

**CAZ DE TUBERCULOZĂ LA UN COPIL DIN FOCAR CU SURSE MULTIPLE****CHILD'S TUBERCULOSIS A CASE FROM A MULTIPLE SOURCE FOCI**Asist.univ.Dr. *Dana Alexandrescu*<sup>1</sup>, Dr. *Elena Barbu*<sup>2</sup><sup>1</sup>Facultatea de Medicină Braşov, <sup>2</sup> Spitalul de Pneumoftiziologie BraşovAutor corespondent: *Dana Alexandrescu; adanaso1970@yahoo.com***Abstract:**

Tuberculosis is a contagious disease which has an endemic evolution and high mortality and has numerous important social consequences. We present the case of a 13 years old female patient who was referred to the paediatrics ward of the Stejeriș hospital from Braşov and she presented with respiratory symptoms. Patient has numerous tuberculosis foci among her own family which is one with low income, illegal activities such as prostitution and the patient did not respect her tuberculosis prophylaxis therapy which was abandoned against medical advice.

**Key-words:** tuberculosis, children, family foci, prophylaxis therapy**Introducere**

Tuberculoza (TB) este o boală infecto-contagioasă cu evoluție edemică, mortalitate ridicată și consecințe sociale importante. Agentul etiologic TB face parte din genul *Mycobacterium tuberculosis*, transmiterea are loc mai ales pe cale aerogenă, tratamentul bolii este standardizat și vindecarea posibilă.

**Caz clinic**

Pacienta A.C. de sex feminin, în vârstă de 13 ani din mediul urban, internată în 11.XI.2010 la secția de pediatrie a spitalului de pneumologie Stejeriș Braşov. Fetița a fost trimisă de către medicul de familie (MF) cu simptomatologie respiratorie: tuse persistentă și dispnee accentuată la efort. La internare pacienta a prezentat stare generală bună, afebrilă, normoponderală cu retardare neuropsihică ușoară fără modificări clinice la examenul aparatului respirator cu cicatrice de vaccinare BCG de 8 mm. Antecedentele heredocolaterale: fetița face parte dintr-o familie numeroasă (mai are 6 frați vitregi) cu condiții precare de locuit, în aglomerație și cu grad redus de igienă, și cu venituri financiare minime. În familie există cazuri de concubinaj, prostituție, alcoolism și mai multe cazuri de TB. Între rudele intra și extra-domiciliare ale fetei o parte au decedat cu TB (fratele bunicului matern, o mătușă) și o altă parte a avut/are boală activă: bunicul și o mătușă maternă, tatăl fetei.

Din antecedentele personale ale pacientei am reținut: răcelile din copilărie, menarha la 13 ani, infecția tuberculoasă latentă (ITL) în 2006 la vârsta de 9 ani cu tratament cu izoniazidă întrerupt după 4 luni. La data îmbolnăvirii fetița locuia împreună cu bunica maternă care o îngrijea. La internare radiografia toracică a pacientei a relevat opacități neomogene bilaterale cuprinzând 2/3 superioare pulmonare (lobi superiori, parțial lobul mediu, lingula, vârfulurile piramidale bazale), adenopatie hilară dreaptă și imagine cavitară în lobul superior stâng. Examenle bacteriologice din sputa indusă și din sucucul gastric au fost negative pentru BAAR (bacili acido-alcolo-rezistenți – BK) la examenle microscopice din eşantioane recoltate consecutiv în primele zile de la internare. La investigațiile biochimice doar VSH a fost modificată (88mm/h) în rest toate au avut valori normale. Din motive bine determinate nu s-a efectuat examenul tomografic toracic și nici endoscopia bronșică din cauza lipsei de consimțământ a aparținătorilor. Prin coroborarea datelor clinice, radiologice, epidemiologice, biochimice și imunologice (IDR la PPD a fost de 14 mm) s-a stabilit diagnosticul de tuberculoză pulmonară secundară infiltrativ-ulcerocazoasă bilaterală, cavernă (cavitară) BK negativă la examenul direct, cultură în lucru. A fost inițiat tratamentul antituberculos adecvat, standardizat: regimul I – 2M<sub>300</sub> R<sub>450</sub> Z<sub>1000</sub> E<sub>800</sub> + 4M<sub>300</sub> R<sub>450</sub> 7/7. Detaliat, tratamentul s-a făcut

astfel: faza intensivă (inițială) de 2 luni cu izoniazidă urmată de cea de consolidare (de contaminare) cu 4 luni de izoniazidă și regim. Regimul I cu schemă cvadruplă în fază de atac și alta dublă în fază de consolidare este regim cu durată de 6 luni și trebuie să fie urmat în condiții de supraveghere sub directă observație de către cadrele medicale, familie sau o persoană terță care poate supraveghea luarea medicației DOTS= directly observed treatment, short-course conform indicațiilor OMS și a recomandărilor din Programul Național Antituberculos. S-a efectuat declararea bolnavei în evidența activă cu înscrierea datelor în registrul județean și împreună cu medicul de familie s-a declanșat controlul contactilor în cadrul anchetei epidemiologice. Atât frații fetei cât și colegii ei de clasă au fost reactivi la PPD. Verșorii pacientei care au fost contacti cu aceeași sursă din focarul comun au urmat chimioprofilaxie ca și contacti, respectiv chimioterapie în ITL.

Fetița bolnavă a fost supravegheată în condiții de spitalizare sub medicația pe care a tolerat-o bine de la început. Alături de antituberculoase a primit hepatoprotectoare și vitamine de grupa B. Sub tratament evoluția a fost bună: dispariția tusei, spor ponderal, scăderea și normalizarea probelor inflamatorii, rezoluția importantă a leziunilor radiologice exceptând persistența elementelor fibroase care necesită control în dinamică. La aproximativ 2 luni de la inițierea tratamentului s-a produs confirmat BK prezent în cultura pe mediul Lowenstein din produsele recoltate succesiv la internare. Tulpina a fost cu sensibilitate totală la medicamentele antituberculoase de primă linie. Tratamentul s-a menținut în aceeași schemă, în ritm zilnic și a fost încheiat la 6 luni. Monitorizarea debacilizării remarcată în luna a-II-a de tratament s-a menținut prin culturi din spută și suc gastric până la încheierea celor 6 luni când s-a observat și rezoluția importantă radiologică. Efectul benefic al medicației strict supravegheată, educația și conviețuirea pacientei și a familiei au creat perspective de vindecare totală. Rezervele se mențin în privința contextului socioeconomic și epidemiologic familial.

### Discuții

Incidența de TB în România continuă trendul descendent început din anul 2002. În

Europa România ocupă locul 6 ca nivel al incidenței și în România Brașovul ocupă locul 3 în incidența cea mai scăzută după județele Harghita și Covasna. Dar problemele rămân legate de zonele cu populație defavorizată social și economic de complianța scăzută la tratament și de copii din focarele cu TB contagioasă. Trendul scăderii TB la copii în ultimii 10 ani a adus câteva modificări în profitul clinic al bolii la copii: predomină TB primară cu adenopatii, complicațiile benigne apar mai rar la fel și formele grave. Mortalitatea este zero. Au rămas la fel dificultatea stabilirii diagnosticului, absența investigațiilor moderne, lipsa medicamentelor prietenoasă cu vârsta copilului ca formă și dozaj [2, 3, 6, 7]. Tuberculoza pulmonară secundară (ftizia) poate să apară și după o primă infecție (cazul prezentat) prin reactivarea focarelor rămase [5]. Leziunile radiologice din TB primară - adenopatie hilară dreaptă și calcificările coexistă și sunt legate topografic de leziunile parenchimotoase de tip secundar. Patogenia fizică prin reactivarea relicvelor sau prin evoluția în continuare a elementelor complexului primar a constituit o preocupare pentru specialiștii în TB copilului și reprezintă un beneficiu atât pentru înțelegerea mecanismelor patogenice cât și pentru orientarea diagnosticului și tratamentului. În cazul pacientei prezentate certitudinea diagnosticului a fost conferită confirmarea bacteriologică pentru Bk din cultura pe mediul L făcând abstracție de celelalte criterii de posibilități prezente (mai ales aspectul radiologic), diagnosticul diferențial ar fi permis luarea în considerare a următoarelor afecțiuni: pneumonii bacteriene, infecții cu microorganisme atipice, abcesul pulmonar, sarcoidoză, infecții fungice [3, 4, 7].

Factorii determinanți în declanșarea tuberculozei la fetiță au ținut în cea mai mare parte de apartenența ei de focarul în care coabitarea și supraaglomerarea au fost mai importante chiar decât veniturile și educația. În cursul tratamentului supravegheat pacienta a fost consiliată pentru conștientizarea și motivația ei ca factori de ajutor pentru evoluția în viața de adult. Consilierea, monitorizarea evoluției copilului cu TB în timpul și după tratament reclamă timp și personal specializat [3, 6, 8]. Proiectate în viitor aceste măsuri terapeutice pot contribui substanțial la întreruperea lanțului epidemiologic și la diminuarea rezervorului de

tuberculoză cu germeni rezistenți lor. Tratatamentul complet al infecției tuberculoase la vârsta de 9 ani ar fi făcut posibilă reacționării endogene. Profilaxia TB se face și prin tratamentul corect al primoinfecțiilor [3, 6, 7]. Tuberculoza rămâne o problemă socială și politică alături de cea medicală. Aceasta înseamnă înșirarea eforturilor rețelei medicale de specialitate primare, sectoarelor publice și private, organizații nonguvernamentale, responsabili politic [1, 3, 7, 6].

### Bibliografie

- [1]. Cocker R. J., Mounier – Jack S., Martin R. – Public health law and tuberculosis control in Europe. *Public Health*. 2007, doi: 10.1016/j.puhe.2006.11.003
- [2]. Corrigan D. L., Paton J. Y. – Tuberculosis in children. *Breathe*. June 2007. Vol. 3. No. 4. p. 351 - 363
- [3]. Marica C., Didilescu C., Tănăsescu M., Murgoci G., Arghir O. – Compendiu de tuberculoză. Ed. Curtea Veche, București. 2011. p. 6-18, 37-38, 133-140, 159
- [4]. Răduță M. – Actualități în tuberculoza copilului. Ed. Medicală Universitară Iuliu Hațieganu, Cluj – Napoca, 2003, p.: 21- 37, 82-92, 124-125
- [5]. Rennie T. W., Bothamley G. H., Engova D., Bates I. P. - Patient choice promotes adherence in preventive treatment for latent tuberculosis. *Eur Respir J* 2007; 30: 728 – 735.
- [6]. Sandgren A., Cuevas L. E., Dara M., Gie P., Gremiska M., Hawkridge A., Hesseling A. C., Kampmann B., Lienhardt C., Manissero D., Wingfield C., Graham S. M. – Childhood tuberculosis: progress requires an advocacy strategy now. *Eur Respir J* 2012; 40: 294 – 297.
- [7]. Stoicescu I. P., Crișan M., Macri A., Moian D., Murgoci G., Nanulescu M., Răduță M. et. al. – Ghidul pentru diagnosticul și tratamentul tuberculozei la copii – Institutul Național de Cercetare – Dezvoltare în Sănătate, Ed. Public H Press, București, 2006, p. 11, 23-24, 57-63, 83-84
- [8]. Vochescu C., Dinescu M. C. - Tuberculoza la copil. Ghidul pacientului. Institutul Național de Cercetare – Dezvoltare în Sănătate, Ed. Public H Press, București, 2006