

NJË RAST ME POLIRADIKULONEURIT TË MPREHTË TE GUILLAIN - BARRE TEK FËMIJËT

MELEQ QATIPI, SASHENKA DEGA, ROBERT LLUKA MIRA KOLA, FERIT ZAVALANI,*

Summary

CASE OF ACUTE POLIRADICULONEURITIS GULLAIN - BARRE - LANDRY AT CHILDREN

The author describes a case of acute poliradiculoneuritis Gullian - Barre - Landry in a 13.5 years child. Attention is drawn about typical clinical signs of this disease: abrupt beginning of a cararrh gradual increase of respiration and the appearance of paralysis which at first is seen in the lower limbs. Characteristic is that is of ascending character. Owing to the care and reanimation help the patient had a full recovery.

Poliradikuloneuroiti i mprehtë është një sëmundje jo e rrallë me origjinë imunoalergjike, shkaktuar kryesisht nga infeksione virale. Karakterizohet nga paraliza flashke e simetrike, në shumicën dërmuese të rasteve të muskujve të frymëmarrjes e të gëlltitjes, e më rrallë edhe prekje të nervave të kokës. Në rastet kur sëmundja shoqërohet me prekje të sistemit nervor vegjetativ, flasim për elemente të rëndimit (3, 5, 6, 8). Dëmtimet në këtë sëmundje janë infiltrate të përbëra nga qeliza monokleare limfocitare dhe shtrihen mbi të gjithë lartësinë e nervave motore e sensitive, në rrugët e degëve terminale të nervave radiene e të kokës. Zakonisht janë të prekur edhe degët simpatike e në vagus (1, 2, 14, 15, 16).

Thuhet se sëmundje përbën në mundësi shumë të mëdha një prekje autoimmune (4, 7, 16, 18). Faktor shpërthues për shfaqjen e sëmundjes në shumicën e rasteve është një infeksion viral (virusi i influencës A e B, Echo) Cbxacki e, citomegalo verus, Epstein-Barr, Friuthi, varicela etj. (1, 2, 3, 5, 7).

Në planin e tratimit mjekësor të këtyre të sëmurëve, rëndësi parësore ka mbikqyrja e vemendshme e frymëmarrjes, e ushqyerjes, e pulsit, tensionit të gjakut, e ritmit të zemrës (1, 5, 6, 10, 14). Në rastet e mangësisë së frymëmarrjes, të gëlltitjes e të turbullimeve vegatative të rëndësishme është e domosdoshme të dërgohen këta fëmijë në një qendër të kujdesit interativ e të vendosen në ndihmesën e frymëmarrjes dhe monitorizim kardiovaskular.

Më poshtë po paraqesim një rast, i cili kishte prekje të theksuar, sidomos të muskujve të frymëmarrjes, me grumbullin të shumtë të sekrecioneve në rrugët e frymëmarrjes, aq sa fillimisht u mendua për "edem pulmonare të mprehtë".

Paraqitja e rastit

E sëmura V.O, 13 vjeç nga fshati T, sillet urgjent në Spitalin e qytetit me këto ankesa: pamundësi lëvizjesh (e sëmura as ecën dhe as qëndron ndenjor) me këputje e dobësi të përgjithshme të theksuar, me prodhim të shtuar të pështymës dhe vështirësim të frymëmarrjes. Shtrohet në repartin e pediatriisë të rrethit me diagnozë: bronkipneumoni e djathtë e polineurit akut. Fillohet mjekimi me ultrakorten, penicilinë, tretësirë glukozë 5% e fiziologjik, kalcium. Po atë ditë rreth orës 14⁰⁰ e sëmura keqësohet. Ka një theksim të vështirësisë në frymëmarrje, me shtim të theksuar të sekrecioneve në rrugët e frymëmarrjes, me djersë të shumta, me cianoze në buzë, fytyrë e gjymtyrë, me shpejtim të pulsit, me frymëmarrje të zhurmshme e me plot rale të njoma në mushkëri etj. Duke menduar për mundësinë e një "edeme pulmonare të mprehtë" mjekët e trajtojnë me lasiks, oksigjenoterapi e thithje të sekrecioneve. Pas kësaj, e sëmura del nga gjendja e përmirësohet përkohësisht. Gjatë natës nuk është aspak e qetë, vjen duke u rënduar me ankesat e mësipërme. Në mëngjez përsërit episodin e parë, e pasi ndihmohet dërgohet urgjent në ISP-në. Këtu shtrohet në repartin e reanimacionit.

Nga historiku i jetës, rezulton se e sëmura ka prapambetje në zhvillimin trupor. Ka moshë 13.5 vjeç, peshë 30 kg dhe gjatë 1.50 cm, pra është hipostenike. Ka kaluar infeksione të shpeshta të aparatit të frymëmarrjes. Vaksinimin e ka kryer rregullisht.

Nga historiku i sëmundjes: sëmundja i ka filluar para 6-7 ditësh me shenjat e një katari të rrugëve të sipërme të frymëmarrjes me rrufë, kollë, temperaturë nënethore, ulje oreksi e dobësi të përgjithshme. Pas

* Dërguar në redaksi më 8 Dhjetor 1989, miratuar për botim më 7 Qershor 1990. Nga Instituti i Studimeve Pediatrike (M.Q., S. D., R.L.L., M.K., F. Z.).

Adresa për letërkëmbim: M.Qatipi. Instituti i Studimeve Pediatrike.

katër ditëve klinikës i shtohet ndjenja e mpirjes dhe e dhimbjes së këmbëve, ndjente lodhje edhe gjatë ecjes së zakonshme. Ditën e pestë ajo qendroi gjithë ditën në shtrat, këmbët i lëvizte pak, filloi t'i shtohet shumë pështyma dhe sekrecionet. Një kohësisht filloi të ndjente mpirje edhe në duar e vështirësi në ngrënie. Të nesërmen ajo nuk i lëvizte fare këmbët. Në prekje ndjente dhimbje të muskujve, filloi t'i shpejtohej frymëmarrja, t'i shtohen sekrecionet e rrugëve të frymëmarrjes. Po ashtu ndjente ulje të forcës muskulare në duar e kufizim të lëvizjeve në gjymtyrët e sipërme.

Në repartin e reanimacionit fëmija shtrohet në gjendje të përgjithshme të rëndë. Në kqyrjen e përgjithshme të tërhiqte vëmendjen fytyra e hequr, e zbehtë, lodhja e theksuar, djersa, cianoza në buzë, vështirësia në frymëmarrje (dispeja e polipneja) qendrimi i detyruar shtrirë në shtrat, humbja e lëvizjeve në gjymtyrët e poshtme e kufizimi i tyre në ato të sipërmet. Ndërgjegja e qartë. Pamundësi në ushqyerje, çrregullime të gjellitjes, zëri me timbër të ulur, mungesë e forcës së kollitjes. Lëvizjet e krahavorit, mjaft të dobësuara, refleksit e osteotandinoze në gjymtyrët e poshtme mungojnë. Në ato të sipërmet paraqiten të ulura. Ndjeshmëria e ruajtur. Shenja Lasegue-pozitiv. Shtylla kurrizore e ngrirë dhe e dhimbshme. Puls i shpejtë 114 në l', TA--120/80 mm/Hg, ritmi i frymëmarrjes 48/l'. Ndërkohë u kryen këto ekzaminime: në gazet e gjakut pO_2 58 mm/Hg, pO_2 71 mm/Hg dhe ngopja e gjakut me O_2 (SO_2) 80%. Në gjakun periferik: seria e kuqe pa ndryshime, leukocitet 12.400, eritrosedimentacioni --40mm në orë, urina--pa ndryshime, në LTSH: Pandy ++, qeliza $1mm^3$, albumina 0.86 gr%, glukoza 0.40 gr%; klorure 6.7%, të dhëna këto që flasin perdisociacion albuminocitologjik mjaft karakteristik për sëmundjen. EMG:trase me potenciale elektrike të rralla (kontraksionmi është i pjesshëm). Amplituda neurogene. Në EKG--tarikardi sinusale.

Diskutimi i rastit

Poliradiculoneuriti i mprehtë në moshën fëmimore është një sëmundje e rëndë dhe jo aq e rrallë (1, 7, 8, 9, 11, 13). Shpesh paralizat kanë karakter ngjyës, ashtu siç ishte edhe rasti ynë. Atëherë flasim për formën Guillain-Barre-Lanidry të sëmundjes. Ajo që e rëndon mjaft gjendjen është prekja e muskujve të frymëmarrjes e të gjellitjes. Tek e sëmura jonë një prekje e tillë bëri që tabloja klinike t'i përngjiste disi "edemes pulmonare të mprehtë".

Ndihma mjekësore këtu duhet të jetë sa më i mirë. Këta të sëmurë detyrimisht duhet të trajtohen në njësi të shërbimit intensiv apo reparte reanimacioni. Rasti ynë paraqiste çrregullime tipike të ventilimit me dispne e polipne. Vlerë më të madhe ndër ekzaminimet e mundshme laboratorike kanë PaO_2 dhe $PaCO_2$. Këto çrregullime të gazeve në gjak i korrigjuam me

përdorimin e frymëmarrjes artificiale me aparat (5, 6, 10, 12).

Ditët e para gjendja vazhdoi e rëndë. Veprimtaria jetësore u mbajt vetëm në sajë të frymëmarrjes artificiale me aparat. Në drejtim të planit të mjekimit kjo është kryesorja. Mjekime të tjera që rekomandohen nga autorë të ndryshëm janë ndihmëse e jo specifike. Kështu disa rëkomandojnë përdorimin e kortizonikëve në formën e ultrakortenit apo të sinaktenit (1, 2, 13, 14, 15) dhe kompleksitetin e vitaminës B. Disa, sidomos kur mendohet për origjinë difterike, i shtojmë këtij mjekimi strikninën (6, 14, 15). Shumica e autorëve janë për përdorimin e një antibiotiku me spektër të gjerë. Në përdorim sinakten retard, si antibiotik kemi cetinen dhe kompleksitetin e vitaminës B. Rekomandohet gjithashtu gjimnastika mjekësore, pra lëvizjet pasive e aktive (3, 7, 16, 17).

Kohët e fundit në mjekimin e kësaj sëmundjeje ka gjetur përdorim të suksesshëm plazmaferiza dhe përdorimi i gamaglobulinës në venë. Kjo e fundit rekomandohet në doza të larta 400mg/kg/peshë në ditë, 5 ditë rresht (4, 7, 18). Te rasti ynë përdorëm gamaglobulina për 5 ditë, në rrugë muskulare.

Të sëmurën e mbajtën 3 javët e para me frymëmarrje artificiale me respirator Servov entilator 900C. Javën e 4-të, kur ajo rimori forcën muskulare të kuskujve të frymëmarrjes, forcën e kollitjes dhe gazet në gjak (pO_2 , pCO_2 e SO_2) u normalizuan, të sëmurën e hoqën nga respiratori. E sëmura tanimë ka forcë kollitëse dhe e përballon vetë frymëmarrjen pa aparat. Gradualisht i shtohet forca muskulare në gjymtyrët e sipërme. Javën e 5-të fillon të lëvizti gishtat e këmbëve, pamposhtur akoma forcën e rëndesës. Javën e 6-të qëndron ndenjur, ndërsa javën e 8-të fillon të ecë duke u mbajtur. Javën e 9-të fëmija ecën vetë, por me ecje stepante. Qëndroi në spital 68 ditë dhe doli pa asnjë ndërlikim.

Të sëmurën e ndoqëm nëpërmjet kontrolleve të herëpashërëshme edhe pas daljes. Në kontrollin e fundit, 4 muaj pas daljes, ajo ishte fare mirë me ecje normale dhe pa asnjë mangësi në sistemet e organeve.

Nga sa thamë më lart, në poliradiculoneuritit e mprehtë, parësore është vendosja e të sëmurëve në njësi të kujdesit intensiv, ndihmesa reanimatore si dhe përdorimi i plazmës dhe gamaglobulinës. Mjekimet e tjera që rekomandohen janë ndihmëse.

BIBLIOGRAFIA

1. Bekteshi S.: *Pediatrica*. Tiranë, 1974, II, 615.
2. Billard C. et al.: *Poliradiculoneurites aigues de l'enfant Aspects cliniques*. Franç. *Pediatr.*, 1979, 36, 149
3. BouscheP: *Polyneuropathies: polineurites, multineurites syndrome de Guillain et Barre*. *Rev. du Pratic.*, 1988, 23, 1657.

4. Descamps H., Pinard I.M.: Traitement par gamaglobulines à hautes doses de 6 cas de poliradiculoneurites de l'enfant. Soc.de Rêa. de Langue Franç., 1986, 2, 2657.
5. Huait G., Labrun B.: Pédiatrie d'Urgence, 1988, 265.
6. Jovani T., Qatipi M.: Trajtimi i poliradikuloneuritit akut. S Simpoziumi shkencor, 1979.
7. Lyon G., Evard Ph.: Neuropédiatrie. Paris, 1987, 295.
8. Mancini J.: Pédiatrie. Paris, 1984, 3, 490.
9. Menkes H.J.: Textbook of child neurology, 1985, 396
10. Millet G., Fournet J.P.: Poliradiculoneurites avec atteinte respiratoire à propos de 15 observations. Ann.de Pédiatrie, 1974, 8, 607.
11. Mozziconacci P., Saudubray I.M.: Pédiatrie, Paris, 1982, 542.
12. Nelson W.: Textbook of pediatrics, 1987, 1331.
13. Perlman R.: Pédiatrie pratique, 1987, II, 912.
14. Preza B.: Sëmundjet nervore. Tiranë, 1971, 185
15. Punime psiloneurologjike. Tiranë, 1972, II. 52.
16. Raphael J.C., Goulon M.: Le syndrome de Landry Guillain Barré. La Revue de Pédiat., 1986, 2, 320.
17. Serratrice G., Pellissier J.F.: