

PROBA CLINICA DE CONCURS ÎN CHIRURGIE

E. Târcoveanu

Universitatea de Medicina si Farmacie „Gr. T. Popa” Iasi

Facultatea de Medicina

Clinica I Chirurgie

În pregătirea examenelor si concursurilor pentru obtinerea diferitelor titluri în rețeaua Ministerului Sanatatii sau pentru diferite grade didactice, proba clinica ocupa un loc important; astfel, în cazul examenului de primariat este esentiala.

Proba clinica a concursului medical este de neînlocuit deoarece combina pregătirea teoretica a candidatului cu pregătirea practica dobândita printr-o experienta personala, care are mari variatii individuale (3). Pentru reusita la concurs sunt necesare o pregătire teoretica temeinica, experienta clinica în examinarea si îngrijirea bolnavilor, cunoasterea tehnicilor de examinare si de explorare a unui bolnav si un antrenament constând în prezentarea a cel puțin 20 de cazuri din principalele afectiuni chirurgicale din tematica de concurs în fata unui cadru didactic experimentat. Aceasta pregătire se deprinde relativ usor în cursul anilor de rezidentiat.

Proba clinica include examinarea completa a bolnavului, stabilirea diagnosticului, analiza cazului si indicarea tratamentului efectuate în conditii de concurs (stres), deci în timp limitat. Particularitatile examenului clinic general si local al bolnavului chirurgical, care poate fi un bolnav neoplazic, impun o anamneza atenta pentru stabilirea factorilor genetici si de mediu incriminati în aparitia bolii, un examen clinic complet, stabilirea unui diagnostic anatomo-clinic, explorarile de laborator si metodele imagistice necesare pentru diagnosticul pozitiv, diferential si, eventual, de stadializare. Optiunile terapeutice si decizia individualizata de tratament vor fi completate de aprecierea prospectiva a calitatii vietii si evaluarea raspunsului terapeutic.

Proba se desfasoara în trei etape succesive, fiecare a câte 20 de minute:

I. Examinarea bolnavului,

II. Timpul de gândire,

III. Expunerea cazului.

I. Examinarea bolnavului

Examinarea bolnavului necesita urmatorul echipament: hârtie – stilou, stetoscop, tensiometru, ruleta flexibila marcata în centimetri, lanterna cu spot luminos, apasator de limba, ciocan de reflexe, manusi etc.

De obicei, bolnavul este adus într-o sala de examinare, în fata întregii comisii, care asista la examen. Alteori, examinarea se face în salon, la patul bolnavului, fapt care implica un efort suplimentar de concentrare din partea candidatului (3).

Împartirea timpului de 20 de minute acordat primei etape este importanta: 12-15 minute pentru anamneza si examenul clinic obiectiv si 5-8 minute pentru discutia cu secretarul comisiei pentru solicitarea datelor referitoare la pacient.

Candidatul se va aseza (pe un scaun) sau va sta în picioare la dreapta bolnavului sau, daca asezarea patului nu o permite, se va cere permisiunea comisiei ca bolnavul sa fie întors. Candidatul se va prezenta si va explica bolnavului motivul examenului, câstigându-i de la început încrederea.

Cele mai sigure si utile informatii se obtin prin anamneza. Se începe anamneza cu bolnavul asezat în pat. Întrebarile vor fi precise, într-un limbaj adecvat, pe care bolnavul sa îl înțeleaga si în mod respectuos, indiferent de categoria sa sociala.

I.1. Anamneza începe cu înregistrarea obligatorie a urmatoarelor informatii:

- a) Date de identificare - vârsta, sex, rasa, domiciliu, locul nasterii, statusul marital, religie, profesie.
- b) Data si modalitatea de internare - urgenta, transfer interclinic, la cerere, trimis de medicul de familie.
- c) Motivele internarii - se înregistreaza simptomele subiective, obiective directe, indirecte functionale si generale într-o ordine ierarhica, insistând asupra simptomelor majore. Nu se neglijeaza simptomele “minore”, de “însotire”.
- d) Istoricul bolii

Se fixeaza data debutului bolii; modul de debut (brusc, insidios, provocat), cum au evoluat simptomele, agravarea progresiva, ameliorari tranzitorii, asocierea cu alte simptome, ce a facut pacientul pâna în momentul internarii (a neglijat boala, a consultat medicul, ce metode imagistice si analize a efectuat, daca a urmat un tratament si care a fost acela, daca tratamentul a influentat simptomele).

Pentru simptomele importante (ex. durerea) se precizeaza: localizarea, iradierea, secventa simptomului, pe cât posibil pe o scala de notatie (1-10), modul de aparitie, durata, împrejurările în care apare, factori care amelioreaza sau înrautatesc simptomul, manifestari asociate. Pentru fiecare simptom important se aprofundeaza anamneza prin întrebări suplimentare precise.

e) Antecedente personale:

- fiziologice la femeie (ciclu menstrual, vârsta menarhei, data menopauzei, caracterul menstrei, sarcini, nasteri, patologia sarcinii, alaptare, multiparitatea sau sarcinile tardive,
- patologice - malformatii congenitale, boli infecto-contagioase, pulmonare, cardio-vasculare, digestive, uro-genitale, neuro-psihiice, endocrine, metabolice, dermatologice, alergice, imune, boli ale aparatului locomotor, conditii si leziuni precanceroase.

Se insista asupra antecedentelor patologice care pot fi în legatura cu boala prezenta. Se precizeaza interventiile chirurgicale efectuate, precum si tratamentele efectuate în trecut.

f) Antecedente heredo-colaterale

Se va preciza prezenta neoplaziei la parinti, rude de gradul I pe linie materna sau paterna: cancere familiale de ovar, colon, sân, uter, polipoza colica, neurofibromatoza, reticuloblastom.

g) Conditii de viata si munca - obiceiuri alimentare si toxice, expunerea la substante toxice, radiatii.

În concluzie, începem anamneza cu primele date de identificare a bolnavului si de orientare generala asupra bolii. Îl lasam câteva minute sa ne spuna cu vorbele lui, atât cât sa ne putem orienta asupra afectiunii si asupra întrebărilor pe care urmeaza sa i le punem în „anamneza dirijata”. În cadrul anamnezei dirijate adunam cât mai multe date, pe care o sa le orientam si o sa le ordonam în vederea argumentarii diagnosticului. Sa nu ne lasam prinsi în capcana creata de unii bolnavi care vorbesc prea mult si irelevant pentru diagnostic.

I.2. Examenul clinic obiectiv

Bolnavul trebuie examinat complet si sistematic. Examenul va fi efectuat menajând pe cât posibil psihicul bolnavului, fara a-i cauza disconfort psihic. Secventialitatea examinarii se face micsorând, pe cât posibil, miscarile pacientului si crescând eficacitatea examinatorului.

Dupa examenul fizic general se va examina în mod deosebit regiunea si organul afectat în cadrul examenului loco-regional.

În locul examinarii pe aparate si sisteme se prefera examinarea succesiva pe segmente corporeale (cap, gât, membre superioare, torace, abdomen, membre inferioare), care este mai rapida.

În anumite situatii este necesara examinarea în ortostatism, în mers si în diferite pozitii pe care le impune simptomul locoregional.

În cadrul examenului general se începe cu:

1. aspectul general

- starea fizica generala, starea de constienta, indicele de performanta fizica Karnofsky, tipul constitutional, greutatea si înaltimea pacientului, expresia faciala, postura, activitatea motorie;

- semne vitale - respiratie, puls, tensiune, temperatura;

- tegumente si mucoase - coloratia, identificarea leziunilor ca localizare, distributie, tip; se începe cu pielea ariilor expuse si, pe masura continuarii examinarii, si a celorlalte regiuni;

- starea de nutritie – tesutul celulo-adipos si muscular (obezitate, casexie), grosimea pliului cutanat;

2. examenul loco-regional – se face prin inspectie, palpare, percutie, ascultatie si prin metode speciale.

În principiu, trebuie sa ne concentram asupra examenului local, indiferent ce presupune acesta – examenul abdomenului (perete si continut), al glandei tiroide, al sânului, al extremitatilor etc. si, din acest motiv, se recomanda sa se înceapa cu acesta (3). În rest, examenul este rapid, dar complet. Daca examenul local trebuie sa fie riguros si amanuntit, nici restul examenului nu trebuie neglijat, mai ales când comisia asista la examinare.

Bolnavul trebuie examinat în clinostatism, în decubit lateral drept si stâng, aplecat înainte si în ortostatism, punându-l sa mearga. În acest fel, nu ne scapa o anchiloza de sold, un picior plat, un haluce

„în ciocan”, varice ale membrelor inferioare, hernii sau eventratii, unele afecțiuni secundare asociate bolii principale.

Examenul local se face simetric, atunci când este cazul (sâni, membrele inferioare). Pentru anumite organe (tiroida, sân) și afecțiuni (hernii), examenul local presupune anumite particularități, poziții și manevre speciale. Glanda tiroidă se palpează cu ambele mâini, examinatorul fiind așezat în spatele pacientului. Examinarea sânelor se face cu bolnava în clinostatism, ortostatism, în poziție sezândă și aplecată în față, cu brațele ridicate. Constatarea unei tumori prin palpate, impune notarea unor aspecte clinice privind localizarea, dimensiunile (se măsoară tumora în două diametre), delimitarea, consistența, eventuala fluctuență, sensibilitatea și mobilitatea față de planurile supra- și subjacente (aderența la planurile superficiale cu invazie cutanată sau la planurile profunde, cu invazie osoasă), temperatura locală. Se observă deformarea regiunii, starea tegumentelor suprajacente, circulația venoasă, edemul, ulcerarea.

Dacă afecțiunea principală aparține tractului digestiv inferior (colon, rect, anus) sau sferei uro-genitale, tuseul rectal și/sau vaginal trebuie făcute personal de candidat deoarece aparțin examenului local. Să nu uităm manevrele de presă abdominală (tuse, screamă) și pozițiile speciale de examinare (pacient în poziție genu-pectorală sau sezând în genunchi și ridicat pe marginea mesei sau chiar tuseu rectal cu bolnavul în picioare). Cele două examene, tuseul rectal și cel vaginal, se completează și trebuie efectuate, obligatoriu, la femeie, indiferent carei sferă (digestivă sau genito-urinară) aparține afecțiunea. În cazul în care nu este posibil ca aceste examene să fie efectuate personal de candidat, deși situația o impune, ne mulțumim cu datele oferite de secretar și vom menționa acest lucru în fața comisiei (3).

3. examenul pe segmente

a. examenul capului și gâtului

Se examinează scalpul, craniul și fața; se examinează tegumentele, se palpează regiunile ganglionare în ordine descendentă: preauricular, occipital, spinal și jugulo-carotidian.

Ochi - se controlează acuitatea vizuală și se notează poziția și alinierea ochilor, eventuala ptoză palpebrală, simptome ce pot apărea în tumorile bazei craniului; se compară pupilele, se ia reflexul fotomotor și reflexul cornean; se caută sindromul Claude Bernard-Horner (mioza, enoftalmie, ptoză palpebrală).

Urechi - se inspectează urechea externă și se controlează acuitatea auditivă.

Nas și sinusuri - se examinează permeabilitatea foselor nazale, se caută punctele sinusale dureroase.

Cavitatea orală și faringe - se inspectează cavitatea bucală, dinții, limba și orofaringele, reflexul de deglutiție, fonatia.

Gâtul - se inspectează și se palpează limfonodulii cervicali (submandibular, jugulo-carotidieni superiori, mijlocii și inferiori, triunghiul cervical posterior) notându-se orice modificare; se palpează mușchii cervicali posteriori, coloana și se apreciază mobilitatea coloanei cervicale.

b. Examinarea toracelui și a membrilor superioare

Cu bolnavul rămas în poziție sezândă, se trece la examinarea toracelui și abdomenului; începând cu fața posterioară se observă modificările coloanei vertebrale (scolioza, cifoză), denivelări (semnul „treptei”), mobilitatea, durerea la percepție, punctele dureroase.

Sânul și axila

- inspecția corectă a sânelui cu mâinile deasupra capului din față și profil, comparativ; aspectul tegumentelor (roșeață, noduli de permeație, piele cu aspect de „coajă de portocală”, ulceratii);

- palparea cu palma „a plat”, concentric, toate cadranele;

- se exprimă mamelonul bilateral și se recoltează secreția, dacă este necesar;

- se examinează regiunile supraclaviculare și axilare bilateral.

Se cercetează sensibilitatea superficială și profundă a membrului superior, reflexul bicipital, stilo-radial, atrofiile musculare la nivelul mâinii, mișcările active și pasive în diverse articulații. Se evaluează comparativ forța musculară.

Se trece apoi la examenul aparatului respirator - forma toracelui, amplitudinea excursiilor costale, sonoritate pulmonară la percuție, transmiterea vibrațiilor vocale la palpare, ascultarea murmurului vezicular.

În continuare, bolnavul este culcat pe spate, trecându-se la examinarea aparatului cardio-vascular. Se palpează vârful cordului, se ascultă inima în toate focarele, palpând simultan pulsul la artera radială; se examinează pulsațiile aortei și ale venei jugulare.

c. Examenul abdomenului

Se efectuează inspecția abdomenului, notându-se modificările cutanate, distensia, mișcările spontane (peristaltism, pulsații). Se palpează regiunile abdominale cautând formațiuni tumorale sau mase ganglionare, puncte dureroase. Se palpează marginea inferioară a ficatului, splina și se notează caracterele unei eventuale hepatomegalii (dureroasă, dură, cu marginea inferioară boselată, dimensiunile în centimetri) sau splenomegalii. Se notează eventualele modificări ombilicale. Prin

percutie se delimiteaza marginea inferioara a ficatului si splina. În caz de ascita, se cauta semnul "valului". Se controleaza reflexele cutanate abdominale.

Examenul genital si rectal la barbat consta în inspectia regiunii sacrate si perineale, palparea testiculelor, tuseu ano-rectal.

Examenul genital si rectal la femeie cuprinde examenul cu valvele, recoltarea de frotiuri, tuseu vaginal si rectal.

d. Examenul membrelor inferioare

Toracele si abdomenul bolnavului sunt acoperite. Se descopera membrele inferioare si se inspecteaza comparativ. Se palpeaza pulsul la artera femurala si se cerceteaza limfonodulii din regiunea inghinala. Se examineaza sistemul venos superficial, postura membrului, axul membrului; se noteaza prezenta varicelor, a circulatiei venoase colaterale prin compresiune si a semnelor de tromboflebita. Se cerceteaza mobilitatea activa si pasiva, deformatiile articulare. Se vor palpa masele musculare, notându-se prezenta durerilor polineuropatice sau miopatice. Se cerceteaza sensibilitatea superficiala si profunda, reflexele rotulian, achilean si cutanat plantar. În functie de localizarea durerii, se pot efectua manevre de elongare a sciaticului, de precizare a localizarii durerii în articulatia coxo-femurala sau sacro-iliaca. Se va încheia cu cercetarea mersului. Se efectueaza probele Romberg si index-nas.

În cursul examinarii, se întreaba bolnavul despre acuzele subiective la nivelul fiecarui segment.

I.3 Obținerea datelor de la comisie

În ultimele minute ale examenului se cer de la comisie datele privind explorarile paraclinice. Vor fi cerute numai acele explorari imagistice si de laborator necesare diagnosticului pozitiv al bolii în cauza, începând cu cele uzuale si care dau informatii directe, mentionând apoi pe cele ajutatoare si pentru diagnosticul complicatiilor si al bolilor asociate cu relevanta pentru tratamentul afectiunii de baza.

În aceasta etapa a probei de concurs, candidatul trebuie sa obtina, într-un timp scurt, maximum de informatii de la secretarul comisiei. În primul rând, se vor nota datele de pe spatele foii de observatie: curba temperaturii, a pulsului, a tensiunii arteriale, a diurezei, înaltime, greutate, alte date în functie de afectiune (curba valorilor hemogramei pentru anemie, a stazei gastrice în stenoza pilorica, a glicemiei în diabet etc.). Apoi, se vor cere analizele de laborator într-o ordine care sa nu omita nici o informatie utila diagnosticului (hemoleucograma completa, VSH, glicemie, colesterol, trigliceride, lipide totale, transaminaze, bilirubina, timol, fosfataza alcalina, rezerva alcalina, uree, creatinina, amilaze, timp de sângerare, timp de coagulare, coagulograma, ionograma, grup sanguin, Rh, sumar urina, urocultura). Pe masura comunicarii lor, se vor înscrie pe foaie numai rezultatele patologice si se vor nota cu minus

analizele cerute, considerate necesare, dar care lipsesc din foaia de observatie. Analizele se cer în dinamica si se retin, în primul rând, cele patologice.

Urmeaza investigatiile specializate: EKG, scintigrafie (eventual dozari hormonale), probe respiratorii, markeri tumorali examene radiologice (radioscopie toracica, examene baritate), ecografie, computer tomografie, IRM, examene endoscopice. Daca interpretarea unui examen radiologic simplu se poate face de catre candidat, care va examina radiografiile în ordine logica si cronologica, pentru celelalte explorari imagistice se cere interpretarea specialistului.

Din rubrica examenelor de specialitate interdisciplinare se poate solicita, dupa caz, examen cardiologic, ORL, endocrinologic.

Daca, din diverse motive, nu s-au efectuat tuseele rectal si vaginal, acestea pot fi cerute secretarului. Mai pot fi cerute alte documente medicale de la internari anterioare, explorari anterioare, eventuale interventii, precum si date despre unele tratamente specifice facute pe parcursul internarii pâna în momentul examenului, chiar si examenul local la internare.

II. Timpul de gândire

Timpul de gândire de 20 minute se utilizeaza pentru fixarea diagnosticului si redactarea planului de expunere. Aceasta contine 8 puncte principale:

1. rezumatul foii de observatie si conturarea unui diagnostic prezumtiv;
2. diagnosticul diferential;
3. diagnosticul pozitiv complet al afectiunii principale si al celor secundare asociate;
4. evolutia bolii fara tratament (complicatii);
5. tratamentul;
6. externarea bolnavului si indicatia de externare;
7. prognosticul cazului;
8. analiza particularitatilor cazului. Candidatul, închis singur într-o camera, trebuie sa-si ordoneze întregul material clinic si paraclinic, dupa schema de mai sus, în vederea prezentarii cazului în fata comisiei. El nu are timp sa scrie în detaliu, pe cele 8 subcapitole (de preferat trecute pe foi separate), decât ideile principale pentru fiecare punct.

Candidatul va scrie diagnosticul complet, care va fi înaintat comisiei, după care timp de 20 minute va susține proba clinică.

III. Expunerea cazului

Proba clinică este o probă practică la patul bolnavului și nu expunerea orală a bolii în cauză, evitându-se considerațiile teoretice. Se va folosi o linie personală de expunere.

1. Prezentarea rezumatului foii de observație se face în ordine, începând cu datele de identificare, motivele internării, istoricul afecțiunii, antecedentele și examenul loco-regional, după care se prezintă elementele pozitive ale examenului clinic obiectiv, urmate de rezultatele examenelor paraclinice specializate (biologie, imagistică, endoscopie, biopsii citologie etc), urmate de recapitularea sintetică a observației bolnavului.

De exemplu:

Am examinat bolnavul / bolnava ... de ... ani, de profesie ..., din mediul urban/rural sau cu domiciliul actual în ..., internat(a) în Clinica ..., la data de ... sau în urma cu ... zile, pentru ... (urmează motivele internării). Motivele internării vor fi sistematizate și ierarhizate în ordinea importanței. Începând cu motivele internării și pentru fiecare punct al prezentării, comisiei trebuie să i se sugereze, într-un fel sau altul, diagnosticul (3).

În privința condițiilor de viață și de muncă, a antecedentelor heredo-colaterale și personale, reținem ... sau nu reținem ceva deosebit pentru afecțiunea în cauză.

Datele care privesc anamneza vor fi prezentate diferit în cazul unei afecțiuni cronice sau în cazul unei afecțiuni cu caracter de urgență medico-chirurgicală.

În cazul unei afecțiuni cu caracter de urgență, prezentarea anamnezei începe cu episodul acut actual, care a determinat internarea de urgență, episod care va fi proiectat pe fondul suferinței cronice, când aceasta există.

Examenul clinic general ne releva un bolnav afebril/febril, cu stare generală ... (bună, mediocră, alterată), echilibrat neuropsihic sau dezorientat, confuz etc., cu status ponderal ... (normo- sau hipoponderal sau cu obezitate de grad 1, 2 sau 3), cu facies caracteristic pentru ..., cu tegumente și mucoase ..., cu/fără edeme ale membrele inferioare, cu poziție/atitudine antalgică.

Examenul local va fi prezentat comisiei cu lux de amanunte si bine sistematizat. Se vor expune datele obtinute la inspectie, palpare, percutie si auscultatie, precizând pozitiile în care a fost examinat bolnavul, precum si unele manevre speciale din timpul examinarii.

Restul examenului clinic pe aparate si sisteme a relevat modificari patologice sugestive pentru

Investigatiile paraclinice patologice vor fi prezentate în dinamica, în urmatoarea ordine: tablou biologic, explorari imagistice si alte date paraclinice (EKG, probe respiratorii, examene endoscopice cu/fara biopsie etc.). Se vor mentiona si unele date normale, precum grupul sanguin sau Rh-ul. În unele cazuri, vom mentiona diverse dozari hormonale în sânge.

În ceea ce priveste explorarile imagistice, se vor mentiona, mai întâi, datele patologice comunicate de secretar, apoi se poate lua în discutie interpretarea proprie a radiografiilor, ecografiilor, arteriografiilor etc. Se poate recomanda repetarea acestor examene si, eventual, se va conditiona diagnosticul si indicatia terapeutica de acest lucru. Uneori, se poate pune problema completarii investigatiilor existente. În privinta investigatiilor paraclinice considerate necesare si neefectuate, acestea vor fi adaptate cazului si justificate.

Datele paraclinice nu servesc exclusiv diagnosticul, multe dintre ele au legatura directa cu strategia, tactica si tehnica operatorie, cu incidentele, accidentele intraoperatorii, posibile complicatii postoperatorii. Acestea vor fi comentate si valorificate la capitolele respective.

În final, se concluzioneaza:

În baza datelor clinice si paraclinice existente la foaia de observatie putem afirma diagnosticul prezumtiv pozitiv de Acesta este sugerat de ... (date clinice sugestive), sustinut de ... (date paraclinice) si impus de ... (endoscopie cu biopsie, computer tomografie).

2. Diagnosticul diferential va fi prezentat diferit, în functie de complexitatea cazului si de tipul concursului.

Daca ne gasim în fata unui caz mai putin investigat, cu date paraclinice contradictorii, diagnosticul diferential va fi bazat pe datele clinice. Se vor selecta numai afectiunile cele mai probabile în contextul clinic dat, care vor fi sustinute de datele paraclinice. Alteori, datele paraclinice sunt foarte sugestive pentru un diagnostic si, atunci, diagnosticul diferential va fi mai mult paraclinic.

Diagnosticul diferential la bolnavii cu cancer consta în enumerarea sindroamelor pseudotumorale, a bolilor cu care ar putea fi confundata localizarea tumorala, expunându-se datele clinice si de laborator care pledeaza împotriva afectiunii si determina eliminarea ei din cauza, fara a include toate bolile cu care s-ar putea face diagnosticul diferential în cazul bolnavului examinat (1).

Diagnosticul diferential trebuie facut, de asemenea, si pentru eventualele complicatii si sindroame paraneoplazice.

3. Diagnosticul pozitiv complet al afectiunii principale si al celor secundare asociate

Se reia diagnosticul pozitiv prezumtiv al afectiunii principale, îmbunatatit, detaliat (etiopatogenic, fiziopatologic, anatomoclinic, topografic, de stadiu evolutiv). Daca este cazul, se va mentiona un diagnostic etiopatogenic (varice secundare membrele inferioare dupa sindrom posttrombotic). La fel, daca este cazul vom mentiona un diagnostic fiziopatologic (angiocolita supurata icterouremigena, stenoza pilorica ulceroasa cu sindrom Darrow).

Diagnosticul anatomoclinic este foarte important (cancer de cec ulcerovegetant sângerând si infectat, cu abces perineoplazic, care corespunde unei forme clinice anemice si/sau febrile). În unele situatii, este necesar un diagnostic topografic (cancer gastric ulcerovegetant portiune verticala mica curbura sau ulcer postbulbar supravaterian penetrant în pancreas).

În cazul cancerelor, se impune un diagnostic stadial evolutiv apreciindu-se caracterul extensiv la organ (întindere în înaltime, circumferentiala si în grosimea peretelui), caracterul invaziv (penetrarea în structurile anatomice vecine), propagarea limfoganglionara loco-regionala (N) si la distanta, posibilele metastaze (M).

Se enunta metoda prin care a fost precizat diagnosticul de cancer, care este tipul histologic de cancer, forma anatomoclinica, stadiul bolii, categoria prognostica (forme localizate, forme avansate loco-regional si forme metastatice), complicatiile si bolile asociate. Anatomia patologica joaca un rol esential în diagnosticul de malignitate. Informatiile au si valoare prognostica determinând tratamentul optim al bolnavului în cauza. Datele anatomice includ marimea tumorii, aspectul macroscopic, tesutul de origine, tumora primara sau metastaza, gradul diferentierii tumorale, gradul invaziei loco-regionale (limfatice, vase sanguine, seroasa, capsula organului), daca tratamentul chirurgical anterior a excizat complet tumora cu o margine adecvata de tesut normal sau exista tesut tumoral rezidual macroscopic sau microscopic (1).

Odata diagnosticul confirmat, urmeaza bilantul preterapeutic, stadializarea cancerului (care defineste marimea si extensia tumorii loco-regionala si la distanta). Acest bilant aduce informatii prognostice, orienteaza tratamentul si fixeaza o linie de referinta fata de care se apreciaza raspunsul la tratament. Bilantul preterapeutic, obligatoriu pentru stadializarea clinica (TMN clinic), impune stadializari standard pentru fiecare localizare (1).

4. Evolutia bolii fara tratament.

Rareori, bolile chirurgicale au sanse de ameliorare sau vindecare spontana. De obicei, boala netratata evolueaza spre cronicizare si agravare prin aparitia complicatiilor. Complicatiile, acute sau cronice, locale sau generale, functionale sau organice, pot schimba cursul bolii si au, uneori, evolutie fatala (3).

În cazul tumorilor maligne, evolutia va urmari propagarea locala la nivel de organ si dincolo de organ, limfoganglionara si la distanta, cu diseminare neoplazica, insuficienta multipla de organ, casexie neoplazica si exitus.

Diagosticul de evolutivitate si aprecierea agresivitatii este destul de greu de efectuat, dar posibil, bazându-se pe date de anamneza privind ritmul de crestere în dimensiuni a unei tumori palpabile, prezenta semnelor locale inflamatorii, masuratori directe la diferite intervale, dinamica markerilor. Aprecierea evolutiei cazului impune includerea acestora în categoria prognostica cea mai probabila pentru localizarea tumorala respectiva si a complicatiilor aparute prin progresie fara tratament, sau/si riscul de recidiva si metastazare.

Se analizeaza prognosticul, luând în considerare date procentuale cunoscute privind mortalitatea, cu si fara tratament, intervalul liber de boala, potentialul evolutiv al bolii, daca simptomele pot fi produse de o boala asociata tratabila si daca o eventuala complicatie poate fi evitata prin tratament (1).

În fata perspectivelor la care este supus bolnavul netratat, devine evidenta necesitatea unui tratament conservator (medical sau de alta natura) sau chirurgical.

5. Tratamentul

5.1. Tratamentul medical intra în discutie, cel mai adesea, numai ca etapa de pregătire preoperatorie. Pregătirea preoperatorie corectă asigură succesul unei operații (stenoza pilorică ulceroasă decompensată, hipertiroidie, pregătirea colonului într-un cancer de colon). Alteori, tratamentul medical intensiv este suficient într-o urgență medico-chirurgicală de tipul pancreatitei acute.

Pe bolnavi selecționați, tratamentul medical poate fi exclusiv atunci când, bazat pe argumente solide, candidatul stabilește o contraindicație operatorie. Este cazul unor cancere depășite din punct de vedere chirurgical, la care se recomandă radioterapie și/sau chimioterapie. Dacă se speră la o reconversie a cazului, acest tratament are rol de terapie neoadjuvantă. Sunt și cazuri la care intervenția se amână din diverse motive și, atunci, bolnavul va urma un tratament medical sau ortopedic (bandaj herniar pentru o hernie inghinală la un vârstnic tarat, ciorapi elastici pentru varice hidrostactice ale membrelor inferioare).

Tratamentul medical preoperator cuprinde și antibioprofilaxia sau antibioterapia curativă într-o stare septică gravă, care precede cu puțin timp intervenția și profilaxia cu Clexane la bolnavii cu factori de risc pentru boala tromboembolică postoperatorie.

5.2. De cele mai multe ori, bolnavul beneficiază de tratament chirurgical deoarece nu există alternativă de tratament conservator (de exemplu, eventrația postoperatorie), tratamentul conservator este ineficace sau sub tratament conservator boala s-a agravat și au apărut complicații; uneori, indicația chirurgicală constituie ultima resursă diagnostică și atunci apelăm la laparoscopia/laparotomia exploratorie.

5.2.1. Dacă indicația chirurgicală are un caracter absolut sau categoric, aceasta se poate realiza în urgență imediată sau amânata ori poate fi programată (operația „la rece”).

5.2.2. După ce se discută indicația chirurgicală, se va aminti scopul sau viza tratamentului chirurgical luând în discuție o chirurgie cu viza patogenică, care să întrerupă cercul vicios generator de boală și să aducă vindecarea sau, raportat la cancer, o chirurgie cu viza de radicalitate oncologică sau o chirurgie paliativă (3).

5.2.3. În continuare, se va argumenta alegerea procedurii operatorii optime din mai multe variante posibile. Indicația unui procedeu operatoriu nu înseamnă o listă de procedee din care propunem pe cele mai noi, ci o argumentare practică pornind de la datele clinice și paraclinice pe care le avem la dispoziție

(3). Acestea definesc strategia si tactica operatorie adecvate fiecarui caz. Aici se va discuta abordul chirurgical clasic (chirurgie deschisa) sau abordul laparoscopic.

5.2.4. Un punct important al expunerii îl constituie alegerea momentului operator.

Într-o operatie efectuata „la rece”, deci programata, momentul operator este conditionat de terminarea explorarilor, de rezultatele pregatirii preoperatorii, de compensarea unor pierderi, a unor dezechilibre metabolice sau chiar a unei functii vitale. În alegerea momentului operator intervine si asigurarea unei cantitati suficiente de sânge sau existenta unor conditii tehnice particulare (biopsie extemporanee, explorari radiologice intraoperatorii).

Într-o urgenta chirurgicala amânata, alegerea momentului operator este dependenta atât de boala si de gravitatea sa, cât, mai ales, de evolutia sub tratament complex (o hemoragie digestiva superioara ulceroasa, care recidiveaza brutal, impune hemostaza chirurgicala de urgenta).

Într-o urgenta chirurgicala absoluta (ulcer duodenal perforat, sarcina extrauterina rupta cu inundatie peritoneala), interventia chirurgicala se realizeaza în primele ore de la internare sau chiar în momentul prezentarii, masurile de reanimare împletindu-se cu explorarile si tratamentul chirurgical.

5.2.5. Alegerea anesteziei se face de comun acord cu medicul anesteziat si va fi adaptata cazului. Anestezia poate fi locala, loco-regionala, rahidiana, peridurala sau generala (i.v. sau prin intubatie oro-traheala). Exista si contraindicatii anesteziice, care pot schimba momentul operator. Se vor aprecia riscul anesteziic si cel chirurgical. Se poate lua în considerare scorul ASA al Societatii Americane de

Anesteziologie:

I. Pacient fara afectiuni asociate;

II. Boala sistemica medie, fara limitare functionala;

III. Boala sistemica severa, cu limitare functionala bine definita;

IV. Boala sistemica severa ce constituie o amenintare permanenta a vietii;

V. Bolnav muribund, care nu poate supravietui peste 24 de ore, cu/fara operatie;

E. Indicativ ce se adauga notatiei de mai sus în caz de urgenta.

5.2.6. Se va discuta, apoi, dispozitivul operator, mentionând pozitia chirurgului si a ajutoarelor în raport cu bolnavul, pozitia bolnavului pe masa de operatie (amputatia de rect în doua echipe), a cooptarii în echipa a altor specialisti (chirurg vascular, plastician, urolog) si, eventual, succesiunea interventiilor în cazul politraumatismelor.

5.2.7. Se va aminti cum se pregateste câmpul operator, apoi se trece la calea de abord.

Se vor enumera câteva cai de abord clasice, în final propunându-se cea care ofera cea mai buna vizibilitate, un sacrificiu anatomic mai mic si un numar mai redus de complicatii postoperatorii. Alegerea caili de abord este mai dificila în reinterventii.

5.2.8. Dupa ce se realizeaza abordul chirurgical, urmeaza explorarea completa a regiunii în vederea confirmarii diagnosticului preoperator si inventarierea leziunilor asociate. Uneori, explorarea trebuie continuata cu o explorare interna endolumenala sau cu alte explorari paraclinice (ecografie intraoperatorie, colangiografie intraoperatorie, examen bacteriologic si/sau citologic, biopsie extemporanee, coledocoscopie si alte endoscopii).

În urma explorarii se contureaza indicatia operatorie definitiva pentru afectiunea principala si pentru leziunile asociate.

Ajuns în acest punct al prezentarii, candidatul va expune, în continuare, elementele de strategie si tehnica chirurgicala adecvate cazului.

În concluzie, discutând tratamentul chirurgical, trebuie amintite 7 puncte:

- în ce scop se face operatia (viza tratamentului chirurgical);
- cu ce mijloace (procedeele chirurgicale);
- când (momentul operator);
- cu ce anestezie;
- pe ce cale de abord;
- într-o singura sedinta operatorie sau mai multe;
- cum se desfasoara operatia (tactica si tehnica operatorie).

5.2.9. Tactica operatorie arata cum trebuie procedat în timpul operatiei pentru a facilita desfasurarea sa si a preveni incidentele si accidentele intraoperatorii. Tehnica operatorie cuprinde timpii operatori.

5.2.10. Apoi, se vor discuta incidentele si accidentele intraoperatorii, adica leziunile si complicatiile posibile pe parcursul desfasurarii interventiei. Se va insista asupra conditiilor de aparitie, prevenirea, recunoasterea si repararea lor, legata de natura, localizarea si stadiul evolutiv al leziunii la bolnavul dat.

5.2.11. În continuare, se vor expune îngrijirile postoperatorii care asigura o evolutie simpla. Acestea au în vedere mentinerea sau restabilirea functiilor vitale perturbate de boala si de agresiunea anesteziico-chirurgicala, prevenirea complicatiilor imediate, precoce sau tardive legate de boala, operatie si terenul pe care evolueaza.

Îngrijirile postoperatorii încep odata cu terminarea operatiei, în perioada perioperatorie (primele ore postoperator), perioada postoperatorie imediata (primele 24 de ore postoperator) si dureaza toata perioada spitalizarii.

Criteriile de urmarire sunt, în primul rând, clinice (temperatura, puls, tensiune arteriala, respiratie, diureza, stare generala, aspectul tegumentelor si mucoaselor, aspectul plagii operatorii, aspectul drenajului), dar si paraclinice (hemoleucograma, ionograma, glicemie, uree, creatinina, proteinemie, radiografie toracica, ecografie abdominala si alte explorari în functie de boala pentru care s-a efectuat interventia).

În privinta masurilor, trebuie mentionata, în primul rând, reechilibrarea volemica, electrolitica si energetica la un bolnav care nu poate fi alimentat decât parenteral în primele zile postoperator. Se va face bilantul intrarilor si iesirilor (3).

Se va discuta tratamentul antibiotic, anticoagulant si analgetic si tratamentul specific de sustinere a afectiunilor asociate. În perioada postoperatorie precoce, bolnavul va fi mobilizat, se reia progresiv alimentatia orala, în raport cu cresterea tolerantei digestive si reluarea tranzitului intestinal. Examenul clinic abdominal, cantitatea si calitatea drenajului autorizeaza mobilizarea, scurtarea sau suprimarea tuburilor de dren. Supravegherea plagii operatorii este importanta pentru a recunoaste precoce o eventuala complicatie (hematom, supuratie parietala, evisceratie). Nu se vor uita mobilizarea activa si pasiva a bolnavului, gimnastica respiratorie, masajul.

5.2.12. Complicatiile postoperatorii pot sa apara în perioada postoperatorie imediata sau precoce sau în perioada postoperatorie tardiva.

Incluzând si perioada perioperatorie, complicatiile imediate si precoce se refera la cele care pot sa apara în primele 24 de ore postoperator (imEDIATE) sau în zilele urmatoare (precoce), pe toata perioada spitalizarii. Complicatiile din perioada perioperatorie sunt legate, în special, de anestezie: insuficienta respiratorie acuta, varsatura cu, eventuala, complicatie pulmonara – sindromul Mendelson, complicatiile dupa rahianestezie etc. Complicatiile postoperatorii precoce pot fi generale, conditionate de teren (vârsta, patologie asociata) si locale care, la rândul lor, pot fi viscerale si parietale.

Complicatiile generale care pot fi discutate sunt complicatii pulmonare si cardio-vasculare, urinare, tromboembolice, neurologice, eventual posttransfuzionale, hemoragii digestive superioare, ischemii acute periferice etc. Dintre complicatiile locale viscerale, dintre care unele obliga la reinterventie, se amintesc hemoragia, peritonita, ocluzia, pancreatita acuta si altele specifice fiecărei interventii chirurgicale. Complicatiile locale parietale includ hematumul, supuratia banala a peretelui, evisceratia postoperatorie, fasceita necrozanta.

Complicatiile postoperatorii tardive încep din momentul externarii bolnavului, sunt nelimitate în timp si includ recidivele, eventratiile, diverse sechele postoperatorii si altele.

Legat de tratament, se va fixa o schema terapeutica personala, individualizata, indicând optiunile terapeutice sub forma tratamentului standard si în curs de evaluare.

Se vor preciza criteriile de evaluare a tratamentelor: rata de raspuns, efecte secundare si complicatiile legate de tratament, tratamentul leziunilor reziduale active, posibilitatea esecurilor terapeutice si cauzele de esec, rezultatele la distanta.

6. Externarea bolnavului si recomandarile la externare

Aprecierea momentului se face în functie de perioada postoperatorie, de boala sau de tarele asociate. Bolnavul poate fi externat ca vindecat per primam sau mai necesita îngrijire în ambulator. În caz de interventii seriate se va programa o noua operatie. Legat de boala, externarea se face când aceasta este complet vindecata sau evolutia este buna. În privinta tarelor asociate, bolnavul poate primi indicatie de tratament medical sau poate fi transferat în alt serviciu.

Biletul de iesire din spital contine epicriza – sinteza observatiei clinice, elementele diagnostice, indicatia operatorie, constatarile operatorii, anatomia patologica si recomandarile la externare privind regimul de viata (alimentatie, efort fizic, concediu medical), tratamentul legat de boala sau de interventie; uneori, terenul impune îngrijiri specifice, fiziokinetoterapie. Se va mentiona dispensarizarea (control), eventual o noua internarea.

O mentiune speciala este necesara pentru bolnavii neoplazici operati care vor fi îndrumati pentru continuarea tratamentului si luarea în evidenta în reseaua oncologica teritoriala. La acesti bolnavi se va aprecia momentul externarii din spital, indicându-se pe biletul de iesire rezultatul imediat al tratamentului, modalitatile ulterioare de urmarire terapeutica: clinica, imagistica, monitorizarea prin markeri, momentul revenirii la control, tratamentul de întreținere (doza). Se va cuantifica, de asemenea, toxicitatea de organ secundara chimioradioterapiei Recuperarea (readaptarea) bolnavului oncologic, fizica, psihica si socio-profesionala încheie momentul externarii din spital.

O dispensarizare speciala o au bolnavii diabetici si stomizati.

7. Prognosticul cazului

Prognosticul poate fi, pe de o parte, foarte bun, bun, rezervat sau grav, iar pe de alta parte, postoperator imediat si tardiv. Se va prezenta prognosticul vital, functional si social.

Prognosticul vital imediat poate fi rezervat în unele interventii de amploare, în pancreatitele acute necroticohemoragice complicate. Prognosticul vital îndepartat se refera la speranta de viata si se estimeaza, mai ales în cancer, la 3 si la 5 ani postoperator. El se discuta în functie de factorii de prognostic.

Prognosticul functional se leaga de intentia interventiei chirurgicale de a restabili functia compromisa de boala si de masura în care acest lucru s-a reusit (3) si va fi raportat în timp.

Prognosticul social se refera la reîncadrarea socio-profesionala.

8. Particularitatile cazului

Particularitatile cazului reunesc elementele specifice care disting cazul de altele, aparent, comparabile, ce-i confera o anumita individualitate, îl fac deosebit si comporta masuri terapeutice deosebite.

Se discuta particularitatile care tin de bolnav, de boala si de conduita terapeutica. Cele care tin de bolnav se refera la sex, vârsta, factori socio-profesionali, teren, asocieri patologice deosebite. Referitor la boala, se va lua în considerare evolutia sa, conditionata de o topografie particulara sau de conditii anatomice particulare (anomalii), particularitati în functie de stadiul evolutiv, formele clinice, particularitati de strategie, tactica si tehnica operatorie, de evolutie si prognostic postoperator. În privinta conduitei terapeutice, se vor extrage particularitatile de tratament adresate bolii si terenului asociat.

Expunerea particularitatilor cazului încheie prezentarea si este un bun prilej de a demonstra comisiei maturitatea candidatului. Aceasta trebuie sa reuneasca si sa exprime concis câteva elemente specifice, care detaseaza cazul de obisnuit, care-l fac deosebit si care comporta masuri deosebite (3).

Întreaga prezentare trebuie sa fie supla, sa fie legata de aspectele practice si particularitatile cazului (orientarea la caz este mai valoroasa decât orice teoretizare pe marginea cazului), centrul ei de greutate fiind legat de nivelul concursului, de bolnav si, bineînteles, de candidat.

Bibliografie

1. Bild E., Târcoveanu E. – Proba clinica practica de concurs în oncologie. Revista „Clinica” (Iasi), 1999, vol. IV, nr. 5, pg.35-42
2. Geormaneanu M., Oltean D., Priscu A., Suteanu St. – Metodologia probei clinice de concurs. Ed. ALL – Medicina umana, 1996
3. Pacescu E. – Proba clinica în chirurgie. Ed. Medicala, 1997
4. Razesu V. – Chirurgie generala. Probe practice pentru examene si concursuri. Ed. Junimea, 1987
5. Târcoveanu E. – Proba practica de concurs. Rev. Medico-Chirurgicala, 1982, nr. 1, pg. 167 - 174