

PNEUMONII COMUNITARE SEVERE. IMPORTANȚA DIAGNOSTICĂ ȘI PROGNOSTICĂ A TABLOULUI RADIOLOGIC

Victor Botnaru¹, dr.h. în medicină, prof.univ., **Ion Balica²**, dr.în medicină, USMF „N.Testemițanu”¹, Spitalul Clinic Republican²

Actualmente, pneumonia este una din cele mai frecvente cauze infecțioase de deces, în SUA fiind a 6-a cauză majoră de decese [1]. Pe Glob anual decedează prin pneumonii 5 mln. De oameni; în țara noastră rata afecțiunilor aparatului respirator în structura deceselor este de 6,3%, anual de pneumonii decedând peste 600 de pacienți. Incidența pneumoniilor comunitare (PC) este de 6/1000 în grupul de vârstă de 18-39 de ani și de 34/1000 la cel cu vârstă peste 75 de ani. Internare în spital necesită 20%-40% din pacienții cu PC, dintre care 10% sunt internați în serviciul terapie intensivă. Mortalitatea generală în PC este de 5%-10%, alcătuind în pneumoniile cu evoluție severă în jur de 40%-50% [2].

Era antimicrobiană a produs o reducere cu 60% a mortalității generale în pneumonii, dar rata fatalităților rămâne înaltă în pneumoniile cu evoluție severă. În structura distrucțiilor pulmonare acute (DPA) pneumonia este lider, fiind cauza supurațiilor pulmonare în 68%-95% de cazuri DPA. Din numărul total al pneumoniilor 1%-2,2% degenerază în DPA, de care, conform datelor OMS, anual pe Glob decedează 2,2 mln. de pacienți [3].

Diagnosticul precoce și tratamentul corect al pneumoniilor constituie momente importante în reducerea numărului DPA și a ratei deceselor în inflamațiile pulmonare acute. Aprecierea severității proceselor inflamator-distructive din parenchimul pulmonar constituie baza unui management corect și a unui pronostic favorabil.

Analiza practicii clinice curente relevă deficiențe în determinarea severității pacienților cu pneumonii comunitare. Aprecierea incorectă a stării pacientului în diferite momente evolutive ale bolii și a dinamicii clinico-radiologice condiționează deteriorarea bruscă și trecerea spre o stare irecuperabilă. Analiza unui caz recent de deces vine să sublinieze importanța monitorizării elementelor de severitate în tratamentul acestor pacienți.

Pacienta R., 63 de ani, s-a adresat la medicul de familie la 30/03/2007 pentru tuse cu expectorații galbene, dispnee la efort fizic minim, junghi toracic dreapta, xerostomie, polidipsie, anorexie, transpirații nocturne. La examenul respirator polipnee, matitate cu raluri umede interscapulovertebrale și subscapular pe dreapta. Febra 38,5°C, FCC 100/min, TA 100/60 mm Hg. Leucocitoza 13,6x 10⁹/l cu nesegmentatele 7%, VSH-62 mm/oră. Examenul radiologic pulmonar stabilește prezența unor infiltrate pneumonice bilaterale (*fig. 1*), diagnosticate de radiolog ca fiind tuberculoză pulmonară infiltrativă.

În afară de aceasta, în fișa de ambulator apare o analiză a sputei, pozitivă la BAAR (ulterior s-a dovedit că inscripția a fost făcută din greșeală). În aceeași zi, din cauza gravității evidente, pacienta este internată în secția Ftiziatrie a spitalului raional, cu diagnosticul de tuberculoză pulmonară infiltrativă. A fost inițiat tratamentul cu penicilină 6 mln. unități/24 ore + streptomycină 1,0/24 ore. După 4 zile de tratament, temperatura s-a micșorat până la 37°C, dar starea pacientei se deteriorează progresiv, cu avansarea insuficienței respiratorii și renale, ureea fiind 12,0 mmoli/L. Examenul radiologic pulmonar din 3/04/2007 a constatat dinamică negativă - opacifiere neomogenă a lobilor superior și mediu dreapta, a S 1+2 și S 8+9 stânga cu o cavitate distructivă în S 1-2 stânga. Concluzia radiologică din 3 aprilie 2007: tuberculoză pulmonară infiltrativă. Pneumonie cazeoasă lob superior drept, cavernă lob superior stâng.

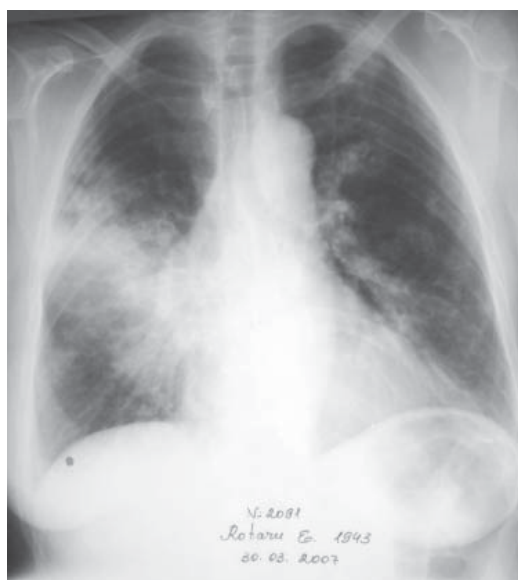


Fig. 1. Radiografia toracelui la ziua internării

Pe radiograma frontală depistăm prezența unei pneumonii bilaterale, cu afectarea a 2 lobi dreapta și multiple focare infiltrative stânga; acesta este indicatorul radiologic al severității unei pneumonii acute. Prezența afectului bilateral, a criteriilor inflamației generalizate și a uremiei clasifică acest caz de pneumonie în grupul celor severe, care din debut este un sepsis pulmonar sever și necesită spitalizare imediată și tratament în secția de terapie intensivă.



Fig. 2. Radiografia toracelui la 03/04/2007 (ziua a 4-a de la internare)

Evoluția radiologică este rapidă: timp de 4 zile, bilateral apar focare infiltrative noi confluențe, în miezul infiltratelor fiind evidentă distrucția.

Prin consiliu 3 specialiști ftiziatri au stabilit diagnosticul de „tuberculoză pulmonară infiltrativă, faza progresare cu distrucție, caz nou, BAAR negativ, categoria 1”. A fost stabilit tratamentul specific cu 4 preparate (izoniazidă, pirazinamidă, rifampicină, streptomycină) plus cefazolină 1,0 x 2 ori/zi intramuscular. Peste 10 zile de tratament, la 13/04/07, dinamica clinică negativă este confirmată de examenul radiologic, care a relevat gangrenizarea lobului spurior drept, progresarea schimbărilor din plămânul stâng.



Fig. 3. Radiografia toracelui la ziua a 14-a de la internare

Devine evident caracterul necrozant al inflamației pulmonare, cu apariția de cavități cu nivel hidroaeric bilateral, cu sechestre parenchimotoase, fixate de peretele abceselor.

Peste 5 zile, pe 18/04/07, pacienta a fost consultată în Institutul de Fiziopneumologie, fiind stabilit diagnosticul de pneumonie stafilococică cu abcedare bilaterală, evoluție severă.



Fig. 4. Radiografia toracelui la ziua a 19-a

Progresarea (sub tratament antibacterian combinat) procesului distructiv pulmonar, cu apariția unei cavități gigante, fără conținut, în lobul superior stâng. Pacienta este trimisă la internare în secția Reanimare septică a SCR, din cauza tabloului clinic de șoc septic, tensiunea arterială fiind de 60 mm Hg, în prezența encefalopatiei. A fost drenată cavitatea din lobul superior drept, stabilită antibioterapia cu 3 preparate intravenos.

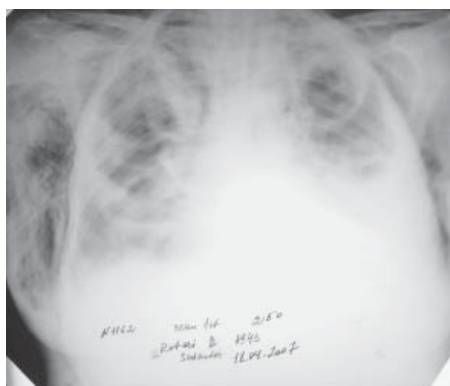


Fig. 5. Radiografia toracelui la ziua a 19-a

După drenarea abcesului din dreapta a dispărut nivelul orizontal, apar colecții lichidiene pleurale bilaterale.

Peste 12 ore, pacienta a decedat prin șoc septic ireversibil. Examenul morfopatologic stabilește prezența pneumoniei distructive bilaterale extinse, complicată cu empiem pleural bilateral, șoc toxicoseptic.

Discuții. Cazul prezentat demonstrează evoluția naturală a inflamației generalizate, cu focar primar în parenchimul pulmonar- sepsis, după care urmează sepsisul sever, cauza decesului fiind șocul septic ireversibil. Durata evolutivă a procesului -3 săptămâni. Analiza cazului demonstrează vicisitudini serioase de management. Neaprecierea din debut a severității cazului, din cauza neutilizării în practica clinică curentă a indicilor de severitate a pneumoniilor comunitare, afectarea pulmonară bilateral fiind unul din criteriile importante. Supraestimarea concluziei radiologice de tuberculoză, combinată cu eroarea depistării de BAAR, a cauzat instituirea tratamentului specific antituberculos, tratament care a contribuit la dinamica negativă a unei pneumonii bacteriene. Dinamica radiologică negativă rapidă sub tratament specific este unul din indicatorii greșelii diagnostice. Consultul unui caz grav doar după 2 săptămâni de tratament neefectiv nu corespunde standardelor acceptate. Transportarea unui pacient în stare de șoc septic la sute de kilometri este inacceptabilă în practica clinică curentă.

În opinia noastră, la evoluția nefastă a cazului a contribuit, în mare măsură, nerespectarea (probabil, din necunoaștere) de către medicii curanți a standardelor de tratament, a regulilor de apreciere a severității unei pneumonii acute, omiterea posibilității evoluției septică a pneumoniei. Studiul British Thoracic Society (BTS) a identificat factorii asociați cu decesul în pneumonii [4, 5]: vârsta înaintată, absența durerii și a vomelor, terapia cu digitale în antecedente, prezența tahipneei, a hipotensiunii diastolice, a confuziei, leucopeniei, leucocitozei, creșterea nivelului ureei în serul sangvin. Ulterior a fost stabilită importanța alterării statusului mintal, a neoplaziilor asociate și a unelor cauze etiologice de risc înalt: bacili gramnegativi, Staph. aureus, pneumoniile prin aspirație.

Fine M. et al. [6] au stabilit factorii prognostici ai decesului în pneumonii [6]. În afara celor deja menționați, au figurat aflarea în azilul de bătrâni, hepatopatiile, insuficiența cardiacă congestivă, afecțiunile renale, cerebrovasculare, temperatura corpului sub 35 sau peste 40° C, tahicardia peste 125 de bătăi/minut, pH-ul sângelui arterial sub 7,35; natriemia sub 130 mmol/L; glucoza peste 14 mmol/L; hematocritul sub 30%; presiunea parțială a oxigenului în sângele arterial sub 60 mm Hg; prezența pleureziei pe radiograma toracică.

Indicele de severitate a pneumoniilor (Pneumonia Severity Index - PSI) constă din 20 de variabile ce reflectă vârsta, sexul, rezidența pacientului, comorbiditățile și morbiditatea acută, asociată cazului dat de pneumonie. Rolul inițial al PSI a fost identificarea riscului minim de deces, deci a pacienților care pot fi tratați în condiții de ambulator. Din 5 grupe de risc, primele 3 au riscul de mortalitate de 30 de zile de 1%-3%, în grupul al 4-lea riscul decesului este de ~8%, în grupul 5 riscul este de ~30%. Scorul PSI este recomandat ca procedeu de determinare a severității PC [7].

În practica clinică curentă sunt utile scorurile CURB și CURB-65, care includ 4 semne, ce reflectă morbiditatea în pneumonia acută: prezența confuziei (C), uremia (U), frecvența respirației (R) și tensiunea arterială (B) – (de la “blood pressure”). Prin atribuirea a câte 1 punct pentru fiecare simptom prezent se calculează scorul CURB sau scorul CURB-65 (pentru pacienții cu vârsta peste 65 de ani). Scorurile CURB și CURB-65 au valoare prognostică similară scorului PSI [7]: valoarea scorului 0-1 este asociată cu o mortalitate de 1,5%; CURB-65 egal cu 2 prognozează o mortalitate de 9,2%, iar valorile scorului peste 3 sunt asociate cu o mortalitate de 22%-30%. Pacienții cu PC cu valorile CURB-65 peste 4 necesită internare direct în secțiile de terapie intensivă. Actualmente este stabilită echivalența în termeni de mortalitate de 30 de zile a PSI, CURB-65 și CRB-65 (acest scor omite prezența uremiei). Nu în toate spitalele poate fi determinată ureea, ceea ce este în favoarea aplicării CRB-65, care poate fi folosit și în condiții de ambulator. Așadar, PSI este scorul care trebuie calculat la internarea pacienților cu PAC; CURB-65 și CRB-65 sunt aplicabili în condiții de ambulator.

În baza experienței internaționale au fost elaborate și criteriile de stratificare a riscului pentru practica medicală din țara noastră [8], în care decizia internării (în serviciile obișnuite sau în secția de terapie intensivă) se bazează și pe factori suplimentari, ca prezența comorbidităților, hipoxemia

severă sau hipercapnia, extinderea infiltratelor pe radiogramele toracice, prezența exsudatului pleural, factorii sociali.

Concluzii

1. Complicațiile septice sunt frecvente în pneumoniile comunitare și în distrucciunile pulmonare acute, condiționând letalitatea înaltă în aceste cazuri.

2. În pneumonii decizia internării trebuie să se bazeze pe criterii bine stabilite. Toate cazurile de pneumonii severe necesită spitalizare în secția de terapie intensivă.

3. Managementul intensiv al pneumoniilor severe și al DPA trebuie ghidat de standardele de tratament antibacterian, de evaluarea dinamică a tabloului clinicoradiologic și a scorurilor de severitate.

Bibliografie selectivă

1. *Pneumonia and influenza death rates*, United States Morb Mortal Wkly Rep 1995; 44: 535-7.
2. Farr B. M., *Prognosis and Decisions in Pneumonia*, New England J. Med., 1997, 336:287-9.
3. Fine M.J., Smith M.A., Carson C.A. et al., *Prognosis and outcomes of patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis*. JAMA, 1996;275:134-41.
4. Ewig S., Torres A., Woodhead M., *Assessment of pneumonia severity: a European perspective*, Eur Respir J, 2006; 27:6-8
5. British Thoracic Society, *Guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults*. Thorax, 2001;56 (suppl. 4):1-64.
6. Fine M.J., Auble T.E., Yealy D.M. et al., *A prediction rule to identify low-risk patients with community-acquired pneumonia*, N Engl J Med, 1997;336:243-250.
7. American Thoracic Society, *Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention*. Am J Respir Crit Care Med, 2001;163:1730-1754.
8. Botnaru V., *Pneumonia extraspitalicească la adult: recomandări practice*, Chisinau, 2004, 68 p.

PNEUMONITELE INTERSTIȚIALE IDIOPATICE – MANIFESTĂRI RADIOLOGICE

Victor Botnaru¹, dr.h. în medicină, prof.univ., **Oxana Munteanu¹**, **Doina Rusu¹**, dr. în medicină, **Silviu Condrea²**, dr. în medicină, USMF „N. Testemițanu”¹, Centrul de diagnosticare medicală „Ch. Draganiuc”²

Leziunile pulmonare variate, caracterizate prin îngroșarea difuză a pereților alveolari, sunt reunite sub genericul pneumopatii interstițiale difuze (PID). Printre factorii ce provoacă fibrozarea alveolară difuză (etiologie cunoscută) sunt menționate pulberile anorganice (azbestoza, silicoza, berilioza etc.) sau organice (plămânul de fermier, plămânul crescătorilor de păsări etc.), unele medicamente (amiodarona, metotrexatul, sulfasalazina etc.) și toxice, boli ale țesutului conjunctiv, unele infecții (virale, bacteriene, fungice), radiația ionizantă.

Dintre pneumopatiile interstițiale difuze cu etiologie necunoscută fac parte formele idiopatice, actualmente denumite **pneumonite interstițiale idiopatice** (*idiopathic interstitial pneumonias*), și leziunile pulmonare din cadrul sarcoidozei, limfangioleiomiomatozei, histiocitozei X, pneumonitei eozinofilice.

Pentru **pneumonitele interstițiale idiopatice** (PII) un consensus internațional multidisciplinar (pneumologie, radiologie, morfopatologie) sub auspiciile ATS/ERS (*American Thoracic Society/ European Respiratory Society*) a elaborat o clasificare [1], ce include șapte entități:

- Fibroza pulmonară idiopatică (*idiopathic pulmonary fibrosis - IPF*).
- Pneumonita interstițială acută (*acute interstitial pneumonias - AIP*).
- Pneumonita interstițială descuamativă (*desquamative interstitial pneumonias - DIP*).
- Pneumonita interstițială nespecifică (*nonspecific interstitial pneumonias - NSIP*).
- Pneumonita interstițială limfocitară (*lymphocytic interstitial pneumonias - LIP*).