

CRITERII CLINICE ȘI PARACLINICE DE DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL AL TUBERCULOZEI PULMONARE CU PNEUMONIA COMUNITARĂ ÎN CONTEXTUL STRATEGIEI DOTS

CLINICAL AND PARACLINICAL DIFFERENTIAL DIAGNOSTIC CRITERIA OF PULMONARY TUBERCULOSIS WITH COMMUNITY ACQUIRED PNEUMONIA IN ACTUAL CONTEXT OF THE STRATEGY DOTS

Olga Caraiani¹, Evelina Lesnic¹ dr.șt.med., Radu Niguleanu¹ dr.șt.med.

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Rezumat

Introducere: Tuberculoza reprezintă o provocare pentru sănătatea publică în R. Moldova, cu o incidență pe care o situează pe locul al treilea printre țările cu cea mai mare povară a tuberculozei. Pneumonia reprezintă o entitate nozologică cu cel mai mare risc al decesului printre infecțiile tractului respirator inferior. Diagnosticul eronat stabilit de pneumonie determină depistarea tardivă a formelor severe, extinse, cu evoluție cronică, având un risc înalt al decesului precoce. **Material și metode:** a fost efectuat un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui eșantion, format din 194 pacienți (eșantionul de studiu – 129 pacienți cu tuberculoză pulmonară și eșantionul de comparație – 65 pacienți cu pneumonie comunitară). **Rezultate:** a fost apreciat că vârsta tină, reședința urbană, factorul de risc epidemiologic și expresivitatea joasă a sindromului de intoxicație și bronhopulmonar, localizarea extinsă și bilaterală a infiltratelor, caracterizează pacienții cu tuberculoză. Vârsta înaintată, comorbiditățile, accesibilitatea redusă la serviciile medicale înalt calificate, expresivitatea înaltă a sindromului de intoxicație și bronhopulmonar, localizarea infiltratului într-un număr relativ mic de segmente, caracterizează pneumonia comunitară. **Concluzii:** Abordul complex al opacităților infiltrative pulmonare necesită a fi efectuat corect și oportun, luând în considerație gravitatea situației epidemiologice a tuberculozei în R. Moldova.

Cuvinte cheie: tuberculoza, pneumonie, factori de risc.

Abstract

Background: Tuberculosis is a big challenge for public health in R.Moldova, with an incidence that places it on the third place among high TB burden countries. Pneumonia is a distinct nosologic entity among lower respiratory pathologies with a high risk of poor outcome. Erroneously pneumonia diagnosis instead of tuberculosis causes late detection of severe, extensive and chronic forms with a high death rate. **Material and methods:** A retrospective, selective and descriptive study was realised on a sample of 194 patients (study group – 129 pulmonary TB patients, reference group – 65 pneumonia cases). **Results:** It was established that younger age, urban provenience, epidemiological high risk conditions, low expresseviness of intoxication and broncho-pulmonary syndromes, extensive bilateral localised infiltrates, characterise patients with pulmonary TB. Old age, comorbidities, reduced availability of high qualified medical care, high expresseviness of the intoxication and broncho-pulmonary syndromes, location of infiltrate in a limited number of segments, characterise communicative acquired pneumonia. **Conclusions:** Complex approach of infiltrative pulmonary opacities must be performed properly, considering the severity of epidemiological situation in R. Moldova.

Key words: tuberculosis, pneumonia, risk factors.

Introducere

Tuberculoza reprezintă o provocare pentru Sistemul de Sănătate al oricărui stat și a fost declarată de către OMS o urgență mondială, în 1993 [3]. Conform raportului OMS, actual, o treime din populația mondială este infectată cu *M.tuberculosis*, anual înregistrându-se peste 9 milioane de cazuri noi de tuberculoză și 2 milioane de decese prin progresia tuberculozei. R. Moldova se situează pe locul 3 din cele 18 țări cu povară înaltă a TB din Regiunea Europeană [3]. Criza social-politică debutată în anul 1990 a determinat continua agravare a indicatorilor epidemiologici ai TB, cauzând valoarea maximă a incidenței în anul 2006 de 134 la 100000 populație și o mortalitate de 19 la 100000 populație. Acești indici manifestă o descreștere lentă, ca în anul 2013

să se înregistreze o incidență a tuberculozei de 110 la 100000 populație și o mortalitate de 11 la 100000 populație. În 2001, R. Moldova a adoptat strategia recomandată de OMS, numită DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy). Programul Național de Control al Tuberculozei, la baza căruia stă DOTS, este adoptat la fiecare 5 ani și are la bază 2 obiective: să atingă depistarea a 70% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară, prin microscopia frotiului sputei și să vindece cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoza pulmonară. În pofida tuturor investițiilor financiare, măsurilor de optimizare a depistării bolnavilor de tuberculoză și instruirii personalului asistenței medicale primare, atât microscopia frotiului sputei, cât și rata succesului terapeutic, nu au atins obiectivele

stabilite. Conform datelor raportate, ponderea formelor de tuberculoză pulmonară bacilară în R. Moldova rămâne în platou, fără modificări semnificative: 2007 – 44,1%, 2008 – 44,1%, 2009 – 39,5%, 2010 – 38,1%, 2011 – 37,4%, 2012 – 39,2%, deși se atestă o rată îngrijorător de mare a formelor de tuberculoză pulmonară cu distrucții parenchimotoase: 2007 – 43,7%, 2008 – 46,3%, 2009 – 40,1%, 2010 – 40,3%, 2011 – 38,0%, 2012 – 37,3%. Potrivit PCN-123, diagnosticul TB se efectuează conform unui algoritm bine stabilit, ce include examenul sputei prin colorația Ziehl-Neelsen, cultura cu testarea sensibilității la chimiopreparatele antituberculoase și radiografia toracică în două incidente. Actualmente a fost inclusă testarea sensibilității la rifampicină, prin intermediul testului Xpert-MTB/RIF [1]. În pofida unui algoritm de diagnostic bine prestabilit, în circa 30% din cazurile de tuberculoză diagnosticul prezumptiv eronat stabilit de „pneumonie comunitară” cauzează tergiversarea depistării tuberculozei, astfel condiționând dezvoltarea formelor severe, extinse, cronice, cu evoluție rapid fatală. Însă, gravitatea majoră a bolnavilor cu diagnostic eronat constă în pericolul epidemiologic pe care aceștia îl expun asupra populației sănătoase în calitate de sursă de infecție tuberculoasă.

Scopul

Studierea criteriilor clinice și paraclinice de diferențiere ale tuberculozei pulmonare infiltrative de pneumonia comunitară, în contextul strategiei DOTS.

Obiective

Studierea particularităților biologice, sociale, case-management, clinice și manifestărilor radiologice ale TB pulmonare infiltrative și ale pneumoniilor comunitare; Elucidarea criteriilor de diferențiere a TB pulmonare infiltrative și a pneumoniilor comunitare.

Material și metode

A fost îndeplinit un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui volum total de 194 bolnavi cu infiltrate pulmonare, în vîrsta de 18 – 70 de ani, internați în IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011 – 01.01.2013, distribuiți în 2 eșantioane: eșantionul de studiu – 192 bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă și eșantionul de comparație – 65 bolnavi de pneumonie comunitară. Criteriile de includere în eșantionul de studiu: vîrsta > 18 ani; tipul pacientului – „caz nou”; înregistrat și tratat în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011 – 01.01.2013; eșantionul de comparație: 65 bolnavi de pneumonie comunitară cu vîrsta > 18 ani; tratați în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011 – 01.01.2013. Pentru colectarea materialului primar a fost utilizată metoda extragerii informației din formularele medicale și cele statistice. Toate datele cercetărilor clinice de laborator, instrumentale și ale documentației medicale au fost incluse în fișa individuală de studiu. Au fost utilizate metodele de

analiză: de comparație; de sinteză; determinarea veridicității; analiza discriminantă. Prelucrarea matematico-statistică a materialului a fost efectuată prin verificarea cantitativă și calitativă a materialului acumulat, mai apoi s-a procedat la repartizarea materialului în grupări simple și grupări complexe. Materialul prelucrat a fost tabelat, folosind tabele simple, de grup și combinate. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat utilizînd aplicațiile programelor Microsoft Excel XP și Statistica 10,0.

Rezultate și discuții

Particularități biologice, demografice, epidemiologice și manageriale. Conform repartiției după gen, am apreciat o predominare semnificativă a bărbaților comparativ cu femeile, în ambele eșantioane, astfel că în eșantionul de studiu au fost 97 (75,19±3,80%) bărbați și 41 (63,07±5,98%) femei, iar în cel de comparație 41 (63,07±5,98%) bărbați și 24 (36,92±5,98%) femei, cu același grad de concludență $p < 0,01$. Totuși, raportul de genuri a fost practic similar în eșantioanele studiate. Vârsta medie a pacienților eșantionului de studiu a constituit 35,6 ani și a eșantionului de comparație 54,5 ani, cu diferență semnificativă atestată ($p < 0,01$). După locul de trai, am apreciat o predominare majoritară a pacienților din mediul rural în eșantionul de comparație – 54 (83,07±4,65%) bolnavi, comparativ cu 77 (59,69±4,31%) bolnavi în eșantionul de studiu, ($p < 0,001$). Această constatare demonstrează accesibilitatea redusă pentru serviciile medicale a populației rurale și aglomerarea surselor de infecție tuberculoasă în grupurile populaționale urbane.

Factorul de risc epidemiologic major de îmbolnăvire de tuberculoză reprezintă contactul tuberculos, care s-a stabilit la o treime din bolnavii eșantionului de studiu (43 (33,33±4,15%) pacienți), iar 33 (25,58±3,84%) pacienți au provenit din focare epidemice de TB. În eșantionul de comparație nu s-a constatat contact cu sursa de infecție tuberculoasă și nici un pacient nu a provenit din focar epidemic de tuberculoză.

Studiind managementul cazului am constatat că nu este nici o diferență semnificativă între tipul personalului medical calificat, care a identificat și diagnosticat bolnavii cu pneumonie sau tuberculoză. Majoritatea acestora s-au adresat serviciilor medicale primare pentru acordarea îngrijirilor în sănătate (95 (73,64±3,87%) bolnavi ai eșantionului de studiu și 51 (78,46±5,09%) bolnavi ai eșantionului de comparație). Specialistul pneumoftiziolog a confirmat mai frecvent diagnosticul de pneumonie comunitară severă (14 (21,53±5,09%) cazuri), decât cazuri de tuberculoză (13 (10,07±2,65%) cazuri), însă gradul de concludență statistică nu a fost atins. O particularitate distinctă este durata de evoluție a simptomatologiei evocatoare. Astfel, o simptomatologie evocatoare, cu o durată de până la 7 zile, a predominat în eșantionul pneumoniilor comunitare (61 (93,84±2,98%) cazuri), iar o simptomatologie cu o durată de mai mult de 1 lună a predominat în eșantionul bolnavilor cu tuberculoză (110 (85,27±3,12%) cazuri).

Repartizarea pacienților conform motivelor adresării la serviciile medicale specializate a demonstrat că febra fără răspuns clinic la medicația simptomatică, ca motiv de adresare medicală, a predominat în eșantionul de comparație – 54 (83,07±4,65%) cazuri, comparativ cu 26 (24,07±4,11%) cazuri în eșantionul de studiu, la un grad înalt de concludență ($p < 0,001$). Deși celelalte semne clinice ale sindromului de intoxicație și bronhopulmonar au avut tendința să predomine în eșantionul de studiu, pragul de concludență nu a fost atins. Deci, hemoptiziile au condiționat adresarea la medic a 14 (12,96±3,23%) bolnavi în eșantionul de studiu, comparativ cu 4 (3,20±1,57%) bolnavi în eșantionul de comparație. Tusea s-a apreciat într-o măsură similară în cele 2 eșantioane comparate (60 (55,55±4,78%) cazuri în eșantionul de studiu și 77 (61,60±4,35%) cazuri în eșantionul de comparație). Durerea toracică au cauzat adresarea doar a unui număr restrâns de pacienți (8 (7,40±2,52%) în eșantionul de studiu și 2 (1,60±1,12%) bolnavi în eșantionul de comparație).

Deoarece severitatea deteriorării stării clinice este un criteriu al calității vieții am constatat că starea clinică mediu alterată a bolnavilor a predominat ne semnificativ în eșantionul cu tuberculoză: 31 (24,03±3,76%) cazuri vs. 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul cu pneumonii. În eșantionul cu pneumonii au predominat bolnavii în stare gravă 33 (50,76±6,20%) cazuri și extrem de gravă în 21 (32,30±5,80%) cazuri, comparativ cu 53 (41,08±4,33%) și respectiv 45 (34,88±5,80%) bolnavi ai eșantionului cu tuberculoză. Deci, gravitatea stării generale este particularitatea definitorie a pneumoniei comunitare tratate în condiții de staționar.

Subponderabilitatea, ca rezultat al scăderii vădite în greutate (indicator al persistenței sindromului de intoxicație endogenă) s-a constatat la majoritatea pacienților cu tuberculoză pulmonară (109 (84,49±3,18%) cazuri) și doar la o mică parte din cei cu pneumonie (8 (12,30±4,07%) cazuri). Este importantă ponderea bolnavilor cu dispnee în eșantionul bolnavilor de pneumonie – 59 (90,76±3,59%) cazuri vs. 95 (73,64±3,87%) cazuri cu tuberculoză ($p < 0,01$). Această constatare devine o particularitate evidentă a eșantionului cu pneumonii tratate în condiții de staționar. Diferențind gradul dispneei, conform criteriilor MRC [2], am apreciat că dispneea la efort fizic de urcare în pantă (gradul II) a predominat semnificativ în eșantionul de tuberculoză (45 (47,36±5,12%) vs 6 (10,16±3,93%) cazuri), dispneea la mers de 100 m (grad III) a predominat în eșantionul pneumoniilor (39 (66,10±6,16%) vs 40 (42,10±5,06%) cazuri în eșantionul de studiu), iar dispneea de repaus (grad IV) a predominat asemănător în eșantionul cu pneumonii (20 (33,89±6,16%) vs 10 (10,52±3,14%) cazuri de tuberculoză). Toți indicatorii s-au diferențiat la același grad de concludență statistică ($p < 0,001$).

Bolnavi cu comorbidități au predominat semnificativ în eșantionul pneumoniilor (65 (100%) vs 93 (74,40±3,90%) cazuri, $p < 0,01$). Spectrul patologiilor în eșantionul cu pneumonii a fost mai mare fiind condiționată de vîrsta mai înaintată a bolnavilor.

Tabelul 1*Criterii de diferențiere a infiltratelor pulmonare*

Indicatori	Eșantion de studiu, n=129		Eșantion de comparație, n=65		p
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Contact TB	43	33,33±4,15	0	0	<0,001
Comorbidități	93	74,40±3,90	65	100	<0,001
Acuze > 1 lună	110	85,27±3,12	0	0	<0,001
Acuze < 7 zile	61	93,84±2,98	0	0	<0,001
Stare gravă	66	51,17±2,78	51	78,46±79,14	<0,001
Cașexie	109	84,49±3,18	9	12,30±4,07	<0,001
Dispnee gr. III/IV	50	38,76±3,29	59	90,76±2,19	<0,001
Polisegmentar	129	100	52	80,00±4,96	<0,001
Bilateral	120	93,02±2,24	35	53,84±6,18	<0,01
Distrucție	129	100	2	3,07±2,14	<0,001
Diseminație	129	100	0	0	<0,001
Fibroza pulmonară	32	24,80±3,80	11	16,92±4,65	<0,05
Aderențe pleurale	10	7,75±2,35	15	23,07±5,22	<0,05

Studiind aspecte radiologice am constatat afectarea extinsă pe mai mult de 3 segmente a parenchimului pulmonar la întreg contingentul bolnavilor de tuberculoză (129 (100%) cazuri) și 52 (80,00±4,96%) cazuri în eșantionul pneumoniilor, atingînd pragul $p < 0,001$ pentru această particularitate. Identic, localizarea bilaterală a infiltratelor a predominat semnificativ statistic în eșantionul de tuberculoză 120 (93,02±2,24%) vs 35 (53,84±6,18%) cazuri în cel cu pneumonie, $p < 0,001$. Opacități infiltrative de intensitate medie, de diferite dimensiuni, confluențe, cu sectoare de distrucție, au fost identificate la toți pacienții cu tuberculoză. În cadrul eșantionului cu pneumonii comunitare, opacități infiltrative segmentare s-au determinat la 53 (81,53±4,81%) pacienți, iar de tip reticulo-nodular (semn al afectării interstițiale) la 12 (18,46±4,81%) pacienți. Distrucții parenchimotoase s-au descris la toți pacienții cu tuberculoză și doar la 2 (3,07±2,14%) pacienți cu pneumonii. Opacități micronodulare și nodulare de dimensiuni medii, indicator al diseminației bronhogene, s-au constatat la întreg eșantionul de tuberculoză și la nici un pacient cu pneumonie. Deci, distrucția parenchimotoasă și diseminația s-au adevărat particularități radiologice definitorii ale bolnavilor cu tuberculoză pulmonară. Fibroza pulmonară, semn radiologic al evoluției îndelungate a procesului inflamator s-a descris predominant în tuberculoză 32 (24,80±3,80%) comparativ cu 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul de pneumonii. Iar aderențele pleurale au fost descrise mai frecvent în eșantionul pneumoniilor – 15 (23,07±5,22%) vs 10 (7,75±2,35%) cazuri în eșantionul de tuberculoză ($p < 0,05$), probabil datorită antecedentelor infecțioase respiratorii predecesoare actualei pneumonii.

Concluzii

Studiul aspectelor comparative ale bolnavilor cu procese infiltrative pulmonare de diferită genă a stabilit

că vârsta comparativ mai tânără, contactul tuberculos, latența dinamicii clinice, cașexia, afectarea topografică extinsă și bilaterală și particularitățile ce conferă gravitate (diseminație, distrucție, fibroză pulmonară) au caracterizat procesul infiltrativ pulmonar specific.

În același timp, vârsta înaintată, comorbiditățile, acuzele acut debutate, starea generală gravă, condiționată de către o dispnee de grad înalt și localizarea într-un număr relativ

mai redus de segmente, cu afectarea preponderentă a unui singur plămîn, s-au expus ca particularitate pentru procesele infiltrative pulmonare nespecifice.

Abordul complex al pacienților cu opacități infiltrative pulmonare, necesită a fi individualizat conform criteriilor de diferențiere, luînd în cosiderație gravitatea situației epidemiologice a tuberculozei în R. Moldova.

Bibliografie

1. Protocol Clinic Național - 3 Pneumonia Comunitară la Adult. Chișinău, 2014, 43 p.
2. Protocol Clinic Național - 123 Tuberculoza la Adult. Chișinău, 2014, 24 p.
3. Global tuberculosis report. WHO. Geneva 27, Switzerland, 2014.