

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

**Th. J. ten Cate, V. Vovc, C. Hangan, V. Musteață**

# **G H I D**

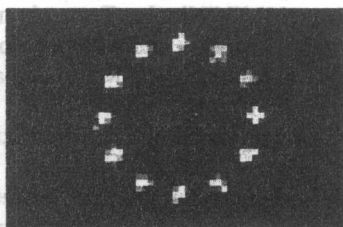
***PENTRU METODA DE INSTRUIRE MEDICALĂ  
BAZATĂ PE ANALIZA PROBLEMEI  
(CAZULUI CLINIC)***

**Chișinău, 2008**

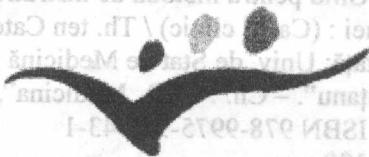
Ghidul a fost elaborat în cadrul realizării proiectului

## **TEMPUS „Problem Based Medical Education for Moldova” (CD\_JEP 25195-2004),**

„Implementarea în Republica Moldova a instruirii  
medicale bazată pe analiza problemei (cazului clinic)”



# TEMPUS



Directorate-General for Education and Culture

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**

Ghidul a fost elaborat 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 cazului clinic”

**Autori:**

*Theodorus ten Cate*, profesor, directorul Departamentului de Cercetare și dezvoltare în instruirea medicală pe lângă Centrul medical universitar al Universității Utrecht, Olanda  
*Victor Vovc*, profesor, șeful catedrei Biofizică, informatică și fiziologia omului, USMF "Nicolae Testemițanu"  
*Corneliu Hangan*, conferențiar, catedra Fiziopatologie și fiziopatologie clinică, USMF "Nicolae Testemițanu"  
*Vasile Musteață*, dr. med., asistent, catedra Hematologie, oncologie și terapie de campanie, USMF "Nicolae Testemițanu"

**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**

Ghid pentru metoda de instruire medicală bazată pe analiza problemei : (Cazul clinic) / Th. ten Cate, V. Vovc, C. Hangan, V. Musteață; Univ. de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”. – Ch. : CEP „Medicina”, 2008. – 44 p.

ISBN 978-9975-945-43-1

120 ex.

616(076.5)

## *Cuprins*

<b>CAZ BAZAT PE ARGUMENTARE CLINICĂ (CBAC), INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORII CAZULUI (prof. Th. J. ten Cate, Universitatea Utrecht).....</b>	<b>4</b>
<b>STRUCTURA CAZURILOR CBAC (prof. Th. J. ten Cate, Universitatea Utrecht, prof. V.Vovc, conf. C. Hangan, USMF "Nicolae Testemițanu") .....</b>	<b>10</b>
<b>EXEMPLU DE PROBLEMĂ PENTRU METODA INSTRUIRE PRIN ANALIZA CAZULUI CLINIC (prof. Th. J. ten Cate, Universitatea Utrecht).....</b>	<b>17</b>
<b>EXEMPLU DE PROBLEMĂ PENTRU METODA INSTRUIRE PRIN ANALIZA CAZULUI CLINIC (d.ș.m., Vasile Musteață, USMF „Nicolae Testemițanu”)... </b>	<b>27</b>



# CAZ BAZAT PE ARGUMENTARE CLINICĂ (CBAC) -INSTRUCȚIUNI PENTRU AUTORII CAZULUI-

Theodorus J. ten Cate, Universitatea Utrecht

© Centrul de Cercetări Științifice și Dezvoltare a Învățământului la  
Centrul Universitar de Medicină Utrecht, 2006

## Introducere

Aceste instrucțiuni au fost proiectate pentru a susține autorii cazurilor cursului Caz Bazat pe Argumentare Clinică, asemenea celui realizat la Centrul Universitar de Medicină Utrecht și Centrul Academic de Medicină al Universității din Amsterdam. Cazurile CBAC<sup>1</sup> sunt problemele pacienților, elaborate conform metodei didactice a cursurilor CBAC.

CBAC a fost proiectat la AMC-UVA în 1993<sup>2</sup>, și aplicat la alte școli olandeze de medicină, printre care UMC Utrecht. Ideea fundamentală ce stă la baza cursurilor CBAC, este aceea, ca studenții în medicină să fie pregătiți a gândi în mod clinic, orientându-se către problema de bază. CBAC este o metodă de predare orientată către problemă, ce se potrivește cu însușirea bazată pe problemă.

CBAC are câteva deosebiri distincte cu metodele comune ale PBL (problem based learning)<sup>3</sup>. PBL este în general considerată o metodă de predare, adică un instrument didactic pentru abordarea și dobândirea a noi cunoștințe științifice de bază și medicale. CBAC este o metodă de pregătire, care în general este orientată către aplicarea cunoștințelor medicale ce au fost dobândite anterior. Atenția este îndreptată către utilizarea cunoștințelor în rezolvarea sau abordarea problemelor medicale. PBL deseori necesită o serie întregă de schimbări în programul de studiu. CBAC poate fi adăugat la un program de studiu

---

<sup>1</sup> Traducere a termenului olandez "Kleinschalig Klinisch Lijnonderwijs"

<sup>2</sup> Ten Cate Th.J. Kleinschalig Theoretisch Klinische Lijnonderwijs [Small-scale theoretical clinical line education]. Ned Tijdschr Geneesk. 1994 Jun 11;138(24):1238-43. Dutch.

<sup>3</sup> Wood DF, ABC of learning and teaching in medicine: Problem based learning. BMJ 2003;326:328-330 and Maudsley G, Roles and responsibilities of the problem based learning tutor in the undergraduate medical curriculum. BMJ;1999 March 6;318(7184): 657-661.

mai tradițional, și a fost aplicat pentru a pregăti anii de stagiu înainte de specializare, schimbând programul într-o proporție totală. În PBL studenții creează obiectivele lor proprii de studiu. În CBAC obiectivele de studiu sunt stabilite de către materialul informativ. Cursurile PBL necesită o serie de ședințe pentru o singură problemă. CBAC tratează o problemă clinică într-o ședință de 2 sau 3 ore. A extinde cazurile CBAC în două ședințe este posibil, dar de obicei nu se practică.

Totuși PBL și CBAC au multe trăsături în comun. Ambele lucrează cu grupe mici (10-12 studenți), ambele au o puternică accentuare a participării active a studenților și angajează un profesor în calitate de îndrumător, care nu are sarcina de a preda. Îndrumătorul este numit de către CBAC „consultant”, accentuând rolul său de consultant în domeniu la solicitare. În realitate studenții dirijează ambele grupe PBL și CBAC singuri, dar supravegheați de către profesor. Studenții își schimbă rolurile între ei în internul ambelor grupe PBL și CBAC. În PBL studenții sunt „docenți” și „secretari”, în CBAC studenții de serviciu sunt „studenți profesori”.

## **Scopul CBAC-lui**

CBAC este elaborat pentru a pregăti studentul de a aplica cunoștințele dobândite anterior la problemele actuale ale pacientului. Metoda este utilă în aplicarea modului de a gândi „evidence-base” în perspectiva îngrijirii pacientului. Problemele nu sunt prezentate ca rezultate teoretice, dar studenții sunt constrânși să gândească din punctul de vedere al medicului. CBAC sunt scrise cu scopul de a îmbunătăți argumentarea clinică.

Literatura de studiu în învățământul medical a arătat, că este important ca medicii să învețe a rezolva problemele clinice confruntându-se cu multe și diverse cazuri.<sup>4</sup> Diversitatea și practica intensă sunt necesare pentru a dobândi competență în rezolvarea problemei medicale. Practica intensă la cazuri diverse duce la dezvoltarea mentală detaliată a „descrierii bolii” în problemele medicale.

## **Practica CBAC-lui**

---

<sup>4</sup> Van der Vleuten CPM. The assessment of professional competence: developments, research and practical implications. *Advances in Health Sciences Education* 1996;1(1)41-67.

CBAC este un curs longitudinal pe o perioadă lungă de timp. Acesta poate dura un semestru, un an sau, de obicei un număr de ani. Studenții se întâlnesc în mod regulat într-o grupă stabilă de 10-12 în fiecare săptămână, la fiecare două săptămâni sau fiecare trei săptămâni. Cursul este de sine-stătător. Aceasta înseamnă, că nu este integrat în alt curs sau bloc. Motivația este următoarea: ședințele CBAC pune accentul pe aplicarea cunoștințelor dobândite anterior și n-ar trebui să fie redusă la o „explicație clinică” a noțiunilor teoretice sau să stimuleze studenții a lucra numai pentru cursul teoretic. CBAC este o practică în meritul său propriu. Practica învață, că cursurile CBAC sunt într-adevăr evaluate de către studenți și deseori sunt motivate pentru a cerceta informația explicativă, câteodată chiar și informația nouă - în mod specific pentru studenții profesori - însă n-ar trebui să fie o parte secundară a altui curs.

Cazurile CBAC consistă într-un text preliminar, descriind cazul pacientului în modul în care este prezentat medicului. Ca o variantă, două cazuri cu prezentări analoage, dar cu diagnoze diferite pot fi prelucrate într-o ședință. În mod alternativ, un caz poate fi divizat în două ședințe. Partea inițială a cazului se poate afla în oficiul medicului de medicină generală, la serviciu de urgență, la policlinică etc. Această descriere continuă cu întrebări și însărcinări, cu furnizarea concluziilor, cu rezultatul examinării pacientului la momente stabilite, distribuită sau citită cu voce tare de către studenții profesori în timpul ședințelor la momentul potrivit. Cazul complet include cursul deplin al problemei de la prezentarea inițială la supravegherea după tratament. Deseori cazurile sunt concentrate pe stagiile-cheie a acestui curs. Descrierile cazurilor ar trebui să se refere la informația explicativă relevantă pato-fiziologică și la științele de bază (așa ca anatomia, biochimia, citologia, fiziologia) în timpul cazului.

### *Materiale de studiu*

Materialele de studiu includ:

- (a) un ghid general cu explicațiile regulilor și desfășurarea activităților în CBCR, despre procedurile evaluării, etc.
- (b) o „Versiune a studentului” a cazului CBAC la ședință
- (c) o „Versiune a studentului profesor (coordonator)” a cazului CBAC la ședință
- (d) o „Versiune completă a consultantului” a cazului CBAC la ședință
- (e) una sau două pagini de notă pentru toți studenții, cuprinzând toată informația despre pacient, ce este furnizată în decursul ședinței

(f) în alternativă, mai multe note pregătite de către studenții profesori.

(a), (b) și (f) sunt distribuite la toți studenții înaintea ședințelor, (e) - la sfârșitul fiecărei ședințe; (c) este distribuită numai la acei studenți, care vor fi studenți profesori în următoarele ședințe CBAC; (d) este distribuită numai profesorilor (adică consultantilor). Versiunea completă a consultantului cazului CBAC include răspunsurile în detaliu pentru toate întrebările (atât cât este necesar pentru un clinician non-expert), toate sugestiile și îndrumările pentru studenții profesori și toată informația despre pacient ce ar trebui să fie divulgată în timpul ședinței.

### *Studenții profesori (coordonatori)*

Versiunea studentului profesor al cazului CBAC include toată informația studentului, plus sugestiile pentru informația explicativă, însărcinările pentru prezentările succinte și toată informația despre pacient, pe care studenții profesori ar trebui să o divulge la momentele potrivite în timpul ședinței. La fiecare ședință, doi sau trei studenți din grupă joacă rolul de studenți profesori pentru colegii lor. Lista studenților de serviciu este făcută pentru fiecare grupă înainte de prima ședință. În așa fel orice student va fi de serviciu. Studenții profesori se comportă ca lideri ai ședinței de grupă, împărțind însărcinările și având consimțământul tuturor. Aceasta include prezidarea ședinței, cronometrarea timpului, furnizarea informației despre pacient din informația explicativă la momentele potrivite, citirea a mici prezentări de 5 minute a subiectelor relevante și pregătirea notelor suplimentare, dacă aceasta este considerat util. Câteodată, un joc de roluri (doctor-pacient) poate fi inclus în caz. Studenții profesori ar trebui să fie pregătiți profund pentru ședința lor.

Lista studenților de serviciu este alcătuită de (sau pentru) fiecare grupă înainte de prima ședință, asigurând oportunități egale pentru toți studenții. Ex., dacă avem grupe de 12, și semestrul include 10 ședințe, primele patru pot fi atribuite a 3 studenți profesori și ultimele șase a 2 studenți profesori. În așa mod, fiecare student ia rolul de student profesor de 2 ori. ( $12 \text{ studenți} = 24 \text{ schimburi de studenți profesori} = 4 \times 3 \text{ plus } 2 \times 6$  pentru 10 ședințe). Este important, ca studenții profesori să aibă mereu posibilitatea să colaboreze cu unul sau doi colegi. Într-un caz neobișnuit, când studentul profesor nu este prezent, ședința nu trebuie să fie anulată.

### *Evaluarea*

De obicei studenții și studenții profesori sunt evaluați de către consultant la fiecare ședință. Criteriile pentru evaluarea studentului sunt:

(a) pregătirea pentru ședință și (b) participarea activă în timpul ședinței. Studenții profesori sunt evaluați după (c) pregătirea lor (mai profundă) și (d) abilitatea lor în a conduce grupa.

Au fost aplicate câteva forme de evaluare (punctaj de la 0-1-2 din 0-1-2-3). Un model ce pare a fi util este următorul:

mai jos de expectativă		adecvat/expectativă satisfăcătoare		mai sus de expectativă		
4	5	6	7	8	9	10

Acest punctaj de la 4 la 10 este conform sistemului olandez de 10 puncte, considerând că punctajul mai jos de 4 nu este niciodată în practică.<sup>5</sup> De sigur, sistema de 7 puncte poate fi adaptată la litere sau alte numere (1-7) conform preferinței locale. O trăsătură importantă este punctajul mediu (7 și mai sus) pentru un student cu pregătire adecvată; 5 și 9 sunt punctaje neobișnuite și 4 și 10 ar trebui să fie punctaje foarte rare.

La sfârșitul cursului CBAC poate fi aplicat un examen. Acest examen poate fi o alegere de întrebări din cazurile cursului sau variante a acestor întrebări. Punctajul final poate fi completat cu punctajele de la ședințe plus punctajul de la examenul scris.

#### **Cine ar putea fi consultanți al CBAC-lui ?**

În general profesorii cursurilor CBAC sunt clinicieni sau profesori cu destule cunoștințe în îngrijirea pacientului. Fiecare grupă, de obicei, are același consultant pentru toate ședințele.

Din când în când, un medic clinician ocupat caută o înlocuire a unei ședințe, dar integrarea grupei personale ar trebui să fie stabilită din timp. Consultanții nu trebuie să fie experți în toate cazurile. Versiunea consultantului în ceea ce privește subiectul ar trebui să conțină destulă informație pentru a dirija grupa, dacă este necesar. Medicii stagiați în pregătirea medicală postuniversitară pentru specialitate pot fi angajați cu succes în calitate de consultanți ai CBAC -lui.

În Utrecht, studenții ultimului an (6-lea) câteodată pot lua rolul

<sup>5</sup> Ten Cate OThJ, Ter Braak EWTM, Frenkel J, Van de Pol A. De 4-tot-10 verwacht niveua schaal voor individuele beoordelingen. [The 4-to-10-expected-level scale for individual assessments (in Dutch) ]. Dutch Journal form Medical Education [in press].

de consultații, ca parte a cursului de predare în medicină. Aceasta se dovedește a fi un valoros supliment, dar nu trebuie să interfereze cu calitatea predării și este evaluat de către studenții anului doi în medicină.

### **Cerințe pentru sala de curs**

CBAC ar trebui să aibă loc într-o sală ce conține cel puțin o tablă sau un flip-chart. Un proiector de date, facilitățile computerului și un proiector fixat de plafon poate fi util pentru prezentările succinte ale studenților profesori, dar nu sunt indispensabile. Aranjarea scaunelor ar trebui să fie în așa mod, ca membrii grupei să aibă posibilitatea de a se vedea unul pe altul, adică mai bine în formă pătrată

### **Scrierea cazurilor CBAC**

Scrierea cazurilor CBAC cere o anumită abilitate și practică. Este important de a ține minte cum se desfășoară ședința CBAC -lui, în timp ce se scrie conținutul unei noi ședințe. Consultații competenți pot să beneficieze ca autori în urma experienței lor de predare.

În timp ce se face alegerea cazurilor pentru a fi incluse în cursul CBAC, este util de a lua în considerație următoarele:

- (1) Cazurile trebuie să fie caracteristic domeniilor. Aceasta duce la cazuri de diferite probleme medicale, ex., din domeniul (a) medicinei generale, (b) chirurgiei, neurologiei, pediatriei, ginecologiei/obstetricii, psihiatriei și (c) oftalmologiei, otorinolaringologiei, dermatologiei. Literele reprezintă o referire a cazurilor, de la mai multe (a) la mai puține (c).
- (2) Cazurile reprezintă probleme medicale importante, adică comune.
- (3) În plus, problemele rare pot fi incluse atunci, când ele reprezintă stări grave și ar trebui să fie tratate, adică n-ar trebui să fie omise.
- (4) Cazurile ar trebui să aibă valoare instructivă. Ele ar trebui să includă destulă "consistență" pentru a desfășura o ședință instructivă, preferând ambele atât cea clinică, cât și cea din domeniul disciplinei fundamentale aplicative.

Cazurile pot să provină de la cazurile pacienților reali. Multe cazuri CBCR au fost scrise de către medicii de medicină generală, dar orice clinician ar trebui să fie în stare a scrie cazuri, câteodată, până și oamenii de știință cu ajutorul clinicianului. Profesorii secției patofiziologice și patologice ar trebui să poată fi autori de cazuri la rândul lor.

Descrierea anexată este un model de a scrie un caz CBAC. Tot textul cu scriere evidențiată poate fi uzat ca un model real. Părțile ce nu sunt evidențiate dau de înțeles ce fel de text urmează.

### **Trei versiuni ale materialelor scrise**

Când pregătirea este într-adevăr pusă în funcțiune, sunt uzate trei versiuni de cazuri. O versiune completă este destinată consultanților. Aceasta conține toată informația.

A doua versiune este pentru studenții profesori. Ea este repartizată numai studenților profesori ai ședințelor particulare. Studenții profesori n-ar trebui să divulge informația lor altor studenți înainte de ședință. Versiunea dată conține toată informația, cu excepția celei ce se află sub titlul „Informație explicativă pentru consultant”.

Versiunea studentului pentru fiecare caz este distribuită tuturor studenților, în așa fel studenții profesori de asemenea vor avea această versiune. Versiunea respectivă nu conține informația de sub titlurile „Sugestii pentru studenții profesori și „Informația explicativă pentru consultant”. În schimb, ar trebui să fie lăsat spațiu după fiecare întrebare, pentru a permite de a lua note.

## **STRUCTURA CAZURILOR CBAC**

Th. J. ten Cate, prof. Universitatea Utrecht, prof. V.Vovc,  
conf. C. Hangan, USMF ”Nicolae Testemițanu”

### **Tot textul evidențiat este uzat pentru titlurile paragrafelor**

[notele și explicațiile sunt date în paranteze]

Această structură este un exemplu. Cazurile pot să varieze de la această structură, în dependență de conținutul cazului, de perspicacitatea autorului cazului și a preferințelor didactice

#### **Titlul:**

[Titlul CBAC de obicei este un rezumat foarte scurt al prezentării pacientului și întotdeauna include, *vârsta, genul și dereglarea sau problema principală*. Titlul n-ar trebui să fie: „Dispnee”. Poate fi: ”Un bărbat de 23 ani cu dispnee neașteptată”]

#### **Obiectivul și introducerea**

[Cazului îi poate fi dat un obiectiv. Cu toate acestea n-ar trebui să fie

divulgată informația esențială, ce trebuie să fie dedusă de către studenți în timpul elaborării cazului. Aceasta de asemenea poate fi considerată drept introducere. Ceea ce poate fi declarat aici, este frecvența sau epidemiologia tipului de probleme cu care se prezintă acest pacient.]

### **Pregătirea**

[Declarați aici ce trebuie să pregătească studenții pentru această ședință. Aceasta se poate raporta la cursurile anterioare sau la informații specifice, websites etc. Declarați de asemenea la care întrebări CBAC ar trebui să fie date răspunsuri înainte de ședință. De obicei acestea sunt toate întrebările, până când prima informație suplimentară despre pacient este furnizată de către studenții profesori. La ultima întrebare se poate da un răspuns teoretic.]

### **Stagiul I al Cazului CBAC: Prezentarea problemei pacientului**

[„Stagiul” este o perioadă de timp între două momente de furnizare a informației despre pacient. Stagiul I începe cu un text introductiv conținând de obicei de la 50 la 200 cuvinte, reprezentând istoria inițială a pacientului, întrebarea, plângerea și simptomele evidente înainte de a face anamneza. Este introdus de asemenea medicul, menționând materia de specialitate, funcția și localizarea. Ex., *„Sunteți un medic de medicină generală. Un băiat în vârstă de 15 ani, însoțit de mama sa, se prezintă în cabinetul d-stră dimineața, acuzând dureri violente la piciorul stâng, după un meci de fotbal, ce a avut loc ieri după masă. Victor n-a reușit să doarmă în timpul nopții, fiindcă piciorul său a declanșat o umflătură roșietică dureroasă.”* Informația despre pacient trebuie să fie întotdeauna tipărită cu caractere cursive.]

### **Întrebarea 1: Declarați cu cuvintele proprii care pare a fi problema principală**

[Această întrebare poate fi exprimată în mod divers, dar ar trebui să reflecte în mod tipic primele cugetări ale medicului]

### **Sugestii pentru studenții profesori**

[După fiecare întrebare sunt date una sau mai multe sugestii pentru studenții profesori. Acestea nu sunt tipărite în versiunea studenților. Ele de obicei nu divulgă răspunsul la întrebare, dar ajută studenții profesori să ghideze procesul grupei. Dacă întrebările sunt dificile, pot fi date consultații. Studenții profesori ar trebui mai întâi să asculte răspunsurile



studentilor grupei și numai atunci să reacționeze la răspunsurile date. Este important de a înțelege că toți studenții grupei trebuie să fie stimulați de a gândi mereu. Răspunsurile directe date de către studenții profesori sau de către consultant deseori blochează studenții de la participarea activă.]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[După orice întrebare este dată de asemenea „Informația explicativă pentru consultant”. Aceasta include răspunsul și câteodată variante a răspunsului la întrebare și detalii explicative. 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 nu ajută atât de mult la moment.]

**Întrebarea 2: Furnizați orice ipoteză ce aveți în acest moment despre patologie, cauza semnelor și simptoamelor clasificate în trei categorii (I – Probabilă, II - puțin probabilă, III – improbabilă, dar nu exclusă)**

[Înainte de a face anamneza, examenul fizic și investigațiile, argumentarea clinică este ghidată de ipoteze. Este o întrebare probă pentru a pregăti studenții să gândească cu ajutorul ipotezelor, și în același timp, să nu excludă cauzele improbabile]

### ***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studenții profesori trebuie să fie furnizați cu categorii generale a cauzelor]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții ar trebui să-și facă rost de o listă de ipoteze]

**Întrebarea 3: Acceptați toate ipotezele relevante și discutați cauza lor sau patologia la nivelul organului sau la un nivel mai detaliat. Există vre-o problemă din punctul de vedere anatomic, celular sau biochimic?**

***Sugestii pentru studenții profesori*** [Pot fi date consultații]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții ar trebui să aibă o serie de exemple recapitulate la nivelul patofiziologic]

#### **Întrebarea 4: Ce întrebări trebuie să fie adresate pentru a face deosebire între cele mai relevante ipoteze?**

##### **Sugestii pentru studenții profesori**

[Studenții profesori ar trebui să fie invitați să traseze o tabelă pe tablă sau pe un flip-chart.

Tabela arată în mod caracteristic în felul următor:

	[ipoteza 1]	[ipoteza 2]	[ipoteza 3]	[ipoteza 4]
Informație din anamneză a				
Informație din anamneză b				
Informație din anamneză c				
Informație din anamneză d				

Această tabelă stimulează studenții a gândi la întrebările pe care medicul trebuie să le adreseze. Care informație din anamneză este importantă pentru o anumită ipoteză? Având toate celulele din tabelă însemnate cu + și -, grupa poate să gândească și să afirme ce tip de informație va duce spre faptul de a susține sau a respinge diferitele ipoteze. Tabela poate fi mai întâi completată cu ipoteze generate în urma Întrebării 3. După aceasta, sugestii posibile din anamneza pacientului ar trebui să fie enumerate în coloana stângă. În mod alternativ, autorul cazului poate furniza profesorului examinator o serie de posibile elemente informative din anamneză.

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

[Consultanții ar trebui să primească un model deplin de tabelă completată de către autorul cazului]

##### **Stagiul II: Sunt furnizate rezultatele din anamneză**

[Studenții profesori furnizează rezultatele din anamneză. Această informație este tipărită pe fișa pentru notă. De obicei este destul ca

studentii profesori să citească informația. Nota poate fi furnizată la sfârșitul ședinței împreună cu altă informație despre pacient. Dacă informația din anamneză este foarte lungă, poate fi util de a furniza o notă posibilă la acest stadiu în timpul ședinței. O pauză pentru lectură este necesară.

Studentii profesori găsesc informația în descrierea lor a cazului CBAC. O organizare uniformă a textului cere ca informația despre pacient să fie tipărită cu caractere cursive.)

**Întrebarea 5: Care părți a examenului fizic sunt necesare pentru a exclude vre-o improbabilă, dar importantă ipoteză. Care examene sunt necesare pentru a confirma cele mai probabile ipoteze și a le distinge dintre altele?**

***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studentii profesori pot să traseze o tabelă analoagă cu cea din Întrebarea 4, sau să extindă tabela în partea de jos pentru a include examenul fizic]

**Informație suplimentară pentru consultant**

[În același mod ca în Întrebarea 5]

**Stagiul III: Sunt furnizate rezultatele examenului fizic**

[Studentii profesori citesc cu voce tare concluziile examenului fizic sau, dacă este necesar, din cauza lungimii textului, notează această informație (textul cursiv). Aceasta poate da o imagine totală a concluziilor examenului fizic, sau poate da numai un rezultat focalizat al examenului fizic. O anumită informație nouă a examenului fizic poate fi furnizată mai târziu în dependență de caz, dacă pare a fi necesar de a completa examinarea fizică la un stadiu ulterior]

**Întrebarea 6: Ce ipoteze rămân acum, ca o diagnostică diferențială să fie cercetată ulterior?**

***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studentii profesori cercetează toate ipotezele inițiale și confirmă acele care sunt lăsate în suspensie pentru a fi studiate]

**Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții primesc o listă succintă a ipotezelor]

**Întrebarea 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 diagnozele restante?**

***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studenții pot avea sau nu multe cunoștințe despre procedurile diagnostice în dependență de stagiul programului lor de studiu. Până și studenții cu cunoștințe științifice elementare de bază trebuie să fie în stare de a presupune care este problema la nivelul fizic și cum ar putea să o depisteze]

**Informație suplimentară pentru consultant**

[O enumerare a răspunsurilor este furnizată consultantului]

**O prezentare succintă de către unul dintre studenții profesori**

[Aici, studenții profesori fac o prezentare explicativă succintă a tablourilor patologic sau patofiziologic după cum a fost stabilit de către autorul cazului, după ce studenții au răspuns la întrebarea 7.]

**Întrebarea 8: Încercați să evaluați cât ar costa investigația pentru pacient și pentru spital din punct de vedere al cheltuielilor.**

[Această întrebare este facultativă și se referă la prepararea studenților în luarea deciziei din diferite perspective nu numai pur medicale]

***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studenții profesori pot fi îndrumați să consulte literatura]

**Informație suplimentară pentru consultant**

[Dați informația recapitulată consultantului]

**Stagiul IV Sunt furnizate rezultatele testului diagnostic**

[Studenții profesori citesc cu voce tare concluziile tuturor testelor diagnostice sau, dacă este necesar din cauza lungimii, notează această informație (textul cursiv). În dependență de caz unele rezultate noi ale testului diagnostic avansat vor fi furnizate mai târziu, dacă rezultă a fi necesar de a face cercetări ulterioare în stagiul următor]

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

### ***Sugestii pentru Studenții profesori***

[Studenții profesori pot încerca să discute specificitatea și sensibilitatea acestor teste diagnostice; sugestiile îi pot ghida să procedeze în modul respectiv]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții sunt furnizați cu răspunsuri bazate pe evidență, dacă este posibil]

### **Întrebarea 10: Ce diagnoză prevalează acum?**

### ***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studenții profesori nu necesită multe sugestii aici]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții ar trebui să fie furnizați cu răspuns, câteodată cu argumentări]

### **Întrebarea 11: Ce terapie sau metodă de tratament sunt acum indicate date aceste diagnoze și circumstanțe? Care este pronosticul fiind pacientul tratat? Care este pronosticul, dacă pacientul nu poate fi tratat?**

### ***Sugestii pentru studenții profesori***

[Studenții profesori trebuie să fie aprovizionați cu referințe la literatura științifică relevantă]

### **Informație suplimentară pentru consultant**

[Consultanții sunt aprovizionați cu răspunsurile corecte]

### **Prezentare succintă de către unul dintre studenții profesori**

[Unul dintre studenții profesori face o prezentare succintă despre opțiunile relevante de terapie, cu voturile fiecărei opțiuni]

**Joc de roluri** Informația despre terapia reclamată sau sugerată este comunicată pacientului. Unul dintre studenți este medic, unul dintre studenții profesori joacă rolul pacientului. Încercați să explicați cauza bolii într-un limbaj clar cu cuvinte inteligibile. Ceilalți studenți ascultă și pot să-și spună opiniile mai târziu.

## **Stagiul V – Este furnizată informația despre rezultatele metodei terapeutice**

[Studentii profesori citesc cu voce tare terapia aplicată și efectele ei asupra stării pacientului pe o perioadă de timp. Cazul CBCR poate continua în dependență de o situație neobișnuită și obiectivul didactic, dacă terapia este urmată de o prezentare repetată a pacientului]

### **Întrebarea 12: Unul dintre studenții grupei recapitulează cazul în întregime în mod cronologic în timp de câteva minute**

[Această întrebare urmează scopul de a pregăti studentul pentru recapitularea cazurilor într-un mod eficient, deoarece ei vor trebui deseori să facă aceasta în anii desfășurării activității lor. Aceasta de asemenea constrânge studenții de a păstra atenția pe toată durata ședinței]

## **EXEMPLU DE PROBLEMĂ PENTRU METODA INSTRUIRE PRIN ANALIZA CAZULUI CLINIC**

**(autor - prof. Theodorus ten Cate, Universitatea Utrecht)**

### **O femeie în vârstă de 35 ani cu dureri lombare**

VARIANTA COMPLETĂ PENTRU CONSULTANT

#### **Introducere**

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

#### **Obiectivul cazului CBCR**

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

#### **Referințe suplimentare**

- Roland M, van Tulder MW. Should radiologists change the way they report plain radiographs of the spine? *Lancet* 1998;352:229-230.
- Waddell G. A New Clinical Model for the treatment of Low-Back Pain. *Spine* 1987;12(7):632-44.
- 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]
- Smeele IJM et al. NHG-Standaard *Lumbosacraal radiculair syndroom (M55)*. In: NHG-Standaarden [General Practitioner's Standard on Lumbo-sacral radicular syndrome]
- 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.
- Van der Meer and Van 't Laar. Anamnese en lichamelijk onderzoek [History and physical examination]. Elsevier, 2004
- Zonneveld, *Het neurologisch onderzoek (The neurological examination)* 1998. Serie Lege Artis. Uitgeverij Bunge

### ***În cabinetul medicului***

*Sunteți un medic de medicină generală într-un oraș de mărime medie. O femeie în vârstă de 35 ani, dna Latifa, vine pentru o consultație medicală în timpul orarului de primire. Ea acuză o teribilă durere lombară. Are dureri atât de intense, încât rugă de la început să fie examinată acasă. Persoana de la recepție o convinge să vină în cabinetul dstră. Intră în cameră clătănându-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 profesori**

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

### **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 profesori citește *Nota(1)*. Un alt student profesor adaugă datele cele mai importante la lista potențialelor necesități de tratament pe tablă. Necesitățile sugerate anterior, care nu pot fi atribuite acestui pacient, sunt omise. Textul Notei (1) va fi repartizat la sfârșitul reuniunii.

---

#### **Notă (1)**

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

---

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

#### **Sugestii pentru studenții profesori**

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

## **Nota (2)**

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

---

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

### **Sugestii pentru studentii profesori**

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

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

### **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 studentii profesori**

Alcătuiți o listă a sugestiilor potențiale expuse de către grupă. Stabiliți cu

colegii-studenți care sugestia 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 profesori citește concluziile examenului fizic din *Nota (3)*. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă.

---

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

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

---

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

#### **Sugestii pentru studenții profesori**

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

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 profesori**

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 profesori**

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 profesori**

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 profesori**

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 înfăptui 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 simptomelor 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 profesori**

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 înfăptui „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.

# EXEMPLU DE PROBLEMĂ PENTRU METODA INSTRUIRE PRIN ANALIZA CAZULUI CLINIC

(autor – d.ș.m., Vasile Musteață, USMF „Nicolea Testemițanu”)

## 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 întâlnit, care poate rezulta din diferite patologii: bolile dentare și ale gingiilor, amiloidoza, dereglările hemostazei vasculo-trombotice și ale coagulării, procesele neoplazice ale sistemului hematopoietic, metastazele de cancer în maduva osoasă, etc. Hemostaza fiziologică este asigurată de interacțiunea a 3 componente structural-funcționale: vascular, trombocitar și plasmatic (sistemul de coagulare, fibrinoliză, etc.). Concomitent cu instalarea trombului primar trombocitar începe 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 hemartrozelor și hematoamelor. Trombocitopeniile pot fi subdivizate în 3 grupe: trombocitopeniile ca rezultat al subproducerii trombocitelor (anemia aplastică acută, neoplazii maligne cu afectarea măduvei osoase, etc.), trombocitopeniile cauzate de 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:**

- American Society of Hematology Self-Assessment Program. 2<sup>nd</sup> Edition. Massachusetts: Blackwell Publishing, 2005.
- Corcimaru I. Hematologie clinică. Chișinău: CEP Medicină, 2001.
- Kosmidis P.A., Schrijvers D., André F., Rottey S. Handbook of oncological emergencies. London and New York: Taylor & Francis Group, 2005.
- Lee R.G., Foerster J., Lukens J. et al. Wintrobe's Clinical Hematology. 10<sup>th</sup> Edition. Baltimore: Lippincot Williams Wilkins, 1999; 2.
- Pazdur R. et al. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 8<sup>th</sup> Edition. New York: CMP Healthcare Media, 2004.
- Păun R. Tratat de Medicină Internă. Hematologie. Partea a II-a. București: Editura Medicală, 1999.
- Браунвальд Е., Иссельбахер К.Дж., Петерсдорф Р.Г. и др. Внутренние болезни. Москва: Медицина, 1994.
- Волкова М.А. Клиническая онкогематология. Москва, 2001.
- 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 vîrstă de 35 ani, absolvent al facultății universitare de chimie, se prezintă după trimiterea persoanei de la recepție în biroul Dumneavoastră din spital acuzînd: hemoragii gingivale după spălarea dinților, astenie, fatigabilitate, febră periodică. Febra intermitentă și gingivoragiile au apărut o lună în urmă, fiind asociate ulterior de astenie și scăderea capacității de muncă. Ultimele 3 luni Dl Adrian activează în calitate de manager și distribuitor într-o companie din industrie chimică locală și ține la postura nouă de lucru. El întreține financiar familia. Dumneavoastră sunteți vecinul pacientului, fiind la current cu*

problemele lui dentare, care i-ai impus de multe ori sa apeleze la asistenta stomatologului.

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

### **Sugestii pentru studenți profesori**

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** TC  
"Achtergrondinformatie voor consulent" \ 3 }

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

### Nota (1)

*DL 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 hemorgiile 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 profesori

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 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** { TC  
"Achtergrondinformatie voor consulent" \ 3 }

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 gingivoragia spontană sau indusă?
- Are pacientul gingivoragii izolate sau sindromul hemoragic este extins (echimoze, etc.)?

- Pacientul trebuie a fi întrebat despre durata, intensitatea și ritmul zilnic al gingivoragiilor?
  - A avut oare pacientul anterior traume gingivale, dentalgii sau clătinaarea dinților?
  - Poate el a se alimenta în pofida hemoragiilor gingivale (gingivoragiile pot să se intensifice în timpul alimentației, etc.)?
- Întrebările suplimentare:
- Are pacientul predispoziție către patologia infecțioasă?
  - A avut oare pacientul contact cu substanțe toxice la locul de lucru?
  - Ar putea pacientul să observe apariția nodulilor sau tumefacțiilor pe corp?
  - A primit anterior pacientul o medicație oarecare?
  - Dacă este asociat sindromul hemoragic cu palpitații cardiace, febră, astenie, hematurie, epistaxis, cefalee, sau dereglări vizuale?

### **Informație nouă despre pacient**

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

### **Nota (2)**

*Pe parcursul ultimelor 2 zile gingivoragiile se declanșează aproape spontan. Adesea reapar echimoze și peteșii pe corp. Gingivoragiile durează aproximativ o jumătate de oră după debut. Hemoragiile din cavitatea bucală se intensifică în timpul alimentației, ce prezintă disconfort pentru pacient. El nu indică traume recente ale gingiilor, dentalgie sau tumefacții pe corp. Hemoragiile sunt asociate cu febra intermitentă și palpitații cardiace. Febra atinge 38°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 profesori

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

- Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă.
- Parodontoza / gingivita.
- Trombocitopenia autoimună.
- Trombocitopenia heteroimună (indusă de medicamente).
- Trombocitopenia.
- Deficitul vitaminei C.
- Amiloidoza.

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

**Informație suplimentară pentru consultant** { TC  
"Achtergrondinformatie voor consulent" \1 3 }

Nu sunt excluse:

- Anemia aplastică acută.
- Leucemia acută.
- Leucemia limfocitară cronică, complicată de trombocitopenie metaplastică și autoimună.

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 profesori

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.

## Diagnosticul diferențial

Diagnosticul	Datele anamnestice și simptomele clinice											Deregări din partea părului și a mucoaselor			
	Debutul din fragedă copilărie	Utilizarea sistematică a anumitor remedii	Manifestările dispeptice	Abdominalgii	Vome repetate și anorexia	Pierderea ponderală	Febra intermitentă	Astenia de lungă durată	Apariția nodurilor sau tumefacțiilor pe corp	Ulcerațiile sau tumefecțiile gingivale	Clătănarea dinților		Dentațiile	Edeeme	Hipo- sau hipertensiunea arterială
Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă															
Parodontoză / gingivita															
Trombocitopenia autoimună															
Trombocitopenia heteroimună															
Trombocitopenia ereditară															
Trombocitopenia dobândită															
Deficitul vitaminei C															
Amiloidoză															

### **Informație suplimentară pentru consultant**

{ TC "Achtergrondinformatie voor de consulent" \ 3 }

Examenul fizic trebuie să include cel puțin:

- Inspecția orofaringelui.
- Inspecția pielii.
- 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 profesori citește concluziile examenului fizic din Nota 3. Un alt student profesor scrie cele mai importante subiecte pe tablă. Textul va fi distribuit la sfârșitul ședinței.

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

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

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

### **Sugestii pentru studenți profesori**

Prin analiza anamnezei bolii Dumneavoastră ați exclus unele cauze specifice și nespecifice ale gingivoragiilor și echimozelor. Rezultatele examenului fizic confirmă aceste excluderi. 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 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 profesori**

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:

- analiza sângelui periferic (determinarea celulelor blastice)
- puncția (majorarea celulelor blastice peste 20 %) și biopsia osteomedulară
- examinarea citochimică a aspiratului osteomedular
- imunofenotipajul prin FACS utilizând anticorpii monoclonali direcționați la antigeni specifici pentru leucemia acută
- analiza citogenetică a celulelor blastice din sângele periferic și măduva osoasă



- 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 pîna la prezentare de unul dintre studenții profesori.

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

### **Sugestii pentru studenți profesori**

**Tabelul 2**

#### **Diagnosticul diferențial**

Diagnosticul	Teste diagnostice				
	Analiza generală a sîngelui	Biopsia osteomedulară	Puncția osteomedulară	Fibrogastroduodenoscopia + biopsia tumorii	Testul la anticorpi antinucleari
Anemia aplastică acută	+	+	-	-	-
Leucemia limfocitară cronică, complicată de trombocitopenie metaplastică și autoimună	+	+	-	-	+
Metastazele adenocarcinomului gastric în măduva osoasă	-	+	+	+	-

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

### **Sugestii pentru studenți profesori**

În cadrul prezentării trebuie să discutați:

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

Răspundeți la întrebările diagnostice referitoare la sindrom hemoragic.

Literatura utilă include:

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

### **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 profesori**

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

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

*Datele examinării sângelui periferic sunt:*

Hemoglobina - 95.0 g/l;

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

Leucocite -  $87.3 \times 10^9/l$ ;

Trombocite -  $5,0 \times 10^9/l$ .

Microscopia frotiului sanguin:

Anizocitoza eritrocitelor.

Cîteva trombocite normale sunt prezente.

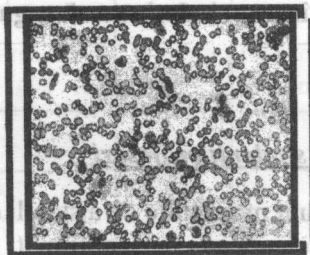
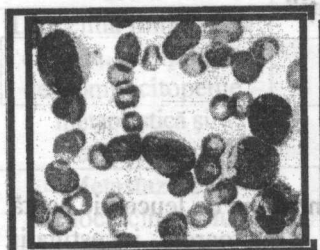
Leucoformula: celule blastice - 75%, neutrofile segmente - 20%, eozinofile - 5%.

LDG - 272 IU/l;

Coagulograma - în normă;

Probele funcționale hepatice și renale sunt în limitele normei.

*Frotiurile sângelui periferic:*



*Datele examinării aspiratului măduvei osoase:*

Măduva osoasă este hipercelulară.

Seria eritocitară - 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%);

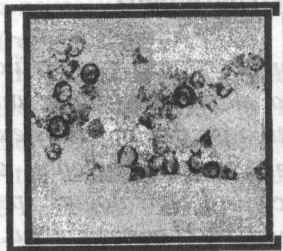
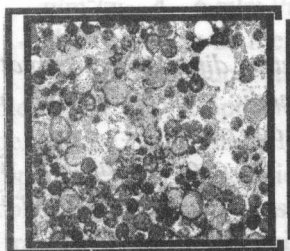
Rata monocitelor și promonocitelor constituie 24%. Se vizualizează megacariocite normale unice.

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? Stăruieți-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 profesor)**

*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 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 finalmenté 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 profesori**

• Tineți 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  $12 \text{ mg/m}^2/\text{zi}$  – 3 zile + Cytosine arabinoside  $100 \text{ mg/m}^2/\text{zi}$  prin infuzie continuă – 7 zile;
- Chimioterapia de consolidare: doze înalte de Cytosine arabinoside  $1 - 3 \text{ g/m}^2/\text{zi}$  – 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 profesori***

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

### **Informație nouă despre pacient**

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

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

*În pofida prezenței unor factori prognostical nefavorabili la stabilirea diagnosticului, 2 cicluri de polichimioterapie de inducere cu Ara-C + Idarubicin au rezultat în atingerea remisiunii complete la pacientul cu leucemia acută M4. Transfuziile plachetare și medicația hemostatică în timpul chimioterapiei au stopat sindromul hemoragic, ieșind, 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 sângelui 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 patologiile 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 mielomonoblastică 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.**