

diagnostic și de tratament în colecistite acute complicate prin icter mecanic. La 47,6% de bolnavi cu coledocolitiază s-a reușit rezolvarea numai prin metode endoscopice. Intervențiile miniinvasive, efectuate sub control radiologic și endoscopic, sunt considerate metode de elecție la etapa inițială de tratament al pacienților.

Summary

The outcomes of treatment were analyzed in 231 patients aged 21 to 72 years who had mechanical jaundice of nontumor genesis. The optimum algorithm of its diagnosis and treatment using the currently available methods is proposed. The wide introduction of the latest diagnostic and endoscopic techniques into clinical practice has drastically changed the diagnostic and treatment policy in mechanical jaundice of nontumor genesis. The analysis has indicated that in 47,6 % of the patients with choledocholithiasis, jaundice could be eliminated by using only endoscopic techniques. The combined and traditional surgical tactics is indicated if it is impossible to use endoscopic techniques. Analyzing the outcomes of operations using low-invasive procedures performed under X-ray television and endoscopic guidance allows one to consider them to be the method of choice at the early stages of treatment of patients.

URGENTE ȘI SINDROMUL ALGIC ÎN ONCOLOGIE

Nicolae Ghidirim, Gheorghe Țîbîrnă, Gurie Coșciug,
USMF „N. Testemițanu, IMSP Institutul Oncologic din Moldova

Pe parcursul a 35 ani, colaboratorii catedrei Hematologie și Oncologie a USMF „N. Testemițanu” au tratat peste 30000 de pacienți oncologici, acumulând o experiență bogată în depistarea și tratamentul diferitor situații urgente, inclusiv sindromul algic.

În maladiile oncologice adeseori se creează situații clinice de urgență, provocate de perturbările anatomice, metabolice și imunologice. Aceste complicații apar ca rezultat al evoluției tumorii sau în urma reacțiilor nedorite ale tratamentului.

1. Complicații ce apar pe parcursul evoluției tumorii:

a) invazia locoregională, ce se manifestă prin:

- sindroame obstructive;
- sindroame de compresiune;
- hemoragii.

b) metastazarea la distanță:

- fracturi osoase;
- compresie medulară;
- hipertensiune intracraniană etc.

c) acțiunea produșilor tumorali:

- sindrom de hipervâscozitate în mielomul multiplu;
- diabetul insipid în cancerul pulmonar microcelular (sindrom paraneoplazic).

2. Complicații care apar ca reacții nedorite în urma tratamentului:

a) citostatic:

- pancitopenie;
- cistită necrotizantă;
- insuficiență renală acută;
- reacții de hipersensibilizare.

b) radioterapeutic:

- cistită hemoragică;

- dermatite;
- fistule esotraheale etc.

Situațiile de urgență necesită, de regulă, tratament medicamentos simptomatic și psihoterapie efectuat de medicul oncolog curant.

I. Urgențe respiratorii

1. Dispneea.

Dispneea poate surveni drept rezultat al evoluției tumorii ca atare sau poate fi un simptom al maladiei asociate (bronhopneumonie obstructivă cronică). În stadiile terminale dispneea este ireversibilă.

Cel mai frecvent dispneea este un simptom al cancerului bronhopulmonar, provocat de:

- pleurezie;
- infecție secundară;
- obstrucție bronhială cu atelectazie;
- pericardită cu insuficiență cardiacă;
- embolie pulmonară.

Pentru ameliorarea respirației se recomandă schimbarea poziției bolnavului cu administrarea oxigenului prin inhalare, codeină sau chiar morfină inițial în doze de 20–40 mg/z p.o., apoi intravenos.

În caz de obstrucție se aplică radioterapie sau chimioterapie paliativă.

2. Sindromul venei cava superioare (cava sindrom).

Sindromul venei cava superioare în 87-97% din cazuri se instalează în cancerul bronhopulmonar cu metastaze în mediastin și este rezultatul compresiei venei respective. Se mai întâlnește acest sindrom în limfoame mediastinale, în metastazarea cancerului (de sân, testicul), în compresia extrinsecă, gușă tiroidiană, sarcoidoză (cu sediu mediastinal).

Simptome:

- edem facial al regiunii cervicale și dilatarea venelor superficiale la același nivel, inclusiv a brațului;
- eritem facial cu ten stacogiu;
- cefalee;
- amețeală;
- dureri în piept;
- disfagie;
- tuse;
- voce răgușită.

Diagnosticul se face în baza examenului clinic. Pentru confirmare se efectuează radiografia cutiei toracice, bronhoscopia, venografia cu izotopi radioactivi. Examenul computer tomografie și imagistică în rezonanță magnetică nucleară nu sunt aplicate pe larg din cauza stării grave a pacientului.

Tratamentul paliativ al sindromului venei cava superioare include mai multe măsuri în funcție de etiologia sindromului:

- radioterapie;
- chimioterapie;
- anticoagulante;
- trombolitice;
- proteze de înlocuire;
- angioplastie.

3. Tusea.

- Se întâlnește în cancerul central bronhopulmonar sau în „centralizarea” celui periferic:
- pneumonie;

– fistule bronhoesofagiene.

Pentru combaterea tusei se va înlătura pe cât este posibil cauza, se vor administra Codeina sau chiar Morfina p.o.

În tuse severă se aplică radioterapia paliativă.

4. *Pleurezia se întâlnește în:*

- mezoteliom pleural;
- metastaze pulmonare;
- metastaze în ganglionii mediastinali.

Simptomele caracteristice:

- dispnee;
- dureri.

Diagnosticul este pus în baza examenelor clinic, radiologic, ecografic. Tratamentul este paliativ – se aplică drenaj tubular cu cateter simplu pentru evacuarea lichidului, după care se administrează Bleomicină intrapleural.

5. *Hemoptizie.*

Se întâlnește în cancerul pulmonar, adeseori ca primul simptom. Nu este periculoasă ca pierdere de sânge, dar este îngrijorătoare ca simptom de recidivă sau distrucție a tumorii la un stadiu avansat. Se aplică radioterapia paliativă, brahiterapia endobronșică.

II. Urgențe metabolice

1. *Hipercalcemia* (10–20% frecvență în cancere).

Se instalează în:

- mielom;
- limfom;
- cancer pulmonar;
- cancer renal;
- cancere ale regiunii capului și gâtului;
- cancer de prostată.

Simptome clinice:

a) sistemul nervos:

- miopatie;
- tulburări psihice;
- oboseală;
- slăbiciune fizică;
- hipotonie.

b) sistemul gastrointestinal:

- greață;
- vomă;
- constipație;
- dispepsie.

c) sistemul cardiovascular:

- aritmii;
- bradicardie;
- modificări în ECG.

d) Simptome generale:

- scădere ponderală;
- prurit;
- anorexie;
- semne de deshidratare.

Tratamentul hipercalcemiei se efectuează în concordanță cu semnele clinice. Dacă nivelul de calciu seric depășește 12/mg/dl, se va face tratament în condiții spitalicești:

- perfuzie cu ser fiziologic
- corticosteroizi
- calcitonină
- Nitrat de caliu

2. *Sindrom de liză tumorală.*

Sindromul de liză tumorală în cele mai frecvente cazuri este provocat de tratamentul cu citostatice, drept rezultat al căruia în circulația sangvină este deversată o cantitate mare de conținut intracelular în timp scurt. Poate să apară și după radioterapie sau tratamentul cu glucocorticoizi.

Semne clinice:

- hiperpotasemie;
- hiperuricemie;
- hipocalcemie;
- insuficiență renală;
- hiperfosfatemie.

Tratamentul constă în corecția electrolitică, hidratare, hemodializă.

3. *Hipoglicemie.*

Apare în tumori care secretă substanțe insulin-like:

- fibromioame;
- leiomiomiomiame;
- rabdomiosarcomuri;
- liposarcomuri;
- mezoteliomiomiame, insulinomiomiame.

Hipoglicemia se depistează prin triadă Whipple: hipoglicemie, glucoza serică scăzută mai jos de 40 mg/l, normalizarea glucozei după corecție.

Semnele hipoglicemiei:

- astenie;
- amețelă;
- greață;
- senzație de foame;
- tahicardie;
- cefalee;
- tulburări de vedere, confuzie, agitație;
- nervozitate;

Semnele sunt pronunțate până la masă și se atenuază sau dispar după alimentare.

Fără tratament se poate instala coma hipoglicemică. Tratamentul hipoglicemiei constă în administrarea sol. 50% Glucozae i.v. În hipoglicemia severă și avansată se vor administra corticosteroizi și Glucagon.

III. Urgențe urologice

1. Obstrucție ureterală sau de uretră.

În cancerul de prostată, de colon, cancerul ovarian, renal, în melanomul malign, sarcom, limfoame are loc obstrucția ureterelor sau uretrei cu mase tumorale voluminoase sau prin compresii extrinseci ale ganglionilor retroperitoneali metastatici.

Semnele clinice și diagnosticul:

- dureri și o masă tumorală în abdomen;
- edem al membrului inferior;
- retenție de urină (oligoanurie);
- ecografie;
- urografie intravenoasă;
- pielografie retrogradă;
- scanografie (TC).

IV. Urgențe hematologice.

1. Anemia.

Anemia la pacienții oncologici se poate instala din mai multe cauze:

- în urma hemoragiilor, dereglării funcției hematopoietice, drept consecință a tratamentului chimio- sau radioterapeutic;
- în patologiile cronice asociate;
- la afectarea canceroasă a măduvei osoase;
- la acțiunea inhibitorilor eritropoiezei.

Anemia prezintă simptome când se ajunge la valori ale hematocritului sub 24% și ale hemoglobinei sub 8 mg/dl. Pacienții acuză slăbiciune, disconfort, oboseală fizică, cefalee. Se recomandă transfuzii de masă eritrocitară.

2. Trombocitopenia.

Cauzele sunt aceleași ca ale anemiei + sechestrarea splinei. Semnele clinice constau în apariția peteșiilor, echimozelor. La scăderea trombocitelor sub 10000/mm³ pot avea loc accidente cerebrale, hemoragii ireversibile. Se recomandă transfuzie de masă plachetară.

3. Tulburarea funcției de coagulare.

Cauzele hipercoagulabilității în cancer sunt diverse:

- creșterea fibrinogenului;
- trombocitoza.

Clinic creșterea coagulabilității se manifestă prin sindromul Trousseau (tromboflebite migratorii), endocardite aseptice.

Hipercoagularea însoțește mai frecvent cancerele de sân, prostată, plămân, ovare, pancreas, leucemii acute, adenocarcinoame.

Tratamentul:

- heparină;
- anticoagulante;
- tratamentul tumorii primare.

4. Riscul de infecție.

Cancerul, indiferent de tip și localizare, duce la imunodeficiență, în urma căreia crește riscul de infecție. Infecțiile diseminează în scurt timp și pot duce la șoc infecțios.

Manifestările clinice ale infecției:

- febra (mai mare de 38,5%). Febra mai poate fi un simptom al maladiei canceroase ca atare (cancer bronhopulmonar, hepatic), o reacție la administrarea unor citostatice. Pentru pacienții cu febră (imunosupresie) de origine infecțioasă se recomandă antibioticoterapie de spectru larg:

- Carbenicilina + Gentamicină;
- Cefalosporină;
- Carbapeneme (cefalosporină de generația a IV-a);
- Acyclovir (pentru infecții cu Herpes Zoster);
- măsuri de stimulare a stării imune a organismului;
- respectarea strictă a igienei individuale și spitalicești.

5. Probleme clinice speciale.

a) Obstrucția căilor aeriene în cancerul laringian necesită traheotomie de urgență, corticoterapie;

b) Rupturile vasculare prin invazie tumorală sunt rapide și adeseori fatale. Necesită aplicarea ligaturilor sau suturarea vaselor. În practica noastră am efectuat tamponada vaselor (art. Carotidă internă și externă) cu mușchiul sternocleidomastoidian.

c) Ocluzia intestinală care poate fi cauzată de:

- evoluția tumorală;
- efectele secundare ale tratamentului;
- constipația severă.

Necesită intervenții chirurgicale de urgență (menajarea ileostomei sau colostomei) atunci când pacientul are un statut fiziologic favorabil, se poate înlătura ușor cauza obstrucției, pacientul dorește să înfăptuiască intervenția chirurgicală radicală.

d) Reacție psihotică acută.

Apare frecvent la pacienții alcoolici, mai ales la ieșirea din narcoză. Se va administra o doză inițială de Amobarbital (250 mg i/m) sau 1,5-5 mg de Haloperidol.

Sindromul algic în cancer

Durerea este un simptom destul de frecvent în cancer (50–80%) cu o diversitate impunătoare ca localizare, intensitate, durată și calitate. Mai frecvent se întâlnește:

- în cancerul oaselor, esofagian, pancreatic – > 80% pacienți;
- în cancerul de prostată, sân, plămân, stomac, uter, ovar, ficat – 70–80%;
- în cancerul renal, colon, creier, orofaringe – 60–70%;
- limfoame, leucemii – 50–60%;

În stadiile avansate procentul durerilor crește și se schimbă calitativ.

- durerea este absolut subiectivă, doar pacientul o simte și o descrie;
- durerea nu este doar un simptom fizic, ea include, mai ales, aspecte psihice.

Anatomia durerii

- Durerea se transmite și se percepe prin 3 segmente:
- segment de recepție, care cuprinde receptori somatici și viscerali, denumiți receptori noxici (nocireceptori);
- segment de conducere (căi nervoase aferente de conducere);
- segment central (centrul durerii al SNC).

Cauzele principale de dezvoltare a sindromului algic în cancer

I. Dureri primare în legătură cu progresia tumorală:

- compresia structurilor nervoase (trunchi, plex, radix ș.a.) de către tumoarea primară sau metastaze;
- infiltrarea și distrucția structurilor nervoase cu excitarea terminațiilor nervoase senzoriale;
- infiltrarea, distrucția, compresia, extensia țesuturilor cu o inervație abundentă;
- compresia, extensia, distrucția organelor cavitare (tractul gastrointestinal, căile urinare etc.);
- ocluzia sau compresia vaselor sangvine;
- obstrucția sau compresia vaselor limfatice (limfostază).

II. Dureri secundare în legătură cu complicațiile procesului tumoral:

- fracturi patologice (membrele, coloana vertebrală);
- necroza tumorii cu inflamație, infectare, formarea ulcerelor.

III. Dureri iatrogene în legătură cu tratamentul antitumoral:

1. Sindrom algic postchirurgical:

a) Sindrom algic posttoracotomic – apare la 1-2 luni după toracotomie în urma lezării nervilor intercostali.

În regiunea cicatricei se observă zone de parestezie și hiperestezie se înregistrează dureri cu caracter de arsură.

2. Sindrom algic după mastectomie – apare peste 4–6 săptămâni după operație. Se manifestă prin:

- dureri surde, compresive în partea interioară a brațului, fosa axilară, suprafața anterioară a cutiei toracice (lezarea nervilor intercostali și cutanați);
- senzația de “frig” la mână;
- limfostază;

- durerile după mastectomie nu indică în mod obligator o recidivă;
- după un timp îndelungat se poate dezvolta contractură și mioatrofie.

3. Sindromul algic după operațiile cap și gât se întâlnește mai rar decât în cele două cazuri menționate mai sus.

Pacienții acuză dureri:

– în partea lateroanterioară a gâtului, în mandibulă, maxilă, ureche, regiunea frontală și temporală;

– durerea adesea are un caracter acut, lancinant, nevralgic, extenuant, cu o eficiență redusă sau nulă a tratamentului antialgic.

4. Sindromul algic după amputație:

- în bontul amputațional;
- dureri-fantomă.

Tratamentul sindromului algic postoperator:

– Se stabilește cu exactitate (în măsura posibilităților) originea durerii.

– Pentru jugularea componentei somatice a durerii se utilizează: analgetice, spasmolitice, diuretice (în limfostază), fizioterapie (dacă nu este contraindicată).

– În cazurile de compresiune a nervilor periferici: blocajul nervilor cu lidocaină, corticosteroizi.

– Dacă durerile sunt de tip aferent, se administrează corticosteroizi, blocajul nervilor, antidepresive, anticonvulsive, în cazuri grave se recurge la intervenții neurochirurgicale.

IV. Sindrom algic postchimioterapeutic

Sindromul algic postchimioterapeutic prezintă dificultăți diagnostice din cauza efectelor toxice secundare provocate de citostatice, cum ar fi: (Vincristina, Cisplatina, Vinblastina), ce se manifestă prin neuropatii periferice:

- pseudoreumatism steroid;
- dureri sub formă de mialgii, nevralgii, artralgii;
- necroze aseptice ale capului de femur sau humerus;
- mucozite: apar ulceratii, stomatite pe mucoasele cavității bucale, nas, buze, faringe etc. în urma tratamentului cu metotrexat, 5-Fluoruracil;
- nevralgii postherpetice – pe fondul imunosupresiei postchimioterapeutice la bolnavii oncologici se dezvoltă suprainfecția herpes-Zoster.

Durerile postherpetice se manifestă sub 3 forme:

- durere vie persistentă;
- parestezii dureroase;
- dureri lancinante intermitente.

V. Sindrom algic postradioterapeutic

- mielopatie actinică;
- fibroză actinică a plexului humeral (parestezie, hiperestezie, limfostază).

Durerile apar mai târziu în timp și iriază în mână:

- tumori secundare postiradiante apar într-o perioadă de 2–20 de ani după iradiere, se manifestă inițial printr-o tumefacție dureroasă. Pentru a confirma diagnosticul este necesară biopsia tumorii;
- necroză osoasă postradioterapeutică (capul femurului, osul humeral, mandibula).

Lezarea postradioterapeutică a organelor și sistemelor:

- pericardite;
- pneumonite;
- nefrite;
- nefroză sclerozantă cu hipertonie secundară;
- hepatită-ciroză cu ascită.

În toate cazurile trebuie excluse alte cauze care pot provoca durere. Pacienții cu sindrom algic sunt tratați în condiții de spital, iar în stadiile III-IV – în condiții de ambulator la locul de trai. Medicii, asistentele, pacienții trebuie să cunoască faptul că oncologia modernă dispune de analgetice eficiente pentru a ameliora calitatea vieții pacienților.

Bibliografie selectivă

1. Г.Цыбырнэ, Я.Камышов, *Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных*, Кишинев, 1993, 193 стр.
2. Gh. Țîbîrnă, N.Ghidirim, *Combaterea cancerului*”, Chișinău, 2000, 112 pag.
3. Gh. Țîbîrnă, *Ghid clinic de oncologie*, Chișinău, 2003, 827 pag.
4. Vincent Lévy, Michèle Lévy-Sussan, *Cancérologie Development tumoral*, 1996, p1-11.
5. Laurent Zellek, David Khayat, *Depistage et prevention de cancers* 2000, (7-11).
6. B. Hoerni, *Cancerologie et hematologie*, 2001, p. 7-24.
7. N. Ghidirim *Dicționar explicativ de oncologie*, Chișinău, 2005, 543 p.

Rezumat

Pe parcursul a 35 de ani, colaboratorii catedrei Hematologie și Oncologie a USMF „N. Testemițanu” au tratat peste 30000 de pacienți oncologici, acumulând o experiență bogată în diagnosticul și tratamentul urgențelor oncologice și al sindromului algic. A fost elaborat un algoritm de apreciere a stării de urgență și a indicațiilor în tratamentul sindromului algic în oncologie, implementate în asigurările medicale obligatorii. Autorii descriu complicațiile de urgență atât ale tumorilor, cât și ale celor apărute după tratamentul chirurgical, radio- și chimioterapic. Sunt descrise complicațiile urgente în conformitate cu sediile tumorale. Succint au fost prezentate semnele clinice și s-au recomandat metode de asistență imediată. O atenție deosebită este acordată sindromului algic și metodelor de jugulare a acestui sindrom.

Summary

During the last 35 years the collaborators of Department of Hematology and Oncology of State Medical University “N. Testemițanu” had treated more than 30.000 oncology patients gathering a rich experience in the diagnosis and treatment urgent situations in oncology. There was elaborated a new appreciation algorithm of urgent situation, as well as prescriptions in pain syndrome treatment in oncology, the implementation of medical insurance. The authors describe the urgent complication of tumors, as well as those appeared after surgical, radiotherapy and chemotherapy. It has to emphasize that the urgent complications were described regarding to tumor localization. Recently are under evaluation clinical symptoms and are created new approaches in medical assistance. A special attention is according to pain syndromes and it is described jugular methods of this syndromes.

COMMOTIO CORDIS. PROTOCOALE DE DIAGNOSTICARE ȘI TRATAMENT LA ETAPA DE PESPITAL

Lev Crivceanschi, dr. în medicină, conf. univ., IMSP Centrul Național Științifico-Practic Medicină de Urgență, USMF „Nicolae Testemițanu”

În ultimii ani problema traumatismului cardiac se soluționează mai bine, fiindcă au apărut noi posibilități de efectuare a triajului și de acordare a ajutorului medical în perioada precoce de la debutul patologiei. Luând în considerare faptul că traumatismul cardiac închis poate fi izolat, drept consecință a traumei cutiei toracice, verificarea diagnosticului se efectuează individual în funcție de