

HEMOPTIZIE DIN DOUĂ BOLI SEVERE

Victor Botnaru¹ – dr. hab. șt. med., prof. univ.,
Irina Voloșciuc¹ – medic rezident, drd.,
Oxana Munteanu¹ – dr. șt. med., conf. univ.,
Diana Condrățchi² – cercet. șt.,

¹Departamentul Medicină Internă, Disciplina de pneumologie și alergologie,
IP USMF „Nicolae Testemițanu”,

²Institutul Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”
tel.: +373 79354720, volosciuc15@gmail.com

Rezumat

Definită ca și eliminare de sânge provenit din căile aeriene subglotice prin cavitatea bucală, hemoptizia este un simptom alarmant pentru fiecare pacient și determină adesea adresarea la medic. Identificarea cauzei este esențială, hemoptizia fiind un simptom nespecific (descriș în peste 100 de boli) pune probleme legate de originea sa benignă sau malignă. Trei cauze sunt estimate ca și responsabile de peste 90% dintre hemoptiziile importante: tuberculoza, bronșiectaziile și abcesul pulmonar. Prezentăm cazul unei paciente de 40 ani, la care hemoptizia, având ca și etiologie interferența a două boli (bronșiectaziile și stenoza mitrală) diagnosticate la etapa complicațiilor, a determinat adresarea la medic. Comorbiditățile în bronșiectazii sunt frecvente și contribuie substanțial la povara bolii și la mortalitate. Valvulopatiile sunt raportate ca și comorbidități ce influențează mortalitatea și rata supraviețuirii la pacienții cu bronșiectazii. Deși pacienta prezentată are o funcție cardiacă prezervată cu un grad ușor de hipertensiune pulmonară, riscul de înrăutățire precum și de dezvoltare a endocardită bacteriană, având un focar de infecție persistent (bronșiectaziile colonizate de *P. aeruginosa*) argumentează necesitatea unei monitorizări și a unui tratament multidisciplinar ce ar putea îmbunătăți prognosticul. Diagnosticarea tardivă a unor maladii invalidizante la stadiul de dezvoltare a complicațiilor rămâne a fi o problemă chiar în condițiile accesibilității metodelor de diagnostic necesare. Accesibilitatea la tratamentul antibacterian și administrarea acestuia fără prescripția medicului, fără identificarea bacteriilor și a sensibilității acestora la antibiotice (în special la pacienții cu bronșiectazii), pot avea un impact semnificativ asupra evoluției bolii și a posibilităților terapeutice de viitor.

Cuvinte-cheie: hemoptizie, bronșiectazii, stenoza mitrală

Summary. Hemoptysis from two severe diseases

Defined as coughing up blood from subglottic airways, haemoptysis is an alarming symptom, which often makes the patient to seek for medical care. The identification of the cause is essential, haemoptysis being a nonspecific symptom (described in more than 100 diseases) implies some difficulties for clarifying its benign or malignant origin. There are three aetiologies accounted for 90 percent of the cases of massive haemoptysis: tuberculosis, bronchiectasis, and lung abscess. We present the case of a 40-year-old patient, in whom haemoptysis, diagnosed at the stage of complications, had the etiological interference of two diseases (bronchiectasis and mitral stenosis). Comorbidities in bronchiectasis are frequent and amplify the burden of disease, especially the mortality. Valvulopathies are reported as comorbidities that influence mortality and survival rates in patients with bronchiectasis. Although the patient has a preserved heart function with mild pulmonary hypertension, the risk for deteriorating and for bacterial endocarditis due to a persistent infection (bronchiectasis colonized by *P. aeruginosa*) justifies the need of a multidisciplinary monitoring and treatment that could improve the prognosis. The problem of late diagnosis of disabling illnesses at the stage of complication development is still a hot issue, even with all necessary diagnostic tools available. Accessibility to antibacterial treatment and its administration regardless the bacterial sensitivity to antibiotics (especially in patients with bronchiectasis) could have a significant impact on disease progression and future therapeutic options.

Key words: hemoptysis, bronchiectasis, mitral stenosis

Резюме. Кровохарканье при двух тяжелых болезнях

Кровохарканье, как выделение крови при кашле из дыхательных путей, является тревожным знаком для каждого пациента и часто служит главной причиной обращения к врачу. Так как кровохарканье является неспецифическим симптомом (описанный в более чем 100 заболеваниях), очень важно выявить этиологию, с уточнением между доброкачественным и злокачественным происхождением. Три причины оцениваются как ответственные за более чем 90% массивных кровохарканий: туберкулез, бронхоэктазы и абсцесс легкого. Представляем случай 40 летней пациентки, у которой появление кровохарканья, как осложнение двух болезней (бронхоэктазы и митральный стеноз), послужило причиной обращения к врачу. Сопутствующие заболевания у больных с бронхоэктазами описаны как частое явление, которые способствуют бремени болезни и смертности. Приобретенные пороки клапанов сердца наблюдаются как сопутствующие заболевания у больных с бронхоэктазами которые влияют на смертность и выживаемость пациентов. Поздняя диагностика тяжелых заболеваний в стадии развития осложнений остается важной проблемой даже в условиях доступности необходимых ди-

агностических методов. Доступность к антибиотикам без рецепта, лечение без идентификации бактерий и их антибактериальной чувствительности (особенно у пациентов с бронхоэктазами), может оказать существенное влияние на прогрессировании заболевания и терапевтические возможности на будущее.

Ключевые слова: крвохарканье, бронхоэктазы, митральный стеноз

Definită ca și eliminare de sânge provenit din căile aeriene subglotice prin cavitatea bucală, hemoptizia este un simptom alarmant pentru fiecare pacient și determină adesea adresarea la medic. Identificarea cauzei este esențială, hemoptizia fiind un simptom nespecific (descriș în peste 100 de boli) pune probleme legate de originea sa benignă sau malignă. Pacientul cu hemoptizie trebuie informat despre posibilitățile etiologice ale acesteea precum și despre riscurile și beneficiile strategiilor de management. Pacienții pot avea mai multe prezentări la camera de gardă cu diagnostice variate, bronșita cronică la un pacient cu tuse cronică, fiind considerată ca și cea mai frecventă cauză a hemoptiziilor mici. Atitudinea diagnostică deseori este influențată de dificultățile economice atât ale pacientului, cât și ale sistemului medical.

Prezentăm cazul unei paciente la care hemoptizia, având ca și etiologie interferența a două boli diagnosticate la etapa complicațiilor, a determinat adresarea la medic.

Caz clinic:

Pacientă de 40 ani, nefumătoare, neangajată, se prezintă cu acuze de dispnee la efort fizic moderat (mMRC 3), tuse cu expectorație muco-purulentă sub 150 ml/zi cu miros fetid, hemoptizii repetate în cantități mici, subfebrilitate, palpitații, dureri retrosternale cu caracter înțepător și astenie marcată.

Este cunoscută cu bronșită cronică de 20 ani, a născut un copil. Nu are sputoculturi efectuate. Tramentul antibacterian este recomandat de medicul de

familie, iar unele exacerbări le tratează desinestător în baza recomandărilor anterioare (asumându-și și decizia administrării, tipului și duratei antibioticoterapiei).

Primele investigații la cardiolog și pneumolog sunt determinate de apariția hemoptiziei la o pacientă de 40 ani. Examenul obiectiv, cu evidențierea *facies mitralis* și suflului sistolic mai intens în focarul mitralei (diastolicul omis, de rând cu clacmentul de deschidere al mitralei), au argumentat suspiciunea unei valvulopatii, confirmată la ecocardiografie (cuspele valvei mitrale îngroșate, amplitudinea deschiderii redusă, suprafața orificiului mitral 2,55 cm², gradientul presional 13,8 mmHg, FE 62%, presiune sistolică ventricular drept – 32 mmHg).

Radiografia toracelui (*fig. 1*) a exclus prezența unor modificări evidente ce ar susține diagnosticul de tuberculoză pulmonară (suspectată și prin IMC 18 kg/m²), dar a pus în evidență un desen pulmonar îmbogățit, cu multiple opacități inelare și tubulare în câmpurile pulmonare medii și inferioare bilaterale, pe alocuri cu aspect de “rozetă” și un sindrom de hiperinflație. Tabloul auscultativ pulmonar era dominat de multiple raluri sibilante și ronflante, iar testele funcționale au evidențiat un defect ventilator tip obstructiv distal (MMEF 75/25 – 64%) și un sindrom de hiperinflație (VR – 260%, CPT – 160%). Analiza sputei la BAAR și testul biomolecular rapid la tuberculoză (GeneXpert) au fost negative, la fel ca și sputoculturile pe medii lichide și prin metoda Levenstein-Jensen.

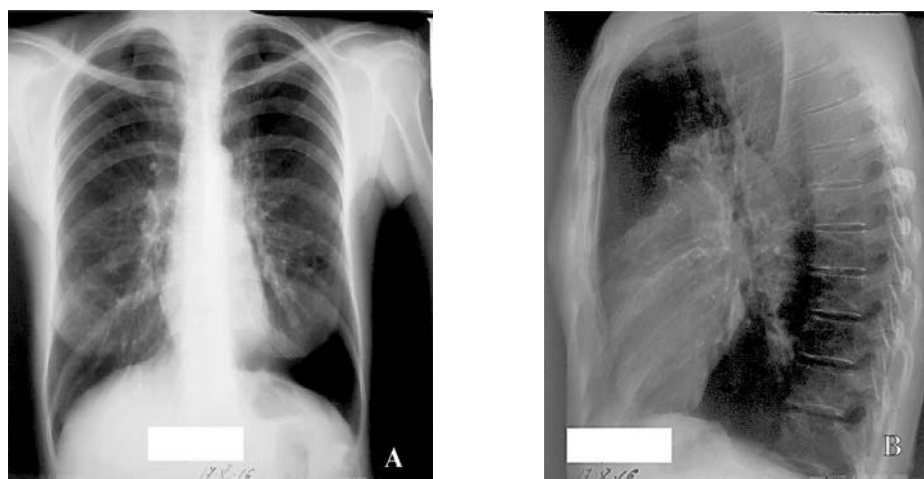


Fig. 1. Radiografia toracelui. A: incidența postero-anterioară – semne de hiperinflație (cutia toracică în formă de clopot, hipertransparența câmpurilor pulmonare, orizontalizarea coastelor, inima în picătură, aplatisarea hemidiafragmelor), accentuarea și deformarea desenului pulmonar bilateral (opacități inelare, îngroșarea pereților bronșici, semnul “șinelor de tramvai”). B: incidență laterală stângă – lărgirea diametrului antero-posterior al cutiei toracice, spațiul retrosternal clar lărgit

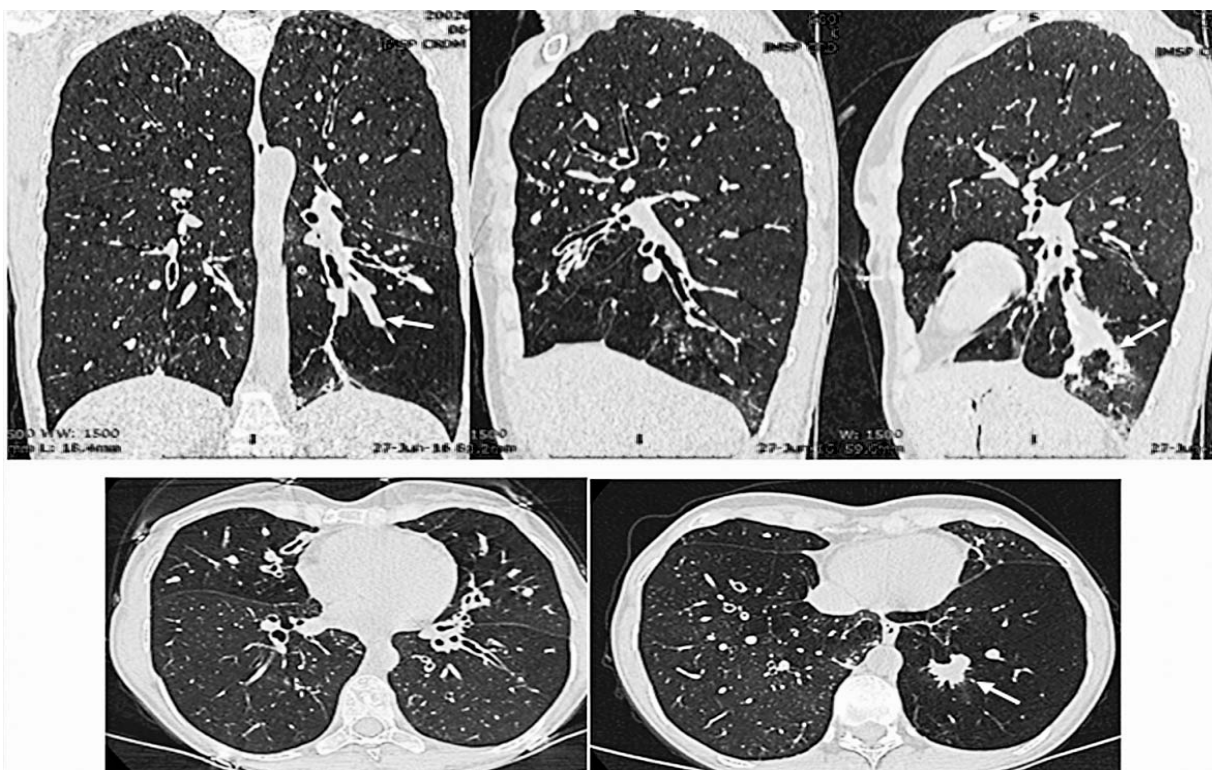


Fig. 2. HRCT toracelui – se vizualizează bilateral numeroase bronșiectazii cilindrice și varicoase (semnul “inelului cu pecete”, “șine de tramvai”), unele din ele impactate cu secreții (semnul degetului de mână - săgeți). Semne de emfizem centrolobular bilateral, mai exprimat în lobul inferior pe stânga cu rarefierea importantă a desenului pulmonar

Tomografia computerizată de rezoluție înaltă a confirmat prezența bronșiectaziilor cilindrice și varicoase extinse bilateral (fig. 2) cu un scor imagistic Reiff [1] de 10.

Colonizarea cu *Pseudomonas aeruginosa* confirmată prin sputoculturi repetate, vine să argumenteze prezența hemoptiziilor la o pacientă cu bronșiectazii, o boală de mai mulți ani subestimată sub masca bronșitei cronice. Deși identificat *Pseudomonas aeruginosa* sensibil, tratamentul de eradicare cu cefalosporine antipiocianice și fluorochinolone conform schemelor recomandate în protocolul clinic național [2] nu s-a reușit eradicarea infecției, dar s-a micșorat bronhoreea și stopat hemoptizia.

Discuții

Pacienții diagnosticați cu bronșită cronică consideră că e normal să tușească și să expectoreze, iar în condițiile economice actuale dificile, se pot adresa la medic foarte târziu, când tusea devine extrem de iritantă sau când apare hemoptizia. Trei cauze sunt estimate ca și responsabile de peste 90% dintre hemoptiziile importante: tuberculoza, bronșiectaziile și abcesul pulmonar [3].

Tuberculoza, fiind în lista de top ca și cauza a hemoptiziilor în țările cu incidență mare cum este și Republica Moldova, este confirmată sau infirmată prin testele bacteriologice și molecular genetice accesibile actualmente în toată țara. Odată cu accesibilita-

tea la computer tomografie, tot mai mult reușim să diagnosticăm pacienții cu bronșiectazii, care reprezintă un adevărat “rezervor bacteriologic” cu riscuri pentru societate prin antibioretistență.

Deși frecvent subdiagnosticate, bronșiectaziile au o prevalență în creștere în ultimile decenii, asociată cu o rată înaltă a morbidității și mortalității în întreaga lume [4]. Într-un studiu realizat de Anwar G. A. și colegii s-a demonstrat o întârziere cu circa 17 ani în identificarea acestei maladii de la debutul simptomelor [5]. Fiind o afecțiune complexă, bronșiectaziile se caracterizează prin inflamație sistemică cronică, care frecvent coexistă cu alte maladii. În dependență de tipul interacțiunii între ele, aceste maladii pot servi ca factori etiologici ai bronșiectaziilor, pot fi sinergice sau coincidente [6].

Tabloul clinic al bronșiectaziilor variază de la lipsa simptomelor, până la hemoptizii masive și insuficiență respiratorie. Totuși, majoritatea se prezintă cu episoade intermitente de infecții respiratorii cu tuse, producere excesivă de spută, dispnee sau cu simptomă cronică cu expectorație purulentă zilnică [7]. Într-un studiu efectuat de King T. P. și colegii, pe un lot de 103 pacienți diagnosticați cu bronșiectazii, s-a stabilit că acuza de bază era tusea cronică productivă (prezentă la 98% bolnavi). Majoritatea dintre ei, fiind și nefumători, prezentau acest simptom de peste 30 ani anterior diagnosticării bronșiectaziilor. Alte ma-

nifestări clinice frecvent întâlnite erau rinosinuzita cronică (70%), dispneea (62%), fatigabilitatea (74%), hemoptizia (26%). Peste 80% dintre pacienți aveau simptome respiratorii cronice din copilărie [8]. *Mark J. R. și colegii*, au stabilit faptul că bronșiectaziile sunt diagnosticate la aproximativ 4% dintre pacienți cu tuse cronică [9].

Tomografia computerizată reprezintă standardul de aur în diagnosticul bronșiectaziilor. Ea oferă informații ample referitor la extinderea, morfologia și severitatea acestora. Caracteristica de bază a bronșiectaziilor la CT este dilatarea bronhiilor cu diametrul luminal mai mare de 1-1,5 ori față de diametrul ramurei arterei pulmonare adiacente bronhiei respective. Alte manifestări imagistice sunt îngroșarea pereților bronhiilor, impac-tarea cu mucus a căilor aeriene, vizualizarea bronhiilor la 1-2 cm de pleura parietală [7,10].

Diagnosticarea imagistică prin CT a bronșiectaziilor dictează, ca și un următor pas, identificarea patologiei subiacente apariției acestora [11]. Mai des atribuite ca și secundare unor boli (astm bronșic, bronhopneumopatie cronică obstructivă, tuberculoză, pneumonii, fibroză chistică, dischinezie ciliară primară etc.), totuși, în peste 30% cazuri rămân a fi considerate ca și idiopatice, fiind epuizată toată bateria de teste etiologice [12].

Sputocultura este obligatorie pentru toți pacienții cu bronșiectazii. Nu există un consensus referitor la frecvența efectuării acestei examinări, însă experții recomandă testarea sputei pentru microorganisme patogene la fiecare vizită și cel puțin o dată la 6 luni [11]. Izolarea *Pseudomonas aeruginosa* reprezintă un aspect foarte important. Pacienții cu bronșiectazii non-fibroză chistică colonizați cu *Pseudomonas aeruginosa* dezvoltă un risc mai mare de hemoptizii masive, au o calitate a vieții și funcție pulmonară mai redusă față de persoanele fără colonizare sau cu colonizare prin alți germeni [13]. *Wilson C. și colegii* într-un studiu pe un eșantion de 120 pacienți a stabilit că bolnavii colonizați de *Pseudomonas aeruginosa* pe o perioadă mai mare de trei ani au valori mai mici ale VEMS-ului și bronșiectazii mai extinse [14].

Comobirditățile în bronșiectazii sunt frecvente și contribuie substanțial la povara bolii și la mortalitate. Valvulopatiile sunt raportate ca și comorbidități ce influențează mortalitatea și rata supraviețuirii la pacienții cu bronșiectazii [6]. Deși pacienta prezentată are o funcție cardiacă prezervată cu un grad ușor de hipertensiune pulmonară, riscul de înrăutățire precum și de a dezvolta endocardită bacteriană, având un focar de infecție persistent (bronșiectaziile colonizate de *P. aeruginosa*) argumentează necesitatea unei monitorizări și a unui tratament multidisciplinar ce ar putea îmbunătăți prognosticul.

Concluzii

Diagnosticarea tardivă a unor maladii invalidizante la stadiul de dezvoltare a complicațiilor rămâne a fi o problemă chiar în condițiile accesibilității metodelor de diagnostic necesare. Accesibilitatea la tratamentul antibacterian și administrarea acestuia fără prescripția medicului, fără identificarea bacteriilor și a sensibilității acestora la antibiotice (în special la pacienții cu bronșiectazii), pot avea un impact semnificativ asupra evoluției bolii și a posibilităților terapeutice de viitor.

Bibliografie

1. Reiff, D.B., et al., *CT findings in bronchiectasis: limited value in distinguishing between idiopathic and specific types*. AJR Am J Roentgenol, 1995. **165**(2): p. 261-7.
2. Botnaru, V., Munteanu, O., Balica, I., Calaraș, D., *Bronșiectaziile la adult*. Protocol Clinic Național. Republica Moldova, 2017. **275**: p. 27-31.
3. Cahill, B.C. and D.H. Ingbar, *Massive hemoptysis. Assessment and management*. Clin Chest Med, 1994. **15**(1): p. 147-67.
4. Seitz, A.E., et al., *Trends in bronchiectasis among medicare beneficiaries in the United States, 2000 to 2007*. Chest, 2012. **142**(2): p. 432-9.
5. Anwar, G.A., et al., *Phenotyping adults with non-cystic fibrosis bronchiectasis: a prospective observational cohort study*. Respir Med, 2013. **107**(7): p. 1001-7.
6. McDonnell, M.J., et al., *Comorbidities and the risk of mortality in patients with bronchiectasis: an international multicentre cohort study*. Lancet Respir Med, 2016. **4**(12): p. 969-979.
7. Pasteur, M.C., et al., *British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis*. Thorax, 2010. **65 Suppl 1**: p. i1-58.
8. King, P.T., et al., *Characterisation of the onset and presenting clinical features of adult bronchiectasis*. Respir Med, 2006. **100**(12): p. 2183-9.
9. Mark, J.R., *Chronic Cough Due to Bronchiectasis*. ACCP Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest, 2006. **129**: p. 122S-132S.
10. Floto, R.A., Haworth, C. S., *Bronchiectasis*. European Respiratory Society Monograph. 2011. **52**: p. 32-43.
11. Maselli, D.J., et al., *Suspecting non-cystic fibrosis bronchiectasis: What the busy primary care clinician needs to know*. Int J Clin Pract, 2017. **71**(2).
12. Aliberti, S., et al., *Clinical phenotypes in adult patients with bronchiectasis*. Eur Respir J, 2016. **47**(4): p. 1113-22.
13. Hernandez, C., et al., *[Pulmonary function and quality of life in relation to bronchial colonization in adults with bronchiectasis not caused by cystic fibrosis]*. Med Clin (Barc), 2002. **118**(4): p. 130-4.
14. Wilson, C.B., et al., *Validation of the St. George's Respiratory Questionnaire in bronchiectasis*. Am J Respir Crit Care Med, 1997. **156**(2 Pt 1): p. 536-41.