

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 consultanți

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

# **Culegere de Probleme**

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

Compendiu pentru consultanți

**Sub redacția profesorului Theodorus ten Cate**

**Chișinău, 2007**



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 consultanți / 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. – 190 p.

ISBN 978-9975-918-95-4

70 ex.

616(076.5)

© CEP Medicina, 2007

© T. ten Cate și alții, 2007

ISBN 978-9975-918-95-4

## CUPRINS

Cazul 1. O femeie în vârstă de 46 ani cu palpitații.....	4
Cazul 2. O femeie de 48 de ani cu palpitații.....	19
Cazul 3. Un pacient în vârstă de 38 ani cu durere toracică..	32
Cazul 4. Un bărbat în vârstă de 35 ani cu gingivoragii după toaleta danturii.....	50
Cazul 5. Un bărbat în vârstă de 22 ani cu durere în piciorul drept.....	70
Cazul 6. Un pacient în vârstă 63 ani cu edeme a membrelor inferioare.....	91
Cazul 7. O femeie în vârstă de 54 ani cu sindrom febril pe parcurs a 9 luni.....	105
Cazul 8. Un bărbat de 45 ani cu dureri în piept.....	131
Cazul 9. Un bărbat de 52 de ani cu dureri retrosternale....	156
Cazul 10. O femeie în vârstă de 35 ani cu dureri lombare..	178

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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

### 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: [în 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, Schibner 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?**

### 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.

### Informații suplimentare pentru consultant

Palpitațiile pot fi cauzate de blocul atrioventricular, boala nodului sinusal, tahicardii paroxistice atriale sau jonctionale, flutter sau



fibrilație atrială, tahicardie sinusală, extrasistole în salve, stare de anxietate, hipertiroidism, anemie, boli pulmonare cronice, tromboembolism pulmonar.

### **Informație nouă despre pacient**

După această cercetare, unul dintre studenții-coordonatori citește Nota (1). Un alt student-coordonatori 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 sinestătător. 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 joncționale, 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 suplimentară pentru consultant**

Încredințați-vă, că întrebările sunt orientate spre problema principală și întrebările inutile sunt excluse de pe listă. Întrebările principale sunt:

1. Considerați că palpitațiile au fost provocate de vre-un factor declanșator?
2. Palpitațiile sunt ritmice sau aritmice?
3. V-ați adresat anterior la medic cu dureri anginoase sau precordiale?
4. De câți ani sunteți hipertensivă?
  1. Ați avut anterior simptome ca dispnee pronunțată, edeme periferice?
  2. Ați fost la evidența cardioreumatologului, endocrino-logicului sau neurologului?
  3. Ați avut probleme din cauza glandei tiroide?
  4. Prezența patologiei pulmonare cronice, emboliilor pulmonare în anamnezic?
  5. Ați avut hemoragii?
  6. Consumați cafea, fumați?

### **Elemente de atins în istoricul unui pacient cu palpitații**

<b>Apare palpitația:</b>	<b>Dacă da, suspect de:</b>
Ca "lovituri" sau "tresăriri" izolate?	Extrasistole.
În atacuri, cu debut brusc cu o frecvență de $\geq 120/\text{min}$ , cu ritm regulat sau neregulat?	Activitate cardiacă rapidă, paroxistică.
Independentă de efort sau de excitație adecvată pentru realizarea simptomatologiei?	Fibrilație sau flutter atrial, tireotoxicoză, anemie, stări febrile, hipoglicemie, stare de anxietate.

În atacuri, cu dezvoltare rapidă, nu absolut brutale, fără legătură cu efortul sau stresul?	Hemoragie, hipoglicemie, tumoarea medulosuprarenală.
În legătură cu administrarea medicamentelor?	Adrenalină, efedrină, miofilin, extract de tiroidă și inhibitorii Mao, tutun, cafea, ceai, alcool.
Stând în picioare?	Hipotensiune ortostatică.
La femei de vârstă medie în legătură cu roșeața și transpirații?	Sindrom de menopauză.
Când frecvența cardiacă este normală și ritmul este regulat?	Stare de anxietate.

### **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.

<b>Nota (2)</b>
<i>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 mm Hg. Tratament sistematic nu administrează. De asemenea pacienta consumă cafea, fumează câte 3-4 țigări pe zi și este cu obezitate gr.I (indicele Quetelet &gt; 30).</i>

**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 anamnesticii congenitale sau reumatismale).
5. Afecțiuni pulmonare cronice și embolism pulmonar (absența anamnezelor pulmonologice).
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 anamneze hematologice).
9. Tireotxicoza (lipsa anamnezelor endocrinologice).

**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.



### Informație suplimentară pentru consultant

Examenul fizic ar trebui să includă:

1. auscultația cordului: determinarea ritmicității contracțiilor cardiace, FCC, modificarea intensității zgomotelor cardiace, apariția suflurilor;
2. determinarea diferenței de puls;
3. măsurarea tensiunii arteriale;
4. auscultația plămânilor;
5. examinarea cu palparea glandei tiroide.

### 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.

#### **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 mm Hg.*

#### **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.

### Informație suplimentară pentru consultant

**Diagnosticul prezumtiv:** Hipertensiune arterială gr.I. Evoluție în salturi. Risc foarte înalt. Fibrilație atrială tahisistolică, persistentă. IC II. NYHA. Posibil hipertiroidism subclinic. Obezitate gr.I. Prevalența foarte înaltă a hipertensiunii arteriale în populația generală a țărilor dezvoltate o determină ca una dintre cele mai caracteristice cauze ale FA. Modificările hipertensive ale cordului sunt cele mai frecvente condiții predispozante pentru FA. Câteva studii populaționale, inclusiv studiul Framingham, au stabilit că 37-50% dintre pacienți cu FA au un istoric de hipertensiune arterială. În studiul AFFIRM din 4060 de pacienți cu FA 71% au avut istoric de hipertensiune arterială.

Disfuncția glandei tiroide, în special hipertiroidismul, este însoțit frecvent de FA. Incidența globală a hipertiroidismului la pacienții cu această tahiaritmie variază de la 10 la 30%. Riscul pentru FA este de 5 ori mai mare la pacienții cu hipertiroidism subclinic comparativ cu persoanele cu eutiroidie. Acesta e definit ca nivel redus al hormonului tireotrop (TSH < 0,5 mU/L) și nivel normal al hormonului tiroidian (**T4 – 101 ng/ml**). Un studiu asupra unui număr de 23638 de persoane a stabilit că incidența FA la cei cu hipertiroidism clinic și subclinic a fost similară - 14 și 13% respectiv, ceea ce este semnificativ mai mult comparativ cu persoanele cu eutiroidie (2,3%).

Este important ca studenții să înțeleagă ce prezintă aritmia respectivă și bolile care pot să o provoace.

### **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 D-nei 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-stră 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 provocat-o – hipertensiunea și în caz de confirmare a hipertiroidismului subclinic.

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

Pacientul acceptă recomandările medicului pentru internarea în secție cardiologică specializată.

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

### **Sugestii pentru studenți coordonatori**

Alcătuiți 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a face o listă pentru a stabili care examene necesită efectuate și de ce. Nu este necesară o decizie înaintea sfârșirii prezentării studentului coordonator.

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

### **Sugestii pentru studenții profesori**

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 effort.
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 mărită moderat. Contur regulat. Structura discret neomogena, reflectivitate sporită.

### Sugestii pentru consultant:

Concluzie: Pacienta prezintă fibrilație atrială, hipertensiune și hipertiroidism subclinic.

**Diagnosticul clinic:** Hipertensiune arterială gr.I. Evoluție în salturi. Risc foarte înalt. Fibrilație atrială tahisistolică, persistentă. IC II. NYHA. Hipertiroidism subclinic. Obezitate gr.I. Dislipidemie.

## Întrebarea 8. Care este metoda de tratament?

### Sugestii pentru studenți coordonatori

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

### Informație suplimentară pentru consultant

1. Cardioversia electrică sau farmacologică cu menținerea ulterioară a ritmului sinusal.
2. Tratamentul hipertensiunii arteriale.
3. Tratament endocrinologic.
4. Mod de viață sănătos: alimentație rațională, dietă cu reducerea sării de bucătărie, colesterolului, grăsimilor saturate, efort fizic aerobic dozat, stoparea tabagismului.
5. Reducerea greutateii corpului.
6. Repetarea lipidogramei peste 30 zile și în caz de menținerea cifrelor înalte a colesterolului total și LDL-colesterol administrarea tratamentului hipolipemiant.

1. Restabilirea ritmului sinusal poate fi obținută prin administrarea medicamentelor antiaritmice sau cu ajutorul șocului electric.

Șocul electric sincronizat de intensitate 200-360J este procedura de elecție (după control ECOCG, de preferință transesofagean) în cazul debutului recent al FiA (< 48 ore), sau când paroxismul evoluează cu edem, insuficiența VS, hipotensiune, șoc cardiogen. În cazul paroxismului de FiA cu debut > 48 ore poate fi aplicată conversia farmacologică sau



electrică în asociere cu tratament anticoagulant timp de trei săptămâni până și o lună după conversie.

Eficacitatea cardioversiei electrice poate fi și mai mare atunci când se asociază cu așa medicamente ca: amiodaronă, flecainidă, ibutilidă, propafenonă, sotalol, chinidină.

În 1988 a fost propusă cardioversia electrică transvenoasă intracardiacă. Cu ajutorul unui cateter plasat în cavitatea atrului drept se aplica șoc electric de intensitate mare (200–300 J). Această metodă s-a dovedit a fi mai eficientă comparativ cu cardioversia tradițională, fapt confirmat de mai multe studii.

Cercetările științifice în ultimii ani apreciază eficacitatea metodelor de diagnostic și tratament în baza clasificării indicațiilor și nivelului de dovezi. Eficacitatea tratamentului va fi expusă în baza aceleiași clasificări.

Cardioversia electrică e mai eficientă comparativ cu cea farmacologică, însă prima necesită aparataj special și prezența unui anesteziolog experimentat. Cardioversia medicamentoasă e mai simplă și e asociată cu risc redus pentru complicații. În cazurile selectate conversia chimică poate fi efectuată și la domiciliu, din aceste considerente este mult mai populară.

Cardioversia farmacologică e mult mai eficientă atunci când durata episodului de FiA e până la 7 zile. Experții Colegiului American al Cardiologilor, Asociației Americane a Inimii și Societății Europene al Cardiologilor (CAC/AAI/SEC) recomandă următoarele preparate antiaritmice în cazul paroxismului FiA până la 7 zile: dofetilide, ibutelide, propafenonă, flecainidă și amiodaronă. Aceste medicamente corespund clasei indicațiilor și nivelului de dovezi I și IIa.

Pentru restabilirea ritmului sinusal la bolnavii cu paroxism de FiA peste 7 zile de elecție sunt următoarele preparate: dofetilide, ibutelide și amiodaronă (clasa indicațiilor și nivelului de dovezi I și IIa).

Menținerea medicamentoasă a ritmului sinusal e necesară pentru pacienții cu FiA paroxistică și persistentă ce au recurențe

frecvente, prost tolerate. Atunci când paroxismele sunt rare și bine tolerate, administrarea preparatelor antiaritmice în scopul menținerii ritmului sinusal nu e necesară.

În studiile din ultimii ani au fost stabiliți factorii predictivi p/u recurența FiA: genul feminin, boală cardiacă, hipertensiune arterială (HTA), vârsta > 55 ani, durata FiA > 3 luni, dilatarea atrului stâng (AS) > 5–6 cm, valvulopatie reumatismală.

## 1.

### 2. Obiectivele menținerii ritmului sinusal la bolnavii cu FiA sunt următoarele:

– ameliorarea simptomaticii prin reducerea palpitațiilor, fatigabilității și dispneei;

– prevenirea complicațiilor tromboembolice;

– prevenirea remodelării cordului și insuficienței cardiace indusă de tahicardie;

Menținerea ritmului sinusal se recomandă să fie efectuată cu preparate din clasele IA, IC, II și III ale antiaritmicelelor (disopiramidă, procainamidă, propafenonă, bisoprolol, sotalol și amiodaron).

• Tratamentul hipertensiunii arteriale constă din cel nonfarmacologic și farmacologic. Pentru pacienta respectivă tratamentul nonfarmacologic va include reducerea greutății corpului, alimentație bogată în fructe legume, vegetale, lactate degresate, reducerea consumului de sare și effort fizic aerobic dozat câte 30-40 minute/zi. Actualmente sunt recomandate 6 grupe de medicamente hipotensive: beta-adrenoblocatorii, inhibitorii enzimei de conversie a angiotensinei, antagoniștii receptorilor angiotenzinei II, antagoniștii de calciu, alfa blocatorii și diureticele. Pentru D-mna Popescu de elecție vor fi preparatele din grupa beta-adrenoblocatorilor (posibil bisoprolol) și/sau inhibitorilor enzimei de conversie (posibil quinapril) în asociere sau fără cu diuretice din grupa tiazidelor (posibil indapamide).



Utilizarea inhibitorilor enzimei de conversie și antagoniștilor receptorilor angiotensinei II s-a dovedit a fi eficientă în prevenirea recurențelor de FA.

1. Identificarea hipertiroidismului ca factor precipitant al FA are importanță practică. Există dovezi că pe parcursul a 6 săptămâni de la începutul tratamentului antitiroid, 60% din pacienți au revenit spontan la ritmul sinusal care s-a menținut în continuare. Rata conversiei pare să fie mai înaltă când starea de hipotiroidie sau eutiroidie se atinge mai rapid. Tratamentul primar este direcționat spre readucerea bolnavului într-o stare de eutiroidie, care adeseori este urmată de restabilirea spontană a ritmului sinusal. Agenții antiaritmici și cardioversia electrică asigură o eficiență redusă atâta timp cât persistă condițiile tireotoxice. Deaceia pacienta va fi consultată de endocrinolog pentru administrarea tratamentului adecvat.

2. Lipidograma va fi repetată peste 30 zile și în caz de menținerea cifrelor înalte a colesterolului total și LDL-colesterolului se vor administra statine (posibil atorvastatină).

**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.**

#### **Informație suplimentară pentru consultant**

Consultantul verifică, dacă toți cei prezenți au înțeles cazul.

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

### **VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT**

#### **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 multilateral, iar abordarea medicală va fi diferită.

#### **Obiectivul cazului (Informație suplimentară pentru consultant):**

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

#### **Referințe suplimentare:**

1. Harrison's principles of INTERNAL MEDICINE, 14<sup>th</sup> edition, volVI, 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 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Studenții ar trebui să se obișnuiască a-și pune mereu întrebarea: "De ce acest pacient mi se prezintă acum cu această problemă?"

## 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 suplimentară pentru consultant

Încredințați-vă că întrebările sunt orientate spre problema principală și întrebările inutile sunt excluse de pe listă. Întrebările principale sunt:

- A avut înainte aceste simptome? Dacă a avut, cum au evoluat? Erau mai mult sau mai puțin aceleași?
- Caracterizați palpitațiile - permanente, periodice; frecvente sau puternice, etc.
- A avut pe parcursul vieții afecțiuni pulmonare, cardiace?
- Ce provoacă apariția simptomelor?
- Se poate de legat starea Dumneaei cu un factor declanșator? (stres, menopauza, sarcina?)
- În care condiții starea pacientei se ameliorează?
- Apar și alte acuze în timpul palpitațiilor?
- Au apărut alte dereglări în afara acceselor de palpitații?

Suplimentar, întrebări generale despre:

- Febră
- Slăbire
- Dereglări intestinale
- Schimbări din partea ochilor
- Simptome vegetative



### 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. 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. Dumneai a devenit mai nervoasă, nu poate să se concentreze. Toate acestea nu îi permit Dumneai 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, în pofida faptului ca are apetit bun. Periodic are cardialgii ne pronunțate fără iradiere.*

*Starea pacientei se ameliorează în cazul regimului de pat. Ultimele 6 luni a observat creșterea temperaturii corporale până la 37,2°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:

1. Afecțiunile pulmonare cronice
2. Disfuncție vegetativă suprasedgmentară
3. Cromafinom
4. Tiriotoxicoza
5. Boli infecțioase, procese inflamatoare
6. Anemia
7. TBC
8. Climax
9. Cardiopatia ischemică și infarct miocardic
10. Febra reumatismală
11. Miocardita
12. Hipertensiunea arterială esențială

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

#### Sugestii pentru studenții coordonatori

Bazându-ne pe anamneza bolii pot fi excluse:

1. Afecțiunile pulmonare cronice (lipsa patologiei pulmonare în anamneza)
2. Perioada climacterică (prezența ciclului menstrual regulat)
3. Reumatismul (lipsa durerilor în articulații și lipsa reumatismului în tinerețe)
4. Cardiopatia ischemică și infarct miocardic (lipsa anginei pectorale)
5. Disfuncția vegetativă suprasedgmentară

Discutați rezonul fiecărei întrebări și scrieți în coloane paralele.

### Informație suplimentară pentru consultant

**Întrebarea 5. 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 studenții care sugestii sunt relevante pentru cazul pacientului dat. Scrieți rezultatele discuției pe tablă sau flip-chart. De făcut tabel cu examenul fizic.

### Informație suplimentară pentru consultant

Examenul fizic ar trebui să includă cel puțin:

1. Caracteristica tegumentelor (culoarea, umeditatea)
2. Inspecția și palpația glandei tiroide
3. Auscultația cordului, plămânilor
4. Examinarea reflexului ahilian și reflexului rotulian
5. Precizarea semnelor oculare
6. TA, examinarea pulsului

### 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.

### **Nota (2)**

*La examenul fizic s-a depistat că tegumentele sunt moi, catifelate, fierbinți, umede. Luciu exagerat a globilor oculari. S-a apreciat tremorul degetelor mânilor 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. Plămânilor - murmur vezicular.*

*Ciclul menstrual - regulat.*

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

### Sugestii pentru studenții coordonatori

În rezultatul anamnezei s-au exclus multe cauze care pot provoca apariția palpitațiilor. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluziuni. 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Analizând anamneza, datele examenului fizic, se presupune următorul:

1. simptomele de majorarea funcției glandei tiroide - tireotxicoza;
2. mărirea în dimensiuni a glandei tiroide.

Aceasta presupune diagnosticul bolii Graves.



**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>.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a face o listă pentru a stabili care examene trebuie efectuate și de ce. Nu este necesară o decizie înainte de sfârșitul prezentării studentului coordonator.

**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:

- Efectul biologic al hormonilor tiroidieni și principiile de reglare a funcției glandei tiroide.
- Anatomia glandei tiroide.
- Etiologia și patogenia b.Graves (gușa difuză toxică).
- Patogenia simptoaelor clinice.
- Posibilitățile diagnostice prin intermediul examenului fizic și interpretarea lor.
- Sensul și non-sensul examenului de laborator.

### **Informațiile suplimentare pentru consultant**

Diagnosticul bolii Graves este stabilit în această însărcinare. Înaintea prezentării e necesar de controlat raportul studenților profesori.

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

### Sugestii pentru studentul coordonatori

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 tiroidstimulatori +.
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 sângelui - N.
6. Testul captării  $I^{131}$  de glanda tiroidă
7. Scintografia glandei tiroide
8. Testul de supresie cu  $T_3$

### Informația suplimentară pentru consultant

Diagnosticul bolii Graves este stabilit în această însărcinare.

### Informație nouă despre pacient

Sunt furnizate datele examenului paraclinic (Nota 3).

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

*Investigațiile de laborator:*

$T_3$ tot - 7,0nmol/l (N-1,2-3,5nmol/l)

$T_4$ tot - 210nmol/l (N-51-154nmol/l)

$T_4$ 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 sângelui:

Eritrocite - 4,1 x 10<sup>12</sup>/l

Hemoglobina - 140g/l

Leucocite - 6,6 x 10<sup>9</sup>/l

Nesegmentate - 3

Segmentate - 65

Eozinofile - 3

Limfocite - 26

Monocite - 3

VSH - 10mm/oră

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

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

Testul de supresie cu  $T_3$  - negativ

Glucoza în sânge - 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
- $I^{131}$

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

Pacienta pentru un control va fi primită peste o lună.



### **Informație suplimentară pentru consultant**

Pentru a stabili metoda de tratament pentru pacientă, este important de ținut cont de vârsta pacientei, răspuns la tratamentul medicamentos, dimensiunile gușei, analiza generală a sângelui, ș.a.

### **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  $I^{131}$ . 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.

### **Rolul pacientului (informație pentru consultant)**

Pacientul acceptă recomandările medicului pentru consultația medicului specialist și pentru 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.**

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Consultantul verifică, dacă toți prezenți au înțeles cazul.

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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

#### Întroducere

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.

#### Obiectivul cazului (Informație suplimentară pentru consultant):

Studentul profesor va trebui să explice colegilor studenți în timpul cursului diferența dintre durerea toracică de origine pulmonară și extrapulmonară, ilustrând prin intermediul cazului manifestările clinice a acesteia, metode clinice și paraclinice de diagnosticul durerii toracice pulmonare inclusiv și tratamentul ei.

Consultantul trebuie să fie capabil a menține și a ghida corect dialogul dintre studenții profesori și studenții, analizând diagnosticul și tratamentul ulterior a pacientului concret.

#### 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 megalopolis. 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 pronunțată, și cu lipsa potențialului de lucru. Spunând că s-a îmbolnavit 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 studenții 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 suplimentară pentru consultant

Este necesar de făcut o deosebire clară între cererea de ajutor și necesitatea de a face anamneza. Studenții ar trebui să se obișnuiască a-și pune mereu întrebarea: «De ce acest pacient mi se prezintă acum cu această problemă?»

### Informație 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.

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

*Pacientul spune că s-a îmbolnavit 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 simptoamelor 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 gravitate cazului».

### Informație suplimentară pentru consultant

Încredințați-vă, că întrebările sunt orientate către problema principală, iar întrebările inutile sunt excluse din listă. Întrebările principale sunt:

- Cum a debutat durerea?
- Ce localizare are durerea toracică?
- Durerea este periodică sau permanentă?
- Cu ce este legată durerea?
- Durerea este legată cu actul de respirație?
- Durerea are iradierea?
- Dacă pacientul a suportat un traumatism?
- La ce cedează durerea?

Suplimentar:

- febra
- alte simptome (dispneea, tuse)
- medicația anterioară
- antecedentele personale patologice
- deprinderi vicioase
- contact cu pacienții infecțioși.

### 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.

### Nota (2)

*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 stîngă.*

*Se consideră bolnav de 3 zile, de când a apărut febra 39C. Ieri, a apărut tuse cu striuri de sînge. Gheorghe, fiind preocupat, s-a adresat la medic.*

*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.*

**Întrebarea nr. 3: Alcătuiți o listă de boli ce pot cauza durerea toracică. Puteți exclude unele cauze cunoscînd 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 neagravată)

Herpes Zoster (absența erupțiilor caracteristice)

Esofagită de reflux (absența datelor anamnestice).

### Informație suplimentară pentru consultant

Pacientul prezintă simptome caracteristice pentru durerea toracică pleurală.

**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

Alcătuiți 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 suplimentară pentru consultant

Examenul fizical ar trebui să includă cel puțin:

- Inspecția (va include evidențierea poziției forțate a pacientului, culoarea tegumentelor, etc)



- Palpația (depistarea punctelor dureroase, aprecierea freazătului vocal)
- Percuția (depistarea matității)
- Auscultația (prezența ralurilor).

### **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.

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

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

*La inspecția se observă o ușoară rămânere în urmă a hemitoracelui drept. La percuția sunetul percutor este mat, vibrație vocală este exagerată, pectorilocvie afonă bazal pe dreapta. 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 fizic 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Este important că studenții să înțeleagă termenul durerea toracică pleurală.

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

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Lista succintă a ipotezelor:

1. pneumonia
2. exacerbare (acutizare) a bronhopneumopatiei cronice obstructive
3. infarct pulmonar
4. cancer bronhopulmonar
5. abces pulmonar.

### **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 studenții 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări consta în îndeplinirea unei liste în baza careia s-ar putea stabili, care examene trebuie indicate și din ce cauza.

Lista investigațiilor indicate:

1. analiza generală a sîngelui
2. analiza generală a urinei
3. analiza generală a sputei
4. analiza sputei la BAAR
5. ECG
6. Radiografia toracelui în 2 incidente: postero-anterioară și incidența laterală
7. evaluarea globală a schimbului gazos
8. pulsoximetria
9. hemocultura.

**După răspunsul obținut la întrebarea nr. 7, unul dintre studenții profesori trebuie să facă o succintă prezentare la subiect (cca 10 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Înainte de prezentare e necesar de controlat raportul studenților profesori. Raportul trebuie să fie succint.

**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 suplimentară pentru consultant**

Cel mai important test diagnostic este radiografia cutiei toracice, care permite vizualizarea procesului patologic și stabilirea diagnosticului. De asemenea după schimbările radiologice putem să apreciem și gravitatea bolii.



## Informație nouă despre pacient

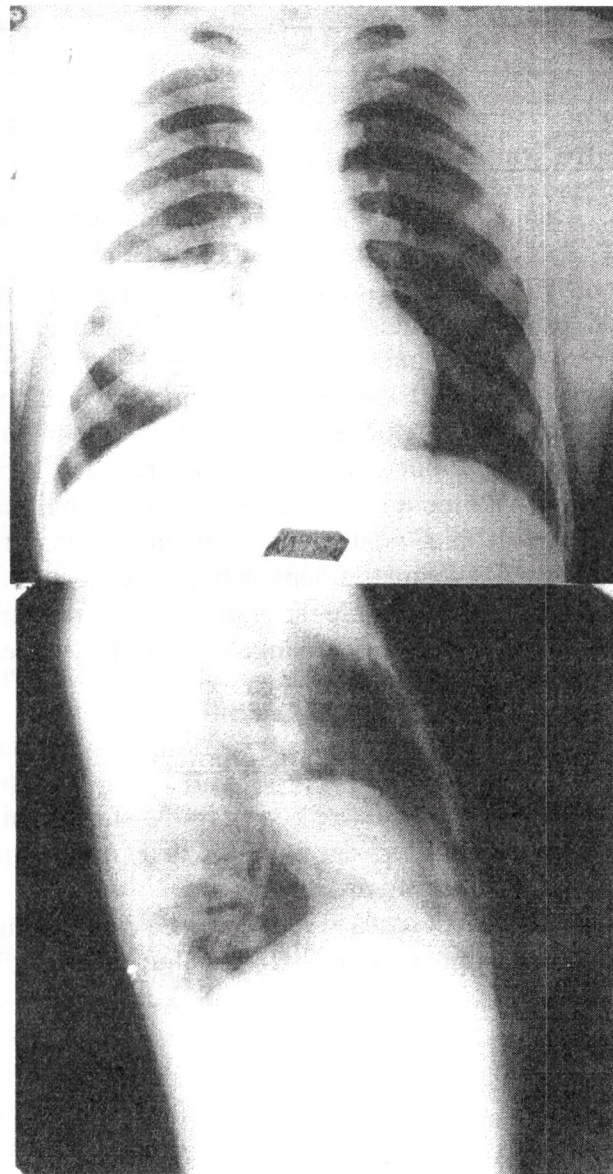
### Sunt furnizate datele examenului paraclinic:

#### Nota (4)

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 mcmol/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 %	Glucosa	3,5 mmol/l
Monocite	4 %	Bilirubina totală	8,9 mcmol/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. Tuberculosis (BAAR)</b> este negativ.	
Cantitatea	15 ml	<b>ECG fără particularități</b>	
Culoarea	galbenă	<b>Gazele sîngelui arterial:</b>	
Transparența	transparentă	pH	7,29
Reacția	acidă	PaCO <sub>2</sub>	49 mm Hg
Proteine	0,9	PaO <sub>2</sub>	65 mm Hg
Glucosa	-	<b>Saturația (SaO<sub>2</sub>)</b> 88%	
Leucocite	0-2	<b>Hemocultura</b> este negativă	
Eritrocite	0		

## Radiografia pulmonară



**Întrebarea nr. 9: Interpretați concluziile testelor diagnostice. Ce probabilitate dau aceste 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 semnaleză 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 clinicomorfologică 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.

**Informație suplimentară pentru consultant**

Examenul radiologic a toracelui se consideră ca standardul de aur în diagnosticul pneumoniilor, dar după datele radiologice este imposibil de determinat etiologia pneumoniei.

Bacterioscopia are specificitatea și sensibilitatea destul de înaltă în detectarea Streptococcus pneumoniae. Hemoculturi au specificitatea foarte înaltă, dar sunt pozitive numai în 4-18% de cazuri.

**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.

**Informație suplimentară pentru consultant**

Diagnosticul de pneumonia comunitară la pacientul Gheorghe se stabilește pe baza datelor anamnestice, semnelor clinice (durerea toracică, tuse cu hemoptizia, febra), pe prezența sindromului clinic de condensare pulmonară, prezenței unui focar de infiltrație a parenchimului pulmonar în lobul mediu pe dreapta, care este confirmat radiologic, datelor examenului paraclinic (leucocitoza cu devierea spre stânga, analizei sputei, saturația joasă, presiunea parțială a oxigenului în sângele arterial e scăzută).

**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?**

**Sugestii pentru studenții 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 extraspitalicească 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).

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Este important de a informa pacientul despre seriozitatea situației în care se află și a necesității spitalizării lui. Recomandările posibile sunt:

- respectarea regimului repausului la pat pentru toată perioada febrilă
- stoparea fumatului și limitarea folosirii băuturilor alcoolice.

Tratamentul medicamentos va include:

- tratamentul antibacterian (după schema empirică a tratamentului antimicrobian a pneumoniilor extraspitalicești)
- tratamentul simptomatic (mucolitic, bronhodilatator)
- oxigenoterapia
- tratamentul de dezintoxicare.

În caz de aplicare a tratamentului antibacterian corect pronosticul va fi favorabil. Dacă tratamentul nu va fi aplicat, atunci sunt posibile complicații severe, care pot cauza decesul pacientului (pleurezia, empiemul pleural, distrucția și abcedarea parenchimului pulmonar, sindromul de detresă respiratorie acută, insuficiența respiratorie acută, șocul septic, bacteriemia secundară, pericardita, miocardita, glomerulonefrita).

Aprecierea eficacității a tratamentului indicat.

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

### **Sugestii pentru studenții 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 extraspitalicească 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Înainte de prezentare trebuie să controlați raportul studenților profesori. Raportul trebuie să fie succint.

### **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-coordonatori 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 antibacterial 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).

### **Rolul pacientului (pentru student- coordonator)**

Pacientul înțelege seriozitatea situației. Dar are unele întrebări: despre necesitatea tratamentului antimicotic, despre durata spitalizării, despre posibilitatea folosirii mijloacelor populare în tratamentul lui, despre probabilitatea apariției complicațiilor severe.

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.

#### **Informație suplimentară pentru consultant**

Consultantul verifică, dacă toți cei prezenți au înțeles cazul.



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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

### 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 înfinit, care poate rezulta din diferite patologii: bolile dentare și ale gingiilor, amiloidoza, dereglările hemostazei vasculo-trombocitare și ale coagulării, procesele neolazice 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 să se activeze "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 hiperdistrugearea trombocitelor (trombocitopeniile imune și mecanice) și cele de concum, 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 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. Corcimar 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 curent cu problemele lui dentare, care i-ai impus de multe ori să apeleze la asistența stomatologului.

**Întrebarea 1: Care este problema relevantă? Puteți să 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 hemoragic (tipul, volumul și localizarea hemoragiei, factorii rezolutivi ai hemoragiei, asocierea hemoragiei 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 suplimentară pentru consultant

Pot fi date consultații, dar este important să nu uitați, că dacă grupa se blochează, consultantul o poate ajuta. Consultații la informația ce nu este imediat disponibilă un ajutor semnificativ la moment. Este necesar să conturați diferența între cererea pacientului de tratament și colectarea datelor anamnestice cerute. Ulterior în cadrul vizitei, cererea pacientului de tratament trebuie să fie discutată deoarece face aceasta vizită unică și distinctivă în raport cu vizite eventuale ale pacienților cu gingivoragii sau hemoragii de alte localizări. Studenții trebuie să nu uite de a învăța să ridice în permanență întrebare "De ce acest pacient s-a adresat la mine în prezent cu acuze respective".

### 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 acestea 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 suplimentară pentru consultant

Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze. Convingeți-vă că întrebările formulate sunt axate la acuze, și că întrebările excesive au fost excluse din lista.

Întrebările importante sunt:

1. Este oare gingivoragia spontană sau indusă?
2. Are pacientul gingivoragii izolate sau sindromul hemoragic este extins (echimoze, etc.)?
3. Pacientul trebuie a fi întebat despre durata, intensitatea și ritmul zilnic al gingivoragiilor?
4. A avut oare pacientul anterior traume gingivale, dentalgii sau clătinarea dinților?

5. Poate el a se alimenta în pofida hemoragiilor gingivale (gingivoragiile pot să se intensifice în timpul alimentației, etc.)?
6. Întrebările suplimentare:
7. Are pacientul predispoziție către patologia infecțioasă?
8. A avut oare pacientul contact cu substanțe toxice la locul de lucru?
9. Ar putea pacientul să observe apariția nodulilor sau tumefacțiilor pe corp?
10. A primit anterior pacientul o medicație oarecare?
11. Dacă este asociat sindromul hemoragic cu palpitații cardiace, febră, astenie, hematurie, epistaxis, cefalee, sau dereglări vizuale?

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții coordonatori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student coordonatori 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°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 neprelucrate termic.*

**Întrebarea 3: Alcătuiți o listă de dereglări ce pot cauza hemoragii gingivale. 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. Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă.
2. Parodontoza / gingivita.
3. Trombocitopenia autoimună.
4. Trombocitopenia heteroimună (indusă de medicamente).
5. Trombocitopatia.
6. Deficitul vitaminei C.
7. Amiloidoza.
8. Stăruți-vă să discutați cu studenții, de ce anume aceste ipoteze diagnostice în prezent sunt puțin verosimile.

### Informație suplimentară pentru consultant

Nu sunt excluse:

1. Anemia aplastică acută.
2. Leucemia acută.
3. Leucemia limfocitară cronică, complicată de trombocitopenie metaplastică și autoimună.

Motive pentru excluderea altor ipoteze diagnostice sunt relatate în tabelul 1.

### Diagnosticul diferențial

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

### 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 suplimentară pentru consultant

1. Examenul fizic trebuie să include cel puțin:
2. Inspecția orofaringelui.
3. Inspecția pielii.
4. Auscultația și percuția cordului.
5. Auscultația și percuția plămânilor.



6. Palpația ganglionilor limfatici periferici și abdominali.  
7. Palpația și percuția ficatului, splinei.

### **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.

#### **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 current 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 coordonatori)**

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.

### **Rolul pacientului (consultant)**

Pacientul finalmente este convins de medicul consultant de a fi îndreptat în centrul oncologic specializat în scopul efectuării examinărilor mandatare și tratamentului.

### **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. punctia (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 (electrolitele, creatinina, testele funcționale hepatice) și dereglări de coagulare sunt necesare pentru completarea diagnosticului. Electrocardiografia, roentghenografia în ansamblu a toracelui și ultrasonografia abdominală pot fi efectuate în scopul evaluării stării organelor interne și obținerii informației de bază inițiale importante.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a alcătui un plan de examinare paraclinică de care și în ce mod grupa va fi condusă. Nu se solicită vre-o decizie pînă la prezentare de unul dintre studenții coordonatori.

**Întrebarea 7: Ce examinări de laborator și imagistice trebuie să 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 aninucleari
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 coordonatori 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. bazele celulare și moleculare ale hematopoeziei
2. aspectele citologice și histologice ale măduvei osoase
3. indicii sângelui periferic în normă și morfologia celulelor sanguine
4. fiziologia sistemului hematopoietic



5. posibilitățile diagnostice ale examenului fizic, cu interpretarea datelor relevante
  6. 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.

#### **Informație suplimentară pentru consultant**

Direcționarea spre leucemia acută se face prin sugestie deoarece tabloul clinic al leucemiei acute și anemiei aplastice acute poate fi similar.

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

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

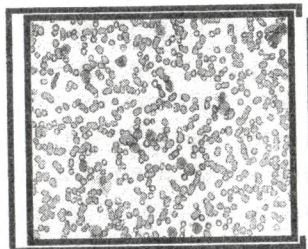
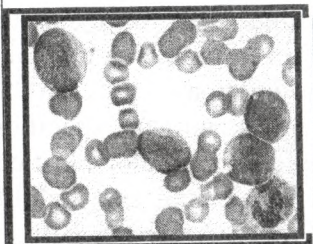
Anumite teste sunt mandatare de a stabili diagnosticul de leucemie acută. Diagnosticul trebuie să fie confirmat prin următoarele investigații: puncția și biopsia osteomedulară, examinarea citochimică a aspiratelor măduvei osoase, imunofenotipajul prin FACS utilizând anticorpii monoclonali direcționați 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.

<b>Nota (4)</b>
<p><i>Datele examinării sângelui periferic sunt:</i></p> <p>Hemoglobina - 95.0 g/l;  Eritrocite - <math>3.1 \times 10^{12}/l</math>;  Leucocite - <math>87.3 \times 10^9/l</math>;  Trombocite - <math>5,0 \times 10^9/l</math>.</p> <p>Microscopia frotiului sanguin:  Anizocitoza eritrocitelor.  Câteva trombocite normale sunt prezente.  Leucoformula: celule blastice - 75%, neutrofile segmente - 20%,  eozinofile - 5%.  LDG - 272 IU/l;  Coagulograma - în normă;  Probele funcționale hepatice și renale sunt în limitele normei.</p>

Frotiurile sângelui periferic:



Datele examinării aspiratului măduvei osoase:

Măduva osoasă este hipercelulară.

Seria eritrocitară - 6.3 %, redusă, normoblastică;

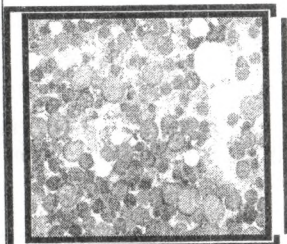
Seria granulocitară - 2.4 %, redusă cvazi-total;

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

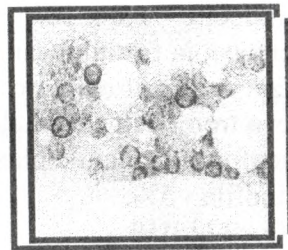
Rata monocitelor și promonocitelor constituie 24%. Se vizualizează megacariocite normale unice.

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? Stăruțiți-va să-l specificați.**

### Informație suplimentară pentru consultant

Leucemia acută mielo-monoblastică M4.

**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 coordonatori)

*Boala rezută din transformarea malignă a celulelor mieloide 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 Dumnezeuvoastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.*



## Rolul pacientului (consultant)

*Pacientul consideră concluzia medicală consultativă dificilă de acceptat și ar prefera să apeleze la asistența unui alt medic pentru a repeta o serie de investigații, însa finalmente este convins de consultant.*

*După reflexie neprelungită pacientul a căzut de acord pentru a fi spitalizat în centrul oncologic specializat în scopul efectuării examinărilor mandatare și tratamentului.*

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

### Sugestii pentru studenți 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. Citiți normativele medicului de medicină generală pentru a constata care informație și instrucțiuni sunt importante pentru managementul leucemiei acute.

### Informație suplimentară pentru consultant

Pentru a stabili tactica de tratament al acestui pacient este important de a reevalua întrebările lui originale și cererea de ajutor: Neoplazia malignă a sângelui? Prognostic? Ce se poate administra pentru a diminua febra și a stopa hemoragiile în prezent, a obține răspunsul complet și a preveni recidiva bolii în viitor?

Este esențial de a informa cert pacientul despre toate evenimentele care pot rezulta din tratament. În general este imposibil de a eradica definitiv sindromul hemoragic și proliferarea de clonă

leucemică de celule blastice fără chimioterapie. Totodată se poate de acordat asistența medicală imediată în hemoragii în așa mod în care aceasta va reduce semnificativ acuzele.

Tratamentul pacientului cu leucemia acută M4 poate fi subdivizat în 4 faze:

- Chimioterapia de inducere: Idarubicin 12 mg/m<sup>2</sup>/zi – 3 zile + Cytosine arabinoside 100 mg/m<sup>2</sup>/zi prin infuzie continuă – 7 zile;
- Chimioterapia de consolidare: doze înalte de Cytosine arabinoside 1 – 3 g/m<sup>2</sup>/zi – 4 – 6 zile;
- Profilaxia neuroleucemiei;
- Chimioterapia de menținere (reinducere).

Imediat după stabilirea diagnosticului, hidratarea parenterală și medicația cu Alopurinol trebuie inițiată pentru a reduce riscul de dezvoltare a tumor lysis sindromului (insuficiența renală acută, hipercaliemia, hipocalciemia). Atenție deosebită trebuie să fie acordată corecției anemiei (transfuzii de eritrocite spălate) și trombocitopeniei (transfuzii de trombocite) severe, care pot cauza stări de urgență periculoase pentru viață. Hemostaza locală poate fi asigurată prin administrare de acid é-aminocaproic 5%, trombină și adrenalină în aplicații. Medicația cu antibiotici de spectru larg este indicată la pacientul febril. Terapia antimicotică profilactică reduce incidența infecțiilor fungice invazive. De considerat importantă corecția dereglărilor electrolitice. Se recomandă instalarea cateterului venei periferice (dupa posibilitate – cu lumen dublu). Chimioterapia de inducere este axată la atingerea remisiunii complete: normalizarea indicilor sângelui periferic, celule blastice < 5% în aspiratul osteomedular. Evaluarea bolii reziduale minimale poate fi efectuată după finisarea chimioterapiei de inducere în scopul predicției recidivei. Chimioterapia de consolidare este centrată la eradicarea leucemiei reziduale.



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

### Sugestii pentru studenți coordonatori

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 psiho-social.

### 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.

#### **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, ieșitînd, 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.**

### Informație suplimentară pentru consultant

Hemoragiile severe și / sau prolongate pot crea stări de urgență periculoase pentru viață și necesită diagnosticarea oportună, complexă și managementul optim. Hemoragiile gingivale apar atât în patologiiile benigne, cât și în neoplaziile maligne ale sistemului hematopoietic și în afectarea metastatică a măduvei osoase de tumori solide. Diagnosticul precoce este decisiv pentru realizarea unui tratament reușit al pacientului și favorizarea prognosticului, în special ce se referă la procese neoplazice. Leucemiile acute înglobează un grup de dereglări clonale ale maturației celulelor blastice din măduva osoasă. Leucemia acută se manifestă în aspect sindromal datorită impactului asupra hematopoiezei normale. Așadar, astenia și vertij, echimoze sau hemoragii din mucoase, febra și infecțiile persistente rezultă respectiv din anemie, trombocitopenie și neutropenie asociate cu substituția măduvei osoase de celule blastice maligne. Diagnosticul de leucemie acută mielo-monoblastică M4 a fost conturat la pacient prin utilizarea metodei Cazului-Bazat pe Argumentare Clinică. Obiectivele cazului au fost realizate.

**Consultantul verifică dacă fiecare din cei prezenți la reuniune a pătruns în esența cazului.**



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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

### Întroducere

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 artralгии. Majoritatea pacienților cu procesul tumoral avansat și pînă la 60 % pacienți cu diferite stadii ale neoplaziei maligne suferă de dureri pronunțate. Organizația Mondială a Sănătății estimează că 25% pacienți oncologici decedează avînd sindromul algic nejugulat. 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 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 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, considerînd 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°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 current 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 sa 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 sa vă ajute în a face o listă a motivelor prezentării pacientului și scrieți-le pe tablă sau pe un flip-chart.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Pot fi date consultații, dar este important să nu uitați, că dacă grupa se blochează, consultantul o poate ajuta. Consultații la informația ce nu este imediat disponibilă un ajutor semnificativ la moment. Este necesar sa conturați diferența între cererea pacientului de tratament și colectarea datelor anamnestice cerute. Ulterior în cadrul vizitei, cererea pacientului de tratament trebuie să fie discutată deoarece face aceasta vizită unică și distinctivă în raport cu vizite eventuale ale pacienților cu dureri în picioare. Studenții trebuie să nu uite de a învăța să ridice în permanență întrebare "De ce acest pacient s-a adresat la mine în prezent cu acuze respective".

### **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)

*Dr. 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 pînă la 38°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 suplimentară pentru consultant

Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze. Convingeți-vă că întrebările formulate sunt axate la acuze, și că întrebările excesive au fost excluse din lista.

Întrebările importante sunt:

1. Îndică oare pacientul numai o zonă a sindromului algic?
2. Este durerea localizată sau nu?
3. Poate el continua activitatea profesională în pofida durerilor?
4. Poate pacientul să miște normal cu piciorul? Se constată vre-o scădere a puterii și volumului mișcărilor?
5. Care sunt factorii rezolutivi și de paliere a durerii?
6. Pacientul trebuie să fie întebat despre durata, intensitatea și ritmul zilnic al durerii?
7. Clinicianul ar trebui să formuleze întrebările axate la factorii psihologici, în special la prezența unui disconfort financiar, pierderea independenței, problemele familiale și izolarea socială?
8. Întrebările suplimentare:
9. A suportat pacientul bolile infecțioase?
10. Cum el apreciază condițiile sale de trai și de lucru: expunere la frig, umeditatea crescută?
11. Ar putea pacientul să observe apariția nodulilor sau tumefacțiilor pe corp?
12. Cum febra corelează cu durerea: apare febra în apogeul sindromului algic?
13. Dacă este asociată starea algică cu pierderea ponderală, dereglările neurologice sau leziunile cutanate?

## 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.

### **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 pînă la 38°C zilnic sau fiecare 2 zile, corelînd 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:

7. Artrita infecțioasă.
  - Plazmocitom solitar.
  - 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Nu sunt excluse:

- Sarcomul Ewing.
- Limfomul non-Hodgkin cu debut osos.
- Colagenoza cu implicări articulare (artrita reumatoidă cu oligoartrită, etc.).

Motive pentru excluderea altor ipoteze diagnostice sunt relatate în tabelul 1.

**Tabelul 1**

### **Diagnosticul diferențial**

	Datele anamnestice și simptomele clinice										
	Debutul după traumatism articular și osos	Hiperemia pielii	Creșterea locală a temperaturii	Artraigiile migratoare	Pierderea ponderală	Predispoziția către infecții respiratorii	Febra intermitentă	Limfadenopatia regională		Dereglările neurologice	Leziunile cutanate
Artrita infecțioasă	-	+	+	-	-	-	+	±	-	-	-
Plazmocitom solitar	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Contuzia țesuturilor moi ai femurului din dreapta și artrita / artroza posttraumatică, complicată cu infecție	+	+	+	-	-	-	-	±	-	-	-

**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 suplimentară pentru consultant

Examenul fizic trebuie să include cel puțin:

- Inspecția pielii.
- Inspecția orofaringelui.
- Inspecția sistemului osteo-articular.
- Auscultația și percuția cordului.
- Auscultația și percuția plămânilor.
- Palpația ganglionilor limfatici periferici și abdominali.
- Palpația și percuția ficatului, splinei.

### 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.

#### **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 doli, de consistență dur-elastică. Fémurul 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.*

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

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze specifice și nespecifice 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 diagnostic, 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.

### Rolul pacientului (consultant)

Pacientul finalmente este convins de medicul consultant de a fi îndreptat în centrul oncologic specializat în scopul efectuării examinărilor mandatare și tratamentului.

**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:

1. biopsia ganglionilor limfatici periferici
2. trepanobiopsia sau biopsia deschisă a osului
3. puncția și trepanobiopsia osteomedulară
4. roentghenografia în ansamblu a toracelui
5. scanarea cu ultrasunete
6. tomografia computerizată spiralată a corpului
7. scanarea radioizotopică cu galiu
8. 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.

**Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a alcătui un plan de examinare paraclinică de care și în ce mod grupa va fi condusă. Nu se solicită vre-o decizie pînă la prezentare de unul dintre studenții profesori.

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

**Sugestii pentru studenți profesori**

*Tabelul 2*

**Diagnosticul diferențial**

Diagnosticul	Testele diagnostice							
	Trepanobiopsia sau biopsia deschisă / puncția osului + examenul patologic	Trepanobiopsia osteomedulară	Biopsia ganglionară	Examenul roentghenologic	Testări la factor reumatoid = complexii imuni circulanti + anticorpi antimucleari	Puncția articulației + cercetarea lichidului sinovial	Artroscopia	
Limfomul 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

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.

Puteți utiliza informația vizuală obținută din Internet.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Direcționarea spre limfomul non-Hodgkin se face prin sugestie deoarece tabloul clinic al limfomului malign al oaselor și sârcomului Ewing inițial poate fi similar.

**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 coordonatori citește Nota 4 în calitate de raportul patologului. Textul care înglobează Nota 4 trebuie să fie distribuit în acest moment.

<b>Nota (4)</b>
<p><i>Datele examinării sângelui periferic sunt:</i></p> <p>Hemoglobina - 105.0 g/l;  Eritrocite - <math>3.6 \times 10^{12}/l</math>;  Leucocite - <math>9.3 \times 10^9/l</math>;  Trombocite - <math>270,0 \times 10^9/l</math>; 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.</p>

*Datele examinării aspiratului măduvei osoase:*

Măduva osoasă este fragmentată, normocelulară.

Seria eritrocitară - 18.6 %, normoblastică;

Seria granulocitară - 61.3 %, morfologic normală;

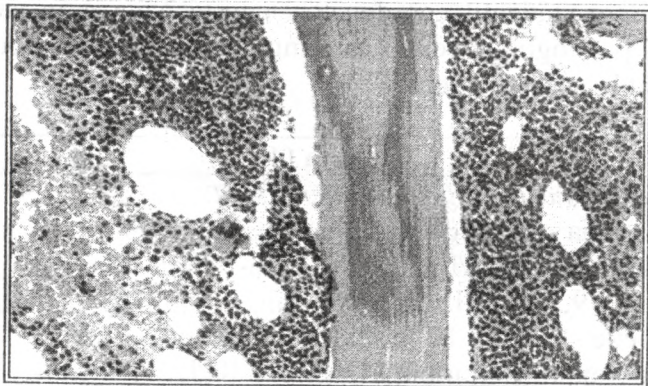
Seria limfoidă - 15.2 %, prezentată de limfocite mature (13.8 %) și plasmocite unice (1.4 %);

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 albastri mici, care sunt proliferate limfomatoase.



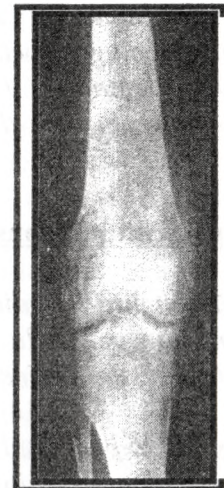
*Imunofenotipajul celulelor tumorale:*

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? Stăruți-vă să-l specificați.

#### Informație suplimentară pentru consultant

Limfomul non-Hodgkin B-celular difuz agresiv cu afectarea osului femoral, țesuturilor moi adiacente și a ganglionilor limfatici inghinali din dreapta, măduvei osoase, stage IVB.

**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 coordonatori)

*Boala rezută din transformarea malignă a celulelor limfoide. Măladia 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 Dumneavoastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.*

## Rolul pacientului (consultant)

*Pacientul consideră concluzia medicală consultativă dificilă de acceptat și ar prefera să apeleze la asistența unui alt medic pentru a repeta o serie de investigații, însa finalmente este convins de consultant.*

*După reflexie neprelungită pacientul a căzut de acord pentru a fi spitalizat în centrul oncologic specializat în scopul efectuării examinărilor mandatare și tratamentului.*

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

## Sugestii pentru studenți coordonatori

Tineți cont de cererile inițiale pentru tratament. Mai întfi 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.

## Informație suplimentară pentru consultant

Pentru a stabili tactica de tratament al acestui pacient este important de a reevalua întrebările lui originale și cererea de ajutor: Neoplazia malignă a sângelui? Prognostic? Ce se poate administra pentru a diminua durerea și a jugula febra în prezent, a obține răspunsul complet și a preveni recidiva bolii în viitor? Este esențial de a informa cert pacientul despre toate evenimentele care pot rezulta din tratament.

În general este imposibil de a eradica definitiv sindromul algic oncogen și progresarea tumorii fără chimioterapie / radioterapia. Totodată se poate de acordat asistența medicală imediată în stările algice și febrile în așa mod în care aceasta va reduce semnificativ acuzele.

Recomendații potențiale pot fi:

1. condițiile confortabile
2. reducerea temporală a activității fizice
3. administrarea remediilor analgezice non-opioide
4. medicația analgezică adjuvantă (corticosteroizi, bisfosfonate, preparate miorelaxante).

Un răspuns local și sistemic excelent poate fi atins prin terapie combinată. Opțiunea curativă inițială include 8 cicluri de polichimioterapie C (750mg/m<sup>2</sup>) H (50mg/m<sup>2</sup>) O (2mg) P (40mg/m<sup>2</sup>) ± target-terapia cu anticorpi monoclonali neconjugați Rituximab (350mg/m<sup>2</sup>), urmate de γ-radioterapie locoregională.

Imediat după stabilirea diagnosticului, hidratarea parenterală și medicația cu Alopurinol trebuie inițiată pentru a reduce riscul de dezvoltare a tumor lysis sindromului (insuficiența renală acută, hipercaliemia, hipocalciemia). Medicația cu antibiotici de spectru larg este indicată la pacientul febril. Terapia antimicotică profilactică reduce incidența infecțiilor fungice invazive. De considerat importantă corecția dereglărilor electrolitice. Se recomandă instalarea cateterului venei periferice (dupa posibilitate – cu lumen dublu).



**Întrebarea 12: Ce metodă de tratament ar trebui să fie adoptată, dacă simptomele n-au dispărut peste 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 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 escalatate 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”.

### **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 remisiunii.

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

*În pofida prezenței unor factori prognostici 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 (roentghenografia oaselor, tomografia computerizată spiralată, scanarea cu ultrasunete și cu galiu), 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 recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în 2 minute. Expunerea sumară trebuie să demonstreze că obiectivele acestui caz au fost realizate.**

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Osalgiile apar atât în patologiile benigne cât și în tumorile solide și neoplaziile maligne ale sistemului hematopoietic. Tumorile maligne pot să se dezvolte din diferite componente celulare ale oaselor, inclusiv osteogenic (osteosarcom), condrogenic (condrosarcom), hematopoietic (mielom multiplu, limfom), vascular (angiosarcom, etc.), fibrohistiocitar (sarcom Ewing) și lipogenic (liposarcom). Limfoamele non-Hodgkin constituie un grup eterogen de limfoproliferări maligne originare din B- și T- limfocite. Limfoamele maligne mai frecvent se instalează în astfel de structuri limfoide ca ganglionii limfatici, inelul limfatic nazofaringean și splina, însă pot afecta primar orice organ care conține elemente celulare limfatice. La momentul stabilirii diagnosticului



majoritatea pacienților se prezintă cu stadiile avansate III și IV ale procesului tumoral. Potențialul curabilității variază în funcție de tipul histologic al neoplaziei și corelează direct cu stadiul clinic și răspunsul la terapie inițială. Diagnosticarea precoce și terapia combinată sunt decisive pentru realizarea managementului reușit al pacienților și favorizarea prognosticului, în special în tipurile histologice agresive ale tumorii.

**Consultantul verifică dacă fiecare din cei prezenți la reuniune a pătruns în esența cazului.**

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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

### **Introducere**

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

## 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?**

### 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.

### Informatii suplimentare pentru consultant

Edemele membrelor inferioare pot fi cauzate de insuficiența cardio-vasculară, patologii metabolice, insuficiența renală cronică primară și secundară, origine necunoscută ș.a.



## 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.

### **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 sinestătător fără adresare la medic. Pacientul nu putea lămurii apariția durerilor lombare dar a menționat că ele se manifestau prin o iradiare în piciorul stîng din care cauză șciopăta. Pe parcursul anului pacientul nu era mulțumit de modalitate de micție. Micțiile erau îngreuate, 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 suprapubiane 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.

## Informație suplimentară pentru consultant

Încredințați-vă, că întrebările sunt orientate spre problema principală și întrebările inutile sunt excluse de pe listă. Întrebările principale sunt:

1. Considerați că edemile și durerile au fost provocate de vre-un factor declanșator?
2. Edemele sunt de origine renală sau cauzate de patologia altor sistem ?
3. V-ați adresat anterior la medic cu dureri lombare, stări febrile sau hematurie ?
4. De câți ani suferiți de dereglările urinare ?
5. Ați fost la evidența cardioreumatologului, endocrinologului sau neurologului?
6. Ați avut anterior probleme din cauza glandei prostatice?
7. Prezența patologieilor congenetale renal sau urolitiazeei în anamneză?
8. Ați avut epizoade de macrohematurii ?
9. Consumați cafea, fumați?
10. A avut cineva din rude cancer al vezicii urinare sau cancer de prostată (din anamneză)?

### **Elemente de atins în istoricul unui pacient cu edeme inferioare și dureri suprapubiene:**

<b>Apariția edemelor și durerilor:</b>	<b>Dacă da, suspect de :</b>
Independent de folosirea hrăni?	Insuficiența renală secundară, patologia prostatei sau vezicii urinare.
Au fost în anamneză dureri lombare și dacă au apărut ele înainte de durerile suprapubiene ?	Insuficiența renală secundară, patologia prostatei sau vezicii urinare.
Independentă de efort sau de exitație adecvată pentru realizarea simptomatologiei?	Fibrilație sau flutter atrial, tireotoxicoză, anemie, stări febrile, hipoglicemie, stare de anxietate.

Epizode de hematurii sau retenții de urina?	Cancer renal, vezical sau prostatic. Adenom de prostată.
Densitatea polachiuriei nocturne, sforțări la micție preponderent dimineața?	Cancer renal, vezical sau prostatic. Adenom de prostată.
Traumatizme ale căilor urinare și organelor urogenitale?	Strictura uretrei, scleroza colului vezicii urinare.
Prezența anomaliilor congenitale cum ar fi agenezii renale, displazii neuromusculare ureterelor?	Anomalii congenitale.

### 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.

#### **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, periodic și a cêlor renale ear în continuare sau manifestat cîteva 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 patologiiilor care ar putea cauza edemele:

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

### Unele cauze pot fi excluse, incluzând:

1. Anomaliile căilor urinare inferioare
2. Traumatismul urinar
3. Intoxicații (pacientul nu consumă alcool, nu a fost în contact cu gaze toxice, monoxid de carbon).
4. Neurogenică (lipsa datelor pentru hemoragia subarahnoidiană sau accidente cerebrale nonhemoragice).
5. Anemică (lipsa datelor pentru hemoragii sau anamnezic hematologic).
6. Tireotxicoza (lipsa anamnezicului endocrinologic).

**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.



## Informație suplimentară pentru consultant

Examenul fizic ar trebui să includă:

1. Palparea rinichilor, vezicii urinare (excluderea globului vezical), palparea prostatei;
2. Măsurarea tensiunii arteriale;
3. Auscultația plămânilor;

## 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.

### **Nota (3)**

*În timpul examenului obiectiv s-a determinat că rinichii sunt puțin măriți în volum, nedureroși. 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.

## Informație suplimentară pentru consultant

**Diagnosticul prezumtiv:** Adenom de prostată gr.III. Retenție cronică de urină. Ureterohidronefroză bilaterală, secundară. Pielonefrită cronică, secundară. Insuficiență renală cronică.

La majoritatea pacienților vîrstnici și senili (80- 84%) ce prezintă acuze de strangurie și polachiurie nocturnă la aprecierea prostatei mărite considerabil în volum apreciate la control ecografic și în urma tușeului rectal diagnoza de adenom de prostată este sigur. Tot odată la 16-20 % pacienți simptomele de dereglare a funcției cailor urinare inferioare nu sunt legate de HBP. Din aceste motive diagnosticul diferenciat a HBP trebuie efectuat cu procese obstructive și neobstructive de altă etiologie care ar putea avea simptomatologică clinică identică.

<b>Simptome obstructive</b>	<b>Simptome iritative</b>
Strictura uretrei	Infecție urinară
Scleroza colului vezicii urinare	Prostatită
Scleroza prostatei	Instabilitatea neurogenă a detruzorului
Disfuncții neurogene a vezicii urinare	Cancer al vezicii urinare
Cancer al prostatei	Calculi a treimii inferioare a ureterului

Este important ca studenții să înțeleagă ce prezintă durerile suprapubiene și edemele membrelor inferioare și patologiile care pot să le provoace.

## **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 imposibilă filtrația sîngelui și va provoca o intoxicație cronică în progresie a organismului. Cauzele apariției adenomului de prostată este disbalansul hormonal al organismului cauzată de îmbătrînirea organismului. Ear insuficiență renală cronică este doar complicația severă al adenomului de prostată. Deci, tratamentul va fi necesar de efectuat în cîteva etape: primul deblocarea rinichilor prin instalarea cistostomei și a doua înlăturarea adenomului prin rezecția endoscopică a prostatei.

### Rolul pacientului (consultantul)

Pacientul acceptă recomandările medicului de internarea în secția de urologie pentru tratament chirurgical.

**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.

### Informatie suplimentară pentru consultant

Scopul acestei întrebări este de a face o listă pentru a stabili care examene necesită efectuate și de ce. Nu este necesară o decizie înaintea sfârșirii prezentării studentului profesor.

**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

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

### Informatie 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:*

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



- ECG – Ritm sinus, FCC – 96/min, axa QRS –deviată spre stînga, dereglări de repolarizare a VS, extrasistolie supra-ventriculară frecventă
- PSA - 6 ng/ml
- Ionograma – Ca 3,75 mmoli/l, K 6,3 mmoli/l
- 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>.
- Ultrasonografia rinichilor: Rinichii dilatați bilateral dreptul - 14×8 cm și stîngul 16×8 cm. Ureterohidronefroză bilaterală.

### Sugestii pentru consultant:

**Diagnosticul clinic:** Adenom de prostată gr.III. Retenție cronică de urină. Ureterohidronefroză bilaterală, secundară. Pielonefrită cronică, secundară. Insuficiență renală cronică.

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

### Sugestii pentru studenți coordonatori

Luînd 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

1. Instalarea cistostomei clasice sau cistostomiei prin troacar
2. Tratamentul cu scop de dezintoxicație
3. Tratament antibacterian.

Mod de viață sănătos: alimentație rațională, dietă cu reducerea sării de bucătărie, colesterolului, grăsimilor saturate, effort fizic aerobic dozat, stoparea tabagismului.

Reducerea greutateii corpului.

Repetarea analizei generale de urină, sînge. Analizele biochimice și PSA.

Perloada de creștere activă a prostatei legată de dezvoltarea adenomului se manifestă după 40 ani. Totodată e de menționat că procesul de creștere este foarte neuniform. Direcția de creștere, configurația și dimensiunile depind în mare măsură de rezistența țesuturilor înconjurătoare a prostatei și colul vezicii urinare.

Forma căpătată și poziția adenomului indică particularitățile decurgerii patologiei și simptomatice ei.

Creșterea intravezicală a adenomului cu direcție subtrigonală indică o decurgere nefavorabilă a patologiei, însoțită cu obstrucție evidentă a ureterelor și dezvoltarea schimbărilor patologice evidente a căilor urinare superioare manifestate prin dereglarea eliminării urinei din rinichi, apariția refluxului vezico-ureteral și renal, pielonefrită, hidronefroză.

Patogeneza schimbărilor în rinichi la pacienții cu HPB e complicată și e indicată de o mulțime de factori cum ar fi: vîrsta înaintată, patologiele asociate urologice și neurologice ce influențează funcționarea rinichilor, dezvoltarea uropatiei obstructive, pielonefritei secundare și desigur complicațiile principale IRC cu scăderea funcției renale.

Una din cauzele principale de dezvoltare a IRC și apariției edemelor inferioare la pacienții cu HBP este uropatia obstructivă care se dezvoltă în urma compresiei bilaterale a meatelor ureterale de către adenom sau detruzorul hipertrofiat. O altă cauză a dereglării pasajului urinar din rinichi poate fi obstrucția dinamică sau funcțională a ureterelor în legătură cu dereglarea cinetică a lor pe fonul disfuncției vezicii urinare.

**Conform datelor din literatură, dilatarea căilor urinare superioare și ureterelor se întâlnește la 66,4% pacienți cu HBP**



și la 92,6% pacienți cu retenție cronică de urină provocată de HBP. Dilatarea căilor suprioare se întâlnește și la 6% pacienți cu lipsa urinei reziduale în vezica urinară.

La HBP de gr.II dilatarea SCB se întâlnește la 64% iar la HBP de gr.III apare la toți pacienții. În urma creșterii presiunii intrabazinetale și apariției refluxurilor renale se dereglează serios hemodinamica rinichilor cu dezvoltarea schimbărilor structurale a arteriilor renale prin obliterarea și stenozare difuză a lor. Schimbările hemodinamice provoacă modificări metabolice serioase și o ischemie pronunțată a parenchimului renal. Ca rezultat apare o dereglare a capacității de concentrare a urinei la nivel renal ce se manifestă prin scăderea bruscă a reabsorbției de Na și mărirea excreției lui cu urina. IRC apare la 74% pacienți cu HBP de gr.II și la toți pacienții de gr.III.

**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 CONSULTANT

### Introducere

**Febra** este o creștere a temperaturii corporale depășind intervalul circadian normal, ca urmare a unei modificări în centrul termoreglării, localizat în hipotamusul 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 nepasteurizate) 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 incubația 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 dispartate. 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. Horstkötte D., Piper C. New aspects of infective endocarditis. *Minerva Cardioangiologica* 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.

### **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, vertebralgii, mialгии difuze.
- Scădere ponderală cu aprox. 3-4 kg on 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 dădăcă 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 suplimentară pentru consultant**

Pot fi date consultații, dar este important să nu uitați, că dacă grupa se blochează, consultantul o poate ajuta. Consultații la informația ce nu este imediat disponibilă un ajutor semnificativ la moment. Este necesar să conturați diferența între cererea pacientului de tratament și colectarea datelor anamnestică cerute. Ulterior în cadrul vizitei, cererea pacientului de tratament trebuie să fie discutată deoarece face aceasta vizită unică și distinctivă în raport cu vizite eventuale ale pacienților cu sindrom febril îndelungat sau hemoragii de alte localizări. Studenții trebuie să nu uite de a învăța să ridice în permanență întrebare cum ar fi: "De ce această pacientă doar acum s-a adresat cu acuze respective".

#### **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 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 anamnestic 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 desinestătător 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 anamnestic 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 simptomelor 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 suplimentară pentru consultant

Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze. Convingeți-vă că întrebările formulate sunt axate la acuze, și că întrebările excesive au fost excluse din lista.

Întrebările importante sunt:

- Este oare legătură directă dintre valvulopatia reumatică existentă și posibilul sindrom febril cu afectarea cordului?
- Care sunt datele ce sugerează afectarea cordului?
- Se poate oare de exclus prezența unei afectări musculare sau osoase primare?
- Este oare posibil dezvoltarea febrei reumatismale la o așa vârstă?

– Poate oare debuta o maladie non-infecțioasă autoimună de sistem la o așa vârstă?

Întrebările suplimentare:

- Are pacienta predispoziție către patologia infecțioasă?
- A avut oare pacienta contact cu persoane purtătoare de infecții bacteriene și virale la locul de lucru?
- A primit anterior pacienta o medicație oarecare, mai cu seamă antibacteriană?

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții coordonatori citește răspunsurile pacientului de la Nota 2. Un alt student-coordonatori 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 ca 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 neprelucrate 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Nu sunt excluse:

- Endocardita infecțioasă;
- Lupusul eritematos de sistem;
- Poliartrita reumatoidă;
- Sindromul paraneoplasic.

Motive pentru excluderea altor ipoteze diagnostice sunt relatate în tabelul 1.

**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 suplimentară pentru consultant

Examenul fizic trebuie să include cel puțin:

- Inspecția orofaringelui.
- Inspecția pielii, articulațiilor, musculaturii, anexelor pielii.
- Auscultația și percuția cordului.
- Auscultația și percuția plămânilor.
- Palpația ganglionilor limfatici periferici.
- Palpația și percuția organelor abdominale

### 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.

#### **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-(holo-sistolic)-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 excluzeri. Cauza curentă pare a fi țintită asupra afectării cordului, dar cu o manifestare sistemică. Se exclud patologiiile 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 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 perioadei îndelungate de recădere a tratamentului și riscurile pentru sănătate și viață, cât și posibilele cauze de invalidizare precoce și impactul asupra calității vieții

#### **Rolul pacientului (consultant)**

Pacientul finalmente este convins de medicul consultant de a fi îndreptat spre spitalizare pentru determinarea prin metode de laborator și instrumentale a diagnosticului cu administrarea unui tratament adecvat specific agentului patogen.

#### **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);
- Proteionograma 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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a alcătui un plan de examinare paraclinică de care și în ce mod grupa va fi condusă. Nu se solicită vre-o decizie până la prezentare de unul dintre studenții-coordonatori.

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

### **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.

### **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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Direcționarea spre endocardita infecțioasă se face prin sugestie deoarece tabloul clinic al ei este destul de similar cu lupusul eritematos de sistem și procesele neoplazice cu sindrom paraneoplazic. Se va face accentul pe antecedentele reumatice prin valvulopatii, persistența infecției bronhogene și legătura directă cu ea, cât și efectuarea unui tratament antibacterian neadecvat.

### **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**

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

### **An. gen urinei**

Cantitate	300 ml
Proteine	abs
Ep. plat	unice
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	Ca2+	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

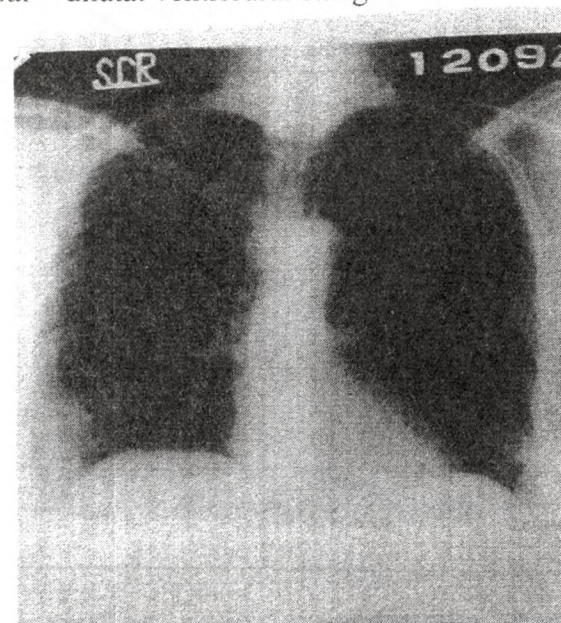
- Ficatul LD 14,1cm, LS 7,2cm – ecogenitate sporită; v. portă – 0,83, v. lienalis – 0,7;

- 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 căutiei toracice

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



ECG Tahicardie sinusală 108/ min, AE – orizontală, Hiper-trofie atrială stngă.

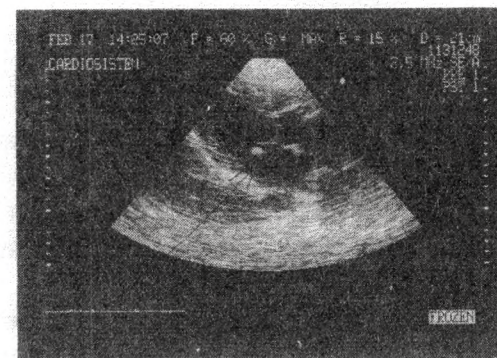
#### EcoCG

- Ao ascendentă 32 mm, pereții ușor îndurați

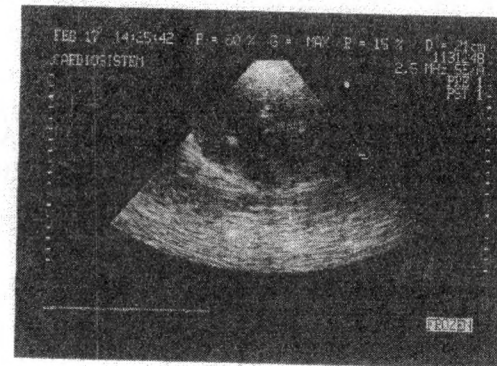
- AS 42 mm
- VS: DTDVS 54 mm, VTDVS 141.3 ml  
DTSVS 31 mm, VTSVS 37.9 l/min  
FSVS 43%, FEVS 73%
- VD: 24 mm, AD 36 mm
- Valva aortică – cuspele ușor indurate
- Valva mitrală – cuspele sunt fibrozate, pe cuspa posterioară conglomerat de vegetații.
- Valva tricuspidă, pulmonară – intactă

### 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



*Forocoma C.C. 1997. Simbil*



### Concluzia

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



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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

■ Endocardita infecțioasă subacută prin *Str. viridans*, secundar pe fond de valvulopatie reumatismală: Insuf. VMtr gr. III – IV, VAo gr. I, Vtr gr. II. Vegetații pe valva mitrală. IC III NYHA.

### **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:***

**Microorganisme 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 on 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 necaracteristice criteriilor majore.**

### **DIAGNOSTICUL SE CONSIDERĂ:**

**Definit:** confirmare morfologică sau bacteriologică a vegetațiilor, embolilor sau absceselor 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 rezută 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 Dumneavoastră veți fi în stare de a reveni la modul obișnuit de viață și să continuați activitatea profesională.*

**Rolul pacientului (consultant)**

*Pacientul consideră concluzia medicală consultativă dificilă de acceptat și ar prefera să apeleze la asistența unui alt medic pentru a repeta o serie de investigații, însă finalmente este convins de consultant.*

*După reflexie neprelungită pacientul a căzut de acord pentru a fi spitalizat în departamentul respectiv în scopul efectuării examinărilor mandatare și tratamentului.*

**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.

**Informație suplimentară pentru consultant**

Tratamentul ține de administrarea antibioticoterapiei specifice pentru clasa Streptococului. Se va alege antibioticul cu cea mai mare acțiune bactericidă asupra germenilor, după determinarea CMB (concentrația minimă bactericidă) și NEB (nivelul eficienței bactericide), care trebuie să fie de 4-8 ori mai mare decât nivelul minim. Antibioticele se administrează în doze mari, de preferință intravenos în perfuzii, cu intervale nu mai mari de 6 ore (dozele mari sunt necesare pentru a obține pătrunderea antibioticului în interiorul vegetațiilor). Durata tratamentului trebuie să fie destul de lungă (în medie 4-6 săptămâni), pentru a steriliza complet focarele bacteriene, îndeosebi la nivelul valvelor. Curele terapeutice scurte favorizează apariția recidivelor, cele de lungă durată – dezvoltarea antibioticorezistenței.



Antibioticul	Doza, cale de administrare	Durata, săptămâni	Comentarii
<i>Str. viridans</i> și <i>Str. bovis</i> penicilin sensibili			
Pencilină G	6 x 2-3 mln UA i.v.	4	Preferabil la pacienți după 65 ani și cu funcție renală alterată
Ceftriaxonă*	1 x 2 g i.v. sau i.m.	4	
Pencilină G cu Gentamicină	6 x 2-8 mln UA i.v. 3 x 1 mg/kg i.v. sau i.m.	2 2	Gentamicina într-o singură priză zilnică poate fi adecvat
Ceftriaxonă* cu Netilmicină	1 x 2 g i.v. sau i.m. 1 x 4 mg/kg i.v.	2 2	
Vancomicină	2 x 15 mg/kg i.v.	4	Recomandat pacienților alergici la β-lactame
<i>Str. viridans</i> și <i>Str. bovis</i> penicilin rezistenți intermediar (CMB 0,1-1 mg/L)			
Pencilină G cu Gentamicină	6 x 3 mln UA i.v. 3 x 1 mg/kg i.v. sau i.m.	4 2	Gentamicina într-o singură priză zilnică poate fi adecvat
Vancomicină	2 x 15 mg/kg i.v.	4	Alternativă în rezistență înaltă sau alergici la β-lactame

**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 CONSULTANT

### Introducere

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

## În cabinetul medicului

Sunteți un medic de practică generală într-un spital la serviciul de noapte. Cu ambulanța este adus un pacient C, 45 ani, 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 suplimentară pentru consultant

Pot fi date consultații, dar este important să nu uitați, că dacă grupa se blochează, consultantul o poate ajuta. Consultații la informația ce nu este imediat disponibilă un ajutor semnificativ la moment. Este necesar sa conturați diferența între cererea pacientului de tratament și colectarea datelor anamnestice cerute, mai ales privind starea gravă a pacientului și necesitatea luării



unei decizii rapide. Ulterior, cererea pacientului de tratament trebuie să fie discutată deoarece face aceasta vizită unică și distinctivă în raport cu vizite eventuale ale pacienților cu sindrom coronarian și febril, cât și cu asocieri de alte localizări a sindromului algic. Studenții trebuie să nu uite de a învăța să ridice în permanență întrebare cum ar fi: "De ce acest pacient doar acum s-a adresat cu acuze respective".

### **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 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 radiografia toracelui (concluzia rentghenologică: 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 posibila 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 suplimentară pentru consultant**

Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze. Convingeți-vă că întrebările formulate sunt axate la acuze, și că întrebările excesive au fost excluse din lista.

Întrebările importante sunt:

- Au mai fost în trecut înregistrate la pacient dereglări acute sau cronice de perfuzie coronară?
- Au mai fost în trecut înregistrate la pacient dereglări acute sau cronice de perfuzie a altor arterii și vene?
- Care sunt datele ce sugerează afectarea cordului?
- Se poate oare de exclus prezența unei afectări pulmonare primare?

Întrebările suplimentare:

- Are pacientul predispoziție către tromboembolismul pulmonar?
- Are pacientul predispoziție către infarct miocardic?
- Care alte organe și sisteme pot fi implicate în procesul patologic?
- A primit anterior pacientul o oarecare medicație?

### 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.

#### **Nota 2**

*Pacientul menționează că pe parcursul ultimilor ani dureri retrosternale nu a avut. Tolerază 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. Necătând 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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Nu sunt excluse:

- Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut;
- Tromboembolia arteriilor pulmonare;
- Endocardita infecțioasă;
- Sîndromul paraneoplasic cu metastaze cardiace.

**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 suplimentară pentru consultant

Examenul fizic trebuie să include cel puțin:

- Inspecția orofaringelui.
- Inspecția pielii, articulațiilor, musculaturii, anexelor pielii.
- Auscultația și percuția cordului.
- Auscultația și percuția plămânilor.
- Palpația ganglionilor limfatici periferici.
- Palpația și percuția organelor abdominale

### 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.



### Nota 3

- Starea generală a bolnavului gravă,
- Tegumentele curate, fața puțin hiperemiată, ganglionii limfatici periferici nepalpabili, edem la gamba stângă cu majorarea temperaturii locale.
- În pulmoni, auscultativ – murmur vezicular bilateral, inferior puțin diminuat.
- Zgomotele cordului – ritmice, zgomotul I diminuat la apex, accentuarea nepronunțată 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 excluzii. Cauza curentă pare a fi țintită asupra afectării cordului. Se exclud patologiile 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)

Pacientul finalmente este convins de medicul consultant de a fi îndreptat spre spitalizare pentru determinarea prin metode de laborator și instrumentale a diagnosticului cu administrarea unui tratament adecvat specific.

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

#### Sugestii pentru studenți profesori

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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a alcătui un plan de examinare paraclinică de care și în ce mod grupa va fi condusă. Nu se solicită vre-o decizie până la prezentare de unul dintre studenții profesori.

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

### **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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Este clar că la acest pacient este implicat cordul și pulmonii. Direcționarea spre Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut și



Tromboembolia arteriilor pulmonare se face prin sugestie deoarece tabloul clinic al ei este destul de similar cu Sindromul paraneoplasic cu metastaze cardiace.

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții coordonatori 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 singelui 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:*

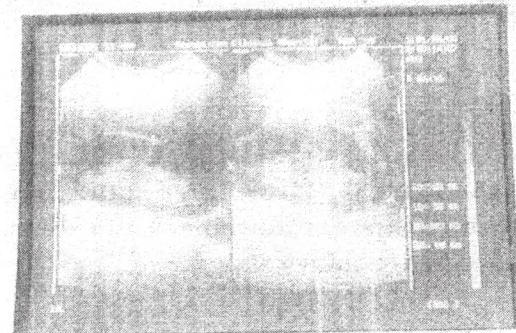
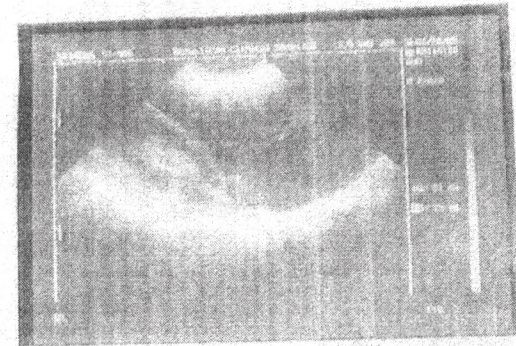
- 11,4 (Norma 2,2-12,2).

##### *Parametrii biochimici ai singelui:*

- Bilirub.totală 12,6 mcmmol/l,
- prot.totală 70 -58 g/l,
- ureea 4,0 mmol/l,
- K+ 4,0 – 4,1, Na+ 141 - 150, Cl- 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.

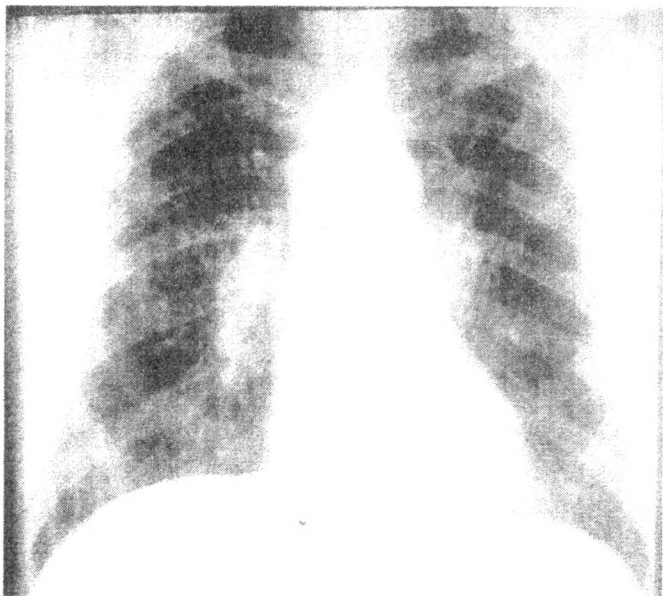
### USG cav. abdominale

- 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.

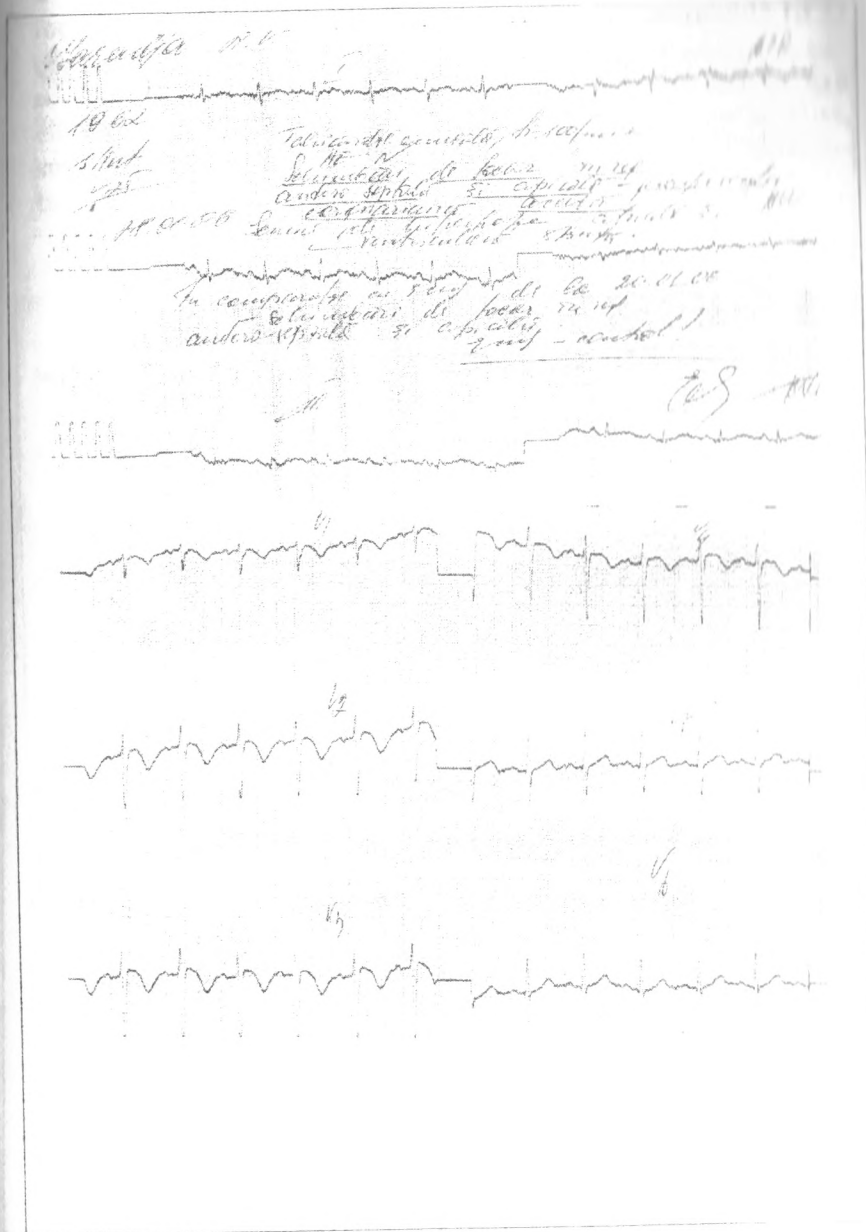


### MRF cutiei toracice

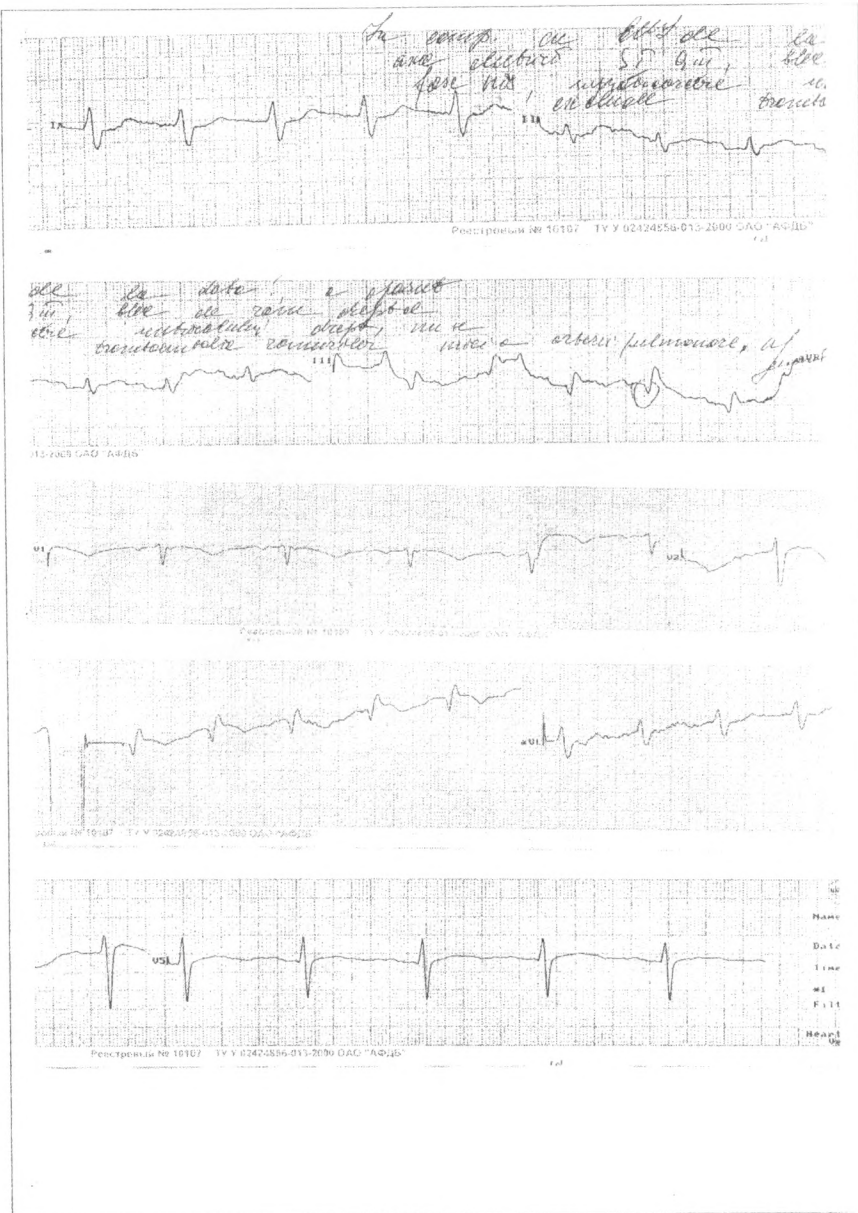
Plămânii transparente. Desenul pulmonar periferic în sărăcit. Hilurile dilatate, omogene, abrupte. Formațiune nodulară în lobul superior drept cu reacția hilului pulmonar pe dreapta. Diafragul net. Sinusurile pleurale libere. Cordul - norma. Pe parcursul conturului stâng a cordului ușor proiemină arcul II. Nu se exclude trombembolia vaselor mici a arterei 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.

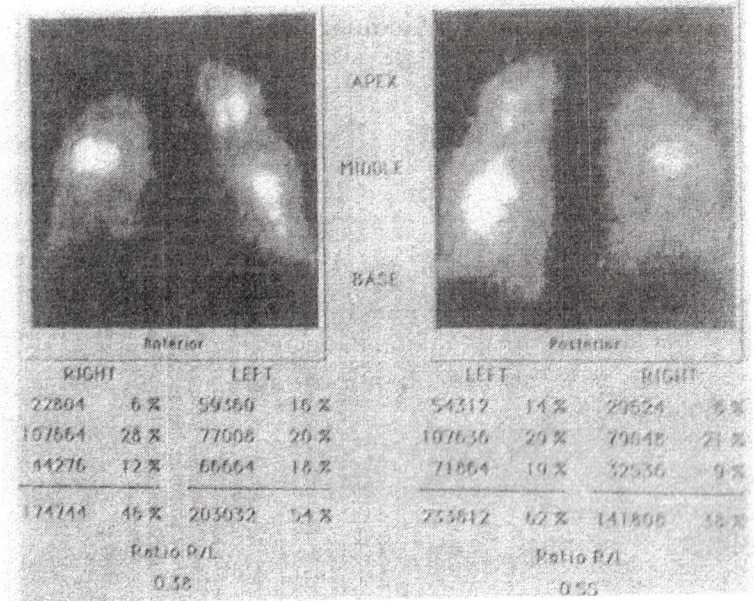






- ECG - În comparație cu ECG precedent - schimbări de focar în regiunea anteroseptală și apicală. Se recomandă ECG control.
- ECG - În comparație cu ECG precedentă a apărut axa electrică SI QIII, bloc de ram drept a fasciculus Hiss, supraîncărcare ventriculară dreaptă, nu se exclude tromboembolia ramurilor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

### Scintigrafia pulmonară de perfuzie



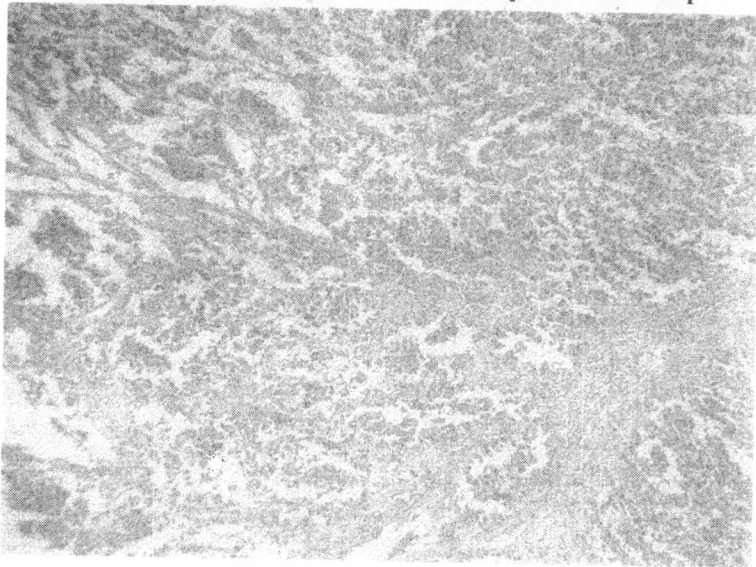
- Examenul scintigrafic al sistemului pulmonar prin perfuzie prezintă: imagini provocate de microcirculații la nivel precapilar și capilar sever reduse în regiunile apicale și bazale pe dreapta, în regiunea medială (hotarul apical medial) pe stînga.
- Scintigrafic modificări sugestive pentru tromboembolie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



#### EcocG

- Dilatarea moderată a atrului stâng.
- Funcția de pompă este bună. FE 73%.
- Insuficiența mitrală gr. II
- Insuficiența Ao gr. I
- Insuficiența tricuspidă 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 nediferențiat cu aspect bronhioloalveolar)

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

#### Informație suplimentară pentru consultant

*Carcinom pulmonar periferic pe dreapta (carcinom nediferențiat cu aspect bronhioloalveolar) cu metastaze limfohematogene în ganglionii limfatici bronhopulmonari, cord, suprarenala dreaptă. Tromboembolia arterei pulmonare cu infarcte hemoragice pulmonare.*

**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.

Rolul medicului (nota pentru student coordonator)

Rolul pacientului (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.

#### Informație suplimentară pentru consultant

### TUMORILE CARDIACE

**TUMORI PRIMARE** 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.



**Prezentare clinică.** Tumorile cardiace pot prezenta o mare varietate de manifestări cardiace și extracardiace. Pot exista semne și simptome ale tuturor formelor mai obișnuite de boală cardiacă, incluzând durere toracică, sincopă, insuficiență cardiacă, sufluri, aritmii, tulburări de conducere și revărsat sau tamponadă pericardică. Semnele și simptomele specifice sunt foarte strâns legate de localizarea tumorii.

#### **CLASIFICAREA TUMORILOR CARDIACE MALIGNE**

- primare (0,5 - 10 % din toate tumorile cardiace)
- secundare (metastatice) ( $\geq 21$  % din numărul total al pacienților cu cancer)

#### **FRECVENȚA METASTAZELOR ÎN CORD ÎN DEPENDENȚĂ DE LOCALIZAREA CANCERULUI PRIMAR**

- cancer mamar 21 %
- cancer de esofag 23 %
- sarcom indiferent de localizare 26 %
- cancer pulmonar 28 %
- cancer al glandei tiroide 30 %
- melanom indiferent de localizare 37 %

#### **SIMPTOME CARACTERISTICE ÎN METASTAZELE CARDIACE**

- Reacția organismului la tumoare care se manifestă prin pierderea greutatei, slăbiciune generală și oboseală
- Febră fără cauză care nu se menajează la tratamentul cu antibiotice
- VSH mărit
- Anemie

**Mixomul.** Mixoamele sunt tipul cel mai frecvent de tumoră cardiacă primitivă la toate grupele de vârstă, explicând postmortem o treime până la jumătate din totalul cazurilor și aproximativ trei sferturi din tumorile care sunt tratate chirurgical.

Ele se întâlnesc la orice vârstă, fără a fi predominante la un sex. Deși marea majoritate a mixoamelor sunt sporadice, unele sunt familiale cu transmitere autosomal dominantă sau sunt parte a unui sindrom care implică un complex de anomalii incluzând

pistruii sau nevi pigmentari, boala adreno-corticală nodulară primară cu sau fără sindrom Cushing, fibroadenoame mamare mixomatoase, tumori testiculare și/sau adenoame pituitare cu gigantism sau acromegalie. Anumite asocieri de aspecte au fost denumite *sindrom NAME* (nevi, mixom atrial, neurofibrom mixoid și efelide) sau *sindrom LAMB* (pistrui, mixom atrial și nevi albaștri). Aproximativ 7% din mixoamele cardiace sunt familiale sau componente ale *sindromului mixomatos* împreună cu anomalii complexe descrise anterior.

Cei mai mulți specialiști consideră mixomul un neoplasm adevărat, în timp ce alții au sugerat că el este format prin organizarea unui tromb intracardiac atașat la endocard. Marea majoritate a mixoamelor sporadice sunt solitare și localizate în atrii, în special atriu stâng, unde apar la nivelul septului interatrial în vecinătatea fossei ovalis. De asemenea, mixoamele sporadice pot apărea în ventriculi sau pot prezenta localizări multiple. Spre deosebire de mixoamele sporadice, cele familiale sau sindromul tumoral mixomatos tind să apară la indivizi mai tineri, sunt mai des multiple ca localizare și prezintă mai frecvent recurențe postoperatorii, ceea ce reflectă probabil natura lor multicentrică. Cele mai multe sunt pediculate, cu un pedicul fibrovascular și ajung în medie la 4-8 cm în diametru. Prezentarea clinică cea mai obișnuită se aseamănă cu cea din boala valvei mitrale, fie stenoză ca un rezultat al prolapsului tumorii prin orificiul mitral în timpul diastolei, fie insuficiență ca o consecință a lezării valvei prin traumatismul indus de tumoră. Mixoamele ventriculare pot determina obstrucția tractului de eiecție și astfel pot mima stenoza subaortică sau subpulmonară.

Simptomele și semnele mixoamelor atriale depind mult de poziția tumorii și apar intermitent și brusc, ca rezultat al modificărilor poziției tumorii în funcție de gravitație. La auscultație, un zgomot caracteristic de tonalitate joasă, denumit zgomot de umplere sau „tumor plop” se poate ausculta în timpul proto- sau mezodiastolei și este considerat a fi determinat de



oprirea brutală a tumorii atunci când lovește peretele ventricular. De asemenea, mixoamele se pot prezenta cu embolie periferică sau pulmonară sau oricare din următoarele semne și simptome extracardiace: febră, scădere în greutate, cașexie, disconfort general, artralгии, rash, hipocratism, fenomen Raynaud, hipergamaglobulinemie, anemie, poliglobulie, leucocitoză, VSH crescut, trombocitopenie sau trombocitoză. În mod nesurprinzător, mixoamele sunt frecvent diagnosticate eronat ca endocardită, colagenoză sau tumori extracardiace.

Ecocardiografia bidimensională este utilă în diagnosticul mixomului cardiac, determinarea locului de implantare și a dimensiunii tumorii, aspecte importante în planificarea exciziei chirurgicale. Tomografia computerizată și în special rezonanța magnetică nucleară pot furniza informații importante privind dimensiunea, forma și caracteristicile suprafeței tumorii. Deoarece mixoamele pot fi familiale, screening-ul ecocardiografic al rudelor de gradul întâi este indicat, în special dacă pacientul este tânăr și prezintă tumori multiple sau alte semne de sindrom mixomatos. Deși cateterismul cardiac și angiografia sunt adesea practicate înainte de intervenția chirurgicală, cateterismul camerei în care se află inserat pediculul tumorii este însoțit de riscul dislocării de emboli tumorali.

În multe centre cateterismul nu mai este considerat obligatoriu dacă sunt disponibile informații adecvate obținute prin tehnici neinvazive și dacă alte boli cardiace (de exemplu, boala coronariană) nu sunt considerate ca fiind probabile.

#### TRATAMENT

Excizia chirurgicală utilizând bypass-ul cardiopulmonar este indicată și este în general urmată de vindecare. Mixoamele reapar la aproximativ 12-22% din cazurile familiale și la aproape 1-2% din cazurile sporadice; recidiva tumorii este probabil datorată localizărilor multiple în prima situație și rezecției inadecvate în ultima situație.

**Alte tumori benigne.** *Lipoamele* cardiace, deși relativ obișnuite, sunt de obicei descoperite accidental la necropsie și rareori determină simptome. Cu toate acestea, ele pot crește până la 15 cm și au simptome datorate interferenței mecanice cu funcția cordului, aritmii sau tulburări de conducere sau o anomalie a siluetei cardiace pe radiografia toracică. Similar, *fibroelastoamele papilare* sunt descoperite relativ frecvent la necropsie pe valvele cardiace sau endoteliul adiacent, dar rareori determină simptome clinice. Uneori, creșterea acestora poate determina interferență mecanică cu funcția valvulară.

*Rabdomioamele și fibroamele*, cele mai frecvente tumori la sugari și copii, apar cel mai obișnuit în ventriculi și de aceea produc semne și simptome de obstrucție mecanică, care pot mima stenoza valvulară, insuficiența cardiacă congestivă, cardiomiopatia restrictivă sau hipertrofică și constricția pericardică. Rabdomioamele sunt probabil creșteri hamartomatoase, sunt multiple în aproape 90% din cazuri și pot fi asociate cu scleroză tuberoasă, adenoame sebacee și tumori renale benigne la aproximativ 30% din pacienți. Calcificarea unei tumori cardiace este intens sugestivă pentru fibrom, deși mixoamele și sarcoamele se pot de asemenea calcifica. *Hemangioamele și mezotelioamele* sunt în general tumori mici, cel mai adesea cu localizare intramiocardică și pot determina tulburări ale conducerii atrioventriculare și chiar moarte subită ca urmare a tendinței lor de a se localiza în regiunea nodulului AV.

**Sarcoamele.** Sarcoamele cardiace pot fi de mai multe tipuri histologice, dar în general sunt caracterizate de o evoluție rapid nefavorabilă conducând la decesul pacientului în săptămâni sau luni de la momentul prezentării, ca urmare a compromiterii hemodinamicii, invaziei locale sau metastazelor la distanță. În mod obișnuit sarcoamele afectează partea dreaptă a cordului și datorită creșterii lor rapide apare de obicei invazia spațiului pericardic și obstrucția camerelor cardiace sau venelor cave.



De asemenea, sarcoamele pot apărea în partea stângă a cordului și pot fi luate drept mixoame. La momentul prezentării, adesea, aceste tumori sunt prea extinse pentru a mai putea fi excizate chirurgical. Deși în unele studii s-a descris o ameliorare prin chirurgie, radioterapie și/sau chimioterapie, per ansamblu experiența în privința sarcoamelor cardiace este săracă. Singura excepție de la aceasta par a fi limfosarcoamele cardiace, care pot răspunde la o combinație de chimio- și radioterapie.

**TUMORI CARDIACE METASTATICE.** 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.

Metastazarea la nivelul cordului se face pe cale hematogenă, limfatică sau prin invazie directă. Metastazele cardiace sunt în general noduli mici, duri; se pot întâlni de asemenea infiltrări difuze, în special în sarcoame sau neoplazii hematologice. Pericardul este cel mai adesea afectat, urmat de afectarea miocardului oricărei camere și, rareori, de afectarea endocardului sau valvelor cardiace. Metastazele cardiace determină manifestări clinice numai aproximativ 10% din timp și rareori pot cauza decesul. La cei mai mulți pacienți ele *nu* sunt cauza semnelor clinice de prezentare, dar apar în contextul unui neoplasm identificat anterior. Deși metastazele cardiace pot prezenta un număr

mare de semne și simptome nespecifice, cele mai obișnuite sunt dispneea, semne de pericardită acută, tamponada cardiacă, o creștere rapidă a siluetei cardiace pe radiografia toracică, apariția unei tahiaritmii ectopice, bloc AV și insuficiență cardiacă congestivă. Ca și în cazul tumorilor cardiace primitive, prezentarea clinică este mai strâns legată de localizarea și dimensiunea tumorii decât de tipul ei histologic. Multe din aceste semne și simptome pot apărea de asemenea în miocardita, pericardita sau cardiomiopatia determinate de radioterapie sau chimioterapie.

Semnele electrocardiografice sunt complet nespecifice și pot include modificări ale ST-T, voltaj scăzut QRS, aritmii și tulburări de conducere. Pe radiografia toracică silueta cardiacă este cel mai adesea normală, dar poate evidenția un revărsat pericardic sau contur bizar. Ecocardiografia este utilă pentru diagnosticul revărsatului pericardic și vizualizarea metastazelor mai mari. Tomografia computerizată, rezonanța magnetică nucleară și imagistica radioizotopică cu galiu sau taliu pot furniza date anatomice utile. Angiografia poate descrie leziuni discrete, iar pericardiocenteza poate permite un diagnostic citologic specific. Întrucât cei mai mulți pacienți cu metastaze cardiace prezintă boală generalizată, tratamentul constă în general în pericardiocenteză atunci când există compromitere hemodinamică și tratament adresat tumorii primitive. Îndepărtarea unui revărsat malign prin pericardiocenteză, cu sau fără instilare concomitentă a unui agent sclerizant (de exemplu tetraciclină), sau realizarea unei ferestre pericardice pentru drenarea în spațiul pleural pot ameliora simptomele și întârzia sau preveni reacumularea revărsatului.



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

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

### 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 – 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. Окорково А.Н. - Диагностика болезней внутренних органов, Минск, 2002, т.6
8. Окорково 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 suplimentară pentru consultant**

Pot fi date consultații, dar este important să nu uitați, că dacă grupa se blochează, consultantul o poate ajuta. Consultații la informația ce nu este imediat disponibilă un ajutor semnificativ la moment. Este necesar să conturați diferența între cererea pacientului de tratament și colectarea datelor anamnestice cerute, mai ales privind starea gravă a pacientului și necesitatea luării unei decizii rapide. Ulterior, cererea pacientului de tratament trebuie să fie discutată deoarece face aceasta vizită unică și distinctivă în raport cu vizite eventuale ale pacienților cu sindrom coronarian, cât și cu asocieri de alte localizări a sindromului algic. Studenții trebuie să nu uite de a învăța să ridice în permanență întrebare cum ar fi: "De ce acest pacient doar acum s-a adresat cu acuze respective".

### **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.

### **Nota 1**

#### *Antecedente patologice*

*In anul 1986 a suportat apendectomie 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 suplimentară pentru consultant**

Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze. Convingeți-vă că întrebările formulate sunt axate la acuze, și că întrebările excesive au fost excluse din lista.

Întrebările importante sunt:

- Au mai fost în trecut înregistrate la pacient dereglări acute sau cronice de perfuzie coronară?
- Au mai fost în trecut înregistrate la pacient dereglări acute sau cronice de perfuzie a altor arterii și vene?
- Care sunt datele ce sugerează afectarea cordului?

Întrebările suplimentare:

- Are pacientul predispoziție către infarct miocardic?
- Care alte organe și sisteme pot fi implicate în procesul patologic?
- A primit anterior pacientul o oarecare medicație?

### **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.

#### **Nota 2**

*Pacientul menționează că pe parcursul ultimilor ani a avut dureri retrosternale. Medicație specială pacientul nu a administrat. Necătând 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 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Nu sunt excluse:

- Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut;
- Cardiopatia ischemică, angina pectorală;
- Tromboembolia arteriilor pulmonare;
- Sindromul paraneoplasic.

**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 suplimentară pentru consultant

Examenul fizic trebuie să include cel puțin:

- Inspecția orofaringelui.
- Inspecția pielii, articulațiilor, musculaturii, anexelor pielii.
- Auscultația și percuția cordului.
- Auscultația și percuția plămânilor.
- Palpația ganglionilor limfatici periferici.
- Palpația și percuția organelor abdominale

### 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.

#### **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 tricuspida) 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 excluzeri. Cauza curentă pare a fi țintită 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 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)

Pacientul finalmente este convins de medicul consultant de a fi îndreptat spre spitalizare pentru determinarea prin metode de laborator și instrumentale a diagnosticului cu administrarea unui tratament adecvat specific.

### **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

### Informație suplimentară pentru consultant

Scopul acestei întrebări este de a alcătui un plan de examinare paraclinică de care și în ce mod grupa va fi condusă. Nu se solicită vre-o decizie până la prezentare de unul dintre studenții profesori.

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



## 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 – 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 suplimentară pentru consultant

Este clar că la acest pacient este implicat cordul în procesul patologic. Direcționarea spre Cardiopatia ischemică, infarct miocardic acut sau angină pectorală se face prin sugestie deoarece tabloul clinic al ei este destul de similar.

### Informație nouă despre pacient

Unul dintre studenții-coordonatori 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
Creatinina	56,9	$\alpha 2$	22,28

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

#### Lipidele totale – 11

#### Colesterol total – 7,43

HDL – 1,5

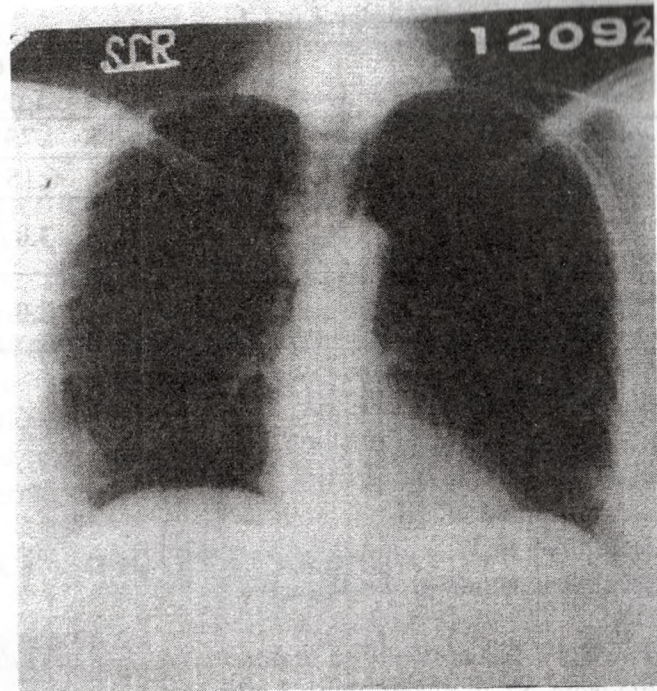
LDL – 4,9

#### 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 stang



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 îndurați
- 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 tricupidă, pulmonară – intactă



### Doppler EcoCG

Valvele	Regurg.	V <sub>s</sub> max	GP max (mm Hg)
Valva mitrală	++	1.1	4.75
Valva aortică	+	1.2	6.15
Valva tricuspida	+	N	3.0
Valva pulmonară	-	N	8.0

#### Concluzia

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

### Informație suplimentară pentru consultant

*Cardiopatie ischemică. Angină pectorală stabilă de efort, clasa funcțională II.  
Hipertensiune arterială esențială, grII, stII, risc înalt,  
Insuficiența cardiacă gr II (NYHA)*

**CARDIOPATIA ISCHEMICĂ** – o afecțiune acută sau cronică caracterizată prin reducerea sau întreruperea circulației sangvine în miocard, produsă de diverse procese patologice organice sau funcționale în sistemul arterelor coronariene.

**ANGINA PECTORALĂ** (AP) reprezintă expresia clinică a ischemiei miocardice tranzitorii, caracterizată prin tulburări ale circulației coronariene cu schimbări metabolice reversibile în miocard, care clinic se manifestă prin crize dureroase, localizate retrosternal sau precordial.

### CLASIFICAREA CARDIOPATIEI ISCHEMICE

- I. Moartea subită
- II. Angina pectorală
  1. De efort
    - 1.1. De novo
    - 1.2. Stabilă
      - Clasa funcțională I
      - Clasa funcțională II
      - Clasa funcțională III
      - Clasa funcțională IV
    - 1.3. Agravată
  2. Spontană (Prinzmetal)
- III. Infarctul de miocard acut
- IV. Infarctul de miocard vechi
- V. Tulburări de ritm
- VI. Insuficiența cardiacă

## 1. Angina pectorală (AP) de efort

AP de efort se manifestă prin crize retrosternale de angor tranzitor, provocat de un efort fizic sau emoțional sau de alți factori, ce duc la creșterea necesităților metabolice ale miocardului (creșterea TA, tahicardia). De obicei asemenea crize se julează peste 5 min de la administrarea nitroglicerinei sau în repaus.

### 1.1. Angina pectorală de novo.

Se poate manifesta timp de o lună din momentul apariției primei crize, termen după care poate regresa, se poate stabili sau progresa.

### 1.2. Angina pectorală stabilă

Durează peste o lună. În enunțul diagnostic este necesar de a indica clasa funcțională, care se estimează în raport de toleranța efortului fizic:

- Clasa funcțională I. Pacientul suportă eforturile fizice obișnuite. Crizele de angor apar numai la suprasolicitare fizică.
- Clasa funcțională II. O limitare moderată a capacității de exercițiu fizic obișnuit. Crizele anginoase apar la mers pe o distanță de peste 500 m, la urcarea a peste zece trepte de scară.
- Clasa funcțională III. Crizele de angor se incită la mers obișnuit pe o distanță de 100-500 m sau la câteva trepte de scară.
- Clasa funcțională IV. Crizele anginoase apar la efort fizic minimal, până la 100 m de mers liber și în repaus (prin creșterea necesităților metabolice ale miocardului-hipertensiune, tahicardie, afluxul de sânge venos în clinostatism- angină pectorală de decubitus).

## 1.3. Angină pectorală agravată

Într-un timp scurt de la debut crește frecvența, intensitatea și durata crizelor anginoase, decerbate acum și la exercițiu fizic obișnuit. Eficiența tratamentului de prevenire a crizelor anginoase, efectiv anterior, scade. Este caracteristică apariția la ECG a modificărilor de tip „ischemie” și „lezare”.

## 2. Angina pectorală spontană (Prinzmetal)

Sindromul dureros este mai intens, durează mai mult decât angina stabilă de efort (până la 30 min, fără a dezvolta în această perioadă un infarct de miocard), mult mai greu cedează la nitroglicerina. Această formă de angină pectorală se definește de spasmul coronarian. Angina spontană se poate manifesta singură sau mai frecvent asociată AP de efort.

**ETIOLOGIE.** Ateroscleroza coronariană este cauza cea mai frecventă a cardiopatiei ischemice (peste 90%), una din manifestările clinice ale cărei este angina pectorală. Irigarea miocardului poate fi alterată prin tromboză, spasmul și stenoza aterosclerotică a coronarelor.

**PATOGENIE.** Angina pectorală este expresia unei insuficiențe coronariene, debitul coronarian fiind pus în incapacitatea de a asigura necesitățile miocardului. Insuficiența coronariană, însă se constituie prin concursul mai multor factori cu acțiune izolată sau simultană: a) diminuarea debitului coronarian; b) creșterea parametrilor cardiace; c) creșterea travaliului inimii; d) scăderea oxigenului sanguin.

**TABLOU CLINIC.** Semnul cel mai tipic este durerea cu sediu retrosternal. Deasemenea durerea poate fi localizată în stânga sternului, în regiunea scapulară, humerală, epigastrică. Caracterul durerii poate fi constrictiv, de arsuri, senzație de apăsare.

Zonele de iradiere, caracteristice unei crize anginoase, sunt umărul stâng, scapula stângă, partea anterioară a brațului stâng și



degetele IV - V, partea stângă a feței și gâtului, în unele cazuri, de asemenea, în umărul și scapula dreaptă. Intensitatea durerii variază individual. Criza durează 2 - 15 min. Apariția durerii este, de obicei, în legătură strânsă cu un efort fizic sau psihoemoțional, iar în decurs de circa 3 minute cedează bine tratamentului cu nitroglicerină.

În timpul accesului de angor pectoral pacientul rămâne nemișcat, se poate observa o transpirație rece abundentă. Zgomotele cordului auscultativ sunt atenuate, pot să apară aritmii. Tensiunea arterială în majoritatea cazurilor rămâne nemodificată.

**DIAGNOSTIC PARACLINIC.** Diagnosticul de laborator este puțin informativ. În multe cazuri se întâlnesc dislipoproteinemii, caracterizate prin ceșterea nivelului colesterolului total, colesterolului lipidelor de densitate joasă, (ChLDL) trigliceridelor și reducerea nivelului lipidelor de densitate înaltă.

#### *Metodele instrumentale de diagnostic ale anginei pectorale.*

Ischemia miocardului duce la modificări primare de repolarizare, care se manifestă ECG prin modificarea porțiunii terminale a complexului ventricular - prin sub- sau supradenivelarea segmentului S-T, micșorarea amplitudei undei T, care poate fi negativă sau bifazică, ascuțită, cu laturi simetrice (unda T coronariană). În timpul crizei de angor, precedată de o electrocardiogramă inițial nemodificată, se poate observa subdenivelarea segmentului S-T de >1mm, unda T negativă, iar în criza de angină pectorală de tip Prinzmetal se fixează supradenivelarea tranzitorie a segmentului S-T cu revenire la normal în decurs de câteva ore, fiind un semn caracteristic al acestei variante de angină pectorală. Paralel cu modificările relatate, în timpul accesului se pot înregistra și diferite tulburări de ritm.

Evaluarea rezistenței la efort fizic, necesară pentru diagnosticul și clasamentul AP, se face prin teste cu efort fizic și farmacologice. Monitorizarea Holter este una din cele valoroase în acest sens: ECG se înregistrează pe o bandă magnetică cu ajutorul

unui monitor portativ fixat timp de 8-24 ore. De obicei se fac înregistrări în derivatele toracice V<sub>1</sub> și V<sub>2</sub>. Descifrarea computerizată a informației fixate va stabili numărul de extrasistole, cronologia episoadelor de deviere a segmentului S-T, undei T și indicii frecvenței contractile în orice perioadă de timp.

Cele mai răspândite teste cu efort fizic dozat sunt *cicloergometria* și *treadmill* -ul. Ele sunt contraindicate în 1) perioada acută a infarctului miocardic; 2) angina pectorală cu evoluție agravată 3) tromboflebita acută 4) insuficiența cardiacă III-IV (după NYHA); 5) insuficiența respiratorie gravă; 6) starea de preictus.

Testul se anunță pozitiv în caz de apariție a crizei de angor; la dispnee pronunțată, declinul TA, la subdenivelarea peste 1 mm sau supradenivelarea cu peste 1mm a segmentului S-T (fig.6,7).

Criteriile de stopare a testului se divid în: clinice: criză anginoasă, scăderea nivelului TA cu 25-30% față de inițial; creșterea TA peste 230/130 mm Hg; acces de dispnee sau sufocare; slăbiciune generală pronunțată, vertij, cefalee, grețuri; electrocardiografice: subdenivelarea segmentului S-T peste 1 mm; supradenivelarea lui peste 1 mm; extrasistole frecvente (1:10) și alte dereglări de excitabilitate; dereglări de conductibilitate; modificarea complexului QRS, reducerea bruscă a amplitudei undei R; adâncirea și lărgirea undei Q.

#### *Testele farmacologice*

1. Testul cu *dipiridamol*- preparat vasodilatant, care, blocând adenoindezaminaza, favorizează acumularea sangvină a adenozeinei - vasodilatator metabolic. Dipiridamolul nu acționează asupra vaselor coronariene de calibru mare, sporește afluxul de sânge spre porțiunile neafectate ale coronarelor, provocând fenomenul de furt. Dizolvat în 20 ml de Na Cl 0,9%, preparatul se introduce intravenos timp de 5 min (câte 4 ml/min) 0,75 mg/kg.

2. Testul cu *izoproterenol* uzează acțiunea adrenostimulantă a preparatului, care stimulează frecvența de contracție a miocar-



dului, și, deci necesitățile miocardului în oxigen. Se administrează 0,5 mg dizolvat în 200ml de Na Cl 0,9% sau în glucoză de 5% cu viteză de 10-20 pic/min, apoi viteza se mărește timp de 3 minute până la 130-150 pic/min.

3. Proba cu *ergometrină*, bazată pe efect vasospastic al preparatului, se folosește pentru a diagnostica angina pectorală tip Prinzmetal, când bolnavului i se administrează intravenos 0,05 mg de preparat, apoi 0,1 mg și 0,2 mg cu un repaus de 5 minute între doze.

*Stimularea transesofagiană* a atriilor. Proba constă în accelerarea treptată a frecvenței contracțiilor cardiace prin acțiunea unui electrocardiostimulator și a unui electrod esofagian bipolar.

*Ecocardiografia* este o tehnică de explorare neinvazivă, nu are contraindicații și oferă posibilitatea măsurării dimensiunilor și volumurilor compartimentelor cordului: diametrul aortei, grosimea septului interventricular, starea cuspidelor, pericardului ș.a.

*Scintigrafia miocardului* cu  $Tl^{201}$ . Preparatul este captat de miocardul neafectat proporțional afluxului sangvin și depinde de capacitatea vitală a cardiomiocitelor, stărea mecanismelor intracelulare de concentrare a ionilor (activitatea  $Na^+ K^+$ -ATP-aza membranelor celulare). Pentru depistarea focarelor ischemice din miocard, scintigrafia cu  $Tl^{201}$  se poate efectua în condiții de efort fizic.

*Coronaroangiografia* este un procedeu de necesitate, la care se apelează pentru a stabili numărul coronarelor afectate, gradul stenozei lor și nivelul obstacolului obstruant, se determină indicațiile sau contraindicațiile angioplastiei coronariene transluminale sau ale bypasului aortocoronarian.

**TRATAMENT.** *Regimul* pacienților presupune o limitare individuală a efortului fizic în funcție de varianta evolutivă a anginei pectorale.

*Dieta* limitează strict grăsimile de origine animalieră și produsele bogate în colesterol. Nu se recomandă, însă, o excludere completă a colesterolului, deoarece el ia parte în sinteza acizilor

biliari, hormonilor suprarenali, genitali. Este indicată utilizarea uleiurilor vegetale, ce cresc peristaltismul intestinal și favorizează eliminarea din organism pe cale biliară a colesterolului. Pe zi se recomandă 60-70 g grăsimi, din ele 2/3 de origine vegetală, 300-400 g glucide, 100 g proteine. Dieta recomandată este 10c. În cazul asocierii insuficienței cardiace se recomandă dieta 10 sau 10a.

### **Tratamentul medicamentos (tab.2)**

Preparatele antianginoase tradiționale sunt destinate normalizării dezechilibrului survenit între necesarul oxigenic al miocardului și nivelul de asigurare al acestuia, efect ce se traduce clinic prin jugularea sau prevenirea crizelor anginoase. Reglarea acestor discrepante este posibilă prin două căi: sporind aportul oxigenului către miocard prin vasodilatare ori micșorând necesitățile de oxigen ale miocardului. Cu acest scop sunt folosite trei grupe de preparate: 1) nitrații; 2) antagoniștii ionilor de Ca; 3)  $\beta$ -blocantele.

### **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 CONSULTANȚ

### 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

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. Geneesk* (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 ațuză 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?**



### Sugestii pentru studenții coordonatori

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.

### Informație suplimentară pentru consultant

Este necesar de a face o distincție clară între cererea ei de ajutor și necesitatea de a face anamneza. Mai târziu în timpul consultației, cererea ei de ajutor trebuie să fie discutată, deoarece ei consideră această consultație unică și diversă de consultațiile altor pacienți cu dereglări lombare. Studenții ar trebui să se obișnuiască a-și pune mereu întrebarea: "De ce acest pacient mi se prezintă acum cu această problemă?"

### 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 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 îngrijii 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 suplimentară pentru consultant

Încredințați-vă, că întrebările sunt orientate spre problema principală și întrebările inutile sunt excluse de pe listă. Întrebările principale sunt:

- S-a tratat de un caz violent? O traumă?
- Cum se simte în timpul zilei? Când are cele mai puține dureri? Poate să facă ceva, ca să-și micșoreze durerea? Are dureri în timpul nopții?
- A avut și înainte aceste simptome? Dacă a avut, cum au evoluat? Erau mai mult sau mai puțin aceleași?
- Poate să muncească neținând cont de durere? În acest moment, ce înseamnă durerea de spate pentru ea?
- Durerea este localizată sau nu?



- Poate să-și miște picioarele în mod normal sau nu? Se simte slăbită?
- A suferit modificări în simțurile picioarelor?
- Durerea este influențată de ridicarea obiectelor grele? Sau de aplecare și răsucire, sau de vibrații mecanice provocate, de exemplu, de conducerea mașinii?

Suplimentar, întrebări generale despre:

- medicamente (corticosteroizi)
- slăbire
- febră
- flatulență și dereglări intestinale
- dereglări epigastrice

### **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.

#### **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 sfătui 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 dimineța, însă fără diminuarea simptoamelor în timpul mișcării)

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Este un mare noroc, că simptomele sunt non-specifice

**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.

## **Informație suplimentară pentru consultant**

Examenul fizic ar trebui să includă cel puțin:

- poziția coloanei vertebrale în timpul odihnei și în timpul mișcării
- palparea și localizarea regiunii dureroase (a evalua gravitatea și evoluția durerii)
- mobilitatea coloanei vertebrale (a evalua gravitatea și evoluția)
- testul Lasègue (a elimina sindromul radicular). Acest test este deseori efectuat sau interpretat în mod greșit. Ar trebui să menționați aceasta. Medicul ar trebui să necesite examinarea reflexului ahilian și refluxului rotulian.

Nu va fi indicat un examen neurologic mai extins.

## **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.

### **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 dereglată.*

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

## **Sugestii pentru studenții coordonatori**

Ați exclus multe cauze specifice pentru durerile de spate în fișa medicală. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluzeri. 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.

## **Informație suplimentară pentru consultant**

Este important ca studenții să înțeleagă termenul „non-specific”.

## **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.



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

Pacientul consideră această concluzie greu de acceptat și mai degrabă ar merge la specialist pentru o consultație și vizualizarea examenelor, dar în sfârșit lăsați să fie convins de către medic.

**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”.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Scopul acestei întrebări este de a face o listă pentru a stabili care examene trebuie efectuate și de ce. Nu este necesară o decizie înaintea sfârșirii prezentării studentului profesor.

**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:

- 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.

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Degresiunea către sindromul radicular este stabilit în această însărcinare, fiindcă tabloul clinic al durerii lombare și sindromului radicular lombosacral deseori trece unul în altul.

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

### **Sugestii pentru studenții coordonatori**

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

### **Informație suplimentară pentru consultant**

Nu există nici o indicație solidă, că examenele suplimentare vor da vre-o informație extra. Din cauza naturii recurente a durerii de spate și îngrijorarea pacientului poate fi tentată efectuarea testelor suplimentare. Totuși nu este nici o îndoială, că aceasta s-ar dovedi util pentru pacient. Dezavantajul testării ulterioare este un risc al „medicației” continue inutile și creșterea anxietății pacientului.

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



## Sugestii pentru studenții 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.

## Informație suplimentară pentru consultant

Pentru a stabili metoda de tratament pentru acest pacient, este important de a reveni la întrebările inițiale și cereri de ajutor. Hernie de disc? De ce se repetă? Pronosticul? Ce se poate face pentru a preveni durerea acum și pe viitor?

Este esențial de a informa pacientul de situația în care se află în mod clar. Nu este posibil de a preveni durerea lombară (într-un an se repetă 50%), dar este posibil de a adopta un anumit comportament, încât simptomele să diminueze. Recomandările posibile pot fi:

- a fi și a rămâne în împrejurări favorabile
- a înlăptui activitatea în mod gradat, adică a continua mișcările neținând cont de durere și a mări activitățile fizice treptat și stabil până a fi aduse la nivelul normal.

### **Opțiunile de tratament includ:**

- tratament simptomatic (ce fel de medicamente și în ce mod să fie administrate)
- fizioterapie (antrenarea musculaturii dorsale) sau metode de fizioterapie alternativă curativă, cum ar fi Mensendieck sau César (care este diferența dintre fizioterapie și aceste forme de terapie curativă?)

- nu este nici o indicație potrivită pentru recomandări de tipul: imobilizării și extra „încălzirii”
- un control al continuității tratamentului după patru săptămâni pentru a evalua efectele recomandării

Faptul de a trimite pacientul la un specialist, poate fi adus din nou în discuție. Câteodată trebuie să fiți în stare a opri cercul vicios al mereu-repetării simptoamelor prin a trimite pacientul la specialist (dar ce specialist?).

În așa caz, adresarea întrebării către specialist trebuie să fie clară cerând acordul, ca pacientul să fie trimis la medicul de medicină generală cât mai curând posibil.

## **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”.

### Informație suplimentară pentru consultant

Unii pacienți au dificultăți de a urma „activitatea treptată” singuri și au nevoie de susținere. Este bine să așteptați câteva săptămâni pentru a vedea, dacă ei reușesc singuri, dar nu așteptați prea mult în a înlăptui „acțiunea” necesară.



**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.**

**Informație suplimentară pentru consultant**

Consultantul verifică, dacă toți cei prezenți au înțeles cazul.