

Clinica de pediatrie din Tirgu Mureș (cond.: prof. dr. Gh. Puskás, doctor-docent, profesor emerit, membru corespondent al Academiei de științe medicale) și Catedra de histologie (cond.: prof. dr. M. Gündisch, doctor-docent) a I.M.F. Tirgu Mureș

ASEMĂNĂRI HISTOLOGICE ÎNTRE CELIACHIE ȘI LAMBLIAZA CRONICĂ CU SEMNE DE ALERGIE TISULARĂ*

dr. Gh. Puskás, dr. Gh. Kemény, dr. Z. Pap, dr. Erika Kemény

Specificitatea modificărilor morfologice în sindromul celiac este o problemă încă discutată. *Rubin* și colab. (15) afirmă că atrofia vilozităților enterale există în sprue-ul netropical, iar *Butterworth* și colab. (5) o descriu atât în holera asiatică, cât și în dizenterie. Turtirea mai mult sau mai puțin evidentă a vilozităților în enteritele cronice atât la adult, cât și la copil este un fenomen cunoscut și descris frecvent în literatură (*Fodor* și colab., 10; *Ban* și *Dumitrașcu*, 2; *Bauza* și colab., 3; *Asia Chipail* și colab., 6; *Dahlqvist* și colab., 7; *Pap* și colab., 13; *Petrescu-Coman* și colab., 14; *Ileana Rusu*, 16; *Țurcanu* și colab., 19).

LANȚUL modificărilor morfologice ale vilozităților în enteropatiile cronice începe cu modificări vasculare și edem interstițial, urmate de infiltrația limfocitară. În cazurile cronice pe lângă diferite forme active ale histiocitelor, limfocitelor și plasmocitelor se înmulțesc și fibroblaștii. Fibrele colagene se retractează, devin groase și intens colorabile. Turtirea vilozităților este în general un proces de durată și se observă mai ales la copiii cu antecedente diareice de 2—4 luni. În cursul vindecării procesului inflamator vilozitățile se refac, se alungesc, dar forma lor rămâne neregulată, uneori monstruoasă.

La bolnavii noștri de celiachie (9 cazuri) am observat modificările vilozitare semnalate în literatură, adică atrofia subtotală a vilozităților intestinale. Regimul adecvat, lipsit de gluten, a diminuat fenomenele inflamatoare, dar regenerarea vilozităților a necesitat un timp mai îndelungat.

La copilul P. F., în vîrstă de 2 ani, la prima internare am găsit tabloul caracteristic al celiachiei: atrofia subtotală a vilozităților intestinale, dispariția activității fosfatazei alcaline (fig. nr. 1), diminuarea celulelor caliciforme, infiltrația limfocitoplasmocitară, precum și edemul corionului (fig. nr. 2). După 18 luni de regim alimentar sever, lipsit de gluten (fig. nr. 3), epiteliul mucoasei a redobîndit structura sa normală, celulele caliciforme au devenit mai numeroase, s-a restabilit activitatea fosfatazei alcaline, edemul corionului a cedat, persistînd însă infiltrația limfocitoplasmocitară. Vilozitățile intestinale au reapărut, dar au fost încă scurte și monstruoase, multe din ele fiind fungiforme sau neregulate. Lungimea vilozităților a atins doar o treime în raport cu cele normale. Observațiile noastre privind regenerarea vilozităților în cursul tratamentului dietetic sînt în concordanță cu datele din literatură. *Mc.Donald* și colab. (8) ca și *Margot Shiner* (17) afirmă că

* Lucrare prezentată la cea de a VIII-a Sesiune științifică a cadrelor didactice, I.M.F. Tirgu Mureș, 17—18 dec. 1971

regenerarea integrală a vilozităților necesită cel puțin 3 ani și jumătate și succesul regenerării depinde de durata lipsei glutenului din alimentația bolnavului. După *Anderson* (1) ameliorarea histologică devine apreciabilă după un tratament dietetic de 3 luni.

În ultimul deceniu a devenit cert că celiachia este un sindrom complex, cauza finală a lanțului patologic constând în lipsa totală sau parțială a unei enzime, prolinaza (*Krainick* și colab., 12), care participă la degradarea glutenului. Modificările morfologice se datoresc însă inflamației de lungă durată. Prezența aproape constantă a eozinofilelor în corion pledează pentru un alergen comun în toate cazurile de celiachie. Acest alergen pare să fie însuși glutenul nedescompus. Glutenul se resoarbe ca atare și declanșează o reacție inflamatoare-alergică, cu sau fără semne de alergii generală. *Gerrard* și colab. (11) afirmă că o parte din bolnavii suferind de celiachie au prezentat și eczemă, care s-a ameliorat simultan cu lamblaia și boala de bază la un regim lipsit de gluten. Administrarea glutenului poate să producă uneori fenomene generale extrem de grave.

Lamblaia în majoritatea cazurilor nu produce semne clinice, fiind mai mult o stare decît o boală. Uneori însă lamblile, eventual produsele lor de metabolism sau substanțele eliberate din corpul lor, vin în contact cu corionul dezepitelizat dintr-o cauză oarecare, de exemplu o enterită banală și astfel se poate produce o stare de alergii locală sau generală. Majoritatea cazurilor noastre de lamblaia nu prezentau nici un semn clinic, la 8 cazuri însă am avut suspiciunea că lamblile pot avea un rol în menținerea stării de diaree cronică. Toate cazurile au răspuns pozitiv la tratamentul adecvat. Unul din cazurile de lamblaia, fetița I. V., în vîrstă de 3 ani, a prezentat un tablou histologic foarte asemănător cu cel al celiachiei. Pe lângă atrofia subtotală a vilozităților (fig. nr. 4) am constatat o infiltrație limfocitoplasmocitară cu participarea eozinofilelor (fig. nr. 5) și scăderea activității fosfatazei alcaline și acide la nivelul enterocitelor. Nu am avut posibilitatea de a urmări în timp evoluția bolii, dar am constatat că în urma unui tratament adecvat al lamblaiei a dispărut atît diareea cît și toate semnele malabsorbției, bolnava părăsind clinica vindecată.

Cazul nostru prezintă interes, deoarece pledează pentru importanța stării de alergii locale în apariția tabloului morfologic caracteristic celiachiei. Acest fapt este confirmat de *Berger* (4), precum și de *Taylor* și colab. (18), care au găsit în singele bolnavilor de celiachie anticorpi anti gliadinici într-o concentrație semnificativ mai ridicată, decît la copiii sănătoși. Tot astfel pot exista anticorpi față de compușii eliberați din corpul lamblilor. Uneori lamblaia produce și semne clinice generale de tip alergic. Este foarte verosimil că atrofia subtotală a vilozităților intestinale și atrofia mucoasei se datoresc asocierii a doi factori: inflamația cronică a intestinului subțire și prezența continuă a unor factori alergizant.

Sosit la redacție: 7 ianuarie 1972.

Bibliografie

1. ANDERSON C. M.: Arch. Dis. Childhood (1960), 35, 419; 2. BAN A., DUMITRAȘCU D.: Relația dintre inflamație și atrofie în enterita cronică nespecifică. Comunicat la simpozionul „Enteropatiile cronice inflamatorii”, Cluj, 18 oct. 1968; 3. BAUZA C. A., BRUNSER O., REID A., MATTEO L. A.: Arch. Pediat. Uruguay (1962), 33, 2, 192; 4. BERGER W.: Schw. Med. Wschr. (1963), 15, 549; 5. BUTTERWORTH C. E., SMITH R. B., W., PÉREZ-SANTIAGO E.: Proc. World. Congr. Gastroent., Williams-Wilkins, Baltimore, 1959, 16; 6. CHIPAIL ASIA, BURDEA M., RUSU ILEANA, MOCRANSCHI REMAIANA, SCUMPU GR.: Pediatria (1967), 16, 2, 167; 7. DAHLQVIST A. și colab.: Acta gastro-ent. belg. (1964), 27, 10, 543; 8. Mc.DONALD W. C., DOEBINS W. O., RUBIN C. E.: New-England J. Med. (1965), 272, 448; 9. DUMITRAȘCU D., BAN A., FODOR O.: Morfologia normală și patol.

GH. PUSKÁS ŞI COLAB.: ASEMĂNĂRI HISTOLOGICE ÎNTRE CELIACHIE
ŞI LAMBLIAZA CRONICĂ CU SEMNE DE ALERGIE TISULARĂ



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2



Fig. nr. 3



Fig. nr. 4



Fig. nr. 5

(1970), 15, 3, 229; 10. FODOR O., DUMITRAȘCU D.: Arch. Mal. Appar. Dig. (1966), 55, 5, 421; 11. GERRARD J. W., LUBOS M. C.: Pediatrics Clinics of North America (1967), 14, 1, 73; 12. KRAINICK H. G., MOHN G., FISCHER H. H.: Helv. paediat. Acta (1959), 14, 124; 13. PAP Z., KEMÉNY GH., DOMOKOS L.: Studiul morfologic și histochimic al epiteliului intestinului subțire în „Enteropatiile cronice“ la sugari și copii mici. Comunicat la simpozionul „Enteropatiile cronice inflamatorii“, Cluj, 18—19 oct. 1968; 14. PETRESCU-COMAN V. și colab.: Pediatria (1970), 19, 4, 313; 15. RUBIN C. E., BRANDBORG L. L., PHELPS P. C., TAYLOR A. B.: Gastroenterology (1960), 38, 1, 28; 16. RUSU ILEANA: Contribuțiuni la endobiopsia gastro-intestinală la copil. Teză de doctorat. I.M.F. Iasi, 1969; 17. SHINDER MARGÖT: Lancet (1956), 1, 6906, 17; 18. TAYLOR K. B., THOMSON D. L., TRUELOVE S. C., WRIGHT R.: Brit. M. J. (1961), 2, 1727; 19. ȚURCANU L., OTEȘTEANU E., SZŪCS E.: Pediatria (1967), 16, 3, 233.
