

KRITERET PROGNOTIKE NË SËMUNDJEN E TETANOZIT

ARBEN PILACA, KRISTO PANO, SHKËLQIM KURTI, GENC BYRAZERI, ARBENPEPA*

Summary

PROGNOSTIC CRITERIA IN TETANUS

Background: Tetanus is a Infectious Disease that causes high rates of death. The aim of our study is the prognostic criteria, because there is no specific test to diagnose it.

Methods: We have studied 60 pts with generalized tetanus over 14 years old, hospitalized in three main Infections Diseases Hospital in our country as; Tirana 42 pts, Korça 11 pts and Shkodra 10 pts.

Results: In our study we concluded that-with the of age the death rates are higher, the shorter the incubation period is-the poorer prognosis. The shorter the period of onset the poorer is the prognosis. The suppurated the wound, the poorer is the prognosis. The closer the wound to CNS, the poorer is the prognosis. In conclusion the prognostic criteria in tetanus are: patient age, incubation period, onset period, the degree of infection, and the place of wound.

Tetanozi është një sëmundje infektive e cila karakterizohet me çrregullime neurologjike që rrjedhin nga rritja e tonusit muskular dhe e spazmave si pasojë e veprimt të një toksine mjaft potente e quajtur tetanospazminë, e cila çlirohet nga një bacil; Kl tetani.

Kjo sëmundje e vjetër sa vetë njerëzimi vazhdon të konsiderohet rrezik për jetën e njeriut. Tetanozi është një sëmundje të cilës i mungon testi specifik apo ndryshimi morfologjik i veçantë për të cilën do të ishte e mundur të bëhej konferma laboratorike për diagnozën, për këtë arsye e vetmja mënyrë e sigurt për të diagnostikuar Tetanozin është klinika.

Qëllimi. Përcaktimi i elementëve prognostikë në bazë të anamnezës, manifestimeve

klinike dhe laboratorit dhe pikërisht: moshë, periudha e inkubacionit, periudha e shpërthimit, vendi i plagës, lloji i plagës etj.

Materiali dhe metoda

Tipi i studimit: seri rastesh

Popullata në studim: 60 të sëmurë të trajtuar në tre spitale të sëmundjeve infektive QSU-Tiranë 40 të sëmurë, QS-Shkodër 12 të sëmurë, QS-Korçë 11 të sëmurë.

Periudha kohore: Shkurt 1984 - Gusht 2002.

Mbledhja e të dhënave: kartelat klinike... moshë, gjinia, inkubacioni, mortaliteti, plaga, profesioni, periudha e shpërthimit, leukocitoza, tensioni arterial, temperatura, frekuenca kardiake...

* Dërguar në Redaksi në 20 Nëntor 2002, miratuar për botim në 4 Dhjetor 2002.

Nga Departamenti i Sëmundjeve Ngjitëse dhe Dermatologjisë.

Adresa për letërkëmbim: Pilaca A.: Departamenti i Sëmundjeve Ngjitëse dhe Dermatologjisë.

Analiza e të dhënave: regresioni logjistik binar u përdor për shqyrtimin e lidhjeve (shoqërimeve) mes mortalitetit dhe faktorëve të pavarur (mosha, inkubacioni, periudha e shpërthimit, lloji i plagës dhe vendi i plagës).

Rezultatet

Raste në studim 60

Mosha e rasteve varion nga 15-83 vjeç mesatare 49+SD

Mosha meshkuj varion nga 15-76 vjeç mesatare 45+SD

Mosha femra varion nga 16-83 vjeç mesatare 49,5+SD

Tab. nr. 1

Gjall	Vdekur	Totali
37	23	60
61.7%	38.3%	

Tabela nr.2

Karakteristika të përgjithshme të popullatës të përfshirë në studimin tonë

Faktori	Numri	Përqindja *
Gjinia		
Meshkuj	43	71.7
Femra	17	28.3
Mosha		
10-29	11	18.3
30-49	26	43.3
>50	23	38.4
Vend banimi		
Qytet	20	33.3
Fshat	40	66.7
Profesioni		
Bujk	35	58.3
Mekanik	5	8.3
Marangoz	4	6.6
Prof. të tjera	16	26.8
T Arterial labil		
TA<150/100mmHg	50	83.3
TA>150/100mmHg	10	16.75
Leukocitoza		
<10.000	28	46.6
>10.000	32	53.4
F kardiake		
<100/min	44	73.3
>100/min	16	26.7
Temperatura		
<38.5 gradë	25	41.6
>38.8 gradë	36	58.4

*Përqindja sipas kolonave.

Diskutimi

Në literaturën bashkëkohore akoma edhe në ditët e sotme sëmundja e tetanozit është një nga sëmundjet me vdekshmëri mjaft të lartë ajo arrin në shifrat 35-50%, në studimin tonë kjo shifër është 38% (3,5)(Tabela. nr.1). Në tabelën nr.2 paraqiten në mënyrë kumulative të dhënat e përgjithshme të pacientëve të përfshirë në punim tabela na orienton mbi disa të dhëna epidemiologjike të popullatës të marrë në studim disa veçori klinike të kësaj sëmundje. Pra aty konstatojmë se meshkujt përbëjnë përqindjen më të lartë të të sëmurëve kjo shpjegohet me mundësinë që kanë ato për të rënë prehë e dëmtimeve tetanogjene, nga ana tjetër në tabelë konstatohet se numrin më të madh të rasteve e përbën grup-mosha 30-49 vjeç e cila tregon se kjo grupmoshë është më aktivja dhe më e riskuara për t'u dëmtuar apo pësuar plagë tetanogjene (6.7.8) tabela nr.2 vijon me të dhënat mbi vend banimin e pacientëve ku pjesën më të madhe e bëjnë banorët e fshatit dhe kjo shpjegohet me faktin se bacili i tetanozit eliminohet nga kafshët dhe kontaminohet tokat bujqësore dhe ambientin i cili është faktor i rëndësishëm epidemiologjik për sëmundjen e tetanozit dhe nga ana tjetër ka të bëjë me strukturën e punimeve në bujqësi dhe kulturën e të punuarit pra dëmtimeve të mundshme nga aktiviteti i përditshëm (1.3.9). Tabela nr.2 vazhdon të tregojë edhe mbi profesionet e pacientëve ku vendin e parë e zënë bujqërit dhe pastaj profesionet e ndryshme pra profesion që favorizon dëmtime të integritetit të organizmit dhe si pasojë mundësi më të madhe për sëmundjen e tetanozit. Më tej në tabelë kemi të dhëna mbi disa elemente klinike që për nga raporti tregohet se nuk kanë ndryshime numerike të ndjeshme por të kombinuara ato shërbejnë si faktor mbi prognozën e sëmundjes (11,12). Në tabelën nr.3 në rreshtin e parë paraqitet se mortaliteti në grupmoshat më të mëdha se 50 vjeç është mjaft i lartë dhe kjo shpjegohet me faktin se veçori e kësaj sëmundje është mortaliteti i lartë në dy ekstremet e jetës kjo është rrjedhojë e mungesës së titrit të mjaftueshëm antikorpal anti toksinë tetanike e trashëguar nga nëna tek fëmija dhe nga ana tjetër është titri mjaft i ulët i antikorpeve antitetanike me rritjen e moshës për këtë arsye rekomandohet doza e riapelit çdo 10 vjet, praktikë e cila nuk ndiqet normalisht (7,8,10). Faktori i rradhës në tabelën nr.3 tregon se periudhat e inkubacionit më të gjata se 10 ditë kanë një prognozë më të mirë kjo shprehet qartë edhe me anë të vlerave të p dhe është konform autorëve të ndryshëm (5,9). Elementi tjetër në tabelë është periudha e shpërthimit të sëmundjes e cila është periudha nga shenja e parë jo specifike deri në shfaqjen e krizave paroxistike edhe kjo është

Mortaliteti sipas grup-moshës, inkubacionit, periudhës së shpërthimit, llojit të plagës dhe vendit të plagës.

Faktori	Numri	OR*	95%CI*	P*	Komente
Mosha				0.02(2)**	
10-29	11	1.00	Referencë	-	Mortaliteti është shumë më i lartë në grupmoshën ≥50 vjeç
30-49	26	1.66	0.29-7.64	0.57	
≥50	23	7.00	1.22-14.00	0.03	
Inkubacioni					
0-10	41	1.00	Referencë	-	Mortaliteti është më i ulët për inkubacionin gjatë (11-20 ditë)
11-20	19	0.30	0.08-1.05	0.06	
Periudha					
< 2 ditë	37	1.00	Referencë	-	Mortaliteti është më i ulët për periudhën e shpërthimit më të gjatë (> 2 ditë)
> 2 ditë	23	0.29	0.09-0.96	0.04	
Lloji i plagës					
Jo e supuruar	23	1.00	Referencë	-	Mortaliteti është më i lartë për plagët e supuruara
E supuruar	37	2.41	0.78-7.48	0.13	
Vendi i plagës				0.69 (2)**	
Këmbë	29	1.00	Referencë	-	Nuk ka shoqërim statistikisht të përfillshëm mes vendit të plagës dhe mortalitetit
Duar	21	1.17	0.36-3.76	0.79	
Të tjera	10	1.90	0.44-8.16	0.39	

Tabela nr. 3

- Rezultate nga regresioni logjistik binar: OR (raporti i gjasave: vdekur vs. gjallë), 95% CI (intervali i besimit), dhe P (përfillshmëria statistikore).

**Vlera totale e P-së (përfillshmërisë statistikore) dhe shkallët e lirisë (në kllapa).

në përputhje me të dhënat e literaturës pra periudha të tilla < se 48 orë janë tregues i prognozave të rënda.

Tabela nr.3 vazhdon me studimin e llojit të plagës tetanoz shkaktuese dhe plagët e supuruara konstatohet nga punimi kanë një mortalitet më të lartë dhe krahasimisht me ato të pa supuruara, kjo shpjegohet me faktin se supuracionet e plagëve nënkuptojnë prezencën e trupave të huaj të cilët favorizojnë anaerobiozën dhe nga ana tjetër mikrobet e mbivendosura konsumojnë oksigjenin pra krijojnë kushte anaerobioze faktor i rëndësishëm për transformimin e formave nga spore në formën vegetative toksin prodhuese (1,6,8). Faktori i fundit siç shihet edhe në tabelë është vendi i plagës tetanogjene analiza e jonë numerikisht jep një ndryshim në mortalitet por nuk mbështet në përpunimin statistikor vlera e p-së > 0.05 por mendoj se ky faktor ka lidhje me prognozën pavarësisht se nuk e mbështet por mendojmë se

kjo rrjedh nga numri i vogël i variableve të punimit, pjesë të trupit. Në literaturë shpjegohet se sa më afër SNQ-së të jetë plaga aq më e varfër është prognoza e sëmundjes së tetanozit (5,7,13).

Pra si konkluzion themi elemente prognostikë të rëndësishëm për sëmundjen e tetanozit janë: Mosha, P e inkubacionit, P e shpërthimit, lloji i plagës, vendi i plagës tetanogjene.

Mosha: sa më e madhe mosha e pacientit aq më e varfër prognoza e sëmundjes së tetanozit

Periudha e inkubacionit: sa më e shkurtër aq më e varfër mbijetesa

Periudha e shpërthimit: sa më e shkurtër aq më e rëndë sëmundja, aq e varfër prognoza

Lloji i plagës: sa më e supuruar aq më e varfër prognoza

Vendi i plagës: sa më afër SNQ-së (sa më e shkurtër distanca e plagës me SNQ-në) aq më e varfër prognoza e sëmundjes së tetanozit.

BIBLIOGRAFIA

1. Abde W Dekate MP. Cefalik Tetanus J Indian Med Ass 1980 74(6); 111.
2. Alloh H Govoll. Lawrence A May, Albert G Mulley. Primary care medicine 1995, 20-22.
3. Angelo Cannigia Malattie Infettive 1996 36-38.
4. Bleck T.P Pharmacologi of tetanus. Clin Neurofarmacol 1986, 9; 103.
5. Center for disease Controll, Tetanus USA 1985-1986 MMWR 1987.
6. Elias Abruty (principal of internal medicine) Horrisons 12th edition 577-579.
7. Kryzhanovski GN, pathologie. In veronesi R ed Tetanus. Important. New concept. Amsterdam; Excerpta Medica; 1981; 109-82.
8. La force FM, Young LS Bennet JV Tetanus in the USA (1965-1966). Epidemiologic and clinic feature. New Eng J Med 1969; 280; 569.
9. M Moroni, R Esposito, F De Lare. Mannuale di Malattie Infettive 1978, 134-144.
10. Salimpore R. Cause of death in tetanus neonatorium; Study of 233 cases with 54 necropsi. Arch Dis Child 1977; 52; 587.
11. Thomas R cate. Mandell 2331-2336.
12. Weinstein L Tetanus N Eng J Med 1973, 289-1293.