

LBRIS

We know  
books

DR. VADIM LESAN

# Povești Medicale



FLOARE DE IRIS

Iași, 2024

Introducere .....	9
1 The broken heart syndrome .....	15
2 Ce au în comun constipația și 6 banane? .....	27
3 Camera 101.....	35
4 Marele balon .....	45
5 Alcoolul, leucemia și fiica indecisă.....	51
6 Specialistul în rachete .....	63
7 O poveste auzită .....	73
8 Corupția ucide sau de ce am ales să plec.....	83
9 Americanul exhibiționist .....	93
10 Pacienta numărul doi.....	103
11 Pacientul sinucigaș sau primul meu pacient francez.....	111
12 Viață cu sau fără energie .....	119
13 Și doctorii mai greșesc câteodată sau de ce graba strică treaba .....	127
14 Pacientul perfect .....	137
15 Ultima zi în Franța.....	143
16 Experiența AOZ.....	153
17 Déjà-vu.....	167
Epilog.....	175
Postfață: Ce contează cu adevărat?, de Irina Vasilescu.....	177

## The broken heart syndrome

Dacă ar exista iadul pe pământ, serviciul de urgențe ar fi fratele acestuia. În sistemul german de medicină internă, fiecare serviciu își trimite unul sau doi rezidenți, prin rotație, câte cel puțin șase luni, în serviciul obligatoriu de urgențe. Cu câteva zile în urmă fusesem anunțat că lipsește o colegă din departamentul nostru de la urgențe. Pentru a câta oară deja? Se pare că se conturase în rândul noilor colegi o mică tradiție în a chiuli de la gărzile de la urgențe precum școlarii chiulesc de la orele de matematică. Numai că acest chiul se reflectă asupra celorlalți colegi. În loc să muncim liniștiți în departamentele noastre, suntem nevoiți să îndurăm din nou iadul de la parter. Eu am o relație specială cu serviciul de urgențe: mi se face greață numai când mă gândesc la calvarul de acolo, mă iau fiori de neliniște odată ce pășesc pragul ușii centrale și mă simt de parcă m-a pedepsit soarta pentru greșelile din altă viață. De obicei, corpul meu se împotrivește cu fiecare celulă împotriva muncii în acest serviciu, dar de data aceasta știam că nu am încotro și că, vrând-nevrând, va trebui să preiau și eu o zi la urgențe.



Era o zi de primăvară deosebit de înseninată pentru Germania. Virozele sezoniere circulau printre rezidenții caselor de bătrâni, paralel cu „burn out-ul”-sindromul printre rezidenții de medicină internă. Era un fel de „tu îmi dai gripă, iar eu îți dau depresie”.

Mi-am pregătit de acasă singura mea sursă de lichide pentru următoarele opt ore de muncă: o cană termică cu o sută mililitri de cafea și eram gata să „salvez” pacienții începând cu ora șapte dimineața. În scurt timp, am primit de la colegii din tura de noapte vreo treisprezece pacienți impuși să „doarmă” la urgențe pentru că nu mai erau paturi disponibile în niciunul dintre serviciile de medicină internă din spital. Problema cu paturile e atât de mare în ultimul timp, încât conducerea spitalului a decis să angajeze *full time* trei secretare care să sune continuu, în disperare, pentru a face rost de noi paturi libere pentru pacienții de la urgențe. De parcă cuiva îi este frică de secretare?

Ritualul matinal de la urgențe continuă cu împărțirea pacienților în număr egal rezidenților din tură. Eram doar doi rezidenți în dimineața aceea, iar colegul partener îmi era necunoscut. De aceea, mă prezint scurt: „Sunt Vadim, vin de pe serviciul de oncologie și hematologie, sunt „vinovat” și de aceea „îmi ispășesc pedeapsa” cu tine azi la urgențe”. Colegul zâmbește scurt, după care continuă: „Mă numesc Marcel, mama mea vine din China, tatăl e mexican, eu am studiat medicina în Spania. Acum muncesc în Germania, iar visul meu e să ajung la carnavalul din Brazilia”. Aceasta a fost probabil cea mai ciudată

prezentare pe care am auzit-o vreodată: De ce îmi zice de părinții lui? Ce treabă are carnavalul din Brazilia cu urgențele noastre? E cumva drogat tipul? Mi s-a părut ciudat colegul și cică eu eram ăla „special” cu cetățenie dublă.

Pe la vreo zece dimineața a început să „aterizeze autobuzul cu marfă proaspătă” de la medicii de familie care nu aveau chef de pacienții lor, de la spitalele mici din regiune care cică aveau personalul exploatat la maxim (de parcă la noi nu era la fel) și de prin orice colț al Germaniei de vest. De pe o rază de cincizeci kilometri tot veneau și veneau medicii de pe ambulanțe cu tot soiul de bolnavi.

După două guri rapide din cafeaua rece, încep munca la datorie. Îmi îndrept privirea spre monitorul agățat pe perete cu vreo douăzeci de cabluri atârând în jurul lui. Văd pe monitor numele unei paciente de șaizeci de ani, notată la triaj cu galben (scorul folosit la triajul pacienților seamănă cu semnalizarea unui semafor, dacă e roșu e nasol, dacă e verde e bine, iar dacă e albastru, pacientul nu are ce căuta la urgențe).

Caut pacienta în calculator și văd simptomul principal al pacientei mele: palpitații. La șaizeci de ani, palpitațiile nu puteau să însemne decât un singur lucru care pentru un „experimentat” în urgențe ca mine era un *no brainer*: avea fibrilație atrială (o formă de aritmie cardiacă). Prim diagnostic sau recidivă rămânea să stabilesc după ce vorbesc cu pacienta. Mă apropii de camera pacientei și deschid ușa cu grijă ca să nu deranjez dezordinea care mișuna la urgențe. În acel moment, văd cum pacienta e conectată direct la



un aparat de electrocardiografie, i se preiau analize de sânge și în același timp e deja „torturată” verbal de studenții din anul de practică medicală. Monitorul fixat strâmb deasupra capului pacientei, de parcă era gata să cadă peste ea în orice secundă, arăta o frecvență cardiacă de o sută șazeci de bătăi pe minut. Pacienta abia dacă își mai putea ține emoțiile fără a izbucni în plâns. De ce plângea? Poate pentru că nimerise pe mâna unui student. Nu știam, dar urma să aflu. După ce m-am prezentat pe scurt cu un aer profesionist ca să insuflu încredere, am început direct anamneza (discuția cu pacientul cu privire la simptome, evoluția bolii, dar și antecedentele sale medicale).

Așa am aflat de la ea că îi decedase soțul pe masa de cateter cardiac (procedură invazivă prin care este refăcută permeabilitatea arterelor inimii) în urma unui infarct miocardic, cu o lună în urmă și că de atunci nu își mai putea conține emoțiile. Era într-o stare de completă dezamăgire și ruină sufletească. Cine nu ar fi în locul ei? Ca și cum calvarul pe care îl trăia nu i-a fost de ajuns, fusese recent diagnosticată cu cancer de sân și urma un tratament cu chimioterapie și radioterapie. Fibrilație atrială avea deja de mult timp. De fiecare dată când avea recidivă de fibrilație făcea câteva manevre de stimulare a nervului vag și așa își reducea frecvența cardiacă (numărul bătăilor inimii). Aceste manevre funcționau de fiecare dată în cazul ei. De o săptămână și ceva însă nu mai avea control asupra inimii ei. Pe electrocardiogramă nu prezenta niciun semn de infarct miocardic. După ce am documentat în amănunt discuția cu ea, i-am

prescris un blocant de receptori beta pentru a-i readuce inima la frecvența normală. Dacă nu era să funcționeze cu aceste medicamente, următorul pas ar fi fost să îi fac o cardioversie electrică (procedură medicală prin care inima este readusă la ritmul ei normal folosind curentul electric). Știam că nu îi pot face direct o cardioversie electrică pentru că mâncase în dimineața aceea și nu prea voiam să se sufoce cu propria mâncare când urma să o sedez medicamentos pentru această procedură. O las să aștepte până i se golește stomacul, cam vreo șase ore și eu îmi caut de treabă cu următorul pacient.

Medicamentele pe care i le-am dat nu au avut un efect mare în controlul frecvenței ei cardiace decât ar fi avut probabil placebo. Dacă tot trebuia să aștept câteva ore bune până să îi fac cardioversie pacientei, am decis să îi fac și un test de infarct miocardic ca să o țin ocupată cât așteaptă. De cele mai multe ori aceste teste de infarct miocardic la pacienții cu fibrilație atrială sunt inutile, ba chiar mai mult, ne încurcă decât ne ajută. De această dată însă, surprinzător pentru mine, pacienta avea markeri de infarct miocardic în creștere, semnalizând un infarct miocardic în desfășurare. Ce dracului mai e și asta? Fără dureri retrosternale, fără dispnee, fără niciun alt semn? Rezultatele erau însă convingătoare, așa că, înainte de a-i „prăji inima” cu două sute de jouli (unitate de măsură a energiei electrice) în timpul cardioversiei electrice, trebuia să o trimit la cateter coronarian pentru a exclude un infarct miocardic. Așa cum birocrăția în Germania nu are limite, tot ce faci cu pacienții trebuie consemnat cu semnătura acestora.



Curând și pentru a vorbi cu pacientul vom fi nevoiți să cerem acordul prealabil în scris. Îmi pregătesc foile cu informațiile pentru cateter coronarian și mă îndrept spre camera pacientei pentru a o informa despre procedură și, desigur, pentru a obține acordul ei în scris.

Un pacient informat plus foile semnate înseamnă un doctor departe de închisoare, dacă nu iese intervenția cum trebuie. M-am dus cu foile în mână în camera unde pacienta fusese mutată ca să facă loc noului val de pacienți proptiți în ușa de la urgențe.

Nu mai era singură în cameră de această dată. Mai erau alte trei paciente care așteptau și ele îngrijorate un pat liber în spitalul unde nimeni nu le vrea.

În primă instanță nu recunoscusem pacienta. Aveam senzația că eram în departamentul de chirurgie plastică sau mai rău, în departamentul de psihiatrie, eu fiind pacientul cu amnezie post electroșoc. Dar cine lucrează în cel mai mare departament de urgențe din Germania de sud-vest știe prea bine că numărul copleșitor de pacienți pe care îi vezi zilnic nu mai lasă capacitate de salvare în creierul tău, decât pentru datele esențiale. Iar aspectul fizic al pacientei mele era, evident, netrivial pentru mine.

După ce i-am explicat că poate avea un infarct miocardic și că e nevoie de cateter coronarian, pacienta, în lacrimi, îmi zice că de câteva zile îl vede pe soțul ei în vis și că acesta o cheamă la ea. În acel moment am înțeles și eu ironia pe care o trăiam alături de pacientă: soțul ei murise pe masa de cateter coronarian, iar după o lună de zile, ea urma să stea pe

aceeași masă. O doză de fiori acompaniați de o piele de găină m-au trezit imediat la realitate. Cei o sută de mililitri de cafea erau incomparabili cu șocul pe care îl resimțeam în acel moment.

Încercarea mea de a obține o semnătură de acord pentru cateterul coronarian a eșuat din motive clare. Pacientei îi era frică ca nu cumva istoria soțului ei să se repete și în cazul ei. Ce detalii tehnice ar putea să o convingă să se lase tratată pe masa de cateter coronarian? A zis clar, cu un ton supărat, că nu vrea nimic și să o las în pace.

Eu, ca un „specialist adevărat”, cu trei ani de experiență în ale medicinei, am zis că mă dau bătut și nu insist pentru intervenție. O regulă nescrisă a medicinei zice că nu trebuie niciodată să convingi un pacient care nu dorește în mod evident un tratament. Acești pacienți sunt cei care, dacă se lasă convinși de medic, de obicei suferă cele mai teribile și mai rare complicații medicale.

Voi ce ați fi făcut în această situație? Ați fi insistat mai mult? Fără prea mult război și evident învins, îmi îndreptasem ochii spre ieșirea din camera pacientei. Nici nu reușisem bine să mă întorc cu spatele la ea, când aud cum pacienta îmi spune „Herr Doctor”. Mă întorc la patul ei și o întreb ce aș putea face pentru ea. Pacienta mă privește cu ochii în lacrimi și mă întreabă: „Domnule doctor, pot să ies pentru câteva minute afară? Vreau să iau o gură de aer.” Eu credeam că face un infarct cerebral frontal și face mișto de mine. Ce fel de aer? Cum să iasă de aici? Dacă face stop cardiorespirator? Mă uit în ochii ei ca să exclud o



diferență pupilară ca semn al unui infarct cerebral și îi zic: „Formal, până la proba contrarie, aveți un infarct miocardic. Din cauza aceasta, trebuie să rămâneți permanent conectată la monitor”. Răspunsul meu nu era deloc pe placul ei. Atunci ea îmi face din mână să mă apropii cu urechea de ea și îmi șoptește încet: „Nimeni nu știe că v-am pus această întrebare și nimeni nu va afla vreodată. Am nevoie doar de un minut. După aceea vă anunț dacă mă las dusă pe masa de cateter coronarian sau nu”. Nu știam ce era în mintea ei așa că am strâns fișa pacientei și m-am îndreptat glonț spre ieșire.

În urma mea auzeam cum pacienta își dezlipa electrozii de la monitor și monitorul scotea un zgomot de alarmă. Am luat-o la dreapta, căci spre stânga era ieșirea din clădire și nu voiam să mă vadă nimeni ieșind din camera pacienților.

Peste cinci minute m-am întors în camera pacientelor numai ca să-mi văd pacienta întinsă în pat, liniștită și fără lacrimi în ochi. Fără a scoate un cuvânt, îi întind fișa pentru cateter coronarian. Ea semnează că e de acord cu intervenția, iar eu îi zic: „Ați făcut alegerea corectă”. Evident că nu aveam de unde ști acest lucru, dar cel puțin așa credeam în acel moment. Așa simțeam eu.

Ieșind din cameră, mă întrebam ce dracu' o fi făcut ea afară? O fi vorbit cu soțul ei aflat acum în ceruri? I-a cerut lui permisiunea? Oricare ar fi fost motivul ei, pentru mine, ca medic, era important că pacienta

va urma cateterul coronarian, intervenție care poate fi va salva viața.

A lua decizii împreună cu pacientul este partea cea mai dificilă pentru mine. Pacienții deseori nu știu ce e mai bine pentru ei. Nici medicii nu știu tot timpul ce e mai bine pentru pacienții lor. Totuși e de datoria medicului să ghideze pacientul spre cea mai bună alegere. Medicul nu trebuie însă niciodată să ia decizii medicale pentru pacient.

Cu foile semnate în mână, am luat rucsacul cu medicamentele de urgență care cântărește vreo cincisprezece kilograme și împreună cu infirmiera de gardă am transportat pacienta în sala de intervenții.

După ușa acestei săli misiunea mea cu pacienta dată s-a încheiat. Era de datoria colegilor cardiologi să aibă grijă de ea de aici încolo.

Dar, așa cum cazul era unul rar din punct de vedere medical (2% din toate cazurile de infarct miocardic), am urmărit personal imediat actele pacientei pentru a vedea cum a decurs intervenția coronariană. Intervenția a arătat că pacienta avea inima cât un balon sau cel puțin vârful inimii avea această formă. Acest fenomen de „balonare” a vârfului inimii apare mai des la femei, mimează un infarct miocardic și se asociază cu un stres acut și foarte intens. Pacienta suferea de așa numitul „broken heart syndrome” (patologie cardiacă care mimează un infarct miocardic). Este un sindrom în care toate investigațiile punctează spre un infarct miocardic ca în cele din urmă intervenția coronariană să demonstreze doar această balonare a



inimii, un fel de ruptură de inimă emoțională. Privind retrospectiv acest parcurs medical, de la simptom până la diagnostic, totul avea sens nu doar din punct de vedere medical, ci și din punct de vedere uman. Dar cine poate prezice așa ceva? Cine poate măsura cu adevărat impactul emoțional asupra sănătății noastre fizice? Această sarcină va reveni în mare parte medicinei viitorului.

Peste câteva zile după internare, pacienta a fost externată, prezentând o stare ameliorată. Prognosticul acesteia depinde mai departe de cancerul de sân cu care fusese diagnosticată recent.

