



CUPRINS:

Cuvântul Managerului

..... 1

Tuberculoza Extrarespiratorie

..... 1

Asocierea utilizării gabapentinei în
controlul durerii și plasarea
sondelor de alimentare în rândul
pacienților cu cancer de cap și gât
care primesc chimioradioterapie

.... 3

Cuvântul Managerului



Sistemul medical românesc traversează o perioadă de permanentă reorganizare care este încă departe de a fi încheiată. Pandemia Covid-19 cu toate repercursiunile ei, situația economică a țării dar nu numai, au lansat în medicina românească provocări nemaîntâlnite până acum, punându-ne în fața unor situații complexe și absolut diferite. Spitalul Municipal de Urgență Moinești a luat parte la toate discuțiile legate de situația prezentă dar și de cea viitoare a sistemului, din poziția unei instituții de elită, care a demonstrat pe parcursul tuturor anilor că se poate face medicină de calitate cu eforturi maxime și cu resurse uneori numeroase alteori deficitare.

Timpii de reșezare prin care trece sistemul medical nu ne împiedică să ne concentrăm pe ceea ce avem de făcut. Ne-am propus ca în acest an să întreprindem toate acțiunile legate de finalizarea proiectului "Extindere spații spitalizare", să continuăm dotarea cu echipamente și sisteme medicale moderne pentru gestionarea tuturor patologiilor cu care pacienții noștri se confruntă. De asemenea încercăm să depășim dificultățile tehnice apărute în derularea proiectului "Extindere bloc matern - infantil". După cum se poate vedea sunt obiective ambițioase și deloc pretențioase, care implică efort și în același timp implicare.

Prioritate maximă o are organizarea Zilelor Medicale ale Spitalului Municipal de Urgență Moinești, manifestare științifică ajunsă la cea de a XVIII-a ediție, care și-a câștigat deja aprecierea în lumea medicală de la noi, dar și din străinătate, eveniment ce anul acesta va avea loc în perioada 13-15 iulie 2023. Legat de acest aspect, respectiv programul de educație medicală continuă țin să precizez că atât eu cât și colegii mei din spital, fie medici sau asistenți medicali răspundem nevoii de perfecționare profesională prin participarea la diferite cursuri, congrese, conferințe teoretico-științifice și aplicative din aria de specialitate.

Dacă unii colegi sau colaboratori ne sprijină și alții ne invidiază pentru realizările noastre, cu siguranță suntem convinși că pentru a finaliza astfel de activități e nevoie nu numai de răbdare, perseverență și voință ci și de eforturi multiple, asociate desigur și cu mută responsabilitate, dăruire și implicare permanentă. Așteptăm cu mare interes momentul de realizare a obiectivelor propuse, rămânem deschiși tuturor inițiativelor de promovare și îmbunătățire a serviciilor medicale oferite în spitalul nostru, dorim o permanentă și eficientă colaborare cu pacienții și specialiștii colegi din țară și străinătate. Ne dorim pacienți cât mai mulțumiți de serviciile medicale oferite, țintim către persoane cu o stare bună de sănătate în perioada postspitalizare și nu în ultimul rând ne dorim cu toții să ne desfășurăm activitatea în condiții sigure și moderne, la cele mai înalte standarde.

Adresez tuturor colaboratorilor și întregului colectiv medical din spital mulțumiri pentru suport și înțelegere, iar pentru pacienți încredere în capacitățile noastre de a le răspunde cu succes problemelor medicale individuale.

Prof. Univ. Dr. Adrian Cotîrleț

TUBERCULOZA EXTRARESPIRATORIE

Tuberculoza este o boală infecto-contagioasă cu frecvență crescută la nivel global încadarată ca endemie și reprezintă o problemă de sănătate publică. Este produsă de un bacil acido-alcool-rezistent numit *Micobacterium tuberculosis* sau bacilul Koch.

Tuberculoza extrarespiratorie (TER) constă în localizările tuberculozei în alte părți decât plămânul, pleura sau ganglionii toracici.

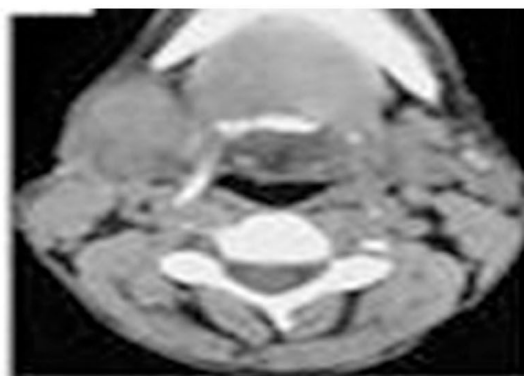
Cele mai frecvente forme de TER sunt: TBC ganglionar, osteoarticular, meningeal, osos, renal, intestinal, genital, TB glandelor adrenale. Din punct de vedere patogenetic aceste forme de TBC apar fie ca un focar primar - ex. TBC cutanată, genitală, fie prin diseminarea unui focar primar sau secundar.

Tuberculoza ganglionară

Tuberculoza ganglionară (TBG) apare fie prin

reactivarea unei TBC primare (dacă a existat o adenopatie satelită primară) sau prindiseminarea limfohematogenă secundară de la un focar pulmonar sau extrapulmonar. Agentul etiopatogenic cel mai frecvent este *Micobacterium tuberculosis* și în procente mai mici alte tulpini: *Micobacterium bovis*, micobacterii atipice - *M. scrofulaceum*, *M. avium* etc. Procesul inflamator începe la nivelul unghiului mandibulei sau la nivel latero-cervical (în majoritatea cazurilor) dar se poate localiza la orice nivel –axilar, inghinal, profund abdominal retroperitoneal, supraclavicular, etc. Ganglionul este inițial moale, cu acapararea ganglionilor din jur (aspect pseudotumoral), bloc ganglionar apoi cu fistulizare la nivelul pielii. Pot apărea chiar fistule multiple în diferite faze de evoluție (unele elimină cazeum, altele sunt retractate cicatrizate - aspect numit "scrofulodermie").

Diagnosticul etiologic se suspectează pe baza antecedentelor heredocolaterale de TBC, prezența unor localizări concomitente pulmonare sau pleurale, sindromul de impregnare bacilară modest și aspectul local descris mai sus al ganglionilor. Diagnosticul de certitudine se stabilește pe baza examenului bacteriologic BK pozitiv din puroiul fistular sau pe baza unui examen histopatologic pozitiv ce cuprinde aspect de granuloame TBC caracteristice. Examenul radiologic și CT poate evidenția noduli cretificați la nivelul ganglionilor respectiv la nivel pulmonar sechele fibro-calcare ale unor pusee anterioare de TBC. Testul tuberculinic cutanat sau testul Quantiferon TB GOLD este pozitiv. Diagnostic diferențial se va efectua cu limfadenitele de origine dentară, adenitele pe fond de infecție streptococică sau stafilococică, mononucleoza infecțioasă, luesul, bruceleza, actinomicoza cervicală, limfgranulomatoza malignă, metastazele ganglionare, sarcoidoza, tumorile benigne și maligne ale glandelor salivare etc. tratamentul este standard cu antibiotice antiTBC ca și în celelalte forme de TBC la care se asociază excizia chirurgicală a ganglionilor colicvați.



CT craniocervical - TBC ganglionară laterocervicală dreaptă

Tuberculoza osteoarticulară

Tuberculoza osteoarticulară (TBOA) apare prin diseminare limfohematogenă dintr-un focar primar sau secundar de TBC pulmonară sau extrapulmonară. Se poate localiza la orice nivel mai ales la articulațiile suprasolicitate care sunt supuse unor mici traumatisme: articulația sacroiliacă, coxofemurală, a genunchilor, gleznei, coloanei vertebrale etc. TBOA poate coexista cu sechele de TBC pulmonară sau extrapulmonară. Tabloul clinic cuprinde un sindrom de impregnare tuberculoasă, durere maximă într-un punct fix (exagerată de presiune mai ales

nocturnă cusemnele celsiene aferente), poziții antalgice vicioase, hipotrofie musculară, impotență funcțională importantă. Diagnosticul pozitiv se va efectua prin intermediul anamnezei și a Radiografiei /CT /RMN (spațiu articular îngustat cu prezența lichidului, distrugerea cartilajului articular, îngroșări ale capsulei articulare, abcese paraarticulare și para-osoase). Testul tuberculinic este pozitiv frecvent. Examenul bacteriologic din sechestrile osoase arată BK pozitiv. Examenul histopatologic este caracteristic cu evidențierea granuloamelor TBC. Diagnosticul diferențial se va efectua cu: osteomielita cu germeni nespecfici, osteoartrita piococică, RAA, RC, traumatismele osteoarticulare, tumorile maligne, chistele osoase, malformațiile osoase, luesul. Tratamentul este mixt medicamentos și chirurgical.



TBC a coloanei vertebrale (M. Pott lombar - osteolize și fracturi vertebrale cu apariția ghibusului)

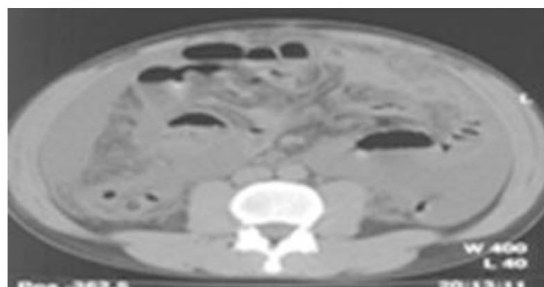
Tuberculoza aparatului urinar.

Simptomele TBC urinare sunt mult timp discrete: polakiurie, leucociturie și hematurie microscopică. Simptomele se accentuează odată cu deschiderea leziunilor cazeoase spre canalele urinare excretoare: polakiurie permanentă, imperioasă, mai ales nocturnă, piurie cu urini tulburi, hematurie, durere pre și post - micțională, tenesme vezicale. Examenul bacteriologic se efectuează prin prelevare de urină matinală (microscopie și cultură pentru BK). Urografia intravenoasă relevă leziuni la nivelul sistemului pielocaliceal cupabile balonizate cu aspect de "măciucă", bazinet cu ulceratii sau stricturi, hidronefroza de diferite grade iar în faze avansate apare rinichiul „muturografic”. Ureterul este dilatat și alungit (ureter de luptă) și poate exista un reflux vezico-ureteral. Diagnosticul diferențial se efectuează cu: tumorile renale, litiaza renală, chistele renale, pielonefrita cronică nespecifică.

Tuberculoza genitală La bărbat afectează prostata, veziculele seminale, epididimul, testiculul. Ca și simptome există poliakiurie, tenesme vezicale, dureri scrotale. Diagnosticul pozitiv se efectuează prin ecografie, examen bacteriologic din urină, secreții uretrale, spermocultură. La femei afectează în principal trompele uterine și pelvipertoneul cu sechele tubare sau uterine ce induc sterilitate, sarcini extrauterine sau avorturi habituale. Diagnosticul pozitiv se stabilește prin ecografie, histerosalpingografie, examen bacteriologic din secreția cervicală, biopsie de endometru.

Tuberculoza intestinală apare prin ingerare pe cale digestivă a alimentelor infectate cu BK (ex. lapte de la bovine bolnave) cu apariția unui focar primar în teritoriul digestiv (la nivelul

plăcilor lui Peyer și adenopatie satelitămезenterică) sau prin diseminări limfo-hematogene de la un focar primar sau secundar de TB pulmonară cavitare intens baciliferă. Localizarea TB intestinale este predominant ileo-cecală dar poate fi afectat orice segment digestiv. TBC intestinală este caracterizată de leziuni de tip ulcerative și proliferative (uneori pseudotumorale) cu multiple stenozesupraetajate la nivelul intestinului subțire pe fondul remanierilor fibroase. Tabloul clinic exprimă semne de impregnare bacilară, anorexie, grețuri, vărsături, dureri abdominale vagi, tulburări de tranzit, ascită, cașexie, degete hipocratice, hepatomegalie. Diagnosticul pozitiv se stabilește prin examen bacteriologic (microscopie și cultură) din mucoasa digestivă, examenul histopatologic din biopsia demucoasă cu granuloame TBC, explorarea baritată a intestinului – cu evidențierea stenozelor și dilatațiilor. Aspecte speciale care sugerează TBC: retractoria valvei ileo-cecale, iritabilitatea ileonului terminal, rigiditatea ileonului și alternanța de stenozes și dilatații. Diagnosticul diferențial se efectuează cu: boala Crohn, RCUH, polipozaintestinală, diverticulita, enteropatiile nespecifice, sarcoidoza intestinală.



CT abdominal – TBC intestinală și peritoneală - ileus mecanic, colecții peritoneale paracolice și interintestinale

Tuberculoza pericardului

Tuberculoza pericardului apare prin diseminări

limfo-hematogene de la un focar primar sau secundar pulmonar sau extrapulmonar și reactivare ulterioară endogenă sau prin contiguitate de la o TB pleuro-pulmonară cazeoasă sau diseminare de la o TB ganglionară prin perforații ganglio-pericardice. Are două forme - f. exudativă și f. constrictivă: a) Forma exudativă are debut insidios, frecături pericardice, tuse iritativă, puls paradoxal, dureri precordiale, zgomote cardiace estomate.

Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza ecocardiografiei, EKG, apunției pericardice (lichid BK pozitiv, exudat sero-sangvinolent, limfocite, monocite) și asocierea criteriilor de probabilitate (contact prelungit cu un pacient bacilifer, debut lent al pericarditei cu impregnare bacilară, alte teritorii afectate de TBC, aspectul sugestiv al lichidului pericardic, IDR2PPD pozitiv, proba terapeutică pozitivă cu antibiotic antituberculoase. b) Forma constrictivă este faza finală de fibrozare a pericardului cu « încapsularea cordului » cu leziuni degenerative și posibila apariție a tulburărilor de ritm respectiv a insuficienței cardiace.

Clinic există dispnee de efort, jugulare turgescențe, puls mic paradoxal, hepatomegalie dureroasă, edeme ale membrelor inferioare. Diagnosticul pozitiv se stabilește pe baza radiografiei toracice (conturul cordului neregulat, sinusuri cardiofrenice sterse) și a ecografiei cu îngroșarea pericardului și lărgirea venelor cave. Radiografia pulmonară poate evidenția focare de tuberculoză activă sau sechele fibrocalcice ale unui episod anterior de TBC.

Tratamentul tuberculozei extrarespiratorii constă în antibioterapia antituberculoasă 6-8 luni alături de tratamentele specifice de organ (chirurgicale).

Dr. Rareș Șova, Medic specialist Pneumologie

Asocierea utilizării gabapentinei în controlul durerii și plasarea sondelor de alimentare în rândul pacienților cu cancer de cap și gât care primesc chimioradioterapie

Introducere

Aproape jumătate dintre pacienții tratați cu radioterapie (RT) pentru cancer orofaringian necesită utilizarea cronică a opioidelor pentru a gestiona durerea din mucozita orală (OM)¹. Având în vedere lipsa de dovezi de nivel 1 pentru managementul durerii OM (mucozită orală), ghidurile actuale permit luarea în considerare a gabapentinei profilactice^{2,3}. Cu toate acestea, doza optimă rămâne neclară. În acest studiu de eficiență comparativă, am efectuat o analiză secundară a 2 studii clinice realizate de această echipă de cercetare, emițând ipoteza că o doză mai mare de gabapentin ar fi asociată cu un consum mai mic de opioide și cu reducerea plasării sondelor de alimentare (FT).

Metode

Pacienții eligibili din ambele studii au primit chimioradioterapie concomitentă pentru carcinomul cu celule scuamoase nemetastatice al capului și gâtului și gabapentin oral profilactic (titrat la 900 mg vs 2700 mg zilnic într-un studiu⁴ și 3600 mg zilnic în celălalt studiu). Folosind cohorta de 3600 mg ca grup de referință, am efectuat o analiză multivariabilă a riscurilor concurente, pentru a evalua timpul până la prima utilizare a opioidelor și o analiză de regresie logistică pentru a evalua plasarea FT, ajustată pentru caracteristicile inițiale. Acest studiu a urmat ghidul de raportare al Societății Internaționale pentru Farmacoeconomie și Cercetare a Rezultatelor (ISPOR).



TBC pericardică la un pacient de 56 ani cu antecedente de TBC pulmonară (cordul mult mărit cu sinusurile cardiofrenice obtuze)

Rezultate

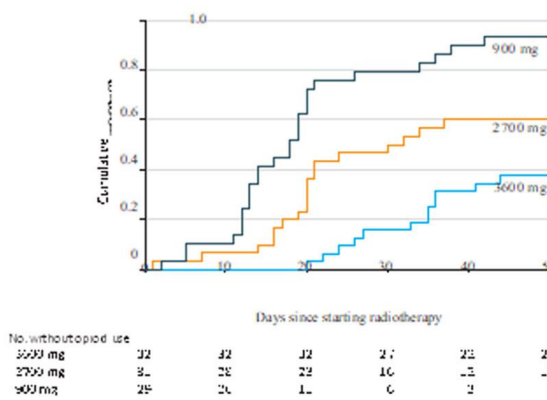
Dintre cei 92 de pacienți, vârsta medie a fost de 62,1 ani (IQR, 55,4-66,4 ani); 82 de pacienți au fost bărbați (89,1%), iar 10 au fost femei (10,9%). Caracteristicile cohortei de referință au fost bine echilibrate (Tabel). Majoritatea pacienților au tolerat gabapentina pe protocol. De exemplu, efectele adverse ale gabapentinei, cum ar fi amețeli și somnolență, au fost raportate doar la 1 pacient (3,1%) din cohorta de 3600 mg (amețeli de grad 3) și la 2 pacienți (6,3%) din cohorta de 3600 mg (gabapentina a fost întreruptă din cauza grețurilor și vărsăturilor partial asociate cu RT și aderență scăzută la igiena orală).

Modelul de riscuri concurente multivariabile a arătat că timpul până la prima utilizare a opioidelor pentru controlul suplimentar al durerii a fost cel mai mare în cohorta de 3600 mg (Figură). Proporția de pacienți care au avut nevoie de opioide în timpul RT a fost, de asemenea, cea mai mică în cohorta de 3600 mg (12 pacienți [37,5%]), față de cohorta de 900 mg (27 pacienți [93,1%]) și cohorta de 2700 mg (19 pacienți [61,3%]; $p < 0,001$). Analiza de regresie logistică multivariabilă a arătat că, în comparație cu cohorta de 3600 mg (3 pacienți [9,4%]), cohorta de 2700 mg (14 pacienți [45,2%]) a avut șanse semnificativ mai mari de plasare a FT în timpul RT (risc relativ ajustat, 9,9; 95% CI, 2,1-75,7; $p = 0,009$); cu toate acestea, șansele nu au fost semnificativ mai mari în cohorta de 900 mg (6 pacienți [20,7%]; risc relativ ajustat, 3,6; 95% CI, 0,7-28,1; $p = 0,15$).

Tabel

Characteristic	No. (%) Gabapentin, 3600 mg	Gabapentin, 2700 mg	Gabapentin, 900 mg	P-value
Total participants, No.	32	31	29	NA
Age, median (IQR), y	63.0 (55.8-68.8)	62.0 (55.2-65.1)	61.9 (54.3-64.6)	.43
Sex				
Male	28 (87.5)	27 (87.1)	27 (93.1)	.77
Female	4 (12.5)	4 (12.9)	2 (6.9)	
Race				
Racial/ethnic group	1 (3.1)	1 (3.2)	0	>.99
White	31 (96.9)	30 (96.8)	29 (100)	
ECOG performance status				
0	23 (71.9)	23 (74.2)	23 (79.3)	.76
1	8 (25.0)	7 (22.6)	6 (20.7)	
2	1 (3.1)	1 (3.2)	0	
EML median (IQR)	29.3 (26.2-32.4)	28.6 (24.3-31.3)	29.9 (27.6-32.2)	.45
Primary disease site				
Oropharynx	27 (84.4)	22 (71.0)	21 (72.4)	.38
Other	5 (15.6)	9 (29.0)	8 (27.6)	
AJCC Cancer stage				
II	0	2 (6.5)	0	.25
III	5 (15.6)	9 (29.0)	7 (24.1)	
IV	27 (84.4)	20 (64.5)	22 (75.9)	
Feeding tube before radiotherapy				
No	31 (96.9)	29 (93.5)	29 (100)	.65
Yes	1 (3.1)	2 (6.5)	0	
Neck radiotherapy				
Unilateral	10 (31.3)	4 (12.9)	5 (17.2)	.19
Bilateral	22 (68.8)	27 (87.1)	24 (82.8)	

Figură



Analiză multivariabilă a riscurilor concurente în rândul cohortelor care primesc doze zilnice de gabapentin, 900 mg, 2700 mg sau 3600 mg (cohorta de referință). Ajustat în funcție de vârstă, sex, starea de performanță, indicele de masă corporală, plasarea tubului de alimentare înainte de tratament, locul primar al bolii, stadiul cancerului și administrarea unilaterală vs bilaterală

Concluzii

Acest studiu este, după cunoștințele noastre, prima evaluare a datelor prospective care sugerează că dozele mai mari de gabapentină (900-3600 mg pe zi) sunt bine tolerate și asociate cu întârzierea timpului până la prima utilizare a opioidelor pentru controlul durerii. În concordanță cu studiul nostru, Smith și colab. 5 au descoperit că gabapentina a scăzut durerea în timpul RT, dar doza nu a fost crescută peste 900 mg pentru majoritatea pacienților, deoarece ameliorarea precoce a durerii a apărut la această doză; majoritatea pacienților din studiul nostru au tolerat 3600 mg. Cook și colab. 6 nu au găsit niciun beneficiu în utilizarea a 1800 mg de gabapentin pe zi; pacienții care au primit gabapentin au avut o rată mai mare de plasare a sondelor de alimentare decât pacienții cărora li s-a administrat placebo (62,1% față de 20,7%). În studiul nostru, ratele de plasare FT au fost comparabile între subgrupurile din cohortele de 3600 mg și 900 mg în care metadona a fost utilizată pentru tratamentul de salvare, în timp ce rata a fost semnificativ mai slabă în subgrupul din cohorta de 2700 mg în care hidrocodona și fentanilul au fost utilizate pentru tratamentul de salvare.

S-a raportat că metadona este mai eficientă pentru controlul durerii OM decât hidrocodona și fentanilul⁴. Aceste constatări sugerează că necesitatea plasării FT poate să nu fie asociată doar cu doza de gabapentin, ci cu eficacitatea globală a managementului durerii, inclusiv cu regimurile de salvare.

În ciuda faptului că are caracteristici de cohortă de referință bine echilibrată, acest studiu rămâne o analiză secundară a două studii clinice prospective consecutive. Cu toate acestea, gabapentina profilactică cu 3600 mg pe zi a fost bine tolerată și a eliminat nevoia de opioide în timpul RT la 62,5% dintre pacienți. Deși gabapentina, 3600 mg pe zi, a fost adoptată ca regim standard al Roswell Park Comprehensive Cancer Center, sunt justificate studii suplimentare pentru a investiga în continuare rolul său în controlul durerii.

Bibliografie:

1. Elad S, Cheng KKF, Lalla RV, et al; Mucositis Guidelines Leadership Group of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer and International Society of Oral Oncology
2. National Comprehensive Cancer Network. Head and neck cancers:
3. Hermann GM, Iovoli AJ, Platek AJ, et al.
4. Smith DK, Cmelak A, Niermann K, et al.
5. Cook A, Modh A, Ali H, et al.

Dr. Călin Săcăleanu, Medic specialist Oncologie

INFOMED
Publicație a Spitalului
Municipal de Urgență
Moinești

Director de Publicație

- Prof. Univ. Dr. Adrian Cotîrleț

Au participat la acest număr:

- Dr. Șova Rareș
- Dr. Călin Săcăleanu
- Psih. Mititelu Ecaterina
- IT. Chirobocea Nicu

Această publicație
este creditată
EMC de către
Colegiul Medicilor