

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. Ghicavîi, V. Musteață, E. Russu,  
A. Corlăteanu**

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

Compendiu pentru studenți

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 metode de instruire bazată pe analiza  
problemei (cazului clinic): Compendiu pentru studenți / 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. – 60 p.

ISBN 978-9975-918-96-1

100 ex.

616(076.5)

ISBN 978-9975-918-96-1

© CEP Medicina, 2007

© T. ten Cate și alții, 2007

## 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.....	8
<b>Cazul 3.</b> Un pacient în vârstă de 38 ani cu durere toracică..	12
<b>Cazul 4.</b> Un bărbat în vârstă de 35 ani cu gingivoragii după toaleta danturii.....	18
<b>Cazul 5.</b> Un bărbat în vârstă de 22 ani cu durere în piciorul drept.....	24
<b>Cazul 6.</b> Un pacient în vârstă 63 ani cu edeme a membrelor inferioare.....	31
<b>Cazul 7.</b> O femeie în vârstă de 54 ani cu sindrom febril pe parcurs a 9 luni.....	36
<b>Cazul 8.</b> Un bărbat de 45 ani cu dureri în piept.....	46
<b>Cazul 9.</b> Un bărbat de 52 de ani cu dureri retrosternale....	51
<b>Cazul 10.</b> O femeie în vârstă de 35 ani cu dureri lombare..	56

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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT

## 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. Compendiu 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 simptome cu 7-10 zile în urmă.*

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

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții coordonatori citește Nota (1). Un alt student-coordonator 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.

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

### **Informație nouă despre pacient**

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

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

**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.

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

Sunt furnizate datele examenului paraclinic. Este distribuită Nota (4).

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

**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 STUDENȚI

### 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 CBCR:

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 bucătăreasă într-o cafenea, lucrează în condiții nefavorabile-temperatura aerului în încăpere este ridicată, ridică greutateți. 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?**

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

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori citește răspunsurile pacientului de la Nota (1). Un alt student-coordonator scrie cele mai importante date pe tablă.

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

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

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

**Informație nouă despre pacient**

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

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

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

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

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

## **Informație nouă despre pacient**

Sunt furnizate datele examenului paraclinic (Nota 3).

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

**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 Dnei Maria este jucat de către consultant.

**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 VÂRSTA DE 38 ANI CU DURERE TORACICĂ

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENȚI

## 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 slabiciune pronunțată, 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?**

### **Informatie nouă despre pacient**

După cercetarea în cauză, unul dintre studenți coordonatori citește Nota (1). Un alt student-coordonator 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.

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

### **Informatie 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.

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

**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)?**

### **Informație nouă despre pacient**

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

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

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

**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?**

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

Sunt furnizate datele examenului paraclinic. Este distribuită Nota (4).

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

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

**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 ca pacientul nu poate fi tratat?**

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

**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)**

Gheorghe 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 dezintoxicație).

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 explicații, 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 VÎRSTĂ DE 35 ANI CU GINGIVORAGII DUPĂ TOALETA DANTURII

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENȚI

### 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 maduva 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 hemartrozelor 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 hiperdistrușterea trombocitelor (trombocitopeniile imune și mecanice), 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 colagen, 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 diferentat între patologiiile 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. 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 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 postura nouă de lucru. El întreține financiar familia. Dumneavoastră sunteți vecinul pacientului, fiind la curent 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?**

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții coordonatori 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.



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

**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.

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

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

**Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

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

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

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

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

### **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.

**Întrebarea 9: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruțiți-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.**

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

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

**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

### Introducere

Durerea este unul dintre cele mai iminente simptome, care impune 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 decedază având sindromul algic ne jugulat. În conformitate cu concepțiile fiziopatologice, 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 incontestabil 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 psiho-socială, formularea “diagnosticului” de durere și considerarea tratamentelor farmacologice și non-farmacologice.

### **Obiective**

Studentul va trebui să poată explica colegilor studenți în timpul cursului diagnosticul diferențat între diferite sindroame algice și patologiiile 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. 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 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 pînă 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 postura 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?**

## **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții coordonatori 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.

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

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

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

## **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

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

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

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

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



## **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.

**Întrebarea 9: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruieți-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.**

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

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

## **Informație nouă despre pacient**

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

**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 6. UN PACIENT ÎN VÎRSTA 63 ANI CU EDEME A MEMBRELOR INFERIOARE**

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT

### **Introducere**

**Edemul membrelor inferioare** – se definește ca o manifestare clinică, a acumulării de lichid seros în țesuturile membrilor inferioare în urma extravazării lichidului din vase (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 simptoamelor 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>

9. Roehrborn CG, Malice MP, Cook TJ, Girman CJ. Clinical predictors of spontaneous acute urinary retention in men with LUTS and clinical BPH: A comprehensive analysis of the pooled placebo groups of several large clinical trials. *Urology* 2001;58:210-216.  
<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-I 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?**

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții coordonatori citește Nota (1). Un alt student-coordonator 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.

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

## **Informație nouă despre pacient**

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

## **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?**

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

## **Informație nouă despre pacient**

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

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

**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.**

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

Sunt furnizate datele examenului paraclinic. Este distribuită Nota (4).

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

**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 VÂRSTA DE 54 ANI CU SINDROM FEBRIL PE PARCURS A 9 LUNI.

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT

## 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 incubatie, la internare. Cerința minimă pentru a susține acest diagnostic este de trei zile de investigații, incluzând cel puțin 2 zile pentru incubatia 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 incubatia culturilor. Pacienții neutropenici sunt susceptibili la infecții bacteriene și fungice focale, infecții cu bacteriemie, infecții interesând cateterile (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, endotelului 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?**

### **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.

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

### **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.

**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?**

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

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

**Sugestii pentru studenți profesori**

**Rolul medicului de medicină generală**

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

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

### 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.

### **Informatie nouă despre pacient**

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

**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 Dnei Alexandra este jucat de către consultant.

**Întrebarea 9: Care este metoda 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 DE 45 ANI CU DURERI ÎN PIEPT

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT

### Introducere

Durerea este adesea una din primele acuze pe care le prezintă pacienții. Ea apare în patologiile 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.

## ***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 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?**

### **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 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.

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

### **Informație nouă despre pacient**

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

**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?**

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

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

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

**Rolul pacientului (consultant)**

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

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

**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

### **Informație nouă despre pacient**

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

**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

### **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. Cunoasterea 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 – 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.

## **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?**

### **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 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.



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

### **Informație nouă despre pacient**

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

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

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

### **Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

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

**Rolul pacientului (consultant)**

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

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

**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 – 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.

## **Informație nouă despre pacient**

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

**Întrebarea 7: Care poate fi diagnosticul definitiv, reieșind din datele examinărilor de laborator efectuate? Stăruți-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 10. O FEMEIE ÎN VÂRSTĂ DE 35 ANI CU DURERI LOMBARE

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU STUDENT

## 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 reparația 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 CBCR

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. Waddel 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 Latifa, 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 Latifa 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?**

### **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 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.

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

### **Informație nouă despre pacient**

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

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

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

**Informație nouă despre pacient**

Unul dintre studenții coordonatori 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.

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

**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.

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

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

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

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

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

**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.**