

[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.

Boala chistică hidatică este o infecție parazitară întâlnită în întreaga lume și este endemică în sudul Orientului Mijlociu, în Africa, America de Sud, Noua Zeelandă, Australia, Turcia, India și în sudul Europei, inclusiv în Republica Moldova. Boala se manifestă cel mai frecvent prin afectarea ficatului (55-70%) și a plămânilor (18-35%), ce rezultă din infestarea cu parazitul numit *Echinococcus granulosus*. Mai rar, la astfel de pacienți sunt implicate alte organe și sisteme. Implicarea osteoarticulară constituie în jur de 1% și s-a raportat, de asemenea, că această boală rar provoacă patologii articulare inflamatorii. Iata de ce am dorit să prezentăm un caz rar de artrită reactivă secundară infectării cu *Echinococcus*.

### Prezentarea cazului clinic

O pacientă de 53 de ani a consultat serviciul de reumatologie din cauza unei dureri care iradia din zona lombară pe dreapta și în fesa dreaptă spre genunchiul drept, în timp ce ea se afla în evidență în secția de chirurgie generală, din cauza unei mase de volum în ficat. În timpul evaluării, pacienta a acuzat durere de spate de tip intermitent de multă vreme; ea a descris o durere constantă în fesa dreaptă și regiunea inghinală pe dreapta ce se răspândește către genunchiul drept. Durerile au debutat cu aproximativ 6-7 săptămâni în urmă. Pacienta, de asemenea, a raportat că de 3-4 săptămâni au apărut tumefacția și o ușoară hiperemie a genunchiului drept. În anamneză – fără careva patologii semnificative

Pacienta suferea de dureri abdominale în ultimele șase luni și s-a adresat la medicul de familie, efectuând ultrasonografia organelor abdominale, la care s-a depistat o masă solidă în lobul drept al ficatului. Am aflat că pacienta nu prezenta istoric de artrită, gastroenterită, infecție a tractului urinar, psoriazis sau careva intervenții chirurgicale anterioare. Ea nu a primit niciun medicament decât AINS. Pacienta neagă un istoric de boală inflamatorie articulară sau malignitate în istoricul familiei sale.

La examinarea fizică a fost detectată pierderea lordozei lombare. Volumul de mișcări în coloana vertebrală a fost ușor restricționat în toate direcțiile din cauza durerii, distanța de la mâini la podea a fost de 10 cm, testul de compresie sacroiliac a fost pozitiv în partea dreaptă, genunchiul drept fiind tumefiat și hiperemiat, fără alte erupții cutanate; alte evaluări ale sistemului osteoarticular au fost normale. S-a recomandat examenul prin RMN al articulațiilor sacroiliace, din cauza suspiciunii de sacroiliită, care a demonstrat o amplificare a semnalului în concordanță cu edemul măduvei osoase focale iliace pe dreapta al joncțiunii sacroiliace drepte și două chisturi în zona iliacă adiacentă articulației sacroiliace pe dreapta.

Tomografia computerizată a abdomenului, solicitată de departamentul general de chirurgie, a depistat o formațiune hipodensă de 55x48 mm bine definită, cu o calcificare superioară în segmentul 3 al ficatului. Testarea titrului de hemaglutinare la chist hidatic a fost de 1/320, pacienta fiind diagnosticată cu boală chistică hidatică. Ea a fost evaluată în clinica noastră din cauza dezvoltării artritei genunchiului drept și a sacroileitei.

În clinică au fost efectuate testele de laborator necesare pentru depistarea factorilor etiologici ai sacroiliitei și artritei de geneză neclară. Rezultatele acestor teste au demonstrat că factorul reumatoid, anticorpii anti-CCP și anticardiolipină au fost negativi, anti-ADN – negativ, ANA – negativ, c-ANCA și p-ANCA – negativi, VSH – 38 mm/oră, PCR – 48 mg/l, leucocite – 7,31, trombocite – 364, markerii tumorali au fost negativi. Testele de aglutinare Brucella Wright și Coombs au fost și ele negative. EBV VCA IgM, EBV VCA IgG și IgG anti-CMV au fost detectate ca pozitive; EBV EA, Anti-CMV IgM au fost negative.

Genunchiul drept a fost puncționat și s-a aspirat lichid sinovial limpede, la examinarea ADN-ului Tbc prin PCR în timp real nu s-a depistat cultură; de asemenea, cultura micobacteriană a fost negativă; în analiza celulară a lichidului aspirat au fost detectate 8000 de leucocite (30% MNL, 70% PMNL) și 20 de eritrocite. Examinarea microscopică a lichidului articular nu a depistat structuri protoscolex și urme ale parazitului *Echinococcus*. Nu a existat nicio creștere bacteriană în cultura sângelui. Testele anti-HCV, HBsAg și Anti-HIV au fost negative. Nu au existat dovezi la EChoCG privind endocardita infecțioasă. Pacienta a consultat departamentul de pulmonologie: testul PPD a fost de 5 mm, iar cultura sputei și examinarea microscopică nu au demonstrat Tbc. Analiza genetică HLA-B27 a fost negativă pentru spondiloartrite.

Pacienta a fost diagnosticată cu artrită reactivă secundară infestării echinococice, după toate testele, și fără antecedente de alte afecțiuni care pot provoca sacroileită și artrită periferică, cum ar fi spondiloartritele seronegative, sarcoidoza, boala inflamatorie intestinală și neoplaziile.

Au fost utilizate tratamentul simptomatic cu preparate AINS, atât sistemic, cât și topic, și tratamentul etiologic prin albendazol. Pacienta a fost pregătită pentru intervenția chirurgicală de rezolvare a chistului hidatic. În a 5-a zi de tratament, artrita genunchiului drept a regresat clinic, pacienta fiind direcționată către departamentul general de chirurgie pentru tratamentul chirurgical al chistului hidatic.

### Discuții

Boala chistică hidatică este infestarea în fază a larvelor cu *Echinococcus granulosus* în țesuturi și

este o boală parazitară zoonotică, ce constituie o problemă majoră de sănătate în regiunile endemic, precum sunt regiunile sudice ale Republicii Moldova. Implicațiile organelor interne, în special ale ficatului și plămânilor, sunt frecvente. Infecția osteoarticulară primară este rară și incidența în literatura de specialitate este de doar 1-2,4%. Au fost raportate cazuri de implicare a femurului, a osului pelvian, a humerusului și a vertebrelor. În cazul nostru, au fost detectate două chisturi la zona iliacă adiacentă articulației sacroiliace pe dreapta.

În literatura de specialitate, Küçükşen et al. au raportat că implicarea pelviană a bolii chistice hidatice poate fi confundată cu sacroiliita. În cazul citat, pacientul a fost diagnosticat cu spondilită anchilozantă și urmărit timp de doi ani. Atunci când răspunsul nu a fost obținut din tratamentul DMARD, s-a aflat că pacientul a suferit o operație de cistectomie datorată bolii hidatice în anamneză. În cazul nostru, datorită interpretării leziunii detectate în articulația sacroiliacă ca edem al măduvei osoase, s-a considerat sacroiliită în primul stadiu. Cu toate acestea, ca urmare a unor investigații ulterioare, implicarea osoasă a bolii chistice hidatice a fost luată în considerare la detectarea leziunilor chistice în alte părți ale aripii iliace.

Simptomele clinice în caz de chist hidatic se bazează pe adâncimea locului și pe dimensiunea chistului. Diagnosticul trebuie să fie concordat cu anamneza minuțioasă, cu examinările de laborator și cele radiologice. Formațiunea poate fi detectată prin ultrasonografie, iar diagnosticul chistului hidatic este confirmat prin semnul de crin la tomografia computerizată. La pacienta noastră, ultrasonografia abdominală a fost solicitată pentru durere abdominală și a arătat o formațiune solidă. Apoi, tomografia computerizată a confirmat diagnosticul de chist hidatic, cu apariția semnelui de crin. Tomografia abdominală a determinat o formațiune bine definită, hipodensă, de 55x48 mm, cu o calcificare superioară (simptom de crin) în segmentul 3. În plus, pot fi utilizate diferite teste serologice, cum ar fi ELISA, imunoelectroforeza, hemaglutinarea și testele de aglutinare latex, pentru a evalua diagnosticul, urmărirea și recăderea bolii după tratament. Testarea indirectă de hemaglutinare la pacienta noastră a fost pozitivă, cu titrul 1/320.

Abordarea terapeutică de bază a chistului hidatic este îndepărtarea lui prin metode deschise sau laparoscopice de intervenție și administrarea albendazolului înainte și după operație. În unele cazuri, monoterapia cu albendazol este utilizată ca modalitate de tratament. În cazul nostru, din cauza dezvoltării artritei la nivelul genunchiului, tratamentul chirurgical a fost întârziat. S-au diagnosticat

artrita reactivă secundară și sacroileita reactivă, iar alte motive etiologice ale reactivității și oligoartritei au fost excluse. Diagnosticul de artrită reactivă secundară infestației hidatice a fost efectuat cu constatările prezente.

Studiind literatura de specialitate, am găsit doar 27 de cazuri de artrită reactivă cauzată de prezența chistului hidatic. Cu toate acestea, într-un caz raportat de Sanchez Ibarrola et al. a fost demonstrată o relație temporară între artrită și boala chistică hidatică. În acest studiu, anticorpii împotriva antigenului hidatic antichist în probele de lichid sinovial au fost demonstrați prin ELISA, iar evaluarea imunofluorescenței specimenelor de țesut sinovial a arătat modificări vasculare, datorate acumulării complementului. Structurile protoscolex ale parazitului *Echinococcus* nu au fost observate la examinarea microscopică a lichidului aspirat din articulația genunchiului. Cu toate acestea, lichidul aspirat nu a fost cercetat prin metoda ELISA, iar examinarea imunofluorescenței nu a putut fi efectuată, deoarece nu a fost posibilă biopsia țesutului sinovial. Manifestările clinice ale pacientei au regresat la aplicarea tratamentului simptomatic și etiotrop și pacienta a fost redirecționată spre chirurgia generală pentru tratament chirurgical.

## Concluzii

Chistul hidatic este o boală parazită cu implicare difuză în organele interne ale omului, dar implicarea musculoscheletică este rară. Cu toate acestea, în regiunile în care boala este văzută ca endemică, cum ar fi cele de sud ale Republicii Moldova, pacienții cu simptome musculoscheletice ar trebui să fie luați în considerare prin posibilitatea de afectare musculoscheletică din cauza chistului hidatic. Diagnosticul timpuriu poate preveni problemele secundare ce apar odată cu evoluția bolii, reducând cheltuielile inutile pentru sănătate. De exemplu, Abdelhakim și colab. au raportat că presiunea neurală datorată formării eroziilor osoase chistice hidatice și dimensiunilor gigantice în regiunea sacrală a provocat unui pacient o problemă gravă, și anume sindromul cauda equine, și a necesitat o intervenție radicală.

În literatura de specialitate au fost raportate multe cazuri în care nu a fost stabilit un diagnostic corect în stadiul incipient, iar din cauza diagnosticului incomplet sau incorect au fost raportate multe cazuri cu metode de tratament mai radicale, aplicate după diagnosticare. Prin urmare, anamneza detaliată, examinarea clinică detaliată, metodele imagistice și testele serologice în zonele în care boala este endemică ne vor ajuta să diagnosticăm chistul hidatic în timp util.