

MANIFESTIMET KLINIKE TË MENINGITEVE

GJERGJ KOJA*

Summary

CLINICAL MANIFESTATIONS OF MENINGITIS

This short edition is focused principally on the clinical manifestations of meningitis disorders caused mainly by neisseria meningitidis, streptococcus pneumoniae and haemophilus influenzae. But also this edition classifies these disorders in: acute (within 24 hours); sub acute (within 1-3 days) and chronic (within 3-7-10 days). This infectious disease caused especially by neisseria is diffused all over the world, it is a sporadic infection and more often during the winter and spring seasons. It can be a viral infection, too. This infection can be met as a complication of influenza or as a complication of otitis media.

It is well clarified that the constant clinical features are intensive neck headache, spontaneous vomits in spite of nutrition (cerebral vomits), psychic alterations, convulsions of grand mal type and tremble, disorders of cranial nerves etc.

Besides of constant clinical features, there are some specific neurological signs like Ammos sign, Brudzinski and Kernig clinical sign. We can find in this edition even a comparison system between sepsis situation and neonatal meningitis. This system is based on some symptoms like fever, difficulties in respiration, some gastrointestinal disorders and some Central Nervous System disorders too.

It mentions that in spite of intensive therapy with antibiotics, the prognosis remains still reserved and not so much optimistic, especially for neonates and children.

The aim of having good knowledge regarding the clinic of meningitis is to help the right diagnoses together with the laboratories examinations. This is very important for a good and efficient therapy.

Klinika e infeksioneve të cipave meningeale apo siç quhet ndryshe e meningiteve nuk është e panjohur, apo e pastudiuar nga mjekësia botërore. Por shfaqja e frikshme e më shumë se 100 rasteve të meningitit me etiologji kryesisht bakteriale në Itali në një periudhë të shkurtër kohe dhe e pasuar me 5 vdekje, rikthen vullshëm jo vetëm panikun, por edhe vëmendjen maksimale të kërkimit shkencor mjekësor, si dhe të institucioneve të kujdesit shëndetësor në Itali dhe jo vetëm atje, mbi domosdoshmërinë e pasurimit

dhe kompletimit të njohurive të domosdoshme në lidhje me etiologjinë, epidemiologjinë, klinikën, diagnostikimin laboratorik, mjekimin dhe profilaksinë ndaj meningitit.

Si të mos mjaftonte kjo, si në një reaksion zinxhir filluan të raportoheshin edhe raste me frekuencë më të lartë se e zakonshmja të meningiteve në Shqipëri, brenda një periudhe të shkurtër kohe (dhjetor-janar 2008) kryesisht me etiologji bakteriale dhe me një gjeografi sëmundshmërie që fliste apo kishte lidhje

* Dërguar në Redaksi në Janar 2008, miratuar për botim Shkurt 2008.

Nga Instituti i Shendetit Publik, Tirane.

Adresa për letërkëmbim: Koja Gj., Nga Instituti i Shendetit Publik, Tirane.

me lëvizjen dhe shkëmbimin e emigrantëve (mbi 12 raste në 2 muaj).

Evidentimi i shkaktarit dhe korrelacioni shkaktar-klinike evidentoi se meningitet bakteriale nga neisseria meningitidis (meningokoku) prezantonin një klinikë me komplekse e me bruske, një ecure më të rëndë dhe një prognozë më të rezervuar sesa meningitet virale (pa i nënvlerësuar këta të fundit). Ishte kjo klinikë e pasur dhe komplekse si dhe përfundimet me vdekje të 5 prej këtyre meningiteve meningokoksike në Itali, faktori që nxiti edhe sektorët e kërkimeve shkencore të disa kompanive të mëdha farmaceutike në botë që të nisnin kërkimet për të prodhuar një vaksinë të re kundër meningitit meningokoksik, e cila të përmbante së bashku shtamet e dobësuar të disa serogrupeve të meningokokut (A, B, C, W135, Y).

Pra nisur nga rëndësia që paraqet njohja e plotë e të gjitha shenjave klinike konstante ose të variueshme si dhe e shenjave neurologjike specifike të meningitit, po evidentojmë të dhënat e mëposhtme të ekzaminimit kliniko-objektiv të meningitit, të evidentuara dhe të mbledhura me kujdes nga literatura e fundit bashkëkohore- shkencore si edhe nga rastet e raportuara të cilat janë diagnostikuar dhe mjekuar në QSUT "Nënë Tereza".

Këto raste i kemi krahasuar me të dhënat e literaturës botërore si vijon:

Meningitet klasifikohen:

- a. Akute
- b. Subakute
- c. Kronike

Shkaqet:

a. bakteriale: neisseria meningitidis, streptococcus pneumoniae, haemophilus influenzae, listeria monocytogenes, staphylococcus aureus, staphylococcus epidermidis, pseudomonas aeruginosa, enterobacteriaceae.

b. virale: virusi echo, coxsackie, polio, virusi i parotitit epidemik, virusi herpes simplex tipi 1 dhe 2, citomegalovirusi, virusi i varicelles dhe zoster, virus Epstein-Barr, HIV.

c. Shkaqe jo infektive: meningit i induktuar nga medikamentet, ciste epidermoide të meningeve.

Etiologjia Meningitit meningokoksik:

- Neisseria meningitidis është bakter gram-negativ.
- Bakter brenda qelizor, aerobik, diplokok.

- Njihen 13 serogrupe meningokokesh grupe: A, B, C, D, 29E, H, I, K, L, W135, X, Y dhe Z.

Këto si rezultat i polisakaridit kapsular

- A, B, C, W135, Y janë më të shpeshtit.
- Lipopolisaharidi somatik në strukturën antigjenike është përgjegjës për efektet toksike

Burimi dhe transmetimi i infeksionit

- Vendi natyral i Neisseria meningitidis është rinofaringu.
- Trasmetimi të njeriu i shëndoshë receptiv bëhet me rrugë inhalatore me sperklat ose sekrecione të tjera nazofaringeale të infektuara.

Simptomatologjia:

- Manifestimet klinike i atribuohen pjesërisht gjendjes septike (temperatura, cefalea dhe diskomfort i përgjithshëm), pjesërisht rritjes së presionit intracranial (cefalea, të vjellat dhe rrallë papilledema) dhe pjesërisht modifikimeve që pëson vaskularizimi cerebral, përgjegjëse për alterimet neurologjike focale ose difuze të konvulsioneve.

- Meningitet bakteriale akute paraprihen nga një infeksion i rrugëve të sipërme respiratore në rreth 40% të pacientëve, ndërsa në rreth 10–15% të rasteve anamneza është pozitive për një patologji të mirë përcaktuar që më shpesh rezulton otitis media. Tek fëmijët janë të shpeshta edhe episodet diarreike.

- Në 25–75% të rasteve simptomat meningeale shfaqen në mënyrë të shpejtë (brenda 24 orëve), në rastet e tjera shfaqja e shenjave është më e ngadaltë (nga 1 deri 7 ditë).

- Objektivisht pacienti manifeston shpesh një sjellje karakteristike për të pakësuar dhembjen e shkaktuar nga inflamacioni i meningeve. Ky pozicion quhet "carku i pushkës" (a cane di fucile)

- **Carku i pushkës:** i sëmuri është i palëvizshëm, në decubitus lateralis me kokën më shpesh të shtrirë sesa të perkulur, muskujt abdominale të kontraktuar, kofshët të fleksuara mbi bacin dhe këmbë të perkulur mbi kofshë; jo rrallë vërehet opistotonus total (hiper ekstension i trungut përveçse i kokës).

- **Shenjat e pranishme në mënyrë konstante janë:**

- a. Cefalea intense, kryesisht nucale.
- b. Të vjellat spontane me presion (curg) pavarësisht nga marrja e ushqimit dhe që nuk paraprihen nga të

përzierat. Këto të vjella quhen ndryshe edhe të vjella cerebrale.

c. Alteracionet psikike janë të zakonshme që në fazat e para të meningiteve dhe shfaqen në mënyrë konstante në rastet e patrajtuara: manifestohen me torpore që rëndohet deri në koma, ndonjëherë paraprihet nga fenomene të agjitimit psikomotor, delir dhe halucinacion.

d. Simptoma motore-konvulsione të tipit grand mal dhe tremor.

e. Kompromentim të nervave kraniale-pareze dhe paralizë e tyre.

f. Çrregullime vasomotore-eritrodermi, dermografizëm i kuq.

g. Çrregullime të ritmit të frymëmarrjes.

• **Shenjat neurologjike specifike:**

a. Rigori nuczal-kontraktimi muskular e bën të vështirë deri të pamundur fleksionin pasiv të kokës.

b. Rigiditeti i shpinës e pengon pacientin të ngrihet nga pozicioni i supinacionit pa u mbështetur mbrapa me duar (shenja e Amoss ose e trekëmbëshit).

c. Shenja e zverkut e Brudzinskis-fleksioni i gjymtyrëve të poshtme është shumë e theksuar nga tendenca e fleksionit pasiv të kokës.

d. Shenja e Kernig-ngritja pasive e tringut të pacientit me qëllimin për ta vendosur në pozicionin ulur.

• Reflekset propioceptive nuk demonstrojnë ndonjë sjellje karakteristike: në gjymtyrët e poshtme ndonjëherë vërehet hiporefleksi, ndonjëherë hiperrefleksi; jo rallë vërehet një Babinski kalimtare. Reflekset eksteroeptive (në veçanti ato abdominale) janë të reduktuara.

• Traseja e EEG-së shfaqet gjithmonë e alteruar, por gjithësesi pa aspekte specifike, ekzaminimi i fundus oculi mund të evidentojë shenja të hipertensionit të liquorit deri në stazë të papilës.

• Tek moshat pediatrike fontanela bregmatike tregon një tensionim shumë evident; shenja e Kernig shfaqet më rrallë, ndërkohë që rezulton shpesh pozitive shenja Lesage(duke e ngritur fëmijën nga sjetullat, mungon lëvizja fiziologjike e gjymtyrëve të poshtme e tipit biçikletë).

Shenjat klinike të sepsis dhe meningitit neonatal

Simptomat, shenjat	Sepsis (prevalenca%)	Meningiti (preval.%)
Temperatura	50	65
Hypotermia	13	-
Vështirësi në frymëmarrje	33	35
Çrregullimetgastrointestinale	50	50
Anoreksia	28	-
Vomitus	25	-
Diarrea	10	-
Çrregullime të SNQ	30	90
Letargjia	25	60
Iritabilitet	15	30
Fontanella të tendosura, që pulsojnë	0	20
Ikter	35	0

• **Proгноза.** Në gjithë përmirësimin drastik pas terapisë me antibiotike, prognoza mbetet akoma e rezervuar si përsa i përket mbijetesës, po ashtu edhe përsa i përket sekuelave permanente.

• Sekuelat e meningitit bakterial prekin më shumë moshat e vogla dhe janë pak a shumë të rënda dhe të zgjatura në kohë.

• Hidrocefalia post meningitike është komplikacioni më i zakonshëm dhe shkaktohet nga obliterimi i foramenave të ventrikulit IV dhe nga hiperprodhimi i likuorit.

• Tek latanti manifestohet klinikisht me një rritje të vëllimit të kraniumit shoqëruar me tensionim dhe zmadhim të fontanelave.

Njohja e mirë e klinikës së meningitit ka për qëllim:

a. Të kontribuojë në vendosjen e një diagnoze të saktë krahas të dhënave laboratorike;

b. T'i hapë rrugën një mjekimi efektshëm e në kohë;

c. Të mundësojë një profilaksi të plotë për familjarët dhe njerëzit e tjerë që kanë qënë në kontakt me të sëmurin;

d. Të mundësojë një sensibilizim adekuat të popullatës dhe të eliminojë apo të minimizojë panikun e kotë që shfaqet në këto raste.

BIBLIOGRAFIA

1. **Mauro Moroni, Roberto Esposito, Fausto de Lalla:** Malattie Infettive, (sesta edizione 2003).
2. ISHP. Të dhëna statistikore të Departamentit të Epidemiologjisë.
3. Parimet e Mjekësisë Interne, pjesa I, Tiranë 2001.
4. **Solberg CO:** Infeksionet meningokoksike, Kapitulli 149.