Nistor, P. Székely, Mariana Pop, K. Papp, Ileana Mártha,
Paula Bakós, J. Kerestély*

OBSERVATIONS REGARDING TWO EPISODES OF BOTULIN TOXI-INFECTION

The authors present some epidemiological, clinical and therapeutical aspects of the nine (9) cases of botulism observed and treated at the Clinic of Infectious Diseases, Tirgu Mureş, in 1978 and 1979. The time of incubation varied from a few hours to 5—6 days. Clinical symptomatology was dominated by nausea, vomiting, constipation, drying-up of the mucosa of the mouth cavity, deglutition troubles and disordered vision. One of the cases was hospitalized ante finem suspected with meningoc-encephalitis, the diagnosis of botulism being established postmortem. In 3 patients they found lesions corresponding to toxic myocardiopathy. In the paper they refer to the positive and differential diagnosis of botulism, to the treatment and prognosis of the disease.

Sosit la redacție: 3 octombrie 1980
