

UN CONCEPT MODERN DE „SCREENING“ PENTRU MEDICUL DE FAMILIE

Dr. Florin Mătrescu

În acord cu experiența noastră medicală de 42 de ani (dintre care primii trei ca medic de circumscripție rurală în România și ultimii 24 de ani, ca medic de familie – Hausarzt – în RFG), un program profilactic modern în medicina primară trebuie să înceapă cu o anamneză corectă și un examen obiectiv complet al bolnavilor aflați în custodia cabinetului respectiv, măcar o dată pe an. Aceștia trebuie să le succedă într-un interval scurt de timp (variabil, după cum cauza prezentării la medic este o boală acută sau cronică), un „screening“ de laborator ce ar trebui să includă: VSH-ul, glicemia („a jeune“), hemograma („mică“ în practica germană, adică fără leucogramă), creatinina, acidul uric, colesterolul, trigliceridele, GGT, proteina C-reactivă și examenul de urină cu stixuri (Combur-test ce include decelarea semicantitativă a glucozei, a pigmentilor biliari, a corpurilor cetonică, a albuminei, a leucocitelor și a hematiilor). Majoritatea componentelor acestui set de analize se regăsesc într-un articol de sinteză al dr. Peter I. Kuhl de la „Bioscientia Institut für Medizinische Diagnostik“ din Ingelheim (RFG), comunicat în cadrul unui „Medical Tribune Forum CME“ și publicat în formă rezumativă în „Medical Tribune“, nr.17/27.04.2006.

Înainte de a prezenta acest program intitulat „Check-up 35“ câteva precizări generale ni se par extrem de utile, ele fiind comune cu ale colegului german:

- 1). Medicul de familie poate oferi pacienților săi un „pachet“ extrem de mare de explorări ce vizează descoperirea într-un stadiu precoce a multor boli frecvente în patologia actuală.
- 2). Diagnosticul precoce al acestora rentează din toate punctele de vedere (etic, material, social etc.), avantajele crescând odată cu extensia formei explorărilor, constanța și durata practicării lor, situație recunoscută chiar și de clasa politică; reversul acestei atitudini „active“ constă în „sanctiuni“ în primul rând de ordin financiar (n.a. - costurile tratamentului și consecințele sociale ale bolilor odată declanșate sau agravate sunt substanțial mai mari!).

3). Chiar și în bogata RFG, birocratizarea excesivă a sistemului sanitar, devierea la stânga a ideologiei organizatorilor „suspuși“ în acest domeniu (până la idei comuniste) obligă pacientul (cu excepții ce totalizează numai 10,5% din pachetul recomandat de „check-up 35!“) să-și plătească singur explorările incluse în acest concept modern de medicină preventivă; această stare de lucruri este cu atât mai surprinzătoare, cu cât o medic a studiilor făcute pe mapamond la subiecți considerați „sănătoși“ descoperă încă la 33% o hipertensiune, la 11% un diabet și la 31% o dislipidemie!

4). Consecințele acestei politici sanitare stupide a dus în RFG la scoaterea din catalogul analizelor și explorărilor „profilactice“ plătite de casele de asigurări (circa 350 în această țară, excluzând pe cele „private“) a dozării LDL și HDL, creatininei, acidului uric și a EKG-ului de efort; ca o consecință, a crescut simțitor de pildă, numărul bolnavilor renali ce necesită dializă cronică!

În cele ce urmează vom trece în revistă explorările profilactice cele mai importante și vizând bolile cel mai des întâlnite recomandate de colegul nostru german (I) la care vom adăuga în partea a doua (II) completările și scurtele comentarii rezultate din practica noastră.

I

1. Cancerul de colon

De la 45 de ani, anual, decelarea imunologică a prezenței sângelui în scaun (metodă mult mai fidelă față de „testul hemoragiilor oculte“ sau „Hämocult-Test“ ce expune la erori de 50% în cazul carcinoamelor colice și 70-80% în cazul ade-noamelor!), iar de la 55 de ani coloscopie profilactică, precedată 10 ani de zile de testul precedent. În cazul când endoscopia este refuzată sau nepracticabilă analiza menționată rămâne „singura în cursă“ (n.a. - vârsta începerii explorării și intervalul repetării ei exclud grupa pacienților cu „risc ridicat“:

antecedente familiale, polipii colici cunoscuți sau extirpați, context de laborator – creează suspiciuni etc.) Prudența excesivă actuală este justificată de ascensiunea cancerului colic pe locul doi la bărbați și pe locul trei la femei, în statistica neoplasmelor.

2. Infarctul miocardic

La bărbații >35 de ani și femeile < 45 de ani se recomandă la fiecare doi ani determinarea LDL, HDL, trigliceridelor, lipoproteinelor (a), homocisteinei și a CRP-ului „specific“ (n.a. - monitorizarea este mult mai precoce la grupele „periclitate“, cu risc ridicat).

3. Artrita reumatoidă

(n.a. - încă cea mai frecventă colagenoză în întreaga lume). Între 35 și 45 de ani se recomandă dozarea la fiecare 5 ani a „anticorpilor anti-peptidă ciclică citrulinică“ („CCP - Antikörper“), analiză considerată mult mai fidelă în diagnosticul precoce al acestei boli (n.a. - adăugând la cele de mai sus uriașele progrese terapeutice notate în ultimele decenii, importanța diagnosticului precoce al AR a crescut substanțial).

4. Cancerul de prostată

Dozarea anuală a PSA la toți bărbații >50 de ani (n.a. - conduită ce ar trebui legiferată în toate țările lumii!); examenul digital în scop profilactic al prostatei „ratează“ în proporție foarte mare diagnosticul precoce al acestei boli (stadiul I și II).

5. Insuficiența renală

De la 35 de ani, dozarea la fiecare 2 ani a „cystadinei C“ (mult mai fidelă în estimarea filtrului glomerular față de creatinină și cu o valoare foarte mare în postularea riscului cardio-vascular la bolnavii renali cronici) și a albuminei în urină; se adaugă anual Combur-Testul pentru decelarea microproteinuriei, singurul admis și plătit de către casele de asigurări germane (în miopia și ignoranța lor!) (n.a. - în practica noastră de o viață, exceptând cei trei ani de medicină rurală din România acelor vremuri, 1964-1967, dozarea creatinemiei nu ne-a expus la nici o surpriză majoră, mai ales în fața unei anamneze relevante: diabet, GNCr, PNCr, boli renale familiale etc.)

6. Osteoporoza

De la 60 de ani, la intervale de trei ani, dozarea „Beta-Crosslaps“ (marker catabolic de osteoliză, extrem de fidel), iar de la 65 de ani (cu repetare la

fiecare 5 ani) a dozării vitaminei D, în timpul iernii (n.a. - când carența expunerii la soare reduce drastic sinteza acesteia); în practica noastră am folosit cu succes „densimetria osoasă“ și mult mai rar „scintigrama osoasă“ chiar mult mai devreme, îndeosebi la femei, după instalarea menopauzei și la intervale de 2 ani; procedând astfel, nu am fost surprinși niciodată de complicațiile acestei invalidante afecțiuni: fracturi periferice, tasări de corp vertebral).

7. Cancerul de vezică urinară

În absența unui context clinic morbid, profilaxia vizează grupuri cu risc ridicat (industria chimică, fumători, polipi vezicali) și incumbă după vârsta de 45 de ani dozarea anuală a markerului tumoral NMP 22 (cu eficiență de 80%) – (n.a. - la practica noastră am beneficiat de dozarea markerilor: TPA, CEA și cifrei 21.1).

8. Insuficiența cardiacă „asimptomatică“

(n.a. – deseori numai o falsă estimare!) beneficiază cu mare acuitate actualmente de dozarea la fiecare 5 ani (la pacienții > 50 de ani) sau la fiecare 2 ani (la cei > 60 de ani) a „NT - ProBNP“ (lanțul terminal al „peptidei natriuretice β“, produsă de ventriculi). (n.a. – Nu am beneficiat în practica noastră de această analiză dar subscriem dificultății diagnosticului precoce al unei IVS sau globale, mai ales în situația unei boli cardiace neidentificate (comunicări intercamerale, stenoze aortice cu toate variantele anatomice, stenoze mitrale, miocardopatii etc.) sau a unui simptom singular (ex: dispnee, mai ales la un „respirator“ cronic).

||

Screeningul folosit de noi în „practica germană“ și-a arătat eficiența în 99,99% dintre cazuri pe un lot de circa 20.000 de pacienți/an, înregistrați de computerul „Praxisului“, comun cu al soției mele (pneumolog).

În cele ce urmează vom comenta succint „aportul fiecărei componente“ în cazul celor 8 boli notate în sinteza experimentatului medic german, cu extensia beneficiului adus nouă, în diagnosticul „primar“ și al celui cât mai precoce al altor boli frecvente în viața practicianului.

(1). VSH-ul ridicat, exploziv sau în dinamică rapidă, de un real folos (dar nu infailibil) în diagnosticul precoce al tumorilor enumerate (procesul tumoral ca atare, anemia cu patogenie complexă, suprainfecțiile etc.), al insuficienței

renale cronice (anemia prin deficit de eritropoietină, microhematurie, inhibiție medulară etc.) dar și mai ales al unor infecții asimptomatice (cel mai frecvent PNCr la diabetici sau bolnavii hiporeactivi, dar și cu endocardită lentă, bruceloză, sarcoidoză etc.), alte cologenoze (cel mai relevant fiind cazul „polimialgiei reumatice“) și anemii „neglijate“ (cel mai frecvent posthemoragice cronice, parabiermeriene, hemolitice autoimune).

(2). Glicemia practică de rutină (excludem grupele cu factor de risc) ne-a adus mari satisfacții în diagnosticul unui „diabet potențial“ (prediabet) latent sau subclinic, fără să putem preciza întotdeauna cauza „deconspirării“ hiperglicemiei sau să definim concret „riscul diabetic“ (n.a. - neinclusă în recomandările medicului german, am practicat adiacent dozarea HbA1c).

(3). Hemograma de rutină rămâne o „neste-mată“ în mâna practicianului, cu condiția executării ei corecte. Valoarea ei în semnalarea unei tumori, artritei reumatoide (dintre entitățile tratate mai sus) dar și adjuvant în cazul IMA și insuficienței renale cronice nu mai necesită alte comentarii. Cel mai frecvent „ne-au surprins“: anemiile (feriprive, cel mai frecvent), poliglobuliile (în cadrul cordului pulmonar cronic sau ca sindrom paraneoplazic), leucopeniile (din insuficiențe medulare, deseori de cauză medicamentoasă), leucocitoze (reacții leucenoide, leucemii cronice și extrem de rar cu evoluție subacută), trombocitopenii (etiopatogenie variată), dar și trombocitoze (reactive, paraneoplazice).

(4). Creatinemia cu examen de rutină iese din orice discuție eliminatorie, mai ales de când etiologia IR cronice s-a schimbat radical: 40% prin nefropatie diabetică, numai 25% după o GNCr, 15% PNCr, 8% rinichi polichistic, 5% nefropatie analgetică etc.

În puține cazuri am ajuns la un diagnostic etiopatogenetic tardiv (dar oricum mai benefic pacientului) numai după deconspirarea deficitului funcțional renal (reducerea filtratului glomerular).

(5). Acidul Uric. Dozarea uremiei ne-a adus mari beneficii privind diagnosticul precoce nu numai al „gutei primare“ (tulburări de excreție a acidului uric), dar și al celei „secundare“ (producție crescută, plus tulburări de excreție), sau al „hiperuricemiilor secundare“ (LLCr, tratament cu citostatice). În plus, recomandăm practicarea ei în cazul oricărei suspiciuni de afecțiune articulară sau renală.

(6). Examenul de urină practicat cu stixuri (Combur-test).

- a). Decelarea calitativă a pigmentilor urinari aduce un mare beneficiu practicianului, îndeosebi în diagnosticul precoce al hepatitei acute (virale cel mai frecvent) dar și al stadiului precoce al insuficienței hepatice, parenchimatose (propriuzisă); de mare folos se dovedește și în diagnosticul hemolizelor „acute“ (criza hemolitică) sau cronice asimptomatice, întrucât simpla inspecție a urinei expune la erori notabile (urină concentrată, hematurie).
- b). Prezența cetonuriei este benefică mai ales pentru situația deconspirării acute a unui diabet necunoscut practicianului, preîntâmpinând o catastrofă metabolică, inclusiv decesul pacientului; alte cauze sunt notate ca rarități, lucru confirmat și de practica noastră.
- c). Albuminuria decelată prin stix dă semnalul pentru dozare (24 ore) și de aici deconspirarea unei boli renale cronice (vezi insuficiența renală cronică sau „renalizarea“ unei boli hipertensive). Menționez de asemenea că, în cadrul practicii noastre germane, nu ne-a „surprins“ (în sensul unui diagnostic tardiv) nici un caz de sindrom nefrotic.
- d). Leucocituria ne-a fost de mare folos în diagnosticarea unor infecții urinare acute sau cronice asimptomatice (mai ales la diabetici și gravide).
- e). Hematuria microscopică ajută enorm diagnosticării microlitiazii (îndeosebi oxalice, mai greu de surprins anamnestic și etiopatogenetic), tumorilor vezicale necunoscute (benigne sau maligne), cistitelor hemoragice oligosimptomatice sau în cazul „hematuriei de efort“.

(7). Încălcând indicațiile caselor de asigurări de sănătate de a economisi cu orice preț, am introdus ca examen de rutină dozarea proteinei C reactive, în toate contextele clinice ce ridicau suspiciunea de proces inflamator (dintre cele acute, mai ales apendicita acută și diverticulita sigmoidiană, iar dintre cele cronice procese bronhopulmonare cronice, boli intestinale cronice etc., prevenind astfel complicațiile), tumoral, sindrom mielo- sau limfoproliferativ, sau sindromul coronarian acut.

(8). Deși lipsește din rândul analizelor „obligatorii“, dar cu valoare inestimabilă, recomand colegilor români demersuri energice, pentru a putea practica în cadrul „serviciului de urgență“ dozarea troponimelor (T sau I) în cazul suspiciunii de „sindrom coronarian acut“. Acest test ne-a stat la îndemână - din păcate - numai în ultimii doi ani de practică medicală și numai în staționar, la absolut toți pacienții aflați în această situație.