

CONEXIUNI MEDICALE

www.conexiunimedicale.ro

COLECTIV ȘTIINȚIFIC

Acad. Prof. Univ. as. dr. Virgil Enătescu (Satu Mare)
Prof. Univ. dr. Rumelia Koren (Tel Aviv, Israel)
Prof. dr. Comșa George (Constanța)
Conf. dr. Sabău Sorin (Târgu Mureș)
Conf. Univ. dr. Ilie Constantin (Timișoara)
As. Univ. dr. Anca Ciurea (Cluj Napoca)
As. Univ. dr. Virgil Radu Enătescu

REDACTOR ȘEF

dr. Bumbuluț Călin

email: bumbulutcalin@yahoo.com

SECRETAR DE REDACȚIE

dr. Andó Ottó

COLECTIV DE REDACȚIE

dr. Bauer Adalbert
dr. Bidilean Nicolae
dr. Brânduș Ioan
dr. Blaga Vasile
dr. Cornean-Santa Corina
dr. Grosz Gyula
dr. Ghinescu Minerva
dr. Horber Orsolya
dr. Lup Liliana
dr. Kiss Ladislau
dr. Mihaița Man Sorina
dr. Negru Alina
dr. Roatiș Marius Dinu
dr. Rusu Cristian Bogdan
dr. Stîncel-Toader Minerva
dr. Trip Gheorghe
dr. Zilahi Karoly

EDITOR

Colegiul Medicilor Satu Mare
str. Tudor Vladimirescu nr.7
www.colmedsm.ro
email: colmedsm@sermis.ro



EDITOR ASOCIAT

Asociația Medicilor de Familie Satu Mare
str. Bobocului UK 30
www.amfsm.ro



ISSN 1843 – 9306

Publicație inclusă în Nomenclatorul Publicațiilor
Medicale ale CMR

5 credite CMR pentru abonați

Tipărit la TIPOFFSET

Str. Fabricii, Nr. 93-103, Cluj Napoca,
Tel./Fax: 0264-456071

Cuprins

Editorial pag. 4

Articole originale

**Valoarea vitezei de sedimentare a hematiilor ca și test
screening la pacienții spitalizați, Aliza Zeidman, Gideon Y. Stein,
Angela Kremer, Yael Rubisa** pag. 7

**Evaluarea accesului populației defavorizate, inclusiv
etnia romă, la serviciile publice de sănătate,
Ghinescu Minerva** pag. 16

**Simptomatologia dispepsiei duodenale. Studiu clinic,
Bauer Adalbert** pag. 25

**Evaluarea histopatologică a mucoasei vezicii urinare după
combinația dintre termo și chimioterapie pentru carcinomul
superficial cu celule tranziționale, Lea Rath-Wolfson, Zvi Leib,
Boaz Moskovitz** pag. 33

Revistă generală

**Cum ar trebui plătiți medicii de familie?,
Bumbuluț Călin** pag.42

**Schimbarea comportamentelor medico-sociale prin
comunicare, Ghinescu Minerva** pag.53

**Noi investigații de laborator cu implicații în neurologie,
Lup Liliana** pag.59

Cazuri clinice

**Un caz deosebit de tuberculoză laringiană, Bidilean Nicolae,
Bidilean Maria-Cristina, Bidilean Sinziana-Alexandra,
Pallai Laszlo** pag.71

**Limfangiom chistic cervical cu localizare superioară. Caz
clinic, Cornean Șanta Corina, Cornean Corina Iulia** pag.75

**Boala Still a adultului și poliartrita reumatoidă. Observație
clinică asupra unui caz, Virag Tiberiu** pag.80

In memoriam

Prof. Dr. Iuliu Hațieganu pag.83

CONEXIUNI MEDICALE

www.conexiunimedicale.ro

SCIENTIFIC COLLECTIVE

Acad. Prof. Univ. as. dr. Virgil Enătescu (Satu Mare)
Prof. Univ. dr. Rumelia Koren (Tel Aviv, Israel)
Prof. Univ. dr. Comşa George (Constanţa)
Conf. Univ. dr. Sabău Sorin (Târgu Mureş)
Conf. Univ. dr. Ilie Constantin (Timişoara)
As. Univ. dr. Anca Ciurea (Cluj Napoca)
As. Univ. dr. Virgil Radu Enătescu

REDACTOR-IN-CHIEF

dr. Bumbuluţ Călin
email: bumbulutcalin@yahoo.com

EDITORIAL SECRETARY

dr. Andó Ottó

EDITORIAL COLLECTIVE

dr. Bauer Adalbert
dr. Bidilean Nicolae
dr. Brândeiu Ioan
dr. Blaga Vasile
dr. Cornean-Santa Corina
dr. Grosz Gyula
dr. Ghinescu Minerva
dr. Horber Orsolya
dr. Lup Liliana
dr. Kiss Ladislau
dr. Mihalca Man Sorina
dr. Negru Alina
dr. Roatiş Marius Dinu
dr. Rusu Cristian Bogdan
dr. Stîncel-Toader Minerva
dr. Trip Gheorghe
dr. Zilahi Karoly

EDITOR

Colegiul Medicilor Satu Mare
str. Tudor Vladimirescu nr.7
www.colmedsm.ro
email: colmedsm@sermis.ro



ASSOCIATED EDITOR

Asociația Medicilor de Familie Satu Mare
str. Bobocului UK 30
www.amfsm.ro



ISSN 1843 – 9306

Journal included in The Schedule of Medical
Publications of CMR
5 credits CMR for subscribers

Printed at TIPOFFSET
Fabricii str, No. 93-103, Cluj Napoca, Tel./Fax:
0264-456071

Contents

Editorial.....pag.4

Original articles

The value of erythrocyte sedimentation rate as screening test in hospitalized patients, Aliza Zeidman, Gideon Y. Stein, Angela Kremer, Yael Rubisapag.7

The evaluation of the access of disadvantaged population, including Roma ethnics, to the public health services, Ghinescu Minerva pag.16

The symptomatology of duodenal dispepsia. Clinical study, Bauer Adalbert pag.25

Histopatological evaluation of urinary bladder mucosa after combined thermo-chemotherapy for superficial transitional cell carcinoma, Lea Rath-Wolfson, Zvi Leib, Boaz Moskovitz pag.33

General review

How should family physicians be paid?, Bumbuluţ Călin pag.42

Communication for Medical and Social Behavioural Change, Ghinescu Minerva pag.53

New laboratory investigations with implications in neurology, Lup Liliana pag.59

Case presentation

One uncommon larynx tuberculosis case, Bidilean Nicolae, Bidilean Maria-Cristina, Bidilean Sinziana-Alexandra, Pallai Laszlo pag.71

Cervical Cystic Limfangioma with submandibular location. Clinical case, Cornean Şanta Corina, Cornean Corina Iulia pag.75

Still Disease at adult and Rheumatoid Poliartritis. Clinical case, Virag Tiberiu pag.80

In memoriam

Prof. Dr. Iuliu Haţieganu pag.83

Titlul: Times New Roman, 12, majuscule, centrat, la două rânduri; trebuie să fie elocvent pentru conținutul articolului.

Autorii, instituția: Times New Roman, 12, aldin (bold), centrat, la un rând; numele de familie precede prenumele; maxim șase autori, dacă sunt mai mulți se notează „și colab. ” ; autorul principal este notat primul; este utilă precizarea adresei de corespondență (de preferat e-mail).

Rezumat în engleză maxim 200 cuvinte: Times New Roman, 12, la două rânduri, fără aliniat și precedat de titlul articolului scris în engleză, cu majuscule, urmat de cuvântul „abstract”. La sfârșitul rezumatului se vor menționa cuvintele cheie.

Textul: Times New Roman, 12, la două rânduri, structurat pe capitole: introducere, material și metodă, discuții, concluzii, etc. Poate fi redactat în limba engleză, urmat de traducerea în limba română.

Tabelele vor fi inserate în text și nu vor depăși o pagină; titlul tabelului va fi numerotat cu cifre romane: Times New Roman, 12, aldin, la două rânduri, deasupra tabelului.

Figurile (inserate în text) vor fi menționate în conținutul articolului; titlul și legenda vor fi scrise cu Times New Roman, 12, aldin, la două rânduri, sub figuri și vor fi numerotate cu cifre arabe.

Referințele vor fi numerotate în ordinea apariției în text; Times New Roman, 12, la două rânduri, redactate după cerințele internaționale - conform http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Articolele vor fi adresate redacției în formă electronică (e-mail, CD, DVD, floppy) și eventual tipărită. Articolele nu vor depăși: lucrări originale 15 pagini, referate generale 20 pagini, cazuri clinice 8 pagini, recenzii și noutăți 2 pagini.

Întreaga responsabilitate a opiniilor exprimate în articolele revistei **Conexiuni Medicale** revine autorilor. Politica editorială nu permite publicarea reclamelor sau anunțurilor publicitare. Republicarea parțială sau în întregime a articolelor se poate face numai cu menționarea autorilor și a revistei **Conexiuni Medicale**.

© Copyright **Conexiuni Medicale, Satu Mare, 2009**

Revista **Conexiuni Medicale** apare trimestrial prin efortul logistic și financiar al **Colegiului Medicilor Satu Mare** și **Asociației Medicilor de Familie Satu Mare**, în cadrul proiectului comun al **Centrului de Documentare și Educație Medicală Continuă Satu Mare**.

Este disponibilă gratuit la sediul redacției: Satu Mare, str. Tudor Vladimirescu nr 7, iar în variantă electronică pe www.conexiunimedicale.ro. Puteți contribui la apariția ei în continuare, cu obținerea a 5 credite EMC, prin abonamente; prețul unui abonament anual este de 40 lei+taxe poștale, plătiți în contul Colegiului Medicilor Satu Mare RO38BTRL03101202K39262XX, cod fiscal 9839430, cu mențiunea „pentru abonament revistă”.

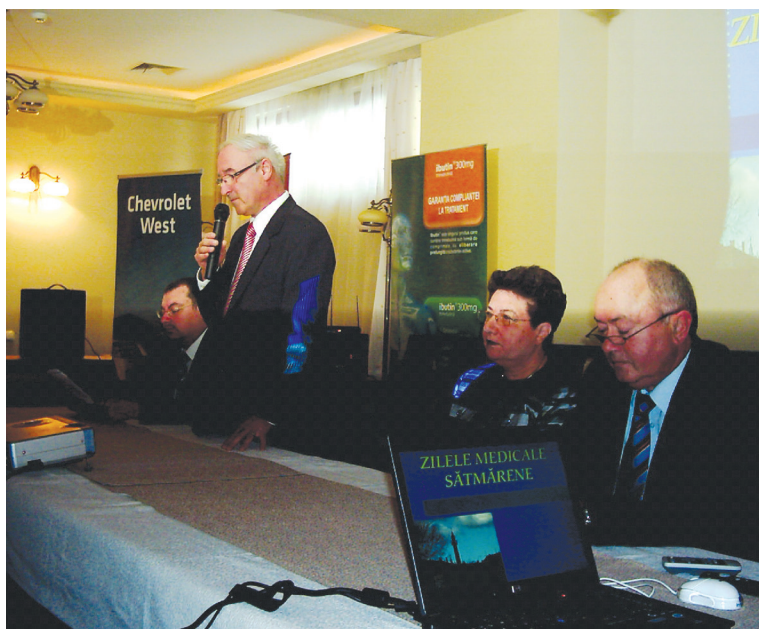
În perioada 1-3 octombrie 2009 a avut loc cel mai important eveniment științific medical al județului: **a VI-a ediție a Zilelor Medicale Sătmărene**, organizat de Colegiul Medicilor Satu Mare în parteneriat cu Asociația Medicilor de Familie Satu Mare. Președintele de onoare al manifestării a fost d-na prof. univ. dr. Rumelia Koren de la Universitatea de Medicină din Tel Aviv (Israel), invitați speciali fiind: acad. prof. univ. dr. Sipka Sandor, de la departamentul de imunologie al Universității de Medicină din Debrecen, Ungaria și colaboratorii- dr. Tumpek Judith, dr. Nagy Gabor, de asemeni conf. univ. dr. Ioana Mircea, Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea, șef de lucrări dr. Florin Maghiar, Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea. Academia de Științe Medicale din România a fost reprezentată de dl. acad. prof. univ. dr. Virgil Enătescu.

Cu această ocazie a fost lansată lucrarea în format electronic: „*Diagnostic clinic și imagistic în pediatrie*” a d-lui dr. Bauer Adalbert, medic primar pediatru, doctor în științe medicale, bazată pe o experiența de peste o jumătate de secol, lucrare oferită tuturor participanților.

O premieră în șirul edițiilor de pâna acum a constituit-o și lansarea volumului „*Debut întârziat*”, avându-l ca autor pe dl. acad. prof. univ. dr. Virgil Enătescu.

Sponsorii principali ai manifestării au fost firmele Servier, Nefromed SM, Zentiva, alți sponsori fiind Gedeon Richter, Wörwag Pharma, Terapia Ranbaxy, Farmila.

Manifestările au fost deschise joi, 1 octombrie, de către președintele CM Satu Mare, dr. Dumitru Fanea, în prezența reprezentanților instituțiilor statului și ale Colegiilor profesionale: prefectul Radu Giurca, președintele Consiliului Județean Satu Mare, Arpad Csehi, președintele Colegiului Farmaciștilor din Satu Mare, farm. Aurelia Vulciu, președintele Colegiului Medicilor Dentiști din Satu Mare, dr. Flaviu Simu. Prefectul Radu Giurca a felicitat întreaga audiență, organizatorii, apoi și-a exprimat respectul, solicitudinea și tot sprijinul față de medici. Președintele Arpad Csehi ne-a adus la cunoștință modul în care se implică instituția pe care o conduce în problemele din sănătatea sătmăreană, fiind dată ca exemplu aprobarea celor 250.000 lei pentru lucrările la noua secție de Psihiatrie, valoarea de 1.000.000 euro a unor proiecte pentru sănătate și a mai spus că procedura pentru privatizarea cabinetelor se află în ultima etapă, a evaluării spațiilor cu destinație medicală.



Prezentarea lucrărilor științifice a debutat la ora 10 cu susținerea conferinței „*The use of Lymph Node Revealing Solution in up-staging of Malignant - Utilizarea soluției de revelare a nodurilor limfatici în stadializarea bolilor maligne*” de către prof. univ. dr. Rumelia Koren, care a suscitât un interes deosebit în rândul participanților. Au urmat: „*Rolul inhibitorului de enzimă de conversie în tratamentul hipertensiunii arteriale cu factor de risc*” susținută de farm. Potroviță Sorin, apoi „*Limfangiom chistic cervical cu localizare superioară. Caz clinic*” autori dr. Cornean-Santa Corina, medic primar ORL, doctor în medicină, Cornean Corina Iulia,

student UMF Cluj Napoca, „*Un caz neobișnuit de tuberculoză laringiană*” prezentată de dr. Bidilean Nicolae, medic primar ORL, doctor în medicină, coautori Bidilean Maria Cristina, Bidilean Sînziana Alexandra, studente UMF Cluj Napoca, „*Hepatita cronică virală C: rezultatele tratamentului antiviral în funcție de dinamica răspunsului viral*” autor dr. Brandeu Ioan, medic primar interne, gastroenterologie, doctor în științe medicale, „*Presiunea centrală aortică-parametru important în controlul tensiunii arteriale. Tonometria prin aplanatie*” autor șef lucrări dr. Florin Maghiar, medic primar cardiolog, „*Cum trebuie plătiți medicii de familie?*” autor dr. Bumbuluț Călin, medic primar medicina familiei, urmând o serie de lucrări având ca autor pe dr. Roatiș Marius Dinu, medic primar chirurgie plastică, microchirurgie reconstructivă: „*Reconstrucția în piciorul diabetic ca procedeu de salvare*”, „*Reconstrucția defectelor de părți moi ale nasului și zonelor învecinate*”, „*Tratamentul brahimetacarpiei prin tehnica alungirii*”. În continuare au fost susținute lucrările: „*Terapia metabolică: o necesitate pentru pacientul cu cardiopatie ischemică*” autor dr. Mircea Zăgreanu, medic primar cardiolog, Spitalul Județean Baia Mare, „*Dezvoltarea sectorului sanitar din țările Central și Est-europene; noutăți 2009*” autori dr. Lang Ladislau, medic primar medicina familiei și dr. Lang Timea, medic specialist medicina familiei, „*Dileme etice pe marginea unei expoziții: Todliche Medizin Rassenwahn im Nationalsozialismus*” autori dr. Horber Orsolya, medic primar medicina familiei și dr. Zilahi Karoly, medic primar medicina familiei, „*Noi investigații de laborator cu implicații în neurologie*” autor dr. Lup Liliana, medic primar laborator clinic, „*Informare privind proiectele Colegiului Medicilor și Asociației Medicilor de Familie Satu Mare*” autor dr. Bumbuluț Călin, ziua fiind încheiată de lucrarea „*Ulcerul varicos gigant. Observații clinice asupra două cazuri*”, autor dr. Virag Tiberiu, medic specialist medicina familiei.

Ziua a doua a debutat prin conferințele doamnei profesor dr. Rumelia Koren: „*The Role of the Pathologist in the Management of Testicular Germ Cell Tumors after Radical Orchiectomy – Rolul patologului în managementul tumorilor germinative testiculare după orhiectomia radicală*” și „*Expression of Epithelial Cell Adhesion Molecule (EpCAM) in Gallbladder Carcinoma – Expresia moleculei de adeziune a celulelor epiteliale (EpCAM) în carcinomul veziculei biliare*”.

Au urmat „*Un nou nivel de siguranță în terapia cu AINS*” autor conf univ. dr. Ioana Mircea, „*Pieloplastie la un pacient de 1 an, pentru sindrom de joncțiune pieloureteral - prezentare de caz*” autori C.B.Rusu, L.Szatmari, E.Lele, G.Crăciun, S.Chereji, B.Feciche, „*Laparoscopie vs. clasic în tratamentul chirurgical al varicocelului*” autori C.B.Rusu, G.Crăciun, S.Chereji, B.Feciche, „*Căi de abord chirurgical în tratamentul radical al tumorilor renale*” autori C.B.Rusu, G.Crăciun, S.Chereji, B.Feciche, R. Varodi, „*Nefrolitotomia bivalvă pentru litiaza renală coraliformă*” autori C.B.Rusu, G.Crăciun, S. Chereji, B.Feciche, „*Ureteroscopia, diagnostică și terapeutică pentru litiaza ureterală*” autori C.B.Rusu, B.Feciche, „*Analiza retrospectivă a rezultatelor campaniei de depistare precoce a cancerului de prostată-Satu Mare 2008*” autori C.B.Rusu, B.Feciche, L.Lup, E.Bușilă, S.Pop, S.Szentesi, A.Vaşvari, F.Vereș, „*Bandelete și meșe neresorbabile în terapia incontinenței urinare*” autori C.B.Rusu, B.Feciche, G. Crăciun, Spitalul Județean Satu Mare.

Departamentul de Imunologie al Universității de Medicină din Debrecen și-a prezentat lucrările coordonate de acad. prof. univ. dr. Sipka Sandor: „*Investigațiile imunoserologice în bolile autoimune*” susținută de dr. Nagy Gabor și „*Drumul spre diagnostic: colaborarea între medicul de laborator și clinician*”, susținută de dr. Tumpek Judith, în traducerea dr. Vass Zoltan.

Lucrările au fost încheiate cu prezentarea „*Studiu retrospectiv al cazurilor de traumatisme la un cabinet de medicina familiei în perioada 2005-2009*” având ca autori pe dr. Bumbuluț Călin, medic primar medicina familiei și dr. Negru Alina Daniela, medic specialist medicina familiei.

Ziua a fost încheiată seara la masa festivă, prin anunțarea celor cinci Diplome de Excelență votate de participanți: prof. dr. Rumelia Koren, dr. Cristian Rusu, dr. Marius Dinu Roatiș, dr. Mircea Zăgreanu și dr. Călin Bumbuluț. Doamnei profesor dr. Rumelia Koren i-a fost înmânată de asemenea Diploma de Onoare.

Editorial

Ultima zi, 3 octombrie a fost rezervată mesei rotunde: „*Behavioral cognitive Psychotherapy, therapy through biofeedback and relaxation- Psihoterapia cognitivă și comportamentală, terapia prin biofeedback și relaxare*”, moderată de acad. prof. univ. dr. Virgil Enătescu.

Pe parcursul manifestării au fost prezentate 29 de lucrări științifice, majoritatea în premieră.

Am reușit în acest an să adunăm la un loc în cadrul lucrărilor 320 de medici de diferite specialități din județul nostru și din cele învecinate, reprezentanți ai Facultății de Medicină și Farmacie Oradea, dar mai ales, am reușit să conferim „*Zilelor Medicale Sătmărenă*” o dimensiune internațională, prin prezența reprezentanților Universităților de Medicină din Tel Aviv și Debrecen. Dorim ca această dimensiune să o păstrăm și să o extindem prin ediția a VII-a, din 2010.

redactor șef: dr. Bumbuț Călin

THE VALUE OF ERYTHROCYTE SEDIMENTATION RATE AS SCREENING TEST IN HOSPITALIZED PATIENTS

Aliza Zeidman¹, Gideon Y. Stein¹, Angela Kremer¹, Yael Rubisa²

¹Department of Internal Medicine B, Rabin Medical Center, Golda - Hasharon Campus, ²Nahalat-Zvi Family Practice, Clalit Health Services, Central District Petach Tikva, Tel-Aviv University, Sackler School of Medicine, Israel

Running title: ESR in hospitalized patients

Correspondence Address:

Aliza Zeidman, MD, MHA

Department of Internal Medicine B,

Rabin Medical Center, Golda - Hasharon Campus

7 KKL St, Petah Tikva 49372, Israel

Fax: 972-3-937-2622.

E-mail: alizaz@clalit.org.il

Abstract

Background: Erythrocyte sedimentation rate (ESR) was introduced more than 80 years ago and is widely used as a simple test for inflammatory activity. We evaluated the effectiveness and cost effectiveness of ESR for screening in hospitalized patients.

Patients and methods: Data was obtained, during 2 month of hospitalized patients admitted to Internal Medicine B, Hasharon Hospital, Rabin Medical Center. Patients undergoing ambulatory evaluation for suspected inflammatory diseases in Nahalat-Zvi Family Practice, Clalit Medical Services, Israel, served as a control group. Along with ESR, other data included: gender, age, diagnosis, medications and laboratory data.

Results: ESR values were available for 218 hospitalized patients and 21 outpatients. Hospitalized patients were significantly older than the control (70.9 + 15.5 vs. 60.4 + 14.8, p=0.003), had a lower hematocrit (Hct) (37.4 + 5.6 vs. 41.4 + 3.9, p=0.003) and a higher ESR (49.8 + 30.2 vs. 31.6 + 20.1, p=0.007) than the outpatients. Among hospitalized patients, elevated ESR values (>70mm/h) were found in 30.6% and were correlated with age \geq 75 (p = 0.04), female gender (p = 0.01), Hgb < 12 g/dl (p<0.0001), WBC >13 k/micl (p=0.03), PLT \leq 100 k/micl or \geq 400 k/micl (p=0.0001), Alb < 3.3 g/dl (p<0.0001) and Glob < 3.3 (p<0.0001).

Conclusions: ESR is ineffective and cost effective as a screening test in hospitalized patient seven for the elderly. Measuring ESR only for those suspected for an inflammatory state will reduce ESR expenditure significantly.

Key words: Erythrocyte sedimentation rate, screening test.

Introduction

Fahraeus [1] first described erythrocyte sedimentation rate (ESR) in 1921. Since then it was used to detect and monitor a wide variety of diseases. The advisory committee of the British Columbia Medical Association developed a guideline for the clinical use of ESR with recommendations to be used when inflammatory, neoplastic or infectious disease is suspected or when a specific diagnosis is not made effectively by other means. It was also recommended that the test should not be used in asymptomatic patients and should not be appended to routine investigation. Although the test itself is inexpensive, it is used frequently and therefore cost expensive in aggregate.

For more than 30 years the local guidelines in the Internal Medicine „B” department, in Hasharon Hospital included a routine checkup of complete blood count, extended chemistry and ESR for every patient within the first 24 hours following admission. This study was designed in order to evaluate the effectiveness and cost effectiveness of ESR as screening tool for hospitalized patients in the internal medicine ward.

Materials and Methods

Data was collected from consecutive patients hospitalized in an internal medicine ward and from all outpatients undergoing evaluation for inflammatory diseases in a family practice, during two month. The data included: gender, age, acute and chronic diagnosis and medications. Laboratory data included ESR, Hemoglobin (Hgb), Hematocrit (Hct), Platelets (Plt), Leucocytes (WBC), Albumin (Alb) and Globulin (Glob) values.

Patient's diagnosis were analyzed and aggregated into 4 groups: Infectious (pneumonia, pyelonephritis sepsis etc.), inflammatory (arthritis, vasculitis, collagen-vascular diseases etc), malignancy (solid and hematology) and others. The first three groups included diagnosis in which elevated ESR was expected. The latter reflects all other diagnosis in which elevated ESR is not expected.

Statistical Analysis

Statistical analysis was performed using Microsoft Excel software. The statistical tests that were used were: Chi² and T-Test two-sample assuming equal variances. Probability is two-tailed, with $p < 0.05$ regarded as significant.

Results

Data was obtained from 270 consecutive patients. ESR values were available in 218 of them (81%) and 21 outpatients.

Patient's age ranged between 18 and 98 (mean 70.9 ± 15.5), 53.4% of them were females (Table I). ESR ranged between 4 and 130 mm/h (average 49.8 ± 30.2).

ESR levels were classified into low (0-39 mm/h), medium (40-69 mm/h) and high (≥ 70 mm/h). Low, medium and high ESR values were found in 97 (44.3%), 55 (25.1%) and 67 (30.6%) patients respectively.

Elevated ESR was associated with older age, female gender, anemia, leukocytosis, thrombocytosis and thrombocytopenia, hypoalbuminemia and hypoglobulinemia (Table II).

The association between elevated ESR and female gender was further highlighted when data was adjusted for gender and age. The predominant component was Htc, which was significantly lowered in females compared to males and in older compared to younger patients (Table III).

Prevalence analysis of commonly used medications was performed between patients with elevated (≥ 70 mm/h) and non-elevated ESR. No association was found between ESR level and the use of aspirin, corticosteroids, beta-blockers, calcium channel blockers, angiotensin converting enzyme

inhibitors (ACE-I), angiotensin receptor blockers (ARB), proton pump inhibitors, statins, sulphenylureas or metformin.

Patients were aggregated by diagnosis to infectious, inflammatory, malignancy and other. ESR for each aggregate was measured: 77.6 ± 22.8 , 69.3 ± 33.4 , 52.3 ± 25 and 35.8 ± 23.1 respectively and was significantly higher in the infectious, inflammatory and malignant vs. other ($p = 0.008$, $p < 0.0001$ and $p < 0.0001$ respectively).

Diagnosis associated with elevated ESR (infectious, inflammatory or malignancy) were found in 13.4%, 38.2.7% and 78.8% of low, medium and high ESR groups respectively ($p < 0.0001$, χ^2). However, although 56.1% of patients with infectious diagnosis had elevated ESR, only 15.2% with inflammatory disease and 7.6% of patients with malignant diagnosis, had elevated ESR (Figure 1). Fourteen patients (6.4%) with ESR higher than 70 had no diagnosis associate with elevated ESR, among them, 12 were old (>85) with anemia, hypoalbuminemia or hyperglobulinemia.

The reliability of ESR measurement was demonstrated in 18 patients (8.3%), for whom more than one ESR measurement was obtained during hospitalization. The average difference between measurements was 18mm/h. Only 22% of these patients had inter-measurements difference of more than 22mm/h.

Comparing hospitalized vs. outpatients, hospitalized patients were significantly older than the controls (70.9 ± 15.5 vs. 60.4 ± 14.8 , $p=0.003$), had a lower Hct (37.4 ± 5.6 vs. 41.4 ± 3.9 , $p=0.003$) and a higher ESR (49.8 ± 30.2 vs. 31.6 ± 20.1 , $p=0.007$). Among outpatients, only one patient (71 years old female) had an ESR > 70mm/h (5%). That patient is known to have an elevated ESR for years and an intensive search failed to identify the cause.

The cost of a single ESR measurement is 18 \$ USD. The annual admission rate to the internal medicine departments in our hospital is 12.000 patients/year. Thus the approximate yearly expenditure on ESR is 216.000 \$ USD (Table IV).

Discussion

Measurement of ESR is a fast and simple way of assessing inflammation. It is widely used, both in the community and in hospitalized patients. In our internal medicine department, ESR is used as part of the basic laboratory routine obtained for every hospitalized patient (along with complete blood count, extended chemistry and urinalysis). The goal of this work is to assess the value added by ESR measurements as screening in hospitalized patients in internal medicine departments.

We have shown that elevated ESR is more common in hospitalized patients (23.8%) than in the community (5%). Similar findings, published by Fincher and Page, reflect the relative severity of illnesses in hospitalized patients [2].

We found an association between elevated ESR and older age, female gender, anemia, hypoalbuminemia and hypoglobulinemia as was previously described by others [3, 4]. Smith and Samadian [3] proposed that relatively higher ESR in the elderly (as measured in a healthy population) was due to the higher incidence of disease, occult or known, in that group. However, we have shown that in the relatively homogenous population of hospitalized patients, all known to have disease, ESR is significantly higher in the elderly, even after adjustment to gender. This in part is due to significant differences in Hct between age groups. Elevation of ESR is not an early sign of malignant disease. Therefore, even in the group of suspected malignancy with no other evidence it is not justified to do a screening of ESR [5].

This study raises the question of the effectiveness and cost effectiveness of ESR screening in hospitalized patients and the general population since less than 1/10.000 patients will benefit from the screening process [6]. Our basic hypothesis was that in patients already hospitalized the yield would be higher. However, within the hospitalized patients very few patients [2] had elevated ESR as an only sign with no illness or laboratory abnormalities.

The yearly expenditure on ESR is 216.000 \$ USD in our hospital. Measuring ESR only for those suspected for an inflammatory state will reduce the expenditure for ESR measurement by 60% and save 129.600 \$ USD annually.

We conclude that elevated ESR, in most cases, can be explained by already known diagnosis or laboratory abnormalities and thus is ineffective and cost effective as screening tool for hospitalized patients in internal medicine wards.

Acknowledgement

We thank the nursing staff of Internal Medicine „B” ward and especially Rutty Ostrowizky, for their invaluable help in this project.

VALOAREA VITEZEI DE SEDIMENTARE A HEMATIILOR CA ȘI TEST SCREENING LA PACIENȚII SPITALIZAȚI

Rezumat

Introducere în temă: Viteza de sedimentare a hematiilor (VSH) a fost introdusă în practică cu mai mult de 80 de ani în urmă, fiind utilizată pe scară largă ca un test simplu al activității inflamatorii. Am evaluat eficiența și raportul cost eficiență al VSH pentru screening-ul pacienților spitalizați.

Pacienți și metode: Datele au fost obținute de la pacienții internați la Spitalul Hasharon, secția de Medicină Internă B, pe o perioadă de două luni. Pacienții consultați ambulator la Cabinetul de Medicina Familiei Nahalat-Zvi, Servicii Medicale Clalit, Israel, pentru suspiciunea de boli inflamatorii, au servit ca și grup control. Pe lângă VSH, alte date colectate au fost: sexul, vârsta, diagnosticul, medicația și date de laborator.

Rezultate: Valorile VSH au fost disponibile pentru 218 pacienți spitalizați și pentru 21 de pacienți consultați în ambulator. Pacienții spitalizați au avut vârsta semnificativ mai înaintată decât grupul control (70,9 + 15,5 vs. 60,4 + 14,8, p=0,003), un hematocrit mai scăzut (Hct) (37,4 + 5,6 vs. 41,4 + 3,9, p=0,003) și un VSH mai mare (49,8 + 30,2 vs. 31,6 + 20,1, p=0,007) decât pacienții din ambulator. Printre pacienții spitalizați, au fost determinate valori crescute ale VSH (>70mm/h) în 30.6% din cazuri, în corelație cu vârsta ≥ 75 (p = 0,04), sexul feminin (p = 0,01), Hgb < 12 g/dl (p<0,0001), leucocitele >13.000/micl (p=0,03), trombocitii ≤ 100.000 /micl sau ≥ 400.000 /micl (p=0,0001), albuminele < 3,3 g/dl (p<0,0001) și globulinele < 3,3 (p<0,0001).

Concluzii: VSH este ineficientă ca și test screening la pacienții spitalizați, chir și pentru vârstnici. Măsurarea VSH doar pentru cazurile suspectate ca având status inflamator reduce semnificativ cheltuielile.

Cuvinte cheie: Viteza de sedimentare a hematiilor, test screening.

Introducere

Viteza de sedimentare a eritrocitelor a fost descrisă prima dată de către Fahraeus [1] în 1921, de atunci fiind utilizată pentru depistarea și monitorizarea diferitelor afecțiuni. Comitetul consultativ al Asociației Medicale din Columbia Britanică a elaborat un ghid clinic privitor la VSH, cu recomandările de a fi utilizat în caz de suspiciune de boli inflamatorii, neoplazice sau infecțioase, sau când nu se ajunge la diagnosticul specific prin alte mijloace; testul nu se recomandă la pacienții asimptomatici și nici în cazul investigațiilor de rutină. Deși testul în sine nu este scump, el este utilizat frecvent, astfel costurile se cumulează.

De mai mult de 30 de ani, ghidurile locale aplicate în departamentul de medicină internă „B” al spitalului Hasharon, includ o verificare de rutină a hemoleucogramei, alte probe de laborator și VSH pentru fiecare pacient în primele 24 ore de la internare.

Acest studiu a fost elaborat pentru a evalua eficiența și raportul cost eficiență al VSH ca și instrument de screening al pacienților din secția de medicină internă.

Materiale și metode

Au fost colectate date de la pacienții internați consecutivi pe o secție de medicină internă, precum și de la pacienții consultați ambulator pentru afecțiuni inflamatorii într-un cabinet de medicina familiei, pe parcursul a două luni. Datele au inclus: sexul, vârsta, diagnosticul acut și cronic și medicația. Datele de laborator au inclus: valorile VSH, hemoglobinei (Hgb), hematocritului (Hct), trombocitelor (Plt), leucocitelor (WBC), albuminelor (Alb) și globulinelor (Glob).

Diagnosticale pacienților au fost analizate și agregate în patru grupe: infecțioase (pneumonia, pielonefrita septică, etc.), inflamatorii (artrita, vasculite, boli de colagen, vasculare, etc), malignități (solide și hematologice) și altele. Primele trei grupe au inclus diagnostice în care erau de așteptat valori crescute ale VSH, iar ultima grupă cuprinde alte diagnostice, în care VSH crescut nu era de prevăzut.

Analiza statistică

Analiza statistică a fost efectuată utilizând softul Microsoft Excel, testele statistice fiind: Chi² și testul-T cu două probe cu variații presupus egale. Probabilitatea a fost estimată prin indicele de confidență, în care o valoare $p < 0,05$ a fost considerată semnificativă.

Rezultate

Datele au fost colectate de la 270 pacienți consecutivi, valorile VSH fiind disponibile la 218 dintre ei (81%) și la 21 de pacienți ambulatori.

Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 18 și 98 (mediana 70,9 + 15,5), 53,4% fiind femei (Tabel I). Valorile VSH au fost cuprinse între 4 și 130 mm/h (mediana 49,8 + 30,2).

Valorile VSH au fost grupate în scăzute (0-39 mm/h), medii (40-69 mm/h) și crescute (≥ 70 mm/h). Niveluri scăzute, medii sau crescute au fost găsite la 97 (44,3%), 55 (25,1%) și respectiv 67 (30,6%) pacienți.

Creșterea VSH a fost asociată cu vârsta avansată, sexul feminin, anemia, leucocitoza, trombocitoza și trombocitopenia, hipoalbuminemia și hipoglobulinemia (Tabel II).

Asocierea dintre creșterea VSH și sexul feminin a fost accentuată când datele au fost corelate cu sexul și vârsta. Componenta determinantă a fost Htc, care a fost semnificativ mai scăzut la femei comparativ cu bărbații, și la vârstnici comparativ cu tinerii (Tabel III).

Analiza prevalenței în funcție de medicația comună utilizată a fost efectuată între pacienții cu VSH crescut (≥ 70 mm/h) și VSH normal. Nu a fost determinată o asociere între nivelul VSH și utilizarea aspirinei, corticosteroizilor, betablocantelor, blocaților de canale de calciu, inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei (ACE-I), a blocaților receptorilor de angiotensină (ARB), a inhibitorilor de pompă protonică, statinelor, derivaților de sulfoniluree sau metformin.

Pacienții au fost grupați pe diagnostice infecțioase, inflamatorii, maligne și altele, măsurându-se VSH pentru fiecare grupă: 77,6 + 22,8, 69,3 + 33,4, 52,3 + 25 and 35,8 + 23,1, fiind semnificativ mai mare în infecții, inflamații și malignități vs. altele ($p = 0,008$, $p < 0,0001$ și respectiv $p < 0,0001$).

Diagnosticale asociate cu valori crescute ale VSH (infecțioase, inflamatorii, sau maligne) au fost găsite în 13,4%, 38,27% și 78,8% din grupurile cu VSH scăzut, mediu și crescut ($p < 0,0001$, Chi²). Totuși, deși 56,1% din pacienții cu diagnostice infecțioase au avut valori crescute ale VSH, doar 15,2% din cei cu boli inflamatorii și 7,6% din cei cu boli maligne, au avut valori crescute ale VSH (Figura 1). Patrusprezece pacienți (6,4%) cu VSH mai mare de 70 nu au avut un diagnostic care să fie

asociat cu creșteri ale VSH; dintre aceștia 12 aveau peste 85 de ani, cu anemie, hipoalbuminemie sau hiperglobulinemie.

Credibilitatea măsurării VSH a fost demonstrată la 18 pacienți (8.3%), mai multe determinări fiind repetate pe parcursul internării, diferența medie între determinări a fost de 18mm/h, doar 22% din acești pacienți având diferențe între măsurători de peste 22mm/h.

Prin compararea spitalizați vs. ambulatori, pacienții spitalizați au fost semnificativ mai în vârstă decât grupul de control (70,9 + 15,5 vs. 60,4 + 14,8, $p=0,003$), au avut un hematocrit mai scăzut (37,4 + 5,6 vs. 41,4 + 3,9, $p=0,003$) și un VSH mai mare (49,8 + 30,2 vs. 31,6 + 20,1, $p=0,007$). Dintre pacienții consultați ambulator, doar unul (o femeie de 71 de ani) a avut VSH > 70mm/h (5%), pacienta fiind cunoscută cu valori ale VSH crescute de ani de zile, valori a căror cauză a fost căutată fără succes.

Costul unei determinări a VSH este de 18 \$ USD. Rata anuală de internări pe secția de medicină internă a spitalului nostru este de 12.000 pacienți/an, astfel costurile anuale pentru determinarea VSH se ridică la cca. 216.000 \$ USD (Tabel IV).

Discuții

Măsurarea VSH este o cale simplă și rapidă de evaluare a inflamației, fiind utilizată pe scară largă atât în ambulator cât și în spital. Pe departamentul nostru de medicină internă, VSH este utilizată ca și parte a investigațiilor de rutină efectuate fiecărui pacient internat, pe lângă hemoleucogramă, alte investigații sangvine și urinare. Scopul acestei lucrări este de a evalua aportul adus de măsurarea VSH în screening-ul pacienților spitalizați pe departamentul de medicină internă.

Am arătat că valorile crescute ale VSH sunt mai frecvente la pacienții spitalizați (23.8%) decât la cei consultați în ambulator (5%). Date similare publicate de Fincher și Page, reflectă severitatea relativă a afecțiunilor pacienților spitalizați [2].

Am determinat că există o asociere între nivelurile crescute ale VSH și vârsta înaintată, sexul feminin, anemie, hipoalbuminemie și hipoglobulinemie, așa cum a fost relatat și de alți autori [3,4]. Smith și Samadian [3] au propus ideea că nivelul crescut al VSH la vârstnici, măsurat la populația sănătoasă, este determinat de incidența crescută a bolilor oculte sau cunoscute la acest grup. De altfel, am arătat că la populația relativ omogenă a pacienților spitalizați, toți cunoscuți ca având o afecțiune, VSH este semnificativ mai mare la vârstnici, chiar și după ajustarea în funcție de sex, acest lucru fiind în parte datorat diferențelor în ceea ce privește hematocritul între grupele de vârstă. Creșterea VSH nu este un semn precoce al bolii maligne, de aceea, chiar și la grupul cu suspiciune de malignitate fără alte dovezi, nu este justificat screeningul prin VSH [5].

Acest studiu ridică întrebarea asupra eficacității și raportului cost-eficacitate al screeningului VSH la pacienții spitalizați și la populația generală, întrucât mai puțin de 1 din 10.000 de pacienți vor avea un beneficiu prin acest proces [6]. Presumpția noastră de bază a fost că la pacienții deja spitalizați beneficiul adus de screeningul VSH va fi mai mare. Totuși, dintre pacienții spitalizați foarte puțini (2) au avut valori crescute ale VSH ca și semn izolat, fără alte semne de boală sau rezultate de laborator modificate.

Cheltuielile anuale pentru VSH în spitalul nostru se ridică la 216.000 \$ USD. Măsurarea VSH doar pentru cei suspecionați ca având status inflamator ar putea reduce cheltuielile pentru VSH cu 60%, economisind 129.600 \$ USD anual.

În concluzie, creșterea VSH în majoritatea cazurilor poate fi explicată prin diagnosticul deja cunoscut sau prin modificările de laborator, ceea ce duce la ineficiență și creșterea nejustificată a cheltuielilor pentru folosirea ca instrument de screening al VSH pentru pacienții internați pe secțiile de medicină internă.

Mulțumiri

Mulțumim echipei de asistente a secției de Medicină Internă „B” și în special lui Ruty Ostrowizky, pentru ajutorul neprețuit în acest proiect.

References

1. Fahraeus R. *The suspension-stability of the blood*. Acta Med Scand. 1921;55:1-228.
2. Fincher RM, Page MI. *Clinical significance of extreme elevation of the erythrocyte sedimentation rate*. Arch Intern Med. 1986;146(8):1581-3.
3. Smith EM, Samadian S. *Use of the erythrocyte sedimentation rate in the elderly*. Br J Hosp Med. 1994;51(8):394-7.
4. Sox HC Jr, Liang MH. *The erythrocyte sedimentation rate. Guidelines for rational use*. Ann Intern Med. 1986;104(4):515-23.
5. Mönig H, Marquardt D, Arendt T, Kloehn S. *Limited value of elevated erythrocyte sedimentation rate as an indicator of malignancy*. Fam Pract. 2002;19(5):436-8.
6. Gronlie M, Hjordahl P. *The erythrocyte sedimentation rate; its use and usefulness in primary health care*. Scand J Prim Health Care. 1991;9(2):97-102.

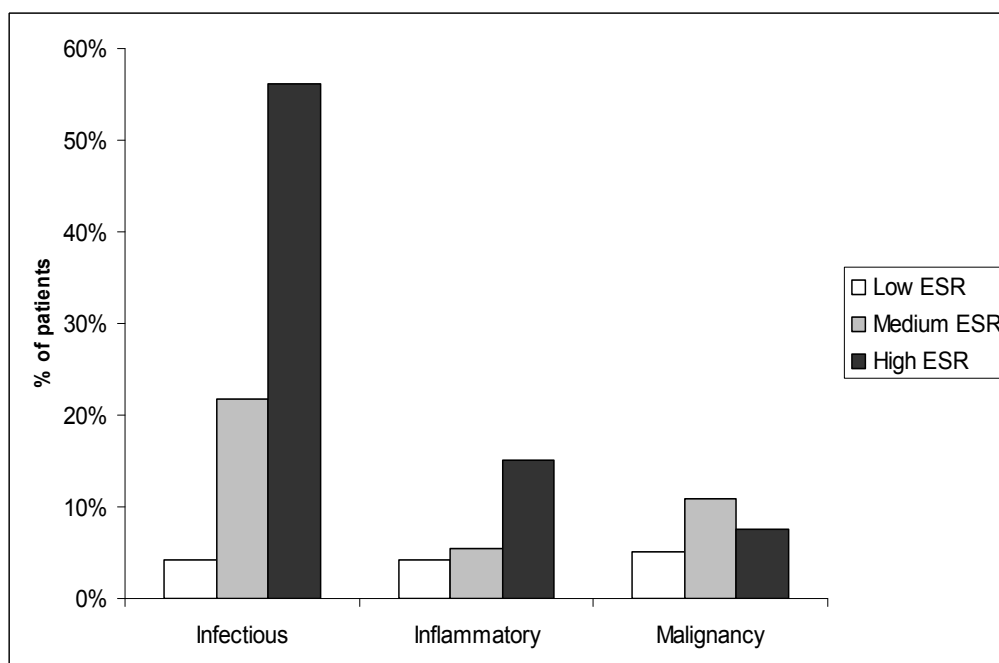


Figure (figura) 1: Distribution of erythrocyte sedimentation rate levels (low 0-39, medium 40-69 and high ≥ 70) among patients with diagnosis compatible with elevated ESR (i.e. infectious, inflammatory and malignancy). Distribuția nivelurilor vitezei de sedimentare a eritrocitelor (scăzută 0-39, medie 40-69 și ridicată ≥ 70) la pacienții cu diagnostic compatibil cu niveluri ridicate ale VSH (de exemplu infecții, inflamații, malignități).

Table (Tabel) I. Characteristics of 218 hospitalized patients (Caracteristicile celor 218 pacienți spitalizați)

Parameter/Parametru	Evaluation/Evaluare
Gender/Sex (Male/Female, Masculin/Feminin) Number/Număr	101/117
Age/Vârsta (years/ani)	70.9 ± 15.5
Hgb (g/dl)	12.5 ± 3.4
Hct (%)	37.4 ± 5.6
WBC/Leucocite (/micl)	8.902 ± 4.489
PLT/Trombociti (k/micl)	252.6 ± 95.3
Alb (g/dl)	3.5 ± 0.6
Glob (g/dl)	3.0 ± 0.6

Table (Tabel) II. Association between erythrocyte sedimentation rate and age, gender and laboratory values in 218 hospitalized patients (Asocierea dintre viteza de sedimentare a eritrocitelor și vârstă, sex, valori de laborator, la 218 pacienți spitalizați)

Parameter/Parametru		No of patients/ Nr. pacienților	ESR Average/VSH mediu	p
Gender (sex)	Male (masculin)	101	44.3 ± 30.1	0.01
	Female (feminin)	117	54.3 ± 29.6	
Age (vârsta) (years/ani)	< 75	115	45.7 ± 30.6	0.04
	≥ 75	103	54.3 ± 29.2	
Hgb (g/dl)	< 12	99	63.4 ± 30.0	<0.0001
	≥ 12	119	38.5 ± 25.3	
Hct (%)	< 37	94	64.0 ± 94.0	<0.0001
	≥ 37	124	39.1 ± 124.0	
WBC (/micl)	<13.000	26	61.5 ± 33.4	0.03
	≥ 13.000	192	48.2 ± 29.5	
PLT (k/ micl)	>100, < 400	198	47.3 ± 28.7	0.0001
	≤100, ≥400	20	74.4 ± 34.3	
Alb (g/dl)	<3.3	63	64.0 ± 32.5	<0.0001
	≥ 3.3	155	44.0 ± 27.2	
Glob (g/dl)	<3.3	153	44.1 ± 29.5	<0.0001
	≥ 3.3	65	63.2 ± 27.5	

Table (Tabel) III. Erythrocyte sedimentation rate and hematocrit analysis in correlation with gender and age (adjustment) 218 hospitalized patients (Analiza vitezei de sedimentare și hematocritului în corelație cu sexul și vârsta –ajustare- la 218 pacienți spitalizați)

Parameter/Parametru	ESR/VSH		Hematocrit	
	Average (mediana)	p	Average (mediana)	p
Gender (sex)				
Male (masculin)	45.6 ± 27.6	0.014	38.7± 5.3	< 0.0001
Female (feminin)	54.4 ± 28.9		36.0 ± 5.1	
Age (vârsta)				
< 75	45.9 ± 29.7	0.021	38.2 ± 5.7	<0.01
≥ 75	54.3 ± 26.9		36.5 ± 4.7	

ESR/VSH = Erythrocyte sedimentation rate/Viteza de sedimentare a eritrocitelor

Table (Tabel) IV. Estimated annual cost of Erythrocyte sedimentation rate (in \$ USD) (Costul anual estimat al determinării VSH în \$ USD)

	Number of patients/Numărul pacienților	ESR Cost (in \$ USD)/ costul VSH
Screening	12.000	216.000
Targeted (Țintit)	4.800	86.400
		129.600 Saved (economisiți)

Traducere: dr. Bumbuț Călin

EVALUAREA ACCESULUI POPULAȚIEI DEFAVORIZATE, INCLUSIV ETNIA RROMĂ, LA SERVICIILE PUBLICE DE SĂNĂTATE

Ghinescu Minerva¹

¹șef lucrări, doctor în medicină, medic primar medicină de familie, Universitatea "Titu Maiorescu", București, Facultatea de Medicină

adresa de corespondență: Buftea, aleea Școlii nr 2-4, județul Ilfov, cod 70000, email ghinescu_minerva@yahoo.com

Title: The evaluation of the access of disadvantaged population, including Roma ethnics, to the public health services

Abstract: The object of this paper is to present the results of the research in the field of community assistance in the Ilfov district. The practical application and the resulted analysis demonstrates the socio-medical utility of this work.

Through this research, I wanted to offer informations, recommendations and a practical model – the community health team – as a result of evaluating the health conditions, community health services and degree of access/satisfaction of the disadvantaged population including Roma ethnics. This model and the recommendations can be used by healthcare providers, decision-makers in the governmental/local sectors for improving the health conditions, access and quality of medical services for the disadvantaged communities; Equal treatment and a non-discriminatory attitude will be insured in day-to-day practice in the relations with Roma patients.

Key words: evaluation, access, disadvantaged population, Roma ethnics, interview.

Cuvinte cheie: evaluare, acces, populatie dezavantajata, rromi, interviu.

Introducere

a. CONTEXT - MOTIVAȚIE

Situația socio-economică a rromilor este apreciată ca fiind una marcată de sărăcie (venituri reduse, condiții de locuit inadecvate, alimentație deficitară, condiții igienice precare, lipsa unui venit permanent, acces greu la serviciile de sănătate, educație deficitară) și de cultura sărăciei (valori, atitudini, cunoștințe și practici, modele de comportament și stil de viață) care perpetuează sărăcia.

Există o diferență în ceea ce privește identificarea cauzelor: reprezentanții etniei rome văd aceste cauze ca ținând de atitudini discriminatorii care implică societatea extinsă, în timp ce reprezentanții instituțiilor de sănătate atribuie comunităților dezavantajate, inclusiv etnia rromă, responsabilitatea pentru condițiile în care se află.

Pornind de la aceste două ipoteze de lucru am conceput un studiu în care s-a urmărit cunoașterea opiniilor **reprezentanților din sistemul de sănătate** cu privire la accesul redus la servicii publice de sănătate a populației rome pe de o parte, și **reprezentanții (liderii) etniei la nivel comunitar**.

b. METODOLOGIE

Pentru evaluare am utilizat o analiză calitativă bazată pe o metodologie și instrumente folosite în cadrul unei evaluări pilot în orașul Buftea.

ANALIZA CALITATIVĂ

În cadrul analizei calitative am elaborat un set de instrumente – ghiduri de interviu pentru categoriile de persoane incluse în evaluare, cu întrebări care să corespundă obiectivelor evaluării. Instrumentele au fost folosite la 150 persoane incluse în evaluare:

- **Ghidul pentru interviul de grup (focus grup)** cu membrii ai populației dezavantajate, inclusiv etnia rromă, din 4 comunități (Ștefăneștii de Jos, Buciumeni, Găneasa, Vidra). În fiecare din cele 4 comunități incluse în studiu am organizat un focus grup de 10-12 persoane provenind din comunitatea dezavantajată, inclusiv etnia rromă. Rezultatele au fost utilizate atât la elaborarea studiului privind serviciile de sănătate adresate rromilor, cât și la formularea recomandărilor finale.

- **Ghid pentru interviul individual semistrukturat cu decidenții** din cadrul Autorității de Sănătate Publică (ASP) Ilfov, Casei Județene de Asigurări de Sănătate (CJAS) Ilfov; ghid pentru interviul semistrukturat, medici de familie din comunitățile incluse în studiu și consilierul din Prefectura județului Ilfov din Biroul Județean pentru Rromi (BJR).

- **Ghid pentru interviul individual semistrukturat cu primarii** din 4 localități având comunități dezavantajate, inclusiv etnia rromă (Buftea- Buciumeni, Ștefăneștii de Jos, Vidra și Jilava).

Focus grupurile au fost efectuate în decurs de o săptămână, într-un mediu confortabil, controlat. Sesiunile au fost conduse de un investigator și o asistentă cu înregistrare audio. La sfârșitul fiecărei sesiuni s-a realizat o notă și cu aspectele limbajului non-verbal observate.

Interviurile: în medie au fost acordate în jur de 30 minute pentru fiecare interviu, cu o plajă de 35-40 minute. Conversațiile au fost înregistrate audio, interviuatorul a folosit notițe pentru a adăuga informații referitoare la limbajul non-verbal al respondenților; la sfârșitul interviului au fost alcătuite transcripturi după interviurile realizate și apoi au fost aplicate metodele de analiză calitativă specifice, urmărindu-se identificarea opiniilor comune ale respondenților, dar și particularități specifice.

c. REZULTATE

Evaluarea a urmărit în primul rând culegerea opiniilor persoanelor, membre ale comunităților defavorizate, inclusiv etnia rromă, cu privire la starea de sănătate și accesul populației la servicii medicale în comunitățile luate în studiu. Întrebările care au urmărit culegerea acestor opinii au fost adresate tuturor categoriilor de persoane interviuate.

A. SITUAȚIA RROMILOR ÎN RAPORT CU SISTEMUL INSTITUȚIONAL AL ASIGURĂRILOR SOCIALE DE SĂNĂTATE

Toți subiecții intervieuați apreciază că rromii trăiesc în condiții socio-economice evident deficitare, fapt ce are importanță în sfera stării de sănătate.

Au fost formulate și două direcții de evoluție probabilă a condițiilor socio-economice în care trăiesc:

1. o evoluție pozitivă – în cazul în care statul elaborează strategii și politici coerente în rezolvarea problemelor cu care se confruntă rromii; aceasta ar presupune rămânerea în sfera publică a serviciilor de sănătate și serviciilor sociale

2. în caz contrar privatizarea unor servicii publice – sănătatea, protecția socială, siguranța publică –sau ghidarea activității în funcție de eficiență și nu de eficacitate, adică centrarea eforturilor pe raportul mijloace –obiective și nu pe atingerea obiectivelor.

Din **interviul cu decidenții** reiese faptul că nu se cunoaște exact numărul persoanelor asigurate din județul Ilfov. La o populație de 300.100 locuitori, aproximativ 70% din populație are asigurări de

sănătate, restul de 30 % nu este asigurat. (E.G. CJAS Ilfov). Persoanele care nu dețin calitatea de asigurat se împart în două categorii: *“un segment care este nepreocupat de a-și dobândi calitatea de asigurat, care realizează venituri și ar putea să o dobândească și un alt segment care nu va putea dobândi calitatea de asigurat decât dacă merge la primar să primească ajutor social datorită pierderii calității de asigurat sau pierderii locului de muncă, ajutorului de șomaj sau ajutorului social care au asociat dreptul la asigurarea medicală”*.

Situația rromilor: atât din interviuarea liderului rrom din Prefectură, cât și reprezentanților CJAS Ilfov, reiese că o mare parte din populația de rromi nu își plătesc contribuția la fondul asigurărilor de sănătate; majoritatea nu au un loc de muncă stabil și în cazul lor singura modalitate este să beneficieze de asistența socială. O dificultate apărută în calea înregistrării rromilor ca asigurați -în opinia reprezentanților CJAS Ilfov- o constituie lipsa actelor de identitate; din această cauză nu se pot angaja cu forme legale și nu pot dobândi calitatea de asigurat: *“...există o categorie, nu știu cât de mare, care nu sunt în evidența populației, persoane care nu au acte de identitate, nu au domiciliu, nu știu să apreciez procentul, 1-2% din populație; aceasta este o categorie care consumă multe servicii de sănătate...”* (E.G. CJAS Ilfov).

Această categorie de populație nu poate beneficia decât de pachetul minim de servicii dar, poate beneficia de venitul minim garantat (Legea 416/2002). Pe parcursul dobândirii acestor drepturi populația rromă întâmpină o serie de dificultăți. *“...Cei fără acte pot fi trecuți pe o listă suplimentară a medicilor de familie din zona de domiciliu, urmând a beneficia de vaccinări și alte servicii de bază”* (reprezentant CJAS Ilfov).

“...Alte probleme care afectează aplicarea legislației sunt diluarea responsabilității și lipsa informării asupra drepturilor și obligațiilor corelative, nou instituite, atât al celor activi în sistem cât și al beneficiarilor” (reprezentant ASPJ Ilfov). M.G, din cadrul ASPJ Ilfov, subliniază carența de informare legislativă atât a furnizorilor, cât și a beneficiarilor de servicii. Problema centralizării excesive este pusă în mod repetat de reprezentanții autorităților județene: *“...deciziile cu privire la alocarea fondurilor trebuie luate la nivel bazal, cel mai jos posibil în funcție de situația specifică fiecărui județ...”*

La nivel de beneficiar, se identifică probleme de informare a drepturilor și obligațiilor asiguraților. Reprezentanții autorităților locale (primarii) intervievați acuză populația rromă aflată în această situație de ignoranță și lipsă de seriozitate în prestarea muncilor în folosul comunității pentru a putea beneficia de venitul minim garantat și implicit de asigurare medicală. Pe de altă parte, reprezentanții rromilor reclamă situații în care deși prestează muncă de câteva luni *“...plățile întârzie, sau se dau parțial...”*; *“principalele probleme ale sistemului de asigurări de sănătate în ceea ce privește rromii sunt următoarele: lipsa de informare în ceea ce privește accesul la servicii de sănătate, lipsa de resurse pentru a accede la sistem și probleme de atitudine și comportament generate de cultura sărăciei...”* (V.O, Jilava)

În ceea ce privește excluderea informală -excluderea inclușilor (a rromilor de la servicii medicale) s-au putut identifica două categorii de factori:

1. factori generali care țin de organizarea și funcționarea sistemului de asistență medicală
2. factori specifici care țin de discriminare

Din prima categorie am putut sintetiza următorii factori generali, menționați de toți intervievații:

- costurile formale și informale ale asistenței medicale; în prezent a solicita servicii medicale pentru toată populația din România, presupune a *“...cheltui mai mult sau mai puțin...”*; e nevoie de bani pentru a achita *“onorariul medicului”* care poate, în opinia respondenților, să influențeze calitatea actului medical, mai ales în cazul internării în spital

- calitatea serviciilor medicale a determinat reducerea accesării acestor servicii din partea populației

- distribuția disproporționată a unităților ambulatorii și spitalicești care oferă servicii; serviciile de specialitate sunt absente în rural; de asemenea limitarea accesului populației sărace inclusiv etnia rromă are loc și din cauza poziționării rezidențiale și geografice a serviciilor medicale
- dezechilibrul între partea curativă și preventivă “...la noi se tratează și se face prea puțină prevenție; populația este învățată să meargă la medic doar atunci când doare, nu acționează preventiv, pentru a plăti mai puțin” (C.M, medic de familie)
- dificultățile medicilor de familie – mulți dintre medicii de familie intervievați recunosc existența problemelor birocratice și administrative față de relația cu pacientul sau actul medical: “... medicul de familie se vede în postura celui mai dezavantajat salariat, incapabil să se opună unui sistem care lasă doar două alternative: să accepte inacceptabilul, sau să intre în somaj...”
- suprapopularea listelor în anumite localități dezavantajate (de exemplu unul dintre medicii de familie din Vidra are 2300 pacienți asigurați, iar pe listele suplimentare are circa 850 rromi)
- lipsa de informare a pacienților “...sistemul este greoi, ar trebui să pierd prea mult timp explicând fiecărui pacient cum stau lucrurile...” (dr. E.C, Chitila, medic de familie)
- în majoritatea localităților medicii sunt navetiști, timpul real pentru consultații fiind diminuat; de multe ori medicii sunt concentrați în centrul comunei care deservește mai multe sate (în Găneasa există un sediu pentru cabinet medical care deservește 5 sate; medicul de familie face naveta la București în fiecare zi; cabinetul are un singur asistent medical. În Buciumeni - Buftea distanța între comunitatea de rromi și cel mai apropiat cabinet este de 6 kilometri)
- Numărul mic de asistente medicale – una din problemele identificate de medicii de familie intervievați, ceea ce îngreunează desfășurarea activității medicale
- În comunitățile din județul Ilfov nu există infrastructură și logistică necesare serviciilor de planificare familială
- Absența farmaciilor la nivel de comunitate este percepută mai grav decât lipsa medicului, dată fiind tendința de autoadministrare a unor tratamente “...mai bine ne înțelegem cu farmacistul decât cu medicul sau cu asistenta; farmacistul din comună ne mai dă și pe credit; este înțelegătoare ...” (localnic, Ștefănești de Jos)

Tabel I Atitudinea pacienților de etnie rromă față de medici în general

ATITUDINI POZITIVE	ATITUDINI NEGATIVE
<i>Vorbește frumos</i>	<i>Vorbește urât</i>
<i>Nu face diferență între oameni</i>	<i>Mă dă afară din cabinet – zice că o doare capul</i>
<i>Își respectă programul, uneori stă și peste program până termină consultațiile</i>	<i>Mi-a spus să-mi caut alt medic de familie</i>
<i>Mă tratează și mă sfătuiește ce să fac în limba mea</i>	<i>Nu vine niciodată în sat</i>
<i>Mă consultă</i>	<i>Nu mi-a dat tratamentul pe care l-am cerut</i>
<i>Îmi dă tratament pentru copii și lapte praf</i>	<i>Când am cerut o scutire a zis că așa suntem noi țigani, nu ne place munca</i>
<i>Mi-a chemat și salvarea</i>	<i>A refuzat să-mi vadă copilul zicând că merge cu situațiile</i>
<i>M-a dus la spital cu mașina ei</i>	<i>Nu-mi dă lapte praf, zice că am sân</i>
<i>Ne înțelege și problemele din familie</i>	
<i>Ne dă tratament mai bun ca la spital</i>	
<i>Vorbește pe înțelesul nostru</i>	
<i>De câte ori am avut nevoie m-a tratat și sfătuit</i>	
<i>M-a consultat și dacă nu am servicii nici eu nici soțul</i>	

B. PRINCIPALELE PROBLEME DE SĂNĂTATE CU CARE SE CONFRUNTĂ POPULAȚIA DEZAVANTAJATĂ, INCLUSIV RROMII

Din analiza interviurilor efectuate reiese faptul că grupul etnic rom din județul Ilfov nu se confruntă cu probleme de sănătate esențial diferite de cele ale populației majoritare. Există totuși unele elemente specifice care au rezultat în urma studiului. Specialiștii în domeniul sănătății care au fost intervievați au identificat anumite probleme de sănătate specifice care derivă din situația de sărăcie și cultura sărăciei: *“...cele mai importante probleme de sănătate cred că provin din problemele sociale generale ale rromilor, adică mulți dintre ei nefiind asigurați sau fiind nomazi nu au medic de familie și nu-și fac controalele periodice ...”* (reprezentant ASPJ Ilfov). În acest sens dr. C.D, medic pediatru, arată că *“...începând de la vârsta de sugară și până la vârsta de adult ... pe prim-plan este patologia respiratorie, urmând patologia digestivă mai ales boala diareică infecțioasă la copil, parazitozele, iar mai apoi bolile cu transmitere sexuală...”*. Este de asemenea menționată patologia TBC, cu mențiunea că nu poate fi invocată o preponderență a acesteia. De asemenea afecțiunile stomatologice au fost menționate de intervievați. Majoritatea acestor afecțiuni derivă din condițiile de locuit și igiena precară.

O serie de probleme sunt determinate de lipsa de organizare a vieții din punct de vedere al planificării familiale. În comunitățile de rromi tradiționale, fertilitatea nu este controlată; natalitatea ridicată în anumite comunități este asociată după anul 1990 cu o rată mare a avorturilor: *“...eu cred că există pentru că au viața lor, spun asta pentru că se căsătoresc de mici deci au multe nașteri sau avorturi, deci sunt probleme deosebite. Și cu fumatul sunt probleme de acest fel. Au probleme ginecologice, menopauza, deci nu sunt probleme specifice...”* (asistenta medicală – Găneasa).

Nivelul ridicat al morbidității în comunitățile marginale fac extrem de dificilă intervenția serviciilor medicale și sociale. Apartenența la comunități marginalizate, sărace - înseamnă pe de o parte lipsa oportunităților și pe de altă parte însușirea unui mod de viață adaptat sărăciei și excluziunii sociale. *“...Sărăcia formează o cultură sau o subcultură – valori, norme, moduri de a gândi și simți, care modelează comportamentul indivizilor. Sărăcia nu se instalează doar prin lipsa mijloacelor de viață, dar și prin transmitere culturală în progresul socializării...”* [2].

În cazul comunităților marginale de tipul Sintești – Vidra, Buciumeni-Buftea, Chitila-Săbăreni, Ganeasa-Cozieni, bolile și afecțiunile sunt determinate mai ales de condițiile de locuit sau alimentație decât de stilul de viață liber asumat.

Liderii rromilor intervievați aduc o completare în ceea ce privește calitatea vieții rromilor plasând în acest cerc vicios deficitul de educație.

Condițiile de viață ale comunităților de rromi sunt determinate nu doar de apartenența la o categorie socială marginală (lipsa accesului la utilități publice), ci și modul cum sunt utilizate resursele pe care le au *“...igiena precară, aglomerarea locuinței sunt factori care depind de efortul individual...”* (P.I, medic igienist ASPJ Ilfov).

Tuberculoza este în județul Ilfov, în special în comunitățile marginale, boala cu cea mai mare incidență (primul loc la nivel național). Subiecții intervievați apreciază că nu apar diferențe majore între pacienții rromi și cei de alte etnii decât în măsura în care comunitățile cu risc, sărace, sunt populate în majoritate cu rromi *“...Condițiile precare de locuit, igiena necorespunzătoare, alimentația deficitară, sunt factori comuni predispozanți care înlătură barierele etnice...”* (M.O, medic pneumoftiziolog). *“...Un bolnav de TBC este o sursă de îmbolnăvire pentru ceilalți membri ai familiei sale în condițiile în care spațiul de locuit pentru 8-10 persoane din două sau trei generații se reduce la o cameră ...”* (M.M, asistent social Buftea).

Tot în cazul bolnavilor de TBC, sistemul medical deși asigură gratuitatea medicamentelor specifice, aceștia accesează greu aceste servicii datorită distanței și perioadei lungi de tratament.

Cauzele incidenței patologiei specifice din comunitățile dezavantajate, inclusiv etnia rromă

- Cauze legate de cultura sărăciei
- Cauze relaționate cu sărăcia ca atare

Sărăcia manifestată în principal prin condiții de igienă precare, lipsa facilităților elementare: apă curentă, lumină, gaz, alimentație deficitară, periclitează starea de sănătate încă din perioada prenatală.

Specialiștii în sănătate publică intervievați apreciază că alimentația deficitară a mamei influențează negativ dezvoltarea armonioasă a copilului, iar diferitele infecții existente în organism datorită condițiilor neigienice de viață au același impact. În aceste condiții copilul este expus riscului de a se naște cu o serie de carențe (dr. L.M, medic epidemiolog ASPJ Ilfov). Specialiștii apreciază că fumatul în timpul sarcinii și formele de îngrijire tradițională ale femeilor gravide, lipsa controalelor periodice, pot conduce la o serie de disfuncții în organismul mamei, unele dintre ele putându-i pune în pericol viața (dr. V.I, medic O-G). Dacă se naște sănătos, copilul rrom beneficiază de o perioadă de siguranță relativă cât timp este alăptat. Odată cu încheierea acestei perioade urmează impactul dur al alimentației necorespunzătoare asupra sănătății copilului, ceea ce determină bolile digestive, subnutriția, distrofia, rahitismul, anemia (dr. S.D, medic pediatru).

Condițiile precare de igienă permit apariția parazitozelor și a bolilor infecțioase, în special respiratorii. Cultura sărăciei acționează ca sursă a multiplelor cauze a diverselor boli. *“...Lipsa educației, atitudinea de neglijență în fața condițiilor improprie de locuit și alimentație, reticența în accesarea serviciilor de sănătate, modelele comportamentale deviate și stilul de viață neadaptat societății contemporane constituie de asemenea cauze a morbidității în comunitățile de rromi...”* (dr. D.C, medic specialist sănătate publică ASPJ Ilfov).

Elementul cultural și educațional are repercursiuni severe începând cu primii ani de viață: *“...ignoranța și nepăsarea părinților în fața vaccinărilor obligatorii pune în pericol sănătatea copiilor pe termen lung”* (dr. S.D, medic de familie).

Liderii rromi intervievați includ în sfera culturii sărăciei și practica implicării copiilor în muncă începând cu 9-10 ani, determinând analfabetismul și abandonul școlar, proiectând astfel *“...o educație insuficientă pe viitor, ceea ce reduce șansele romilor de a ieși din mizerie și sărăcie ...”* (V.O, BJR Ilfov).

În opinia liderilor rromi intervievați, neînregistrarea în evidențele oficiale determină deteriorarea stării de sănătate a acestora mai ales cu implementarea sistemului de asigurări sociale de sănătate, *“...rromii fără acte nu sunt angajați legal, nu au un venit minim garantat, nu beneficiază de servicii medicale ...”* (P.M, lider Vidra).

C. PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE COPILOR DIN COMUNITĂȚILE DEZAVANTAJATE, INCLUSIV ETNIA ROMĂ

Subiecții intervievați au evidențiat în cadrul interviurilor faptul că în cazul copiilor rromi nu există boli specifice, diferite de cele întâlnite la copiii grupului majoritar.

Liderii rromi intervievați consideră că pot apărea unele afecțiuni specifice referindu-se la perioada prenatală în care mamele nu au o alimentație corespunzătoare sau fumează *“...multe mame nasc la 17-18 ani, acest lucru însemnând un lucru negativ asupra sarcinii, iar condițiile de locuit și alimentație fac ca sănătatea copiilor rromi să fie precară...”* (M.P, Vidra).

Personalul medical interviuat crede că copiii rromi au starea de sănătate superioară datorită alimentației naturale prelungite *“...dimpotrivă, de regulă familiile de rromi își îngrijesc, țin la copil, față de populația generală; patologia e patologie spunem normală ...”* (dr. I.B, medic de familie Vidra); *“...sunt mai bine dezvoltați decât copiii noștri, la care alimentația naturală nu prea se practică ...”* (dr. G.G. Buftea); *“...deci ei merg foarte bine cât le ajunge alimentația naturală până în jur de 6-7 luni, după aproape toți devin distrofici, rahitici, deci cu probleme grave ...”* (dr. P.C, Pantelimon).

Specialiștii intervievați au identificat mai multe domenii de probleme de sănătate ale copiilor din comunitățile de rromi: boli respiratorii (bronșiolite, bronhopneumonii), digestive (enterocolite și parazitoze), anemia, rahitismul, afecțiuni dermatologice.

Cauzele problemelor de sănătate specifice copiilor rromi

Principalele cauze de îmbolnăvire a copiilor rromi se referă la condițiile socio-economice și la neglijența părinților, simptom al culturii sărăciei. Condițiile de alimentație și de îngrijire sunt apreciate de specialiști ca fiind inadecvate.

Părinții sunt considerați: *”...refractari la indicațiile medicului de familie, la modul lor de îngrijire, la igiena sugarului; fug de spital ...nu respectă partea de prevenție rezultând carențe de fier, rahitism...”* (dr. P.O, Jilava).

Condițiile socio-economice sunt considerate atât de specialiști cât și de liderii rromi intervievați, în mare măsură responsabile de incidența accentuată a anumitor boli.

Lipsa igienei alimentare, alimentația deficitară, lipsa mijloacelor de subzistență, au un impact direct asupra sănătății copiilor rromi.

De multe ori rromii spun că sunt discriminați și au reacții de adversitate față de medici, iar personalul medical invocă neglijența cronică a rromilor față de condițiile elementare de igienă, față de condițiile de prevenție prescrise și față de sfaturile primite. Acestea au fost relatate de specialiștii în sănătate, dar și de liderii rromi intervievați.

Prin nivelul scăzut de educație și stilul tradiționalist de viață, etnia rromă reprezintă un segment vulnerabil al societății, iar copiii rromi, elementul cel mai fragil al acesteia.

D. PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI DE RROMI, ÎN COMPARAȚIE CU PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ALE POPULAȚIEI GENERALE

Atât în opiniile liderilor rromi intervievați, cât și în cele ale specialiștilor în probleme de sănătate publică, se arată că nu este corect să se vorbească de probleme de sănătate specifice populației de rromi. Poate fi vorba despre frecvența mai mare a unor boli în cadrul comunităților de rromi, dar aceasta e determinată de sărăcie și cultura sărăciei și nu de apartenența etnică *”...dacă ar fi români foarte săraci, ar fi în aceeași situație ca și rromii; dacă ne-rromii ar fi în aceeași situație economico-socială ca și rromii, eu cred că ar avea aceleași probleme de sănătate...”* (G.G, medic de familie, Buftea); *“... etnia rromă este o grupare foarte grijulie cu starea ei de sănătate...”* (dr. O.R, medic de familie, Buftea).

În județul Ilfov există diferențe de opinie între liderii populației rome datorită ariei de raportare: consilierul BJR (d-l V.O.) susține că există probleme la nivel de județ. Faptul că mulți rromi se prezintă la medic doar în cazul apariției unei afecțiuni, conduce la agravarea stării de sănătate a acestora. Rromii au afecțiuni care necesită tratamente costisitoare, de exemplu diabetul sau afecțiunile cardio-vasculare. Ei nu se tratează; ajung în stadii cronice, necesitând foarte mulți bani deseaba, sau oricum bani a căror cheltuire ar putea fi evitată. Un alt exemplu: unii rromi care nu își tratează bolile ajung în stadii cronice, care se transformă în handicapuri, obținând astfel dreptul la un însoțitor care câștigă salariul minim pe economie.

Din interviurile personalului medical a reieșit faptul că, în unele comunități, se întâlnește o incidență mai severă a unor boli determinate de abandonul copilului și a copiilor nevaccinați.

Fenomenul de abandon al copilului, în opinia specialiștilor în sănătate intervievați, implică costuri mari pentru societate: instituționalizarea copiilor fără a avea un impact direct asupra stării de sănătate a rromilor. În ceea ce privește situația nevaccinării copiilor rromi, aceasta are repercursiuni directe asupra stării lor de sănătate și chiar asupra sănătății comunitare, *“...multe femei înțeleg foarte clar ce înseamnă vaccinul pentru copiii lor. Sunt femei care poate chiar nu înțeleg, sau chiar nu vor să meargă. Dar nu cred că este ceva specific populației de rromi că nu acceptă vaccinul...”* (L. O, Buftea).

Cauzele acestor probleme de sănătate specifice sunt indentificate de subiecții intervievați ca fiind aceleași: condiții socio- economice precare și cultura sărăciei care le întreține. Opinia specialiștilor în domeniul sănătății care au fost intervievați este aceea că educația redusă a femeilor din populația rromă limitează accesul lor la informații și determină reticență față de vaccinare, de asemenea condițiile de alimentație precară, locuințe insalubre și igiena deficitară grefate pe o atitudine neglijentă și bazată pe o cultură tradiționalistă.

E. CAUZELE ACCESULUI SCĂZUT AL RROMILOR LA SERVICII DE SĂNĂTATE

Între cauzele de ordin general care concură la îngreunarea asistenței medicale pentru rromi, după cum reiese din interviurile aplicate, un loc central este ocupat de **problemele de atitudine**.

Medicii, pe de o parte, consideră că *“...societatea le-a creat toate condițiile pentru a avea acces, totul depinde de ei...”* (dr. G. O, medic de familia, Buftea), iar pe de altă parte împărtășesc opinia dr. M. C. ce afirmă că *“...sunt foarte reticenți. Nu respectă schemele de tratament. Nu respectă programarea la medic pentru examenele de bilanț...”*.

Din interviurile realizate rezultă ca unii medici afirmă că au dificultăți de relaționare cu rromii, acuzând o ținută marcată de lipsa de igienă și o atitudine pe care ei o consideră nerespectuoasă, revendicativă.

Liderii romi intervievați afirmă că *“...rromii de obicei sunt foarte săraci, și în același timp au o stare emoțională negativă. Situația tipică decurge astfel: ai mei merg o dată, de două ori și nu sunt primiți, a treia oară când merg fac scandal, și de aici apare conflictul...”*; *“...merg cu un miros mai interesant la medic...”* (V. O, Jilava).

Cauze care derivă din cadrul funcțional al legii 95/2006

În interviul realizat de dr. G. E. (CJAS Ilfov), acesta apreciază *“...mulți dintre rromi nu se încadrează în legea actuală; o proporție de 20% din rromi nu beneficiază de asigurare de sănătate fie din cauză că nu au acte, fie datorită faptului că nu au un loc de muncă...”*

Lipsa informației cu privire la cadrul legal care reglementează asigurările sociale de sănătate în cadrul comunităților de rromi e identificată de către liderii acestora ca una din cauzele care îngreunează accesul la asistența medicală: *“...sunt mulți care nu știu; dacă înainte rromii nu beneficiau de servicii de sănătate în condiții normale, în prezent rromii nu beneficiază aproape deloc, din cauza politicii...”* (V. O, Jilava).

Perspectiva medicilor aduce argumente în plus opiniei potrivit căreia rromii sunt dezavantajați în actualul sistem: *“...pacienții sunt foarte reticenți, iar medicii au dreptul să nu-i înscrie pe listă...”* (dr. B. N, Vidra).

În contractul cadru și în normele de aplicare a acestuia se specifică foarte clar că dacă nu se respectă indicațiile medicului, acesta are posibilitatea să renunțe la pacientul de pe listă.

Cauze care derivă din statutul socio-economic și educațional-cultural al rromilor

Reglementările legislative relaționează statutul de asigurat de obținerea unui venit minim garantat. Neangajarea și șomajul ridicat în cadrul comunității rrome determină accesul scăzut al acesteia la sistemul de sănătate. Soluția prestării muncii în folosul comunității (legea 416/2002) vine în sprijinul celor care nu obțin nici un venit, spre a le asigura venitul minim garantat.

Lipsa actelor de identitate și sărăcia accentuată întreținută prin cultura sărăciei, se adaugă la cauzele care îngreunează accesul la asistența medicală.

Educația deficitară în rândul populației rrome conduce la pătrunderea greoaie a informației în aceste grupuri, lipsa informației îngreunând accesul rromilor la sistemul de sănătate.

Dr. B. C. (ASPJ Ilfov) menționează principalele probleme ale sistemului de asigurări de sănătate cu incidență asupra rromilor: *“...lipsa de informare în ceea ce privește accesul la serviciile de sănătate, lipsa de resurse pentru a accesa acest sistem și problemele de atitudine și comportament generate de cultura sărăciei...”*.

Referințe

1. *** *Raportul național al dezvoltării umane, România – 1998*, inițiat de PNUD, realizat de Academia Română, Editura Expert, București, 1998
2. ***UNICEF, DPC. *Situatia copilului în familiile de romi*, în Zamfir, E; Tolstobrach, N (consilieri științifici), *Situatia copilului și a familiei în România*, București, 1997
3. Culic, I, Horvath, I, Lazar, M. *Etnobarometru – relații interetnice în România*, Centrul de Resurse pentru Diversitate Etnoculturală, Risoprint, Cluj-Napoca
4. Overetveit, J. *Health service quality; An introduction to quality methods for health services*, Oxford, 1992.
5. Miftode, D. *Metodologia sociologică. Metode și tehnici de cercetare sociologice*, 1995
6. Shaw, I. *Qualitative evaluation*, 1999
7. Silverman, D. *Communication and Medical Practice*, 1987
8. Silverman, D. *Interpreting Qualitative Data*, 1993
9. Silverman, D. *Qualitative Research*, 1997
10. Strauss A, Corbin. *Basics of Qualitative Research*, 1994

SIMPTOMATOLOGIA DISPEPSIEI DUODENALE. STUDIU CLINIC

Bauer Adalbert¹*¹medic primar pediateru, doctor în medicină****Title:* The symptomatology of duodenal dyspepsia. Clinical study**

Abstract: In the duodenum-gallbladder-pancreas (DGP) segment pathology we are rarely put to face at pathological digestive manifestations which rise suddenly as clinical entity. This study highlights the fact that the appropriation of digestive disease at childrens just on the base of a single clinical criteria, becomes in most cases aleatory, so it is possible to affirm that none of clinical criterias used isolated didn't become sufficient to determine as clinical entity one particular organ affection of DGP segment. In the practice of infant gastroenterology it is necessary to use an complex of criterias, capable to lead to establishing of an illness.

Key words: dyspepsia, duodenum-gallbladder-pancreas segment, abdominal ache.

Rezumat

În patologia segmentului duodeno-veziculo-pancreatic (DVP) suntem puși foarte rar în fața unor manifestări patologice digestive care se impun dintr-o dată ca entitate clinică. Acest studiu subliniază faptul că individualizarea unei boli digestive la copii numai pe baza unui singur criteriu clinic devine în majoritatea cazurilor aleatorii; se poate afirma deci că niciunul din criteriile clinice folosit izolat nu s-a dovedit suficient pentru a preciza ca entitate clinică o anumită afecțiune a unui organ al segmentului DVP. În practica gastro-enterologiei infantile este necesară folosirea unui complex de criterii, care să ducă la conturarea unei afecțiuni.

Cuvinte cheie: dispepsie, segment dudeno-veziculo-pancreatic, durere abdominală.

Unitatea structurală a elementelor simptomatologiei dispepsiei duodenale și reproductibilitatea lor se datorează faptului că sunt condiționate de existența unui substrat unitar morfo-funcțional: segmentul DVP ca unitate embrio-anatomo-funcțională.

Suferința cronică a segmentului DVP în marea majoritate a cazurilor este apanajul studiului clinic (dispepsie duodenală cu reper etiologic conturat sau nu), iar stabilirea suferinței unui organ solitar este apanajul unor explorări paraclinice complexe și aprofundate. Din acest punct de vedere poate fi argumentată existența dispepsiei duodenale ca entitate nozologică.

Individualizarea diagnosticului

Cu toate că se discută foarte puțin sau deloc despre individualizarea diagnosticului clinic în patologia digestivă a copilului, am considerat necesar ca în fiecare caz, indiferent de cadrul nosologic, să analizez și aspectul particular pe care afecțiunea respectivă îl îmbracă. În cadrul studiului am dovedit că aceleași diagnostic poate cuprinde în realitate diferite îmbolnăviri, care pun fiecare în parte probleme proprii de atitudine și interpretare. Este firesc ca pe lângă individualizarea diagnosticului să fie analizate și următoarele aspecte: faza clinică a bolii-acute/ale, complicații, afecțiuni cu evoluție concomitentă, etc.

Examinările radiologice selective, examinarea radiologică simultană a tubului digestiv: Radiografie gastro-intestinală+colecistografie-duodenografie hipotonă fără tub cu substanțe farmacodinamice codeină, antrenyl sau duodenografie hipotonă cu tub și antrenyl, examinarea radiologică a mucoasei duodenale în strat subțire, etc, au contribuit la evidențierea unor modificări patologice clinic inaccesibile.

Material și metode

La 213 copii selecționați după criteriile de vârstă și de durata suferinței din 879 de cazuri examinate, celor care au prezentat simptome clinice obligatorii sau facultative li s-au întocmit fișe individuale de explorare clinică, radiologică și biologică. Au fost incluși în studiu copii cu durata suferinței între 6 luni și 6 ani.

Tabel I. Distribuția pe grupe de vârstă a copiilor examinați

Vârsta (ani)	Grupă de vârstă	Grupa	Nr (%)
4-8	preșcolari	I	32 (15)
8-12	școlari mici	II	74 (35)
12-16	școlari mari	III	107 (50)
TOTAL			213

Rezultate

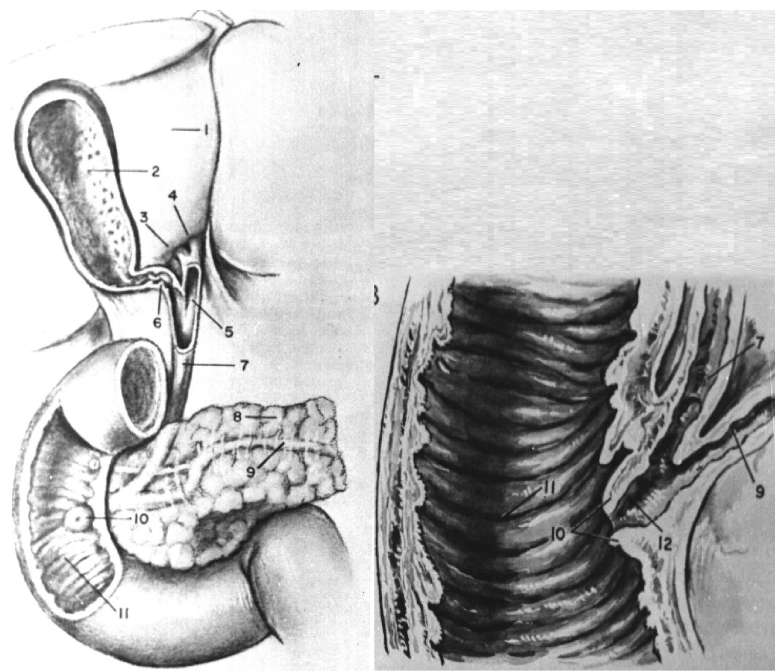


Fig. 1. Segmentul duodeno-veziculo-pancreatic, relații anatomice (după Caffey, 1 ficat, 2 veziculă biliară, 3 canal hepatic drept, 4 canal hepatic stâng, 5 canal hepatic comun, 6 canal cistic, 7 coledoc, 8 pancreas, 9 canal Wirsung, 10 papila duodenală, 11 duoden, 12 ampula Vater)

Tabel II. Prezentarea statistică a simptomelor și semnelor obligatorii, facultative și rare ale dispepsiei duodenale la lotul studiat.

Semne și simptome	Nr	%
I-SEMNE CLINICE OBLIGATORII		
-dureri abdominale recidivante cronice	185	91
-sindrom dispeptic trenant/meteorism, eructații	167	78
-vărsături ocazionale, uneori cu caracter incoercibil	91	37
-eructații zgomotoase, grețuri, pirozis, diminuarea apetitului (inapetență, anorexie)	93	44
II-SEMNE CLINICE FACULTATIVE		
-stare de intoxicație cronică din cauza indigestiei	29	14
-hipotrofie ponderală în general moderată	66	31
-tulburări neuropsihice	17	17
-scăderea randamentului școlar	32	15
-modificări de scaune-diaree ocazională	123	58
-tulburări de comportament	11	5,66
-limba saburală		
-foetor ex oris		
III-SEMNE CLINICE RARE		
-cefalee migrenoasă	9	5
-alergie digestivă cronică	8	4
-sindrom de malabsorbție intestinală	11	5,66
-intoleranța la lactoză	16	7,51

Părinții semnaleză tulburările apetitului mergând de la inapetență până la anorexie. Apetitul acestor copii este capricios și inconstant, uneori este păstrat, dar în majoritatea cazurilor este diminuat. Am observat în mai multe cazuri că au senzație de foame, se așează cu plăcere la masă, întrerup chiar jocul, pentru ca după câteva înghițituri să acuze o senzație de plenitudine, întreruperea fiind activată în majoritatea cazurilor de dureri abdominale sau senzația de vomă.

Am remarcat deseori interpretarea acestui simptom de către părinți sau chiar de către medic, ca fiind psiho-funcțional, făcând ca o afecțiune digestivă să rămână nedescoperită și deci neglijată.

Vărsăturile, în unele cazuri cu caracter incoercibil (subocluziile duodenale), precum și senzația subiectivă de vomă, sunt semne clinice primordiale în afecțiunile duodenale.

Dispepsia duodenală la copii examinați a fost asociată cu modificările scaunului, în majoritate de fermentație, datorită refluxului veziculo-duodenal al bilei.

Senzația de plenitudine, balonarea, eructațiile zgomotoase, limba saburală, foetor ex oris, pirozisul, apar ca simptome interpretabile ale unei suferințe supravezicologice, în general la categoria copiilor 12-16 ani, fără organo-specificitate. La baza lor se pot invoca următoarele:

- cantitate redusă a enzimelor digestive
- dischineziile digestive segmentare (bilio-digestive)
- insuficiența pancreatică
- tulburările secreției biliare
- absorbție defectuoasă.

Tabel III. Localizarea anatomo-topografică a durerilor abdominale.

Zona topografică	Nr	%
Epigastru	63	29,58
Hipocondru drept	41	19,25
Fosa iliacă dreaptă	17	7,98
Periombilical	12	5,63
Regiunea lombară dreaptă	5	2,35
Fosa iliacă stângă	6	2,82
Iradieri în bară	3	1,41
Umărul drept	2	0,94
Dureri localizate	149	69,95
Dureri difuze-localizare multiplă	64	30,05

Din datele cuprinse în tabelul III reiese că în 69,95% din cazuri, durerile prezintă o localizare anatomo-topografică circumscrisă, iar în 30,05% sunt difuze sau cu localizare incertă, multiplă. De asemenea, în 62,44% din cazuri durerile sunt localizate în regiunea supravezicală și flancul drept: epigastru, hipocostul drept, fosa iliacă dreaptă, periombilical. Localizarea durerilor în alte zone topografice abdominale este rară.

Studiul reafirmă că atât pentru părinți cât și pentru copil, durerea abdominală apare ca o noțiune globală, brută, fără certitudini de localizare anatomo-topografică. Acest considerent este și mai evident la grupa de vârstă preșcolară sau copil mic, unde caracterul de organospecificitate al durerilor prezintă multe rezerve pentru clinician.

Relatările referitoare la ritmicitatea, intensitatea, periodicitatea, raportul durerilor cu alimentația etc, sunt în unele cazuri relative, mai ales la persoanele cu un grad de cultură mai scăzut, familii dezorganizate, copiii crescuți de bunici, sau la cei lipsiți de spirit de observație. Pe de altă parte, majoritatea practicienilor insuficient sensibilizați la problemele de gastro-enterologie infantilă, se complac în ideea că anamneza și examenul clinic obiectiv în cazul durerilor abdominale cronice, recidivante, nu pot furniza elemente convingătoare în precizarea diagnosticului pozitiv.

Tabel IV. Intensitatea și caracterul durerilor abdominale.

Grupă de vârstă	Jenă persistentă Nr (%)	Intensitate medie Nr (%)	Dureri violente Nr (%)
4-8 ani	11 (34,38)	17 (53,13)	4 (12,50)
8-12 ani	24 (32,43)	43 (58,11)	7 (9,46)
12-16 ani	31 (28,97)	65 (60,75)	11 (10,28)
TOTAL	66 (30,99)	125 (58,69)	22 (10,33)

Conform datelor cuprinse în tabelul IV se constată că în 31% din cazuri durerile apar sub formă de jenă persistentă, în 59% de o intensitate medie și numai în 11% apar sub formă de dureri violente. Astfel, aceste dureri sunt trecute uneori cu vederea de către părinți, sau nu sunt luate în seamă de

Tabel V. Hipotrofia ponderală secundară indigestiei duodenale.

Gradul de hipotrofie	Deficit ponderal (kg)	Nr (%)
gradul I	0-3	39 (18,31)
gradul II	3-6	21 (9,86)
gradul III	>6	6 (2,82)
Total		66 (30,99)

medic la început, altelei însă (mai rar) sunt alarmante. Caracterul acestor dureri este polimorf, variabil ca durată și intensitate și în multe cazuri încadrarea și interpretarea clinică prezintă dificultăți deosebite.

În afara tulburărilor de digestie și absorbție în patogenia hipotrofiilor la copii suferind de dispepsii duodenale cu evoluție recidivantă sau prelungită, există și o insuficiență de aport caloric datorată inapetenței, anorexiei, precum și restricțiilor alimentare (regimuri alimentare repetate), pe lângă deficitul metabolic generat de poliinsuficiență secretorie gastrică, bilio-intestinală, sau pancreatică.

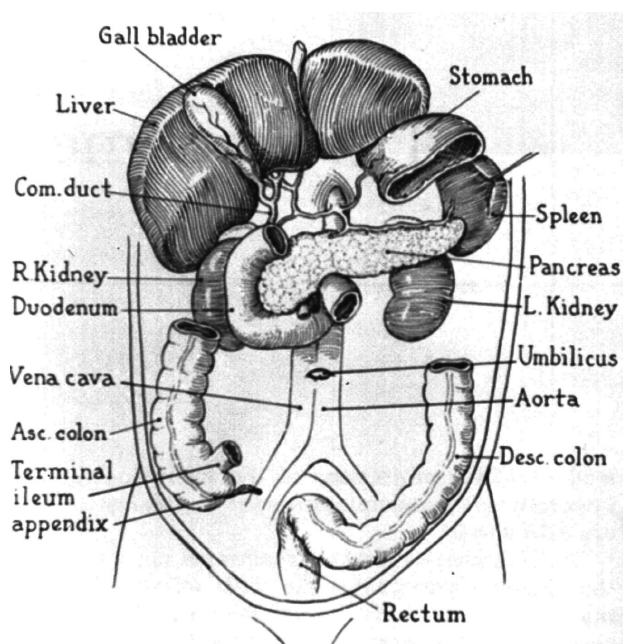
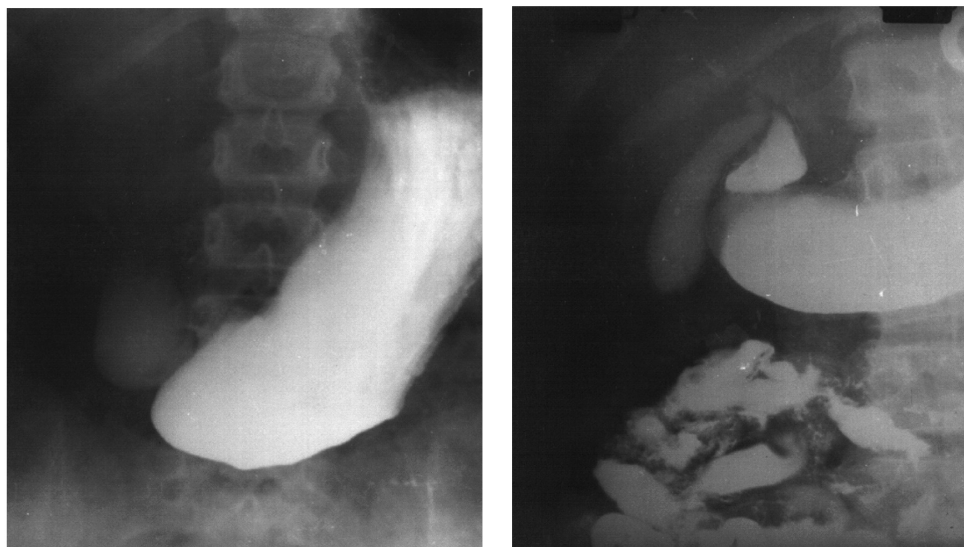


Fig 2. Relațiile anatomice ale duodenului cu organele vecine (după Jones)

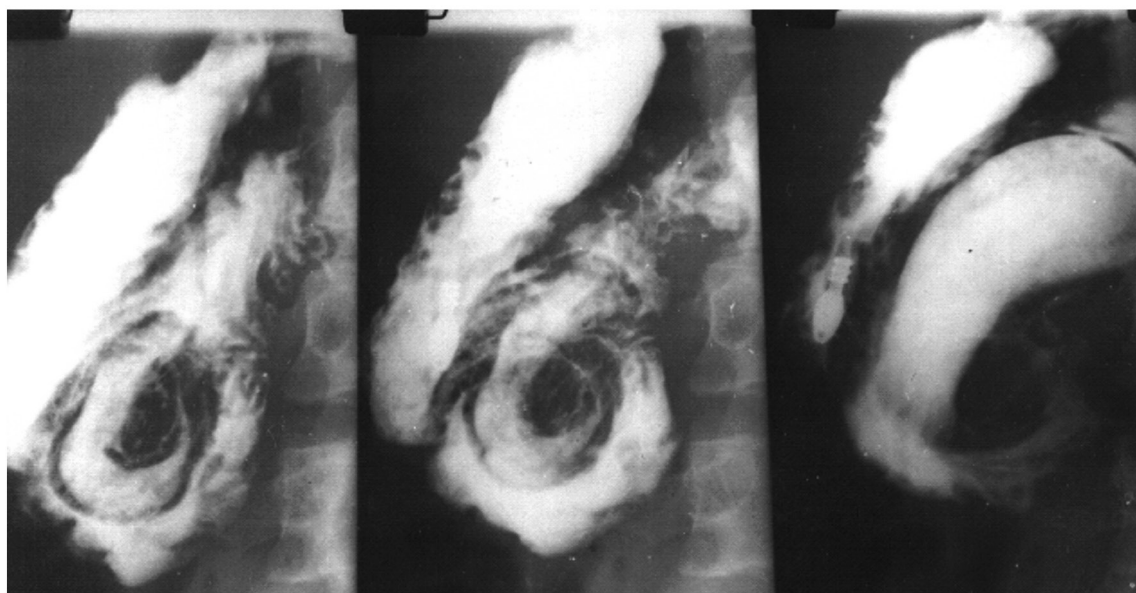
Tabel VI. Analiza statistică a cazurilor cu simptomatologie organo-specifică

Simptomatologie organo-specifică	Nr (%)
ulcer duodenal cronic	11 (32,35)
colecistite-angiocolecistite	13 (38,24)
subocluzia duodenală intermitentă	4 (11,76)
duodenită cronică postlamblitică	5 (14,71)
litiază biliară	1 (2,94)
total	34

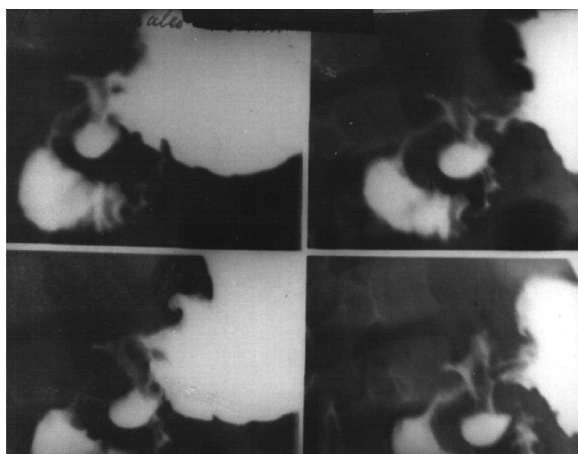
Iconografie



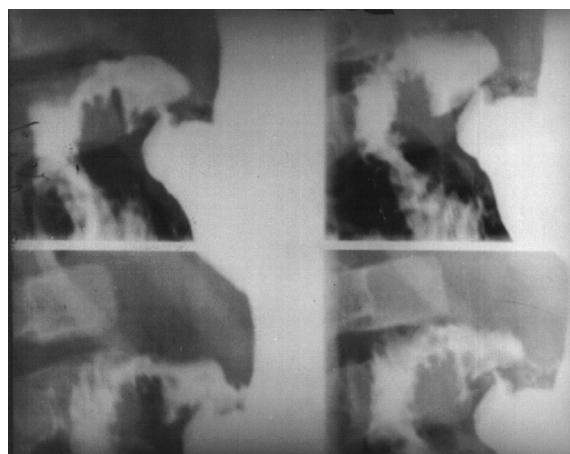
Dischinezie bilio-digestivă. Examen radiologic simultan al tubului digestiv. Stomac hipoton, vezicula biliară hipotonă, opacifiată doar în 2/3 inferioară a corpului (stânga). Veziculă parțial contractată (dreapta)



Hernie paraduodenală cu ocluzie intermitentă. Bariu introdus prin sondă duodenală: stomac hipoton, megabulb, duoden mult dilatat cu stază pronunțată, stop pe DIII, torsiune elicoidală a duodenului de 720 grade în plan sagital. Hernie retroperitoneală paraduodenală. Implantare joasă a coledocului



Ulcer duodenal cronic la 5 ani. Stomac în cârlig, mucoasa antrală difuz îngroșată, evacuare întârziată, bulb puternic deformat, recesul dilatat diverticular



Duodenită spastică cronică postlambliacică. Bulb cu mucoasă ușor îngroșată. Mucoasa cadrului duodenal îngroșată cu spasm medioduodenal permanent

Concluzii

1. Duodenul, segment de legătură între stomac și jejun, reprezintă centrul nodal al digestiei. Vărsarea la nivelul lui a secrețiilor principalelor glande digestive (ficat și pancreas), importanța cantitativă și calitativă a secrețiilor proprii și motricitatea sa cu rol esențial în digestia duodenală și în dinamica căilor biliare, a căilor pancreatice și chiar a întregul tract digestiv, conferă duodenului un rol primordial în procesul digestiv.

2. La baza verigilor patogenetice la nivelul acestui segment digestiv se poate invoca staza duodenală organică sau funcțională. Prezența, persistența și natura stazei duodenale este argumentul clinic cel mai elocvent al suferinței segmentului duodeno-veziculo-pancreatic.

3. Polimorfismul patologiei organelor componente apare cu o frecvență de 60-65% în suferința abdominală cronică a copilului.

4. Mult timp staza duodenală a constituit un epifenomen radiologic. Clarificarea ulterioară a aspectelor de fiziopatologie, ne-a permis și descrierea unui context de suferință clinică: dispepsia duodenală, care prin explorări paraclinice, de multe ori de finețe, pot duce la stabilirea diagnosticului etiologic.

5. Pe baza studiului clinic, radiologic și biologic am conturat simptomatologia dispepsiei duodenale, semnele clinice obligatorii, facultative și cele rare.

6. Simptomele trebuie analizate cu multă meticulozitate, fiindcă ele pot fi semnificative: de la un disconfort digestiv aparent inofensiv, până la tablouri clinice alarmante cu subocluzii duodenale, pancreatite subacute, complicațiile ulcerelor duodenale, unor neidentificate.

7. Precizarea diagnosticului numai pe baza simptomelor organo-specifice trebuie acceptată cu rezervele de rigoare.

8. Practicianul pediatru are obligația să interneze într-o unitate de specialitate acele cazuri la care durerile abdominale sunt însoțite de semne de indigestie, cu vechimea suferinței de peste un an.

Referințe

1. Albot, G, Kapanji, N. *Les interaction physiologique entre le duodenum et les voies biliaries*. Sem des Hopit Paris 1955;31:1973-1982.
2. Aitren, J. *Congenital intrinsic duodenal obstruction in infancy*. J Pediat 1966;1:546-548.
3. Apley, J. *The child with recurrent abdominal pain*. Pediatric Clinic N Amer 1967;14:63.
4. Apley, J. *Recurrent abdominal pain. A sull survey of 1000 school kinder*. Arch Dis Child 1958;33:165.
5. Bayless, M D. *Recurrent abdominal pain due to milk an lactoze intolerance in school-aged children*. Pediatrics 1971;6:1029-1031.
6. Dumitrescu, D. *Sindromul stazei intestinale segmentare*. Medicina Internă 1970;6:661.
7. Fouriner, M. *Les stases duodenale*. J de Radiol 41(12):757-769
8. Herzovi, F. *Sindromul dispeptic duodenal la copil*. Pediatria 1964;2:153-157.
9. Huguin-Fenichel. *Migraine in Childhood*. J Pediatrics 1967;70:2.
10. Kaliulnaja. *Stările toxice ale copilului determinate de boli cronice*. Editura Medicală, București.
11. Nagy, S. *A duodenalis stázis radiologiai és klinikai vonatkozásai*. Orvosi Hetilap 19(52):544-547.

HISTOPATOLOGICAL EVALUATION OF URINARY BLADDER MUCOSA AFTER COMBINED THERMO-CHEMOTHERAPY FOR SUPERFICIAL TRANSITIONAL CELL CARCINOMA

Lea Rath-Wolfson¹, Zvi Leib², Boaz Moskovitz³

¹Department of Pathology Hasharon Hospital Petah Tikva and Sackler Faculty of Medicine, Tel Aviv University, ²Department of Urology, Rabin Medical Center, Petah Tikva, Israel, ³Department of Urology, Faculty of Medicine, Technion, Haifa, Israel

Correspondence Address:

Dr. Lea Rath-Wolfson

Department of Pathology

Hasharon Hospital

Petah-Tikva, Israel

Fax: 972-3-9372349

E-mail: leavo@clalit.org.il

Abstract

The combination of thermal energy and chemotherapy offers some advantages over chemotherapy alone. Reaction of chemotherapy with hyperthermia is increased and DNA repair is inhibited. Clinical studies of combined local intravesical hyperthermia with Mitomycin C (MMC) for the treatment of Superficial Transitional Cell Carcinoma (STCC) of the urinary bladder showed encouraging results both in reducing recurrence rate to 20-30% within 2 years and in ablative success rate of 79%.

The objective of this study was to examine the histopathological changes of the urinary bladder mucosa in 12 patients who suffered of STCC and underwent microwave induced local hyperthermia and intravesical chemotherapy with MMC.

The patients were treated with either a prophylactic protocol (40 mg mitomycin-C) after complete transurethral resection of all tumors or with an ablative protocol (80 mg mitomycin-C) when visible tumor was seen on video-cystoscopy. They underwent a series of 12 sessions of treatment with Synergo[®]. After eight induction treatments once a week and 4 maintenance treatments once a month no residual tumor was found in 11 patients.

The conclusion of this study is that combination of hyperthermia and intravesical chemotherapy with MMC is a safe treatment for STCC with no irreversible damage to the bladder mucosa.

Key words: Superficial TCC, thermo-chemotherapy, histopathology

Introduction

Superficial transitional cell carcinoma (STCC) of the bladder has a high incidence and high recurrence rate (30-85%) after primary transurethral resection (TUR) [1]. Intravesical treatments either chemotherapeutic or immunotherapeutic are used to lower the recurrence rate. Several studies

showed that the benefit after 1 year of follow-up is 12% for patients treated with Mitomycin C (MMC) compared to patients without adjuvant treatment [2,3]. The intravesical treatment with bacillus Calmette-Guerin (BCG) reduced the recurrence rate after TUR to a larger extent than the intravesical chemotherapy and can even delay tumor progression, but with more frequent and severe side effects [4]. The combination of thermal energy and chemotherapy offers some advantages over chemotherapy alone: with the help of heated tissue drug uptake by the malignant cells and the intracellular distribution are improved by increased cellular permeability. Reaction of chemotherapy with hyperthermia is increased and DNA repair is inhibited [5]. Heating contributes to accelerate the link of MMC to the DNA of the cells without modifying the MMC during this chemo-thermotherapy treatment.

The aim of this study was to examine the histological effects on the urinary bladder mucosa of 12 patients who suffered of STCC, Ta/T1, treated with microwave induced local hyperthermia and intravesical chemotherapy with MMC.

Materials and Methods

Patients

Clinical data of the patients are shown in Table I. Twelve patients with STCC of the bladder were selected for this study. The patient's age ranged from 56 to 80 (mean 63.9), two female and ten male. In pretreatment biopsies taken during cystoscopy the histological examination showed STCC in all cases. The grade of the tumors was grade one in 4 cases, grade two in 5 cases and grade three in 3 cases. The stages of the diseases were Ta in 10 cases and T1 in 2 cases. Eleven patients underwent prophylactic treatments, with 12 sessions, while patient No. 12 underwent 8 ablative treatments. Random biopsies of the urinary bladder mucosa were taken after treatment by Synergo® with mitomycin-C. All samples were sent for histopathological evaluation.

Treatment

A new system designed to deliver simultaneously local bladder hyperthermia and intravesical chemotherapy has been developed by Synergo®, Bologna, Italy. The system consists of a computerized 915 MHz. microwave source that directly heats the bladder walls (within a temperature range of 42.5 to 45.5°C) using a transurethral catheter [6].

All patients underwent combined intravesical chemotherapy with mitomycin-C and local radiofrequency hyperthermia of the bladder wall. The patients were treated with either a prophylactic protocol (40 mg mitomycin-C) after complete transurethral resection of all tumors or with an ablative protocol (80 mg mitomycin-C) when visible tumor was seen on video-cystoscopy.

Histopathology

Urinary bladder biopsies were fixed in 4% buffered formalin and embedded in paraffin. Sections 4µ thick were stained with Hematoxylin & Eosin. All sections were evaluated by two senior pathologists and the histopathological data were recorded.

Results

Histopathological characteristics of the tumors before prophylactic treatment by Synergo® are summarized in Table II. Clinically after treatment most of the patients 1-11 had no pain; only patient No. 12 suffered of pain during the first 24 hours post treatment.

The histopathological characteristics of the bladder mucosa after treatment are summarized in Table III.

In the histological sections no residual tumor was seen, except in case No. 9, where STCC grade two was found with no penetration beyond the basement membrane. Severe edema was present only in case No.5, moderate in four cases, No. 2, 3, 9, 10 and mild edema in other four cases as well, No. 4, 6, 11, 12. Two patients, No.1 and 8 showed no edema at all.

Severe inflammatory infiltrate was found in four cases No. 3, 5, 6, 10; moderate was present in five cases No. 1,2,8,11,12 and mild in three only No. 4, 7, 9.

No hemorrhage was found in the majority of the cases, (in ten patients). Only two patients, No. 5 and No.10, showed mild to minimal hemorrhage.

Areas of necrosis were found in the biopsies taken from patients No. 3 and 5, only. No lymphoid follicle formations were found in any cases.

Artefactual changes were found in cases No. 1 and 10, only.

Discussion

In the present study we analyzed the histopathological changes of the primary STCC and in the biopsies taken during follow up cystoscopies. All tumors, at presentation, were superficial, with grades 1, 2 and 3. Only in two cases with grades 2 and 3 tumors, invasion of lamina propria was observed, with no muscle invasion. The histological follow up showed no residual tumor except one case (No. 9). There was no major damage to the bladder mucosa. Edema and chronic inflammation were the most frequent pathologies found. None of these cases showed necrosis. Foci of hemorrhage were found only in four cases without clinical significance.

Artefactual changes were present in other four cases as well. These changes did not obscure the histopathological evaluation.

In a previous study we described the histological changes in the bladder mucosa of sheep treated with combined treatment of hyperthermia with mitomycin C. The histological changes of this group showed no significant differences from the non-treated control group. The control group showed similar changes, some less pronounced. The combined treatment of hyperthermia with mitomycin C did not cause major damage to the urinary bladder or adjacent organs. All changes were superficial and reversible. Although this was an experimental model based on one single session treatment, rather than repeated treatments, it suggests that the approach may be useful in future studies both in models and man [6].

Preliminary clinical studies of the combination of hyperthermia and intravesical chemotherapy indicated very encouraging results in favor of the treatment of recurrent superficial bladder tumors [7].

In this study the authors concentrated on the histopathological evaluation of the early in vivo effects of this treatment. In the past when tumors recurred, they were superficial and small, single or few, and persistently of low grade. Most urologists treated these cases with repeated transurethral resections [8]. The adoption of a correct strategy of intravesical immunoprophylaxis with BCG allows sparing cystectomy in up to 60% of the patients with high-grade superficial bladder carcinoma and the optimization of treatment protocols will lead to even more effective results. However this tumor still demands the highest level of attention in the follow up and in the case of recurrence primary conservative treatment with BCG should be promptly converted to radical surgical treatment considering that the development of less invasive surgical procedures has reduced the impact on the patient's quality of life [9]. Intravesical electromotive administration increases bladder uptake of MMC, resulting in an improved response rate in cases of high-risk superficial bladder cancer [10]. The intravesical administration of mitomycin C can be safely performed in the form of both thermochemotherapy and electromotive drug approach with an increased ablative success rate on small superficial tumors involving only minimal local side effects [11]. Local intravesical concurrent chemotherapy and hyperthermia administration is found to be a safe and well-tolerated approach for superficial bladder tumor treatment. The preliminary results encourage further studies to define the limits and prospects of this regimen, in both superficial bladder tumor ablation and prophylaxis of recurrences.

Combined local bladder hyperthermia and intravesical chemotherapy has a beneficial prophylactic effect in patients with G3 superficial bladder cancer. Ablation of high-grade bladder tumors is feasible,

achieving a complete response in about three quarters of the patients. At a median follow-up of 15.2 months (mean 23, range 6 to 90), no stage progression to T2 or disease-related mortality had occurred [12]. The majority of patients with stage Ta or T1 bladder cancer will have a subsequent tumor. Many of these patients invariably undergo multiple transurethral resections to manage small subsequent tumors or recurrences [13].

In conclusion, the combination of hyperthermia and intravesical chemotherapy with MMC is a safe treatment for STCC with no irreversible damage to the bladder mucosa. This is a mid term study with few cases and we think that other studies should follow with larger number of samples.

EVALUAREA HISTOPATOLOGICĂ A MUCOASEI VEZICII URINARE DUPĂ COMBINAȚIA DINTRE TERMO ȘI CHIMIOTERAPIE PENTRU CARCINOMUL SUPERFICIAL CU CELULE TRANZIȚIONALE

Rezumat

Combi-naȚia dintre energia termică și chimioterapie conferă unele avantaje față de chimioterapie singură. ReacȚia la chimioterapie asociată cu energia termică este crescută, iar repararea ADN este inhibată. Studiile clinice care au asociat hipertermia locală intravezicală cu Mitomycin C (MMC) pentru tratamentul carcinomului superficial cu celule tranziȚionale al vezicii urinare (CSCT), au arătat rezultate încurajatoare atât în reducerea ratei de recurență la 20-30% în doi ani, cât și în rata de succes la 79%.

Scopul acestui studiu este de a investiga modificările histopatologice ale mucoasei vezicii urinare la 12 pacienți care au suferit de CSCT și au fost supuși hipertermiei locale induse prin microunde, precum și chimioterapiei intravezicale cu MMC.

Pacienții au fost tratați fie folosind protocol profilactic (40 mg mitomycin-C) după rezecȚia completă transuretrală a tumorii, fie folosind un protocol ablativ (80 mg mitomycin-C) atunci când o tumoră vizibilă a fost evidențiată prin video-cistoscopie. Au fost supuși unei serii de 12 sesiuni de tratament cu Synergo®. După opt tratamente de inducere odată pe săptămână și patru tratamente de întreținere odată pe lună, la 11 pacienți nu au fost identificate tumori reziduale.

Concluzia acestui studiu este că o combinație între hipertermie și chimioterapia intravezicală cu MMC este un tratament sigur pentru CSCT, fără afectarea ireversibilă a mucoasei vezicale.

Cuvinte cheie: carcinom superficial cu celule tranziȚionale, termo-chimioterapie, histopatologie.

Introducere

Carcinomul superficial cu celule tranziȚionale al vezicii urinare (CSCT) are o incidență și o rată de recurență înalte (30-85%) după rezecȚia transuretrală primară (TUR) [1]. Tratamentele intravezicale, fie chimioterapeutice fie imunoterapeutice, sunt utilizate pentru a scădea rata de recurență. Mai multe studii au demonstrat că beneficiul pacienților după tratamentul cu mitomycină C (MMC) la un an de urmărire este de 12% comparativ cu pacienții tratați cu terapie adjuvantă [2,3]. Tratamentul intravezical cu bacil Calmette-Guerin (BCG) reduce rata recurențelor după TUR într-o proporție mai mare decât chimioterapia intravezicală și poate chiar întârzia progresia tumorală, dar cu efecte secundare mai frecvente și mai severe [4]. Combi-naȚia între energia termică și chimioterapie oferă avantaje față de chimioterapie singură: cu ajutorul încălzirii țesuturilor, absorbȚia medicamentelor de către celulele maligne precum și distribuȚia intracelulară sunt îmbunătățite de creșterea permeabilității celulare. Reactivitatea chimioterapiei asociată cu hipertermie este crescută iar

repararea ADN este inhibată [5]. Căldura contribuie la accelerarea legării MMC la ADN-ul celulelor, fără a modifica MMC în timpul chimioterapiei.

Scopul acestui studiu a fost de a evalua efectele asupra mucoasei vezicale la 12 pacienți cu CSCT Ta/T1, tratați cu hipertermie indusă local prin microunde și chimioterapie intravezicală cu MMC.

Materiale și metode

Pacienții

Datele clinice ale pacienților sunt cuprinse în Tabelul I. Douăsprezece pacienți cu CSCT al vezicii urinare au fost selectați pentru a fi incluși în acest studiu. Vârsta pacienților a fost cuprinsă între 56 și 80 de ani (mediana 63,9), două femei și zece bărbați. Examenul histopatologic efectuat prin biopsiile anterioare tratamentului, a arătat CSCT în toate cazurile. Gradul tumorilor a fost 1 în patru cazuri, grad 2 în cinci cazuri și gradul 3 în trei cazuri. Stadiul bolii a fost Ta în zece cazuri și T1 în două cazuri. Unsprezece pacienți au fost supuși unui tratament profilactic, în 12 sesiuni, în timp ce pacientul numărul 12 a fost supus la opt tratamente ablativ. Biopsiile randomizate ale mucoasei vezicii urinare au fost efectuate după tratamentul cu Synergo® cu mitomycin-C. Toate probele au fost trimise pentru evaluarea histopatologică.

Tratamentul

Un sistem nou conceput pentru a furniza simultan hipertermie locală asupra mucoasei și chimioterapie intravezicală a fost dezvoltat de Synergo®, Bologna, Italia. Sistemul constă într-o sursă computerizată de microunde de 915 MHz, care încălzește direct peretele vezical la o temperatură între 42,5 și 45,5°C, utilizând un cateter transuretral [6].

Toți pacienții au urmat o combinație de chimioterapie intravezicală cu Mitomycin C și hipertermie indusă prin radiofrecvență asupra peretelui vezical. Pacienții au urmat fie un protocol profilactic cu 40 mg mitomycină C după rezecția totală transuretrală a tumorii, sau un protocol ablativ cu 80 mg mitomycină C dacă nu a fost vizualizată tumora la video-cistoscopie.

Histopatologie

Probele biopsiate de vezică urinară au fost fixate în 4% formalină tamponată și incluse în parafină. Secțiunile de 4μ grosime au fost colorate cu hematoxilină-eozină. Toate secțiunile au fost evaluate de doi patologici cu experiență, datele fiind înregistrate.

Rezultate

Caracteristicile histopatologice ale tumorilor înaintea tratamentului profilactic prin Synergo® sunt sumarizate în Tabelul II. După tratament, din punct de vedere clinic majoritatea pacienților 1-11 nu au avut dureri; doar pacientul 12 a suferit de dureri în timpul primelor 24 ore posttratament.

Caracteristicile histopatologice ale mucoasei vezicale după tratament sunt sumarizate în Tabelul III.

Nu au fost observate tumori reziduale în secțiunile histologice, cu excepția cazului 9, unde a fost găsit CSCT de gradul doi, fără penetrare în membrane bazală. La cazul numărul 5 a fost prezent edem sever, moderat în patru cazuri, numerele 2, 3, 9, 10 și edem moderat în alte patru cazuri, numerele 4, 6, 11, 12. Doi pacienți, numărul 1 și numărul 8 nu au prezentat edem.

Un infiltrat inflamator sever a fost observat în patru cazuri, numerele 3, 5, 6, 10; unul moderat în cinci cazuri, numerele 1, 2, 8, 11, 12 și ușor în trei, numerele 4, 7, 9.

Nu au fost identificate hemoragii în majoritatea cazurilor (la zece pacienți). Doar doi pacienți, numerele 5 și 10, au avut hemoragie moderată sau minimă.

Doar biopsiile efectuate la pacienții numărul 3 și 5 au arătat zone de necroze. Nu au fost identificate formațiuni foliculare limfoide.

Modificări de tip artefacte au fost găsite doar la cazurile numărul 1 și 10.

Discuții

În acest studiu au fost analizate modificările histopatologice ale CSCT primar, precum și biopsiile efectuate în timpul cistoscopiilor de urmărire. Toate tumorile, la prezentare, au fost superficiale, cu gradul 1, 2 și 3. Doar în două cazuri, cu grad tumoral 2 și 3, a fost observată invazia laminei propria, fără invazie în musculară. Urmărirea histologică nu a arătat tumori reziduale, cu excepția unui caz (numărul 9). Nu au existat leziuni majore ale mucoasei vezicale. Modificările patologice cele mai frecvente au fost edemul și inflamația cronică. Niciunul din cazuri nu a prezentat necroze. Zone de hemoragie au fost găsite doar în patru cazuri, fără semnificație clinică.

De asemenea, modificări de tip artefacte au fost prezente în patru cazuri, dar aceste modificări nu au influențat evaluarea histopatologică.

Într-un studiu anterior am descris modificările histologice la nivelul mucoasei vezicii urinare de oaie tratată cu o combinație de hipertermie și mitomycină C. Aceste modificări histologice nu au arătat diferențe semnificative față de grupul de control netratat, arătând modificări similare, unele mai puțin pronunțate. Combinația dintre hipertermie și mitomycină C nu a determinat leziuni majore ale vezicii urinare, sau ale organelor adiacente. Toate modificările au fost superficiale și reversibile, iar grupul de control a prezentat modificări similare. Deși acesta a fost un model experimental bazat pe o singură sesiune de tratament și nu repetat, rezultatele sugerează că această abordare poate fi utilă în studii, atât în modele, cât și la om [6].

Studiile clinice preliminare privind combinația hipertermie și chimioterapie intravezicală, indică rezultate foarte încurajatoare în favoarea tratamentului tumorilor vezicale superficiale recurente [7].

În acest studiu, autorii s-au concentrat asupra evaluării histopatologice ale efectelor precoce in vivo ale acestui tratament. În trecut, când tumorile aveau o recurență, acestea erau superficiale și mici, unice sau reduse ca număr, persistente în grad scăzut. Majoritatea urologilor tratau aceste cazuri prin rezecții transuretrale repetate [8]. Adoptarea unei strategii corecte de imunoprofilaxie cu BCG permite evitarea unei cistectomii la mai mult de 60% din pacienții cu CSCT de grad înalt, optimizarea protocoalelor de tratament ducând chiar la mai multe rezultate efective. Totuși, aceste tumori necesită încă nivele ridicate de atenție în urmărire, iar în cazul recurenței, tratamentul primar conservativ cu BCG ar trebui să fie prompt convertit la tratamentul chirurgical radical, luând în considerare faptul că dezvoltarea unor proceduri chirurgicale mai puțin invazive au redus impactul asupra calității vieții pacientului [9].

Administrarea electroindusă crește captarea MMC, determinând o îmbunătățire a ratei de răspuns al cancerului vezical superficial cu risc [10]. Administrarea intravezicală a mitomycinei C poate fi efectuată în siguranță sub forma atât a termo-chimioterapiei cât și abordarea electroindusă, cu o creștere a ratei de succes a ablației tumorilor superficiale mici, implicând doar efecte adverse locale minime [11]. Chimioterapia locală intravezicală împreună cu hipertermia este sigură și bine tolerată în abordarea tratamentului tumorilor vezicale superficiale. Rezultatele preliminare încurajează studiile ulterioare pentru a defini limitele și perspectivele acestui regim terapeutic, atât pentru ablația tumorilor vezicale superficiale, cât și pentru profilaxia recurențelor.

Combinația dintre hipertermia locală și chimioterapia intravezicală are un efect profilactic benefic la pacienții cu neoplasm vezical superficial G3. Ablația tumorilor vezicale de grad înalt este fezabilă, obținând un răspuns complet la trei pătrimi din pacienți. La o urmărire mediană de 15,2 luni (medie 23, între 6 și 90), nu a apărut o progresie la T2, sau mortalitate legată de boală [12]. Majoritatea pacienților cu stadiu Ta sau T1 vor avea tumori subsecvente. Mulți dintre ei vor suferi invariabil multiple rezecții transuretrale pentru a trata tumori mici subsecvente sau recurente [13].

În concluzie, combinația dintre hipertermie și chimioterapia intravezicală cu MMC este un tratament sigur pentru CSCT, fără modificări ireversibile ale mucoasei vezicale. Acesta este un studiu

de fază medie pe câteva cazuri, de aceea credem că sunt necesare alte studii pentru mărirea numărului de probe.

Referințe

1. Kiemeny LA, Witjes JA, Heijbroek RP, Verbeek AL, Debruyne FM. *Predictability of recurrent and progressive disease in individual patients with primary superficial bladder cancer*. J Urol. 1993;150(1):60-64.
2. Herr HW. *Transurethral resection and intravesical therapy of superficial bladder tumors*. Urol Clin North Am. 1991;18(3):525-528.
3. Melekos MD, Moutzouris GD. *Intravesical therapy of superficial bladder cancer*. Curr Pharm Des. 2000;6(3):345-359.
4. Sylvester RJ, van der MEIJDEN AP, Lamm DL. *Intravesical bacillus Calmette-Guerin reduces the risk of progression in patients with superficial bladder cancer: a meta-analysis of the published results of randomized clinical trials*. J Urol. 2002;168(5):1964-70.
5. Herman TS, Teicher BA, Jochelson M, Clark J, Svensson G, Coleman CN. *Rationale for use of local hyperthermia with radiation therapy and selected anticancer drugs in locally advanced human malignancies*. Int J Hyperthermia. 1988;4(2):143-58.
6. Rath-Wolfson L, Moskovitz B, Dekel Y, Kugel V, Koren R. *Combined intravesical hyperthermia and mitomycin chemotherapy: a preliminary in vivo study*. Int J Exp Pathol. 2003;84(3):145-152.
7. Mauroy B, Bonnal JL, Prevost B, Chive M, Lhotellier V, Sozanski JP, Vanseymortier L, Stefaniak X. *Study of the synergy of microwave hyperthermia/intravesical chemotherapy in the prevention of recurrences of superficial tumors of the bladder*. Prog Urol. 1999;9(1):69-80.
8. Malkowicz SB, Nichols P, Lieskovsky G, Boyd SD, Huffman J, Skinner DG. *The role of radical cystectomy in the management of high grade superficial bladder cancer (PA, PI, PIS and P2)* J Urol. 1990;144(3):641-645.
9. Trinchieri A, Bonacina P, Butti A, Cappoli S, Esposito N, Invernizzi S, Librizzi A, Locatelli G. *Conservative treatment of high grade superficial bladder tumours*. Arch Ital Urol Androl. 2005;77(4):215-218.
10. Di Stasi SM, Giannantoni A, Stephen RL, Capelli G, Navarra P, Massoud R, Vespasiani G. *Intravesical electromotive mitomycin C versus passive transport mitomycin C for high risk superficial bladder cancer: a prospective randomized study*. J Urol. 2003;170(3):777-82.
11. Colombo R, Brausi M, Da Pozzo L, Salonia A, Montorsi F, Scattoni V, Roscigno M, Rigatti P. *Thermo-chemotherapy and electromotive drug administration of mitomycin C in superficial bladder cancer eradication. a pilot study on marker lesion*. Eur Urol. 2001;39(1):95-100.
12. Gofrit ON, Shapiro A, Pode D, Sidi A, Nativ O, Leib Z, Witjes JA, van der Heijden AG, Naspro R, Colombo R. *Combined local bladder hyperthermia and intravesical chemotherapy for the treatment of high-grade superficial bladder cancer*. Urology. 2004;63(3):466-471.
13. Soloway MS, Bruck DS, Kim SS. *Expectant management of small, recurrent, noninvasive papillary bladder tumors*. J Urol. 2003;170(2 Pt 1):438-441.

Table (Tabel) I. Clinical data of 12 patients with transitional cell carcinoma of urinary bladder (Datele clinice ale celor 12 pacienți având carcinom cu celule tranziționale al vezicii urinare)

Case Caz	Age/Gender	Tumor Grade	Stage of Disease	Treatment Tratament	Cystoscopies Cistoscopii	Patient's Complains	
No.	Vârsta/sexul	Grad tumoral	Stadiul bolii	Synergo®	No. of Sessions Nr de sesiuni	After Treatment După tratament	simpromatologia
1	73/M	1	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
2	57/F	1	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
3	60/F	1	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
4	61/M	1	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
5	80/M	2	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
6	60/M	2	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
7	63/M	2	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
8	56/M	2	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
9	57/M	2	T1	Prophylactic Profilactic	12	Recurrence* Recurență*	None Fără
10	60/M	3	T1	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
11	78/M	3	Ta	Prophylactic Profilactic	12	NEOM	None Fără
12	62/M	3	Ta	Ablation Ablație	8	NEOM	Pain Durere

NEOM = no evidence of malignancy (fără evidențe de malignitate); *Patient underwent cystectomy (pacientul a fost supus cistectomiei)

Table (Tabel) II. Histopathology of 12 cases of transitional cell carcinoma of urinary bladder before treatment (Histopatologia celor 12 cazuri de carcinom cu celule tranziționale al vezicii urinare înainte de tratament)

Case Caz No.	Grade Grad	Penetr	Edema	Inflamm	Hemor	Artef	Necr	Lym fol
Case 1	G1	No Nu	No Nu	+++	No Nu	++	No Nu	+
Case 2	G1	No Nu	++	+	No Nu	++	No Nu	No Nu
Case 3	G1	No Nu	++	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 4	G1	No Nu	++	+++	No Nu	++	No Nu	No Nu
Case 5	G2	No Nu	+	No Nu	+	No Nu	No Nu	No Nu
Case 6	G2	No Nu	++	+	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 7	G2	No Nu	+	+	++	+++	No Nu	No Nu
Case 8	G2	No Nu	No Nu	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 9	G2	No Nu	++	+++	+	No Nu	No Nu	No Nu
Case 10	G3	Yes Da	++	+++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 11	G3	Yes Da	+	+++	+	No Nu	+++	No Nu
Case 12	G3	Yes Da	++	+++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu

Penetr = Penetration (penetrație); Inflamm = Inflammation (inflamație);

Hemor = Hemorrhage (hemoragie); Artef = Artefactual changes (modificări de tip artefacte);

Necr = Necrosis (necroză); Lym fol = Lymphoid follicle (foliculi limfatici)

Table (Tabel) III. Histopathology of 12 cases of transitional cell carcinoma of urinary bladder after treatment (Histopatologie celor 12 cazuri de carcinom cu celule tranziționale al vezicii urinare după tratament)

Case No.	Grade	Penetr	Edema	Inflamm	Hemor	Artef	Necr	Lym fol
Case1	No Tu	No Nu	No	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case2	No Tu	No Nu	++	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 3	No Tu	No Nu	++	+++	No Nu	No Nu	+++	No Nu
Case 4	No Tu	No Nu	+	+	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 5	No Tu	No Nu	+++	+++	+	+++	+++	No Nu
Case 6	No Tu	No Nu	+	+++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 7	No Tu	No Nu	+	+	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 8	No Tu	No Nu	No Nu	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 9	G2	No Nu	++	+	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 10	No Tu	No Nu	++	+++	+/-	++	No Nu	No Nu
Case 11	No Tu	No Nu	+	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu
Case 12	No Tu	No Nu	+	++	No Nu	No Nu	No Nu	No Nu

Penetr = Penetration (penetrație); Inflamm = Inflammation (inflamație);

Hemor = Hemorrhage (hemoragie); Artef = Artefactual changes (modificări de tip artefacte);

Necr = Necrosis (necroză); Lym fol = Lymphoid follicle (foliculi limfatici)

CUM AR TREBUI PLĂTIȚI MEDICII DE FAMILIE?

Bumbuluț Călin¹

¹CMI Satu Mare, medic primar medicina familiei

adresa de corespondență: Satu Mare, str. Bobocului UK 30, email: bumbulutcalin@yahoo.com

Motto:

*“cu foarte puține împotriviri, probabil că vom aproba cheltuieli de miliarde de dolari pentru pacing biventricular și totuși nu știm cum să plătim astfel ca o persoană să aibă propriul medic”
un lobbyist al programului Medicare, 2004, SUA*

*“legea cererii și ofertei nu poate exista în medicină: nu poate exista cerere pentru suferință și moarte”
un medic*

Title: How should family physicians be paid?

Abstract: Finding on optimal payment method of family physicians is an economical and political preoccupation of all countries with good health systems, with the aim to ensure minimum expents and maximal efficiency. I present the payment methods of primary health care in representative health models from present, an efficient sistem for Romania also would be possible based on capitation adjusted at population characteristics, with supplementary paymants based on furnished servicies and incentives based on achievement of definite objectives settled by the health sistem politics.

Key words: primary healthcare, family medicine, capitation, fee-for-service, blended payments.

Rezumat: Găsirea metodei optime de plată a medicilor de familie este o preocupare economică și politică a tuturor statelor cu sisteme responsabile de sănătate, cu scopul de a asigura minimum de cheltuieli la maximum de eficiență. Prezint modalitățile de plată ale asistenței primare în modele de sănătate reprezentative existente în prezent, un sistem eficient și pentru România fiind bazat probabil pe capitație ajustat la caracteristicile populației, cu plăți suplimentare bazate pe serviciile furnizate și stimulente legate de atingerea unor obiective precise fixate de politica sanitară.

Cuvinte cheie: asistență primară, medicina familiei, capitație, servicii, sisteme mixte.

Medicina bazată pe dovezi este capacitatea de a urmări, interpreta critic și adapta date dovedite prin studii statistice [1]. Această evidență ar trebui constatată și în decizia politicilor sanitare românești.

În prezent în lume sunt utilizate două sisteme de finanțare ale asistenței primare: “per capita” și “pe servicii”, fiind acceptat și al treilea, o combinație a celor două. O mențiune trebuie făcută și pentru plata salarială, mai puțin utilizată. Comparația între țările europene având costuri totale scăzute ale sistemului sanitar, a dus la descoperirea unor similiarități fundamentale, într-un studiu multinațional european [2]: Marea Britanie, Danemarca, Norvegia, Italia și Olanda au costuri relative scăzute pentru sistemul sanitar (5-8% din PIB), bazându-se pe o asistență primară puternică și bine

organizată. Caracteristicile comune identificate au fost: praxisurile mici de medicină generală (cu 1500 locuitori deserviți); medici generalişti cu rolul de gate-keepers și care acoperă o gama largă de servicii, inclusiv pentru copii și gravide; acoperirea serviciilor prin sistem privat 24 ore pentru pacienții aflați pe liste; finanțarea medicinei de familie în principal pe capitație. În 1985, cheltuielile din PIB pentru sănătate în aceste țări au fost cu 20-30% mai scăzute decât în Germania, Franța, Suedia și Austria.

Compararea generală între țări arată că o structură cu o medicină de familie comprehensivă, recunoscută și puternică, se asociază unor cheltuieli relative scăzute pentru îngrijirile pentru sănătate. Un argument suplimentar pentru această percepție este adus de studii asupra noilor evoluții în asistența primară a sistemelor, care arată o legătură cu scăderea costurilor pentru asistența secundară și terțiară [3-5].

Costurile scăzute pentru sănătate se asociază cu două caracteristici: numărul de medici de familie și nivelul lor de pregătire. Populația deservită este importantă, 1500 de locuitori la un medic pare să fie raportul adecvat [2,4]. Raportul între generalişti și specialiști trebuie să fie 1:1 [2,6,7,8,9]. Mai mult, generalişti trebuie să fie medici cu o experiență solidă în asistența primară, dobândită în 3-5 ani de educație medicală vocațională și o educație postuniversitară continuă, care asigură menținerea calității și costurile scăzute [2,6].

În România, numărul mediu al populației deservite este de 1900 de locuitori la un medic, iar raportul între medicii de familie și alți specialiști este de 1:4,7. Rezidențiatul la noi înseamnă 3 ani de pregătire postuniversitară, fiind de multe ori o opțiune postuniversitară de necesitate și rareori vocațională.

Raportul cost eficiență al muncii generalistului, cum este demonstrat în mai multe studii, este obținut în adevăratul sens prin utilizarea mai redusă a tehnologiilor costisitoare și prin trimiteri mai puține către îngrijirile specializate. Într-un studiu [10] la King's College Hospital în Londra, Marea Britanie, s-a demonstrat că fără a exista diferențe între rezultatele tratamentului, medicii generalişti care lucrau în departamentul de urgență al spitalului au utilizat cu aproape 50% mai puțin serviciile de radiologie, laborator și bacteriologie, comparativ cu specialiștii din spital. Greenfield et al [11] au ajuns la concluzii similare într-un studiu comparativ al specialiștilor de medicina familiei cu medicii interniști. Experiența europeană arată că sunt atinse costuri scăzute când medicii generalişti au atribuții largite, incluzând îngrijirile pentru copii și gravide [2]. În Suedia, Smedby et al [12] au arătat că prin sporirea atribuțiilor asistenței primare, au scăzut costurile generale pentru sănătate.

Să încercăm sumar, să descriem câteva caracteristici ale sistemelor de plată ale asistenței primare.

Plata per capita

Plata prin capitație, legată de înregistrarea pacientului pe o listă, a fost asociată de mulți medici de familie cu o libertate clinică: MF acceptă obligația de a furniza îngrijiri pentru pacienții de pe listă și să facă ceea ce e mai bine în interesul acestora, conferind libertatea MF de a prescrie medicație, diagnostic, adresabilitate spre alți specialiști, fără spectrul necesității de a face pe plac pacientului-un lucru în mod normal desconsiderat [14]. Există și dezavantaje: capitația poate încuraja lenea întrucât plățile nu țin cont de numărul îngrijirilor, influențând stimularea îngrijirilor preventive și a bolilor cronice. Problema sistemelor bazate pe capitație este decizia: "*care este îngrijirea suficientă?*", pe când pentru sistemele bazate pe plata per servicii este decizia: "*ce este prea mult?*" [15]. Sistemele de asistență primare puternice precum cele din Marea Britanie [16] și Olanda [17], utilizează ca bază a sistemelor de plată a MF capitația. Cazurile disciplinare în Marea Britanie și Olanda sunt în mare măsură cauzate de ineficiența furnizării serviciilor la domiciliul pacienților în cazul urgențelor (percepute astfel de pacienți), în Australia, ținta acțiunilor disciplinare este excesul de servicii.

Furnizorii de asistență primară din Polonia, a căror metoda principală de finanțare a fost capitația, în cadrul unui experiment pilot, și-au luat responsabilități mai mari decât cele obișnuite pentru

coordonarea tratamentului pacienților înscriși și pentru managementul resurselor financiare alocate prin pachetul de asigurări de sănătate. Utilizând analiza descriptivă, s-a argumentat că plata prospectivă prin capitație pentru pachete de sănătate mai mari poate încuraja integrarea spontană între furnizorii de asistență primară și secundară [23].

Un studiu multicentric [25] a demonstrat că pacienții îngrijiți de medici plătiți prin capitație au avut o indici de morbiditate și comorbiditate mai scăzuți decât cei îngrijiți de medicii plătiți per servicii, deși ambele categorii de pacienți au avut caracteristici demografice similare. Comprehensiunea și continuitatea îngrijirilor au fost de asemeni similare în cele două grupuri. Comparativ cu pacienții îngrijiți de medicii cu un sistem de plată per servicii, cei îngrijiți de medicii cu un sistem prin capitație au avut nevoie de mai puține îngrijiri după program și de mai multe vizite la departamentele de urgență. Pe ansamblu, medicii din grupul plătit prin capitație au internat mai puțini pacienți decât medicii din grupul plătit pe servicii. În concluzie, medicii plătiți prin capitație au avut caracteristici ale practicii diferite decât cei plătiți per servicii; aceste caracteristici par să fie pre-existente și nu neapărat datorate înregimentării în modelul cu predominanța plății per servicii.

Utilizarea îngrijirilor spitalicești este scăzută în țările în care sistemele de asigurări asigură remunerarea medicilor de familie prin capitație. În Mare Britanie de exemplu, numărul mediu de zile de spitalizare pe locuitor este 0,9 față de 2,3 în Germania. În studiul efectului plății prin capitație în asistența primară, mulți cercetători au descris o reducere a utilizării spitalului în îngrijirea pacientului. O legătură între plata per capita și scăderea necesității îngrijirilor psihiatrice a fost demonstrată de Hustead et al. Mai mult, un număr de autori au demonstrat că sistemul prin capitație se asociază cu o îngrijire medicală de calitate. Problema dacă plata prin capitație tinde să încurajeze tratamentul insuficient sau subdiagnosticarea, a fost investigată prin evaluarea medicilor de familie din grupuri de practică care aveau contracte per capita, respectiv per-servicii, nefiind observate diferențe semnificative relativ la tipul și numărul investigațiilor de laborator, numărul consultațiilor, sau rezultatele.

Profesia de medic generalist în Olanda presupune că plata prin capitație are un rol prevalent, pe care se bazează și standardele profesionale de îngrijire. Încercările decidenților de politică sanitară de a schimba plata prin capitație sunt în general respinse de profesie, în decursul timpului, generaliștii olandezi protejându-și cu îndârjire sistemul de plata prin capitație și excluzând orice sistem financiar părtinitor, care ar fi putut să le afecteze performanțele. Cea mai recentă (2004) propunere a ministrului sănătății olandez de schimbare a finanțării a avut ca scop introducerea unei forme de coplată a pacienților pentru asistența primită, la 25% din costurile consultației la medicul generalist și mai mult în asistența secundară. Această propunere este încă în faza inițială a deciziei politice, iar dacă va fi introdusă va fi interesant de văzut dacă această măsură financiară va “răsplăti” strategiile asistenței primare precum “așteptarea armată” [17].

În ciuda lipsei stimulilor financiari este surprinzător cât de puternică este asistența primară olandeză. Pentru mult timp specialiștii de spital au fost plătiți per serviciu. Deși acest sistem a recompensat financiar transferul pacienților în asistența secundară, ratele de prescriere și adresare către generaliștii din Olanda au fost printre cele mai bune din lume [26,27]. Mai mult, peste 80% din cabinetele olandeze sunt informatizate în absența suportului financiar direct [17]. Aceasta poate indica faptul că sistemul de plată nu este singurul determinant în performanțele generaliştilor, iar identitatea corporatistă și structura sistemului de sănătate pot juca un rol vital. Plata generaliştilor olandezi se bazează pe un sistem binar dependent de veniturile pacienților: capitația pentru pacienții asigurați, extinsă și pentru membrii de familie care nu au venit, acoperind 70% din venit și plata per serviciu care reprezintă 30% din venit, înțelegând ca provenind de la pacienții neasigurați și nu din plata celor înscriși.

În Marea Britanie fondurile au crescut datorită convingerii guvernului Thatcher că piața liberă reprezintă cea mai bună cale de a atinge eficiența în sănătate. Totodată s-a stabilit că medicina generală este piatra de temelie a Sistemului Național de Sănătate (National Health System NHS) [28].

Remunerația se bazează în principal pe capitație (plata este dependentă de mărimea listei), suplimentată de plăți pentru servicii specifice (exemplu îngrijirile materne), precum și pentru obținerea unui anumit nivel “țintă” de servicii (un sistem complex, deși include doar vaccinările și examenul citologic cervical). De asemenea se plătește primariatul (seniority) și educația medicală continuă [16]. Metoda aplicată până în anul 2000 pentru plata medicilor generalişti din Marea Britanie printr-un sistem complex de plăți și alocări, a fost revizuită. Noile contracte cu generalişti au intrat în funcțiune din aprilie 2004, plățile către generalişti fiind legate și de țintele de calitate pentru activitatea clinică și organizațională. Ele au fost cuplate cu creșterea fondurilor și schimbările structurale, de exemplu generalişti nu mai sunt obligați să furnizeze servicii în afara orelor de program, iar contractele sunt încheiate mai degrabă cu grupurile de practică decât cu generalişti individuali. Extinderea de personal medical propusă și creșterea numărului de generalişti cu salariu, ar putea destabiliza sistemul și duce la efecte opuse celor așteptate. Introducerea predominantă a sistemului de alocare a resurselor prin capitație către administratorii de sănătate și trusturile de asistență primară, în concordanță cu nevoile, asigură distribuția echitabilă a fondurilor [29].

Plata per servicii

Stimularea financiară are o influență directă asupra comportamentului MF. De exemplu, în Belgia, 46% din consultațiile medicilor de familie sunt la domiciliul pacienților [18], pe când în Olanda acestea reprezintă o mică proporție din activitatea MF. Statusul de sănătate și infrastructura celor două țări diferă foarte puțin, astfel încât diferența poate fi explicată de stimulare prin decontarea vizitelor la domiciliu în Belgia.

Una din strategiile pentru a preveni abuzul în cazul remunerării prin plata per serviciu a constituit-o schimbarea plății pe o metodă bazată pe capitație. Efectele acestei schimbări sunt indicate de datele “utilizării” medicilor în câteva țări europene: în Marea Britanie, și cu o extindere semnificativă în Olanda și Danemarca, medicii generalişti sunt plătiți prin capitație. În Canada, Franța, Germania și Japonia, plata per servicii este în continuare singura metodă de plată. Numărul vizitelor la un medic este semnificativ mai mare în aceste ultime țări. De exemplu, între 1981-1986, rata vizitelor la medic în funcție de plata medicului este prezentată în tabelul I [13].

Tabel I. Numărul vizitelor la medicul de familie în funcție de modalitatea de plată

Plata prin capitație		Plata per servicii	
Marea Britanie	5,2	Canada	7,1
Danemarca	5,2	Franța	7,8
Olanda	5,4	Germania	10,8
		Japonia	12,8

Satisfacția pacienților este întărită de faptul că medicii de familie sunt în competiție. Plata per servicii poate fi inflexibilă cu privire la cine este remunerat; acest lucru ține în loc practic utilizarea corespunzătoare a asistentelor în practica generală în Australia pentru simplul fapt că aproape toate serviciile în practica generală sunt neeligibile pentru plata Medicare dacă sunt furnizate de asistente, deși pentru mai multe servicii ca medicina preventivă [19], sau îngrijirile pentru boli cronice [20], asistentele sunt mai potrivite.

O altă problemă a plății per servicii este necesitatea unei gândiri orientate spre business în asistența primară. Mulți medici doresc să practice fără a îndeplini și rolul unui “patron de magazin”. O consecință a acestei evoluții în anii 80 a fost apariția “practicii antreprenoriale”, adică mai mult interes pentru profit, decât pentru servirea comunității.

“Stimularea perversă” recompensează mai bine activitatea unor clinici decât a altora, poate mai valoroase [21]. De exemplu un medic de familie care furnizează mai multe consultații scurte va câștiga mai mult decât unul cu mai puține, dar mai lungi, chiar dacă astfel de consultații mai lungi se consideră că sunt asociate unei mai bune atenții pentru prevenție și probleme psihosociale [22].

Exemplul tipic de sistem cu plata per servicii este cel din Franța, Germania, Canada, sau SUA. În Franța s-a negociat cu reprezentanții medicilor de familie creșterea tarifului național unic pe consultație de la 20 euro la 22 euro. Din aceasta sumă, sistemul de asigurări rambursează în 48 de ore 14,5 euro, un euro rămâne nerambursabil, restul reprezentând coplata, achitată de pacient sau de către asigurările private. Există și medici de familie cu tarif stabilit liber, care practică „depășiri de onorariu”, adică își stabilesc singuri tariful, dar nu sub 22 euro. Și în acest caz, sistemul rambursează tot 14,5 euro. Diferența rămâne ca și coplată, sau este rambursată de asigurările private. Pentru a lucra cu tarif liber este nevoie de un minim de ani de practică și o aprobare din partea sistemului de asigurări, dar trebuie să existe și clientela dispusă să plătească onorariul suplimentar. Există medici care au tariful de 50-60 de euro per consultație, dar există și asigurări private care rambursează până la de trei ori tariful bazal de 14,5 euro. Acesta este adevăratul sens al coplății într-un sistem de sănătate și nu strict pentru controlul adresabilității, cum este sugerat de administratorii sistemului sanitar românesc.

Începând cu 1 mai 2008, în grila tarifară pentru serviciile generalistului, în Franța [24] se aplică majorări ale tarifelor: în caz de deplasări între 10 și 22,6 euro, noaptea și sărbători între 19,06 și 43,50 euro, gardă între 26,5 și 55 euro, intervenții de mică chirurgie de la 51,02 la 93,72 euro, etc, observând astfel costurile incomparabile cu cele care revin în sistemele prin capitație. Trebuie subliniat că prin sistemul de plata per servicii, pacientul plătește medicului de familie întreg onorariul, urmând să recupereze o parte din sumă de la sistemul de asigurări la care este participant și restul eventual de la asigurările private de sănătate, dacă le-a contractat.

În Statele Unite sistemul sanitar are mari nerealizări și cheltuieli imense. Rezultatele sunt: inechități mari, probleme privind accesul, pierderea oportunităților pentru prevenție, îngrijire mai degrabă fragmentată decât integrată, îngrijire deficitară a bolilor cronice, cheltuieli mari fără îmbunătățiri măsurabile ale stării de sănătate, comparativ cu ceea ce ar fi de așteptat de la un sistem în care asistența primară funcționează [30]. Întrădevăr, „necesitatea de a administra escaladarea costurilor medicale odată cu menținerea unui acces rezonabil la asistență reprezintă cea mai importantă încercare a politicii sanitare în SUA” [31]. În SUA se estimează că sunt peste 52.000.000 de americani fără acces la asigurări de servicii medicale. Plata per serviciu a medicilor generalişti nu este suficientă, ea recompensând doar munca suplimentară și nu neapărat de calitate [32].

Plata combinată, sau mixul de capitație/servicii

Canada a optat pentru o combinație a metodelor de plată [33], iar Noua Zeelandă experimentează o varietate de modele interesante, într-o succesiune rapidă [34].

Cererea pentru servicii este infinită, iar oferta nu-i poate ține față, totuși toate sistemele încearcă să o satisfacă. Admiterea acestei evidențe accentuează presiunea pentru utilizarea resurselor într-un mod cât mai eficient posibil. Recurgerea la plata prin capitație face parte din soluțiile cele mai îndreptățite să îndeplinească sarcina. De la mijlocul anilor 90, opoziția istorică a medicilor canadieni față de capitație s-a transformat treptat. Totuși, această adaptare reușită nu a dus la o rezolvare echitabilă: resursele financiare nu garantează funcționarea praxisului, a fost introdusă o nouă formă de competiție, totodată fiind restrânsă mobilitatea utilizatorilor. Studiile naționale confirmă faptul că plata per serviciu continuă să fie principala formă de remunerare pentru serviciile medicilor [36], cu toate acestea valoarea capitației se menține [35].

În cadrul actualului sistem de sănătate 12% din canadieni (cu variații geografice considerabile) nu beneficiază de servicii medicale [37]. Milioane de oameni nu au acces la un medic de familie, iar timpul de așteptare la departamentele de urgență este prea lung. Medicii de familie au un grad ridicat de insatisfacție datorat sarcinilor curente și condițiilor de muncă [36]. Guvernul canadian a ajuns aparent la concluzia că modalitățile de plată alternative vor rezolva aceste probleme și au intenția să implice medicii de familie în reformele asistenței primare [37,38]. Plățile alternative abordează o combinație între plata per serviciu, capitație, salariu, plată pe perioadă și alte aranjamente financiare [39]. Munca în astfel de rețele cu o plată în mix cu per capita se crede că stimulează inițiativa pentru

promovarea prevenției și managementului bolilor cronice și crește satisfacția profesională [36]. Poziția politică curentă este că o colaborare a medicilor de familie cu asistentele practiciene, farmaciști și alți profesioniști din sistem, este mai degrabă fezabilă prin modele de plată mixate și prin capitație, decât prin plata curentă per serviciu [33].

Sistemele mixte permit obținerea a ceea ce este mai bun din ambele modalități de plată, dar sunt puține dovezi [40] care să ne asigure că nu se obține ceea ce este mai rău din ambele: medicii cu spirit antreprenorial vor învăța care activitate aduce cele mai mari câștiguri, iar administratorii de sănătate vor reacționa prin suprareglementarea sistemului pentru a preveni aceasta.

Intenții ale sistemului de asigurări de sănătate românesc:

-reducerea ponderii capitației de la 90% la 50%

-introducerea în cadrul plății per serviciu și a plății per consultație, dar și introducerea unei valori estimate la plata per serviciu (și nu garantate)

-coplata din partea pacientului de 5 de lei la fiecare consultație, dar scutirea de la contribuție personală a consultațiilor aferente plății per serviciu și cele aferente serviciilor acoperite prin capitație (adică coplata devine inutilă la orice consultație).

Desigur că acestea nu sunt toate modificările dorite de către decidenți, referindu-mă doar la cele legate de fundamentul metodei de finanțare. Urmărind evoluția finanțării asistenței primare de la introducerea sistemului de asigurări sociale de sănătate în România în 1999, putem constata că în primii șapte ani de existență a acestuia, finanțarea a scăzut continuu, ajungând la un minim istoric de 4,93% în 2006, creșterile ulterioare nereușind să ajungă nici măcar la procentul de 8,83% din fondul pentru sănătate din 1999 (Fig.1). Rămâne de văzut dacă în anul 2009 se va atinge un nou minim istoric, pe baza estimării bugetare de la începutul anului.

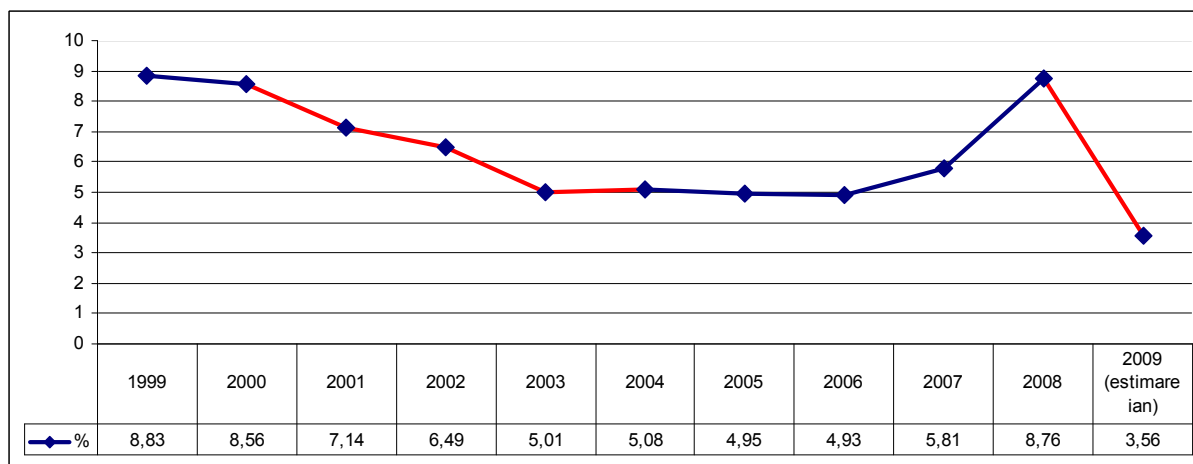


Figura 1. Evoluția procentului alocat asistenței primare din bugetul (și ulterior fondul) de sănătate

Oricare ar fi intențiile, suma alocată asistenței primare, chiar dacă ea revine 90% prin capitație, sau dacă va fi alocată sub formă de plată per servicii, cunoaște o evoluție negativă fără precedent în scurta istorie a sistemului de asigurări românesc. Nu am reușit să găsesc în întreaga bibliografie citată un echivalent în alte țări al acestei evoluții, cu atât mai puțin o evoluție de la preponderența plății per capita la plata per servicii. De altfel, evoluția impusă economic a sistemelor de plată pentru asistența primară arată chiar trecerea eventuală de la plata per servicii la un sistem mixt (modelul australian, canadian).

Soluția

Medicii de familie sunt în avangarda îngrijirilor bazate pe dovezi. Ar fi bine dacă și sistemele de plată ale acestora ar fi bazate pe astfel de dovezi, dar există puține convingătoare decisiv asupra efectelor

celor două sisteme de plată. Cele mai bune dovezi provin din analiza bazei de date Cochrane [41]: comparativ cu capitația, plata per servicii a fost asociată cu mai multe servicii furnizate, analize și trimiteri la alți specialiști, dar cu mai puține internări, iar comparativ cu salariul, plata per servicii este asociată cu mai multe servicii și cu o continuitate a îngrijirilor, dar cu prețul unei satisfacții reduse a pacienților privitor la accesul îngrijirilor.

Este probabil că organizarea asistenței primare poate fi soluția pentru costurile în sistemele de sănătate. Comparațiile între țări, precum și între sistemele de asigurări arată că o asistență primară dezvoltată se asociază cu scăderea cheltuielilor în sănătate. În acest context, totuși și organizarea întregului sistem sanitar are o importanță majoră, țări ca Belgia, Franța, Germania, Elveția și SUA având o proporție de medici generalişti rezonabilă și totuși costurile generale fiind ridicate [42], dar subliniez faptul că aceste țări au o plată per servicii a asistenței primare.

Studiile privind eficiența consultațiilor medicilor de familie indică că o abordare centrată pe pacient duce la cele mai bune rezultate pentru îngrijiri și pentru gradul de satisfacție al pacientului [43-46]. Poate că acest aspect al calității serviciilor- abordarea holistică a pacientului, stă la baza raportului cost-eficiență al îngrijirilor furnizate de medicii de familie.

Concluzii

Caracteristicile plății prin capitație ar trebui să fie în centrul politicilor viitoare de dezvoltare și cercetare.

Sistemele prin capitație în care medicii generalişti au o sumă fixă pentru fiecare pacient înregistrat sunt mai bune pentru controlul costurilor, pentru încurajarea continuității îngrijirilor și pentru munca în echipă. Combinații variate între capitație și plăți pentru servicii ar putea fi cea mai bună opțiune pentru majoritatea țărilor, pe măsură ce acestea recunosc necesitatea stimulării directe a medicilor de familie, păstrând totodată controlul costurilor.

Un sistem eficient ar fi bazat probabil pe capitație ajustat la caracteristicile populației, cu plăți suplimentare bazate pe serviciile furnizate și stimulente legate de atingerea unor obiective precise fixate de politica sanitară.

Conflicte de interes declarate: autorul este președinte al Asociației Medicilor de Familie Satu Mare și membru în Consiliul Național și Comisia de Medicina Familiei a Colegiului Medicilor din România, organizații care susțin plata preponderent prin capitație a medicinei de familie.

Bibliografie:

1. Lancaster, T. *Ce este medicina bazată pe dovezi?*, România Update, 1(vol III),1997,6
2. Gronoweg, P et al. *Remunerating general practitioners in Western Europe*. NIVEL 1987. Utrecht.
3. Sjonell, G. *Relationship between use of increased primary health care and other out-patient care in a Swedish urban area*. Thesis. Sundbyberg: Karolinska Institute, 1984.
4. Kekki, P. *Analysis of relationship between resources and use of health services in Finland*. Helsinki: The Research Institute for Social Security of the Social Insurance Institution. 1979.
5. Wescott, LB. Hunderton. *The rise and fall of a medical Camelot*. N Eng J Med 1979;300: 952-6.
6. WONCA/WHO. *Making medical practice and education more relevant to the peoples needs: the role of the family doctor*. Hong Kong 1995.
7. Rivo, M, Satcher D. *Improving access to health care through physician workforce reform*. JAMA, 1992;1074-8.
8. Rosenblatt, RA. *Specialist or generalist: on whom shall we base the American health care system?* N Eng J Med 1995;332:1164-8.

9. Somers, A. *And who shall be the gatekeeper? The role of the primary physician in the health care system.* Inquiry/volume XX, Winter 1983.
10. Dale, J, Green, J, Glucksman, Higgs, R. *Providing for Primary Care: Progress in A & E Dept of General Practice and Primary Care*, King's College Hospital London SE5 9 PJ. UK.
11. Greenfield, S, Nelson, EC, Zubkoff, M, et al. *Variation in resource utilisation among medical specialities and systems of care: results from the Medical Outcomes Study.* JAMA 1992;267: 1624-30.
12. Smedby, B et al. *Kvartersakuten i Stockholm.* Student litteratur 1992. Lund.
13. Roemer, MI, *National Health Systems of the World*, vol II, The Issues, Oxford University Press US, 1993,127.
14. Little, P, Dorward, M, Warner, G, et al. *Importance of patient pressure and perceived pressure and perceived medical need for investigations, referral, and prescribing in primary care: nested observational study.* BMJ 2004;328:444.
15. Van Weel, C, Del Mar, CB. *How should GPs be paid?*, MJA, 2004;181(2):98-99.
16. Weller, DP, Maynard, AM. *How general practice is funded in the United Kingdom.* Med J Aust 2004;181:109-110.
17. Van Weel, C. *How general practice is funded in The Netherlands.* Med J Aust 2004;181:110-111
18. de Maeseneer J, De Prins L, Heyerick JP. *Home visits in Belgium: a multivariate analysis.* Eur J Gen Pract 1999;5:11-14.
19. Charlton, I, Charlton, G, Broomfield, J, Mullee, MA. *Audit of the effect of a nurse run asthma clinic on workload and patient morbidity in a general practice.* Br J Gen Pract 1991;41:227-231.
20. *Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study.* Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group. BMJ 1995;310:1099-1104.
21. Bollen, MD. *Recent changes in Australian general practice.* Med J Aust 1996;164:212-215.
22. Howie, JGR, Porter, AMD, Heaney, DJ, Hopton, JL. *Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice.* Br J Gen Pract 1991;41:48-54.
23. Kowalska, K. *Managed care and a process of integration in health care sector: A case study from Poland.* Health Policy 2007 Jun 13.
24. <http://www.mgfrance.org/content/view/full/660/1072/>
25. Glazier, RH, Klein-Geltink, J, Kopp, A, Sibley, LM. *Capitation and enhanced fee-for-service models for primary care reform: a population-based evaluation.* [Comparative Study, Journal Article, Multicenter Study, Research Support, Non-U.S. Gov't] CMAJ 2009;180(11):E72-81.
26. Boerma, WGW, Fleming, DM. *The role of general practice in primary health care.* London: The Stationery Office, 1998.
27. Starfield, B. *Is primary care essential?* Lancet 1994;344:129-133.
28. Moon, G, Mohan, J, Twigg, L, et al. *Catching waves: the historical geography of the general practice fundholding initiative in England and Wales.* Soc Sci Med 2002;55:2201-2213.
29. Lewis, R, Gillam, S. *Doctors' pay. What seems to be the trouble?*, Health Serv J 2000;110(5715):28-30.
30. Phillips, RL Jr, Starfield, B. *Why does a US primary care physician workforce crisis matter?* Am Fam Physician 2003;68:1494-1505.
31. Mello, MM, Studdert, DM, Brennan, TA. *The pharmaceutical industry vs Medicaid-limits on state initiatives to control prescription-drug costs.* N Engl J Med 2004;305:608-613.
32. Green, LA. *Finantarea asistenței primare în Statele Unite.* MJA 2004;181(2):113-114
33. Martin, CM, Hogg, WE. *How family physicians are funded in Canada.* Med J Aust 2004;181:111-112.
34. Malcolm, LA. *How general practice is funded in New Zealand.* Med J Aust 2004;181:106-107.
35. Brunelle, Y, Bergman, H. *Capitation, efficiency et rationnement,* Ruptures, 1999;6(2):270-288

36. *The Janus Project: family physicians meeting the needs of tomorrow's society. Results of the National Family Physician Surveys, 1997/98 and 2001. Regional reports.* Available at: www.cfpc.ca/English/cfpc/research/janus%20project/ (accessed Mar 2004).
 37. Romanow, RJ. *Building on values: the future of health care in Canada — final report.* Saskatoon, Saskatchewan: Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002. Available at: www.hc-sc.gc.ca/english/care/romanow/hcc0086.html (accessed Jun 2004).
 38. Mable, AL, Marriott, J. *Sharing the learning. The health transition fund. Synthesis series. Primary health care.* Ottawa: Health Canada, 2002.
 39. *Alternative payments and the national physician database (NPDB): the status of alternative payment programs for physicians in Canada 1999/2000.* Ottawa: Canadian Institute for Health Information, 2001.
 40. Giuffrida, A, Gosden, T, Forland, F, et al. *Target payments in primary care: effects on professional practice and health care outcomes.* In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 41. Gosden, T, Forland, F, Kristiansen, IS, et al. *Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians [Cochrane review].* In: The Cochrane Library, Issue 2, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
 42. World Development Report 1993, *Investing in health.* World Bank. Oxford University Press, New York.
 43. Bass, M et al. *The physician's actions and the outcome of illness in family practice.* J Fam Pract 1986;23:43-7.
 44. Henbest, R, Stewart, MA. *Patient-centredness in the consultation. 1: A measurement,* Fam Pract 1989;6:249-53.
 45. Henbest, R, Stewart, M. *Patient-centredness in the consultation. 2. Does it really make a difference?* Fam Pract 1990;7:28-33.
 46. Henbest, R. *Patient-centredness: Is it applicable outside the west? Its measurement and effect on outcome.* Fam Pract 1992;9:311-7.
- alte informații utile în legătură cu ideile exprimate pt fi găsite în:**
47. Sjonell, G. *Organised Family Medicine: The Key Issue To Cost-Effective Healthcare,* The Singapore Family Physician, 1997; Vol. XXIII, No. 2
 48. World Health Organization, Regional Office for Europe, Copenhagen. *Development of General Practice in the countries of Central and Eastern Europe,* report on a WHO Working Group, 1992, pag 16, 19, http://whqlibdoc.who.int/euro/-1993/EUR_ICP_PHC_352.pdf
 49. Starfield, B. *Is primary care essential?* Lancet 1994;344:1129-33.
 50. Nuttley, P, Clancy, CM, Franks, C. *Gatekeeping revisited: Protecting patients from over treatment.* N Eng J Med, 1992;327:424-9.
 51. Dietrich, AJ, Nelson, EC, Kirk, JW, Zubkoff, M, O'Conner, GT. *Do primary care doctors actually manage care their patients fee-for-service care?* JAMA, 1988;250:3145-9.
 52. Roland, M, Morris, R. *Are referrals by general practitioners influenced by the availability of consultants?* BMJ. 1988;297:599-600.
 52. Wasson, JH, Sauvigne, AK, Mogielnicki, RP, et al. *Continuity of medical care in elderly men* JAMA. 1984;252:2413-7.
 53. Manning, WG, Leibowitz, A, Goldberg, GA, Rogers, WH, Newhouse, JR. *A controlled trial of the effects of a prepaid group practice on use of services.* N Eng J Med. 1984;310:1505-10.
 54. Hornbrook, MC, Berki, SE. *Practice and payment method: effects on cost, use, quality and access.* Med Care 1985;23:484-511.
 55. Hayes, TM, Harries, J. *Randomised controlled trial of routine hospital clinic care versus routine general practice care for type II diabetics* Br Med J 1984;289:728-30.

56. Singh, BM, Holland, MR, Thorn, PA. *Metabolic control in diabetes in general practice clinics: comparison with a hospital clinic.* Br Med J 1984;289:726-8.
57. Shear, C et al. *Provider continuity and quality of medical care.* Med Care. 1983;21:1204-10.
58. Dietrich, AJ, Marton, K. *Does continuous care from a physician make a difference?* J Fam Pract 1982;15:929-36.
59. Hakansson, A. *Epidemiology of pregnancy and infancy. Population-based studies in primary health care.* Thesis. Dalby 1989, Lunds Universitet.
60. Committee on the cost of medical care. *Medical care for American people.* (Chicago CCMC, 1932) Reprinted by the US Dept of Health, Education and Welfare, Public Health Service, Washington DC 1970.
61. Clancy, CM, Hillner, BE. *Physicians as gatekeepers: the impact of financial incentives.* Arch Intern Med 1989;149:917-29.
62. Epstein, A, Begg, CG, McNeil, BJ. *The use of ambulatory testing in prepaid and fee-for-service group practices: relation to perceived profitability.* N Eng J Med. 1986;314:1089-94.
63. Leape, LL, Brennan, TA, Laird, N. *The nature of adverse events in hospitalised patients - results of the Harvard Medical Practice Study II.* Eng J Med. 1991;324:377-84.
64. Franks, P, Clancy, C, Nutting, P. *Gatekeeping revisited - protecting patients from overtreatment.* Eng J Med 1992;327:424-7.
65. Fishbone, M, Starfield, B. *Child health care in the US. A comparison of paediatricians and general practitioners.* Eng J Med. 1981;305:552.56.157.
66. Moloney, TW, Rogers, DE. *Medical Technology: A different view of the contentious debate over costs.* Eng J Med 1979;301:1413-9.
67. Paxton, HT. *Generalist vs Specialists: The battle for patients heats up.* Med Economy. 1983:200-9.
68. Siu, AL, Leibowitz, A, Brook, RH, et al. *Use of the hospital in a randomised trial of prepaid care.* JAMA 1988;259:1343-6.
69. Hornbrook, M Berki, S. *Practice mode and payment method.* Med Care 1985;23:484-511.
70. Arnold, RJ, Debrock, LW, Pollard, JW. *Do HMO's produce specific services more efficiently?* Inquiry 1984;21:243.
71. Hillman, A, et al. *How do financial incentives affect clinical decisions and financial performance of health maintenance organisations?* N Eng J Med 1989;321:86-91.
72. Donabedian, A. *The quality of care in a health maintenance organisation.* Inquiry 1983;20:218.
73. Cunningham, FC, Williamson, JW. *How does the quality of care in HMO's compare to that in other settings? An analytic literature revue.* 1958-1979. Group Health J 1980;1:4.
74. Brook, R, et al. *Quality of ambulatory care.* Med Care 1990;28:392-433.
75. Udvarhelyi, S, et al. *Comparison of the quality of ambulatory care for fee-for-service and prepaid patients.* Ann Intern Med. 1991;115:394-400.
76. Murray, P, et al. *Ambulatory testing for capitation and fee-for service patients in the same practice setting.* Med Care 1992;30:252-61.
77. Dale, J, Lang, H, Roberts, JA, Green, J, Glucksman, E. *Cost effectiveness of treating primary care patients in accident and emergency: a comparison between general practitioners, senior house officers, and registrars.* BMJ 1996;312:1340-4.
78. Badia, JG. *General practice/family medicine in the new Europe — changes and challenges.* Allmanmedicin 1996;17(18):22-25.
79. McWhinney, IR. *A textbook of family medicine.* 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 1997.
80. Pollock, A, Dunnigan, M, Gaffney, D, et al. *The private finance initiative: planning the "new" NHS: downsizing for the 21st century.* BMJ 1999;319:179-184.

81. Dusheiko, P, Gravelle, H, Jacobs, R, Smith, P. *The effects of budgets on doctor behaviour: evidence from a natural experiment*. Technical Paper 26. York: Centre for Health Economics, University of York, 2003. Available at: www.york.ac.uk/inst/che/tech.htm (accessed Jun 2004).
 82. Gosden, T, Sibbald, B, Williams, J, et al. *Paying doctors by salary: a controlled study of general practitioner behaviour in England*. Health Policy 2003;64:415-423.
 83. Maynard, A, Bloo, r K. *Do those who pay the piper call the tune?* Health Policy Matters Issue 8, October 2003. University of York. Available at: www.york.ac.uk/healthsciences/pubs/hpminindex.htm (accessed Jun 2004).
 84. Levit, K, Smith, C, Cowan, C, et al. *Health spending rebound continues in 2002*. Health Affairs 2004;23(1):147-159.
 85. 2004 FACTS about family practice. Table 8: *Practice profile of family physicians by family practice residency completion*, January 1, 2004. Available at: www.aafp.org/x763.xml (accessed Jun 20 04).
 86. DeVoe, J, Fryer, GE, Hargraves, L, et al. *Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care?* J Fam Pract 2002;51:223-228.
 87. Future of Family Medicine Project Leadership Committee. Martin JC, Chairman. *The future of family medicine: a collaborative project of the family medicine community*. Ann Fam Med 2004;2 Suppl:S3-S32.
 88. Hill, E. *Making sense of preventive medicine coding*. Fam Pract Manag 2004;11:49-54.
 89. Leatherman, S, Berwick, D, Iles, D, et al. *The business case for quality: case studies and an analysis*. Health Affairs 2003;22(2):17-30.
 90. Galvin, R. *Purchasing health care: an opportunity for a public-private partnership*. Health Affairs 2003;22(2):191-195.
 91. Wallack, SS, Tompkins, CP. *Realigning incentives in fee-for-service medicare*. Health Affairs 2003;22(4):59-70.
 92. Weil, A. *There's something about Medicaid*. Health Affairs 2003;22(1):13-30.
 93. Dale, S, Brown, R, Phillips, B, et al. *The effects of cash and counseling on personal care services and medicaid costs in Arkansas*. Health Affairs 2003;W3:566-575.
 94. Finkelstein, EA, Flebelkorn, IC, Wang, G. *National medical spending attributable to overweight and obesity: how much and who's paying?* Health Affairs 2003;W3:219-226.
 95. Green, LA, Graham, R, Frey, JJ, Stephens, GG, editors. Keystone III. *The role of family practice in a changing health care environment: a dialogue*. Washington, DC: The Robert Graham Center, American Academy of Family Physicians, 2001.
 96. *Results of the CMA's 2003 Physician Resource Questionnaire*. Available at: www.cmaj.ca/cgi/data/169/7/701/DC1/25 (accessed Mar 2004).
 97. Green, LA, Yawn, BP, Lanier, D, Dovey, SM. *The ecology of medical care revisited*. N Engl J Med 2001;344:2021-2024.
 98. Reviewing Practice Incentive Program and Enhanced Primary Care Items: Preliminary Report on Stages 3, 4 and 5. Available at: www.health.gov.au/redtape/pip_epc.htm (accessed Jun 2004).
 99. Green, LA. *How family physicians are funded in the United States*. Med J Aust 2004;181:113-114.
 100. *Remuneration and related matters*. In: AMA policy, resolutions and policy statements. Canberra: Australian Medical Association, 2003;55-65.
 101. Investing in general practice. *The new general medical services contract. February 2003*. Available at: www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/NewGMSContract (assessed May 2004).
 102. de Maeseneer, J, Bogaert, K, De Prins, L, Groenewegen, P. *A literature review*. In: Brown S, editor. *Physician funding and health care systems — an international perspective*. London: Royal College of General Practitioners, 1999;18-32.
- Alte surse: *rapoartele de activitate ale Casei Naționale de Asigurări de Sănătate pe 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008; Nota Ministerului Sănătății cu privire la definirea pachetului general de servicii medicale din sistemul asigurărilor sociale de sănătate și introducerea tichetelor pentru sănătate*

Ghinescu Minerva¹

¹șef lucrări, doctor în medicină, medic primar medicină de familie, Universitatea "Titu Maiorescu", București, Facultatea de Medicină

adresa de corespondență: Buftea, aleea Școlii nr 2-4, județul Ilfov, cod 70000, email ghinescu_minerva@yahoo.com

Title: Communication for Medical and Social Behavioural Change

Abstract: Communication for behavioural change is the most recent concept in the field of social communication and is centred on the true goal of any communicational intervention: changing behavioural patterns or adopting new ones that will be beneficial to the individual, rather socially and medically than materially.

The concept of communication for behavioural change can be defined as a set of processes and communication techniques that helps people to move from fully acknowledging of some situations and the available options to facilitate a social change, to ultimately adopting behaviours that will allow them to improve the quality of their life and to develop individual practices that can lead them to improving their own conditions.

Key words: communication , behavioural change.

Cuvinte cheie: comunicare, schimbare comportamentală.

Comunicarea pentru schimbare comportamentală (Behaviour Change Communication) reprezintă cel mai recent concept în domeniul comunicării sociale și are în centrul atenției scopul real și final al oricărei intervenții comunicaționale, și anume schimbarea comportamentului sau adoptarea unui comportament prin care individul va obține beneficii, nu de ordin material, ci în planul sănătății sau în cel social.

Conceptul de comunicare pentru schimbare comportamentală poate fi definit ca un set de procese și tehnici comunicaționale care ajută oamenii să treacă de la conștientizarea deplină a unor situații și a opțiunilor posibile în vederea schimbării sociale, la deprinderi necesare îmbunătățirii calității propriilor vieți și către dezvoltarea voluntară, adoptarea și continuarea unor practici individuale care îi pot conduce la îmbunătățirea propriilor condiții de viață.

Acest concept presupune un proces de înțelegere a situațiilor variate în care se află oamenii și a influențelor la care sunt supuși, proces care implică cercetări socio-culturale și comportamentale. De asemenea implică dezvoltarea unor mesaje care să răspundă preocupărilor indivizilor aflați în anumite situații și, folosind diverse procese comunicaționale, să le ridice nivelul de cunoștințe și să îi convingă, astfel încât în cele din urmă aceștia să își schimbe acele comportamente și practici care îi pun pe ei și pe cei apropiați lor în situații vulnerabile și să adopte altele cu un grad mai mic de risc.

Principiile enunțate de Everett Rogers în lucrarea sa "Diffusion of innovations" sunt adevărate și în cazul comunicării pentru schimbarea de comportament. Astfel, se admite că ideile și

comportamentele noi nu sunt adoptate printr-o singură decizie și că este nevoie de un întreg proces ca acestea să devină realitate a individului, că între conștientizarea inovării și adoptarea acesteia există un proces complex.

Cum apare schimbarea de comportament?

Ținând cont de faptul că există populații și culturi diferite, probabil că această întrebare are mai multe răspunsuri. Există totuși o constatare universală care spune că doar existența informațiilor și a cunoașterii nu conduc în mod necesar la modificarea comportamentului. Nici comunicarea pentru schimbarea de comportament nu poate determina singură schimbarea comportamentului indivizilor, aceasta trebuie susținută de servicii și de alte condiții economice și socio-politice favorabile care să susțină această schimbare de comportament. Mai mult decât atât, schimbarea comportamentului necesită dezvoltarea de abilități legate de respectiva schimbare, necesită încredere în sine și eficiență a individului și sprijin care să susțină schimbarea dorită.

Cercetările arată că există mai multe motive pentru care oamenii își schimbă comportamentul. Schimbarea comportamentului este un proces care durează toată viața, iar oamenii trec de obicei prin mai multe faze intermediare, determinate de anumiți factori, înainte să își schimbe comportamentul. Schimbarea individuală implică factori care țin de tipul de personalitate, de recompensele individuale pe care fiecare le găsește într-o situație și de obstacolele care pot apărea în proces. De aceea, conceptul de comunicare pentru schimbare comportamentală recunoaște importanța sursei care transmite mesajul, a legitimității sociale pentru schimbare și folosirea unor multitudini de canale de comunicare, fără a uita de importanța repetiției în transmiterea mesajului.

În continuare voi prezenta câteva din cele mai importante teorii sau modele create de-a lungul timpului și care explică procesul de schimbare a comportamentului.

Health Belief Model este centrat pe atitudinile și credințele indivizilor. În cadrul acestui model, aspectele esențiale care determină schimbarea sunt:

– **amenințarea percepută de individ** - cu cât un individ percepe mai acut riscul contactării unei boli și se simte mai îngrijorat de pericolul contactării unei boli sau de a lăsa o boală netratată, cu atât mai ușor și mai rapid își va schimba comportamentul.

– **beneficiile percepute de individ** - cu cât individul este ajutat să identifice mai multe beneficii personale pe care “produsul” promovat i le poate aduce, cu atât acesta își va modifica mai ușor comportamentul.

– **barierele/ costurile percepute de individ** - cu cât există mai multe consecințe negative determinate de folosirea “produsului” pe care un individ le poate identifica, cu atât mai greu își va schimba comportamentul.

– **abilitățile percepute de individ** - cu cât un individ crede mai mult în propriile puteri de a adopta respectivul comportament, cu atât mai ușor îl va accepta și îl va aplica.

Modelul “pașilor către schimbare comportamentală” (Steps to Behaviour Change) simplifică fazele graduale prin care trece un individ până ajunge să își schimbe un anumit comportament. Clasificarea cuprinde cinci etape pe care le parcurge un individ: cunoaștere, acceptare, intenție, aplicare și promovare.

1. **cunoașterea** - faza în care individul își amintește mesajul, îl înțelege și poate să citeze sursele importante

2. **acceptarea** - individul răspunde favorabil mesajului, îl discută cu cei apropiați, se gândește dacă aceștia acceptă/ aprobă sau nu mesajul

3. **intenția** - individul poate recunoaște beneficiile personale pe care le aduce noul comportament, intenționează să consulte furnizorul de servicii, intenționează să folosească serviciul sau să încerce noul comportament

4. **aplicarea** - individul încearcă noul comportament și continuă aplicarea lui

5. **promovarea** - individul acționează ca un promotor al noului comportament

De menționat că nu toți indivizii ajung în faza patru sau cinci, de aceea este nevoie ca mesajul să fie repetat, iar efortul comunicațional să nu fie singular.

Un alt model folosit cu succes în comunicarea socială este "**Marketingul social**". Introdus în anul 1971 de Philip Kotler și Gerald Zaltman, acest concept combină abordări tradiționale privind schimbarea comportamentală cu teorii și concepte comerciale și tehnici de publicitate, pentru a influența comportamentul populației țintă sau al consumatorilor. În promovarea atitudinilor, a practicilor dorite sau în folosirea anumitor produse, marketingul social se bazează pe orientarea către consumator.

Societatea este în mod constant bombardată cu mesaje care "vând" ceva. Multe persoane refuză să asculte acele mesaje care le cer să se schimbe la nivel personal, iar marketingul social a oferit soluții eficiente pentru comunicarea socială care este în principal orientată pe schimbarea comportamentală.

Marketingul social este foarte asemănător publicității din lumea afacerilor. În loc să promoveze un produs, market-erii sociali promovează idei: ei promovează schimbarea socială folosind aceleași tipuri de tehnici utilizate de companii pentru a vinde produse și servicii.

Marketingul social implică "gândire strategică de tip business" și tehnici care încurajează comportamente pozitive și stiluri de viață sănătoase. Astfel, market-erul social folosește principiile de analiză a pieței, de planificare și control, pentru a convinge oamenii să adopte un mod de viață sănătos, care descurajează comportamente cum ar fi fumatul, sexul neprotejat, abuzul de substanțe, inclusiv alcool, și care încurajează altele cum ar fi viața activă și alimentația sănătoasă.

Ca și marketingul din lumea afacerilor, marketingul social se concentrează pe comunicare și persuasiune. Scopul său este de a determina populația țintă să treacă de la un anumit mod de gândire și acțiune și de a o convinge să adopte un altul, mai sănătos. Cu alte cuvinte, scopul marketingului social este de a selecta cu grijă audiența căreia să îi schimbe vechile idei, să o facă să înțeleagă și să accepte noile idei. Audiența trebuie convinsă să prețuiască suficient noile cunoștințe dobândite, astfel încât să își schimbe atitudinile și să acționeze pozitiv.

Pornind de la experiența din sectorul comercial, marketingul social admite un set de patru factori interconectați, cunoscuți în publicitate sub denumirea de mix de marketing și care definește contextul în care are loc comunicarea:

– **produsul** - obiectul de marketat; în cazul nostru, pachetul de beneficii perceput de audiență ca rezultat pozitiv al comportamentului alternativ propus, sau ca dorințe ale celor apropiați (presiune din partea grupului de colegi, a rudelor sau a comunității)

– **prețul** - costul necesar pentru obținerea produsului; sau costurile percepute de audiență, inclusiv consecințele negative asociate comportamentului propus (costurile reprezintă aici și forțe puternice care să determine decizia audienței să nu adopte comportamentul alternativ propus)

– **locul** - planul de distribuție; în cazul nostru este vorba de locul în care are loc comunicarea, deoarece comportamentul trebuie să fie ușor de adoptat

– **promovarea** - totalitatea eforturilor de promovare și relații publice pe care compania le realizează în vederea convingerii audienței să cumpere produsul.

Asemenea publicității (advertising), campaniile sociale îndreaptă consumatorul - public țintă către ceva, acestea având menirea de a informa și de a motiva publicul să adopte un anumit comportament prin care individul ar obține beneficii, cu mențiunea că în acest caz beneficiile reprezintă beneficii în planul sănătății, sau în cel social.

După Goddard, pentru a-și pune amprenta pe comportamentul nostru, reclamele ca formă de discurs trebuie să conțină două aspecte: (1) să folosească resurse comune ale limbajului, astfel încât să poată influența deciziile indivizilor și (2) trebuie să poată avea o semnificație aparte pentru publicul căruia i se adresează.

Consumatorii de publicitate sunt, de cele mai multe ori, nevoiți să depună eforturi semnificative în decodarea mesajului și pentru a face conexiunile între diferitele relații comunicaționale. Așa cum pentru a determina consumatorul să se implice în procesul decodării mesajului, campania publicitară comercială folosește multiple tehnici de atragere a atenției, tot așa și campania socială recurge la aceleași “subterfugii” sau rețete. Testimonialul, folosirea star sistemului, a umorului sau a reclamei comparative sunt tot atâtea metode folosite în dezvoltarea unei campanii sociale care se vrea eficientă și cu impact la public. Astfel, în comunicarea socială a apărut anunțul de utilitate publică (public service announcement).

Conform definițiilor vehiculate la nivel internațional - de precizat că literatura de specialitate cu privire la anunțurile de utilitate publică este extrem de săracă - anunțurile de utilitate publică sunt spoturi pentru radio și televiziune care transmit informații către publicul larg despre subiecte de interes general, cum ar fi cele din domeniul sănătății (anti-SIDA, anti-tabac), sau din cel social (drepturile copilului, anti-corupție, informațiile publice). Pe plan internațional importanța anunțurilor de utilitate publică este atât de mare, încât se desfășoară concursuri speciale pentru această categorie de creație.

Spre deosebire de spotul publicitar comercial, a cărui afirmare a avut loc aproape concomitent cu apariția sa, anunțul de utilitate publică și-a făcut intrarea timid în viața românească, căpătând vizibilitate abia din 1999, când agenții de publicitate consacrate, nu doar pe piața autohtonă, au acceptat provocarea lansată în special de sectorul neguvernamental. Rezultatul a fost apariția unor campanii susținute, puternice și complexe, cu impact nu numai asupra publicului țintă, ci și asupra societății în ansamblul ei. Sloganuri ca “*Fac ce vreau, dar știu ce fac!*”, “*Fii independent, nu fi dependent!*” au intrat în vocabularul curent, nu doar al adolescenților și tinerilor - cel mai adesea publicul țintă al campaniilor organizate până în prezent în țara noastră.

Condiționările interne specifice sistemului publicitar sunt prezente și în procesul de realizare a campaniilor sociale. Indiferent de tacticile și de canalul de comunicare folosite pentru transmiterea/difuzarea mesajului, nu întâmplător aceleași ca în cazul campaniei publicitare comerciale, realizarea unei campanii sociale presupune parcurgerea aceluiași etape.

Necesitatea existenței brief-ului, a stabilirii publicului țintă, a identificării/definirii caracteristicilor care urmează a fi comunicate (fie că este vorba de un serviciu, un produs, sau un comportament), a stabilirii unor obiective, a indicatorilor și a tuturor celorlalte caracteristici, se translatează și în planul dezvoltării unei campanii sociale.

Comunicarea socială reprezintă un concept într-o anumită măsură mai complex, deși, uneori mai puțin eficient decât comunicarea comercială, având în vedere că își propune să influențeze ideile și comportamentele oamenilor (spre exemplu să renunțe la fumat). Mai mult decât atât, comunicarea socială se concentrează pe comunicarea unor “produse” netangibile (idei și practici) a căror marketare este cu atât mai complexă, cu cât cererea trebuie să fie creată în aceeași măsură în ideea conceptului de produs și a produsului în sine.

În continuare voi trece la analiza pas cu pas a etapelor parcurse în dezvoltarea unei campanii sociale, în comparație cu modelarea unei campanii publicitare, cu scopul de a determina în ce măsură acestea folosesc aceleași metode și tehnici.

Stabilirea publicului țintă reprezintă o etapă esențială în comunicarea socială. Această etapă este mai importantă în comunicarea socială decât în marketingul comercial, deoarece lipsa unor analize profunde ale populației țintă poate conduce la o segmentare eronată a pieței, care poate compromite în întregime o schimbare pozitivă, cu repercursiuni la nivel macro-social.

Înainte de stabilirea mesajului trebuie identificate atitudinile pe care le are audiența cu privire la “produsul” de comunicat, nivelul de cunoștințe privind subiectul în cauză, care sunt barierele/punctele de rezistență percepute de public, ce anume i-ar atrage atenția asupra subiectului și nu în ultimul rând, care ar fi beneficiile care ar determina indivizii să se schimbe. Această etapă presupune realizarea sau

folosirea unor studii de tip KAP (knowledge, attitudes, practices) și a unor cercetări calitative și cantitative riguroase.

Mixul de marketing necesar oricărei comunicări în lumea publicității este prezent și în campaniile sociale. Adaptarea setului de patru factori la comunicarea socială presupune următoarele etape:

– **produsul** - definirea valorii unice a produsului - schimbarea specifică în cunoștințe, atitudini și comportament. Aici este vorba și de diferențierea produsului față de celelalte, identificarea unui “discriminator” care diferențiază produsul publicitat de celelalte existente pe piață.

– **prețul** - redefinirea termenului “costuri” și abordarea lui ca bariere pe care individul trebuie să le depășească. În marketingul comercial beneficiile pentru consumator sunt legate în principal de costul respectivului produs sau serviciu. În comunicarea socială costurile sunt în primul rând de ordin psihologic. Spre exemplu, care ar fi costul pentru ca cineva să-și modifice atitudinile legate de sexul protejat? Care sunt costurile pentru a practica sexul protejat? Există cazuri în care costurile au și implicații de ordin financiar.

– **locul** - crearea unui plan de distribuție eficient. Comunicarea presupune producerea de spoturi, broșuri și afișe, care trebuie difuzate/distribuite la timp populației țintă. Tot aici se stabilesc numărul și tipul de mass media folosite, potrivite publicului țintă și pe care campania și le poate permite.

– **promovarea** - crearea unui plan de marketing care include: audiența aleasă ca grup țintă; faza în care se află aceasta - este nevoie de creșterea nivelului de cunoștințe, indivizii sunt pregătiți pentru schimbare de atitudini sau sunt pregătiți pentru schimbare de comportament; cele mai potrivite moduri de publicitare, promovare și informații publice care contribuie cel mai eficient la atingerea scopurilor campaniei.

Ținând cont de precizările teoretice cu privire la schimbarea de comportament potrivit cărora aceasta nu poate avea loc decât în condiții favorabile (factori de ordin social, economic și politic), în dezvoltarea unei campanii sociale eficiente o atenție specială trebuie acordată următoarelor aspecte, care se adaugă mixului de marketing prezentat mai sus:

– **parteneriate** - o singură organizație poate să nu aibă capacitatea necesară să influențeze major probleme sociale complexe. Parteneriatul cu alte organizații, instituții sau agenții poate ajuta la colectarea mai multor resurse, atât umane cât și financiare.

– **linia politică** - modificările comportamentale dorite pot fi compromise de existența unui mediu cultural sau comunitar nefavorabil schimbării respective. Există situații în care este nevoie de organizarea unor activități/campanii speciale care urmăresc modificări la nivelul politicilor în vederea atingerii scopurilor inițiale ale campaniei.

– **politicile** - subiectele puse în discuție într-o campanie socială pot fi deseori complexe și controversate. Este nevoie de diplomatie politică pentru a câștiga sprijinul partenerilor, a organizațiilor similare, a altor autorități și a factorilor de decizie.

Concluzii

Deși superficial demonstrate, m-am oprit la două concluzii generale:

(1) Existența unei conjuncții între latura socială și cea comercială a realizării oricărui efort comunicațional de ordin social autohton

(2) Existența unei influențe limitate asupra comportamentului la nivel individual indusă de comunicarea socială/consumul de mesaje sociale

În dezvoltarea campaniilor sociale, caracteristicile unei campanii publicitare sunt prezente, mai mult decât atât, procesul de creație este similar celui din lumea publicității comerciale, deși limitarea numărului de cazuri analizate nu permite extrapolarea rezultatelor la nivel de campanii sociale autohtone per general. În plus, lipsa rezultatelor unor evaluări calitative ale impactului, fie și imediat, pe care cele două campanii l-au avut asupra publicurilor țintă stabilite, nu dă posibilitatea confirmării

premisei inițiale, și anume că “Reclamele – în cazul de față, campaniile sociale autohtone - reprezintă forme de discurs care contribuie semnificativ la modul în care ne construim identitatea”, producând o schimbare de comportament la nivel personal.

Mijloacele de comunicare în masă permit obținerea unor rezultate mai rapide și sunt mai eficiente folosite ca rută de introducere a unor informații/cunoștințe noi, sau pentru influențarea atitudinilor, în special în fazele inițiale de atragere a indivizilor predispuși la acceptarea unor idei noi. Când vine vorba de “experimentarea” unor comportamente, canalele de comunicare interpersonală sunt mult mai influente.

La nivel de strategie comunicațională, acest lucru poate fi reprezentat prin alegerea mass media pentru introducerea mesajului, oferirea de cunoștințe și influențarea atitudinilor și prin folosirea intervențiilor interpersonale pentru a încuraja și învăța adoptarea respectivului comportament.

Referințe

1. Cuilenburg, J. J, Scholten, O, Noomen, GW. *Știința Comunicării*, București, editura Humanitas, 2000
2. Dâncu, V.S. *Comunicarea Simbolică, Arhitectura discursului publicitar*, Cluj-Napoca, editura Dacia, 2001
3. Drăgan, I. *Paradigme ale comunicării de masă*, București, editura Șansa, 1996
4. DeFleur, Melvin L, Ball-Rokeach, S. *Teorii ale Comunicării de Masă*, Iași, editura Polirom, 1999
5. Kotler, P, Eduardo L. R. *Social Marketing. Strategies for Changing Public Behaviour*, New York, The Free Inc., 1989
6. Manoff, Richard K. *Social Marketing, New Imperative for Public Health*, New York, Praeger, 1985
7. McGuire W. *Theoretical Foundations of Public Communication Campaigns, Public Communication Campaigns*, Beverly Hills, Sage Publications, 1981
8. McQuail, D, Wendahl, S. *Communication Models for the Study of Mass Communications*, New York, Longman Inc., 1982
9. Ogilvy, D, Raphaelson, J. *Research Advertising Techniques That Work - and Don't Work*, Harvard Business Review, July-August 1982

NOI INVESTIGAȚII DE LABORATOR CU IMPLICAȚII ÎN NEUROLOGIE

Lup Liliana¹¹medic primar medicina de laborator, Laboratorul Synevo Satu Mare

adresa de corespondență: Satu Mare, str. Gheorghe Lazăr nr 1-2, lili.lup@synevo.ro

Title: New laboratory investigations with implications in neurology

Abstract: I present several up-to-date laboratory investigations, useful in diagnosis and follow-up of several neurological diseases: Paraneoplastic Neurological Syndromes, Sensorial and Motor Neuropatia, Lambert-Eaton Myastenic Syndrome, Neuromyelitis Optica, Miastenia Gravis, Multiple Sclerosis.

Key words: laboratory investigations, Paraneoplastic Neurological Syndromes, Sensorial and Motor Neuropatia, Lambert-Eaton Myastenic Syndrome, Neuromyelitis Optica, Miastenia Gravis, Multiple Sclerosis.

Rezumat: prezint mai multe investigații de laborator recente, utile în diagnosticarea și monitorizarea câtorva afecțiuni neurologice: sindroame neurologice paraneoplazice, neuropatii motorii și senzoriale, miastenia Lambert-Eaton, neuropatii periferice, neuromielita optică, miastenia gravis, scleroza multiplă.

Cuvinte cheie: investigații de laborator, sindroame neurologice paraneoplazice, neuropatii motorii și senzoriale, miastenia Lambert-Eaton, neuropatii periferice, neuromielita optică, miastenia gravis, scleroza multiplă.

Anticorpi anti-neuronali (Anti-Hu IgG, Anti-Yo IgG, Anti-Ri Ig G)

Sunt folosiți pentru diagnosticul sindroamelor neurologice paraneoplazice (care sunt complicații nonmetastatice ale unui cancer sistemic) [1,2].

Anticorpii anti-neuronali sunt detectați în sângele sau lichidul cefalorahidian (LCR) majorității pacienților cu sindrom neurologic paraneoplazic, dar lipsesc în sângele și LCR-ul indivizilor sănătoși. Au fost descrise peste 14 tipuri de anticorpi anti-neuronali. Trei dintre aceștia sunt mai frecvent utilizați în diagnostic:

- Anti-Hu IgG determină fie un sindrom encefalomielitic, fie o neuropatie senzitivă. Acești anticorpi nu se întâlnesc la indivizii sănătoși și foarte rar apar la pacienții fără sindrom neurologic paraneoplazic. Apar în sindroamele neurologice paraneoplazice asociate cancerului pulmonar cu celule mici (se afirmă că prezența acestor anticorpi trebuie să ne facă să căutăm cancerul pulmonar, chiar dacă într-o primă fază acesta este greu de descoperit). Prezența unori titruri scăzute de anticorpi anti-Hu se asociază cu o fază precoce și un răspuns bun la chimioterapie. Unii dintre pacienți se pot prezenta cu gastropareză sau obstrucție intestinală. Aproximativ 15% dintre pacienți prezintă și o altă tumoră asociată cancerului pulmonar. Acești anticorpi au mai fost detectați și la copii cu tulburări de motilitate intestinală, ataxie cerebeloasă, encefalite asociate sau nu cu neuroblastom [3,4].

- Anti-Ri IgG reprezintă cei mai comuni anticorpi anti-neuronali paraneoplazici. Determinarea titrului lor în sânge sau LCR se face în prezența unor afecțiuni neurologice de cauză neprecizată (autoimună sau paraneoplazică). Un rezultat pozitiv sugerează o malignitate ocultă. Cel mai frecvent se asociază clinic cu opsoclonus-mioclonus ocular. Majoritatea pacienților prezintă asociat un cancer mamar. Mai rar se asociază cu un cancer ginecologic sau pulmonar. Tratamentul malignității poate duce la scăderea titrului acestor anticorpi și la ameliorarea manifestărilor neurologice [3].

-Anti-Yo IgG sunt denumiți și anticorpi anti-celule Purkinje deoarece afectează acest tip de celule din creier. Determinarea titrului lor în sânge sau LCR se face la pacienții care prezintă diverse simptome neurologice, mai ales ataxie, nistagmus și disartrie. Sunt sugestivi mai ales pentru tumorile maligne ginecologice, mamare și pulmonare [3,5].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-neuronali: diagnosticul unor afecțiuni neurologice de cauză neprecizată (paraneoplazică sau imună) [3,4,5].

Interpretarea rezultatelor

Obținerea unor rezultate pozitive la determinarea acestor anticorpi anti-neuronali impune căutarea unei tumori maligne responsabile de sindromul neuronal paraneoplazic, chiar dacă la o primă examinare această tumoră nu este evidentă (în special pentru tumorile pulmonare, mamare sau ginecologice) [2].

Limite și interferențe

Anticorpi anti-neuronali anti-Hu IgG pot avea valori pozitive (fără a fi obligatorie prezența unei malignități) la copiii cu tulburări de motilitate intestinală, ataxie cerebeloasă, encefalite [3].

Anticorpi anti-gangliozide (IgG/IgM)

Gangliozidele sunt componente glicolipidice prezente în membrana externă a celulelor nervoase periferice. Gangliozidele aparțin grupului de glicolipide acide care conțin lipide (ceramide), oligozaharide și acid sialic.

Structuri asemănătoare gangliozidelor apar de asemenea pe suprafața unor microorganisme. Neuropatiile inflamatorii apar cel mai adesea în urma infecțiilor cu *Campylobacter jejuni*, cu Citomegalovirus, cu virusul Epstein-Barr, cu *Mycoplasma pneumoniae* sau *Haemophilus influenzae*. Anticorpii îndreptați împotriva gangliozidelor aflate în structura microorganismelor pot determina reacții încrucișate cu gangliozidele din structura mielinei și a fibrelor nervoase inducând procese inflamatorii cu demielinizări consecutive. Ca rezultat al acestei reacții încrucișate cu structurile microbiene, anticorpii anti GM1 de tip IgM pot fi întâlniți și la persoane sănătoase (o singură determinare cu valoare crescută nu este patognomonică pentru neuropatie) [6].

Neuropatii motorii periferice pot să apară la pacienți cu gamapatie monoclonală IgM, a căror paraproteine IgM reacționează cu gangliozidele GM1 și GD1b. Deși anticorpii anti GM1 și GD1b pot fi implicați într-o varietate de sindroame neurologice, prezența lor în titruri crescute este mai caracteristică afecțiunilor neuronale motorii decât altor tipuri de afecțiuni neuronale [4].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-gangliozide – evaluarea pacienților cu diverse neuropatii motorii și senzoriale [7].

Interpretarea rezultatelor

Următorii anticorpi antigangliozide au fost descriși ca fiind specifici pentru diferite neuropatii ale sistemului nervos periferic [6]:

<i>Sindrom Guillain-Barre</i>	GM ₁ , GD _{1a} , GD _{1b} , GT _{1a} , GT _{1b} , GQ _{1b}	Ig G (IgM)
<i>Sindrom Miller-Fisher</i>	GQ _{1b} , GT _{1a}	IgG
<i>Neuropatie motorie multifocală</i>	GM ₁ , GM ₂ , GM ₃ , GD _{1a} , GD _{1b}	IgM
<i>Polineuropatie inflamatorie demielinizantă cronică</i>	GM ₂ , GM ₃ , GD _{1a} , GD _{1b}	IgM
<i>Neuropatie ataxică cronică</i>	GM ₃ , GD _{1b} , GD ₂ , GD ₃ , GT _{1b} , GQ _{1b}	IgM
<i>Neuropatie senzorială ataxică acută</i>	GD _{1b} , GD ₃	IgG
<i>Neuropatie axonală motorie acută</i>	GM ₁ , GD _{1a}	IgG
<i>Neuropatie demielinizantă în paraproteinemia IgM</i>	sulfatide	IgM (IgG)

Limite și interferențe

În mod normal determinarea ar trebui să fie negativă la indivizii sănătoși. Totuși anticorpi anti-GM₁ tip IgM pot fi pozitivi la persoane sănătoase datorită reactivității încrucișate cu antigenele microbiene. De aceea diagnosticul clinic nu se va baza doar pe această determinare, ci va lua în considerare coroborarea tuturor datelor clinice și paraclinice [6].

Anticorpi anti-canale de calciu dependente de voltaj (Anti-VGCC)

Sindromul miastenic Lambert-Eaton are la bază o tulburare de transmitere a impulsului nervos la nivelul joncțiunii neuromusculare și se caracterizează clinic prin slăbiciune musculară. Cunoașterea particularităților clinice și de laborator ale acestei afecțiuni permite diagnosticul său precoce, acest lucru fiind important deoarece la 60% dintre pacienții cu sindrom Lambert-Eaton se detectează o tumoră asociată, în special cancer pulmonar cu celule mici sau un limfom. Deși sindromul miastenic poate să apară în orice moment al evoluției tumorii, reprezintă adesea un element de diagnostic precoce [8,10]. Dacă tumora nu este depistată în primii 2 ani de la diagnosticul sindromului miastenic, probabilitatea apariției în viitor a unui cancer este foarte redusă.

Se estimează că aproximativ 3% dintre pacienții având cancer pulmonar cu celule mici dezvoltă sindrom miastenic [9]. Sindromul Lambert-Eaton este mai frecvent la bărbați decât la femei și se manifestă clinic prin deficit motor proximal la nivelul centurilor (inițial pelvină și ulterior scapulară), cu o ameliorare temporară a deficitului după primele contracții motorii, cu diminuare a reflexelor osteotendinoase (abolirea acestora în cazul asocierii cu polineuropatie paraneoplazică) și cu tulburări vegetative asociate (xerostomie, constipație, tulburări de micțiune). Spre deosebire de miastenia gravis, nervii cranieni sunt rareori afectați. Aspectul EMG este caracteristic, cu increment la stimularea repetitivă [1]. Identificarea unui conținut presinaptic normal de acetilcolină susține ipoteza că tulburarea de bază în sindromul Lambert-Eaton este eliberarea redusă de acetilcolină de la nivelul terminațiilor nervoase presinaptice, în prezența unui număr normal de vezicule de acetilcolină și a unei sensibilități postsinaptice normale la acetilcolină.

Anticorpii îndreptați împotriva canalelor de calciu dependente de voltaj (proteine transmembranare mari cu subunități multiple) dețin un rol central în patogenia acestui sindrom. Acești anticorpi anti-VGCC („voltage-gated calcium channel”) interferează cu fluxul normal de calciu necesar eliberării de acetilcolină prin reducerea numărului de canale de calciu funcționale de la nivelul joncțiunii neuromusculare. Studiile efectuate pe culturi de celule au arătat că anticorpii reduc numărul de VGCC de tip α_{1A} (P/Q) dar nu exercită nici un efect asupra subtipurilor α_{1B} (subtipuri N) [10].

Se presupune că la pacienții cu sindrom Lambert-Eaton care asociază tumori, celulele canceroase conțin antigene care mimează VGCC și induc producerea de anticorpi specifici. În cazul pacienților

cu această afecțiune care nu dezvoltă un proces tumoral, anti-VGCC sunt probabil produși într-un context mai general de autoimunitate.

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-VGCC: pentru confirmarea diagnosticului de miastenie Lambert-Eaton [9].

Interpretarea rezultatelor

Anti-VGCC sunt depistați la 75-100% dintre pacienții cu sindrom miastenic Lambert-Eaton care asociază cancer pulmonar cu celule mici și la 50-95% dintre pacienții fără tumori subiacente.

Nivelul anticorpilor nu se corelează cu severitatea sindromului miastenic. Totuși se poate înregistra o scădere a acestora după terapia cu succes a tumorii de bază sau imunosupresie [9].

Limite și interferențe

Anti-VGCC mai pot fi întâlniți în următoarele situații:

- miastenia gravis (<5% din cazuri);
- cancer pulmonar fără sindrom miastenic (până la 25% din cazuri);
- unii pacienți cu nivel crescut de imunoglobuline (poliartrită reumatoidă, lupus eritematos sistemic) care nu prezintă sindrom miastenic [9].

Anticorpi anti – MAG (anticorpi anti-glicoproteina asociată mielinei)

Glicoproteina asociată mielinei (MAG) este o moleculă transmembranară, exprimată selectiv de celulele formatoare de mielină. Conține cinci domenii imunoglobulinice situate extracelular, un domeniu transmembranar și un domeniu intracelular. MAG poate interacționa cu receptorii care mediază diferite efecte asupra citoscheletului neuronal (inclusiv fosforilarea neurofilamentară). Se pare că această glicoproteină are un rol activ atât în formarea mielinei cât și în menținerea structurii acesteia [11,14].

S-a demonstrat că anticorpii anti-MAG pot produce fenomenele de demielinizare care apar în diferite neuropatii și polineuropatii cronice, de obicei senzitivo-motorii. Polineuropatia este o afecțiune care implică fibrele nervoase periferice, de obicei bilateral. Manifestările senzitive domină stadiile precoce ale polineuropatiilor, iar simptomele motorii apar mai târziu în cursul evoluției afecțiunii [11].

Anticorpii anti-MAG sunt de obicei asociați cu prezența gamapatiilor monoclonale IgM (în proporție de 50%) [4,11].

Recomandări pentru determinarea Anticorpilor anti-MAG - neuropatii periferice, mai ales cele cu progresie lentă [4,11].

Interpretarea rezultatelor

Detecția anticorpilor anti-MAG se asociază cu neuropatii senzitivo-motorii. Nivele crescute de anticorpi se observă în neuropatii senzitivo-motorii demielinizante, iar nivele moderate se întâlnesc în scleroza multiplă și neuropatii inflamatorii [4,7,11].

Limite și interferențe

Acești anticorpi au fost detectați foarte rar și la pacienți cu boli reumatismale și boli de colagen (în absența neuropatiei) [4].

Anticorpi anti - aquaporină 4 (AQP 4)

Neuromielita optică (NMO, sindromul Devie) este o afecțiune inflamatorie de cauză autoimună caracterizată prin producerea unei nevrute optice bilaterale, urmată într-un interval de zile sau săptămâni de o mielită transversă. Ocazional nevrita optică poate fi unilaterală sau poate urma unui acces inițial de mielită. Leziunile din SNC pot fi necrozante și severe. Modificările LCR pot fi variabile, dar în unele cazuri constau în pleiocitoză polimorfonucleară și într-o creștere a conținutului de proteine.

A existat o controversă îndelungată asupra faptului dacă NMO reprezintă un subtip de scleroză multiplă sau o afecțiune distinctă. Recent, a fost identificat un autoanticorp NMO IgG cu specificitate foarte mare pentru neuromielita optică (a fost depistat în exclusivitate în serul pacienților cu această boală), iar antigenul țintă este reprezentat de proteina canalului de apă aquaporina 4 (AQP 4) exprimată la nivelul astrocitelor.

Studiile histopatologice au sugerat că leziunile astrocitare mediate autoimun (împotriva AQP 4) sunt implicate în patogenia NMO, care se distinge astfel de scleroza multiplă - o afecțiune demielinizantă primară. Dovezile din ce în ce mai numeroase ale efectelor citotoxice sau funcționale exercitate *in vitro* asupra astrocitelor de către anti-AQP 4 susțin implicarea acestora în patogenia bolii.

În ceea ce privește tratamentul NMO, s-a constatat că agenții imunosupresori cum ar fi prednisolonul și/sau azatioprina reduc rata recăderilor de boală, în timp ce eficacitatea terapeutică a interferonului beta rămâne incertă. Astfel, NMO diferă de scleroza multiplă și prin abordarea terapeutică. Din acest motiv, determinarea anticorpilor anti-AQP 4 este indispensabilă pentru diagnosticul și tratamentul NMO [12].

Interpretarea rezultatelor

Anti-AQP 4 prezintă o sensibilitate și o specificitate pentru NMO de 91% și respectiv 100%. Titrurile crescute de autoanticorpi se asociază cu cecitate și leziuni cerebrale extinse evidențiate prin RMN. Există de asemenea o corelație pozitivă între titrurile de anticorpi și extinderea leziunilor medulare.

Titrurile scad după administrarea de metilprednisolon în doze mari și se mențin scăzute în perioada de remisiune clinică sub imunosupresie [13].

Anticorpi anti-receptori pentru acetilcolină

Miastenia gravis este o afecțiune neuromusculară caracterizată prin asocierea de slăbiciune musculară, fatigabilitate și prezența anticorpilor anti-receptori pentru acetilcolină. Receptorii pentru acetilcolină sunt localizați în membrana postsinaptică a fibrelor musculare scheletice. Aceștia fixează acetilcolina eliberată de terminațiile nervoase determinând contracția musculară atunci când cantitatea de acetilcolină eliberată este suficientă. Anticorpii anti-receptori acetilcolină interferează cu funcția neuromusculară, consecința fiind oboseală musculară și fatigabilitate [2,4].

Prevalența bolii este de 5 la 100.000 de locuitori și poate debuta la orice vârstă. La femei boala apare de obicei la grupa de vârstă 20-40 ani iar la bărbați debutează mai târziu [2,3,4].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-receptori pentru acetilcolină

- diagnosticul miasteniei gravis generalizate sau a miasteniei oculare
- monitorizarea tratamentului miasteniei gravis

Interpretarea rezultatelor

Anticorpii anti-receptor pentru acetilcolină sunt prezenți în titru detectabil la 90% din pacienții cu miastenia gravis generalizată și la 55-70% din cei cu miastenia oculară. Anticorpii tind să crească cu câteva săptămâni înainte de apariția simptomelor. Titrul de anticorpi are tendința de a fi mai mare la femei și se constată o corelație între nivelul anticorpilor și intensitatea slăbiciunii musculare [2].

Anticorpii anti-receptor pentru acetilcolină mai pot să crească în timoame necomplicate, sindromul miastenic Lambert-Eaton, pacienții cu cancer pulmonar primar și la pacienții cu afecțiuni hepatice autoimune [2].

Remisiunea după timectomie este asociată cu scăderea progresivă a titrului de anticorpi (utilitate crescută în monitorizarea postoperatorie) [2].

Limite și interferențe

Rezultate fals pozitive se pot obține la pacienții care în ultimele 48 ore înaintea recoltării au suferit o anestezie generală sau cărora li s-au administrat relaxante musculare. De asemenea false

creșteri se pot observa și la pacienții tratați cu venin de șarpe - interferențe cu substanțele utilizate în reacție (bungarotoxina alfa marcată radioactiv este o proteină extrasă din veninul de șarpe) [2].

Rezultate negative se întâlnesc de obicei la pacienții cu miastenia gravis congenitală [2].

Interferențe se pot produce și la pacienții tratați (înainte de recoltarea sângelui) cu radioizotopi [2].

Anticorpi anti-MuSK (anticorpi anti-receptori pentru tirozinkinaza specific musculară)

Anticorpii anti-receptori pentru acetilcolina sunt prezenți doar la 80-90% dintre pacienții cu miastenia gravis generalizată, restul fiind "sero-negativi" (acești pacienți nu prezintă nici hipertrofia timusului). Recent s-a descris prezența unor anticorpi anti-receptori pentru tirozinkinaza specific musculară (anticorpi anti-MuSK) care pot fi prezenți (în funcție de studii) la 38-47% din pacienții cu miastenia gravis sero-negativă. Tirozinkinaza musculară reprezintă un constituent membranal indispensabil pentru realizarea joncțiunii musculare. Se consideră că în miastenia oculară nu apar anticorpii anti MuSK. Prezența lor, citată de unele studii și în miastenia oculară, se pare că s-ar datora unui stadiu precoce de diagnostic al unei miastenii generalizate care apare mai tardiv după debutul ocular. Se consideră că miastenia cu anticorpi anti-MuSK este o formă relativ mai gravă de miastenie, care necesită un tratament mai agresiv, bazat pe imunosupresoare și plasmafereză (tymectomia este controversată și se pare că nu aduce beneficii reale) [2].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-MuSK

- diagnosticul și prognosticul miasteniei gravis generalizate sero-negative
- monitorizarea tratamentului miasteniei gravis sero-negative [2]

Interpretarea rezultatelor

Anticorpii anti-MuSK sunt prezenți în titru detectabil la aproximativ 35-45% din pacienții cu miastenia gravis generalizată sero-negativă și lipsesc la cei cu miastenia oculară. Titrul de anticorpi are tendința de a fi mai mare la femei și se constată o corelație între nivelul anticorpilor și intensitatea slăbiciunii musculare [2].

Limite și interferențe

Rezultate fals pozitive se pot obține la pacienții care în ultimele 48 ore înaintea recoltării au suferit o anestezie generală sau cărora li s-au administrat relaxante musculare [2].

Anticorpi anti - fibră musculară striată

Sinonime - anticorpi anti-mușchi scheletic, anticorpi anti-striaționali [1,3,4].

La unii pacienți cu miastenia gravis mai ales cei la care se asociază și timom, se întâlnesc anticorpi îndreptați împotriva elementelor contractile ale mușchilor scheletici (anticorpi anti-striaționali) [3].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-fibră musculară striată

- diagnosticul timomului, mai ales la pacienții sub 45 ani care asociază miastenia gravis; au o valoare predictivă mai bună când se determină în paralel cu anticorpii anti-receptori pentru acetilcolină
- diagnosticul miasteniei gravis la pacienți peste 45 ani, mai ales când anticorpii anti-receptori pentru acetilcolină sunt negativi

- determinările seriale sunt utile în monitorizarea eficienței tratamentului imunosupresor și a tymectomiei la pacienții cu miastenia gravis [1,3,4]

Interpretarea rezultatelor

- Anticorpii anti-fibră musculară striată se detectează la aproximativ 30% dintre pacienții cu miastenia gravis și la 74% din pacienții cu timom asociat miasteniei gravis.

- Aceștia mai pot fi întâlniți și în alte condiții clinice:

- la 19% din pacienții cu timom fără miastenie gravis evidentă clinic
- la 25% din pacienții cu artrită reumatoidă tratați cu D penicilamină și 4% din cei netratați
- la 5% din pacienții cu miastenie Lambert-Eaton și/sau cancer pulmonar cu celule mici
- la unii pacienți cu rejet de grefă posttransplant medular

- la <1% din indivizii sănătoși

Menținerea sau creșterea titrului de anticorpi după timectomie este un indicator al recurenței tumorale [2,3].

Limite și interferențe

Un rezultat negativ nu exclude prezența timomului (20% din pacienții cu timom nu au anticorpi anti-fibră musculară striată) [3].

Anticorpii anti-proteina bazică a mielinei (MBP) în ser și LCR

Proteina bazică a mielinei (MBP) este un peptid format din 169 de aminoacizi care constituie 30% din structura proteică a tecii de mielină. S-a constatat că în perioadele acute ale afecțiunilor demielinizante ale SNC (dintre care cea mai cunoscută este scleroza multiplă) se eliberează în lichidul cefalorahidian (LCR) fragmente de mielină care pot constitui astfel un marker de activitate a bolii [14].

Scleroza multiplă este o boală demielinizantă care afectează substanța albă din creier și măduva spinării. Apare mai frecvent la femei decât la bărbați și este legată mai ales de perioada de adult tânăr. Tabloul clinic al bolii este polimorf. Aproximativ 50% din pacienți prezintă alternări ale puseelor de boală activă cu perioade de remisiune, aceasta sugerând o afectare cronică progresivă. De obicei, diagnosticul de scleroză multiplă are la bază manifestările clinice și excluderea altor afecțiuni.

Deși cauzele sclerozei multiple nu sunt cunoscute, mecanismul autoimun pare să joace un rol important în patogeniza acestei boli. Cel mai frecvent dozați sunt anticorpii anti-MOG (glicoproteina oligodendrocitară a mielinei) și anticorpii anti-MBP. S-a constatat că 79% din pacienții cu scleroză multiplă prezintă în LCR celule care produc anticorpi anti-mielină și 57% prezintă în LCR celule care produc anticorpi anti-MBP de tip IgG. Proporția acestor celule în sângele periferic este semnificativ scăzută față de LCR. De asemenea proporția acestor celule în LCR este mult mai scăzută la pacienții cu meningoencefalită aseptică [15].

Studiile au arătat că nivelurile de anticorpi anti-MBP sunt crescute la pacienții cu scleroză multiplă activă clinic și că există o corelație între statusul clinic și nivelul anticorpilor. Acești anticorpi nu au fost depistați în cazurile de boală stabilizată. De asemenea, a fost demonstrat faptul că MBP este un component al complexelor imune circulante prezente atât în serul cât și în lichidul cefalorahidian al pacienților cu scleroză multiplă. În scleroza multiplă progresivă anticorpii anti-MBP sunt în principal legați în aceste complexe imune, în timp ce niveluri crescute de anticorpi liberi sunt întâlnite în perioadele de exacerbare a bolii.

Se pare că anticorpii anti-MBP pot fi folosiți și ca factor predictiv după primul episod de demielinizare (frecvența recăderilor fiind mai mare la cei care prezintă anticorpi anti-MBP) [1].

Recomandări pentru determinarea anticorpilor anti-MBP

- diagnosticul unei perioade active de demielinizare la pacienții cu scleroză multiplă
 - stabilirea riscului de evoluție spre scleroză multiplă la pacienții cu sindrom clinic izolat (CIS - clinically isolated syndrome) [4]

Interpretarea rezultatelor, limite și interferențe

- Anticorpii anti-MBP prezintă valori crescute (atât în LCR cât și în sânge) în perioadele de exacerbare ale sclerozei multiple [1,4]. Sunt depistați la aproximativ 77% dintre pacienții cu scleroză multiplă și la circa 89% dintre cei cu nevrită optică.

- Anticorpii anti-MBP mai pot fi întâlniți în:

- sindromul neurologic asociat infecției HIV (în ~ 64% din cazuri)
- autism (în ~ 58% din cazuri)
- encefalita japoneză (în ~ 30% din cazuri)
- panencefalita sclerozantă subacută (în ~ 30% din cazuri) [4]

Anticorpi anti-MOG (glicoproteina oligodendrocitară a mielinei)

Scleroza multiplă este o boală inflamatorie cronică a sistemului nervos central caracterizată prin inflamație, demielinizare și neurodegenerescență. Deși cauzele sclerozei multiple sunt neclare, există multe indicii asupra etiologiei autoimune (datorită unor anticorpi îndreptați împotriva unor antigene mielinice, inclusiv glicoproteina oligodendrocitară a mielinei - MOG). În leziunile din scleroza multiplă se întâlnesc infiltrate inflamatorii formate din macrofage, celule microgliale, limfocite T și limfocite B. La o mare parte a pacienților, demielinizarea pare să fie mediată de anticorpi și dependentă de complement, cu afectarea atât a oligodendrocitelor cât și a axonului.

Deoarece anticorpii anti-MOG sunt prezenți doar la un subgrup de pacienți cu scleroză multiplă, viitoarele studii trebuie să elucideze rolul acestor anticorpi în determinismul patogenetic și clinic al sclerozei multiple [16].

S-a subliniat faptul că anticorpii anti-MOG nu sunt specifici pentru scleroza multiplă, totuși la pacienții cu scleroză multiplă la care aceștia sunt prezenți pot fi folosiți pentru aprecierea stadiului bolii și a evoluției afecțiunii sub tratament.

S-a constatat că anticorpii anti-MOG pot să apară și la 6,2% din indivizii sănătoși, dar unii cercetători consideră că prezența lor ar fi un factor predictiv pentru riscul de apariție al sclerozei multiple [17].

Recomandări pentru determinarea Anticorpilor anti-MOG

- diagnosticul sclerozei multiple (pentru subgrupul care prezintă anticorpi anti-MOG)

- monitorizarea tratamentului sclerozei multiple [1,17]

Interpretarea rezultatelor

Anticorpii anti-MOG apar la un subgrup de pacienți cu scleroză multiplă. Lipsa acestora nu infirmă diagnosticul acestei afecțiuni. Sunt utili pentru diagnosticul formelor de scleroză multiplă în care MBP (proteina bazică a mielinei) în ser sau LCR este negativă. De asemenea determinarea lor este utilă în aprecierea eficienței tratamentului [16].

Anticorpii anti-MOG au fost depistați și la unii pacienți cu neurosarcoidoză și nevrită optică [17].

Index imunoglobulinic

Compoziția relativă a proteinelor din lichidul cefalorahidian (LCR) este aproape similară cu cea din ser, cu excepția unei concentrații mai mari de prealbumină și a unui nivel mai scăzut de imunoglobuline în LCR-ul normal.

Pe de altă parte, conținutul proteic total al LCR este mult mai scăzut față de cel al serului (reprezintă <0.5% din concentrația de proteine serice totale). Peste 80% din proteinele care se găsesc în LCR-ul normal provin din ser: (albumină, IgG, alfa1-antitripsină, hemopexină, alfa1-glicoproteina acidă și transferină), restul fiind produse local în sistemul nervos central [3].

Pentru diagnosticul diferențial al diverselor afecțiuni neurologice este esențial să se cunoască dacă proteinele din LCR sunt transsudate din ser sau sunt sintetizate local. În acest scop sunt determinate simultan în LCR și ser albumina și imunoglobulina G (IgG), iar pentru interpretarea rezultatelor obținute sunt utilizate anumite rapoarte, indici și diagrame.

Permeabilitatea barierei hemato-encefalice poate fi evaluată prin cuantificarea raportului dintre concentrația albuminelor în LCR și cea în ser. Astfel, indicele albuminic se calculează după următoarea formulă:

$$\text{Indicele albuminic Qalb} = \frac{\text{Albumina în LCR (mg/L)}}{\text{Albumina în ser (g/L)}}$$

O valoare a indicelui mai mică decât 9 este asociată cu o barieră hemato-encefalică integră. Valorile cuprinse între 9 și 14 indică o afectare ușoară, cele între 14 și 30 o afectare moderată iar cele

peste 30 o afectare severă. Indicele este ușor crescut la copiii < 6 luni datorită imaturității barierei hemato-encefalice și crește treptat după vârsta de 40 ani.

În mod normal, concentrația de IgG în LCR reprezintă 3-5% din cantitatea totală de proteine, dar în scleroza multiplă se apropie de cea din plasmă (15-18%). Creșterea sintezei intratecale de IgG se reflectă într-o creștere a raportului dintre concentrația IgG în LCR și cea în ser:

$$QIgG = \frac{IgG \text{ în LCR (mg/L)}}{IgG \text{ în ser (g/L)}} \quad (\text{normal: } < 3)$$

Pentru a elimina influența imunoglobulinelor derivate din plasmă care sunt transsudate în LCR se calculează indicele IgG prin raportarea QIgG la indicele albuminic [21]:

$$\text{Index IgG} = \frac{QIgG}{QAlb}$$

Valorile indexului IgG sunt crescute la 80-90% dintre pacienții cu scleroză multiplă însă modificarea nu este o caracteristică acestei boli, fiind întâlnită și în alte afecțiuni inflamatorii ale SNC: polineuropatie, neurosifilis, etc [20].

Pentru o diferențiere mai clară a răspunsului imun umoral, Felgenhauer și Reiber au dezvoltat o diagramă în care pe abscisă sunt reprezentate valorile QAlb, iar pe ordonată valorile QIgG. Valorile situate dedesubtul unei linii definite indică transferul pasiv prin bariera hemato-encefalică, iar cele plasate deasupra liniei sinteza locală de imunoglobuline (figura 1).

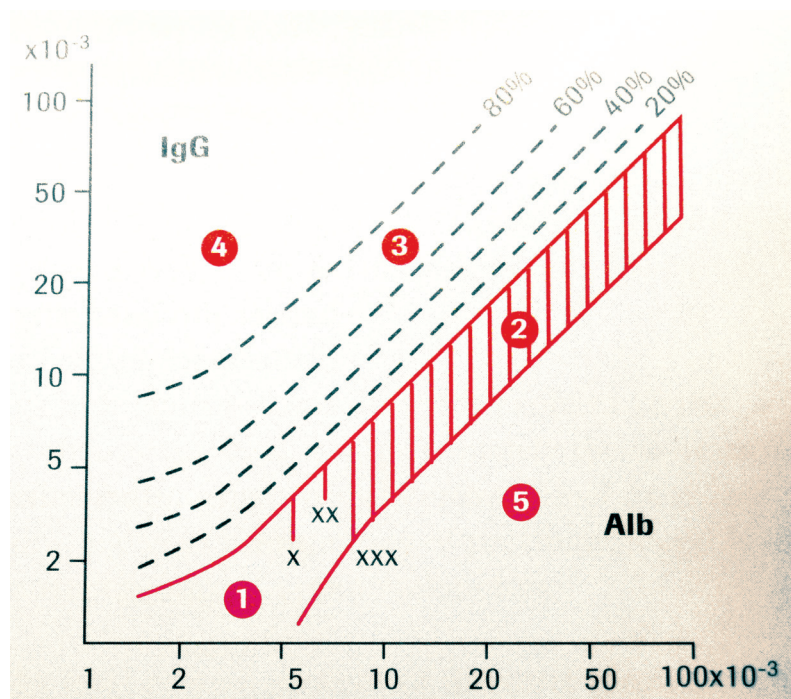


Figura 1. Diagrama Reiber

Interpretare:

- 1 - zona valorilor de referință
 - 2 - perturbarea barierei hemato-encefalice fără sinteză IgG locală
 - 3 - perturbarea barierei hemato-encefalice asociată cu sinteză IgG locală
 - 4 - sinteză IgG locală fără perturbarea barierei hemato-encefalice
 - 5 - în această zonă datele nu prezintă semnificație clinică (ex: eroare de recoltare) [1]
- x = valori de referință ≤ 15 ani

xx = valori de referință 15 - 40 ani

xxx = valori de referință 41- 60 ani

Calcularea indexului imunoglobulinic poate fi aplicată și pentru imunoglobulinele M și A cu introducerea în final a rezultatelor în diagrama Reiber. O parte din pacienții cu scleroză multiplă prezintă secreție intratecală crescută de IgM și IgA [21].

Recomandări pentru determinarea indexului imunoglobulinic: detectarea sintezei intratecale de imunoglobuline, cu utilitate în diagnosticul sclerozei multiple (împreună cu determinarea benzilor oligoclonale în LCR) [20].

Valori de referință și interpretarea rezultatelor

Pe buletinul final de rezultate sunt comunicați următorii parametri:

Denumire parametru	Valori de referință
Albumină în LCR	100-350 mg/L
Albumină în ser	36.6-51 g/L
Indice albuminic QAlb	< 9
IgG în LCR	<40 mg/L
IgG în ser	7-16 g/L
IgG în LCR/IgG în ser (QIgG)	< 3
IgM în LCR	< 1 mg/L
IgM în ser	0.4-2.3 g/L
IgM in LCR/IgM în ser (QIgM)	-
IgA în LCR	< 0.9 mg/L
IgA în ser	0.7-7 g/L
IgA în LCR/IgA în ser (QIgA)	-
Index IgG	< 0.7

Buletinul va conține și interpretarea rezultatelor conform diagramei Reiber (se va comunica zona în care se încadrează valorile respective) [1,18,19].

În mod obișnuit scleroza multiplă nu se asociază cu o creștere a albuminei în LCR [19]. Această modificare se înregistrează în afecțiunile însoțite de perturbarea barierei hemato-encefalice:

- leziuni ale plexului coroid
- procese tumorale localizate în SNC
- meningită bacteriană
- sindrom Guillain-Barré
- infecții severe: febră tifoidă, tularemie, difterie, septicemie [1]

Indicele IgG indică sinteza IgG la nivelul SNC. Este anormal la 90% dintre pacienții cu scleroză multiplă, dar și în alte afecțiuni neurologice. Nu se corelează cu durata, gradul de activitate sau evoluția sclerozei multiple [19].

Limite și interferențe

O puncție lombară traumatică sau o mielografie recentă invalidează testul [1,19]. Rezultatele indicelui IgG se corelează de obicei cu testul pentru benzi oligoclonale. În absența benzilor oligoclonale valorile crescute ale indexului IgG nu prezintă semnificație clinică.

Prin utilizarea metodei de focalizare izoelectrică sensibilitatea testului de detectare a benzilor oligoclonale pentru scleroza multiplă este mai mare decât a indicelui IgG [20].

Benzi oligoclonale în LCR

Electroforeza cu voltaj crescut sau focalizarea izoelectrică a unui lichid cefalorahidian (LCR) concentrat prezintă utilitate în depistarea benzilor oligoclonale, definite ca două sau mai multe benzi discrete distincte în regiunea gamma, ce sunt absente sau de intensitate mai redusă la electroforeza proteinelor serice efectuată simultan. Aceste benzi corespund unor gamaglobuline anormale produse

de un număr limitat de clone celulare imunocompetente, fiecare dintre acestea sintetizând imunoglobuline G cu specificitate proprie [18,19,22].

Mai mult de 90% dintre pacienții cu scleroză multiplă prezintă benzi oligoclonale în LCR într-un anumit moment al evoluției bolii, care însă nu se corelează cu activitatea procesului demielinizant sau vechimea afecțiunii. Benzile oligoclonale pot fi decelate chiar și atunci când nivelul IgG în LCR este normal [19,22].

Producția crescută de IgG în sistemul nervos central nu este specifică sclerozei multiple, fiind indicatorul unui proces inflamator cronic. Astfel, a fost raportată prezența de benzi oligoclonale în LCR și în neurosifilis, meningită acută bacteriană sau virală, leucoencefalită multifocală progresivă, nevrită optică, panencefalită sclerizantă subacută, encefalită rubeolică progresivă, toxoplasmoză cerebrală, meningită criptococică, sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA), tripanosomiază, neuropatii inflamatorii, alte infecții și boli autoimune [18,19,22].

Deoarece în condiții normale 80% din proteinele din LCR provin din ser, pacienții cu proteine monoclonale serice pot să prezinte benzi corespunzătoare în LCR. În plus, benzi oligoclonale pot fi întâlnite în serul pacienților cu leucemii, limfoame, unele boli infecțioase și inflamatorii, afecțiuni autoimune precum și la unele persoane sănătoase (într-un procent de până la 5%). Din aceste motive, testarea trebuie să includă obligatoriu probe pereche, din ser și din LCR pentru compararea pattern-ului electroforetic [19,22].

Recomandări pentru determinarea benzilor oligoclonale: marker util în diagnosticul anumitor afecțiuni SNC: scleroză multiplă, neurosifilis, meningite, tumori [22].

Interpretarea rezultatelor

Benzile oligoclonale sunt decelate la 85-95% dintre pacienții cu scleroză multiplă certă și la 30-40% dintre cei cu scleroză multiplă probabilă (specificitate 79%). Reprezintă cel mai sensibil marker al acestei afecțiuni. Pot persista și în perioadele de remisiune a bolii. În cursul corticoterapiei, prevalența benzilor oligoclonale și a altor anomalii ale gamaglobulinelor se poate reduce cu 30-50%.

Rezultate pozitive pot să apară și la $\leq 10\%$ dintre pacienții cu boli neurologice noninflamatorii (carcinomatoză meningeală, infarct cerebral) și la $\leq 40\%$ dintre bolnavii cu afecțiuni inflamatorii ale SNC [19].

Limite și interferențe

Un număr redus de pacienți cu scleroză multiplă certă prezintă imunoglobuline normale în LCR și absența benzilor oligoclonale [19].

Aspectul de benzi oligoclonale poate fi incert în prezența unui răspuns inflamator concomitent care determină trecerea în LCR a unei cantități mari de proteine plasmatică. Dacă nivelul proteinelor în LCR este > 200 mg/dL, chiar și o producție locală crescută de imunoglobuline poate fi mascată de prezența proteinelor plasmatică.

Bibliografie

1. Laborator Synevo. *Referințele specifice tehnologiei de lucru utilizate 2009*. Ref Type: Catalog.
2. Health System. UVa Department of Neurology 2007. *Anti-Neuronal Antibody Screening for Paraneoplastic Neurological Syndromes*. www.healthsystem.virginia.edu 2007. Ref Type: Internet Communication.
3. www.clinilabnavigator.com Test Catalog: *Antineuronal nuclear antibody*. Ref Type: Internet Communication.
4. McPetersen, R,A, Matthew R. P. *Organ-Specific Autoimmune Diseases*. In *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*- Saunders Elsevier 21-Ed 2007,958

5. www.imd-berlin.com *Leistungsverzeichnis. Anti-neuronale AAK(IFT)*. Ref Type: Internet Communication.
6. IMD Berlin- *Test Catalog Anti-Gangliosid Dot -Instruction Manual*.
7. www.mayomedicallaboratories.com Test Catalog: *Acetylcholine Receptor Antibodies*. Ref Type: Internet Communication.
8. Roceanu, A, Băjenaru, O. *Sindroamele paraneoplazice în practica neurologică*, Revista Română de Neurologie, iulie 2008.
9. Stickler, D.E, Sanders, D.B. *Lambert-Eaton Myastenic Syndrome*. emedicine.medscape.com. Reference type: Internet Communication.
10. Antel, J, Birnbaum, G, Hartung, H.P, Vincent, A. *Clinical Neuroimmunology*, Second Edition, 2005, Oxford University Press, 248-250.
11. Nobile-Orazio E, Latov, N, Hays, A, Takatsu, M, Abrams, G, Sherman W. *Neuropathy and anti-MAG antibodies without detectable serum M-protein*, 1983, American Medical Association.
12. Misu, T, Takahashi, T, Nakashima, I, Fujihara, K, Itoyama, I. *Neuromyelitis optica and anti-aquaporin 4 antibody-distinct from multiple sclerosis*, Rynsho Byori (The Japanese Journal of Clinical Pathology), 2009;57(3),262-70.
13. Takahashi, T, Fujihara, K, Nakashima, I et al. *Anti-aquaporin-4 antibody is involved in the pathogenesis of NMO: a study on antibody titre*, Brain, 2007,130(Pt 5):1178-80
14. Laboratory Corporation of America. Directory of Services and Interpretive Guide. *Acetylcholine Receptor Antibodies, Serum*, www.labcorp.com 2008. Ref Type: Internet Communication.
15. www.mayomedicallaboratories.com Test Catalog: *Acetylcholine Receptor Antibodies*. Ref Type: Internet Communication.
16. Zahou, D, Srivastava, R, Nessler, S, Grummel, V, Sommer, N. *Identification of pathogenic antibody response*
17. Rauer, S, Euler, B, Reindl, M, Berger, T. *Antimyelin antibodies and the risk of relapse in patients with a primary demyelinating event*, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 2006;77:739-742
18. Fischbach, F. *Cerebrospinal Fluid Studies*. In *A Manual of Laboratory and Diagnostic Tests*. Lippincott Williams & Wilkins, USA, 8 ed.2009,333-335.
19. Wallach, J. *Afecțiuni ale sistemului nervos*. În *Interpretarea testelor de diagnostic*. Editura Științelor Medicale, România, 7 Ed.,2001,399.
20. Laboratory Corporation of America. Directory of Services and Interpretive Guide. *Immunoglobulin IgG Index*, www.labcorp.com 2003. Ref Type: Internet Communication.
21. McPetersen, R.A, Pincus, M.R. *Cerebrospinal, Synovial and Serous Body Fluids*. In *Henry's Clinical Diagnosis and Management by Laboratory Methods*, Saunders Elsevier, 21-Ed, 2007,432.
22. Laboratory Corporation of America. Directory of Services and Interpretive Guide. *Oligoclonal Banding*, www.labcorp.com 2003. Ref Type: Internet Communication

UN CAZ DEOSEBIT DE TUBERCULOZĂ LARINGIANĂ

**Bidilean Nicolae¹, Bidilean Maria-Cristina², Bidilean Sînziana-Alexandra³,
Pallai Laszlo⁴**

¹medic primar ORL Spitalul Județean Satu Mare, ²studentă an VI UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca,

³studentă an III UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca, ⁴medic specialist pneumoftiziolog Spitalul Județean Satu Mare

Title: One uncommon larynx tuberculosis case

Abstract

The authors present a larynx tuberculosis case, with a dysphonia onset. The initial endoscopic aspect suggested ulcero–edematous chronical laryngitis. The diagnosis of pulmonary tuberculosis with secondary larynx tuberculosis was confirmed by subsequent investigations. The specific treatment against tuberculosis soothed the pulmonary lesions and healed the lesions of the larynx. We observed endoscopical the evolution of the larynx tuberculosis at the begining, during the treatment, and at the end of it.

Key words: dysphonia, ulcero-edematous chronical laryngitis, secondary tuberculosis, laryngial endoscopy.

Rezumat

Autorii prezinta un caz de tuberculoză laringiană a cărui simptom de debut a fost disfonia. Aspectul endoscopic inițial a sugerat o laringită cronică ulcero-edematoasă. Investigațiile ulterioare au confirmat diagnosticul de tuberculoză pulmonară cu laringită tuberculoasă secundară. Tratamentul specific antituberculos a dus la ameliorarea netă a leziunilor pulmonare și vindecarea leziunilor laringiene. A fost urmarită evoluția aspectului endoscopic laringian la începutul, mijlocul și sfârșitul tratamentului antituberculos.

Cuvinte cheie: disfonie, laringita cronică ulcero-edematoasă, tuberculoză secundară, endoscopie laringiană.

Introducere

Prezentăm cazul unui pacient care se prezintă la cabinetul ORL cu simptomatologia unei afecțiuni laringiene care, fiind investigat complex, s-a dovedit a fi o tuberculoză pulmonară cu determinări secundare laringiene.

Material și metode

Pacientului i s-a efectuat anamneza, examenul obiectiv pe sisteme și aparate, examen local ORL, endoscopie laringiană cu aparatul Optomic, sursă de lumină rece, tija endoscopică de 70 grade. La Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare s-au efectuat anamneza, examenul obiectiv, radiografii toracice față, profil, tomografii toracice, examen bacteriologic al sputei direct pentru BK și cultura.

Motivele prezentării pacientului la medic au fost: disfonie persistentă de 4 luni, dureri la deglutiție, tuse cu expectorație muco-purulentă, scădere în greutate 10 kg, apetit capricios, dispnee de efort. Din antecedentele eredocolaterale menționăm diabetul zaharat de tip II de care suferă mama pacientului. Din antecedentele personale, nu găsim date care să ne orienteze spre diagnostic, cu excepția unei perioade de 4 ani în care pacientul a lucrat ca miner în subteran. Pacientul este fumător, 30-40 țigări pe zi, consumul de alcool este ocazional, se alimentează corespunzător, iar membrii familiei sunt clinic sănătoși.

Istoricul bolii: pacientul afirmă că în urmă cu 4 luni, în urma unei "răceli" a rămas cu o disfonie, tuse seacă inițial, ulterior productivă. Nu s-a prezentat la medic, decât cu 2 săptămâni înaintea consultului ORL. În evoluție, disfonia se accentuează, apare disfagia, pacientul prezintă slăbire în greutate, apetit capricios, dispnee de efort.

Examenul clinic ne înfățișează un pacient astenic, cu facies emaciat, palid, disfonic, subfebril. Examenul ORL nu relevă date patologice rinosinusale, otice, arată în schimb o ușoară congestie a istmului orofaringian, sialoree, laringoscopia indirectă evidențiază o tumefiere masivă alb-gălbuie a epiglotei, plicilor ariepiglotice, a mucoasei aritenoidiene, a corzilor vocale, stază salivară în ambele sinusuri piriforme. Mobilitatea aritenoizilor în fonație și respirație este păstrată. Nu am decelat noduli la palparea regiunii cervicale. Endoscopia laringiană efectuată cu laringoscopul de 70 de grade confirmă aspectul descris la laringoscopia indirectă, la nivelul plicii ariepiglotice drept evidențiind leziuni ulcerative pe fondul alb-gălbui al mucoasei, noduli gălbui pe toata mucoasa laringiană.

În această etapă am suspiciat o afecțiune cronică laringiană și anume o laringită specifică și am cerut un examen ftiziologic în acest sens.

Examenul ftiziologic efectuat la Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare a arătat prin radiografia pulmonară opacități nodulo-infiltrative care ocupă $\frac{3}{4}$ superioare bilateral, mai mari superior (fig. 2). La examenul tomografic pulmonar la 5-7-9 cm, pe imaginile de 7 și 9 cm, superior drept se conturează mai multe imagini inelare de diferite mărimi, în stânga una de 4x6 cm, și mai multe mici ulceratii (fig. 3). Examenul sputei pentru BK: 3 probe sunt intens pozitive. Pacientul este diagnosticat cu tuberculoză pulmonară, forma cazeoasă, extinsă policavitar, bilateral, laringită tbc, BK pozitiv.

Pacientul a fost internat în Spitalul de Pneumoftiziologie și a urmat un tratament specific timp de 3 luni.

Am urmărit clinic și endoscopic leziunile laringiene și am constatat după 2 luni o reducere însemnată a tumefierii mucoasei epiglotei, a aritenoizilor, dispariția ulceratiilor de pe coroana laringiană (fig. 4). La 3 luni de tratament aspectul endoscopic al laringelui este normal, disfonia a dispărut, disfagia a dispărut, pacientul a crescut în greutate, starea generală este net ameliorată (fig. 5,6,7).

Considerații asupra cazului

Acest caz, prin complexitatea simptomatologiei (respiratorie, faringo-laringiană) a pus probleme în primul rând de diagnostic și în al doilea rând de diagnostic diferențial cu afecțiuni asemănătoare clinic și redutabile ca evoluție și prognostic.

Diagnosticul diferențial pe baza anamnezei și examenului obiectiv ORL și endoscopic se impune cu celelalte laringite cronice specifice: sifilitică, scleromul laringian, sarcoidoza cu afectare laringiană, actinomicoza laringiană, micozele laringiene, manifestările laringiene din dermatoze, amiloidoza laringiană. Diferențierea față de aceste afecțiuni se face în context clinic, epidemiologic, examinări de laborator (teste serologice VDRL, TPHA, examene bacteriologice din spută, examene micologice și culturi pe mediul Sabouraud, reacția Bordet-Gengou pentru scleromul laringian), biopsie cu colorație roșu de Congo pentru amiloidoză, biopsie cu examen histopatologic în caz de incertitudine a diagnosticului.

Laringitele cronice nespecifice: catarală cronică, pseudomixomatoasă, hipertrofică roșie, hipertrofică albă, necesită diferențiere prin examen bacteriologic, examen micologic al secrețiilor, fibroscopie, laringoscopie suspendată cu biopsie și examen histopatologic, explorări imunohistochimice.

Tumorile benigne și maligne laringiene necesită pentru diagnostic examinările menționate anterior, iar hotărâtoare este biopsia laringiană recoltată în anestezie generală prin laringoscopie suspendată și examen histopatologic.

O parte din afecțiunile amintite, au fost diferențiate prin examenul clinic laringoscopic și de laborator, iar evoluția favorabilă sub tratamentul specific antituberculos nu a impus efectuarea biopsiei laringiene și a examenului histopatologic. Vindecarea leziunilor laringiene în urma tratamentului tuberculostatic a confirmat diagnosticul de laringită tbc secundară.

Concluzii

Am considerat necesară prezentarea acestui caz din următoarele motive: dificultatea diagnosticului pozitiv, multitudinea de diagnostice diferențiale care intrau în discuție și care trebuiau excluse, lucru care implică multă muncă și timp, aportul însemnat al endoscopiei în evidențierea leziunilor laringiene, colaborarea deosebită cu specialitatea de Pneumoftiziologie în diagnosticul și rezolvarea terapeutică a cazului.

Referințe

1. Bacalbașa, A, Drăgulescu, AC, Chitac, M. *Diagnostic pozitiv și diferențial în ORL*, Editura MedicArt, Bucuresti, 2004,177-199
2. Van Cauwenberge, P. *Oto-Rhino-Laryngologie*, Omega Editions Gand, 1990,312-318



Fig. 1 Aspectul leziunilor laringiene la debut (arhiva proprie)

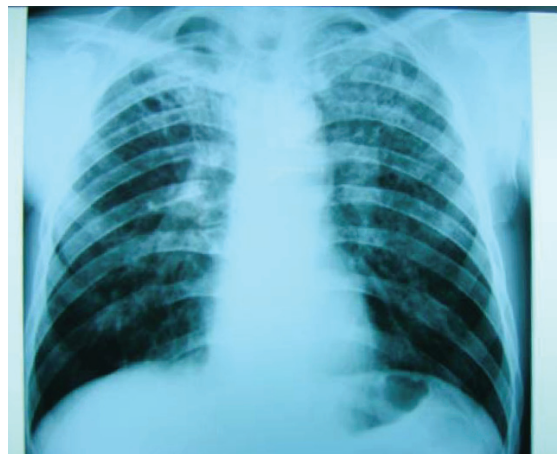


Fig.2 Radiografia pulmonară la internarea cazului

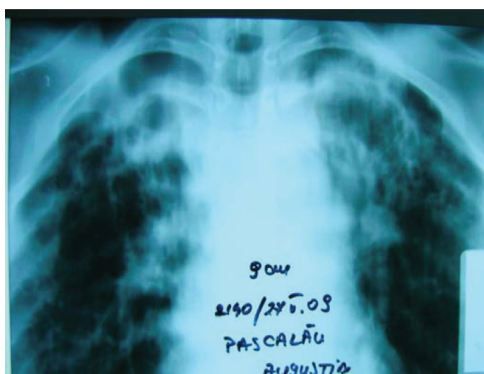


Fig.3 Tomografia pulmonară la internare

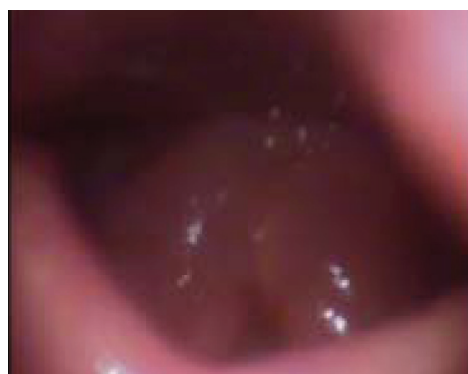


Fig.4 Aspectul laringelui după 2 luni de tratament (arhiva proprie)



Fig. 5 Aspectul laringelui după 3 luni de tratament (arhiva proprie)

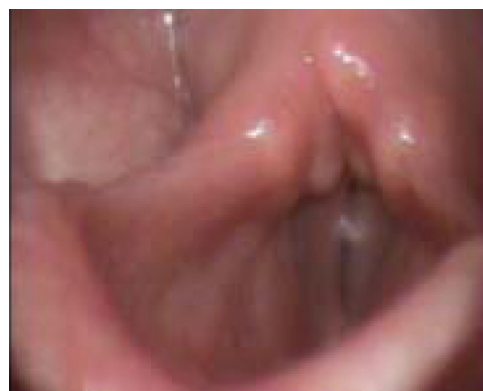


Fig.6 Aspectul laringelui după 3 luni de tratament (arhiva proprie)



Fig.7 Radiografia pulmonară după 3 luni de tratament (arhiva Spitalului de Pneumofiziologie)

LIMFANGIOM CHISTIC CERVICAL CU LOCALIZARE SUPERIOARĂ. CAZ CLINIC

Cornean Șanta Corina¹, Cornean Corina Iulia²

¹medic primar ORL, doctor în științe medicale, Spitalul Județean Satu-Mare, ²student UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

Title: Cervical Cystic Limfangioma with submandibular location. Clinical case.

Abstract: We present a rare cervical cystic limfangioma case with submandibular location, at a 40 years old male, which rise several possibilities of differential diagnosis, with exclusive surgical treatment, reside in completely excision.

Key words: cervical cystic limfangioma, differential diagnosis, surgical treatment.

Rezumat

Prezentăm un caz rar de limfangiom chistic cervical (LCC) cu localizare submandibulară, la un adult de 40 de ani, la care diagnosticul diferențial a ridicat mai multe posibilități, tratamentul fiind exclusiv chirurgical, cu excizia în totalitate a formațiunii.

Cuvinte cheie: limfangiom chistic cervical, diagnostic diferențial, tratament chirurgical.

Introducere în temă

Limfangiomul chistic cervical, este descris în literatura de specialitate ca o formațiune tumorală chistica latero-cervicală, de cele mai multe ori cu localizare inferioară, supraclaviculară și înapoia mușchiului sternocleidomastoidian. Alteori este localizat superior, subparotidian și înaintea mușchiului sternocleidomastoidian. Ambele forme pot ajunge la dimensiuni mari și pot deforma regiunea respectivă, sau pot determina compresia elementelor anatomice învecinate (de exemplu, compresia faringelui va determina disfagie, iar compresia larigiană va determina dispnee). Se descriu și forme totale, care ocupă regiunea latero-cervicală în întregime.

Limfangiomul chistic cervical este descris în literatură sub diferite denumiri: chist cervical, chisturi multiloculare, sau limfangiom chistic, fără a se face o deosebire între ele.

Date de embriologie

Sistemul limfatic derivă din sistemul venos, sub forma unor punji endoteliale, care se vor separa de vasul de origine pentru a forma un plex vecin. Coalescența acestui plex de origine venoasă realizează sacul limfatic primar. Se descriu doi saci limfatici primari: unul este sacul jugular, care în final se va vărsa din nou în sistemul venos de origine, și un altul retroperitoneal, care nu va rămâne legat de sistemul venos de origine și care va forma un sistem primitiv abdominal. Cele două sisteme sunt legate prin dezvoltarea secundară a canalului toracic și a mării vene limfatice. Acești doi saci primari

vor da naștere limfaticelor periferice și vor deveni ganglioni și vase limfatice. La nivel cervical vorbim deci despre sacul limfatic primar, jugular, situat între canalul toracic pe care îl colectează și vena jugulară internă în care se deschide. Sacul jugular se va transforma în ganglioni și vase limfatice periferice ale gâtului. Dacă dintr-o cauză oarecare, evoluția lui se oprește în stadiul de pungă, acesta va deveni mai târziu chist cervical, sau limfangiom chistic cervical.

Incidența LCC este rară, se descriu cazuri izolate și foarte puține.

Vârsta: LCC este o afecțiune mai frecventă la nou-născut (ipoteza congenitală neconfirmată). Frecvența scade la adulți, cazurile fiind foarte rare după 40-50 ani.

Sexul: se descrie predominanța la sexul masculin.

Anatomo-patologic pot fi:

- simple (capilare)
- cavernoase
- chistice: - uniloculare, biloculare sau multiloculare (ciorchine de strugure).

Debutul: au fost descrise cazuri în care tumefacția era prezentă de la naștere, după cum și cazuri în care formațiunea a apărut relativ recent (câteva luni).

Simptomatologie

LCC apare ca o formațiune tumorală laterocervicală inferioară sau superioară care deformează regiunea, tegumentul suprajacent având în cazurile necomplicate aspect normal.

La palpate sunt nedureroase, moi și au caracter fluctuant. La chisturile uniloculare senzația la palpate este de masă uniformă, lichidiană; la cele multiloculare lichidul poate fugi dintr-un chist în altul. Nu este reductibil prin palpate. Comprimarea venei jugulare (VJI) deasupra formațiunii tumorale nu reduce volumul acesteia, iar compresia dedesubtul formațiunii nu determină mărirea ei de volum. Efortul de tuse, plâns, manevrele de tip Valsalva, nu modifică volumul formațiunii. Nu este pulsatilă și nu transmite bătăile marilor vase ale gâtului.

Cazurile complicate pot prezenta semne de suprainfecție, caz în care semnele celsiene sunt prezente. De asemenea, pot fistuliza cu evidențierea orificiului fistulos la tegument, prin care se scurge lichid clar la început, apoi poate deveni purulent prin suprainfecție.

Evoluție

În evoluție se pot constata regresii spontane, parțiale, cu revenirea ulterioară la volumul inițial. Ombredanne consideră ca variabilitatea volumului ar fi un semn patognomic pentru LCC. Ele pot crește în dimensiuni, cu deformarea regiunii cervicale.

Se pot suprainfecta mai ales dacă sunt punționate, după cum pot fistuliza la tegument.

Se pot transforma lipomatos sau scleromatos. Degenerarea malignă nu este demonstrată.

Tratament

Tratamentul conservator nu este eficient: s-a încercat evacuarea conținutului lichidian, dar se reface ulterior. Injecțiile sclerozante pot deveni periculoase dată fiind posibilitatea comunicării cu circulația sanguină.

Singurul tratament eficient este cel chirurgical, cu excizia formațiunii.

PREZENTARE DE CAZ

Bolnavul T. D. de 40 ani, mediu urban, se internează pentru o tumefacție latero-cervicală superioară, localizată submandibular dreapta.

AHC - nu au relevanță

APP: bolnavul a avut TBC pulmonar în antecedente, fiind internat în spitalul de pneumoftiziologie în 2001. De asemenea bolnavul a suferit o intervenție chirurgicală la nivelul stomacului.

Din istoricul bolii reținem debutul afecțiunii în urmă cu 4 luni prin apariția fără o cauză evidentă a unei formațiuni tumorale latero-cervicale dreapta, superioară, nedureroasă și cu aspect palpatoric fluctuant. Se prezintă la serviciul de pneumoftiziologie, unde se efectuează un control constând din radioscopie pulmonară și recoltarea de spută pentru BK. Ulterior este trimis în serviciul ORL.

Examenul clinic general: aspect astenic, cicatrice la nivelul regiunii epigastrice, examenul clinic pe aparate și sisteme fiind în limite normale.

Rinoscopie anterioară: mucoasa nazală de aspect normal.

Rinoscopia posterioară simplă și cu ridicare de văl palatin pentru vizualizarea corectă a cavumului nu evidențiază modificări la nivelul acestuia.

Bucofaringoscopie, laringoscopie, otoscopia, fără modificări.

Acumetria fonică și instrumentală, examenul aparatului vestibular, examenul nervilor cranieni, în limite normale.

Examenul local al formațiunii tumorale: la nivelul regiunii latero-cervicale drepte, în regiunea submandibulară (subparotidiană), se evidentiază o formațiune tumorală de aproximativ 3,5/2,5 cm, mobilă în raport cu planurile superficiale și profunde, nedureroasă, moale la palpare, având caracter fluctuant. Tegumentul suprajacent este de aspect normal. Formațiunea nu își modifică volumul la compresia sub VJI și nu este reductibilă; nu își modifică volumul la efortul de tuse, nu este pulsatilă și nu transmite bătaile marilor vase ale gâtului.

Examinările paraclinice de laborator: VSH 4-10, Hemoleucograma normală: leucocite 5740/mmc, hematocrit 16,2%, hemoglobină 46,9g%, trombociti 347.000/mmc, timp de sângerare 3 minute, timp de coagulare 7 minute, glicemia 89,39 mg%, creatinina 0,99mg/dl, exudat faringian-floră normală, examen de urină negativ, sediment: rare leucocite.

Alte examinari:

Examen pneumoftiziologic (reluat): radioscopia pulmonară: micronoduli de intensitate supracostală superior bilateral, sechele TBC. S-a recoltat spută pentru BK (care a fost ulterior negativă).

Ecografia formațiunii tumorale: latero-cervical, submandibular drept, se vizualizează o imagine nodulară de 35/40mm, de ecogenitate scăzută, cu aspect de adenopatie (cu conținut lichidian) (fig.1).

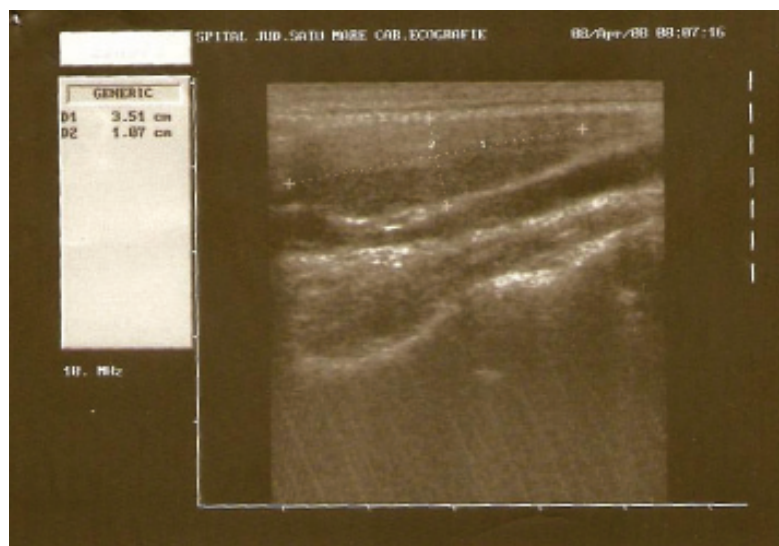


Fig. nr.1

Endoscopia foselor nazale și endoscopia cavumului: fără modificări.

Diagnostic pozitiv: pe baza examinărilor clinice și paraclinice efectuate s-a interpretat cazul ca o formațiune chistică latero-cervicală. S-a evitat puncționarea formațiunii.

Diagnosticul diferential a reprezentat o problemă complexă; au trebuit diferențiate în primul rând adenopatiile de diverse alte etiologii.

1. Adenopatia

1.1 Adenopatia de tip inflamator:

1.1.1 Adenopatia inflamatorie nespecifică

- acută: s-a exclus, dată fiind lipsa semnelor inflamatorii acute locale (tegument de aspect normal, lipsa durerii locale, mobilitatea prezentă). Testele de laborator nu indică o inflamație acută.

- cronică: s-a exclus (aparitia relativ recentă, lipsa semnelor clinice și paraclinice de inflamație).

1.1.2 Adenopatia inflamatorie specifică: în principal adenopatia de etiologie TBC, a fost exclusă prin efectuarea examenului pneumoftiziologic; examenul histopatologic confirmând postoperator acest lucru.

1.2. Adenopatia tumorală metastatică (neoplazică), care se caracterizează prin duritate la palpare, lipsa durerii și în general fixarea la tegument sau la planurile profunde, fără caracter fluctuant. Trebuia exclusă o adenopatie metastatică în care tumora primară ar fi putut fi la nivelul amigdalei sau al cavumului, motiv pentru care s-a efectuat explorarea atentă a acestor zone. Dacă amigdala este abordabilă prin examenul clinic direct (bucofaringoscopie), pentru explorarea cavumului am utilizat ridicarea de vâl și endoscopia cavumului. Având în vedere antecedentele gastrice ale bolnavului a trebuit exclusă și o posibilă adenopatie metastatică de la o formațiune tumorală la distanță (stomac), posibilitate exclusă în principal prin localizarea superioară a formațiunii (adenopatie submandibulară).

1.3. Adenopatia din hemopatii: în general sunt multiple, nedureroase inițial, ferme la palpare, nu prezintă fluctuență și în timp pot prezenta aderență la planurile învecinate. Se însoțesc de modificări hematologice caracteristice.

2. Chist congenital (brahial, amigdaloid, dermoid): localizat pe marginea anterioară a mușchiului sternocleidomastoidian și la care este caracteristică deplasarea cu laringele în deglutiție.

3. Laringocel extern: tumoră laringiană cu conținut gazos (aer), care își mărește dimensiunile la efort vocal sau de tuse. La percuție prezintă o sonoritate aeriană.

4. Flebectazia venei jugulare interne: tumora își modifică volumul la efort de tuse, manevra Valsalva și compresiune, este pulsatilă și transmite pulsațiile marilor vase (ACC).

5. Diverticul Zenkel

6. Lipom

7. Tumori parotidiene

8. Tumori de glomus carotidian

9. Alte tumori parafaringene (tumori nervoase, chemodectom, anevrism posterior de arteră carotidă externă)

Tratamentul a fost chirurgical, efectuându-se cervicotomie cu excizia în totalitate a formațiunii tumorale, fără a se goli conținutul acesteia. Intervenția s-a efectuat în anestezie locală, cu decolarea de pe vasele mari a formațiunii (artera carotidă la nivelul bifurcației, care a rămas evidențiată în plaga operatorie) și drenajul plăgii operatorii. În evoluția postoperatorie a prezentat o tumefiere a regiunii în dreptul inciziei, prin formarea unui serom care a fost evacuat a 3-a zi postoperator prin scoaterea a două din firele de sutură la piele. Ulterior evoluția a fost favorabilă, cu scoaterea firelor la 7 zile și închiderea per secundam a regiunii de drenaj a seromului.

Examenul histopatologic din formațiune a evidențiat prezența de lichid filat în interior, structura fiind de ganglion limfatic cu colesteroliză la nivelul medularei (ocupată în totalitate de cristale de colesterină), capsula organului fiind intactă, fără leziuni tumorale în materialul examinat.

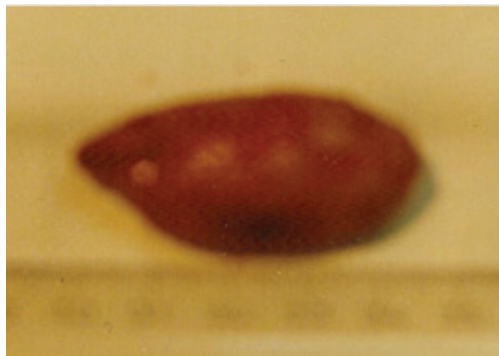


Fig. nr. 2

Discuții

Cazul prezentat este cel al unei formațiuni tumorale chistice latero-cervicale cu localizare superioară.

Diagnosticul pozitiv de formațiune chistică s-a bazat pe aspectul clinic al formațiunii și pe examenul ecografic, care a evidențiat structura de nodul limfatic cu ecogenitate scăzută, corespunzătoare conținutului lichidian.

Examenul histopatologic a evidențiat conținutul lichidian și structura de tip limfatic al formațiunii. Diagnosticul diferențial a fost de asemenea o problemă complexă, având în vedere în principal antecedentele de TBC ale bolnavului, trebuind exclusă o adenopatie de etiologie TBC. De asemenea trebuia exclusă posibilitatea de a fi o adenopatie metastatică, fie de la o tumoră din sfera ORL (în principal amigdală sau cavum), diferențierea făcându-se pe baza examenului clinic și endoscopic; fie de la o formațiune tumorală la distanță (având în vedere afecțiunea gastrică preexistentă).

Concluzii

LCC este o formațiune tumorală cu conținut lichidian, organizat pe seama sacului limfatic cervical jugular, care în loc să se transforme în ganglioni limfatici și vase limfactice, se oprește în dezvoltare în stadiul de pungă.

Poate să apară la copil sau la adult și evoluează progresiv, deformând regiunea cervicală.

Cazul prezentat este cel al unui adult la care formațiunea a apărut în urmă cu 4 luni, având o localizare superioară, submandibulară, subparotidiană.

Diagnosticul pozitiv: formațiune chistică latero-cervicală de etiologie limfatică (examenul ecografic și examenul histopatologic postoperator).

Diagnosticul diferențial a fost în principal cu cel de adenopatie TBC și adenopatie metastatică, având în vedere antecedentele bolnavului.

Tratamentul a fost exclusiv chirurgical, cu excizia formațiunii tumorale în totalitate.

Referințe

1. Anghelide, R, Sbenghe-Tetu, L. *Aspecte de Oto-Rino-Laringologie*, Ed. Medicală, București, 1986,188.
2. Paunescu-Podeanu, A. *Bazele pentru practica medicală*, Vol. II, Ed. Medicală, București, 1990,585.
3. Popescu, L, Popescu, RC, Bleotu, C, Welt, L, Popa, I, Constantinescu, I. *Adenopatii satelite carcinoamelor faringiene și cavității bucale*, Revista Română de ORL, Vol. XXVIII,3,2006,241.
4. Sarafoleanu, D, Sarafoleanu, C. *Compendiu de ORL*, Ed. Național, București, 1997,332.
5. Șuțeanu, St, Proca, E, Stamatoiu, I, Dimitrescu, A. *Diagnosticul și tratamentul bolilor interne*, Ed. Medicală, București, 1982,178.

**BOALA STILL A ADULTULUI ȘI POLIATRITA REUMATOIDĂ.
OBSERVAȚIE CLINICĂ ASUPRA UNUI CAZ****Virag Tiberiu¹**¹CMI, medic specialist medicina familiei**Title: Still Disease at adult and Rheumatoid Poliarthritis. Clinical case.**

Abstract: I present a more rare case of Still Disease at a 49 years old female, which put uncertainty on differential diagnosis, with insidious debut and minor changes at the small joints.

Key words: Still Disease, Rheumatoid Poliarthritis, swing fever, rash, anaemia.

Rezumat: Prezint un caz mai rar de boală Still la o persoană de sex feminin de 49 ani, care a pus probleme de diagnostic diferențial, debutând insidios, cu modificări minore la nivelul articulațiilor mici.

Cuvinte cheie: boala Still, poliartrită reumatoidă, pusee febrile, erupție tegumentară, anemie.

Introducere

Boala Still este o afecțiune asemănătoare poliartritei reumatoide, cu debut înainte de vârsta de 17 ani, care afectează în primul rând sexul feminin [5]. Sinovita care persistă cel puțin șase săptămâni este criteriul esențial de diagnostic [5]. Boala poate apare mai rar și la adult ca în cazul nostru, dar pune probleme de diagnostic diferențial cu leucemia sau limfomul, boala intestinală inflamatorie sau afecțiuni infecțioase cronice (boala Lyme).

Istoricul bolii: debut insidios în ianuarie 2009 cu modificări minore la nivelul articulațiilor mici, apoi febră înaltă 38,7°C, erupții tegumentare morbiliforme maculopapulare în jumătatea superioară a toracelui, fața anterioară a coapselor, limfadenopatie laterocervicală și angină eritematoasă. S-a interpretat cazul ca un lupus eritematos, vasculită alergică, dar care nu a răspuns la tratamentul cu AINS, antibiotice și corticoterapie, având o evoluție ondulantă.

Examinările paraclinice: IgG 593 (VN 700-1600), VSH 66mm/h (VN 1-20), fibrinogen 674,5 mg/dl (VN 200-400), anticorpi antinucleari negativi, anticorpi antiproteinază 3 negativ, complement C4 57 mg/dl (VN 10-40), proteina C reactivă CRP 12 mg/l (VN < 6).

În urma examinărilor paraclinice se suspectează o poliartrită reumatoidă, motiv pentru care pacienta se internează la Clinica de Reumatologie Cluj Napoca, unde se pune diagnosticul de boala Still a adultului, în observație. Pe perioada internării, pe baza examinărilor clinice, paraclinice, radiologice, ecografice, biologice (sindrom inflamator, feritina crescută), splenomegalie, s-a instituit tratament cu prednisonum 20 mg/zi în asociere cu hidroxiclochină, 2x200 mg/zi, tratament antibiotic cu amoxicilină cu acid clavulanic 2x1 g/zi, paracetamol cu pseudoefedrină 3x1 cp/zi, vitamina C 1 g/zi.

În februarie 2009, pacienta revine la control la Clinica din Cluj Napoca și pe baza examinărilor clinice și paraclinice efectuate se stabilește diagnosticul de boala Still a adultului și poliartrită reumatoidă, se instituie tratament de lungă durată cu hidroxiclorochină 2x200 mg/zi, colchicină 1 mg/zi, prednison 3x5mg/zi.

După două luni probele biologice arată: exudat faringian negativ, CRP 6 mg/l, GOT 65,3 U/l (VN < 32), GPT 45,3 U/l (VN < 31) trombocite 109.000/μl (VN 150-450.000), VSH 56 mm/h.

În iunie 2009, la controlul ambulator, pacienta prezintă: VSH 96 mm/h, CRP 9 mg/l, AST 35,4 U/l, Hb 10,5 g/dl și se introduce în tratament metotrexat 5 mg/săptămână, prednison 15 mg/zi, hidroxiclorochină 2x200mg/zi, urmând o creștere a metotrexatului la 10 mg/săptămână în săptămâna a doua, apoi la 15 mg/săptămână, în săptămâna a treia, acid folic 3x1 cp/zi, 3 zile/săptămână în zilele fără metotrexat, pentoxifilină 2x400 mg/zi.

Deoarece la controlul în ambulator a prezentat o erupție "salmon pink" pe fața externă a brațului drept și erupție papulară cu baza eritematoasă intens pruriginoasă la nivelul toracelui anterior, submamar, interpretată de dermatolog ca o eczemă cronică lichenificată, s-a interpretat ca un fenomen Raynaud; pentru eczema cronică se instituie tratament cu fluconazol, mometasonă și metilprednisolon local.

În iulie 2009 pacienta se prezintă la cabinetul meu pentru o erupție eritematoasă de aspect eczematizat pe toracele anterior, antebraț, ambele gambe (foto 1,2) și la nivelul scalpului, pruriginoase.



Foto 1



Foto 2

Examinările paraclinice arată o hipoalbuminemie 48,8 % (VN 52-68), gammaglobulinele 25,5 % (VN 11-21), IgG 825 (VN 700-1600), IgE 94,4 (VN < 100), VSH 38 mm/h.

Pe baza examenului clinic, paraclinic și antecedentelor am interpretat erupția eczematiformă ca fiind secundară tratamentului medicamentos, motiv pentru care s-a sistat tratamentul anterior și am trecut la detoxifiere prin administrarea de antialergice, diuretice și perfuzii cu hepatoprotectoare, evoluția fiind favorabilă, pruritul dispărând, eczema retrăgându-se în proporție de 90 % (foto 3,4).

Starea generală s-a ameliorat, tratamentul extern al tegumentelor a fost realizat prin aplicarea de uleiuri naturale (cătina, in), iar ca și tratament antiinflamator am folosit betametazonă o fiolă pe săptămână, combinată cu etoricoxib 120 mg/zi, urmând ca în luna septembrie să se prezinte la clinica de reumatologie Cluj Napoca pentru o nouă evaluare.

Concluzii

În cazul sindroamelor febrile prelungite fără etiologie precizată, după excluderea unui proces infecțios cronic sau al unei boli canceroase, ne putem gândi și la boala Still, ca și precursora a poliartritei reumatoide.

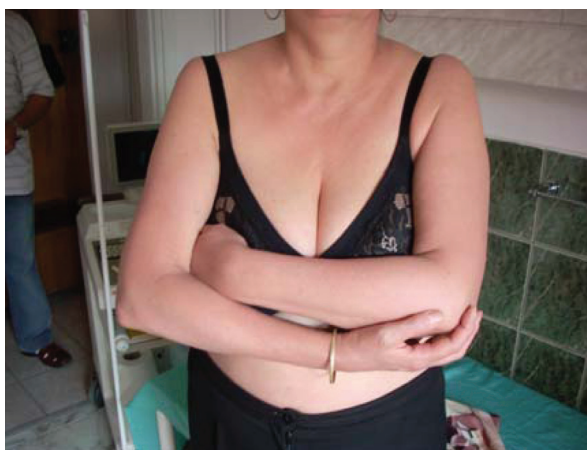


Foto 3



Foto 4

În cazul prezentat am observat o evoluție ciclică a bolii Still și a poliartritei reumatoide, cu perioade de remisie și exacerbări, cu intoleranță la imunosupresoare de tip metotrexat.

Se impune reeducarea funcțională prin tehnici de kinetoterapie și ergoterapie, asociată cu agenți fizici, masaj, balneoterapie [1].

Rolul medicului de familie este suspiciunea afecțiunii, cu îndrumarea spre investigațiile necesare, supravegherea evoluției, prevenirea complicațiilor, evaluarea rezultatelor terapeutice, depistarea reacțiilor adverse, adaptarea tratamentului la particularitățile pacientului, precum și colaborarea cu specialiștii de profil.

Referințe

1. Restian, A. *Bazele medicinei de familie*. Ed. Medicală, București, 2003,481-488
2. American College of Rheumatology and ad hoc committee. *Clinical Guidelines for the management of Rheumatoid Arthritis*, Rheum, 1966,39:713-722
3. American College of Rheumatology. *Position statement. Metotrexate*, Council on Rheumatologic, CAR,1991:5-20
4. Colegiul Medicilor din România. *Ghiduri de practică medicală*, vol I, Ed. Info Medica, 2002,237
5. McTierney, L, McPhee, S.I, Maxine, A, Papadakis, A. *Diagnostic și tratament în practica medicală*, Ed. internațională, McGraw Hill, 2001,676-682

Profesor Dr. Iuliu Hațieganu (1885-1959)



*Profesorul Iuliu Hațieganu, a fost un eminent elev al școlii de medicină din Clujul care aparținea în acea vreme Imperiului Austro-Ungar. Profesorul său, **Zsigmond Purjesz**, în 1909, trecând peste orice considerente, îl numește preparator, apoi asistent și îl socotește urmașul său de drept la conducerea clinicii. În 1918, conduce delegația medicilor și studenților în medicină români, la Marea Adunare Națională din 1 Decembrie, de la Alba Iulia. Este un organizator asiduu și entuziast al Universității românești din Clujul reîntregit și al Facultății de Medicină. La 33 de ani este primul profesor de clinică medicală al Universității și primul decan al Facultății de Medicină din Cluj. Este ales rector al Universității în două legislaturi (1930-1931) și apoi, în refugiu, la Sibiu, în perioada 1941-1944. A creat o importantă școală de medicină internă care a umplut orașele Transilvaniei cu medici de o exemplară pregătire profesională și a format o pleiadă de profesori universitari (18) care au activat atât în Cluj, cât și în celelalte centre universitare (București, Timișoara). În 1948 este eliminat brutal din Universitate și din Clinică și i se stabilește domiciliu forțat. O întâmplare care atestă bunul plac sub incidența căruia se desfășurau evenimentele acelor vremi, a dus la reintegrarea în învățământ (1952), apoi la acordarea titlului de medic emerit (1954), de membru titular al Academiei (1955) a celui care, cu câțiva ani înainte, a fost considerat reactionar și profascist. Secretarul general al PCR, Gheorghe Gheorghiu-Dej, era în convalescență după o pneumonie și se discuta dacă este oportună sau nu participarea sa la o Conferință organizată la Moscova. Cum părerile erau contradictorii, a fost chemat în consult și Profesorul Hațieganu. Prudent cum era, l-a sfătuit pe Dej să nu participe la conferință, dat fiind caracterul recidivant al pneumoniei. Dej l-a ascultat și în locul lui a plecat Grigore Preoteasa. Avionul spre Moscova s-a prabușit și toți pasagerii au murit. Dej, care, neplecând, a scăpat cu viață, i-a rămas recunoscător Profesorului Hațieganu și l-a repus în drepturi.*

