



**UMF**  
UNIVERSITATEA DE  
MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
IULIU HAȚIEGANU  
CLUJ-NAPOCA



**RUBRICA DISCIPLINEI MEDICINA DE FAMILIE UMF "Iuliu Hațieganu" CLUJ-NAPOCA  
ȘI A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE CLUJ**

## ARTICOLE ORIGINALE

### Review

## Managementul simptomelor nespecifice ce pot ridica suspiciunea unui proces neoplazic în cabinetul medicului de familie

Conf. univ. dr. Aida Puia<sup>1,3</sup>, Dr. Vlad Dascal<sup>2,3</sup>, Șef lucr. univ. dr. Codruța Mărginean<sup>1,3</sup>, Șef lucr. univ. dr. Radu Revnic<sup>1,2</sup>, Asist. univ. asoc. dr. Corina Dascal<sup>1,3</sup>, Asist. univ. dr. Rodica Sorina Pop<sup>1,3</sup>, Asist. univ. dr. Bianca Cojan Manzat<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup>Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu", Cluj-Napoca, România, <sup>2</sup>Cabinet Medical de Medicină de Familie, Cluj-Napoca, România, <sup>3</sup>Medicină de familie

Primit: 10.08.2023 • Acceptat pentru publicare: 30.08.2023

### Rezumat

Cancerul este a doua cauză de deces la nivel mondial însumând peste un sfert din totalul deceselor anuale. În ciuda eforturilor depuse în direcția prevenției și a depistării precoce a acestei patologii, prevalența cancerului este în creștere.

Rolul esențial al medicului de familie este evidențiat în evaluarea inițială a simptomatologiei manifeste prin semne de alarmă cunoscute dar destul de frecvent prin semne nespecifice ce pot sugera o patologie oncologică. Managementul simptomelor nespecifice sugestive pentru cancer reprezintă o adevărată provocare pentru medicul de familie. Acest fapt a condus la realizarea unor platforme de lucru, mape interactive sau hărți corporale a simptomelor ce pot fi întâlnite în diferite tipuri de cancer și recomandările privind atitudinea medicului din asistența primară în aceste situații.

În lucrarea de față, prin revizuirea literaturii de specialitate am dorit să creștem atenția medicului de familie pentru semne nespecifice și asocieri ale acestora care pot semnifica primii pași în diagnosticul precoce în diferite tipuri de cancer.

Cuvinte cheie: *simptome nespecifice, cancer, medic de familie*

## ORIGINAL ARTICLE

### Review

## Management of nonspecific symptoms that may raise the suspicion of an oncological pathology in the family doctor's office

### Abstract

Cancer is the second leading cause of death worldwide, accounting for over a quarter of all annual deaths. Despite the efforts made towards the prevention and early detection of this pathology, the prevalence of cancer is increasing.

The essential role of the family doctor is highlighted in the initial evaluation of the symptomatology manifested by known warning signs, but quite frequently by non-specific signs which may suggest an oncological pathology. The management of non-specific symptoms suggestive of cancer is a real challenge for the family doctor. This fact led to the creation of work platforms, interactive maps, or body maps of the symptoms that can be found in different types of cancer and the recommendations regarding the family doctor's attitude in these situations.

In this paper, by reviewing the specialized literature, we wanted to increase the family doctor's awareness of non-specific signs and their associations, which may be the first steps in the early diagnosis of different types of cancer.

Keywords: *non-specific symptoms, cancer, family doctor*

### Introducere

Cancerul este a doua cauză de deces la nivel mondial însumând peste un sfert din totalul deceselor anuale. În ciuda eforturilor depuse în direcția prevenției și a depistării precoce a acestei patologii, prevalența cancerului este în creștere.

Gestionarea cazurilor oncologice necesită implicarea medicilor specialiști oncologi, chirurghi și radiologi, un rol esențial având și medicul de familie. De cele mai multe ori evaluarea inițială a simptomatologiei are loc în cadrul asistenței medicale primare. Totodată, medicul de familie consiliează pacientul cu privire la oportunitățile de tratament și se implică în monitorizarea evoluției și posibilele efecte adverse ale tratamentului oncologic (1,2).

În cadrul asistenței medicale primare, diagnosticarea unui tip de cancer este relativ des întâlnită, un medic de familie cu o medie de 2000 de pacienți diagnostichează anual 6-8 noi cazuri de boală neoplazică și are în lista de pacienți aproximativ 70 de pacienți oncologici sau supraviețuitori ai acestei patologii (2).

Simptomatologia vastă și nespecifică a afecțiunilor neoplazice reprezintă o provocare pentru medicul de familie, astfel că în multe țări din Europa s-au înființat planuri de diagnostic precoce, căi rapide de comunicare multidisciplinară cu implicarea asistenței medicale primare, secundare și terțiare. Jumătate din tipurile de cancer nu prezintă simptome de alarmă, managementul simptomelor sugestive pentru cancer devenind o adevărată provocare.

Acest fapt a crescut continuu interesul pentru realizarea unor platforme de lucru, mape interactive sau hărți corporale a simptomelor ce pot fi întâlnite în diferite tipuri de cancer și recomandările privind atitudinea medicului în aceste situații (3,4).

Îmbunătățirea căilor de diagnostic, începând de la prima prezentare la medicul de familie până la stabilirea diagnosticului și inițierea tratamentului (scurtarea perioadei de diagnostic) este unul dintre obiectivele principale ale organizațiilor mondiale de combatere a cancerului (5).

### Material și metodă

Diferite instrumente ce pot ajuta medicul de familie să evalueze simptomele nespecifice ce ar putea sugera o patologie oncologică au fost studiate prin revizuirea literaturii de specialitate. Am analizat principalele simptome nespecifice cunoscute, atitudinea medicului în fața acestor simptome și modul în care comunicarea medic - pacient în această situație poate proteja atât pacientul cât și medicul.

### Rezultate

O parte din pacienții cu cancer sunt diagnosticați după ce au prezentat simptome vagi, care se caracterizează prin lipsa specificității de organ și au o valoare predictivă pozitivă scăzută pentru orice tip de cancer. Ghidurile nu recomandă trimiterea de urgență pentru suspiciunea de cancer, astfel de pacienți experimentând uneori perioade lungi de timp până la diagnostic.

Cele mai frecvent întâlnite simptome nespecifice (numite și simptome vagi) ce pot fi corelate cu cancerul, și care în diferite situații sau asocieri impun o anumită atitudine a medicului de familie sunt pierderea apetitului, pierderea inexplicabilă în greutate, oboseala, febra persistentă, transpirațiile nocturne, pruritul, infecțiile persistente și recurente.

### **Pierderea apetitului**

Acest simptom nespecific trebuie să atragă atenția medicului de familie atunci când nu are o explicație pentru apariția acestuia. În lipsa altor semne și simptome ce ar putea explica pierderea apetitului, fie că este însoțită sau nu de pierdere în greutate, medicul de familie poate să suspecteze un cancer pulmonar, de tract digestiv superior sau inferior, pancreatic sau urologic.

Persistența pierderii inexplicabile a apetitului peste două săptămâni ar trebui investigată, pacientul putând beneficia de trimitere și spre o cale rapidă de diagnostic a cancerului, „fast track referral for cancer”, acolo unde sistemele de sănătate au dezvoltat astfel de servicii medicale (4).

Dacă pierderea apetitului este prezentă la un pacient cu vârsta peste 40 ani, fumător/fost fumător/persoană expusă la azbest, medicul de familie ar trebui să recomande efectuarea unei radiografii pulmonare în două săptămâni de la prima consultație.

Asocierea pierderii apetitului cu prezența tusei sau a dispneei, durere toracică, oboseală și/sau pierdere în greutate este înalt sugestivă pentru un cancer pulmonar și pacientul trebuie îndrumat spre o radiografie toracică/tomografie computerizată pulmonară/pneumolog în funcție de reglementările sistemului de sănătate implementat în diferite țări.

În prezența pierderii apetitului sau a senzației precoce de sațietate la o femeie de peste 50 ani, simptome prezente mai mult de 12 zile pe lună, medicul de familie poate avea suspiciunea unui cancer ovarian și trebuie să recomande determinarea markerului tumoral, CA 125.

### **Pierderea neintenționată în greutate**

Pierderea neintenționată în greutate, este denumită și pierdere involuntară în greutate, termen ce exclude pierderea în greutate ca o consecință așteptată a unei boli cunoscute și/sau a tratamentului acesteia. Pierderea în greutate importantă din punct de vedere clinic este definită ca pierderea a mai mult de 5% din greutatea corporală în decurs de 6 până la 12 luni.

Pierderea apetitului și pierderea neintenționată în greutate se întâlnește la 15-40 % din pacienții cu orice localizarea a cancerului, fiind mult mai frecvent întâlnită la pacienții cu cancer pulmonar, 60%, și la cei cu cancer ale tractului digestiv superior, 80%.

Diverse studii au demonstrat că doar un procent redus din pacienții cu pierdere în greutate neintenționată au fost ulterior diagnosticați cu o malignitate. Patologia oncologică a fost asociată cu vârsta mai înaintată, sexul masculin, fumatul activ și pierderea în greutate mai mare. Cele mai frecvente afecțiuni maligne la acești pacienți au fost legate de sistemul gastrointestinal (esofag, stomac, intestin, ficat, pancreas, bile), plămân, limfom și tract urinar (rinichi, ureter, vezică urinară); cancerule de prostată, sân și ovar fiind diagnosticate mult mai rar. Un studiu spaniol demonstrează malignitatea la o treime din pacienții cu pierdere neintenționată în greutate, majoritatea dintre aceștia fiind diagnosticați în primele șase luni de la prezentare (6).

NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Cancer referral guidelines recomandă investigarea pentru pierdere neintenționată în greutate, fără asocierea cu un alt semn sau simptom, cel târziu la doua săptămâni de la prezentarea la medicul de familie în vederea suspiciunii de cancer pulmonar, pancreatic, al tractului digestiv superior și inferior și urologic. La femei, medicul de familie poate recomanda determinarea CA 125 și efectuarea unui test FIT (fecal immunochemical test) înainte de trimiterea către un alt specialist.

Pentru pacienții cu vârsta între 40-50 de ani, asocierea pierderii neintenționate în greutate cu sângerări rectale sau dureri abdominale persistente, recomandarea imediată este colonoscopia care trebuie programată și în decursul a două săptămâni.

Depistarea limadenopatiilor și/sau a splenomegaliei la un pacient care a pierdut involuntar în greutate trebuie să determine medicul de familie să îndrume acest pacient cât mai curând posibil spre un serviciu de hematologie.

Dacă pierderea neintenționată în greutate este prezentă la un pacient cu vârsta peste 40 ani, fumător/fost fumător/persoană expusă la azbest, acesta devine eligibil pentru o radiografie pulmonară cel târziu în două săptămâni de la prima consultație la medicul de familie, suspiciunea de cancer pulmonar fiind înaltă.

Un pacient cu sindrom dispeptic/boală de reflux gastroesofagian/durere în etajul superior abdominal și pierdere neintenționată în greutate necesită trimitere spre endoscopie digestivă superioară cât mai curând posibil, NICE recomandând un termen de două săptămâni. Endoscopia digestivă superioară mai trebuie recomandată în cazul asocierii dintre pierdere neintenționată în greutate, grețuri, vărsături și trombocitoză la un pacient cu vârsta peste 55 ani, fiind sugestivă pentru neoplazii gastrice.

### **Oboseala**

Oboseala este un simptom nespecific cu cauze multiple, acut sau cronic, datorat diferitelor afecțiuni medicale, a tratamentului acestora, a consumului de medicamente în afara recomandărilor sau a unor substanțe interzise.

Oboseala poate fi descrisă ca dificultatea, incapacitatea de a iniția o activitate sau reducerea menținerii unui anumit grad de activitate fizică sau mentală (7). Anamneza foarte minuțioasă a acestor pacienți face posibilă într-o oarecare măsură diferențierea oboselei de somnolența diurnă sau "slăbiciunea musculară" (8).

Prezența oboselei la un pacient fumător/fost fumător/fumător pasiv sau expus la azbest cu vârsta peste 40 ani, chiar în lipsa altor simptome nespecifice asociate poate să determine medicul de familie să recomande efectuarea unei radiografii pulmonare în decurs de două săptămâni de la examinare.

La persoanele cu vârsta de 40 de ani, asocierea oboselei cu cel puțin două (la pacientul nefumător) sau unul (la pacientul fumător/ exfumător) din următoarele semne nespecifice ca: pierderea neintenționată în greutate, tusea, pierderea apetitului, durerea toracică sau dispneea impune recomandarea unei radiografii toracice (care se efectuează în decurs de 2 săptămâni) pentru a evalua suspiciunea unui cancer pulmonar (9).

Prezența degetelor hipocratice chiar în absența oboselei poate ridica suspiciunea unui cancer pulmonar, acest semn fiind prezent la 5-15% din pacienții cu cancer pulmonar, uneori 35% la cei cu adenocarcinom pulmonar fără celule mici, bărbații fiind mai predispuși să dezvolte acest semn timpuriu (10).

În asistența medicală primară efectuarea unei hemoleucograme complete este necesară la orice pacient care prezintă oboseală persistentă, la femei fiind recomandată și determinarea markerului CA125, a cărui valoare  $\geq 35$  UI/ml trebuie să fie completată cu o ecografie abdominală și trimitere către un serviciu de ginecologie.

### Febra

În prezența unei febre persistente și inexplicabile, medicul de familie trebuie să indice efectuarea unei hemoleucograme complete în primele 48 ore de la examinare, iar dacă la examenul clinic se observă limfadenopatii sau splenomegalie pacientul trebuie trimis și examinat în decurs de două săptămâni de către hematolog.

**Infecțiile persistente și/sau recurente** pot reprezenta semne precoce ale diferitelor tipuri de cancer, medicul de familie recomandând de primă intenție o hemoleucogramă completă cât mai curând posibil pentru suspiciunea unui cancer hematologic, pulmonar.

**Transpirațiile nocturne** însoțite de adenomegalii sau splenomegalie inexplicabile prin alte patologii trebuie să determine medicul de familie să îndrume pacientul spre hematologie, aceeași atitudine fiind recomandată în prezența unui **prurit** însoțit de adenopatii sau splenomegalie.

Pentru persoanele cu **tromboză venoasă profundă**, fiind cunoscută asocierea frecventă cu diverse tipuri de cancer: urogenital, mamar, colorectal și pulmonar se

recomandă evaluarea clinică a pacientului pentru simptome, semne suplimentare care pot ajuta la clarificarea cancerului cel mai probabil și dacă e cazul trimiterea pacientului spre serviciul de specialitate adecvat.

### Discuții

"Plasa de siguranță"- **safety netting** este un set de pași și acțiuni care pot fi întreprinse la nivel de consultație primară pentru a se asigura că pacienții sunt monitorizați până când simptomele și semnele lor sunt explicate (11).

Este recunoscută ca un element important al ghidurilor pentru pacientul cu simptome nespecifice care ar fi de dorit să urmeze un traseu de investigații pentru o suspiciune de cancer. Plasa de siguranță este un proces care ajută la gestionarea incertitudinii unui diagnostic și îmbunătățește diagnosticul precoce al cancerului.

Safety netting s-a dovedit a fi relevantă la fiecare pas al procesului de diagnosticare în asistența medicală primară și în interfața cu asistența secundară (12).

Utilizarea acestei plase de siguranță ajută atât pacientul cât și medicul de familie în comunicare și acțiunile pe care trebuie să le întreprindă amândoi.

În ce privește comunicarea cu pacientul, medicul de familie trebuie să discute despre evoluția probabilă a simptomelor prezente, despre momentul revenirii la consultație dacă acestea nu remit, despre simptomele de alarmă care pot să apară, să motiveze necesitatea efectuării unor analize sau investigații imagistice, să convingă pacientul de importanța revenirii la consultație atunci când testele efectuate au fost negative dar simptomele persistă.

Modul de comunicare a medicului de familie trebuie adaptat limbajului și gradului de cunoaștere a pacientului, asigurând pacientul de suport până la clarificarea simptomelor.

Medicul de familie trebuie să ia în considerare acuratețea testelor de diagnostic utilizate în cazul în care simptomele persistă și să ofere consultații repetate pentru același simptom în cazul în care diagnosticul este incert.

Se recomandă notarea tuturor simptomelor, testelor efectuate și configurarea unor semne de alertă pentru următoarele vizite. Unele ghiduri recomandă notarea detaliată a datelor așa cum au fost ele înțelese de pacient.

### Concluzii

Simptomele nespecifice ca pierderea apetitului, pierderea inexplicabilă în greutate, oboseala, febra persistentă, transpirațiile nocturne, pruritul, infecțiile persistente și recurente pot fi sugestive pentru diferite tipuri de cancer, fie că sunt prezente singure sau asociate.

Plasa de siguranță, utilizată în etapele de evaluare a simptomelor nespecifice sugestive pentru diferite localizări oncologice este relevantă pentru procesul de diagnostic în medicina de familie și reprezintă o interfață cu asistența medicală secundară.

**Conflict de interese:** nu există

**Acknowledgments:** Toți autorii au avut contribuție egală la acest articol

### Bibliografie

1. Emery JD, Shaw K, Williams B, Mazza D, Fallon-Ferguson J, Varlow M et al. The role of primary care in early detection and follow-up of cancer. *Nat Rev Clin Oncol* 2014;11:38–48. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrclinonc.2013.212>
2. Rubin G, Berendsen A, Crawford SM, Dommert R, Earle C, Emery J et al. The expanding role of primary care in cancer control. *Lancet Oncol* 2015;16:1231–72. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1470204515002053>.
3. Cancer Australia. *Interactive body map*. Available from: <https://www.canceraustralia.gov.au/interactive-body-map> [Accessed 15th September 2023].
4. NICE. *CRUK Summary of NICE Cancer referral guidelines – Symptom desk easel*. Available from: [https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cancer-stats/nice\\_desk\\_easel\\_interactive\\_march\\_2020/nice\\_desk\\_easel\\_interactive\\_march\\_2020.pdf](https://www.cancerresearchuk.org/sites/default/files/cancer-stats/nice_desk_easel_interactive_march_2020/nice_desk_easel_interactive_march_2020.pdf) [accessed [Accessed 15 th September 2023].
5. Helsper C, van Erp N, Peeters P, de Wit N. Time to diagnosis and treatment for cancer patients in the Netherlands: Room for improvement? *Eur J Cancer*. 2017;87:113–21. Available from: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0959804917313436>.
6. White B et al. “Underlying cancer risk among patients with fatigue and other vague symptoms: a population-based cohort study in primary care.” *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2023;(73)727 e75-e87. Available from: doi:10.3399/BJGP.2022.0371.
7. Bosch X et al. “Unintentional weight loss: Clinical characteristics and outcomes in a prospective cohort of 2677 patients.” *PloS one* 2017;(12),4 e0175125. Available from: doi:10.1371/journal.pone.0175125.
8. Markowitz AJ, Rabow MW. “Palliative management of fatigue at the close of life: “it feels like my body is just worn out.” *JAMA* 2007;(298)2: 217. Available from: doi:10.1001/jama.298.2.217.
9. NICE. *Suspected cancer: recognition and referral*. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng12/chapter/Recommendations-organised-by-site-of-cancer#lung-and-pleural-cancers> [Accessed 15th September 2023].
10. Cancer Research UK. *Finger clubbing*. Available from: <https://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/mesothelioma/symptoms/finger-clubbing> [Accessed 18th September 2023].
11. Bankhead C et al. *Suspected cancer: recognition and referral NICE guideline. Safety netting to improve early cancer diagnosis in primary care: development of consensus guidelines. Final Report*. 4th May 2011. Published: 22 June 2015.
12. Tompson A et al. “Quality improvements of safety-netting guidelines for cancer in UK primary care: insights from a qualitative interview study of GPs.” *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2019;(69):689 e819-e826. Available from: doi:10.3399.