

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
*NICOLAE TESTEMIȚANU*

**T. ten Cate, V. Vovc, C. Hangan, Lorina Vudu,  
R. Grăjdieru, V. Ghicavii, V. Musteață, E. Russu,  
A. Corlăteanu**

# **Culegere de Probleme** **pentru metoda de instruire bazată pe** **analiza problemei (cazului clinic)**

Compendiu pentru studenți-coordonatori

Sub redacția profesorului Theodorus ten Cate

Chișinău, 2007

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA**  
**UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE**  
**NICOLAE TESTEMIȚANU**

**T. ten Cate, V. Vovc, C. Hangan, Lorina Vudu,**  
**R. Grăjdieru, V. Ghicavii, V. Musteață, E. Russu,**  
**A. Corlăteanu**

# **Culegere de Probleme**

**pentru metoda de instruire bazată pe**  
**analiza problemei (cazului clinic)**

**Compendiu pentru studenți-coordonatori**

**Sub redacția profesorului Theodorus ten Cate**

**Chișinău, 2007**

CZU 616 (076.5)

C 94

Aprobat pentru editare de către Consiliul Metodic Central al USMF  
„Nicolae Testemițanu” (proces verbal nr.2 din 15.02.2007)

*Publicația se editează cu suportul  
financiar al proiectului TEMPUS JEP  
25195-2004*

Culegerea de probleme a fost elaborată în cadrul realizării proiectului TEMPUS  
“**Problem Based Medical Education for Moldova**” (CD\_JEP\_25195-2004),  
„Implementarea în Republica Moldova a instruirii medicale bazată pe analiza  
problemei (cazului clinic)”

**Autori:** *Theodorus ten Cate, profesor universitar, directorul Departamentului de  
Cercetare și dezvoltare în instruirea medicală pe lângă Centrul medical  
universitar a Universității Utrecht, Olanda*

*Victor Vovc, profesor universitar, șeful catedrei Biofizică, informatică și  
fiziologia omului*

*Corneliu Hangan, conferențiar, catedra Fiziopatologie și fiziopatologie  
clinică*

*Lorina Vudu, conferențiar, catedra Endocrinologie*

*Romeo Grăjdieru, conferențiar, catedra Cardiologie*

*Vitalie Ghicavii, conferențiar, catedra Urologie și nefrologie chirurgicală*

*Vasile Musteață, dr. med., asistent, catedra Hematologie, oncologie și  
terapie de campanie*

*Eugen Russu, asistent, catedra Medicină internă Nr. 2*

*Alexandru Corlăteanu, asistent, catedra Medicină internă Nr.2*

**Recenzenți:** *Vasile Lutan, profesor universitar, șef catedră Fiziopatologie și  
fiziopatologie clinică*

*Ion Moldovanu, profesor universitar, șef catedră Neurologie*

#### **Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții**

Culegere de Probleme pentru metoda de instruire bazată pe analiza  
problemei (cazului clinic): Compendiu pentru studenți-coord. / T. ten Cate,  
V. Vovc, C. Hangan, ...; sub red.: Theodorus ten Cate; Univ. de Stat de  
Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu. – Ch.: CEP Medicina, 2007. – 137 p.

ISBN 978-9975-918-97-8

70 ex.

616(076.5)

© CEP Medicina, 2007

© T. ten Cate și alții, 2007

ISBN 978-9975-918-97-8

## CUPRINS

<b>Cazul 1.</b> O femeie în vârstă de 46 ani cu palpitații.....	4
<b>Cazul 2.</b> O femeie de 48 de ani cu palpitații.....	13
<b>Cazul 3.</b> Un pacient în vârstă de 38 ani cu durere toracică.....	23
<b>Cazul 4.</b> Un bărbat în vârstă de 35 ani cu gingivoragii după toaleta danturii.....	36
<b>Cazul 5.</b> Un bărbat în vârstă de 22 ani cu durere în piciorul drept.....	52
<b>Cazul 6.</b> Un pacient în vârstă 63 ani cu edeme a membrilor inferioare.....	68
<b>Cazul 7.</b> O femeie în vârstă de 54 ani cu sindrom febril pe parcurs a 9 luni.....	77
<b>Cazul 8.</b> Un bărbat de 45 ani cu dureri în piept.....	99
<b>Cazul 9.</b> Un bărbat de 52 de ani cu dureri retrosternale....	115
<b>Cazul 10.</b> O femeie în vârstă de 35 ani cu dureri lombare..	129

# CAZUL 1. O FEMEIE ÎN VÂRSTĂ DE 46 ANI CU PALPITAȚII

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT-COORDONATOR

## Introducere

Palpitația este definită ca o percepție neplăcută a bătăilor puternice sau rapide ale inimii. Palpitația poate fi cauzată de o varietate de tulburări care implică modificări în ritmul sau frecvența cardiacă, extrasistole, pauze compensatorii, volumul bătaie crescut datorită regurgitării valvulare, stări hiperkinetice (debit cardiac crescut) și instalare bruscă a bradicardiei.

## Obiectivul cazului

Studentul va trebui să poată explica colegilor studenți diagnosticul diferențial al palpitațiilor și prin intermediul cazului respectiv să ilustreze manifestarea acestora, metoda diagnostică și tratamentul.

## Referințe suplimentare

1. Braunwald's heart disease a textbook of cardiovascular medicine : [in 2 vol.] 7 edition: D. P. Zipes, P. Libby, R. O. Bonow, E. Braunwald Vol. 1-2, 616.12 / B 84 – 2005.
2. Opie LH, Gersh BJ. Drugs for the Heart. 2005, Sixth edition.
3. European Heart Journal. Revistele – [www.escardio.org](http://www.escardio.org).
4. Ghidurile Societății Europene de Cardiologie: [www.escardio.org](http://www.escardio.org).
5. Medicină internă. Boli cardiovasculare și metabolice. Cherasim L. București: Ed. Medicală, vol. I-II, 2005.
6. Compediu de boli cardiovasculare. Dorobanțu M. Ed.II, 2004.

7. Principiile medicinei interne. Volumul I și II. Ediție internațională. Teora București. T. R. Harrison et al.1998.
8. Auer J, Schcibner P, Mische T. Subclinical hyperthyroidism as a risk factor for atrial fibrillation. Am Heart J 2001; 142: 838-842.

### ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic de medicină generală într-un oraș de mărime medie. O femeie în vârstă de 48 ani, Dna Popescu, lucrătoare la o creșă de copii, vine pentru o consultație medicală în timpul orarului de primire. Ea acuză palpitații ce se accentuează la efort fizic, dispnee la efort fizic obișnuit de intensitate medie (exemplu, mers pe o suprafață plată ~ 500 m). Pacienta mai prezintă fatigabilitate; vertij ușor. Pentru prima dată a observat aceste simptoame cu 7-10 zile în urmă.*

**Întrebarea 1. Care este problema relevantă? Puteți să atestați din ce punct de vedere ea cere ajutor?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Problema principală este evidentă. Dar pentru precizarea cauzei și condițiilor de apariție a palpitațiilor este necesar de a afla mai multe informații referitor la caracterul manifestărilor palpitațiilor, orientând în acest mod studentul către un posibil diagnostic. Permiteți studenților să vă ajute în a face o listă a posibilelor situații care se manifestă prin palpitații.

## **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții-coordonatori citește Nota (1). Un alt student-profesor adaugă datele cele mai importante la lista precedentă, notându-le pe o tablă. Datele care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul notei (1) va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (1)**

*Doamna Popescu a mai prezentat pe parcursul ultimelor 3 luni 2 episoade de palpitații, care au durat < 1 zi. Accesele de palpitații s-au cupat sinestător. Din cauza că ele nu au produs un disconfort evident pacientei, ea nu s-a adresat la timp la medic și în momentul vizitelor nu prezenta nimic iar la examenul obiectiv a bolnavei se determina doar o creștere a cifrelor TA la 150/95.*

## **Întrebarea 2. Ce întrebări ar trebui să-i adresați?**

--

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Conform celor menționate se poate presupune că palpitațiile pot fi provocate de o tulburare de conducere sau ritm cardiac (bloc atrioventricular, boala nodului sinusal, tahicardii paroxistice atriale sau jonționale, flutter sau fibrilație atrială persistentă, tahicardie sinusală, extrasistole în salve) sau stare de anxietate, hipertiroidism, anemie etc. Toate sugestiile referitor la posibilele cauze care au declanșat palpitațiile scrieți-le (notați-le) din nou pe un flip-chart. Discutați motivul fiecărei întrebări.

## Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului din Nota (2). Un alt student-coordonator scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi redistribuit la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (2)**

*Pacienta este puțin mai agitată. Din anamneză se constată că pacienta este hipertensivă de aproximativ 3 ani. Valorile maxime ale TA – 150-160/90-95 mmHg. Tratament sistematic nu administrează. De asemenea pacienta consumă cafea, fumează câte 3-4 țigări pe zi și este cu obezitate gr.I (indicele Quetelet > 30).*

**Întrebarea 3. Alcătuiți o listă de patologii care ar putea cauza palpitații. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului dat?**

## Sugestii pentru studenții coordonatori

Unele cauze pot fi excluse, incluzând:

1. Cardiopatia ischemică și infarctul miocardial (lipsa durerilor anginoase sau precordiale).
2. Cardiomiopatia și Insuficiența cardiacă (lipsa episoadelor de dispnee, edeme periferice în anamneză).
3. Hipertensiune arterială (hipertensivă de aproximativ 3 ani)
4. Valvulopatii mitrale sau tricuspitale (absența anamnesticului congenital sau reumatismal).
5. Afecțiuni pulmonare cronice și embolism pulmonar (absența anamnesticului pulmonologic).
6. Intoxicații (pacienta nu consumă alcool, nu a fost în contact cu gaze toxice, monoxid de carbon).



7. Neurogenică (lipsa datelor pentru hemoragia subarahnoidiană sau accidentele cerebrale nonhemoragice).
8. Anemică (lipsa datelor pentru hemoragii sau anamnezic hematologic).
9. Tireotxicoza (lipsa anamnezicului endocrinologic).

**Întrebarea 4. La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

--

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegii-studenți care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota (3). Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

#### **Nota (3)**

*În timpul examenului obiectiv s-a determinat că zgomotele cardiace sunt aritmice, FCC ~ 105/min, Zg II accentuat pe Ao, sufluri evidente nu se auscultă. Frecvența pulsului este ~ 92/min. În plămâni – murmur vezicular ușor înăsprit bilateral. La palparea glandei tiroide se determină o mărire ușoară a acesteia. TA – 155/90 mmHg.*

### **Întrebarea 5. Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Prin urmare, pacienta poate prezenta fibrilație atrială (FA). Cauza FA pare a fi hipertensiunea arterială și este necesar de a exclude hipertiroidismul subclinic.

Înainte de a formula acest diagnostic, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele cele mai verosimile pentru diagnosticul respectiv.

### **Întrebarea 6. Cum veți explica acest diagnosticul pacientului?**

Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului de medicină generală. Rolul dnei Popescu este jucat de către consultant.

### **Rolul medicului de medicină generală (studentul coordonator)**

D-stre suportați o aritmie persistentă ce se numește FA. Dacă la timp nu este tratată, FA poate trece în formă cronică ceea ce influențează pe viitor remodelarea cordului, instalarea insuficienței cardiace și declanșarea altor aritmii, chiar și ventriculare. Această aritmie crește riscul pentru tromboze sistemice și cerebrale (ictus ischemic). Cauzele apariției aritmiei respective la D-stre sunt hipertensiunea arterială și posibil hipertiroidismul subclinic. Deci, tratamentul corect al FA impune nu numai conversia aritmiei la ritm sinusal dar și tratamentul cauzelor ce au provocato – hipertensiunea și în caz de confirmare a hipertiroidismului subclinic.

**Întrebarea 7. Ce fel de examene suplimentare sau teste sunt necesare acestui pacient?**

**Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți împreună cu grupa o listă a examenelor suplimentare posibile (de laborator și instrumentale). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului de fibrilație atrială persistentă și hipertiroidismului.

**După ce a fost dat răspunsul la întrebarea 7, unul dintre studenții profesori face o mică prezentare la subiect (10 minute).**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

1. Hemograma.
2. Urograma.
3. Hormonii glandei tiroide (TSH, T<sub>3</sub> și T<sub>4</sub>).
4. Lipidograma
5. Probele reumatice
6. Glicemia.
7. ECG.
8. EcoCG.
9. Testul de efort.
10. Radiografia pulmonară.
11. Sonografia glandei tiroide.

## Informație nouă despre pacient

Sunt furnizate datele examenului paraclinic:

### **Nota (4)**

*La pacienta Popescu se înregistrează următoarele modificări ale indicilor de laborator și a examenelor instrumentale:*

- 1. Hemograma – norma*
- 2. Urograma - norma*
- 3. Hormonii glandei tiroide –  $T_4$ –102 ng/l; TSH – 0,3 mU/L.*
- 4. Lipidograma – Colesterolul total – 5,6 mmol/l (218 mg/dl), LDL colesterol – 3,4 mmol/l (140 mg/dl), HDL colesterol – 1,2 mmol/l (49 mg/dl), trigliceride – 1,7 mmol/l (150 mg/dl).*
- 5. Probe reumatice – norma.*
- 6. Glicemia – norma.*
- 7. ECG – absența undelor P, înregistrarea undelor „f” mici, FCC – 105/min, intervale R-R variate.*
- 8. EcoCG – Ao-25, AS-44, DTD VS-50, DTS VS-38, SIV-12, FE-56%, PPVS-11, VD-20, AD-35.*
- 9. Testul de efort – exclude ischemia miocardului.*
- 10. Rg-grafia pulmonilor – tabloul bronhopulmonar și dimensiunile cordului normale.*
- 11. Sonografia glandei tiroide – L.drept - 16,8x39,0x16,5 mm; L.stang – 16,5x42,0x16,5 mm; Istm – 3,8 mm; Concluzie: Glanda e marita moderat. Contur regulat. Structura discret neomogena, reflectivitate sporita.*

**Întrebarea 8. Care este metoda de tratament?**

### **Sugestii pentru studenți profesori**

1. Cardioversia electrică sau farmacologică cu menținerea ulterioară a ritmului sinusal.
2. Tratamentul hipertensiunii arteriale.
3. Tratament endocrinologic.

**Întrebarea 9. Unul dintre studenții grupei recapitulează cazul în una sau două minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze, ca obiectivele majore a acestui caz au fost atinse.**

## **CAZUL 2. O FEMEIE DE 48 DE ANI CU PALPITAȚII**

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT-COORDONATOR

### **Introducere**

Palpitații cardiace sunt o manifestare clinică comună a mai multor patologii – sistemului cardio-vascular, pulmonar, glandelor endocrine, sistemului nervos ș.a.

La mulți pacienți palpitațiile se însoțesc de senzații neplăcute. Având în vedere diversitatea etiopatogenezei, palpitațiilor pacientul va fi examinat multiplanar, iar abordarea medicală va fi diferită.

### **Obiectivul cazului:**

Studentul va trebui să poată explica colegilor multitudinea cauzelor care provoacă apariția palpitațiilor, ilustra metodele diagnostice folosite pentru determinarea cauzei patologiei, tratamentul diferențiat.

### **Referințe suplimentare:**

1. Harrison's principles of INTERNAL MEDICINE, 14<sup>th</sup> edition, vol. VI, 2005.
2. M.Balabolkin "Endocrinologia".
3. Endocrinologie. Ghid de diagnostic și tratament în bolile endocrine. (E. Zbranca).

### ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic de familie într-un oraș de mărime medie. O femeie în vârstă de 48 de ani, D-na Maria, s-a adresat la Dumneavoastră cu acuze la palpitații, slăbiciuni generale.*

*Acuzele de palpitații au devenit atât de dese, că pacienta a fost nevoită să ceară permisiune de a pleca de la serviciu pentru a se prezenta la medic. Pacienta se adresa periodic la medic cu acuze la senzații neplăcute în regiunea gâtului, slăbiciuni generale. D-na Maria lucrează bucatăreasă într-o cafenea, lucrează în condiții nefavorabile-temperatura aerului în încăpere este ridicată, ridică greutatea. Îngrijește 2 nepoți adolescenți.*

**Întrebarea 1. Care poate fi problema relevantă? Puteți să atestați din ce punct de vedere ea cere ajutor? Care sunt cauzele de adresare la medic?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Problema principală este evidentă. Este important de clarificat cererea de tratament, apoi de continuat a face anamneza. Întrebările adresate ei în timp ce se făcea anamneză să fie orientate la clarificarea caracterului palpitațiilor (permanente, ritmice etc.) condițiilor de apariție a lor, asocierii cu alte acuze.

**Întrebarea 2. Ce întrebări ar trebui să adresați?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptomelor, istoricul bolii.

Toate sugestiile potrivite de scris pe flip-chart. Puneți în discuții motivul fiecărei întrebări, scriind acestea într-o coloană paralelă cu titluri.

## Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții-coordonatori citește răspunsurile pacientului de la Nota (1). Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (1)**

*D-na Maria prezintă acuze la palpitații cardiace ultimul an, care se intensificau la efort fizic, psiho-emoțional. Dumneaei a devenit mai nervoasă, nu poate să se concentreze. Toate acestea nu îi permit Dumneaei să continue efectuarea funcțiilor obișnuite.*

*D-na Maria menționează că toată viața a fost sănătoasă, starea ei s-a înrăutățit treptat după un stres psiho-emoțional puternic, care s-a produs 2 ani în urmă. Ultimul timp accese de palpitații au devenit mai dese, se asociază cu hiperhidroza abundentă, senzații de căldură. Ultimii 2 ani a slăbit cu 6 kilograme, ne cătând la apetitul bun. Periodic are cardialgii ne pronunțate fără iradiere.*

*Starea pacientei se ameliorează în cazul regimului de pat. Ultimile 6 luni a observat creșterea temperaturii corporale până la 37,2<sup>0</sup>C.*

**Întrebarea 3. Alcătuiți o listă de dereglări ce pot cauza palpitații.**

### Sugestii pentru studenții coordonatori

Rezultatele discuției scrieți pe tablă. Lista patologiilor ,ce pot cauza palpitații:

- Afecțiunile pulmonare cronice
- Disfuncție vegetativă suprasegmentară
- Cromafinom



- Tiroxicoza
- Boli infecțioase, procese inflamatoare
- Anemia
- TBC
- Climax
- Cardiopatia ischemică și Infarct miocardic
- Febra reumatismala
- Miocardita
- Hipertensiunea arterială esențială

**Întrebarea 4. Puteti exclude unele cauze cunoscând istoria cazului?**

**Sugestii pentru studentii coordonatori**

Bazându-ne pe istoria bolii pot fi excluse:

1. Afecțiunile pulmonare cronice (lipsa patologiei pulmonare în anamneza)
2. Climax (prezența ciclului menstrual regulat)
3. Reumatism (lipsa durerilor în articulații și lipsa reumatismului în tinerețe)
4. Cardiopatia ischemică și Infarct miocardic (lipsa anginei pectorale)
5. Disfuncție vegetativă suprasedgmentară

**Întrebarea 5. La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

## Sugestii pentru studentii coordonatori

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu studenții care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului dat. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau flip-chart. De făcut tabel cu examenul fizic.

## Informație nouă despre pacient

Unul din studenții-coordonatori citește concluziile examenului fizic din Nota (2). Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

### **Nota (2)**

*La examenul fizic s-a depistat că tegumentele sunt moi, catifelate, fierbinți, umede. Luciu exagerat a globilor oculari. S-a apreciat tremur degetelor mâinilor întinse.*

*Glanda tiroidă gr. II, elastică, mobilă, indoloră.*

*Zgomotele cordului accentuate, accelerate, FCC -112 bătăi/min, suflu sistolic la apex, puls- 112băt/min.*

*TA 150/60 mm col Hg. Plămîinii- murmur vezicular.*

*Ciclul menstrual- regulat.*

## **Întrebarea 6. Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

## Sugestii pentru studentii coordonatori

Luând anamneza s-au exclus multe cauze care pot provoca apariția palpitațiilor. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluderi. Prin urmare cauza pare a fi endocrină și mai concret cauzată de majorarea funcției glandei tiroide. Înainte de a formula diagnosticul încercați să obțineți argumentele cele mai verosimile.

**Întrebarea 7. Ce fel de examene suplimentare sau teste sunt necesare acestui pacient?**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

Alcătuți împreună cu grupa o listă a examenelor suplimentare posibile (de laborator, instrumentale). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului de tireotxicoză.

1. Investigația hormonilor glandei tiroide ( T3-f, T4-f) și TSH, AC/TPO, AC tiroidstimulatori (pentru a confirma tireotxicoza).
2. Investigația hormonilor medulei suprarenale (pentru a exclude cromafinom)
3. Investigația hormonilor hipofizari: FSH, LH (pentru a exclude climax).
4. Analiza generală a sângelui (pentru a exclude boli inflamatori).
5. ECG, ECO-CG
6. Colesterol (este important în tireotxicoza. boala ischemică a cordului).
7. creatinin fosfochinaza, probe reumatice, glucoza (pentru a exclude reumatism, infarct miocardic).
8. USG glandei tiroide, suprarenalelor
9. Radiografia cutiei toracice (pentru a exclude reumatism, boli pulmonare).
10. Proba Mantu (pentru a exclude tbc).
11. Scintigrafia glandei tiroide.
12. Testul captării I<sup>131</sup> de glanda tiroidă.
13. Testul de supresie cu T<sub>3</sub>.

**După ce a fost dat răspunsul la întrebarea 7 unul dintre studenții profesori face o mică prezentare la subiect (10 minute)**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

În timpul prezentării trebuie să discutați:

1. Efectul biologic al hormonilor tiroidieni și principiile de reglare a funcției glandei tiroide.
2. Anatomia glandei tiroide.
3. Etiologia și patogenia b.Graves (gușei difuze toxice).
4. Patogenia simptoamelor clinice.
5. Posibilitățile diagnostice prin intermediul examenului fizic și interpretarea lor.
6. Sensul și non-sensul examenului de laborator.

### **Întrebarea 8. Ce teste menționate după întrebarea 7 ar trebui să interprindeți?**

### **Sugestii pentru studentul coordonator**

Explorarea structurii și funcției glandei tiroide o să confirme diagnosticul bolii Graves.

1. Explorarea hormonilor glandei tiroide (T3-f -mărit, T4-f -mărit,) și TSH- micșorat, AC/TPO, AC tireoidstimulatori +.
2. USG glandei tiroide(mărirea în dimensiuni, ecostructura neomogenă, hipoecogenă.)
3. ECG (ritmul sinusal, accelerat)
4. Colesterol - micșorat, glucoza-N sau crescută.
5. Analiza generală a sîngelui - N.
6. Testul captării I<sup>131</sup> de glanda tiroidă
7. Scintigrafia glandei tiride
8. Testul de supresie cu T<sub>3</sub>.

## Informație nouă despre pacient

Sunt furnizate datele examenului paraclinic (Nota 3).

### Nota (3)

*Investigațiile de laborator:*

$T_{3\text{tot}}$  - 7,0nmol/l (N-1,2-3,5nmol/l)

$T_{4\text{tot}}$  - 210nmol/l (N-51-154nmol/l)

$T_{\text{f}}$  - 30pmol/l (N - 12-22pmol/l)

TSH - 0,1<sub>m</sub> UI/ml (N - 0,4-4,2<sub>m</sub>UI/ml)

Prezența AC/TPO în titru înalt, de peste 600UI/ml (N - <100)

AC tiroidstimulatori - prezenți.

Colesterol - 3,2mmol/l (N - 3,4 - 5,2 mmol/l)

USG glandei tiroide: volumul lobului drept - 18ml; volumul lobului stîng - 18ml, cu structura neomogenă, hipoecogenă (Norma volumului glandei tiroide la femei - 18ml, structura omogenă, de ecogenitate obișnuită.)

Testul captării  $I^{131}$  de glanda tiroidă peste 2; 4; 24 ore - 16% - 26% - 56% (N - 13% - 20% - 30%.)

*Analiza generală a sîngelui:*

Eritrocite -  $4,1 \times 10^{12}/l$

Hemoglobina - 140g/l

Leucocite -  $6,6 \times 10^9/l$

Nesegmentate - 3

Segmentate - 65

Eozinofile - 3

Limfocite - 26

Monocite - 3

VSH - 10mm/oră

ECG - Ritm sinusal, FCC - 112 bătăi/min. Axa electrică - normală

Scintigrafia glandei tiroide descoperă majorarea dimensiunilor a glandei tiroide cu acumularea  $I^{131}$  omogenă și excesivă

Testul de supresie cu  $T_3$  - negativ

Glucoza în sînge - 4,6 mmol/l (N - 3,3 - 5,5mmol/l)

**Întrebarea 9. Care este tratamentul? Care metoda de tratament este preferabilă pentru pacientă? Care este pronosticul pentru pacientă?**

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Sunt mai multe metode de tratament:

- Medicamentos
- Chirurgical
- I<sup>131</sup>

Care tratament, dozele, indicațiile, contraindicațiile, efecte adverse acestor metode sunt...

Pacienta pentru un control va fi primită peste o lună.

**Întrebarea 10. Cum veți explica diagnosticul pacientului?**

Discuția acestor întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului de medicină generală. Rolul D-nei Maria este jucat de către consultant.

### **Rolul medicului de medicină generală**

D-tră suferiți de boala Graves. Pronosticul este favorabil. Starea D-tră se va ameliora pe parcursul tratamentului medicamentos. Acuzele se vor micșora timp de câteva zile, săptămâni. Există și alte metode de tratament a acestei maladii – radicale – rezecția subtotală a glandei tiroide și tratament cu I<sup>131</sup>. Această boală nu este invalidizantă. Trebuie să fiți disciplinată.

D-tră necesitați să faceți periodic controlul la medicul specialist. Dacă D-tră n-a să respectați recomandările medicului boala poate progresa și pot să se dezvolte complicații din partea cordului, sistemului nervos și din partea ochilor. D-tră necesitați să efectuați investigații adăugătoare.

**Întrebarea 11. Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în una sau două minute. Expunerea sumară trebuie să dovedească că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

--

## CAZUL 3. UN PACIENT ÎN VÎRSTA DE 38 ANI CU DURERE TORACICĂ

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

### Introducere

Durerea toracică este un simptom funcțional, care se întâlnește foarte frecvent, ce poate fi cauzat de leziuni ale aparatului respirator, dar și de origine extrapulmonară (cardiacă, nervoasă, musculoscheletală, abdominală).

În acest caz vor fi examinate și evaluate minuțios diferite trepte a metodologiei medicale.

### Referințe suplimentare:

1. BICKLEY L., SZILAGYI P. - BATE'S Guide to physical examination and history taking. Seventh edition. Lippincott Williams & Wilkins. 2002; 760 p.
2. BOTNARU V. - Bolile aparatului respirator, Chișinău, 2001; 637 p.
3. CECIL Textbook of Medicine, Ed.by Wyngaarden J.B., Smith L.H., Benett J.C., W.B. Saunders Company, 2005.
4. Harrison's Principles of Internal Medicine 16th Edition by Dennis L. Kasper, Eugene Braunwald, Anthony Fauci, Stephen Hauser, Dan Longo, J. Larry Jameson. McGraw-Hill 16 edition.

### *În cabinetul medicului*

*Sunteți un medic internist într-un megapolis. Un pacient în vârstă de 38 ani vine la dumneavoastră pentru o consultație medicală. Pacientul acuză durerea toracică severă. De asemenea, afirmând că are febra de câteva zile, însoțită de o slăbiciune*



*pronuțată, și cu lipsa potențialului de lucru. Spunând că s-a îmbolnăvit 3 zile în urmă după suprarăcire.*

**Întrebarea nr. 1: Evidențiați care ar a fi problema principală? Atestați din ce punct de vedere pacientul cere ajutor? Care sunt cauzele de adresare la medic?**

--

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Problema principală este evidentă, însă cererea lui nu este încă clară. Inițial e important să clarificați cererea de tratament și apoi să continuați să strângeți anamneza. Lăsând studenții să ajute în îndeplinirea listei privind motivele de adresare a pacientului, scriindu-le pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație nouă despre pacient**

După cercetarea în cauză, unul dintre studenți-coordonatori citește Nota (1). Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități de tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, ce nu pot fi atribuite acestui pacient, urmează a fi omise. Textul Notei (1) va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota (1)**

*Pacientul spune că s-a îmbolnăvit după un picnic în pădure, care a avut loc trei zile în urmă. După picnic, dimineața a apărut o senzație de caldură și fără a măsura temperatura a plecat la lucru, dar acolo s-a simțit și mai rău fiind nevoit a reveni acasă. Gheorghe lucrează ca automecanic la o stație de alimentare. Acasă nu a administrat nici un medicament, utilizând numai mijloacele medicinei populare. Prin urmare, ieri seara, starea generală a pacientului brusc s-a agravat.*

## Întrebarea nr. 2: Ce întrebări ar trebui să-i adresați?

--

### Sugestii pentru studenții coordonatori

Acum este momentul de a specifica intensitatea simptomelor și istoria cazului, cu posibilitatea determinării sau excluderii originii și/sau cauzei durerilor toracice. Scrieți toate sugestiile potrivite din nou pe un flip-chart.

Puneți în discuție motivul fiecărei întrebări, scriind acestea într-o coloană paralelă cu titluri în felul următor «a exclude fractura costală» sau «a evalua gravitatea cazului».

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții-coordonatori citește răspunsurile pacientului din Nota (2). Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi redistribuit la sfârșitul reuniunii.

<b>Nota (2)</b>
<p><i>Domnul Gheorghe, acuză durerea toracică din dreapta, care se accentuează la inspir profund și dispneea. Durerea toracică a progresat în ultimele 12-15 ore. Durerea toracică nu are iradierea și este permanentă și chinuitoare. De asemenea pacientul acuză dispneea pronunțată, când este culcat pe partea stângă.</i></p> <p><i>Se consideră bolnav de 3 zile, de când a apărut febra 39C. Ieri, a apărut tuse cu striuri de sânge. Gheorghe, fiind preocupat, s-a adresat la medic.</i></p> <p><i>El este fumător, 15 pachet-ani, folosește băuturi alcoolice în cantități enorme. Contact cu pacienții de tuberculoza nu a avut. Pacientul nu are antecedente personale patologice semnificative și nu urmează nici un tratament.</i></p>

**Întrebarea nr. 3: Alcătuiți o listă de boli ce pot cauza durerea toracică. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului dat?**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

Lista patologiilor, ce pot cauza durere toracică:

Durere toracică pleurală:

Pleurezie

Pneumonie

Infarct pulmonar

Pneumotorace.

La baza istoriei bolii sale anumite procese patologice pot fi excluse:

Angina pectorală (durerea nu are localizarea retrosternală)

Infarct miocardic acut (durerea nu are localizarea tipică, depinde de actul respirator)

Fractură costală (traumatismul este absent în datele anamnestice)

Tumoarea (debut acut)

Tuberculoza (anamneza epidemiologică ne agravată)

Herpes Zoster (absența erupțiilor caracteristice)

Esofagită de reflux (absența datelor anamnestice).

**Întrebarea nr. 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic? Cum aceste semne și simptome sunt legate cu posibilă cauza a durerii (care confirmă sau infirmă aceste cauze)?**

## **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegii-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului Gheorghe. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota (3). Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

### **Nota (3)**

*Pacientul are temperatura 38C. Acrocianoză. La examenul fizical: pacientul are dispnee pronunțată și tahicardie, frecvența respirațiilor este 23/minut și frecvența contracțiilor cardiace este 100/minut. Tensiune arterială este 100/70 mm Hg.*

*La inspecția se observă o ușoară rămânere în urmă a hemitoracelui drept. La percuția sunetul percutor este mat, vibrație vocală este exagerată. La auscultație suflu tubar și raluri crepitante bazal pe dreapta.*

## **Întrebarea nr. 5: Care diagnostic e cel mai probabil?**

## **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Ați exclus multiple cauze a durerilor toracice în fișa medicală. Rezultatele examenului fizical confirmă aceste excluderi. Prin urmare cauza pare a fi clară, pacientul suferă de dureri pleurale în cadrul pneumoniei. Înainte de a formula acest diagnostic, lăsați mai întâi studenții să facă aprecierile cuvenite. Încercați să obțineți argumentarea diagnosticului într-o modalitate clară.

**Întrebarea nr. 6: Ce ipoteze rămân acum, ca diagnosticul diferențial să fie cercetat ulterior?**

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Trebuie de cercetat toate ipotezele inițiale și de confirmat acele, care sunt lăsate pentru a fi studiate.

**Întrebarea nr. 7: Ce investigații diagnostice sunt necesare sau care părți ale corpului trebuie să fie examinate cu ajutorul procedurilor diagnostice pentru a confirma sau a exclude diagnosticul restant?**

### **Sugestii pentru studentii profesori**

Alcătuți o listă, împreună cu grupa, a examenelor paraclinice posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului de pneumonie.

**După răspunsul obținut la întrebarea nr. 7, unul dintre studenții profesori trebuie să facă o succintă prezentare la subiect (cca10 minute)**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

În timpul prezentării trebuie discutate:

1. structura și funcția plămânilor
2. agenții patogeni mai frecvenți

3. morfopatologia pneumoniilor (pneumonia franclobară, bronhopneumonia, pneumonia interstițială)
4. fiziopatologia pneumoniilor
5. clasificarea contemporană a pneumoniilor
6. simptomele funcționale în afecțiunile aparatului respirator (durerea toracică, tusea, hemoptizia, dispnea)
7. sindroamele clinice principale (sindromul de condensare pulmonară, sindromul bronșic, sindromul pleural)
8. rolul investigațiilor paraclinice în diagnosticul pneumoniilor
9. principiile tratamentului empiric antibacterian a pneumoniilor

Poate fi utilizat spectrul întreg de informație accesibilă din referințele bibliografice.

**Întrebarea nr. 8: Ce teste, menționate după întrebarea a 7-a, ar trebui să întreprindeți sau să organizați?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

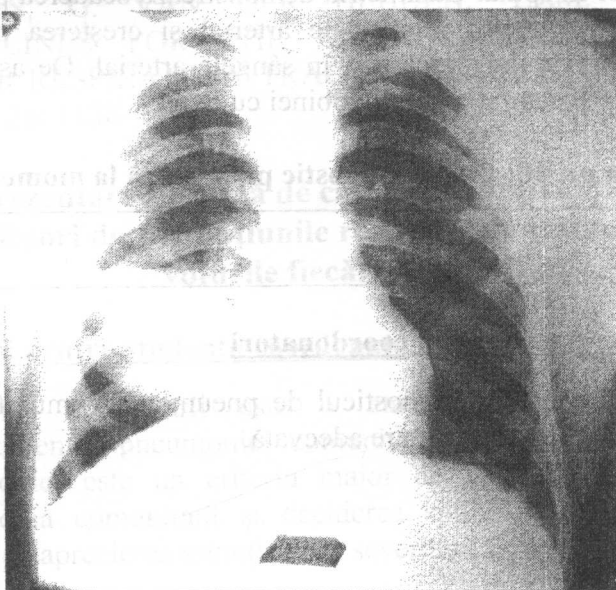
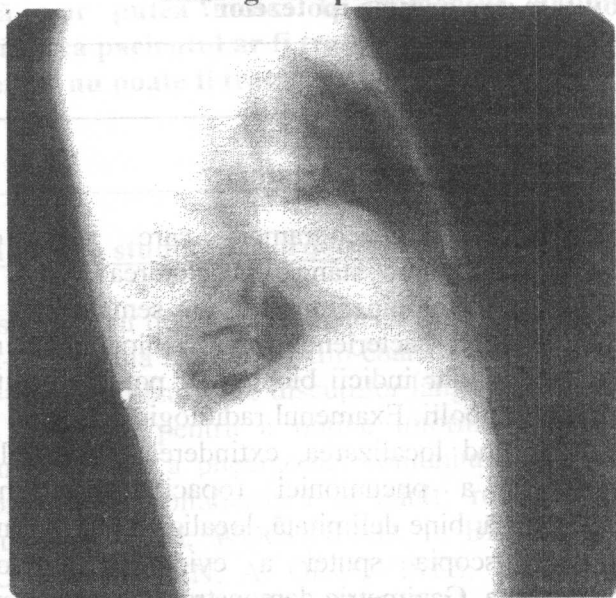
Trebuie de efectuat următoarele metode complementare de explorare: hemoleucograma, analiza biochimică a sîngelui, urograma, electrocardiograma, evaluarea globală a schimbului gazos, examenul general al sputei, diagnosticul microbiologic, radiografia toracelui în 2 incidente: postero-anterioară și incidența laterală.

## Informație nouă despre pacient

### Sunt furnizate datele examenului paraclinic:

<b>Nota (4)</b>	
Investigațiile de laborator au relevat:	
<b>Analiza generală a sîngelui:</b>	<b>Analiza biochimică a sîngelui</b>
Eritrocite 3,5x10 <sup>12</sup> /l	Proteină 70 g/l
Hemoglobina 125 g/l	Creatinina 159 memol/l
Leucocite 11000 / mm <sup>3</sup>	Ureea 5,2 mmol/l
Nesegmentate 11 %	ALAT 17 U/l
Segmentate 50 %	ASAT 21 U/l
Eozinofile 4 %	Colesterol 9,7 mmol/l
Limfocite 31 %	Glucoza 3,5 mmol/l
Monocite 4 %	Bilirubina totală 8,9 memol/l
VSH 25 mm/h	Bilirubina conjugată - LDH 250 U/l
<b>Analiza generală a urinei:</b>	<b>Examenul sputei:</b> multe leucocite, 3-4 eritrocite, diplococci Gram pozitivi
Densitatea 1015	<b>Examenul sputei la M.</b>
Cantitatea 15 ml	<b>Tuberculosis (BAAR)</b> este negativ.
Culoarea galbenă	<b>ECG fără particularități</b>
Transparența transparentă	<b>Gazele sîngelui arterial:</b>
Reacția acidă	pH 7,29
Proteine 0,9	PaCO <sub>2</sub> 49 mm Hg
Glucoza -	PaO <sub>2</sub> 65 mm Hg
Leucocite 0-2	<b>Saturația (SaO<sub>2</sub>) 88%</b>
Eritrocite 0	<b>Hemocultura este negativă</b>

## Radiografia pulmonară





**Întrebarea nr. 9: Interpretați concluziile testelor diagnostice. Ce probabilitate dau acestea ipotezelor?**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

Modificările ale hemoleucogramei, care sunt depistate (leucocitoză, devierea spre stângă, accelerarea VSH) nu sunt specifice pentru o patologie anumită, dar semnalează prezența infecției, mai probabil bacteriene. Analiza biochimică nu oferă informație specifică, dar indicii biochimici pot fi folosiți pentru evaluarea severității bolii. Examenul radiologic confirmă prezența pneumoniei, stabilind localizarea, extinderea și posibilă formă clinicomorfolologică a pneumoniei (opacitate de intensitate subcostală, omogenă, bine delimitată, localizată în lobul mediu pe dreapta). Bacterioscopia sputei a evidențiat predominarea diplococilor în sputa. Gazimetria demonstrează scăderea presiunii parțiale a oxigenului în sângele arterial și creșterea presiunii parțiale a bioxidului de carbon în sângele arterial. De asemenea, este scăzută și saturația hemoglobinei cu oxigen.

**Întrebarea nr. 10: Care diagnostic prevalează la moment?**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

Pe primul plan este diagnosticul de pneumonia comunitară, dar acesta necesită o argumentare adecvată.

**Întrebarea nr. 11: Ce terapie sau metodă de tratament optimală s-ar putea indica la momentul actual? Care e pronosticul ca pacientul ar fi tratat? Care e pronosticul, în caz că pacientul nu poate fi tratat?**

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Inițial este necesar de alcătuit o listă de sugestii cu ajutorul grupei, scriindu-le pe tablă sau pe un flip-chart. Ulterior discutați aceste sugestii și scrieți rezultatele discuțiilor lângă ele. Citiți sugestii de practica medicală pentru a obține informația necesară pentru tratamentul eficace a pneumoniei comunitare (BOTNARU V. - Pneumonia extra spitalicească la adult: recomandări practice, Chișinău, 2004 și M. WOODHEAD, F. BLASI, S. EWIG, G. HUCHON, M. IEVEN, A. ORTQVISTE, T. SCHABERG, A. TORRES, G. VAN DER HEIJDEN, T.J.M. VERHEIJ. GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF ADULT LOWER RESPIRATORY TRACT INFECTIONS. EUR RESPIR J 2005; 26: 1138–1180).

**Prezentare succintă de către unul dintre studenți profesori despre opțiunile relevante de tratament, cu voturile fiecărei opțiuni**

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Deciderea spitalizării este o etapă foarte importantă în managementul pneumoniei comunitare. Evaluarea severității a pneumoniei este un criteriu major de spitalizarea în caz de pneumonia comunitară și deciderea spitalizării trebuie să fie bazată pe aprecierea minuțioasă a severității bolii.

Terapia antibacteriană va fi inițiată cât mai repede posibil după stabilirea diagnosticului de pneumonia, în special la pacienții care necesită internarea în spital.

Opțiunile tratamentului empiric a pneumoniilor comunitare. Inițierea tratamentului empiric trebuie să aibă în vedere: 1) agenții patogeni suspecți conform severității bolii și factorii de risc adiționali; 2) particularitățile locale de rezistență microbiană; 3) toleranța și toxicitatea antibioticelor la pacientul concret.

Criteriile eficacității terapiei antibacteriene.

Durata terapiei antibacteriene.

Tratamentul antibacterian în trepte.

Erori în tratamentul pneumoniei comunitare.

Profilaxia a pneumoniilor comunitare.

### **Referințe bibliografice:**

1. BOTNARU V. - Pneumonia extra spitalicească la adult: recomandări practice, Chișinău, 2004
2. Niederman MS et al: Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001;163:1730.

### **Întrebarea nr. 12: Cum veți explica totul pacientului?**

#### **Joc de roluri**

**Informația despre tratamentul indicat este comunicată pacientului. Unul dintre studenți este medic, unul dintre studenți profesori joacă rolul pacientului. Încercați să explicați cauza bolii într-un limbaj clar cu cuvinte simple. Ceilalți studenți ascultând vor putea să-și expună opiniile sale ulterior.**

## **Rolul medicului de medicină generală (pentru student)**

Gheorge a fost diagnosticat cu pneumonia comunitară. Starea lui se va ameliora peste 3-4 zile de tratament antibacterian corect și tratamentul adițional (tratamentul simptomatic, oxigenoterapia, tratamentul de dezintoxicare).

Este important de a informa pacientul despre posibilitatea complicațiilor posibile severe în caz de absența tratamentului corespunzător și internării. Prognosticul va fi favorabil în caz de aplicarea tratamentului antibacterian.

Dumneavoastră trebuie să discutați despre deprinderile vicioase ale pacientului (stoparea fumatului și limitarea folosirii băuturilor alcoolice).

**După consultația și explicația unor întrebări, pacientul acceptă diagnosticul de pneumonia comunitară și tratamentul.**

**Întrebarea nr. 13: Unul dintre studenții grupei recapitulează cazul în una sau două minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze, ca obiectivele majore a acestui caz au fost atinse.**

## CAZUL 4. UN BĂRBAT ÎN VÂRSTĂ DE 35 ANI CU GINGIVORAGII DUPĂ TOALETA DANTURII

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

### Introducere

Hemoragia este unul dintre cele mai iminente sindroame, care impune pacientul să apeleze, de regulă instantaneu, la asistența medicală. Gingivoragia constituie un simptom relativ frecvent întâlnit, care poate rezulta din diferite patologii: bolile dentare și ale gingiilor, amiloidoza, dereglările hemostazei vasculo-trombotice și ale coagulării, procesele neoplazice ale sistemului hematopoietic, metastazele de cancer în măduva osoasă, etc. Hemostaza fiziologică este asigurată de interacțiunea a 3 componente structural-funcționale: vascular, trombocitar și plasmatic (sistemul de coagulare, fibrinoliză, etc.). Concomitent cu instalarea trombului primar trombocitar începe a se activa "cascada" coagulării. În dereglările trombocitare hemoragia de regulă apare imediat după traume minore. În contrast, hemoragiile în patologii de coagulare sunt adesea tardive, cu apariția hemartrozilor și hematoamelor. Trombocitopeniile pot fi subdivizate în 3 grupe: trombocitopeniile ca rezultat al subproducerii trombocitelor (anemia aplastică acută, neoplazii maligne cu afectarea măduvei osoase, etc.), trombocitopeniile cauzate de hiperdistrugerea trombocitelor (trombocitopeniile imune și mecanice) și cele de consum, sechestrare splenică sau distribuție patologică în corp. Hemoragiile severe de regulă apar la scăderea numărului de trombocite sub 10000 / $\mu$ l. Dereglarea funcțiilor trombocitare (reducerea agregabilității, eliberării serotoninei ca răspuns la ADP, adrenalin sau collagen, hiperviscositatea sângelui, etc.) de asemenea pot cauza un sindrom hemoragic grav. Hemoragiile, în special acute și masive, pot prezenta pericol pentru viața și necesită diagnosticare precoce și complexă cu tratament adecvat.

## Obiective

Studentul va trebui să poată explica colegilor studenți în timpul cursului diagnosticul diferențial între patologii benigne și maligne, asociate de gingivoragii. Studentul este solicitat să contureze dereglările hemostazei vasculo-trombocitare și coagulative, care pot fi complicate de gingivoragii și să indice prin intermediul cazului metodele diagnostice de prima linie și opțiunile de tratament al patologiei manifestate cu sindrom hemoragic.

### Referințe suplimentare:

1. American Society of Hematology Self-Assessment Program. 2<sup>nd</sup> Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005.
2. Corcimaru I. Hematologie clinică. Chișinău: CEP Medicină, 2001.
3. Kosmidis P.A., Schrijvers D., André F., Rottey S. Handbook of oncological emergencies. London and New York: Taylor & Francis Group, 2005.
4. Lee R.G., Foerster J., Lukens J. et al. Wintrobe's Clinical Hematology. 10<sup>th</sup> Edition. Baltimore: Lippincot Williams Wilkins, 1999; 2.
5. Pazdur R. et al. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 8<sup>th</sup> Edition. New York: CMP Healthcare Media, 2004.
6. Păun R. Tratat de Medicină Internă. Hematologie. Partea a II-a. București: Editura Medicală, 1999.
7. Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. Москва: Медицина, 1994.
8. Волкова М.А. Клиническая онкогематология. Москва. 2001.
9. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Москва: Ньюдиамед, 2003.

## **În cabinetul medicului**

*Sunteți un medic de medicină generală într-un spital de profil larg a unui oraș de mărime medie. Dl Adrian, un bărbat în vârstă de 35 ani, absolvent al facultății universitare de chimie, se prezintă după trimiterea persoanei de la recepție în biroul Dumneavoastră din spital acuzând: hemoragii gingivale după spălarea dinților, astenie, fatigabilitate, febră periodică. Febra intermitentă și gingivoragiile au apărut o lună în urmă, fiind asociate ulterior de astenie și scăderea capacității de muncă. Ultimele 3 luni Dl Adrian activează în calitate de manager și distribuitor într-o companie din industrie chimică locală și ține la postură nouă de lucru. El întreține financiar familia. Dumneavoastră sunteți vecinul pacientului, fiind la current cu problemele lui dentare, care i-ai impus de multe ori sa apeleze la asistența stomatologului.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți sa atestați din ce punct de vedere pacientul cere ajutor? Care întrebări de prima linie puteți formula?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Problema principală este evidentă, însă cererea lui încă nu este clară. Mai întâi este important să clarificați cererea lui de tratament și apoi să continuați a colecta și a analiza anamneza. **Întrebările adresate pacientului în timp ce se făcea anamneza, sunt așate la cererea lui de tratament și la aspectele sindromului hemoragic (tipul, volumul și localizarea hemoragiei, factorii rezolutivi ai hemoragiei, asocierea hemoragiei cu alte simptome).** Lăsați ca studenții sa vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

## **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții-coordonatori citește Nota 1. Un alt student-coordonator adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități la tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul Notei 1 va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (1)**

*DL Adrian suferă în mod progresiv de gingivoragii și astenie și nu mai poate suporta situația aceasta. Pacientul este iritat, deoarece de a întreține familia și a îngriji copiii săi devine dificil. El crede, că este momentul culminant ca să termine cu revărsările acestora de sânge odată și pentru totdeauna. Febra periodică și gingivoragiile au apărut o lună în urmă, fiind asociate ulterior de astenie și scăderea capacității de muncă. Pe parcursul ultimelor 2 zile hemoragiile din cavitatea bucală survin aproape spontan. Întrebările următoare revelă faptul, că pacientul este îngrijorat, fiindcă un an în urmă o rudă a lui a avut gingivoragii, care s-au transformat într-o hemoragie masivă de șuvoi, urmată de colaps și pierderea îndelungată a capacității de muncă. S-a putea și el să sufere de aceeași boală.*

**Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-l adresați pentru detalizarea anamnezei?**

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptomelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și / sau cauza dereglărilor hemostazei. Scrieți toate sugestiile potrivite din nou pe un flip-chart. Discutați motivul



fiecărei întrebări și scrieți acestea într-o coloană paralelă cu titluri de felul următor “a exclude disfuncția trombocitelor” sau “a evalua gravitatea cazului”.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota (2)**

*Pe parcursul ultimelor 2 zile gingivoragiile se declanșează aproape spontan. Adesea reapar echimoze și peteșii pe corp. Gingivoragiile durează aproximativ o jumătate de oră după debut. Hemoragiile din cavitatea bucală se intensifică în timpul alimentației, ce prezintă disconfort pentru pacient. El nu indică traume recente ale gingiilor, dentalgie sau tumefacții pe corp. Hemoragiile sunt asociate cu febra intermitentă și palpitații cardiace. Febra atinge 38<sup>0</sup>C zilnic sau fiecare 2 zile. Pacientul urmează medicație antipiretică: aspirina, etc. Totodată alte medicamente n-au fost utilizate de pacient. Contactul direct cu substanțe toxice în timpul activității profesionale el neagă. Ultimele 6 luni pacientul des suferă de infecții ale căilor respiratorii. Rația lui alimentară zilnică nu conține regulat și în cantități suficiente fructe și legume proaspete și ne prelucrate termic.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă de dereglări ce pot cauza hemoragii gingivale. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului său?**

## Sugestii pentru studenții coordonatori

Pe baza anamnezei bolii sale anumite dereglări specifice pot fi excluse, în special:

1. Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă.
2. Parodontoza / gingivita.
3. Trombocitopenia autoimună.
4. Trombocitopenia heteroimună (indusă de medicamente).
5. Trombocitopenia.
6. Deficitul vitaminei C.
7. Amiloidoza.

Stăruiți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

*Tabelul 1*

**Diagnosticul diferentțial**

Diagnosticul	Debutul din fragedă copilărie	Utilizarea sistematică a anumitor remedii	Manifestările dispeptice	Abdominalgiile	Vome repetate și anorexia	Pierderea ponderală	Febra intermitentă	Astenia de lungă durată	Apariția nodurilor sau tumefacțiilor pe corp	Ulcerările sau tumefierile gingivale	Clătinarea dinților	Dentalgiile	Edemele	Hipo- sau hipertensiunea arterială	Dereglări din partea băuturii și a mucoaselor
Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă	-	-	±	±	±	±	-	±	+	-	-	-	-	-	-
Parodontoza / gingivita	-	-	-	-	-	-	-	-	-	+	+	+	-	-	-
Trombocitopenia autoimună	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trombocitopenia heteroimună	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Trombocitopenia ereditară	+	-	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	-
Trombocitopenia dobândită	-	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Deficitul vitaminei C	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-	-	+
Amiloidoza	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	+	-

**Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

**Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegi-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

**Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

**Nota (3)**

*Starea generală a pacientului este gravă. Tegumentele cutanate sunt palide, cu peteșii și echimoze solitare diseminate. Peteșiile se vizualizează și în mucoasa orofaringelui. Hiperplazia nepronunțată a gingiilor și amigdalelor palatine. Sunt detectabile leziuni cutanate nodulare purpurii mici, fiind solitare și difuz localizate. Ganglionii limfatici periferici nu se palpează. Splina și ficatul sunt moderat mărite și puțin dolore la palpație.*

**Întrebarea 5: Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze specifice și nespecifice ale gingivoragiilor și echimozelor. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluzeri. Cauzele gingivoragiilor și echimozelor pot fi numeroase și sunt în general specifice. Cauza curentă pare a fi specifică, și pacientul suferă de patologia sistemului sanguin. Ce ar putea fi aceasta: Anemia aplastică acută? Leucemia acută? Leucemia limfocitară cronică? Înainte de a formula acest diagnosticul, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celui mai verosimil diagnosticul în mod clar.

## **Rolul medicului de medicină generală (nota pentru student coordonator)**

Medicul de medicină generală argumentează necesitatea anumitor investigații de laborator pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului municipal sau în centrul oncologic specializat poate asigura un prognostic favorabil.

## **Întrebarea 6: Ce fel de examinări sau teste paraclinice de bază sunt necesare acestui pacient?**

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor obligatorii posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului "Leucemia acută". Evaluarea diagnostică inițială a acestui pacient suspect pentru leucemie acută include:

1. Analiza sângelui periferic (determinarea celulelor blastice)
2. Puncția (majorarea celulelor blastice peste 20 %) și biopsia osteomedulară
3. Examinarea citochimică a aspiratului osteomedular
4. Imunofenotipajul prin FACS utilizând anticorpii monoclonali direcționați la antigeni specifici pentru leucemia acută
5. Analiza citogenetică a celulelor blastice din sângele periferic și măduva osoasă
6. Puncția intratecală

Celelalte teste pentru a determina modificări metabolice (deregările electrolitice, creatinina, testele funcționale hepatice) și deregări de coagulare sunt necesare pentru completarea diagnosticului. Electrocardiografia, Ro-entghenografia în ansamblu a toracelui și ultrasonografia abdominală pot fi efectuate în scopul evaluării stării organelor interne și obținerii informației de bază inițiale importante.

**Întrebarea 7: Ce examinări de laborator și imagistice trebuie sa fie aplicate pentru a exclude celelalte ipoteze diagnostice?**

**Sugestii pentru studenți coordonatori**

*Tabelul 2*

**Diagnosticul diferențial**

Diagnosticul	Teste diagnostice				
	Analiza generală a sângelui	Biopsia osteomedulară	Puncția osteomedulară	Fibrogastro-duodenoscopia + biopsia tumorii	Testul la anticorpi antifosfatazi
Anemia aplastică acută	+	+	-	-	-

Leucemia limfocitară cronică, complicată de trombocitopenie metaplastică și autoimună	-	+	-	-	-
Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă	-	+	+	+	-

**După ce studenții au răspuns la întrebarea 7, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologice și patofiziologice după cum a fost stabilit de către autorul cazului (10 minute).**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

- bazele celulare și moleculare ale hematopoiezei
- aspectele citologice și histologice ale măduvei osoase
- indicii sângelui periferic în normă și morfologia celulelor sanguine
- fiziologia sistemului hematopoietic
- posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante
- sensul și non-sensul examinărilor imagistice.

Răspundeți la întrebările diagnostice referitoare la sindrom hemoragic.

### **Literatura utilă include:**

1. Corcimaru I. Hematologie clinică. Chișinău: CEP Medicină, 2001.
2. Păun R. Tratat de Medicină Internă. Hematologie. Partea a II-a. București: Editura Medicală, 1999.

3. American Society of Hematology Self-Assessment Program. 2<sup>nd</sup> Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005.
4. Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. Москва: Медицина, 1994.
5. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Москва: Ньюдиамед, 2003.

Puteți utiliza informația vizuală obținută din Internet.

**Întrebarea 8: Ce teste, menționate după întrebarea 6, ar trebui să întreprindeți sau să organizați?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Anumite teste sunt mandatare de a stabili diagnosticul de leucemie acută. Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin următoarele investigații: puncția și biopsia osteomedulară, examinarea citochimică a aspiratelor măduvei osoase, imunofenotipajul prin FACS utilizând anticorpii monoclonali direcționați la antigeni specifici pentru leucemia acută și analiza citogenetică a celulelor blastice din sângele periferic și măduva osoasă. Diagnosticul este stabilit în conformitate cu criteriile clasificării French-American-British Cooperative Group / World Health Organization, după care cel puțin 20% celule identificate în măduva osoasă sunt celule blastice.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții-coordonatori citește Nota 4 în calitate de raportul patologului. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

#### Nota (4)

*Datele examinării sângelui periferic sunt:*

Hemoglobina – 95.0 g/l;

Eritrocite –  $3.1 \times 10^{12}$ /l;

Leucocite –  $87.3 \times 10^9$ /l;

Trombocite –  $5,0 \times 10^9$ /l.

Microscopia frotiului sanguin:

Anizocitoza eritrocitelor.

Câteva trombocite normale sunt prezente.

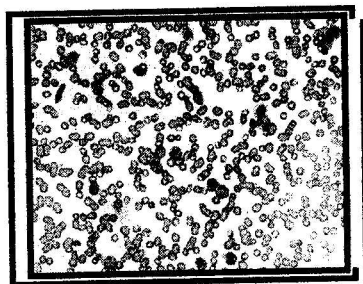
Leucoformula: celule blastice - 75%, neutrofile segmente - 20%,  
cozinofile - 5%.

LDG - 272 IU/l;

Coagulograma -- în normă;

Probele funcționale hepatice și renale sunt în limitele normei.

*Frotiurile sângelui periferic:*



*Datele examinării aspiratului măduvei osoase:*

Măduva osoasă este hiper celulară.

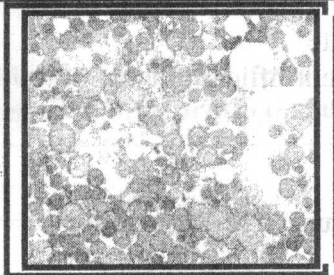
Seria eritocitară - 6.3 %, redusă , normoblastică;

Seria granulocitară - 2.4 %, redusă cvazi-total;

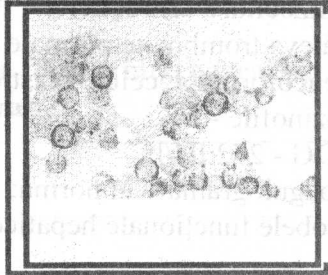
Seria limfoidă - 9.8 %, prezentată de limfocite mature (9.1%) și  
plazmocite unice (0.7%);



Rata monocitelor și promonocitelor constituie 24%. Se vizualizează megacariocite normale unice. Măduva osoasă este extensiv infiltrată de celule blastice. Investigațiile citochimice: SUDAN - 57 % celule blastice sunt pozitive; MIELOPEROXIDAZA - 52 % celule blastice sunt pozitive; AS-D-CHLOROACETAT ESTERAZA - 48 % celule blastice sunt pozitive.



Reacția la MIELOPEROXIDAZĂ



Reacția la AS-D-  
CHLOROACETAT  
ESTERAZĂ

*Imunofenotipajul celulelor blastice:*

*HLA-DR - 75 %, CD 13 (My 07) - 72 %, CD 11 (M 01) - 64 %.*

**Întrebarea 9: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruți-va să-l specificați.**

**Întrebarea 10: Cum veți explica acest diagnosticul pacientului? Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului. Rolul Dlui Adrian este jucat de către consultant.**

## Rolul medicului (nota pentru student coordonator)

*Boala rezultă din transformarea malignă a celulelor mieloidale ale măduvei osoase, aflate în stadiul precoce de diferențiere. Maladia este gravă, însă curabilă. Pentru confirmarea diagnosticului sunt necesare anumite investigații de laborator. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în centrul oncologic specializat poate asigura un prognostic favorabil. După tratament Dumnezeuastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.*

**Întrebarea 11: Care este metoda de tratament?**

## Sugestii pentru studenți coordonatori

Tineți cont de cererile inițiale pentru tratament. Mai întâi alcațuiți o listă de sugestii cu ajutorul grupei și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart. Apoi discutați aceste sugestii și scrieți rezultatele discuțiilor lângă ele. Citiți normativele medicului de medicină generală pentru a constata care informație și instrucțiuni sunt importante pentru managementul leucemiei acute.

**Întrebarea 12: Ce metodă de tratament ar trebui să fie adoptată, dacă simptomele n-au dispărut peste o lună?**

## **Sugestii pentru studenți profesori**

În cazul în care nu se evidențiază nici o tendință către remisiune (lipsa răspunsului clinico-hematologic la 2 serii de polichimioterapie de inducere), medicul trebuie să modifice tactica de tratament (programele chimioterapeutice în doze escalatate, target-terapia). Acțiunile ulterioare – supravegherea medicului-hematolog și evaluarea pacientului în aspectul psihosocial.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește Nota 5. Un alt student profesor scrie cele mai relevante date pe tablă sau flip-chart. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (5)**

*În pofida prezenței unor factori prognostical nefavorabili la stabilirea diagnosticului, 2 cicluri de polichimioterapie de inducere cu Ara-C + Idarubicin au rezultat în atingerea remisiunii complete la pacientul cu leucemia acută M4. Transfuziile plachetare și medicația hemostatică în timpul chimioterapiei au stopat sindromul hemoragic, ievitînd, astfel, apariția stărilor de urgență periculoase pentru viață. Ulterior pacientul a urmat chimioterapie de consolidare cu 4 serii de Ara-C în doze înalte. În prezent el continuă polichimioterapie de menținere (reinducere). Examinările curente ale sîngelui periferic și măduvei osoase, precum și imunofenotipajul cu testele citogenetice confirmă persistența remisiunii complete. Remisiunea completă durează deja timp de un an. La pacientul tratat este obținută calitatea bună a vieții.*

**Întrebarea 13: Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

# CAZUL 5. UN BĂRBAT ÎN VÂRSTĂ DE 22 ANI CU DURERE ÎN PICIORUL DREPT

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENȚI - COORDONATOR

## Introducere

Durerea este unul dintre cele mai iminente simptome, care împune pacientul să apeleze, de regulă instantaneu, la asistența medicală. Durerea acută poate fi numită aceea cu aspectul temporal bine-determinat al debutului algic. Durerea este apreciată ca cronică atunci, când persistă mai mult de 3 luni fără aspectul temporal clar conturat al debutului. Sindromul algic constituie o manifestare tipică al spectrului larg de patologii benigne și maligne. Traumele și bolile reumatice adesea sunt asociate cu osalgii, mialgii sau artralgii. Majoritatea pacienților cu procesul tumoral avansat și până la 60 % pacienți cu diferite stadii ale neoplaziei maligne suferă de dureri pronunțate. Organizația Mondială a Sănătății estimează că 25% pacienți oncologici decedează având sindromul algic ne-jugulat. În conformitate cu concepțiile patofiziologice, stările algice pot fi divizate în cele cauzate de lezarea țesuturilor (nociceptive) și care rezultă din disfuncția sistemului nervos (non-nociceptive). Durerea nociceptivă se datorează stimulării nociceptorilor, fiind clasificată ca durerea cancerigenă somatică și durerea cancerigenă viscerală. Cauza sindromului algic încontestabil trebuie să fie tratată. Prin aceasta adesea se poate de obținut atenuarea rapidă și fiabilă a durerii și, pe de altă parte, de prevenit complicațiile asociate cu progresarea patologiei oncologice (compresia măduvei spinării, fractura patologică, etc.). Sindroamele algice cancerigene variază în funcție de tipul neoplaziei și sunt condiționate de aspectele creșterii tumorale și de metastazare. Starea algică poate să nu fie legată direct cu prezența tumorii sau cu tratamentul ei. Elemente ale managementului adecvat al durerii în cancer constituie

evaluarea medicală corespunzătoare, analiza și asistența psihosocială, formularea “diagnosticului” de durere și considerarea tratamentelor farmacologice și non-farmacologice.

### **Obiective**

Studentul va trebui să poată explica colegilor studenți în timpul cursului diagnosticul diferențial între diferite sindroame algice și patologii rezolutive, contura cauza durerii (formularea diagnosticului), și a determina scopurile terapeutice, considerând opțiunile analgezice farmacologice și non-farmacologice.

### **Referințe suplimentare:**

1. American Society of Hematology Self-Assessment Program. 2<sup>nd</sup> Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005.
2. Corcimaru I. Hematologie clinică. Chișinău: CEP Medicină, 2001.
3. Kosmidis P.A., Schrijvers D., André F., Rottey S. Handbook of oncological emergencies. London and New York: Taylor & Francis Group, 2005.
4. Lee R.G., Foerster J., Lukens J. et al. Wintrobe's Clinical Hematology. 10<sup>th</sup> Edition. Baltimore: Lippincot Williams Wilkins, 1999; 2.
5. Pazdur R. et al. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 8<sup>th</sup> Edition. New York: CMP Healthcare Media, 2004.
6. Păun R. Tratat de Medicină Internă. Hematologie. Partea a II-a. București: Editura Medicală, 1999.
7. Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. Москва: Медицина, 1994.
8. Волкова М.А. Клиническая онкогематология. Москва, 2001.

9. Воробьёв А.И. Руководство по гематологии. Москва: Ньюдиамед, 2003.

### ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic de medicină generală într-un spital de profil larg a unui oraș de mărime medie. Dl Alexandru, un bărbat tânăr în vârstă de 22 ani, studentul universității tehnice, se prezintă după trimiterea persoanei de la recepție în biroul Dumneavoastră din spital acuzând: dureri în piciorul drept, tumefacția genunchiului din dreapta, artralgiile migratoare periodice, astenie, fatigabilitate, febră periodică și pierdere ponderală. Durerea și tumefacția genunchiului au apărut 2 luni în urmă peste o perioadă scurtă de timp după traumă și expunere la frig, fiind ulterior asociate de astenie, pierdere ponderală și scăderea capacității de muncă. Febra până la 38<sup>0</sup>C și artralgiile migratoare periodice persistă pe parcursul ultimelor 2 săptămâni. În prezent Dl Alexandru activează în calitate de manager într-o companie locală de telefonie mobilă și ține la postură nouă de lucru și la facultatea universitară. El î-și asigură financiar existența sa. Dumneavoastră sunteți vecinul pacientului, fiind la curent cu problemele lui legate cu genunchi, care i-ai impus de multe ori sa apeleze pentru consultația reumatologului.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți sa atestați din ce punct de vedere pacientul cere ajutor? Care întrebări de prima linie puteți formula?**

## Sugestii pentru studenți coordonatori

Problema principală este evidentă, însă cererea lui încă nu este clară. Mai întâi este important să clarificați cererea lui de tratament și apoi să continuați a colecta și a analiza anamneza. Întrebările adresate pacientului în timp ce se făcea anamneza, sunt axate la cererea lui de tratament și la aspectele sindromului algic (tipul durerii, aspectele temporale sau ritmul, intensitatea durerii, răspunsul la medicația analgezică anterioară, asocierea cu alte simptome). Lăsați ca studenții să vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

## Informație nouă despre pacient

După această cercetare, unul dintre studenții profesori citește Nota 1. Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități la tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul Notei 1 va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (1)**

*DL Alexandru suferă în mod progresiv de durere în piciorul drept și febră și nu mai poate suporta situația aceasta. Pacientul este iritat, deoarece de a-și asigura existența și a întreține familia sa devine dificil. El crede, că este momentul culminant ca să termine cu atacurile algice odată și pentru totdeauna. Durerea și tumefacția genunchiului au apărut 2 luni în urmă peste o perioadă scurtă de timp după traumă și expunere la frig, fiind ulterior asociate de astenie, pierdere ponderală și scăderea capacității de muncă. Febra până la 38<sup>0</sup>C și artralgiile migratoare periodice se constată pe parcursul ultimelor 2 săptămâni. Întrebările următoare revelă faptul, că pacientul este îngrijorat, fiindcă un an în urmă un coleg a lui a avut artralgiile și tumefacții articulare*



*diseminate, care apoi s-au dovedit a fi simptome unei boli reumatice soldate cu pierderea îndelungată a capacității de muncă. S-a putea și el să sufere de aceeași boală.*

**Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-l adresați pentru detalizarea anamnezei?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptomelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și / sau cauza dereglărilor hemostazei. Scrieți toate sugestiile potrivite din nou pe un flip-chart. Discutați motivul fiecărei întrebări și scrieți acestea într-o coloană paralelă cu titluri de felul următor “a exclude artrita infecțioasă” sau “a evalua gravitatea cazului”.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota (2)**

*Durerea este surdă și localizată în treimea inferioară tumefiată a femurului și în genunchiul din dreapta. Durerea inițial a fost imprevizibilă și tranzitorie. Sindromul algic a devenit în mod progresiv mai sever și persistent ultima lună, este mai pronunțat noaptea și se atenuiază după administrarea remediilor analgezice perorale. Durerea în piciorul drept reapare și se intensifică la mersul îndelungat. Febra crește până la 38<sup>0</sup>C zilnic sau fiecare 2*

*zile, corelând cu sindromul algic. Pacientul activează într-un birou cu regim aspru de condiționare a aerului și este frecvent expus la frig. Din această cauză el suferă des de bronșite acute. Recent pacientul a observat apariția unui nodul în regiunea inghinală dreaptă. Se constată pierderea ponderală progresantă.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă de dereglări ce pot cauza dureri în picioare. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului său?**

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Pe baza anamnezei bolii sale anumite dereglări specifice pot fi excluse, în special:

1. Artrita infecțioasă.
2. Plazmocitom solitar.
3. Contuzia țesuturilor moi ai femurului din dreapta și artrita / artroza posttraumatică, complicată cu infecție.

Stăruiți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

**Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Alcătuiți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegi-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

### **Nota (3)**

*Starea generală este gravă. Tegumentele cutanate sunt palide. Subnutriție. Ganglionii limfatici periferici solitari sunt palpabili în regiunea inghinală dreaptă, fiind 1,5 – 2cm în diametru. Ganglionii limfatici la palpație se caracterizează ca puțin dur, de consistență dur-elastică. Femurul în treimea inferioară și articulația genunchiului din dreapta sunt tumefiate, cu indurație. Local pielea nu este modificată. Temperatura locală este în limitele normei. Percuția și auscultația cordului și plămânilor nu relevă modificări patologice. Splina și ficatul nu se palpează.*

### **Întrebarea 5: Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

--

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze specifice și ne specifice ale durerii în femur și articulația genunchiului. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluzeri. Cauzele osalgiilor și artralgiilor pot fi numeroase și sunt în general specifice. Cauza curentă pare a fi specifică, și pacientul suferă de patologia oncologică: Limfomul non-Hodgkin cu debut osos? Sarcomul Ewing? Colagenoza cu implicări articulare (artrita reumatoidă cu oligoartrită, etc.)?

Înainte de a formula acest diagnosticul, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celui mai verosimil diagnosticul în mod clar.

## **Rolul medicului de medicină generală (nota pentru student profesor)**

Medicul de medicină generală argumentează necesitatea anumitor investigații de laborator pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului municipal sau în centrul oncologic specializat poate asigura un prognostic favorabil.

### **Întrebarea 6: Ce fel de examinări sau teste paraclinice de bază sunt necesare acestui pacient?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor obligatorii posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului "Limfomul non-Hodgkin cu debut osos".

Evaluarea diagnostică inițială a acestui pacient suspect pentru limfomul non-Hodgkin include:

- biopsia ganglionilor limfatici periferici
- trepanobiopsia sau biopsia deschisă a osului
- puncția și trepanobiopsia osteomedulară
- roentghenografia în ansamblu a toracelui
- scanarea cu ultrasunete
- tomografia computerizată spiralată a corpului
- scanarea radioizotopică cu galiu
- analiza sângelui periferic.

La stabilirea diagnosticului, pacientului sunt indicate testele biochimice ale sângelui, HIV și HTLV-1 diagnosticul serologic,

investigațiile citogenetice și moleculare ale ganglionilor limfatici și măduvei osoase, imunofenotipajul prin FACS cu utilizarea anticorpilor monoclonali. Electrocardiografia și analiza sumară a urinei pot fi efectuate în scopul evaluării stării organelor interne și obținerii informației de bază inițiale importante.

**Întrebarea 7: Ce examinări de laborator și imagistice trebuie să fie aplicate pentru a exclude celelalte ipoteze diagnostice?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Răspundeți la întrebările diagnostice referitoare la osalgii și artralгии.

#### **Literatura utilă include:**

1. Corcimaru I. Hematologie clinică. Chișinău: CEP Medicină, 2001.
2. Păun R. Tratat de Medicină Internă. Hematologie. Partea a II-a. București: Editura Medicală, 1999.
3. American Society of Hematology Self-Assessment Program. 2<sup>nd</sup> Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005.
4. Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. Москва: Медицина, 1994.
5. Воробьев А.И. Руководство по гематологии. Москва: Ньюдиамед, 2003.

## Diagnosticul diferențial

Diagnosticul	Trepanobiopsia sau biopsia deschisă puncta osului + examenul patologic	Trepanobiopsia ostevmedulară	Biopsia ganglionară	Examenul roentgenologic	Testan la factor reumatoid + complexii marii circulanti - anticorpi antinucleari	Puncta articulei - cercearea hehidului sinovial	Artroscopia
Linfomul non- Hodgkin cu debut osos	+	+	+	+	-	-	
Sarcomul Ewing	+	-	+	+	-	-	
Colagenoza (artrita reumatoidă cu oligoartrită, etc.)	-	-	-	+	+	+	+

**După ce studenții au răspuns la întrebarea 7, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologice și patofiziologice după cum a fost stabilit de către autorul cazului (10 minute).**

**Sugestii pentru studenți coordonatori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

1. Aspectele anatomice și histologice ale sistemului limfatic
2. Aspectele anatomice și histologice ale sistemului osteo-articular
3. Aspectele fiziologice ale sistemului limfatic
4. Posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante
5. Sensul și non-sensul examinărilor de laborator
6. Sensul și non-sensul examinărilor imagistice

**Întrebarea 8: Ce teste, menționate după întrebarea 6, ar trebui să întreprindeți sau să organizați?**

--

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Anumite teste sunt mandatare de a stabili diagnosticul de limfom non-Hodgkin al oaselor. Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin următoarele investigații: examinările histologice și citologice ale oaselor, măduvei osoase și a ganglionilor limfatici. Diagnosticul este stabilit în conformitate cu criteriile Revised European - American classification of lymphoid neoplasms / World Health Organization classification. Determinarea tipului histologic și prin utilizarea investigațiilor imagistice a stadiului procesului tumoral la pacienții cu sarcoame și limfoame maligne furnizează informație prognostică și este decisivă în elaborarea tacticii de tratament.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește Nota 4 în calitate de raportul patologului. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

<b>Nota (4)</b>
<i>Datele examinării sângelui periferic sunt:</i> Hemoglobina - 105.0 g/l; Eritrocite - $3.6 \times 10^{12}/l$ ; Leucocite - $9.3 \times 10^9/l$ ; Trombocite - $270,0 \times 10^9/l$ ; VSH - 28 mm/o; Coagulograma – în normă; LDG - 272 IU/l; Probele funcționale hepatice și renale sunt în limitele normei;

Proteina totală - 73 g/L, Albumina - 39 g/L.

Microscopia frotiului sanguin:

Anizocitoza discretă a eritrocitelor. Leucoformula – în limitele normei.

*Datele examinării aspiratului măduvei osoase:*

Măduva osoasă este fragmentată, normocelulară.

Seria eritrocitară - 18.6 %, normoblastică;

Seria granulocitară - 61.3 %, morfologic normală;

Seria limfoidă - 15.2 %, prezentată de limfocite mature (13.8 %) și plasmocite unice (1.4 %);

Se vizualizează multiple megacariocite normale.

**Concluzie:** Semne de proliferare limfoidă nu sunt.

*Datele trepanobiopsiei măduvei osoase:*

Măduva osoasă este hipercelulară. Examenul histologic al măduvei osoase relevă limfom non-Hodgkin. Se determină infiltrate peritrabeculare din cellule limfoide albaștri mici, care sunt proliferate limfomatoase.



*Imunofenotipajul celulelor tumorale:*

CD 20 - 84 %, CD 5 - 35 %, surface Ig - pozitive.



Testare la markerii oncogeni:

BCL-6.

Roentghenografia osului femural și a articulației genunchiului din dreapta:



**Întrebarea 9:** Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruiți-va să-l specificați.

**Întrebarea 10:** Cum veți explica acest diagnosticul pacientului? Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului de medicină generală. Rolul Dlui Alexandru este jucat de către consultant.

## **Rolul medicului (nota pentru student coordonator)**

*Boala rezită din transformarea malignă a celulelor limfoide. Maladia este gravă. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului municipal sau în centrul oncologic specializat poate asigura un prognostic favorabil. După tratament Dumnezeuastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.*

### **Întrebarea 11: Care este metoda de tratament?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Tineți cont de cererile initiale pentru tratament. Mai întâi alcătuiți o listă de sugestii cu ajutorul grupei și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart. Apoi discutați aceste sugestii și scrieți rezultatele discuțiilor lângă ele. Citiți normativele medicului de medicină generală pentru a constata care informație și instrucțiuni sunt importante pentru managementul limfomului non-Hodgkin.

### **Întrebarea 12: Ce metodă de tratament ar trebui să fie adoptată, dacă simptoamele n-au dispărut peste o lună?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Nu este ceva neobișnuit, ca după o lună să mai persiste încă unele simptoame. În cazul în care nu se evidențiază nici o tendință către remisiune (lipsa răspunsului clinico-hematologic și imagistic la 2

serii de polichimioterapie de inducere în combinație cu bisfosfonate), medicul trebuie să modifice tactica de tratament (programele chimioterapeutice în doze escalate pe fond de suport cu G-CSF). Acțiunile ulterioare – supravegherea medicului-hematolog, și evaluarea și asistența pacientului în aspectul psihosocial, de exemplu - aceasta ar putea fi necesar, dacă pacientul nu este în stare să urmeze singur recomandarea “activității treptate”.

### **Informatic nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește Nota 5. Un alt student profesor serie cele mai relevante date pe tablă sau flip-chart. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota (5)**

*În pofida prezenței unor factori prognostical nefavorabili la stabilirea diagnosticului (tipul histologic al tumorii de grad înalt de malignitate, stadiul clinic IV, bulky disease, simptome “B” sistemice), 8 cicluri de polichimioterapie de inducere (C(750mg/m<sup>2</sup>)H(50mg/m<sup>2</sup>)O(2mg)P(40mg/m<sup>2</sup>) + Rituximab (350mg/m<sup>2</sup>), urmate de  $\gamma$ -radioterapie locoregională au rezultat în atingerea remisiunii complete la pacientul cu limfomul non-Hodgkin B-celular difuz agresiv. Hidratarea parenterală și medicația cu Alopurinol au evitat riscul de dezvoltare a tumor lysis sindromului. Limitarea temporală a activității fizice, administrarea preparatelor analgezice non-opioide și a bisfosfonatelor au diminuat considerabil sindromul algic și au facilitat reabilitarea fizică a pacientului. Pacientul continuă în prezent target-terapia de menținere cu Rituximab. Evaluarea diagnostică imagistică curentă (troentghenografia oaselor, tomografia computerizată spiralată, scanarea cu ultrasunete și cu galiiu), precum și examinarea sângelui periferic și a măduvei osoase cu testele de imunofenotipare confirmă menținerea remisiunii complete. Remisiunea completă durează deja timp de*

*un an și 6 luni. La pacientul tratat este obținută calitatea bună a vieții. Prognosticul poate fi apreciat ca relativ favorabil*

**Întrebarea 13:** Unul dintre studenții regulari recapitulază cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.

## CAZUL 6. UN PACIENT ÎN VÂRSTĂ 63 ANI CU EDEME A MEMBRELOR INFERIOARE

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

### Introducere

**Edemul membrelor inferioare** -- se definește ca o manifestare clinică, a acumulării de lichid seros în țesuturile membrilor inferioare în urma extravazării lichidului din patul vascular (tulburării a circulației sangvine).

### Obiectivul cazului:

Profesorul consultant va urmări ca studenții profesori să poată explica colegilor studenți în timpul cursului că edemele membrelor inferioare pot fi consecința patologiilor unor organe și sisteme concrete iar diagnosticul diferențial al adenomului de prostată trebuie făcut cu un șir de patologii prin intermediul cazului respectiv. Să argumenteze manifestarea simptomelor clinice a cazului respectiv, metodele de diagnostic și tratament.

Profesorul consultant va dirija și direcționa dialogul între studenții profesori și studenți în direcția corectă de stabilire a diagnozei și selecției corecte a metodei de tratament.

### Referințe suplimentare:

1. Chatelain C, Denis L, Foo KT, Khoury S, McConnell J eds. Proceedings of the Fifth International Consultation on BPH, Paris, July 2000. Plymouth: Health Publications, 2001, p. 524.<http://www.plymbridge.com/>
2. Kirby R. et. al // Text book of Benign Prostatic Hyperplasia. 1996; 346-353.

3. Kirby RS. The natural history of benign prostatic hyperplasia: what have we learned in the last decade? *Urology* 2000; 56.
4. Meigs JB, Barry MJ, Giovannucci E, Rimm EB, Stampfer MJ, Kawachi I. Incidence rates and risk factors for acute urinary retention: the Health Professional Followup Study. *J Urol* 1999;162:376-382. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>
5. Voller MC, Schalken JA. Molecular genetics of benign prostatic hyperplasia. In: Kirby R et al., eds. *Textbook of Benign Prostatic Hyperplasia*. Oxford: Isis Medical Media. 1996, pp. <http://www.isismedical.com/>
6. AUA practice guideline committee. AUA guidelines on management of benign prostatic hyperplasia (2003). Chapter 1: Diagnosis and treatment recommendations. *J. Urol.* 2003;170:530-547.
7. Vesely S, Knutson T, Damber JE, Dicuio M, Dahlstrand C. Relationship between age, prostate volume, prostate-specific antigen, symptom score and uroflowmetry in men with lower urinary tract symptoms. *ScandJ Urol Nephrol.* 2003,37:322-328. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>
8. Garzotto M, Hudson RG, Peters L, Hsieh YC, Barrera E, Mori M, Beer TM, Klein T. Predictive modelling for the presence of prostate carcinoma using clinical, laboratory, and ultrasound parameters in patients with prostate specific antigen levels  $\leq 10$  ng/mL. *Cancer* 2003;98:1417-1422. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list>

## ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic-chirurg într-un oraș de mărime medie. Un bărbat de 63 ani, Dn-l P. lucrător în sfera asigurărilor sociale, vine pentru o consultație medicală în timpul orarului de primire. El acuză pe apariția periodică a durerilor suprapubiene, dureri lombare și a edemelor membrelor inferioare ce se accentuează mai ales la efort fizic. Pacientul mai prezintă fatigabilitate; vertij ușor, slăbiciune generală. Pentru prima dată a observat aceste simptome cu o lună în urmă.*

**Întrebarea 1. Care este problema relevantă? Puteți să atestați din ce punct de vedere ea cere ajutor?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Problema principală este evidentă. Dar pentru precizarea cauzei și condițiilor de apariție a edemelor este necesar de a afla mai multe informații referitor la funcția altor sisteme și organe, orientând în acest mod studentul către un posibil diagnostic. Permiteți studenților să vă ajute în a face o listă a patologiilor posibile care se manifestă prin apariția edemelor membrelor inferioare.

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții profesori citește Nota (1). Un alt student - profesor adaugă datele cele mai importante la lista precedentă, notându-le pe o tablă. Datele care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul notei (1) va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota (1)**

*Domnul P. a mai prezentat pe parcursul ultimului an acuze de dizurie manifestate prin strangurie și polachiurie nocturnă. A menționat și un episod de retenție de urină care sa rezolvat sinestător fără adresare la medic. Pacientul nu putea lămuri apariția durerilor lombare dar a menționat că ele se manifestau prin o iradiere în piciorul stâng din care cauză șchiopăta. Pe parcursul anului pacientul nu era mulțumit de modalitate de micție. Micțiile erau îngreunate, dese, fără senzația de eliberare completă a vezicii urinare. Din cauza că ele nu au produs un disconfort evident pacientului, el nu s-a adresat la timp la medic iar la examenul obiectiv a bolnavului sa determinat doar o durere neînsemnată suprapubiană și o creștere a cifrelor TA la 160/100.*

### **Întrebarea 2. Ce întrebări ar trebui să-i adresați?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Conform celor menționate se poate presupune că edemele și mai ales durerile suprapubiene pot fi provocate de o patologie urogenitală (insuficiență renală sau o altă patologie care ar influența funcționarea sistemul renal). Toate sugestiile referitor la posibilele cauze care au declanșat edemele scrieți-le (notați-le) din nou pe un flip-chart. Discutați motivul fiecărei întrebări.

### **Informatie nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului din Nota (2). Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi redistribuit la sfârșitul reuniunii.



### **Nota (2)**

*Pacientul este calm, puțin somnolent. Din anamneză se constată că pacientul suferă de dereglări micționale de aproximativ 3-4 ani. Primele acuze periodice de strangurie sau agravat pe parcursul anilor cu o polachiurie nocturnă stabilă care a provocat în continuare apariția durerilor suprapubiene, periodice și a celor renale iar în continuare sau manifestat câteva cazuri de retenție de urină rezolvată conservativ. Tratament sistematic nu a folosit.*

**Întrebarea 3. Alcătuiți o listă de patologii care ar putea cauza edeme ale membrelor inferioare și dureri suprapubiene. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului dat?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Lista patologiilor care ar putea cauza edemele:

- Insuficiența Renală (IR)
- Insuficiența Cardio-Vasculară
- Insuficiența Respiratorie
- Insuficiența Hepatică
- Patologii Endocrine
- Patologii Alergice
- Patologii metabolice
- Alimentare incorectă

**Întrebarea 4. La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

### **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegii-studenți care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota (3). Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă.

#### **Nota (3)**

*În timpul examenului obiectiv s-a determinat că rinichii sunt puțin măriți în volum, ne dureroși. În regiunea vezicii urinare – glob vezical. La palparea glandei prostatice se determină o mărire considerabilă a acesteia (elastică, netedă, hotarele bine conturate).*

#### **Întrebarea 5. Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Prin urmare, pacientul poate prezenta un tumor voluminos la prostată care a declanșat o retenție cronică de urină și corespunzător o insuficiență renală cronică. Cauza pare a fi tumor a prostatei și este necesar de a exclude cancerul prostatei.

Înainte de a formula acest diagnostic, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele cele mai verosimile pentru diagnosticul respectiv.

## **Întrebarea 6. Cum veți explica acest diagnostic pacientului?**

**Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului de medicină generală. Rolul d-lui P. este jucat de către consultant.**

### **Rolul medicului chirurg (studentul profesor)**

D-stră aveți un adenom de prostată voluminos de gr.III. Dacă la timp nu va fi tratat, patologia va progresa ireversibil cu continuarea pierderii funcției renale și declanșarea altor complicații destul de severe. Cea mai severă dintre ele insuficiență renală cronică în progresie va face imposibil filtrația sângelui și va provoca o intoxicație cronică în progresie a organismului. Cauzele apariției adenomului de prostată este dezechilibrul hormonal al organismului cauzată de îmbătrânirea organismului. Iar insuficiență renală cronică este doar complicația severă al adenomului de prostată. Deci, tratamentul va fi necesar de efectuat în câteva etape: primul deblocarea rinichilor prin instalarea cistostomei și a doua înlăturarea adenomului prin rezecția endoscopică a prostatei.

**Întrebarea 7. Ce fel de examene suplimentare sau teste sunt necesare acestui pacient?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți împreună cu grupa o listă a examenelor suplimentare posibile (de laborator și instrumentale). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului.

**După ce a fost dat răspunsul la întrebarea 7, unul dintre studenții profesori face o mică prezentare la subiect (10 minute).**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

1. Hemograma.
2. Urograma.
3. PSA.
4. Coagulograma.
5. Biochimia sângelui.
6. Glicemia.
7. ECG.
8. Renografia radioizotopă
9. Ecografia organelor interne, rinichilor, vezica urinară și prostatei

### **Informație nouă despre pacient**

**Sunt furnizate datele examenului paraclinic:**

#### **Nota (4)**

*La pacientul P. se înregistrează următoarele modificări ale indicilor de laborator și a examenelor instrumentale:*

12. Hemograma – anemie neînsemnată, hiperleucocitemia
13. Urograma - hiperleucocituria, hipereritrocituria
14. Ureea - 18 mmoli/l, creatinin- 145 mmoli /l
15. Coagulograma - hipercoagulopatie
16. Glicemia – limitele normei.

17. ECG – Ritm sinusal, FCC – 96/min, axa QRS –deviată spre stînga, dereglări de repolarizare a VS, extrasistolie supraventriculară frecventă
18. PSA - 6 ng ml
19. Ionogramma – Ca 3,75 mmoli /l, K 6,3 mmoli /l
20. Sonografia glandei prostatice: Volumul prostatei 58 cm<sup>3</sup>; 2 noduli de 3,7cm<sup>3</sup> și 2,1 cm<sup>3</sup>.
21. Ultrasonografia rinichilor: Rinichii dilatați bilateral dreptul 14×8 cm și stîngul 16×8 cm. Ureterohidronefroză bilaterală.

### **Întrebarea 8. Care este metoda de tratament?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Luând în considerație starea cronică a patologiilor se va recomanda tratamentul în două etape voluminoase: primul deblocarea rinichilor prin instalarea cistostomei și a doua înlăturarea adenomului prin rezecția endoscopică a prostatei. Tratament antibacterian, dezintoxicant.

**Întrebarea 9. Unul dintre studenții grupei recapitulează cazul în una sau două minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze, ca obiectivele majore a acestui caz au fost atinse.**

## CAZUL 7. O FEMEIE ÎN VÂRSTĂ DE 54 ANI CU SINDROM FEBRIL PE PARCURS A 9 LUNI.

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

### Introducere

**Febra** este o creștere a temperaturii corporale depășind intervalul circadian normal, ca urmare a unei modificări în centrul termoreglării, localizat în hipotalamusul anterior. O temperatură corporală normală este menținută în mod obișnuit, în ciuda variațiilor mediului, prin capacitatea centrului termoreglării de a echilibra producția de căldură a țesuturilor (în special a mușchilor și a ficatului), cu pierderea de căldură. În cazul febrei, echilibrul este deplasat în sensul creșterii temperaturii centrale. *Hipertermia* este o creștere a temperaturii corporale peste pragul hipotalamic, datorată disipării insuficiente de căldură.

Știința și arta medicinei se îmbină în diagnosticul unei boli febrile. În nici o altă situație clinică, o anamneză meticuloasă nu este mai importantă. Atenție extremă trebuie acordată cronologiei simptomelor în relație cu folosirea medicamentelor (incluzând medicamente ce au putut fi administrate fără prescripția medicului) sau tratamente cum ar fi procedurile chirurgicale sau stomatologice. Este necesară evaluarea exactă a naturii oricărui material protetic și/sau implant. O anamneză ocupațională atentă trebuie să includă expunerea la animale, gaze toxice, agenți infecțioși potențiali, posibili antigeni, sau contact cu alți indivizi febrili sau infectați acasă, la locul de muncă sau la școală. Un istoric al zonelor geografice în care pacientul a locuit și un istoric al călătoriilor trebuie să includă deplasările în timpul serviciului militar.

Trebuie determinate obiceiuri neobișnuite, particularități ale dietei (precum carne crudă sau „în sânge“, pește crud, lapte sau brânzeturi ne pasteurizate) sau contactul cu animale de casă,

trebuind stabilite și practicile și orientarea sexuală, inclusiv precauțiile utilizate sau omise. Atenția trebuie îndreptată spre utilizarea de tutun, marijuana, droguri intravenoase sau alcool; traumatisme, mușcături de animale, mușcături de căpușă sau alte insecte, transfuzii anterioare, imunizări, alergii medicamentoase sau hipersensibilități. Un istoric familial atent trebuie să cuprindă date despre membri ai familiei care au contractat tuberculoză, alte boli febrile sau infecțioase, artrită sau boli de colagen, sau simptomatologie familială neobișnuită, cum ar fi surditate, urticarie, febră și poliserozite, dureri osoase sau anemie. Originea etnică poate fi esențială. De exemplu, negrii au un risc mai mare decât persoanele de alte rase de a prezenta hemoglobinopatii. Turcii, arabii, armenii și evreii au în special un risc mai mare de a avea febră familială mediteraneană.

*Febra de origine necunoscută* (FON) a fost definită de Petersdorf și Beeson în 1961 ca: (1) temperaturi mai mari de 38,30C în câteva situații, (2) o durată a febrei de mai mult de trei săptămâni și (3) nereușita stabilirii unui diagnostic, în ciuda investigării intraspitalicești a pacientului timp de 1 săptămână. Deși această clasificare a rezistat mai mult de 30 ani, Durack și Street au propus un nou sistem de clasificare pentru FON: (1) FON clasică, (2) FON nosocomială, (3) FON neutropenică și (4) FON asociată infecției cu virusul imunodeficienței umane (HIV).

**FON CLASICĂ** Această categorie corespunde îndeaproape definiției FON prezentate mai devreme, fiind diferită numai în ceea ce privește cerința anterioară, legată de investigarea timp de 1 săptămână, în spital; noua definiție este mai cuprinzătoare, stipulând trei vizite ale pacientului în ambulator sau 3 zile de spitalizare, fără descoperirea unei cauze sau 1 săptămână de investigație ambulatorie „inteligentă și invazivă”. În opinia noastră, o perioadă de 2 săptămâni de febră este un suport suficient pentru a susține diagnosticul de FON, când alte criterii au fost îndeplinite.

**FON NOSOCOMIALĂ** În FON nosocomială o temperatură  $\geq 38,30C$  apare în mai multe situații la pacientul spitalizat care primește asistență intensivă și a cărei infecție nu era manifestă sau era în perioada de incubație, la internare. Cerința minimă pentru a susține acest diagnostic este de trei zile de investigații, incluzând cel puțin 2 zile pentru incubația culturilor. La pacienții internați sunt posibile diagnosticele: infecții nosocomiale oculte, linii intravasculare infectate, embolism pulmonar recurent, infecție virală legată de transfuzii și febră legată de medicamente. În aceste situații, abordarea trebuie să se concentreze asupra locurilor unde pot fi sechestrate infecțiile oculte (cum ar fi sinusurile pacienților intubați și dispozitivele protetice), sau asupra complicațiilor nosocomiale cum ar fi colecistita nelitiazică, toxina produsă de *Clostridium difficile* în materiile fecale (în cazurile incluzând diaree) și reacțiile la medicamente. Hemoculturile sunt obligatorii. Manevrelor diagnostice adecvate includ ecografia și tomografia computerizată (TC) abdominală, studii cu leucocite marcate cu indiu 111 sau imunoglobuline, radiografia sinusurilor și întreruperea tratamentului cu medicamente suspecte.

**FON NEUTROPENICĂ** Această afecțiune este definită ca temperatură  $\geq 38,30C$ , în mod repetat la pacientul al cărui număr de leucocite neutrofile este  $< 500/mm^3$  sau este așteptat să scadă la acest nivel în 1-2 zile. Diagnosticul FON neutropenică este invocat, dacă nu este identificată o cauză specifică, după 3 zile de investigații, incluzând cel puțin 2 zile pentru incubația culturilor. Pacienții neutropenici sunt susceptibili la infecții bacteriene și fungice focale, infecții cu bacteriemie, infecții interesând cateterele (incluzând tromboflebita septică) și infecții perianale. Infecțiile cu *Candida* și *Aspergillus* sunt frecvente. Infecțiile datorate virusului herpes simplex sau virusului citomegalic (VCM) sunt, uneori, cauze de FON din acest grup. Deoarece durata bolii este mult mai scurtă la acești pacienți, consecințele infecției netratate pot fi catastrofale.



**FON ASOCIATĂ CU HIV** Această afecțiune este definită ca o temperatură  $\geq 38,30C$  în mai multe ocazii, pe o perioadă de mai mult de 4 săptămâni la pacienții în ambulator sau mai mult de 3 zile la pacienții spitalizați, cu infecții HIV. Acest diagnostic este invocat atunci când investigațiile adecvate întreprinse timp de 3 zile, incluzând 2 zile pentru incubarea culturilor, nu descoperă nici o sursă. La acest grup de pacienți, infecția HIV însăși poate fi o cauză de febră. Infecția dată de *Mycobacterium avium* sau *Mycobacterium intracellulare* (cunoscute împreună ca MAI), toxoplasmoza, infecția cu CMV, tuberculoza, infecția cu *Pneumocystis carinii*, salmoneloza, criptococoza, histoplasmoza, limfoamele non-Hodgkiniene și febra dată de medicamente (de o importanță deosebită), sunt, toate, cauze posibile de FON. Încadrarea acestor categorii de FON într-o scară largă, în literatură, va permite o selectare mai rațională a datelor privind aceste grupuri disparate. În restul acestui capitol, discuția se va concentra asupra FON clasice, care nu este specificată în alt mod.

**Endocardita infecțioasă** — afectare infecțioasă - inflamatorie a structurilor valvulare (naturale sau protetice), endocardului parietal, endoteliului în zonele malformațiilor congenitale ale vaselor magistrale, cauzate de acțiunea directă a microorganismelor, manifestându-se prin evoluție septică (acută sau subacută) cu circulație sanguină a germenilor, embolii trombotice și infecțioase, dereglări imunopatologice și diverse complicații.

Mecanismele patogenetice ale EI sunt complexe, dar nu sunt clare definitiv. Formula ce determină dezvoltarea endocarditei infecțioase se compune din trei componente: **1) substratul, unde ar putea greșa infecția (endocardul valvular și parietal cu modificări macro- sau microscopice), 2) prezența infecției în sânge și 3) modificarea reactivității generale și locale a macroorganismului.**

Microorganismul în endocardita infecțioasă poate pătrunde în organismul omului din cavitatea bucală, nasofaringe, sinusurile

paranazale, pulmoni, intestine, genitale, de asemenea prin piele. Pricini ale dereglărilor barierei defensive locale pot fi procese inflamatorii, traume. Posibilitatea dezvoltării EI depinde de expresivitatea, frecvența și specificitatea bacteriemiei. Riscul apariției maladiei este mai mare în bacteriemie repetitivă sau masivă după intervenții chirurgicale. Riscul dezvoltării EI după extracție dentară este de 1/500; după extracție a doi și mai mulți dinți concomitent riscul crește până la 85%, în caz de hemoragii gingivale – până la 100%. Incidența bacteriemiei este destul de mare în diferite manipulații medicale

### Bibliografie

1. Cosson S., Kevorkian J.P., Milliez P., et al A rare localization in right-sided endocarditis diagnosed by echocardiography: A case report *Cardiovascular Ultrasound* 2003; 1:10 (14 August 2003).
2. Durack D.T., Lukes A.S., Bright D.K. New criteria for diagnosis of infective endocarditis: utilization of specific echocardiographic findings. Duke Endocarditis Service. *Am J Med* 1994, 96:200-209.
3. Elliott T.S.J., Foweraker J., Gould F.K et al. Guidelines for the antibiotic treatment of endocarditis in adults: report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*. 2004; 54: 971-981.
4. Horstkotte D., Piper C. New aspects of infective endocarditis. *Minerva Cardioangiol* 2004, 52:273-286.
5. Infective endocarditis. Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease < Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and

- Cardiovascular surgery and Anesthesia, American Heart Association. Endorsed by the Infectious Diseases Society of America. Larry M.B., Walter R.W., Arnold S.B., et al. *Circulation*, 2005;111: e394-e433.
6. Li J.S., Sexton D.J., Mick N. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis* 2000, 30:633-638.
  7. Moreillon P., Que Y.A. Infective endocarditis. *The Lancet*, V. 363, 2004, Pages 139-149.
  8. Moreillon P., Que Y.A., Bayer A.S. Pathogenesis of streptococcal and staphylococcal endocarditis. *Infect. Dis. Clin. North. Am.*, 2002, 16: 297-318.
  9. Mylonakis E., Calderwood S.B. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med* 2001, 345:1318-1330.
  10. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002. Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*. 2003 ; 22: 920-929.
  11. Ross T., Murphy M.D., Mario J. Garcia. Role of Echocardiography in Diagnosis and Management of Endocarditis. *Current Infectious Disease Reports* 2005. 7:257-263.

### **În cabinetul medicului**

*Sunteți un medic de practică generală într-un spital. Dna Alexandra, o femeie în vârstă de 54 ani solicită consultația Dumneavoastră acuzând:*

- Febra 37,4 – 38,3°C pe parcurs a 9 luni, neregulată;
- Frisoane, periodic transpirații nocturne;
- Artralгии, osalgii, vertebralгии, mialгии difuze.

- Scădere ponderală cu aproximativ 3-4 kg în decurs de 6 luni;
- Cefalee difuză, apatie, fatigabilitate marcată.

*Această stare nu permite pacientei de a duce un mod obișnuit de viață. Pacienta activează în calitate de dădacă la creșa de copii și sindromul febril îndelungat o izolează complet de la serviciu.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți să atestați din ce punct de vedere pacienta cere ajutor? Care întrebări de prima linie puteți formula? Pentru care sindrom clinic sunt relevante aceste acuze?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Problema principală rămâne neclară. Este evidentă situația psihologică critică a pacientei din cazul perioadei destul de îndelungate de menținere a febrei. Mai întâi este important să clarificați tipul febrei, în ce caz ea apare, este oare permanentă, factorii rezolutivi ai febrilității, asocierea cu alte simptome și apoi să continuați a colecta și a analiza anamneza. Întrebările adresate pacientei în timp ce se făcea anamneza, sunt axate la cererea de tratament și la aspectele sindromului de impregnare infecțioasă. Lăsați ca studenții să vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

## Informație nouă despre pacient

După această cercetare, unul dintre studenții profesori citește Nota 1. Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități la diagnostic și tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestei paciente, sunt omise, iar noile apărute se vor înregistra. Textul Notei 1 va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota 1**

*Dna Alexandra este anamneștic compromisă reumatic: prim atac reumatismal a avut loc la vârsta de aproximativ 7 ani cu recurențe anuale până la vârsta de 11 ani, fiind de nenumărate ori internată în staționar, iar numai la vârsta de 11 ani s-a efectuat amigdalectomie. Recomandările pentru efectuarea bicilinoterapiei pacienta a neglijat totalmente și ulterior la medic nu s-a mai adresat. În cartela de ambulator găsiți doar unice notițe de rutină a unui examen general clinic non-investigațional pe parcurs a ultimii 20 de ani. La fel pacienta descrie un debut insidios cu aproximativ 9-10 luni în urmă cu o subfebrilitate de 37,2-37,4°C după suportarea unei bronșite, care pacienta a tratat-o de sinestătător și la medic nu s-a adresat, iar ulterior în evoluție de 2-3 luni au apărut mialgii și lombalgii difuze periodice. Pe parcursul ultimelor 4 ani manipulații intervenționale neagă.*

*La o interogare mai amănunțită aflați că de aproximativ 1-1,5 luni își fac apariția următoarele simptome (manifestările insuficienței cardiace) cu o evoluție ondulatorie de apariție și regresivitate:*

- *Dispnee mixtă în repaus;*
- *Palpitații cardiace;*
- *Edeme la nivelul gambelor*

## Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-i adresați pacientei pentru detalizarea anamnezei?

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Este evidentă implicarea cordului în procesul patologic, ținând cont de apariția manifestărilor insuficienței cardiace progresive pe fundalul unui anamnezic agravat de afectare a cordului în copilărie, dar este necesar de precizat posibila sursă de infecție și localul ei. Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptoamelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și / sau cauza sindromului febril. Scrieți toate sugestiile privind cauza bolii și posibilul diagnostic.

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota 2**

*Pacienta menționează că pe parcursul ultimilor luni de serviciu mulți copii la creșă au fost bolnavi de diverse infecții respiratorii acute, ce a impus administrația să declare stare de carantină. Pacienta direct leagă apariția bronșitei sale cu infecția comunitară de la serviciu și menționează că a urmat tratament antibacterian prin Ampicilină 1,0 gr în 24 ore pentru doar 3 zile, după care starea puțin s-a ameliorat, a dispărut febra, tusea și dispneea și ea a abandonat tratamentul. Însă pe parcurs a 2 săptămâni se menținea fatigabilitatea și astenia generală. Ulterior a apărut subfebrilitatea cu evoluție în sindromul febril pentru aproximativ 9 luni. Rația lui alimentară*

*zilnică nu conține regulat și în cantități suficiente fructe și legume proaspete și ne prelucrate termic.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă factorilor favorizanți pentru pătrunderea (căile de infectare), habituarea infecției și atingerea sistemică? Care date ne sugerează o răspândire în întregul organism al agentului patogen?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Pe baza anamnezei bolii sale anumite patologii pot fi excluse, în special:

- Pneumonie comunitară;
- Febră reumatismală acută cu poliartrită reumatismală;
- Cardiopatia ischemică;
- Dermatopolimiozita.

Stăruți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

**Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuiți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegi-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientei aceste. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

## Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

### **Nota 3**

- *Starea generală a pacientului este gravă. Tegumentele pronunțat palide, curate cu "hemoragii în așchie" la nivelul patului unghial; ganglionii limfatici periferici nu se palpează;*
- *Aparatul osteo-articular fără deformații vizibile;*
- *Musculatura fără modificări inflamatorii, tonusul este scăzut;*
- *În pulmoni – murmur vezicular, raluri buloase mici unici bazal bilateral;*
- *Zgomotele cordului ritmice, atenuate, suflu sistolo-(holosistolic)-diastolic la apex, sistolic în focarul valvei aortice cu modificare spre agravare de la zi la zi; TA 110-120/60-70 mm Hg, FCC 105 b/min;*
- *Ficatul și splina nu se palpează, semnul Jordani negativ bilateral.*

### **Întrebarea 5: Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze ale sindromului febril. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluderi. Cauza curentă pare a fi ținută asupra afectării cordului, dar cu o manifestare sistemică. Se exclud patologiile non-sistemice și sistemice prin afectarea aparatului osteo-articular și muscular. Ce ar putea fi aceasta: Lupus



eritematos de sistem? Endocardită infecțioasă? Sindrom paraneoplasic?

Înainte de a formula acest diagnosticul, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celui mai verosimil diagnosticul în mod clar.

### **Rolul medicului de medicină generală (nota pentru student profesor)**

Medicul de medicină generală argumentează necesitatea apurător investigații de laborator și instrumentale pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului poate asigura un prognostic favorabil. La fel se va atrage atenția pacientului asupra perioadei îndelungate de recădere a tratamentului și riscurile pentru sănătate și viață, cât și posibilele cauze de invalidizare precoce și impactul asupra calității vieții

**Întrebarea 6: Ce fel de examinări sau teste paraclinice de bază sunt necesare acestei paciente?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor obligatorii posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului “Endocardita infecțioasă”. Evaluarea diagnostică inițială a acestei paciente suspecte pentru endocardita infecțioasă include:

- Analiza generală a sângelui;
- Analiza generală a urinei;

- Analiza biochimică a sângelui (transaminazele, ureea, creatinina, enzimele serice);
- Proteinograma desfășurată;
- Probele reumatice imunobiologice;
- LE-celule;
- Anticorpi anti-ADN;
- Marcherii tumorali;
- Coagulograma desfășurată;
- Glicemia;
- Ionograma;
- Hemograme repetate la maximul febrei din 3 vene periferice;
- EchoCG + Doppler + ECG
- Radiografia cutiei toracice
- Ultrasonografia organelor abdominale

**După aceasta, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologice și fiziopatologice.**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

- Factorii predispozanți pentru endocardita infecțioasă
- Factorii etiologici pentru endocardita infecțioasă
- Aspectele patogenetice de afectare a endocardului prin forme primare și secundare a endocarditei infecțioase;
- Tipurile și mecanismele răspunsului imun în dependență de forma acută și subacută a endocarditei infecțioase;
- Criteriile de diagnostic pentru endocardita infecțioasă;
- Modalitățile de tratament antibacterian (alegerea preparatului antibacterian, dozelor și perioadei de administrare)
- Posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante cât și a examenului paraclinic.

## Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții profesori citește Nota 4. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

<b>Nota 4</b>	
<b>An. gen sângelui</b>	
<b>Hb</b>	<b>100 g/l</b>
<b>Er</b>	<b>4,09</b>
<b>Tromb.</b>	<b>233</b>
<b>Leuc</b>	<b>4,2</b>
<b>n/s</b>	<b>12</b>
<b>s</b>	<b>60</b>
<b>Limf</b>	<b>25</b>
<b>Mon</b>	<b>3</b>
<b>VSH</b>	<b>45</b>
<b>Hipocromie +; anizocitoză ++</b>	

<b>An. gen urinei</b>	
<b>Cantitate</b>	<b>300 ml</b>
<b>Proteine</b>	<b>abs</b>
<b>Ep. plat</b>	<b>unice</b>

Ep. de tranziție	abs
Leucocite	1-2 c/v

ALAT	18	Fibrinogen	2,4
ASAT	12	Albumina	41,38
Fosfataza alc	246	Globulina	58,62
Ureea	3,5	$\alpha 1$	7,07
Creatinina	56,9	$\alpha 2$	13,28
Glicemia	4,1	$\beta$	14,14
Bilirubina	13,68	$\gamma$	24,14
leg	2,28	K+	4,1
liber	11,4	Na+	142
Protrombina	75	Ca <sup>2+</sup>	2,46
Proteina tot	58,6		

### Probe reumatice

- ASLO – 1:1600 Ui/ml
- PCR – 96 mg/ml
- Latex test – 1: 12

LE-celule nu s-au depistat;

Anticorpi anti-ADN – negativ;

Markerii tumorali – negativ.

## Hemocultura

■ S-au efectuat trei colectări consecutive din trei vene periferice pentru determinarea agentului patogen- s-a determinat în titruri mari *Str. viridans* în toate trei probe

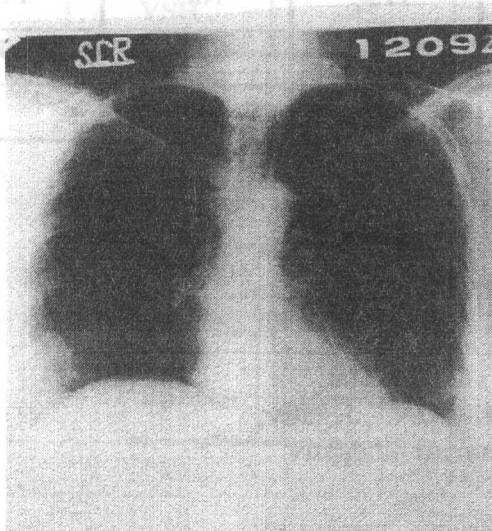
## USG cav. abdominale

- Ficatul LD 14,1cm, LS 7,2cm – ecogenitate sporită; v. portă – 0,83, v. lienalis – 0,7;
- Splina 14,4x6,5 parenchim omogen;
- Rinichi drept: 10,3x5,4, parenchim 2,0 cm
- Rinichi stâng: 11,4x4,9, parenchim 1,9 cm, chist polului superior 1,7 cm.

Ecogenitate sporită parenchimului pancreasului și ficatului.

## MRF cutiei toracice

- Coastele orizontalizate
- Plămânii transparenți
- Cordul - dilatat ventriculul stâng



**ECG** Tahicardie sinusală 108/ min, AE – orizontală, Hipertrofie atrială stângă.

**EcoCG**

- Ao ascendentă 32 mm, pereții ușor indurați
- AS 42 mm
- VS: DTDVS 54 mm, VTDVS 141.3 ml  
DTSVS 31 mm, VTSVS 37.9 l/min  
FSVS 43%, FEVS 73%
- VD: 24 mm, AD 36 mm
- Valva aortică – cuspele ușor indurate
- Valva mitrală – cuspele sunt fibrozate, pe cuspa posterioară conglomerat de vegetații.
- Valva tricuspidă, pulmonară – intactă

**Doppler EcoCG**

Valvele	Regurg.	V max	GP max (mm Hg)
Valva mitrală	+++ - ++++	1.1	4.75
Valva aortică	+	1.2	6.15
Valva tricuspidă	+ - ++	N	3.0
Valva pulmonară	-	N	8.0



*Forma de C. C. 1997. revizuit*



### Concluzia

- Dilatarea moderată a atrului stang.
- Funcția de pompă este bună. FE 73%.
- Valvulopatie mitrală. Vegetații masive pe cuspele mitrale.
- Insuficiența mitrală gr. III – IV.
- Insuficiența Ao gr. I
- Insuficiența tricuspida gr. I - II

**Întrebarea 7: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruțiți-va să-l specificați.**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Este necesar să stabiliți diagnosticul în baza criteriilor adoptate și să calculați numărul necesar din cele acumulate! ANUNȚAȚI ACELE PREZENTE!

## **CRITERII DIAGNOSTICE DUKE ALE ENDOCARDITEI INFECȚIOASE, MODIFICATE ÎN ANUL 2000.**

### **CRITERII MAJORE:**

#### ***I. Hemocultură pozitivă, caracteristică pentru EI:***

**Microorganismе tipice pentru EI, obținute din 2 sau mai multe probe: *Str. viridans*, *Str. bovis*, grupul *HACEK*; *St. aureus* sau sușe extraspitalicești de enterococ on lipsa focarului purulent;**

Hemocultură pozitivă persistentă repetată cu sușe potente să dezvolte EI peste 12 ore după cea inițială, sau trei ori mai multe hemoculturi pozitive din patru, colectate la un interval de mai mult de 1 oră.

O singură cultură pozitivă cu *C. burnetti* sau titrul anticorpilor on prima fază de 1:800.

#### ***II. Dovedirea afectării endocardului:***

**Existența modificărilor caracteristice la EcoKG (eco transesofagian este recomandat la pacienți cu valve protezate, pacienți din grupul endocarditei infecțioase posibile prin criterii clinice, sau EI complicată (abcese paravalvulare); la restul pacienților opțiunea primară este EcoKG transtoracic):**



**Mase intracardiace oscilante pe valve sau alte structuri, ori pe traseul regurgitării sanguine, sau pe materialele implantate în lipsa altor modificări anatomice; abcese; deschidere parțială recent apărută a valvei artificiale implantate.**

Apariția noilor semne de regurgitare valvulară (onrăutățirea sau modificarea murmurului existent nu este suficient).

#### **CRITERII MINORE:**

■ **maladii cardiace predispozante sau abuz de droguri intravenoase;**

■ febră ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ );

■ **afecțiuni vasculare – embolii arteriale, infarcte pulmonare septice, aneurisme micotice, hemoragii intracraniale, hemoragii conjunctivale, noduli Janeway etc.;**

■ dereglări imune – glomerulonefrită, noduli Osler, pete Roth;

**factor reumatoid pozitiv (Latex-test pozitiv)**

■ microbiologice – rezultat pozitiv al hemoculturii cu floră necorespunzătoare criteriilor majore, sau confirmare serologică a unei infecții;

■ semne EcoKG, asemănătoare cu cele din EI, dar ne caracteristice criteriilor majore.

#### **DIAGNOSTICUL SE CONSIDERĂ:**

**Definit:** confirmare morfologică sau bacteriologică a vegetațiilor, embolilor sau abceselor intracardiace

■ două criterii majore,

■ sau un criteriu major și trei minore,

■ sau cinci criterii minore.

**Posibil:**

■ un criteriu major și unu minor,

■ sau trei criterii minore.

**Respins:**

■ diagnostic alternativ ferm,

- sau dispariția sindromului peste  $\leq 4$  zile de antibioticoterapie,
- sau lipsa evidenței morfopatologice postoperator
- sau la autopsie lipsa criteriilor menționate mai sus.

**Întrebarea 8: Cum veți explica acest diagnosticul pacientului? Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului. Rolul Dnei Alexandra este jucat de către consultant.**

### **Rolul medicului (nota pentru student coordonator)**

Boala rezultă din afectarea gravă al endocardului de etiologie infecțioasă-bacteriană distructivă, cu riscuri mari de tromboze la distanță în creier, cord, ficat, splină și alte organe. Este o stare septică gravă ce prezintă pericol pentru viața pacientului, iar tratamentul antibacterian este de urgență. Maladia este gravă, însă curabilă. Pentru a efectua un tratament adecvat este absolut necesar a spitaliza pacientul pentru o monitorizare continuă permanentă, controlul eficacității tratamentului antibacterian și prevenirii trombozelor și complicațiilor septice. După tratament Dumnezeuastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.

### **Literatura utilă include:**

1. Infective endocarditis. Diagnosis, Antimicrobial Therapy, and Management of Complications. A Statement for Healthcare Professionals From the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease < Council on Cardiovascular Disease in the Young, and the Councils on Clinical Cardiology, Stroke, and Cardiovascular surgery and Anesthesia, American Heart Association. Endorsed by the Infectious Diseases Society

- of America. Larry M.B., Walter R.W., Arnold S.B., et al. *Circulation*, 2005;111: e394-e433.
2. Li J.S., Sexton D.J., Mick N. Proposed modifications to the Duke criteria for the diagnosis of infective endocarditis. *Clin Infect Dis* 2000, 30:633-638.
  3. Moreillon P., Que Y.A. Infective endocarditis. *The Lancet*, V. 363, 2004, Pages 139-149.
  4. Moreillon P., Que Y.A., Bayer A.S. Pathogenesis of streptococcal and staphylococcal endocarditis. *Infect. Dis. Clin. North. Am.*, 2002, 16: 297-318.
  5. Mylonakis E., Calderwood S.B. Infective endocarditis in adults. *N Engl J Med* 2001, 345:1318-1330.
  6. Prophylaxie de l'endocardite infectieuse. Révision de la conférence de consensus de mars 1992. Recommandations 2002. Société de pathologie infectieuse de langue française (Spilf). *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, 2003 ; 22: 920-929.

## **Rolul pacientului (consultant)**

### **Întrebarea 9: Care este metoda de tratament?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Cel mai important în acest caz este alegerea tratamentului antibacterian specific agentului patogen depistat în baza dozelor terapeutice maxime și perioadei maxime de tratament.

**Întrebarea 10: Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

## CAZUL 8. UN BĂRBAT 45 ANI CU DURERI ÎN PIEPT

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

### Introducere

Durerea este adesea una din primele acuze pe care le prezintă pacienții. Ea apare în patologii cardiace, pulmonare, la leziuni ale organelor cutiei toracice, inclusiv în tumori. Tumorile primare cardiace sunt rare și sunt frecvent clasificate ca „benigne” histologic. Oricum, atâta vreme cât toate tumorile cardiace au potențial de a genera complicații amenințătoare de viață și multe sunt actualmente curabile prin chirurgie, e important ca acestea să fie diagnosticate ori de câte ori e posibil. Aproximativ trei sferturi sunt *histologic* benigne, iar cele ce rămân sunt maligne în aproape toate cazurile sarcoame.

Metastazele cardiace sunt de câteva ori mai frecvente decât tumorile primitive și, deoarece speranța de viață a pacienților cu forme variate de neoplazie este prelungită prin tratament mai eficient, este probabil că și frecvența metastazelor cardiace va crește. Deși metastazele cardiace apar în 1-20% din totalul tipurilor tumorale, incidența este în general crescută în melanomul malign și întrucâtva mai puțin crescută în leucemie și limfom. Ca număr absolut, metastazele cardiace sunt cele mai frecvente în carcinomul de sân și cel pulmonar, reflectând incidența mare a acestor cancere. Metastazele cardiace apar aproape întotdeauna în contextul unei boli primitive generalizate și cel mai adesea există tumoră fie primitivă, fie metastatică în altă parte în cavitatea toracică. Cu toate acestea, uneori o metastază cardiacă poate fi prezentarea inițială a unei tumori localizate în altă parte a corpului.

## Bibliografia selectivă

1. COBLYN JS, WEINBLATT M: Rheumatic diseases and the heart, in *Heart Disease*, 5th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 1997,
2. p 1776
3. COHN PR, BRAUNWALD E: Traumatic heart disease. in *Heart Disease*, 5-6-7th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 2006, p 1535
4. COLUCCI WS, BRAUNWALD E: Primary tumors of the heart, in *Heart Disease*, 5th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 1997, p 394
5. DUFLOU J et al: Sudden death as a result of heart disease in morbid obesity. *Am Heart J* 130:306, 1995
6. HENDERSON VJ et al: Cardiac injuries: Analysis of an unselected series of 251 cases. *J Trauma* 36:341, 1994
7. IMPERATO-MCGINLEY J et al: Reversibility of catecholamine-induced cardiomyopathy in a child with a pheochromocytoma. *N Engl J Med* 316:793, 1987
8. REYNEN K: Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 333:1610, 1995
9. ROBIOLIO PA: Carcinoid heart disease. Correlation of high serotonin levels with valvular abnormalities detected by cardiac catheterization and echocardiography. *Circulation* 92:790, 1995

## În cabinetul medicului

*Sunteți un medic de practică generală într-un spital la serviciul de noapte. Cu ambulanța este adus un pacient C, din anul 1962, cu acuze la:*

- *dureri retrosternale sub formă de constrângere,*
- *dureri în membrele inferioare,*

- dureri în regiunea lombară pe stânga,
- febra la 37,6°C,
- astenie generală pronunțată,
- tuse seacă, dispnee mixtă,
- inapetență, scădere ponderală.

*Pacientul se află într-o stare anxioasă.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți sa atestați din ce punct de vedere pacienta cere ajutor? Care întrebări de prima linie puteți formula? Pentru care sindrom clinic sunt relevante aceste acuze?**

### **Sugestii pentru studenți-coordonatori**

Problema principală rămâne neclară. Este evidentă situația cardiovasculară critică a pacientului din cazul durerilor retrosternale și menținerea febrei. Mai întâi este important sa clarificați tipul durerii retrosternale, zonele de iradiere, evoluția febrei, este oare permanentă, factorii rezolutivi ai durerii și febrilității, gradul de asociere a lor cu durerile în membrele inferioare și lombalgiile, cât și cu alte simptome cum ar fi tusea, dispneea și apoi să continuați a colecta și a analiza anamneza. Întrebările adresate pacientului în timp ce se făcea anamneza, sunt axate la cererea de tratament și la aspectele posibilului sindrom coronarian. Lăsați ca studenții sa vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții profesori citește Nota 1. Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități la diagnostic și tratament pe tablă.

Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestei paciente, sunt omise, iar noile apărute se vor înregistra. Textul Notei 1 va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

### **Nota 1**

- *Se consideră bolnav de 2 săptămâni -- au apărut dureri la nivelul gambei drepte, în articulațiile talocrurale, apoi dureri în gamba stângă însoțite de edem al gambei, febra 37,6°C.*
- *A fost consultat de medicul de familie la CMF, s-a efectuat radiogarația toracelui (concluzia roentghenologică: Bronșită cronică), iar la membrele inferioare s-a depistat Tromboflebită profundă a venelor membrelor inferioare*
- *În noapte au apărut dureri violente în regiunea retrosternală și lombară pe stânga, cu tuse seacă, dispnee mixtă, a fost chemată ambulanța și transportat la secția de internare.*

**Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-i adresați pacientei pentru detalizarea anamnezei?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Este evidentă implicarea cordului în procesul patologic, ținând cont de apariția manifestărilor sindromului algic retrosternal și insuficienței cardiace progresive pe fundalul unui anamnezic de tromboflebită, dar este necesar de precizat posibilă sursă de embolizare. Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptomelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și / sau cauza sindromului algic. Scrieți toate sugestiile privind cauza bolii și posibilul diagnostic.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

### **Nota 2**

*Pacientul menționează că pe parcursul ultimilor ani dureri retrosternale nu a avut. Tolerează bine efortul fizic. Ultimul, an a mai avut 2 tromboflebite al venelor profunde a gambei stângi. Tusea este de aproximativ 2-3 ani, nu este permanentă, pacientul nu este fumător. De 3 luni au apărut și se mențin durerile lombare, care la început apăru-se ca un discomfort. medicație specială pacientul nu a administrat. Menționează că durerile retrosternale cedează puțin la Nitroglicerină 3-4 pastile sublingual, doar după 15-20 minute. Ne cătând că de medicul de familie s-a recomandat tratament anticoagulant și dezagregant – pacientul nu l-a urmat.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă factorilor favorizanți pentru sindromul tromboembolic? Care date ne sugerează despre o tromboembolie și în care circuit hemodinamic? Care este legătura cu durerile retrosternale?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Pe baza anamnezei bolii sale anumite patologii pot fi excluse, în special:

- Pneumonie comunitară;
- Bronșită cronică;
- Esofagita erozivă;



Stăruți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

#### **Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

#### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegi-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

#### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

#### **Nota 3**

- *Starea generală a bolnavului gravă,*
- *Tegumentele curate, fața puțin hiperemiată, ganglionii limfatici periferici ne palpabili, edem la gamba stângă cu majorarea temperaturii locale.*
- *În pulmonii, auscultativ – murmur vezicular bilateral, inferior puțin diminuat.*
- *Zgomotele cordului – ritmice, zgomotul I diminuat la apex, accentuarea ne pronunțată a zgomotului II la artera pulmonară, FCC 110 b/, TA 110/70 mm col Hg.*
- *Limba umedă, puțin saburată. Abdomenul moale la palpare, ficatul nu se palpează. Tranzitul intestinal fiziologic.*
- *Micții libere, indolore.*

## Întrebarea 5: Care este diagnosticul cel mai verosimil?

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze ale sindromului algic și febril. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluzeri. Cauza curentă pare a fi țintită asupra afectării cordului. Se exclud patologiiile infecțioase cum ar fi endocardita infecțioasă. Ce ar putea fi aceasta: Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut? Tromboembolia arteriilor pulmonare? Sindromul paraneoplasic cu metastaze cardiace?

Înainte de a formula acest diagnosticul, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celui mai verosimil diagnosticul în mod clar.

### Rolul medicului de medicină generală (nota pentru student coordonator)

Medicul de medicină generală argumentează necesitatea anumitor investigații de laborator și instrumentale pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului poate asigura un prognostic favorabil. La fel se va atrage atenția pacientului asupra riscurilor pentru sănătate și viață, cât și posibilele cauze de invalidizare precoce și impactul asupra calității vieții.

### Rolul pacientului (consultant)

## **Întrebarea 6: Ce fel de examinări sau teste paraclinice de bază sunt necesare acestui pacient?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor obligatorii posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea și diferențierea diagnosticului “Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut; Tromboembolia arteriilor pulmonare; Sindromul paraneoplasic cu metastaze cardiace”.

Evaluarea diagnostică inițială include:

- Analiza generală a sângelui;
- Analiza generală a urinei;
- Analiza biochimică a sângelui (transaminazele, ureea, creatinina, enzimele serice);
- Troponinele;
- Glicemia;
- Ionograma;
- EchoCG + Doppler + ECG
- Radiografia cutiei toracice
- Ultrasonografia organelor abdominale

**După aceasta, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologic și fiziopatologic.**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

- factorii predispozanți pentru sindromul tromboembolic;
- factorii etiologici pentru cardiopatia ischemică;

- aspectele patogenetice de afectare a cordului prin tumor primare și secundare;
- tipurile și mecanismele tromboemboliilor arteriilor pulmonare și a coronarelor;
- criteriile de diagnostic pentru infarctul de miocard și tromboemboliei arterei pulmonare;
- modalitățile de tratament a sindromului coronarian și tromboembolic;
- posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante cât și a examenului paraclinic.

### **Literatura utilă include:**

1. COBLYN JS, WEINBLATT M: Rheumatic diseases and the heart, in *Heart Disease*, 5th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 1997, p 1776
2. COHN PR, BRAUNWALD E: Traumatic heart disease, in *Heart Disease*, 5-6-7th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 2006, p 1535
3. COLUCCI WS, BRAUNWALD E: Primary tumors of the heart, in *Heart Disease*, 5th ed, E Braunwald (ed). Philadelphia, Saunders, 1997, p 394
4. DUFLOU J et al: Sudden death as a result of heart disease in morbid obesity. *Am Heart J* 130:306, 1995
5. HENDERSON VJ et al: Cardiac injuries: Analysis of an unselected series of 251 cases. *J Trauma* 36:341, 1994
6. IMPERATO-MCGINLEY J et al: Reversibility of catecholamine-induced cardiomyopathy in a child with a pheochromocytoma. *N Engl J Med* 316:793, 1987
7. REYNEN K: Cardiac myxomas. *N Engl J Med* 333:1610, 1995

8. ROBIOLIO PA: Carcinoid heart disease. Correlation of high serotonin levels with valvular abnormalities detected by cardiac catheterization and echocardiography. Circulation 92:790, 1995

### **Informatie nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește Nota 4. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

#### **Nota 4**

##### *Hemoleucograma .*

- Hb 144g/l, er 4,6, IC 0,93, leuc. 10,4, N 9 %, S 81 %, eoz. 1 %, limf. 6 %, mon. 3 %, VSH 25 mm/h.

*Analiza sângelui la trombocite – tromb. 217 ×10<sup>9</sup> g/l.*

##### *Analiza generală a urinei:*

- Cantit 100 ml, culoarea - galben, transp. -tulbure, dens. relat 1015, leuc. 2-3 c/v, er. 30-35 c/v.

##### *Troponinele:*

- 11,4 (Norma 2,2-12,2).

##### *Parametrii biochimici ai sângelui:*

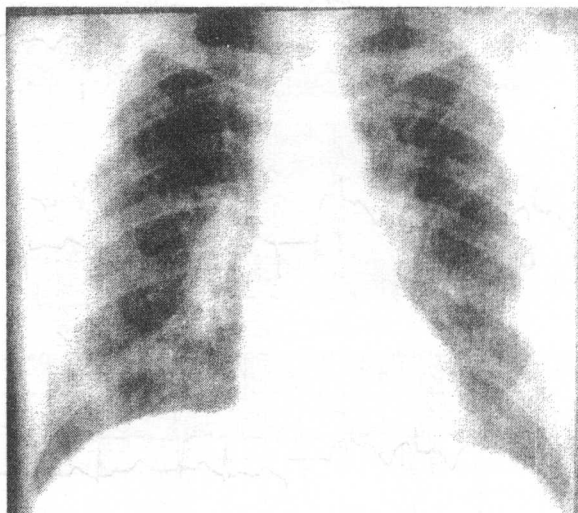
- bilirub.totală 12,6 mmol/l,
- prot.totală 70 -58 g/l,
- ureea 4,0 mmol/l,
- K<sup>+</sup> 4,0 – 4,1, Na<sup>+</sup> 141 - 150, Cl<sup>-</sup> 91 mmol/l,
- ALAT 0,21 nmol/l, ASAT 0,17 nmol/l,
- amilaza 26 g/l,
- fibrinogen 2,7 – 3,3 g/l,
- protrombina 76-75%,
- glucoza 4 mmol/l.

## USG cav. abdominale

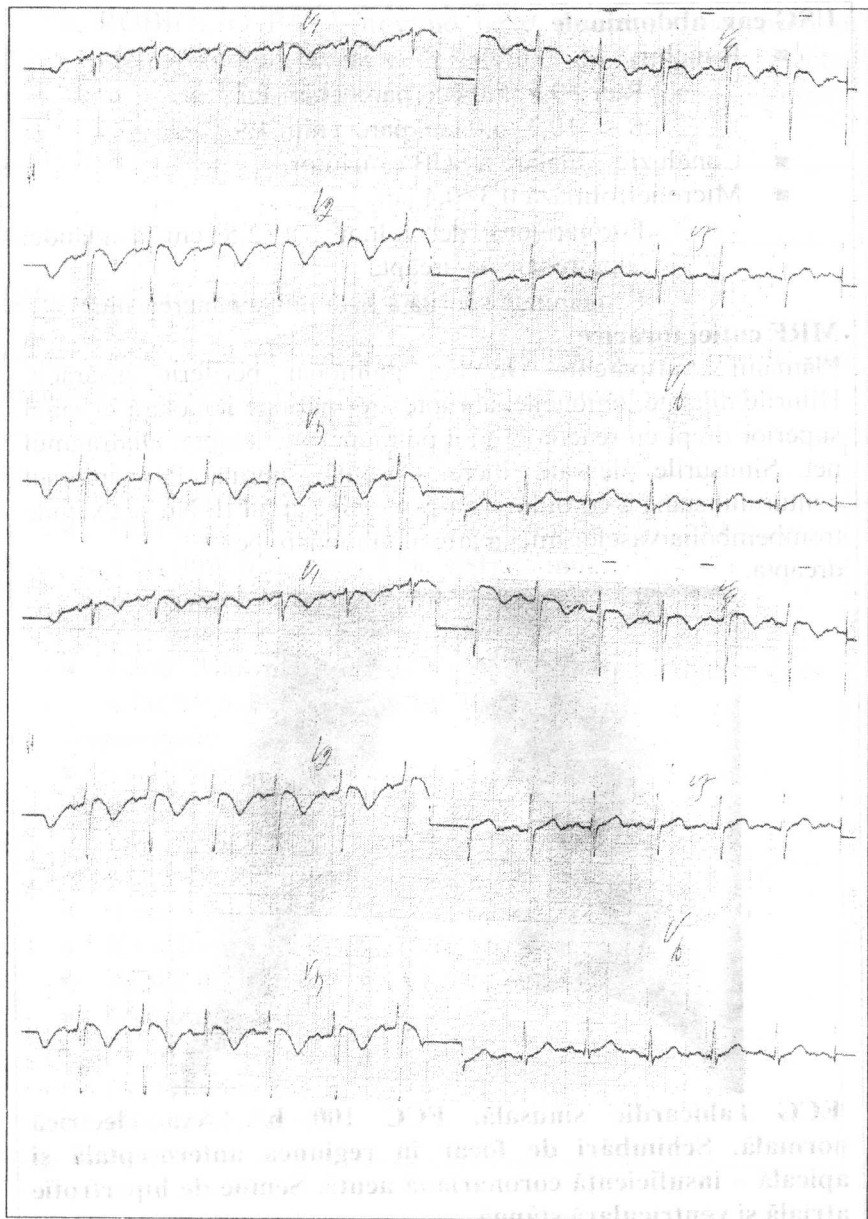
- Rinichii:
  - R.dr 10,5×5,0 cm, parenchim 1,7
  - R.st 10,3×6,0 cm, parenchim 1,9
- Concluzie: Dilatare a SCB rinichilor.
- Micronefrolitiază 0,3×0,4 cm.
  - Formațiunea de volum 3,1×2,5 cm a glandei suprarenale pe dreapta
  - Ecogenitate sporită a ficatului și pancreasului.

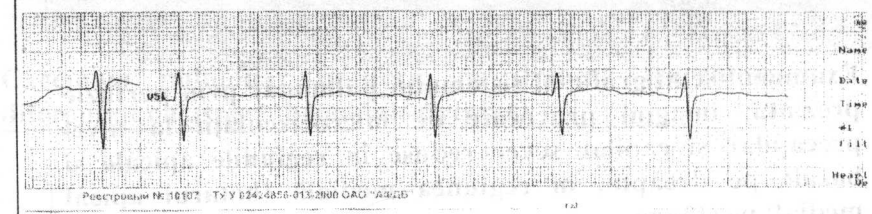
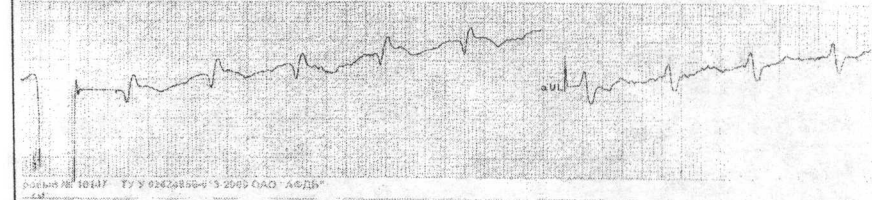
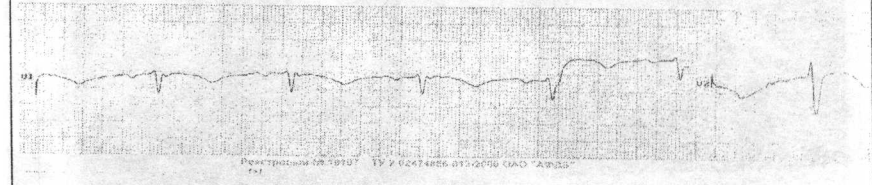
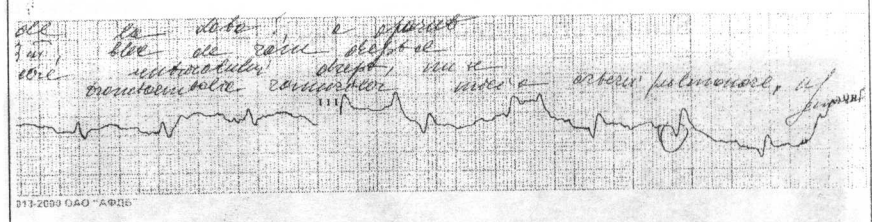
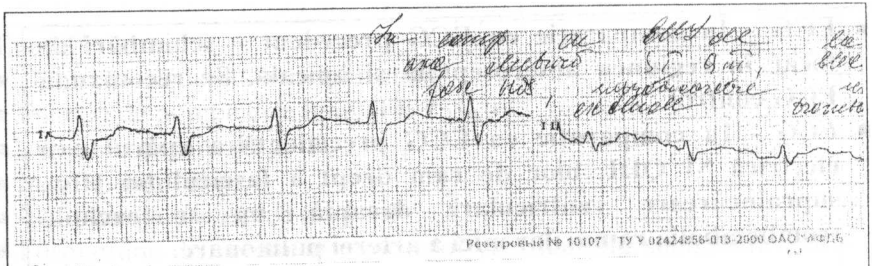
## MRF cutiei toracice

Plămâni transparente. Desenul pulmonar periferic însărăcit. Hilurile dilatate, omogene, abrupte. Formațiune nodulară în lobul superior drept cu reacția hilului pulmonar pe dreapta. Diafragma net. Sinusurile pleurale libere. Cordul – norma. Pe parcursul conturului stâng a cordului ușor proiemină arcul II. Nu se exclude trombembolia vaselor mici a artei pulmonare pe dreapta.



ECG Tahicardie sinusală. FCC 100 b/'. Axa electrică normală. Schimbări de focar în regiunea anteroseptală și apicală – insuficiență coronariană acută. Semne de hipertrofie atrială și ventriculară stângă.

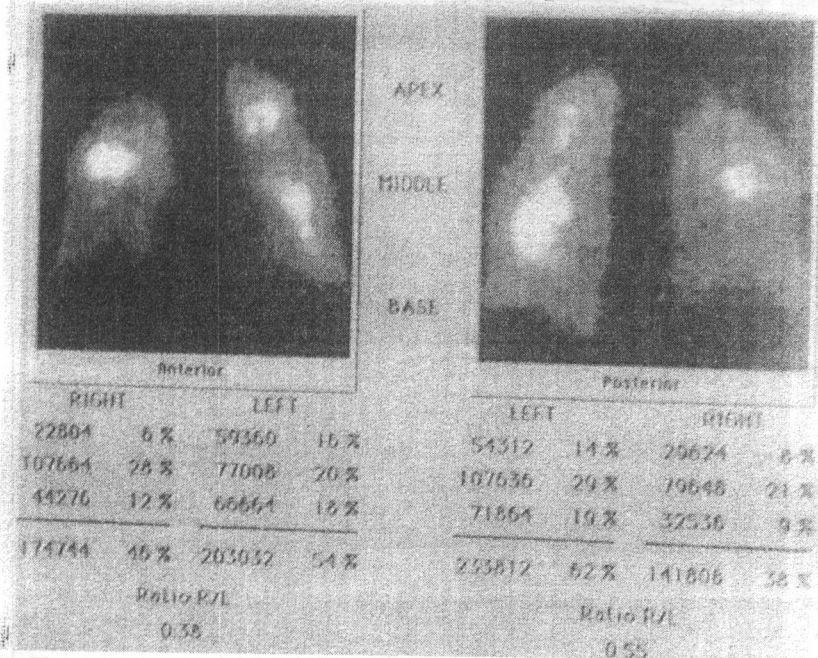






- ECG - În comparație cu ECG precedent - schimbări de focar în regiunea anteroseptală și apicală. Se recomandă ECG control.
- ECG - În comparație cu ECG precedentă a apărut axa electrică SI QIII, bloc de ram drept a fasciculului Hiss, supraîncărcare ventriculară dreaptă, nu se exclude trombembolia ramurilor mici a arterei pulmonare.

### Scintigrafia pulmonară de perfuzie

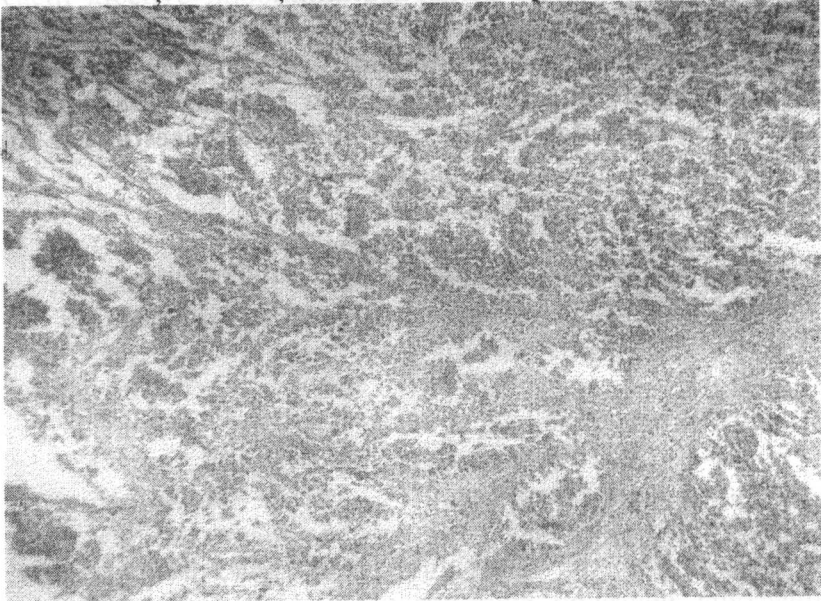


- Examenul scintigrafic al sistemului pulmonar prin perfuzie prezintă: imagini provocate de microcirculații la nivel precapilar și capilar sever reduse în regiunile apicale și bazale pe dreapta, în regiunea medială (hotarul apical medial) pe stânga.
- Scintigrafic modificări sugestive pentru trombembolie a ramificațiilor vasculare respective.

### **EcoCG**

- Dilatarea moderată a atriului stâng.
- Funcția de pompă este bună. FE 73%.
- Insuficiența mitrală gr. II
- Insuficiența Ao gr. I
- Insuficiența tricuspida gr. I - II
- Formațiune de volum în miocardul ventriculului stâng, adiacent aa. coronare.

### **Puncția formațiunii nodulare din pulmonul drept**



**Carcinom pulmonar periferic pe dreapta (carcinom ne diferențiat cu aspect bronhioloalveolar)**

**Întrebarea 7: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruțiți-va să-l specificați.**

--

**Întrebarea 8: Cum veți explica acest diagnosticul pacientului? Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului. Rolul pacientului este jucat de către consultant.**

**Întrebarea 9: Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

# CAZUL 9. UN BĂRBAT DE 52 DE ANI CU DURERI RETROSTERNALE

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT - COORDONATOR

## Introducere

Durerea însoțește practic toate afecțiunile acute sau cronice ale organelor situate în cavitatea toracică. În patologiile cardiace, pulmonare, durerea ocupă un rol principal, fiind acompaniată de reacții afective importante din partea individului, care prin ele însele exacerbează senzații dureroasă. Cunoașterea cauzei durerii și combaterea ei este o problemă terapeutică primordială ale acestor patologii.

## Bibliografia selectivă

1. Braunwald E. - Heart Diseases, 6<sup>th</sup> edition, 2001
2. Carp C. - Tratat de Cardiologie, București, 2003, vol.2.
3. Gherasim L.- Medicina internă, vol.2, București, 2000.
4. Harrison – Principles of internal medicine. 14<sup>th</sup> edition, 2001.
5. Hope R.A. și al. – Manual de medicină internă, ediția III-a. Oxford. Editura medicală, București, 1995.
6. Метелица ВИ - Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств, Санкт-Петербург, 2002
7. Огороков А.Н. - Диагностика болезней внутренних органов, Минск, 2002, т.6
8. Огороков А.Н. - Лечение болезней внутренних органов, Минск, 1998, т.3
9. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. - Стенокардия, Москва, 1987г.

## **În cabinetul medicului**

*La primire se adresează un pacient în vârstă de 52 de ani care se consideră bolnav de 2 ani când pentru prima dată au apărut accesele de dureri retrosternale sub formă de constrângere. Boala a debutat în crize, care se repetau la un efort intens și prelungit (săpatul în grădină), în care pacientul avea dureri retrosternale, senzație de constricție (treceau după 10 min. după odihnă), cu iradiere în umărul stâng, brațul stâng (porțiunea laterală), antebrațul stâng (porțiunea laterală), degetele 4-5. Odată cu durerea apare și dispneea însoțită de paliditate. Pacientul nu sa adresat la medic. Pe parcursul anilor accesele au devenit puțin mai dese și apar la un efort mai mic. De 2 zile, în urma unui efort mediu a apărut dureri retrosternale puternice cu iradiere în umărul stâng, însoțite de dispnee, transpirație și paliditate.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți sa atestați din ce punct de vedere pacientul cere ajutor? Care întrebări de prima linie puteți formula? Pentru care sindrom clinic sunt relevante aceste acuze?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Problema principală rămâne neclară. Este evidentă situația cardiovasculară critică a pacientului din cazul durerilor retrosternale. Mai întâi este important sa clarificați tipul durerii retrosternale, zonele de iradiere, evoluția în timp, a fost oare pentru o perioadă permanentă, factorii rezolutivi ai durerii, cât și cu alte simptome cum ar fi tusea, dispneea și apoi să continuați a colecta și a analiza

anamneza. Întrebările adresate pacientului în timp ce se făcea anamneza, sunt axate la cererea de tratament și la aspectele posibilului sindrom coronarian. Lăsați ca studenții să vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții profesori citește Nota 1. Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante în lista potențialelor necesități la diagnostic și tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestei paciente, sunt omise, iar noile apărute se vor înregistra. Textul Notei 1 va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

#### **Nota 1**

##### *Antecedente patologice*

*In anul 1986 a suportat apendicectomie cu diagnoza de apendicită acută.*

Hepatită virală – neagă. Boli sexual-transmisibile – neagă.

Contact cu bolnavi de tuberculoză – neagă.

##### *Antecedente eredo-colaterale*

In familie mama a decedat în urma infarctului de miocard,

##### *Deprinderi dăunătoare*

Fumează în cantități mari (2 pachete pe zi), moderat consumă alcool, nu administrează droguri. Nu consumă cafea sau ceai tare în cantități mari. Preferă alimentație grasă.

**Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-i adresați pacientei pentru detalizarea anamnezei?**

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Este evidentă implicarea cordului în procesul patologic, ținând cont de apariția manifestărilor sindromului algic retrosternal cu iradierea specifică și legătura directă cu efortul fizic și insuficienței cardiace progresive pe fundalul unui anamneștic îndelungat. Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptomelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și / sau cauza sindromului algic. Scrieți toate sugestiile privind cauza bolii și posibilul diagnostic.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul reuniunii.

### **Nota 2**

*Pacientul menționează că pe parcursul ultimilor ani a avut dureri retrosternale. Medicație specială pacientul nu a administrat. Ne cătând că medicul de familie a recomandat tratament anticoagulant și dezagregant – pacientul nu l-a urmat.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă factorilor favorizanți pentru afectarea și includerea în proces a arterelor coronare?**

--

## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Pe baza anamnezei bolii sale anumite patologii pot fi excluse, în special:

– Pneumonie comunitară;

- Febră reumatismală acută cu poliartrită reumatismală;
  - Esofagita erozivă și herniile hiatale;
  - Mediastinita;
  - Limfoamele;
  - Endocardita infecțioasă.
- Stăruți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

**Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

**Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegi-studenți, care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientei aceste. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

**Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student-coordonator scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

**Nota 3**

*• Starea generală a bolnavului este de gravitate medie; conștiința clară. Poziția bolnavului în pat este activă; expresia feței obișnuită. Conformația: tip constituțional hiperstenic (unghiul epigastral > 90°); dezvoltarea fizică normală. Tegumentele - curate, de culoare roz-pală. Umeditatea și turgorul pielii normale. Țesutul celulo-adipos subcutanat dezvoltat exagerat (plica 2,7cm.).*



- *La percuție sunet clar pulmonar pe întreaga arie pulmonară. Frecvența respirației 20/min, corelația inspir:expir este 1:3. Pe toată aria pulmonară se auscultă respirație veziculară. La nivelul bifurcației traheii, deasupra traheii și laringelui se auscultă respirație tubară. Zgomote respiratorii patologice - raluri, crepitații, frotaje pleurală nu se auscultă.*
- *La palpație șocul apexian situat în spațiul intercostal stâng 5, cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară. Suprafața șocului apexian aproximativ 2 cm<sup>2</sup>, înălțimea, puterea și rezistența în normă. Șocul cardiac nu se determină. Freamăt sistolic și diastolic la palpație nu se determină.*
- *Determinarea matității relative a cordului: limita dreaptă se află în spațiul intercostal 4 din dreapta cu 1 cm lateral de marginea sternului; limita stângă se află în spațiul intercostal 5 stâng cu 1,5 cm medial de linia medioclaviculară; limita superioară se află pe linia parasternală stângă, la nivelul coastei 3. Dimensiunile pediculului vascular în spațiul intercostal 2 constituie 5 cm. Dimensiunea transversală a cordului constituie 12 cm. Configurația cordului este normală.*
- *Auscultativ în aria mitrală zgomotul 1 se auscultă mai bine, zgomotele cardiace sînt ritmice, sonore. În aria aortală zgomotul 2 se auscultă mai bine, , zgomotele cardiace sînt ritmice, sonore. În aria arterei pulmonare zgomotul 2 se auscultă mai bine, zgomotele cardiace sînt ritmice, sonore. La procesul xifoid (valvula tricuspidadă) zgomotul 1 se auscultă mai bine, zgomotele cardiace sînt ritmice, sonore. În punctul Botkin zgomotul 2 se auscultă mai bine, , zgomotele cardiace sînt ritmice, sonore. Zgomotul 1 cardiac corespunde cu pulsul pe artera carotidă. Modificări de ritm, sonoritate, dedublări, accentuări sau diminuări a zgomotelor cardiace nu se determină. Simptomul Sirotinin – Kukuverov negativ.*
- *Tensiunea arterială: brațul stîng 160/90 mm Hg, brațul drept 155/90 mm Hg,*

- *Limba umedă, puțin saburată. Abdomenul moale la palpare, ficatul nu se palpează. Tranzitul intestinal fiziologic.*
- *Micții libere, indolore.*

**Întrebarea 5: Care este diagnosticul cel mai verosimil?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze ale sindromului algic. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluderi. Cauza curentă pare a fi ținută asupra doar asupra afectării cordului. Se exclud patologiile infecțioase cum ar fi endocardita infecțioasă și tromboembolia pulmonară. Ce ar putea fi aceasta: Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut sau angina pectorală?

Înainte de a formula acest diagnosticul, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celui mai verosimil diagnosticul în mod clar.

### **Rolul medicului de medicină generală** **(nota pentru student profesor)**

Medicul de medicină generală argumentează necesitatea anumitor investigații de laborator și instrumentale pentru confirmarea diagnosticului. Diagnosticarea precoce și tratamentul combinat adecvat în departamentul specializat al spitalului poate asigura un prognostic favorabil. La fel se va atrage atenția pacientului asupra riscurilor pentru sănătate și viață, cât și posibilele cauze de invalidizare precoce și impactul asupra calității vieții.

## **Rolul pacientului (îndeplinește consultantul)**

**Întrebarea 6: Ce fel de examinări sau teste paraclinice de bază sunt necesare acestui pacient?**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor obligatorii posibile (de laborator și imagistice). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnosticului “Endocardita infecțioasă”. Evaluarea diagnostică inițială a acestei paciente suspecte pentru endocardita infecțioasă include:

- Analiza generală a sângelui;
- Analiza generală a urinei;
- Analiza biochimică a sângelui (transaminazele, ureea, creatinina, enzimele serice);
- Proteinograma desfășurată;
- Glicemia;
- Ionograma;
- EchoCG + Doppler + ECG
- Testul la efort
- Radiografia cutiei toracice
- Ultrasonografia organelor abdominale

**După aceasta, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologice și fiziopatologice.**

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

- Factorii predispozanți pentru cardiopatia ischemică;

- Factorii etiologici pentru cardiopatia ischemică;
- Aspectele patogenetice de afectare a cordului prin procese ischemice;
- Tipurile și mecanismele dereglării perfuziei coronarelor;
- Criteriile de diagnostic pentru cardiopatia ischemică;
- Modalitățile de tratament a cardiopatiei ischemice;
- Posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante cât și a examenului paraclinic.

### **Literatura utilă include:**

1. Braunwald E. - Heart Diseases, 6<sup>th</sup> edition, 2001
2. Carp C. - Tratat de Cardiologie, București, 2003, vol.2.
3. Gherasim L.- Medicina internă, vol.2, București, 2000.
4. Harrison – Principes of internal medicine. 14<sup>th</sup> edition, 2001.
5. Hope R.A. și al. – Manual de medicină internă, ediția III-a. Oxford. Editura medicală, București, 1995.
6. Метелица ВИ - Справочник по клинической фармакологии сердечно-сосудистых лекарственных средств, Санкт-Петербург, 2002
7. Огороков А.Н. - Диагностика болезней внутренних органов, Минск, 2002, т.6
8. Огороков А.Н. - Лечение болезней внутренних органов, Минск, 1998, т.3
9. Гасилин В.С., Сидоренко Б.А. - Стенокардия, Москва. 1987г.

## Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții profesori citește Nota 4. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

### Nota 4

#### *Hemoleucograma*

Hb – 134  
Er –  $4,6 \cdot 10^{12}$   
IC – 0,9  
Leucocite – 7,4  
Mielocite – 0  
Metamielocite – 0  
N/segm – 1  
Segm. – 67  
E – 1  
B – 0  
Lf – 23  
M – 6  
Trom. – 210  
VSH – 12

#### *Analiza generală a urinei*

culoare: galben-deschisă, proteine: neg, densitatea: 1010, transparentă, reacția: acidă, epiteliu: 0-0-1, leucocite: 1-2

ALAT	21	Fibrinogen	4,4
ASAT	16	Albumina	41,38
Fosfataza alc	123	Globulina	58,62
Ureea	3,5	$\alpha 1$	7,07

<b>Creatinina</b>	<b>56,9</b>	<b><math>\alpha 2</math></b>	<b>22,28</b>
<b>Glicemia</b>	<b>4,1</b>	<b><math>\beta</math></b>	<b>14,14</b>
<b>Bilirubina</b>	<b>13,68</b>	<b><math>\gamma</math></b>	<b>12,14</b>
<b>leg</b>	<b>2,28</b>	<b>K+</b>	<b>4,1</b>
<b>liber</b>	<b>11,4</b>	<b>Na+</b>	<b>142</b>
<b>Protrombina</b>	<b>105</b>	<b>Ca<sup>2+</sup></b>	<b>2,46</b>
<b>Proteina tot</b>	<b>74,6</b>		

**Lipidele totale – 11**

**Colesterol total – 7,43**

**HDL – 1,5**

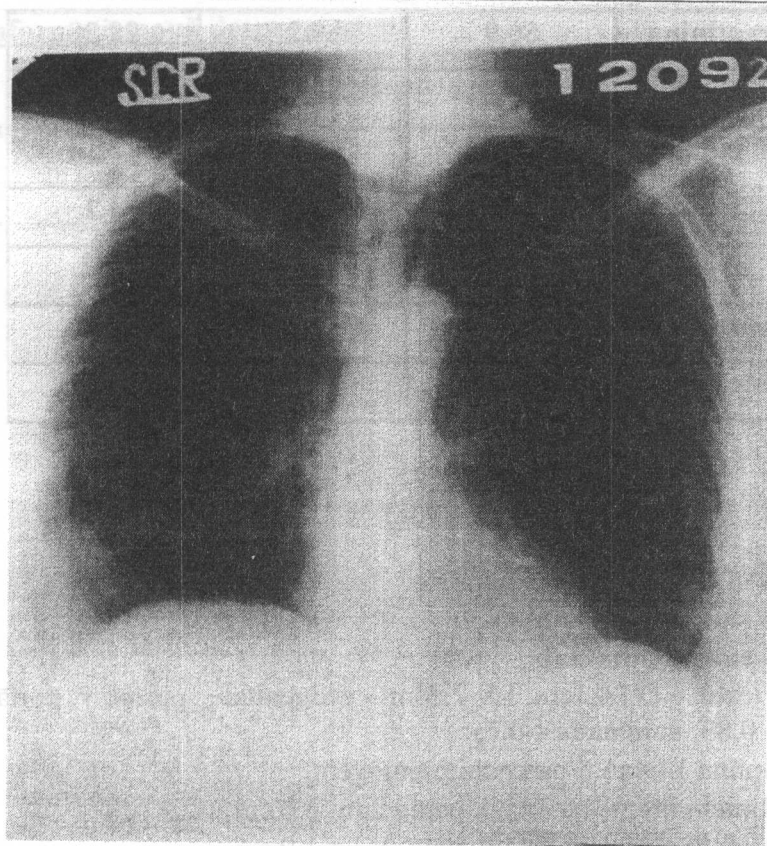
**LDL – 4,9**

**USG cav. abdominale**

- Ficatul LD 14,1cm, LS 7,2cm – ecogenitate sporită; v. portă – 0,83, v. lienalis – 0,7;
- Splina 14,4x6,5 parenchim omogen;
- Rinichi drept: 10,3x5,4, parenchim 2,0 cm
- Rinichi stâng: 11,4x4,9, parenchim 1,9 cm,

**MRF cutiei toracice**

- Coastele orizontalizate
- Plămâni transparente
- Cordul - dilatat ventriculul stâng



**ECG** - Voltajul păstrat, ritm sinusal., FCC – 80/min, PQ – 0,16 s., QRS – 0,06 s., QT – 0,4 s., Axa cordului orizontală

**EcoCG**

- Ao ascendentă 32 mm, pereții ușor indurați
- AS 42 mm
- VS: DTDVS 54 mm, VTDVS 141.3 ml  
DTSVS 31 mm, VTSVS 37.9 l/min  
FSVS 43%, FEVS 73%

- VD: 24 mm, AD 36 mm
- Valva aortică – cuspele ușor indurate
- Valva mitrală – cuspele sunt fibrozate,
- Valva tricuspidadă, pulmonară – intactă

### Doppler EcoCG

Valvele	Regurg.	V max	GP max (mm Hg)
Valva mitrală	++	1.1	4.75
Valva aortică	+	1.2	6.15
Valva tricuspidadă	+	N	3.0
Valva pulmonară	-	N	8.0

### Concluzia

- Dilatarea moderată a atriului stâng.
- Funcția de pompă este bună. FE 73%.
- Insuficiența mitrală gr. I-II.
- Insuficiența Ao gr. I
- Insuficiența tricuspidadă gr. I – II

**Testul de efort** - Subdenivelarea segmentului ST (2 mV) după 5 min., tahicardie. ST în normă după 3 min.

**USG tiroidei** – norma

**Întrebarea 7:** Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruieți-va să-l specificați.



## **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Este necesar să stabiliți diagnosticul în baza criteriilor adoptate

**Întrebarea 8: Cum veți explica acest diagnosticul pacientului? Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului. Rolul pacientului este jucat de către consultant.**

**Întrebarea 9: Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

# CAZUL 10. O FEMEIE ÎN VÂRSTĂ DE 35 ANI CU DURERI LOMBARE

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT- COORDONATOR

## Introducere

Durerea lombară este o dereglare comună, care cauzează un coeficient înalt de absență. Multe persoane care suferă de această dereglare, au frică de agravarea sau reapariția ei. Sunt diverse căi de a trata această problemă. În acest caz diferitele trepte ale metodei medicale vor fi examinate minuțios și evaluate după merit.

## Obiectivul cazului

Studentul va trebui să poată explica colegilor studenți în timpul cursului diferența dintre durerea lombară specifică și non-specifică și ilustra prin intermediul cazului metoda diagnostică, tratamentul durerii lombare și manifestarea ei.

## Referințe suplimentare

1. Roland M, van Tulder MW. Should radiologists change the way they report plain radiographs of the spine? *Lancet* 1998;352:229-230.
2. Waddell G. A New Clinical Model for the treatment of Low-Back Pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
3. Faas A et al. NHG-Standaard *Lage Rugpijn (M54)*. In: NHG-Standaarden (see <http://nhg.artsennet.nl>). [General Practitioner's Standard on Low Back Pain]
4. Smeele IJM et al. NHG-Standaard *Lumbosacraal radiculair syndroom (M55)*. In: NHG-Standaarden

[General Practitioner's Standard on Lumbo-sacral radicular syndrome]

5. Okkes IM, Lamberts H. Verschillende frequentiecijfers van aandoeningen bij gezondheidsenquête en huisartsregistraties. [Various frequency rates of disorders at Health surveys and General Practitioners registrations]. *Ned. Tijdschr. Geneeskd* (Dutch Health Magazine) 1997;141:634-639.
6. Van der Meer and Van 't Laar. Anamnese en lichamelijk onderzoek [History and physical examination]. Elsevier. 2004
7. Zonneveld, *Het neurologisch onderzoek (The neurological examination)* 1998. Serie Lege Artis. Uitgeverij Bunge

### ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic de medicină generală într-un oraș de mărime medie. O femeie în vârstă de 35 ani, dna Latîfa, vine pentru o consultație medicală în timpul orarului de primire. Ea acuză o teribilă durere lombară. Are dureri atât de intense, încât rugă de la început să fie examinată acasă. Persoana de la recepție o convinge să vină în cabinetul dstră. Intră în cameră clătînându-se, ținându-se cu mâna de spate, având fața deformată din cauza durerii.*

*O cunoașteți de mulți ani ca pacientă ce venea din când în când în timpul orarului de consultație, câteodată având dureri de spate. Lista ei de probleme nu indică nimic deosebit. Dna Latîfa lucrează cu jumătate de normă la o creșă de copii.*

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți să atestați din ce punct de vedere ea cere ajutor?**

## Sugestii pentru studenții profesori

Problema principală este evidentă, însă cererea ei nu este încă clară. Mai întâi este important să clarificați cererea ei de tratament și apoi să continuați a face anamneza. Întrebările adresate ei în timp ce se făcea anamneza, erau orientate la cererea ei de tratament. Lăsați ca studenții să vă ajute în a face o listă a motivelor sosirii sale și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

## Informatic nouă despre pacient

După această cercetare, unul dintre studenții-coordonatori citește *Nota(1)*. Un alt student-coordonator adaugă datele cele mai importante la lista potențialelor necesități de tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul Notei (1) va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

---

### **Notă (1)**

*Dna Latifa suferă din ce în ce mai tare de dureri lombare și acum nu mai poate suporta situația aceasta. Ea este iritată, deoarece a îngriji trei copii ai săi deveni dificil. Ea crede, că este momentul culminant ca să termine cu crizele acestea dureroase odată și pentru totdeauna. Întrebările următoare revelă faptul, că ea este îngrijorată, fiindcă odată o cunoștință a prietenei ei a avut hernie de disc. Fu operată, după care fapt nu mai fu în stare să lucreze. S-ar putea și ea să sufere de aceeași boală.*

---

## **Întrebarea 2: Ce întrebări ar trebui să-i adresați?**

## **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Acum este momentul de a specifica seriozitatea simptoamelor și istoria cazului, și dacă este posibil de a determina sau de a exclude orice origine și/sau cauza dereglărilor zonei lombare. Scrieți toate sugestiile potrivite din nou pe un flip-chart. (În același mod ca și datele menționate mai jos de „Prima consultație” în Instrucțiunile medicului de medicină generală pentru dereglări lombare).

Discutați motivul fiecărei întrebări și scrieți acestea într-o coloană paralelă cu titluri de felul următor „a exclude ruptura discului” sau „a evalua gravitatea cazului”.

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește răspunsurile pacientului de la *Nota(2)*. Un alt student profesor scrie cele mai importante date pe tablă.

---

### **Nota (2)**

*Durerea este localizată în partea inferioară a spatelui și câteodată în coapsa stângă. Sunt cazuri, când ea se trezește din cauza durerii în timp ce își schimbă poziția în pat; ea încearcă să evite aceasta, deoarece are frică să nu agraveze situația. Durerea începe treptat și apoi dispare. În alte cazuri precedente medicul său de familie o sfătuie să nu ia în seamă simptomele și să nu se descurajeze. Ea nu ia niciodată medicamente, inclusiv și corticosteroizi, nu se simte rău și nu are febră. Când stă culcată liniștită durerea este minimă. Durerea se agravează, când ea se scoală dimineața.*

---

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă de dereglări ce pot cauza durerea lombară. Puteți exclude unele cauze cunoscând istoria cazului său?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

La baza istoriei bolii sale anumite dereglări specifice pot fi excluse, incluzând:

- sindromul radicular lombosacral (lipsa răspândirii durerii mai jos de genunchi și lipsa de astenie)
- fractura vertebrei (lipsa traumei, osteoporoză improbabilă)
- tumoare (lipsa altor plângeri; accesurile dureroase dispar după câțva timp)
- infecție (lipsa de febră)
- spondilartrită anchilopoietică (=boala Bechterew; este posibilă manifestarea rigidității dimineața, însă fără diminuarea simptomelor în timpul mișcării)

**Întrebarea 4: La care simptome va trebui să acordați o atenție specială în timpul examenului fizic?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Alcătuiți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu colegii-studenți care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului acesta. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau pe un flip-chart.

## **Informatic nouă despre pacient**

Unul dintre studenții profesori citește concluziile examenului fizic din *Nota (3)*. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă.

---

### **Nota (3)**

*Durerea poate fi localizată chiar mai jos de creasta pelviană. Este posibil să simțiți niște „noduri musculare” rigizi și sensibili în acest punct – în timpul palpării. Este o cifoscolioză reparabilă, cauzată probabil de durere. Picioarele au mai mult sau mai puțin aceeași lungime. Coloana vertebrală este foarte rigidă, dar după puțină persuasiune o mică flexiune în față este posibilă. Flexiunea lombară conform măsurilor Schober 15-17 cm și flexiunea laterală nu este ereglată.*

---

**Întrebarea 5: Care este diagnoza cea mai verosimilă?**

### **Sugestii pentru studenții profesori**

Ați exclus multe cauze specifice pentru durerile de spate în fișa medicală. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluderi. Prin urmare cauza pare a fi non-specifică și pacientul suferă de dureri lombare non-specifice. Înainte de a formula această diagnoză, lăsați mai întâi studenții să găsească cuvintele potrivite. Încercați să obțineți argumentele celei mai verosimile diagnoze în mod clar.

### **Întrebarea 6: Cum veți explica această diagnoză pacientului?**

**Discuția acestei întrebări va fi făcută în forma jocului de roluri. Unul dintre studenți joacă rolul medicului de medicină generală. Rolul dnei Latifa este jucat de către consultant.**

### **Rolul medicului de medicină generală (studentul-coordonator)**

Pronosticul durerii lombare non-specifice este favorabil. Simptoamele vor dispărea fără intervenție. Mișcarea nu este dăunătoare. Durerea cea mai intensă va dispărea după vre-o câteva zile. În general sunt necesare câteva săptămâni înainte de a dispărea toate simptoamele. Nu este necesar de a trimite acest pacient la un specialist cu aceste semne și simptoame. Dacă este necesar vre-un examen suplimentar, puteți să-l faceți singur.

### **Întrebarea 7: Ce fel de examene suplimentare sau teste sunt necesare acestui pacient?**

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Alcătuți o listă împreună cu grupa a examenelor suplimentare posibile (laborator și vizualizarea examenelor). Indicați în ce mod acestea vor contribui la confirmarea diagnozei „non-specifice a durerii lombare”.

**După ce a fost dat răspunsul la întrebarea 7, unul dintre studenții profesori face o mică prezentare la subiect (10 minute)**



## **Sugestii pentru studentii coordonatori**

În timpul prezentării trebuie să discutați:

- anatomia coloanei vertebrale, măduva spinării și nervii segmentali
- posibilitățile diagnostice prin intermediul examenului fizic și interpretarea lor
- sensul și non-sensul examenului de laborator
- sensul și non-sensul examenului radiografic

Răspundeți la întrebările diagnostice pentru durerea lombară și pentru sindromul radicular lombosacral. Literatura utilă poate include articolul lui Roland and Van Tulder in *The Lancet* (1998). Puteți uza informația vizuală obținută din Internet.

**Întrebarea 8: Ce teste, menționate după întrebarea 7, ar trebui să întreprindeți sau să organizați?**

## **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Nu există din păcate nici un test care să confirme sau să excludă diagnoza „durerii lombare non-specifice”.

**Întrebarea 9: Care este metoda de tratament?**

## **Sugestii pentru studentii coordonatori**

Țineți cont de cererile inițiale pentru tratament. Mai întâi alcătuiți o listă de sugestii cu ajutorul grupei și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart. Apoi discutați aceste sugestii și scrieți rezultatele discuțiilor lângă ele. Când veți primi pacientul pentru un control? Citiți normativele medicului de medicină generală pentru a constata care informație și instrucțiuni sunt importante pentru durerile lombare non-specifice.

**Întrebarea 10: Ce metodă ar trebui să fie adoptată, dacă simptomele n-au dispărut după o lună?**

**Sugestii pentru studenții coordonatori**

Nu este ceva neobișnuit, ca după o lună să mai persiste încă unele simptome. În cazul în care nu se manifestă nici o tendință către vindecare, medicul trebuie să verifice cauza acestei situații. Considerați ca factori nefavorabili avantajele de a fi bolnav și evitarea durerii. Acțiunea ulterioară – supravegherea profesională și evaluarea sau supravegherea în contextul psihosocial, de exemplu – aceasta ar putea fi necesar, dacă pacientul nu este în stare să urmeze singur recomandarea „activității treptate”.

**Întrebarea 11: Unul dintre studenții regulari recapitulează cazul în una sau două minute. Expunerea sumară trebuie să dovedească, că obiectivele acestui caz au fost realizate.**