

2. Schemele de tratament interferon-free au o rată mică de complicații hemoragice, prezintă un RVS >90% și pot fi utilizate la pacienții cu VHC și trombocitopenie.

3. Eradicarea virusului C este una dintre strategiile importante pentru combaterea trombocitopeniei la persoanele cu VHC.

4. Analogii de trombopoietină s-au dovedit a fi eficienți pentru corijarea trombocitopeniilor induse de VHC.

5. Studiile efectelor de durată ale schemelor de tratament interferon-free și ale consecințelor extrahepatice sunt încă în desfășurare.

## Bibliografie

1. Sumit Dahal et al. *Thrombocytopenia in Patients with Chronic Hepatitis C Virus Infection*. In: *Mediterr. J. Hematol. and Infect. Dis.*, 2017, nr. 9(1).
2. Wang H. et al. *The prevalence and impact of thrombocytopenia, anaemia, and leucopenia on sustained virological response in patients receiving hepatitis C therapy: evidence from a large real world cohort*. In: *Eur. J. Gastr. Hepatol.*, 2016, nr. 28(4), p. 398-404.
3. Feld JJ. et al. *Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5 and 6 Infection*. In: *N. Engl. J. Med.*, 2015, nr. 31, p. 373.
4. Foster GR. et al. *Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 2 and 3 Infection*. In: *N. Engl. J. Med.*, 2015, nr. 17, p. 373.
5. Olaru M., Olaru C., Olteanu D. *Thrombocytopenia in Chronic Hepatitis C*. In: *J. Gastrointestin. Liver. Dis.*, 2010, vol. 19, nr. 4, p. 381-385.

CZU 616.24-008.47:616.27-006.2.03

## DISPNEEA ASOCIATĂ

### MASEI MEDIASTINALE LA ADULT

Marta DOGOT<sup>1</sup>, Natalia CAPOȘ<sup>1</sup>,  
Sergiu MATCOVSCHI<sup>1</sup>, Tatiana DUMITRAȘ<sup>1</sup>,  
Eudochia ȚERNA<sup>1</sup>, Olga CORLĂTEANU<sup>1</sup>,  
Svetlana ȘVEȚ<sup>2</sup>, Ana POPA<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>IP USMF Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>Spitalul Clinic Municipal Sfânta Treime

## Summary

### *Dyspnea associated with mediastinal masses in adult*

*The aim consisted of the description of a rare clinical case with mixed dyspnea and mediastinal tumor diagnosed in an adult male in the "Saint Trinity" the Municipal Clinical Hospital. Clinical, paraclinical, radiological, computer tomography results confirmed the diagnosis of teratoma cystic tumor of the right anterior middle-lower mediastinum, dimensions 15x14 cm, with infiltration of the lateral wall of the right atrium as associated with anemia. In this case, the patient refused surgery for tumor resection, although he developed atelectasis symptoms. In conclusion, mediastinal masses are rare causes of dyspnea, require a differential diagnosis with long-term clinical and radiological follow up.*

## Introducere

Dispneea este un semn clinic ce include în diagnosticul diferențiat un complex de stări patologice acute sau cronice, cu perturbări ale permeabilității bronhice, limitarea fluxului de aer fiind un indicator al ventilației inadecvate sau a insuficienței de oxigen în sângele circulant. Alături de bronhopneumopatia cronică obstructivă, astmul bronșic, embolismul pulmonar, bronșiectaziile și tuberculoza, șocul anafilactic, angorul pectoral, insuficiența cardiacă congestivă, masele tumorale ale organelor cutiei toracice intră în diagnosticul diferențiat în caz de dispnee.

Scopul studiului a constat din descrierea unui caz clinic destul de rar cu dispnee mixtă și tumoră mediastinală masivă, diagnosticată la un bărbat adult.

## Material și metode

Pacientul G. de 80 ani a fost internat în stare generală de gravitate medie, cu acuze la dispnee mixtă la efort fizic moderat, istoric de febră de grad scăzut (subfebrilitate până la 37,3°C), asociată cu tuse și ușoară durere toracică prelungită (>30 min) compresivă, tuse uscată periodică, palpitații cardiace. Durerea a fost menționată la nivel retrosternal, ce se intensifică la respirație și efort. Tegumentele sunt palide, curate; semnele vitale – normale, cu un nivel de saturație a oxigenului de 90%. Examinarea fizică a relevat, auscultativ în pulmoni raluri sibilante pe toată aria pulmonară. Limfadenopatie periferică nu s-a constatat. Zgomotele cardiace ritmice, sonore, cu FCC=84 b/min; TA = 120/80 mmHg; abdomenul la palpate moale, indolor, fără semne peritoneale.

Din istoricul actualei boli, pacientul este cunoscut cu o formațiune masivă a mediastinului anterior, prima dată fiind documentat la vârsta de 58 de ani. Este urmărit planificat, în termen lung, clinic și radiologic. Neagă prezența tuberculozei pulmonare. Din antecedentele patologice se știe că suferă de angor pectoral de efort, clasa funcțională II. Pacientul a fost investigat conform protocoalelor clinice naționale.

## Rezultate obținute

Investigațiile paraclinice au pus în evidență un sindrom anemic pronunțat (Hb 38 g/l), pacientul fiind diagnosticat cu anemie B12 deficitară, anizocitoză, poikilocitoză, hipocromia eritrocitelor și VSH accelerat în ultimii doi ani. Medulograma, puncția sternală și trepanobiopsia osului iliac nu au evidențiat eritroblastoze/hemoblastoze. Irigoscopic s-au determinat semne de colită spastică. Alfa-fetoproteina și β-gonadotropina corionică umană erau în limitele normei. La ECG s-a detectat ritm sinuzal, FCC

= 74 b/min; AEC deviată spre dreapta. Bloc fascicular anteriosuperior; bloc de ram drept al fascicului Hiss și semne de hipertrofie a ventriculului drept.

Radiografia cutiei toracice a pus în evidență o opacitate masivă cu dimensiunile 15×14 cm, de intensitate subcostală în pulmonul drept S3, S4, S5, parahilar, confluentă cu hilul pulmonar drept. Sinusurile erau libere. Pe o serie de radiografii ale cutiei toracice din 2008-2016 s-a determinat că tabloul radiologic era caracteristic pentru o formațiune benignă a mediastinului anterior, cu creștere lentă.

Tomografia computerizată fără contrast a toracelui și mediastinului a detectat: micșorarea importantă al dimensiunilor câmpului pulmonar pe dreapta din contul atelectaziei lobului mediu a pulmonului drept; proces tumoral central, cu o creștere infiltrativă, peribronșială și condensare pulmonară avansată, localizată în lobul mediu (S4,S5) și lobul superior (S3 parțial pe dreapta), de dimensiuni y 11,0×9,1×13,0 cm, cu densitatea de la +3 UH până la +57 UH, cu structură neomogenă, mixtă, cu multiple calcifieri periferice; cu mass effect ușor asupra mediastinului adiacent; cu amputarea bronhiilor segmentare (a segmentului S5, parțial S4, S3); revărsat pleural bilateral cu grosimea stratului pe stânga – 1,7 cm, pe dreapta – 0,8 cm; cu extindere în scizura interlobară și formarea unei colecții lichidiene închistate în proiecția segmentului S6, cu dimensiuni de 5,1×2,2 cm, cu densitatea+18 UH; accentuarea desenului pulmonar din contul componentului bronhovascular hilobazal bilateral; hilii pulmonari: pe dreapta – omogenizat, infiltrate superomedial; pe stânga – accentuat, structurat; bronhiile principale se vizualizează fără particularități; cordul ușor deplasat spre dreapta; ganglionii limfatici mediastinali: paratraheali pe dreapta – 1,4 cm; de bifurcație pe dreapta – 1,6 cm; perivasculari pe stânga – 1,3 cm; subcarinari – 1,2 cm.

*Tomografia computerizată a toracelui și a mediastinului fără contrast*



**Concluzie:** semne pentru cancer pulmonar pe dreapta. Limfadenopatie mediastinală. Revărsat

pleural bilateral. Lichid închistat periscizural S6 pe dreapta.

Fibroesofagoduodenoscopia și tomografia computerizată abdominală au exclus presupunerea oncopatologiei organelor cavității abdominale.

Așadar, rezultatele clinice, paraclinice, radiologice, tomografia computerizată au fost în concordanță cu diagnosticul de tumoră (teratom chistic) a mediastinului anterior mediu-inferior pe dreapta, cu dimensiunile 15×14 cm, cu infiltrarea peretelui lateral al atrului drept, asociată cu anemie mixtă (ferodeficitară, B12-deficitară, paraneoplazică); CP mixtă (ischemică, dismetabolică); angor pectoral de efort CF II. IC gradul II NYHA.

Tratamentul administrat a inclus: vasodilatatoare, antibiotice, transfuzie de concentrate eritrocitare și cianocobolamină 1000 μg/zi. Consiliul format din echipa de oncopulmonologi, a recomandat tratamentul chirurgical al teratomului chistic, care a fost refuzat de către pacient.

## Discuții

Masele mediastinale acoperă un spectru histopatologic și radiologic larg. Diagnosticul diferențial în masele mediastinale anterioare constă în excluderea a 4 "T's" (limfadenopatie teribilă, tumori timice, teratom, masă tiroidiană) și anevrism aortic, chist pericardic. Cele mai frecvente leziuni întâlnite în mediastin sunt: timomul, tumorile neurogenice și chisturile benigne, reprezentând 60% din pacienții cu mase mediastinale [2].

În Republica Moldova, conform datelor *Registrului de cancer*, tumorile mediastinale constituie 0,1%, inclusiv cele maligne – 0,07%. La adulți, cel mai frecvent tip al tumorilor mediastinale sunt tumorile neurogene (21%), urmate de tumorile timusului, (19%), diferite tipuri de limfoame (13%), tumori germinogene (10%). Teratoamele (din greacă *terato* însemnând „monstru” iar *onkoma* – „tumefiere”) și alte tumori ale celulelor germinale sunt neoplasme relativ comune. Cele mature sunt asimptomatice și reprezintă 60–70% din toate tumorile de celule germinale mediastinale. Pot avea localizări gonadale dar și extragonadale. Localizarea anumitor tipuri tumorale depinde de vârsta pacientului. Majoritatea tumorilor maligne produc markeri care pot fi măsurați. Se consideră că sunt congenitale, deși cele mici sunt descoperite tardiv în timpul vieții [5].

Teratoamele mediastinale produc simptome nespecifice (în special tuse cronică, dispnee și wheezing sau stres respirator sever, din cauza comprimării căilor respiratorii), când ajung la dimensiuni mari, sau se pot rupe în plămân și arborele bronșic, spațiul pleural, pericardic sau erodează vasele mari

[3]. Atunci când tumora este mare, există simptome tipice pentru comprimarea organelor: disconfort toracic mediastinal și dispnee, ca în cazul nostru.

### Concluzie

Masele mediastinale sunt cauze rare ale dispneei, impun un diagnostic diferențial, desfășurat cu supraveghere clinică și radiologică pe termen lung.

### Bibliografie

1. Paliwal N., Gupta K., Dewan R.K., Mullick S. *Adenocarcinoma (somatic-type malignancy) in mature teratoma of anterior mediastinum*. In: Indian J. Chest. Dis. Allied. Sci., 2013; nr. 55, p. 39-41.
2. Prepeșița C., Salamatov S., Doruc S. et al. *Tumorile mediastinale maligne. Protocol clinic național 177*. Chișinău, 2012.
3. Lee Y.H., Hsieh S.C., Chern M.S., Chan W.P., Yu C. *Ruptured mediastinal teratoma mimicking a lung parenchyma lesion*. In: Chin. J. Radiol., 2006; nr. 31, p. 177-181.
4. Takahashi M., Okumura N., Matsuoka T., Yamashina A., Nakano J., Kameyama K. *Teratoma with naturally occurring malignant transformation in a child*. In: Ann. Thorac. Cardiovasc. Surg., 2011; nr. 17, p. 588-590.
5. Tomiyama N. et al. *Anterior mediastinal tumors: diagnostic accuracy of CT and MRI*. In: Eur. J. Radiol., 2009; nr. 69, p. 280-288. doi: 10.1016/j.ejrad.2007.10.002.

CZU 616.25-003.219

### PNEUMOTORACELE PE STÂNGA

Tatiana DUMITRAȘ<sup>1</sup>, Sergiu MATCOVSCHI<sup>1</sup>, Cornelia GUȚU-BAHOV<sup>1,2</sup>, Eudochia ȚERNA<sup>1</sup>, Lucia GÎRBU<sup>3</sup>,  
<sup>1</sup>IP USMF Nicolae Testemițanu,  
<sup>2</sup>IMSP SCM Sfânta Treime

### Summary

#### Left-sided pneumothorax

*Pneumothorax caused by esophageal rupture is a rare, but a life-threatening condition. We reported a clinical case of atypical presentation of esophageal rupture.*

### Introducere

Pneumotoracele reprezintă o complicație frecventă a emfizemului bulos, mucoviscidozei, tuberculozei, pneumoniei abcedate. Printre cauzele rare se numără și ruptura esofagiană.

### Material și metode

Analiza retrospectivă a cazului pacientului spitalizat în secția de terapie intensivă a SCM Sfânta Treime.

### Rezultate obținute

Pacientul X., 44 de ani, spitalizat în mod urgent cu șoc hipovolemic, survenit după vome repetate. După o ameliorare aparentă, starea pacientului s-a

agravat la a 3-a zi de spitalizare, cu apariția dispneei, durerilor retrosternale, cianozei, hipoxiei cu SatO<sub>2</sub> 80%. Radiografia toracelui la a 3-a zi a pus în evidență pleurezie bilaterală și pneumotorace pe stânga.

Drenarea cavităților pleurale a relevat piotorace pe dreapta (cultura pozitivă pentru *Streptococcus pyogenes*) și hidropneumotorace pe stânga (drenat după Bulau). Lipsa dinamicii clinice și radiologice pozitive a pneumotoracelui a sugerat existența rupturii esofagiene, confirmată la FEGDS. În pofida tratamentului chirurgical intensiv, la a 13-a zi a survenit decesul pacientului prin complicații septice și insuficiență multiplă de organe.

### Concluzie

Ruptura esofagiană este o cauză rară a pneumotoracelui. Fiind amenințătoare pentru viață, ruptura esofagiană necesită o diagnosticare timpurie, în pofida prezentării clinice atipice.

CZU 616.72-002.1-022.9:616.995.121-07

### DIFICULTATEA DIAGNOSTICULUI ARTRITELOR

### REACTIVE SECUNDARE PARAZITARE

Lucia DUTCA, Liliana GROPPA,  
 Sergiu POPA, Lealea CHEABURU, Valeriu COROȚAȘ,  
 IP USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### Difficulty in diagnosis of secondary parasitic reactive arthritis

*We present a rare case of reactive arthritis secondary to an Echinococcus infection. In regions where the disease is endemic, such as the southern regions of Moldova, the possibility of musculoskeletal involvement due to hydatid cyst should be considered in patients with musculoskeletal symptoms.*

### Introducere

Artrita reactivă (ARe) este o patologie articulară inflamatorie nesupurativă, cu un component autoimun minimal, ce se instalează în urma infecțiilor intestinale sau urogenitale, preponderent la persoane cu predispoziție genetică.

Artrita reactivă este asociată infecțiilor gastrointestinale cu speciile *Sigella*, *Salmonella* și *Campylobacter* și cu alte microorganisme, precum și cu infecțiile urogenitale (în special cu *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*). De asemenea, au fost raportate cazuri de artrită reactivă datorate diferitelor infestări parazitare. Majoritatea acestor cazuri se dezvoltă din cauza infestării cu paraziți, ca *Giardia lamblia*. Deși se știe că infestările parazitare duc la apariția artritei, în literatura de specialitate există puține informații pe această temă.