

7. Loftus C.G., Loftus E.V., Sandborn W.J. et al. *Update on incidence and prevalence of Crohn's disease and ulcerative colitis in Olmsted County, Minnesota*. In: *Gastroenterology*, 2003, nr. 124, p. A36.
8. Loftus E.V. Jr., Silverstein M.D., Sandborn W.J. et al. *Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota, 1940–1993: incidence, prevalence, and survival* [published erratum appears in *Gastroenterology* (1999) 116:1507]. In: *Gastroenterology*, nr. 114, p. 1161-1168.
9. Shivananda S., Lennard-Jones J., Logan R. et al. *Incidence of inflammatory bowel disease across Europe: is there a difference between north and south? Results of the European Collaborative Study on Inflammatory Bowel Disease (EC-IBD)*. In: *Gut*, nr. 39, p. 690-697.
10. Белоусова Е.А. *Резистентные формы воспалительных заболеваний кишечника: клиническая характеристика и возможности прогнозирования*. Автореф. дисс. д.м.н., 1998, 38 с.
11. Белоусова Е.А. *Язвенный колит и болезнь Крона*. Тверь: «Триада», 2002.
12. Береснев А.В., Гарагатый И.А., Коломенский Г.В. *Болезнь Крона в неотложной хирургии брюшной полости*. В: *Актуальные вопросы неотложной хирургии органов брюшной полости*. Харьков, 1990, с. 58-60.
13. Воробьев Г.И. *Основы колопроктологии*. М: «Феникс», 2001.

**Vladimir Hotineanu**, prof. univer.,  
dr. hab., Om Emerit,  
Laureat al Premiului de Stat,  
membru corespondent al AŞ RM,  
Catedra Chirurgie nr. 2,  
USMF „N. Testemiţanu”,  
Chişinău, str. Testemiţanu 29  
Tel.: 373-22-205523; mob. 373-69134566  
E-mail: catedra2chirurgie@gmail.com

## DESPRE DIFICULTĂȚILE DE DIAGNOSTICARE A TETANIEI GASTRICE (CAZ CLINIC)

Oleg IACHIMOV<sup>1</sup>, Gheorghe BACIU<sup>2</sup>,  
Anatol BONDAREV<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Centrul de Medicină Legală;

<sup>2</sup>Catedra Medicină Legală, USMF „Nicolae Testemiţanu”

### Summary

#### Regarding to the Difficulties of Gastric Tetany Diagnosing

*Gastric tetany is one of the severe and rare complications of the gastric ulcer characterized by multiple repeated vomiting, caused by decompensated pyloric stenosis, leading to severe loss of chlorides and, in majority of cases, to death. At the same time, this complication represents many difficulties to diagnose it. A case of sudden death caused*

*by gastric tetany is presented in the paper. The diagnosis was established postmortem, basing on the characteristic features (greatly expanded stomach, presence of decompensated pyloric stenosis, nephrosis and tubular hydropic dystrophy), in the absence of other pathological changes.*

**Keywords:** *gastric tetany, sudden death, gastric ulcer, pylorostenosis.*

### Резюме

#### О трудностях диагностирования желудочной тетании

*Желудочная тетания – это одно из тяжелых, трудно-диагностируемых и редко встречающихся осложнений язвы желудка, характеризующееся повторными многократными рвотами, на фоне декомпенсированного пилоростеноза, ведущими к острой потере хлоридов и в большинстве случаев – к смерти. В статье представлен случай внезапной смерти от желудочной тетании. Диагноз был поставлен посмертно, основанный на характерных признаках (значительно расширенный желудок, наличие декомпенсированного пилоростеноза, известковый нефроз), при отсутствии других патологических изменений.*

**Ключевые слова:** *желудочная тетания, внезапная смерть, язва желудка, пилоростеноз.*

### Introducere

La momentul actual, cazurile de moarte subită constituie un procent considerabil în activitatea medico-legală. Aceasta explică atenția sporită a savanților în studierea problemei date. Majoritatea cercetărilor sunt consacrate bolilor sistemului cardiovascular, care condiționează cel mai frecvent moartea subită, iar patologiile altor sisteme ale organismului care declanșează decesul subit, sunt mai puțin abordate în literatura de specialitate. Nu fac excepție nici cazurile de moarte subită condiționată de bolile sistemului gastrointestinal.

I. A. Nekliudov [4] afirmă că una dintre cele mai grave și insuficient cercetate complicații ale ulcerului gastric sau duodenal este tetania gastrică. Această stare evaluează pe neașteptate, adesea la persoane aparent sănătoase, se dezvoltă fulminant și se soldează cu decesul pacientului în cazurile de neacordare a asistenței medicale.

E. G. Klein [2] subliniază că astfel de complicații se înregistrează relativ rar, dar cu un înalt nivel al mortalității (dintre 52 de cazuri înregistrate, 22 s-au soldat cu deces). Conform aceluiași autor, doar în 7 cazuri diagnosticul de tetanie a fost stabilit intravital [3]. Alți cercetători [1, 4, 5] evidențiază faptul că tetania gastrică nu rareori poate fi confundată cu meningoencefalite, tumori cerebrale, tetanos, toxicoinfecții alimentare etc. Această situație se explică atât prin debutul brusc, lipsa unor semne clinice caracteristice, cât și prin survenirea timpurie a

decesului. Momentele date servesc drept cauze principale de hipodiagnosticare a tetaniei gastrice, chiar și pe fundalul anamnezei de ulcer cronic la pacienți care acuză vome repetate timp îndelungat. Un caz asemănător a avut loc și în practica noastră.

### Rezultate și discuții

Pacienta P., de 16 ani, pe data de 14 iulie (18.30) a fost internată de urgență (pe linia AVIASAN) într-o instituție medico-sanitară publică republicană cu diagnosticul *Pielonefrită cronică bilaterală. Ulcer cronic gastroduodenal. Anemie de etiologie mixtă gr. II.* În timpul examenului primar, starea generală a fetei a fost apreciată ca *foarte gravă*, condiționată de sindrom toxic. Copilul era apatic, răspundea greu la întrebări, acuza crampe. Din anamneză s-a stabilit că s-a născut din a 4-a sarcină, sănătoasă. Până la vârsta de 13 ani, era considerată practic sănătoasă. Ulterior, i s-a depistat ulcer duodenal, a urmat tratament ambulatoriu. Patologia s-a acutizat la vârsta de 14 și, respectiv, 15 ani. Pe parcursul anului curent, s-a aflat la tratament staționar de 6 ori. La fiecare spitalizare manifesta același tabloul clinic: vome repetate, cefalee, sindrom convulsiv, apatie, halucinații, abdomenoalgii, subfebrilitate. Ultima dată a fost internată într-un spital raional cu acuze de cefalee, vome repetate, halucinații. După 5 zile de terapie intensivă, în legătură cu agravarea stării generale, a fost transferată în instituția cu statut republican.

Obiectiv: stare de somnolență, răspunde cu greu la întrebări. Tegumentele pale, limba saburată, în plămâni – respirație aspră, fără raluri, zgomotele cardiace atenuate. Abdomenul la palpare moale, sensibil în hipochondrul drept, epigastriu. Ficatul se palpează cu 1,5 cm inferior de rebordul costal. Splina nu se palpează. Micțiuni libere, indolore. Semnele meningiene – negative. Diagnosticul prezumtiv: *Deregări hidroelectrolitice. Disfuncție somatoformă autonomă. Ulcer cronic duodenal în remisie. Sindrom toxic. Pielonefrită cronică, acutizare.* Adolescența timp de 1 lună s-a aflat în mai multe secții ale staționarului (nefrologie, reanimare, neurologie, chirurgie toraco-abdominală) cu diferite diagnostice: 1. Pielonefrită cronică în acutizare. Nefrită toxică. Deregări ale ciclului ureic? Aminoacidopatie? 2. Ulcer duodenal. 3. Anemie gr. I-II. 4. Disfuncție somatoformă autonomă. În perioada respectivă, starea sănătății oscila de la satisfăcătoare până la foarte gravă, cu simptome similare (vome repetate, convulsii generalizate, dureri abdominale).

La fibroesofagogastroduodenoscopie s-a depistat: ulcer cronic al bulbului, în faza de cicatrizare; deformație cicatricială postulceroasă postbulbară, cu stenoza decompensată; gastrostază. Prin pasaj bariatat s-a confirmat prezența stenozei decompensate: peste 27 de ore stomacul rămânea mărit în volum,

umplut cu substanță de contrast, doar o porție mică a ei trecuse pe traiectul colonului. Concluzii: *Macrogastrie. Deregări de evacuare din stomac.* În scopul lichidării acestor complicații ale ulcerului duodenal, la data de 13 august a fost efectuată intervenția chirurgicală: *Pilorooplastia după Finei.* Intraoperator s-a constatat: (...) *stomacul de dimensiuni foarte mari. În regiunea pilorică se depistează o zonă de stenoză foarte pronunțată (...).*

În perioada postoperatorie, a urmat tratament în secția de reanimare și cea de chirurgie toraco-abdominală, cu o dinamică pozitivă. La 16 august a fost înlăturată sonda nasogastrală. La 23 august (14.00), conform recomandărilor neurologului după un acces de convulsii, a fost transferată în secția de neuropsihiatrie cu diagnosticul *Tulburări comportamentale de tip impulsiv. Retard mental. Disfuncție autonomă somatoformă.* Peste 1 oră starea generală s-a agravat brusc, iar la ora 18.30 s-a constatat moartea biologică.

La autopsia medico-legală s-a stabilit: pe perețele anterior al abdomenului, de la procesul xifoid, până la regiunea supraombilicală, pe linia mediană, se determină o plagă postoperatorie suturată (14 cm), iar în regiunea inghinală pe dreapta – o plagă cruciformă, ambele prelucrate cu verde de briliant. La examen intern: semne ale edemului cerebral; cavitatea abdominală fără acumulări de lichid; peritoneul umed, lucios; cordul 8,5x7,0x6,5 cm (280 gr.), în cavitățile lui se conține sânge fluid și cheaguri sangvine mixte. Stomacul – mărit în volum, conține circa 3000 ml de lichid de culoare gălbuie; la nivelul pilorului se determină o cicatrice postoperatorie, mucoasa – integră, de culoare pal-cenușiu-violacee; pe perețele anterior al mucoasei pilorului se determină ulcer cronic de formă rotundă (1,2x1,2 cm), cu marginile rotunjite, dure la palpare; lumenul pilorului – stenozat până la 0,2-0,3 cm. Rinichii cu dimensiunile 9,0x5,5x3,0 cm fiecare, capsula îngroșată, se înlătură fără efort, suprafața microgranulară, cenușiu-violacee, pe secțiune stratul cortical slab delimitat de stratul medular, bazinetele și ureterele libere, permeabile, mucoasa lor – de culoare pal-cenușie.

Diagnosticul medico-legal: *ulcer gastric cronic. Stenoză decompensată a pilorului. Macrogastrie (3000 ml lichid). Edem pulmonar și cerebral.* Sânge fluid cu cheaguri mixte în cavitățile cordului și lumenul vaselor mari. Stare după intervenție chirurgicală (laparotomie, pilorooplastie după Finei). Examenul histopatologic: „Ulcer gastric cronic în acutizare, stenoza pilorului. Ischemie corticală renală a canalelor, depuneri de săruri minerale, cilindri hialini, focare de distrofie proteică hidropică tubulară. Congestie în platoul microcirculator din creier, edem cerebral moderat, tulburări circulatorii acute”.

Se cere de menționat în mod special că diagnosticul de tetanie gastrică nu a fost stabilit în timpul

vieții fetiței. Acest fapt poate fi explicat prin polimorfismul semnelor clinice (cu toate că cele principale – vome repetate și convulsii – au fost menționate), decompensarea fulminantă a patologiei, ceea ce a indus în eroare medicii-curanți. Intervenția chirurgicală cu dinamică pozitivă a condiționat atenția scăzută privind pilorostenoză. Pentru diagnosticarea timpurie a acestei complicații grave, la părerea multor autori [1, 2, 3, 4, 5], are o mare importanță stabilirea hipocloremiei, ceea ce nu a fost efectuat la pacienta în cauză.

Modificările patologice stabilite la examinarea medico-legală a cadavrului (dilatarea stomacului, pilorostenoză decompensată, nefroză și distrofie hidropică tubulară, edem cerebral), confirmate histopatologic, coincid pe deplin cu datele din literatură [1, 4, 5], reprezentând semnele de bază pentru stabilirea timpurie a diagnosticului de tetanie gastrică.

### Concluzii

1. Tetania gastrică reprezintă o complicație gravă a ulcerului gastric, cu stenoza decompensată a pilorului, cu greu de diagnosticat în medicina clinică și care, în majoritatea cazurilor, duce la deces.

2. Diagnosticul clinic de tetanie gastrică poate fi presupus în baza următoarelor date: anamneză de ulcer gastric cronic, complicat cu stenoza pilorului; acuze la vome repetate, convulsii, dureri abdominale; din datele paraclinice – hipocloremie.

3. Diagnosticul morfologic al tetaniei gastrice se bazează pe prezența stenozei pilorului cu macrogastrie, semne de nefroză și distrofie hidropică tubulară, lipsa altor patologii severe din partea organelor vitale, ținând cont și de clinica bolii, descrisă de medicii-curanți.

### Bibliografie

1. DeBayle H. *Gastric Tetany*. In: Ann Surg., 1925, nr. 81(3), p. 622-630.
2. Клейн Э.Г. *Судебно-медицинская диагностика смерти от желудочной тетании*. В: Судебно-медицинская экспертиза, 1962, № 1, с. 8-10.
3. Клейн Э.Г., Покровская-Лурье Т.А. *Об известковом нефрозе при желудочной тетании*. В: Клини. мед., 1962, № 2, с.88-90.
4. Неклюдов Ю.А. *Желудочная тетания как причина внезапной смерти*. В: Вопросы судебной медицины, 1969, № 4, с. 206-208.
5. Осенко Ю.А. *О гастротетании как причине скорострительной смерти*. В: Судебно-медицинская экспертиза, 1958, № 2, с. 47.

**Anatol Bondarev**, asistent universitar  
Catedra Medicină Legală,  
USMF „Nicolae Testemițanu”,  
Chișinău, str. Korolenko, 8  
Tel.: 022 205 515; mob. 069 899 822  
E-mail: anatbondarev@gmail.com

## SINDROMUL BERGMAN ȘI BOALA DE REFLUX GASTROESOFAGIAN

Valeriu ISTRATI<sup>1</sup>, Anatolie SCORPAN<sup>2</sup>,  
Albina NAFORNIȚĂ<sup>3</sup>, Alina SCURTU<sup>1</sup>,  
Raisa HOTINEANU<sup>1</sup>, Svetlana GAVRILIUC<sup>1</sup>,  
Ludmila CONDRAȚCHI<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>USMF „N. Testemițanu”;  
<sup>2</sup>Spitalul Clinic Central Feroviar;  
<sup>3</sup>Policlinica centrală feroviară

### Summary

#### *Bergman syndrome in gastroesophageal reflux disease*

*Extradigestive manifestations of gastroesophageal reflux disease are common and can be the main reasons for a physician office visit. We present a clinical case in which cardialgia as a symptom of gastroesophageal reflux disease prevailed over the esophageal symptoms, leading to patient hospitalization in the cardiological department.*

**Keywords:** GERD, esophagitis, Barrett's esophagus, Bergman's syndrome.

### Резюме

#### *Синдром Бергмана при гастроэзофагальной рефлюксной болезни*

*Внепищеводные проявления гастроэзофагальной рефлюксной болезни (ГЭРБ) встречаются часто и могут быть основной причиной обращения к врачу. Представляем клинический случай, когда кардиалгическая симптоматика ГЭРБ преобладала над эзофагальной, что послужило причиной госпитализации больного в кардиологическом отделении.*

**Ключевые слова:** ГЭРБ, эзофагит, пищевод Барретта, синдром Бергмана.

### Actualitatea temei

Refluxul gastroesofagian este un proces normal, fiziologic care constă în deplasarea retrogradă, fără efort, a conținutului gastric către esofag. Apare de mai multe ori pe zi, în special după mese voluminoase, de scurtă durată, fără să producă simptome sau leziuni ale mucoasei esofagiene, dar devine patologic atunci când mecanismele antireflux sunt depășite. **Boala de reflux gastroesofagian** reprezintă totalitatea simptomelor însoțite sau nu de leziuni ale mucoasei esofagiene, care sunt cauzate de retropulsia conținutului gastric sau intestinal în esofag.

Adevărata prevalență a bolii este subestimată și, de multe ori, boala este incorect diagnosticată. Aproximativ 20-40% dintre pacienții care consultă medicul, în legătură cu unele simptome legate de refluxul gastroesofagian, au și leziuni de esofagită.