

IMPETIGO HERPETIFORMIS HEBRAE ȘI SARCINA

dr. T. Rosenfeld, dr. H. Salcă, dr. I. Oláh

Dintre dermatozele de sarcină, boala cea mai temută este impetigo herpetiform (I. H.). Această formă nosologică din fericire apare foarte rar. Numeroși dermatologi nu au observat nici un caz în decursul practicii lor, deși boala este inclusă în categoria dermatozelor de sarcină (*Greenhill*, 1965). A fost descrisă prima dată de *Hebra* în anul 1872, și studiată ulterior de *Kaposi* (1887) și de *Dubreuil* (1892). Autorii moderni au constatat-o mai rar decât cei clasici.

Maladia este mai frecventă în jurul lunii a V-a de sarcină, debutând cu apariția veziculelor, apoi a pustulelor grupate în placarde eritematoase.



Fig. nr. 1



Fig. nr. 2

dispuse adesea în formă de cerc. Apar simetric, de obicei pe suprafețele interne ale coapselor, pe suprafața anterioară a toracelui, în regiunile inghinale, în cele axilare, pe partea inferioară a abdomenului, în plicele de sub sîni etc. Cîteva zile după erupție, în perioada de stare, leziunile iau aspectul caracteristic tabloului clinic.

Boala evoluează în pusee. Fiecare erupție este însoțită de frisoane, febră mare și de stare generală alterată. Splina este palpabilă, apare albuminuria însoțită de diaree sanguinolentă, vărsături, delir, convulsii, comă terminală. Alteori stadiul final ireversibil survine prin adinamie progresivă și cașexie. Evoluția letală are o durată de 1—2 luni.

Hebra a urmărit I. H. la 5 gravide dintre care 4 au murit, *Dubreuil* raportează 13 morți din 17 cazuri, iar *Pohlman* 35 din 48.

Cazurile publicate mai tîrziu prezintă o oarecare modificare în privința fenomenelor cutanate, față de aspectul clasic al bolii (*Towee, Kappelli*). Astfel *Kaposi, Tomasolli* descriu cazuri de I. H. la bărbați, *Polland* la copii, iar *Gavazzani* la femeii în afara sarcinii.

Cînd boala evoluează cu remisiuni, cu puseuri discrete, deci cu atenuarea simptomatologiei clinice, gravida poate supraviețui. Prognosticul fetal și în aceste cazuri rămîne sever, survenind fie avortul, fie moartea intrauterină a fătului.

Din punct de vedere etiopatologic, după *Greenhill*, boala este manifestarea unei bacteriemii și tratamentul orientîndu-se în acest sens. Într-adevăr, evoluția clinică a bolii face să ne gîndim la o etiologie infecțioasă. Examenale de laborator n-au confirmat însă această presupunere.

Teoria endocrină, care atribuie un rol deosebit paratiroidelor, pare cea mai plauzibilă, deoarece în unele cazuri s-a observat I. H. la bolnavele cu tetanie apărută după strumectomie. *Schardorn* a comunicat două, iar *Wagner, Kapferer* și *Novak* cîte un caz, la bolnave cu paratiroidale îndepărtate accidental prin strumectomie.

Recent *Brill* și *Lutz, Engelfeld* și *Gental, Hadida* și *Timsit* au comunicat cazuri de tetanie apărute la bolnave strumectomizate. Pe baza acestor constatări, pare verosimil că insuficiența paratiroidelor joacă un anumit rol în apariția I. H.

În tratamentul acestei afecțiuni *Kuntz* a obținut rezultate favorabile cu acid nicotinic, vitamina A și foliculină. *Hellerstromm* și *Westman* administrînd gonadotropine serice, *Lepercq* și *Cournot* androgeni, *Hadida* și *Timsit* corticoizi și androgeni au obținut rezultate bune. Alți autori au administrat cu succes ACTH și AT 10.

Material și metodă

Bolnava T. R., de 26 de ani, se internează la data de 3 februarie 1970, cu diagnosticul: sarcină luna a VI-a, impetigo herpetiform. La examenul local s-a găsit: col închis, contracții uterine absente. Greutatea corporală 50 kg, înălțimea 135 cm. Ultima menstruație 14 iulie 1969, primele mișcări fetale 10 noiembrie.

Tegumentele abdomenului, plicele submamelare sînt acoperite de o erupție herpetiformă pruriginoasă și dureroasă. Grupe de leziuni buloase pe tegumente — mai ales pe regiunea abdominală și fața dorsală a regiunii femurale — compuse din mici vezicule cu conținut gălbui, albicios, tulbure, după care rămîn teritorii mari denudate, de mărimea unei palme.

Se stabilește diagnosticul de impetigo herpetiform și se propune întreruperea sarcinii, afecțiunea periclitind atât viața mamei cât și a fătului.

După aprobarea întreruperii sarcinii, se începe în 12 februarie administrarea de Sintofolin 30 mg zi, în scopul sensibilizării uterului.

După 10 zile de pregătire se întrerupe tratamentul, deoarece bolnava se opune categoric la întreruperea sarcinii. Observind o ameliorare manifestă a leziunilor cutanate, după 3 zile se reia tratamentul cu Sintofolin, administrând timp de 42 de zile (1260 mg), până în momentul nașterii.

În timpul cât a fost internată, în afară de Sintofolin, gravida a beneficiat de un tratament local cu Aureomicină, anestezină și zinc-oxid. Anemia a fost tratată simptomatic.

Intermitent s-a indicat Lasix și regim hiposodat pentru edemele apărute la nivelul membrelor inferioare.

În ziua de 29 martie ora 4,30 apar contracții uterine la 8—10 minute. Examenul obstetrical arată o sarcină în luna VIII—IX. Fătul în prezentație cefalică O.I.S., bătăi cardiace fetale 140 m.

La pelvimetrie internă promontoriul se atinge, diametrul util 8,5 cm. Curbură sacrului păstrată, spinele ischiatiche nu proemină, arcul sinfizar normal. Col scurtat, orificiul uterin dehiscent pentru 1 deget, craniul pe cale de fixare, membrane rupte, lichid amniotic clar.

Avind în vedere pe de o parte bazinul strimțat, dar cu un făt care nu este la termen, pe de altă parte infecția herpetiformă, se preferă evitarea operației cezariene. Se instituie proba de travaliu. Nașterea evoluează normal, fiind riguros urmărită. La 29 martie ora 20 se naște un făt viu, de sex masculin, care plînge și respiră imediat. Apgar 10, greutatea fătului 2600 g, lungimea 49 cm. Epiziotomie profilactică, epiziorafie.

Lehuzei i se administrează antibiotice: Stamicină, Ergomet, unguent cu aureomicină. Leziunile cutanate se ameliorează. La 6 zile de la naștere este externată.

Revăzută după 2 săptămîni, leziunile mai persistă pe părțile laterale ale toracelui și la nivelul sînilor. Pruritul se menține, durerea a dispărut. Ameliorare netă față de starea de la internare.

Concluzii

Am prezentat acest caz pentru raritatea lui și mai ales pentru evoluția favorabilă a sarcinii, cu nașterea unui făt viu, perfect sănătos.

Ni se pare îndreptățit să susținem că rezultatele bune obținute se datoresc dozei mari de Sintofolin (252 fiole a 5 mg). În literatura de specialitate am găsit un singur caz, publicat de Kuntz în anul 1928, care a aplicat cu succes foliculină cu acid nicotinic și vitamina A la o bolnavă cu sarcină și impetigo herpetiform.

Sosit la redacție: 7 decembrie 1972.

Bibliografie

1. Beurey I. și colab.: *Bullet. Derm. et Syph.* (1964), 5, 675; 2. Beveridge G. W. și colab.: *Brit. Journ. Of Derm.* (1966), 2, 106; 3. Crawford G. M. și colab.: *Arch. Of. Derm.* (1950), 61, 5, 753; 4. Degos R.: *Derma-*

tologie, Ed. Flammarion, Paris, 1967; 5. *Engfeldt B.* și colab.: Act. Dermato-Vener. (1950), 30, 50; 6. *Hadida E., Timsit E.*: Bull. Soc. Franc. Derm. (1956), 66, 30; 7. *Halban—Seitz*: Biologie und Patol. des Weibes, 1934, VIII, Band. I. Teil. 792; 8. *Hollstrom E.* și colab.: Act. Derm. Vener. (1958), 38, 4, 205; 9. *Leclercq R.*: Encycl. Med. Chir. 5038, 10, 1; 10. *Kuntz A.*: Orvostudományi Közl. Medicina Kiadó, Budapest, 1941, 8, 228; 11. *Lepercq G.* și colab.: Bul. Soc. franc. dermat. et. syph. (1946), 56, 241; 12. *Martius H.*: Manual de obstetrică, Ed. Med. București, 1966; 13. *Săvulescu D.*: Obstetrica, Ed. Med. București, 1955; 14. *Sauer C.* și colab.: Arch. Derm. (1901). 83, 119; 15. *Scherdorn N.*: Act. Derm. (1921), 132, 108.
