

Clinica de pediatrie nr. 2 (cond.: conf. dr. C. Rusnac, doctor în medicină)
din Tîrgu Mureş

IERARHIZAREA VALORICĂ A CRITERIILOR DE DIAGNOSTIC ÎN GLOMERULONEFRITA DIFUZĂ ACUTĂ POSTSTREPTOCOCICĂ LA COPIL.*

*C. Rusnac, Constanța Ionescu, Martha Adler, A. Ajtai,
Judith Formanek*

Glomerulonefrita difuză acută (GNDA) poststreptococică reprezintă una din afecțiunile frecvente ale copilului, diagnosticul ei stabilindu-se pe baza unor criterii clinice, etiologice, patogenice și histopatologice (14). Mai

* Lucrare comunicată la Sesiunea anuală de valorificare a cercetării științifice a Centrului de cercetări medicale Tîrgu Mureş, 14—15 mai 1982.

nou, un mare credit se acordă — alături de examenul complet al urinei — unor teste biologice, precum: scăderea fracțiunii C₃ a complementului seric, creșterea mucoproteinelor urinare și creșterea Ig G serice (7). Cum unele din aceste teste nu ne stau la dispoziție întotdeauna, în practică diagnosticul de GNDA poststreptococică se pune pe baza a trei criterii așa-zis „minimale”: clinice, etiologice și patogenice (scăderea complementului seric). Restrângerea la aceste criterii nu constituie un impediment major pentru diagnosticul de GNDA poststreptococică, deoarece studii recente (1, 3, 7, 8, 10, 11) au demonstrat o bună corelație anatomo-clinică în cazurile care respectă criteriile minimale, folosite și de noi pînă acum.

În lucrarea de față am încercat să facem o ierarhizare valorică a criteriilor de diagnostic al GNDA poststreptococică, confruntînd o serie de teste clasice, convenționale cu unele teste moderne disponibile, în scopul elaborării unei scheme de diagnostic, rapide și eficiente.

Material și metodă

Studiul nostru s-a efectuat asupra a 138 cazuri de GNDA poststreptococică, internate în Clinica de pediatrie din Tirgu Mureș, între anii 1974 și 1981. Conform celor exprimate anterior, am încadrat în acest lot numai bolnavi al căror diagnostic — deși stabilit pe baza unor criterii minimale — nu ridică nici un dubiu, excluzînd de pildă cazurile fără etiologie streptococică precisă, cu anamneză familială de atingere renală sau care aveau un oricît de nesemnificativ trecut renal.

Rezultate și discuții

Datele generale asupra lotului studiat (repartiția pe vîrstă, sex, anotimpuri, poartă de intrare, medii de proveniență) și care — cu unele particularități nesemnificative — confirmă datele din literatura de specialitate, nu le mai prezentăm din lipsă de spațiu. Din același motiv, rezultatele studiului privind criteriile clinice și paraclinice de diagnostic analizate, le înfățișăm într-un tabel rezumativ care cuprinde: semnele clinice sau de laborator urmărite, numărul cazurilor cercetate, numărul de cazuri la care aceste semne au fost prezente și indicele de pozitivitate exprimat în procente (tabelul nr. 1).

După cum rezultă din acest tabel, o valoare diagnostică de 100% prezintă doar albuminuria, hematuria, VSH accelerată, complementul seric scăzut, creșterea Ig G serice și titrul ASLO ridicat. Întrucît examenul de urină și VSH sînt teste semnificative dar nespecifice, iar ASLO crescut nu certifică decît etiologia poststreptococică, rezultă valoarea de necontestat a testelor cu substrat imunologic, și anume, determinarea cantitativă a imunoglobulinelor serice și a complementului. La aceste două teste, unii autori adaugă și determinarea semicantitativă a mucoproteinelor urinare (7, 8), test care poate fi interpretat ca o expresie a conflictului imunologic cu depolimerizarea mucopolizaharidelor. Din unele evaluări recente (4, 6, 9, 13), rezultă valoarea superioară a diminuării fracțiunii C₃ a complementului (normal : 62—122 mg⁰/c), în vederea depistării precoce a GNDA. În acest sens se subliniază că acest test nu poate fi depășit, ca semnificație diagnostică, de nici unul din testele convenționale, chiar prac-

Tabelul nr. 1

Semnele clinice sau de laborator	Numărul de cazuri cercetate	Numărul de cazuri pozitive	Indicele de pozitivitate %
Edemele	138	91	65,94
Hipertensiunea art.	138	95	68,84
Oligoanuria	138	72	52,17
Albuminuria	138	138	100,00
Hematuria micro- sau macroscopică	138	138	100,00
Cilindruria	138	104	75,36
Retenție azotată peste 40 mg ⁰ / ₀	138	51	36,96
Creatinină serică peste 1,2 mg ⁰ / ₀	138	54	39,13
VSH peste 10 mm/oră	138	138	100,00
Anemie sub 11 g ⁰ / ₀ hgb.	138	64	46,37
Leucocitoză peste 10 000/mm ^c	138	49	35,51
Eozinofilie peste 7 ⁰ / ₀	138	32	23,19
Complement seric sub 40 u	13	13	100,00
Ig G peste 1600 mg ⁰ / ₀	20	20	100,00
Albumină serică sub 5 g ⁰ / ₀	119	79	66,39
Alfa ₂ -glob. peste 8 ⁰ / ₀	119	73	61,34
Gamaglob. peste 16 ⁰ / ₀	119	70	58,82
Streptococ beta-hem. pozitiv în faringe	38	8	21,05
ASLO peste 200/100 ml	138	138	100,00

ticate în diverse asociații (4, 7, 9).

Din categoria a doua de semne clinice sau teste de laborator cu valoarea diagnostică cuprinsă între 100⁰/₀ și 60⁰/₀, fac parte edemele, hipertensiunea arterială, cilindruria, hipoalbuminemia și hiperalfa₂-globulinemia, iar din categoria a 3-a (sub 60⁰/₀ valoare diagnostică) restul, și anume: oligoanuria, retenția azotată, anemia, leucocitoza, eozinofilia crescută și hipergamaglobulinemia moderată.

Pe baza acestor rezultate, confruntate și cu datele din literatura de specialitate (1, 5, 10, 11, 12), se poate spune că în materie de diagnostic al GNDA poststreptococice asistăm în prezent la o modificare a raportului valoric dintre testele biologice clasice (convenționale) și testele moderne imunologice, restructurare impusă atât de reevaluarea criteriilor clasice de diagnostic cât și, mai ales, de introducerea unor criterii noi, de ordin imunologic, cu indice ridicat de diagnostic. Astfel, se consideră la ora actuală, că datele clinice și testele convenționale, de investigație curentă, pot ajuta numai la depistarea cazurilor grevate de riscul dezvoltării unei GNDA, dar odată suspiciunea enunțată, devine obligatorie efectuarea testelor cu indice diagnostic ridicat (din categoria I, după ierarhizarea valorică propusă de noi). În acest sens, efectuarea la fiecare caz de GNDA poststreptococică a testului de determinare a fracțiunii C₃ a complementului (pe lângă determinarea cantitativă a imunoglobulinelor serice și, eventual, determinarea semicantitativă a mucoproteinelor urinare) ar ridica precizia diagnosticului până la un indice de 100⁰/₀. Dealtfel, se consideră că prin efectuarea acestor teste, nu numai precizia, dar și precocitatea diagnosticului ar avea de câștigat, dat fiind că, după unele cercetări, primele manifestări ale GNDA ar decurge nu la nivel clinic, ci biologic, subclinic (2, 11).

Concluzii

Pornind de la faptul că GNDA poststreptococică reprezintă una din afecțiunile încă frecvente ale copilului și că, pentru optimizarea diagnosticului acestei afecțiuni este imperios necesară o reevaluare a criteriilor mai vechi și asimilarea unor criterii mai noi, am încercat o ierarhizare valorică a datelor clasice și moderne de diagnostic, pe care le-am împărțit în trei categorii, după valoarea procentuală a indicelui de pozitivitate (de 100⁰/₀ și 60⁰/₀ și sub 60⁰/₀). Conform acestei scheme, ecuația diagnostică a GNDA trebuie să cuprindă, pe lângă modificările urinare clasice, și modificarea (în sensul de diminuare) a fracțiunii C₃ a complementului, în sensul că, dacă antecedentele infecțioase streptococice, simptomatologia clinică și examenul sumar de urină ridică suspiciunea de GNDA, scăderea complementului seric și, în special, a fracțiunii C₃, aduce precizarea și, în același timp, permite un diagnostic precoce. În felul acesta, terapia cu penicilină, administrată în scopul eradicării streptococului, va putea fi mai eficientă, diminuând efectele imunoagresive ale acestui microb.

Bibliografie

1. Arion V.: Criterii de apreciere a evoluției glomerulonefritei difuze acute poststreptococice la copil, Teză de doctorat, I.M.F. București, 1981;
2. Audran R.: Rev. Europ. Et. Clin. Biol. (1970), 15, 610;
3. Berger J., Hinglais N.: Rev. Prat. (1970), XX, 3317;
4. Blaker F.: Mschr. Kinderhk. (1974), 122, 741;
5. Conté J., Mignon-Conté M., Durand D., Sue J. M.: Rev. Prat. (1970), XX, 3329;
6. Dixon F. J.: Amer. J. Med. (1968), 44, 493;
7. Dragomirescu M., Sădean I., Crișan Ioana, Sădean R.: Viața med. (1981), 11, 489;
8. Dragomirescu M., Dragomirescu Letiția: Bacteriologia (1977), 3, 163;
9. Lagrué G., Bariety J., Sternberg M., Druet P.: Méd. Hyg. (1970), 908, 353;
10. Mc Donald B. M., Mc Enery P. T.: Pediat. Clin. N. Amer. (1976), 23, 691;
11. Moreau P., Pellet H., Salle B.: Pédiatrie (Lyon), (1970), XXV, 683;
12. Roy S., Pitcock A. J., Etteldorf J. N.: Advances in Pediatrics (sub redactia L. A. Barness, vol. 23, pag. 35, Year Book Med. Publishers, Chicago, 1976);
13. Schöne D., von Baehr R., Glöckner R.: Dt. Gesundh.-Wesen (1976), 51, 2401;
14. Travis L. B., Dodge N. F., Beathard G. A.: Clin. Nephrol. (1973), 1, 169.

Sosit la redacție: 2 iunie 1982.

C. Rusnac, Constanța Ionescu, Martha Adler, A. Ajtay, Judith Formanek

SCALE OF VALUES OF DIAGNOSTIC CRITERIA IN POSTSTREPTOCOCCAL ACUTE DIFFUSE GLOMERULONEPHRITIS IN CHILDREN

In 138 children with poststreptococcal acute diffuse glomerulonephritis, the authors made an attempt to fix a scale of values of the standard criteria and of some up-to-date tests of diagnosis, as the positive index was 100⁰/₀, between 100⁰/₀ and 60⁰/₀, and under 60⁰/₀, respectively. It has been pointed out that the highest diagnostic index was to be found in: decrease of serum complement and chiefly of fraction C₃, increase of serum IgG, presence of albuminuria, haema-

turia, VSH acceleration and increase of ASLO titre; a diagnostic index between 100⁰/₀ and 60⁰/₀ showed: oedemas, arterial hypertension, cylindruria, hypoalbuminaemia, hyperalpha₂-globulinaemia; in the third category (under 60⁰/₀ diagnostic value) the following were found: oligoanuria, nitrogen retention, anaemia, leukocytosis, increased eosinophilia and moderate hypergammablobulinaemia.