

DISPENSARIZAREA COPIILOR REUMATICI ŞI SUSPECŢI DE REUMATISM DIN ORAŞUL TÎRGU-MUREŞ ŞI IMPREJURIMI

Gy. Puskás, I. Csídey, Bianka Indig, G. Györffy, Klára Domokos, O. Nussbaum, soră de ocrotire K. Berekméri

Cabinetul de reumatologie, centrul de îndrumare a profilaxiei reumatismului Boillaud-Sokolski (în continuare RBS) funcţionează pe lângă policlinica de copii, începînd de la 1 octombrie 1960. În activitatea sa multilaterală el caută să continue şi să perfecţioneze munca profilactică desfăşurată în ultimii ani de colectivul de reumatologie al Clinicii de pediatrie şi să aprofundeze cercetările în domeniul diagnosticului precoce şi al depistării RBS în colectivităţile de copii.

Examele în masă au ca scop depistarea şi luarea în evidenţă a copiilor reumatici (gr. I) a suspecţilor de reumatism (gr. II) şi a celor predispuşi la reumatism (gr. III), într-un timp cât mai scurt. Cabinetul de reumatologie în cursul reexaminărilor repetate ale acestor copii a făcut observaţii îndelungate, individualizate, beneficiind de rezultatele unor colaborări strînse cu serviciile de specialitate (ORL, ortopedie, endocrinologie).

Intr-o altă lucrare (Puskás) vor fi tratate în detaliu aspectele profilaxiei moderne a reumatismului infantil.

În lucrarea de faţă prezentăm rezultatele şi observaţiile obţinute în cursul activităţii desfăşurate în cabinetul de reumatologie, referitoare la copiii reumatici (gr. I) şi la cei suspecţi de reumatism (gr. II).

Pentru a putea aprecia judicios rezultatele profilactice obţinute la un anumit număr de reumatici într-o perioadă de timp determinată, avînd în vedere complexitatea factorilor care influenţează atât evoluţia perioadelor acute cît şi a celor de acalmie, trebuie să ţinem seama de următoarele fapte: la cît timp după instalarea infecţiei streptococice a început tratamentul antiinfecţios şi dacă acesta a fost corespunzător; cînd a fost instituit tratamentul puseului acut şi dacă a fost urmat corect; starea cordului la începutul puseului acut şi în cei doi ani consecutivi; măsura în care profilaxia este bine dirijată de medicul curant şi corect urmată de copilul reumatic; infecţiile streptococice manifeste sau latente survenite în perioada de acalmie şi posibilitatea unui tratament al acestora; condiţiile de viaţă şi starea de reactivitate a copilului.

Conduita noastră în profilaxia recidivelor se poate rezuma astfel: la 6—8 săptămîni după debutul puseului acut, majoritatea copiilor sînt îndrumaţi în sanatoriu de postură. Prescriem tratamentul antinfecţios, penicilină per os, benzatin-penicilină şi mai rar penicilină uleioasă, timp de 5 ani şi tratament antireumatic, Aspirină sau Piramidon 0,10—0,05 gr. per kg corp pe zi, în primele 3—6 luni cîte 10 zile pe lună. Recomandăm asanarea focarelor de infecţie, în primul rînd amigdalectomie de la caz la caz,

după sistarea fenomenelor de activitate, sub protecția penicilinei. Regimul igieno-dietetic prevede alimentația corespunzătoare vârstei și un regim de repaos la început, obișnuind progresiv organismul la eforturi moderate.

Copiii reumatici se prezintă în cabinetul de reumatologie la control din 6—8 săptămâni în primii doi ani după puseul acut, când pe lângă examenul fizic se determină viteza de sedimentare a hematiilor, (în continuare VSH), titrul antistreptolizic (în continuare ASLO), proteinele și glucoproteinele serice. Efectuăm examene EKG și examen radiologic de la caz la caz. Copiii reumatici sînt scoși din evidența cabinetului după 5 ani în urma ultimului puseu acut, în cazurile în care controlul sistematic nu mai e necesar.

Tabelul nr. 1 arată starea copiilor urmăriți în cabinet la sfîrșitul puseului acut și la examenele de control. Acești copii au urmat o profilaxie de lungă durată într-o perioadă de 2—5 ani.

La sfîrșitul puseului acut, 34 din cei 100 de copii nu prezentau sufluri cardiace. La examenele de control numărul lor a crescut la 45. În cele 111 cazuri cînd au dispărut suflurile s-au dovedit a fi funcționale în timpul puseului acut. La 51 de copii, suflurile sitolice au rămas permanente și în majoritatea cazurilor, ținîndu-se seama de caracterul lor, au putut fi considerate ca semnele unei insuficiențe mitrale.

Boala mitrală a fost descoperită în 6 cazuri.

Recidive au survenit la 6 copii în ultimii 5 ani din lotul acelorla la care tratamentul puseului acut și profilaxia continuă au fost conduse după principii moderne.

În evidența cabinetului de reumatologie figurează și copii care au avut primul puseu acut cu 8—10 ani în urmă, cînd nu au putut beneficia de tratament și profilaxie modernă. La acești copii recidivele au survenit mai des, înglobarea lor în statistica noastră ar da aspect ireal frecvenței recidivelor.

În activitatea sa, cabinetul de reumatologie a considerat ca o problemă de importanță fundamentală urmărirea sistematică a copiilor suspecți de reumatism (gr. II). Din rîndurile acestei categorii se pot depista la timp formele de reumatism manifestate și latente (*Puskás, Hurmuzache, Ghiță*).

Rezultatele examinărilor în masă făcute în anul 1959 și ale reexaminărilor din cabinetul de reumatologie prezintă diferențe semnificative, în ceea ce privește frecvența copiilor suspecți de reumatism printre preșcolarii și școlarii (tabelul nr. 2).

Dintre 916 copii încadrați în gr. II în cursul examinărilor în masă și reexaminărilor în cabinet, numai 536 au rămas mai departe în evidența gr. II. Dintre cei 916 copii controlați, la 78 reumatismul s-a confirmat, 120 au fost trecuți în gr. III, iar 182 au fost scoși din evidența cabinetului de reumatologie, deoarece n-au prezentat simptome patologice de natură reumatică.

La copiii rămași în evidența gr. II am observat următoarele simptome și tablouri clinice : (tabelul nr. 3).

Dintre testele biologice indicatoare ale procesului inflamator am determinat VSH, ASLO, am dozat proteinele și glucoproteinele serice. Valorile VSH le-am găsit între limite normale cu excepția unor cazuri rare, cînd am observat o creștere pînă la 20—30 mm/oră. În anamneza acestor copii figurau artralgi și amigdalectomii recent efectuate. Proteinoograma și glucidoograma serică au fost normale. ASLO a variat între limite normale și 500—833 u. Valorile crescute se datorau amigdalitelor repetate. Considerăm că este suficient să se determine numai VSH și ASLO, deoarece cazurile care rămîn dubioase după cîteva examinări în cabinetul de reumatologie, impun internarea în staționar.

Examinările ECG au fost de folos în diferențierea semnelor distoniei vegetative de cele ale miocarditei. Ne-am ferit să supraestimăm aceste semne.

Sokolnikova a observat 33 de copii suspecți de reumatism într-o perioadă de 1½—2½ ani. Dintre acești copii 6 au devenit reumatici, prezentînd dureri arti-

culare, înepături precordiale, palpitații și dispnee la efort. VSH a acestor copii nu depășește 30 mm/oră. Semnele neuro-vegetative erau asemănătoare celor observate în perioadele dintre puseuri.

Frecvența apariției reumatismului mai mică la copiii observați de noi decît la cei observați de *Sokolnikova*, se explică prin faptul că noi ținem în evidența gr. II și copiii care prezintă simptome pronunțate de distonie vegetativă, însoțite sau nu de artralгии, sufluri, focare amigdaliene.

Mulți copii sînt îndrumați în cabinetul de reumatologie de medicul consultant pentru semne interpretate ca fiind de natură cardio-vasculară. Răspîndirea bolilor cardiace la copii este o consecință directă a răspîndirii RBS, deoarece în primele 2 decenii de viață aceste îmbolnăviri sînt de origine reumatică în 95% din cazuri.

Cu toate că pentru punerea în evidență a activității RBS sînt descrise numeroase probe biologice (*Coburn, Pauli, Nicolau, Smirnova, Sokolnikova, Nesterov*) stabilirea cu certitudine a carditei, chiar în faza de activitate majoră a puseului acut nu este totdeauna posibilă. Este și mai greu diagnosticul afecțiunii reumatice a cordului dacă acesta survine fără manifestări articulare fapt care nu constituie o raritate în copilărie. Pe de altă parte în caz de leziune cardiacă confirmată este dificil de a stabili dacă aceasta se găsește într-o fază de activitate sau de acalmie. Chiar și în instituțiile specializate pentru îngrijirea bolnavilor cardio-vasculari, se întîmplă ca în 10—20% din cazuri să nu fie posibilă stabilirea prezenței carditei și a activității acesteia (*Czonczew*).

Constatările de mai sus sînt valabile la copii într-o măsură și mai mare ca la adulți. Chiar în condiții normale inima copilului își poate modifica dimensiunile, ritmul și frecvența în intervale de timp extrem de scurte. Factorii extracardiaci intervin în copilărie într-un grad mai mare decît în orice altă perioadă a vieții. Înțilnim o gamă largă a variațiilor din cuprinsul limitelor fiziologice, încît pediatriul întîmpină deseori mari dificultăți de diagnostic, deoarece examinările curente întrebuintate în diagnosticul bolilor cardiace, nu pot fi întotdeauna interpretate cu aceeași siguranță ca de medicul internist. Datorită acestor fapte, pediatriul este adesea expus de a face erori și anume, de a considera drept bolnav copilul sănătos; în același timp însă poate să omită și diagnosticul leziunilor funcționale și organice ale cordului, printr-o interpretare nejustă a semnelor percepțive.

Tabelul nr. 4 cuprinde simptomele cele mai frecvent observate la un lot de 254 copii, la care am avut posibilitatea de a efectua în repetate rînduri examenul clinic, de laborator, RTG, ECG, etc.

Una din preocupările de căpetenie ale cabinetului de reumatologie este diferențierea caracterului cardiac sau extracardiac al acestor simptome, prin urmărirea sistematică a copiilor ținuți în evidență.

O greutate deosebită reprezintă faptul că o mare parte a simptomelor cardio-vasculare menționate în tabelul alăturat se regăsesc și între manifestările cardiace ale distoniei vegetative numită în literatura anglo-saxonă astenie neurocirculatorie (sindromul *da Costa*). După *Istamanova*, patogenia distoniei vegetative constă în disocierea funcțională a centrilor vegetativi corticali și subcorticali, care poate fi declanșată, alți de noxe organice cît și de surmenaj psihic. Reglarea nervoasă superioară a organismului în creștere este foarte labilă și deosebit de sensibilă față de noxele mai sus amintite. În perioada de intensă creștere a pubertății, cînd și disproporția între creșterea corporală și a cordului poate fi mai pronunțată, șanșele tulburărilor cardio-vasculare de origine nervoasă, cresc.

În aprecierea simptomelor observate la copiii urmăriți de noi, examenul electrocardiografic în poziție ortostatică (*Nordenfelt*) ne-a fost de mare folos. După *Nordenfelt, Friedberg* și *Schajler* o creștere a frecvenței cu 10—30/min. în cursul examenului, precum și modificările undelor P, T și intervalului ST nu constituie expresia unei leziuni miocardice latente, ci este rezultatul unei simpaticotonii mărite. Redăm anexat electrocardiograma de ortostază a bolnavei R. A. în vîrstă de 13 ani.

După *Lasch* și *Moritz* și hipotonia ortostatică este o manifestare a distoniei vegetative. La copiii observați de noi nu am găsit deosebiri remarcabile în ceea ce privește tensiunea arterială în poziție culcată și ortostatică.

Hipertensiunea pasajeră destul de frecvent descoperită în perioada pubertății cu ocazia examenelor în serie (*Fanconi*), am observat-o în 28,54% din cazuri, mai ales la copii peste 14 ani. Aceștia erau aparent sănătoși și nu prezentau nici un alt semn al unei boli care se manifestă prin hipertensiune pasajeră.

Am întâlnit mulți copii care au fost îndrumați la cabinetul de reumatologie pentru stabilirea naturii suflurilor sistolice percepute de medicul consultant. Problema interpretării acestor sufluri formează obiectul unei alte lucrări.

Mulți copii sînt îndrumați la cabinetul de reumatologie pentru stabilirea naturii artralgiilor sau artropatiilor de care suferă. În multe cazuri examenul ortopedic repetat și complex a pus în evidență o boală ortopedică prin care s-a exclus existența unui proces reumatic. M. S. copil de 7 ani, avînd dureri repetate în articulațiile genunchilor, a fost îndrumat pentru examen de specialitate la serviciul de ortopedie, întrucît cardiac nu avea nimic și testele biologice erau negative. După examene de control repetate s-a pus în evidență un chist solitar al fibrei și gracilitatea corticalei oaselor lungi.

Bolnava I. S. în vîrsta de 14 ani, s-a prezentat în cabinetul de reumatologie pentru tumefiere și dureri fără alte semne inflamatorii în genunchiul drept, care au apărut cu cîteva săptămîni în urmă și au persistat încă 5 luni după ce bolnava a fost luată în evidență. Dat fiind că a fost lipsită de alte semne patologice clinice, de laborator, RTG, ECG, că probele de tuberculină au fost negative și că nu s-a constatat o îmbolnăvire osteo-articulară, iar pe de altă parte avînd în vedere benignitatea leziunii care a și început să cedeze în a 5-a lună, am pus diagnosticul de „hydrops de croissance” al lui Ombredanne. Bolnava continuă să fie sub observația cabinetului de reumatologie și se prezintă la examene de control periodice din 4 în 4 săptămîni.

Nu sînt rare cazurile de artrită din cadrul reumatismului secundar infecțios, care ne-au pus de multe ori în fața unor dificultăți în ce privește stabilirea diagnosticului de certitudine. În aceste forme de fapt nonnervice manifestările clinice sînt extrem de variate, fără să avem posibilitatea unei demarcații nete între diferitele reumatisme infecțioase pe de o parte, și RBS sau poliartrita cronică evolutivă pe de altă parte, mai ales cînd simptomul cardinal, artralgia, care apare în cursul unui proces infecțios sau după atingerea acestuia, este însoțit de fenomene exudative.

Din punctul de vedere al RBS infantil dintre reumatismele infecțioase cea mai mare însemnătate o au formele de reumatism infecțios streptococic și dintre acestea reumatismul streptococic scarlatinos.

Dificultăți mari de diagnostic diferențial prezintă acele cazuri în care simptomele artritei în focar cu suflu sistolic se împletesc cu simptomele distoniei vegetative (paloare, transpirație, tahicardie, oboseală și dispnee la efort). Infirmitatea cardiacă, lipsa perioadei de latență între infecție și manifestările articulare, sindromul umoral mai discret sînt puncte de reper în stabilirea unui diagnostic prezumptiv sau cert.

Pentru prevenirea RBS la copiii reumatici și suspecți de reumatism este bine să se facă sistematic, sau cel puțin cu ocazia examenelor de control în cabinetul de reumatologie decelarea în faringe a streptococului hemolitic din gr. A. Ar fi preferabil să se efectueze examenul bacteriologic al prelevărilor faringiene luate bisăptămînal la școli în lunile decembrie, ianuarie și martie, cînd infecțiile streptococice sînt mai frecvente. (*Saslaw și Streitfeld, Mozicanacci*).

Rezultatele cercetărilor noastre în acest domeniu au fost relatate într-o altă lucrare (*Muljay și colab.*).

După infecții streptococice manifeste sau suspecte determinarea repetată a titrului ASLO ar fi importantă. Titrul ASLO peste 500 u indică o infecție streptococică recentă. Dacă titrul persistă la acest nivel sau crește în perioade de 2 sau

3—4 săptămâni consecutive, există o mare probabilitate că infecția nu a încetat (*Christ*). În asemenea cazuri penicilinoterapia este pe deplin îndreptățită chiar dacă în prelevările faringiene streptococul heniolic nu este pus în evidență.

Numeroși autori afirmă că inflamațiile repetate ale amigdalelor ar avea un rol mai mare în declanșarea RES decât modificările lor anatomice. *Avcin* bazându-se pe observații personale și pe date relatate de alți autori afirmă că infecțiile exogene ar fi mai importante în această privință decât cele endogene. Teoretic, tratamentul și asanarea focarelor infecțioase, dintre care cele mai importante sînt amigdalele și sinusurile nazale, au o mare importanță, deoarece prin prezența și diseminarea agentului patogen, starea de alergii de tip prelungit se menține și se accentuează în organism. Practic, rezultatele asanării focarelor s-au dovedit mai neînsemnate. Printre persoanele amigdalectomizate *Christ* a găsit o frecvență 1,1% a primului puseu iar între cei neamigdalectomizați o frecvență de 1,3%.

Într-o altă lucrare tratăm în detaliu aceste probleme (*Puskás*).

O problemă de mare răspundere este formularea criteriilor potrivit cărora copiii din gr. II pot fi considerați reumatici în formă latentă sau suspecti de reumatism. Controlul copiilor din această grupă rămîne o preocupare principală a cabinetului de reumatologie, constituind un aspect important al activității sale în prevenirea RBS.

Concluzii : Din analiza activității cabinetului de reumatologie desfășurată în domeniul profilaxiei RBS rezultă următoarele :

Printre copiii reumatici, urmînd o profilaxie de lungă durată, procentul celor care nu au prezentat semne patologice din partea cordului s-a ridicat de la 34%, cît era la sfîrșitul puseului acut, la 49% în cursul examenelor de control. Recidive au survenit în proporție de 6%.

Dintre 916 copii suspecti de reumatism, la 78 afecțiunea a fost confirmată, 120 au fost trecuți în grupa a III (predispuși la reumatism), iar 182 nu au necesitat o dispensarizare în continuare. Discutăm problemele de diagnostic diferențial ivite în acest domeniu.

Am întreprins și continuăm sistematic depistarea infecțiilor streptococice printre copiii reumatici și suspecti de reumatism.

Sosit la redacție : 18 iunie 1962.