



Colegiul Medicilor Maramureș
www.colmedmm.ro

Baia Mare, 27 - 29 februarie
- ediția a XVII-a -

MaraMedica[®] 2020

Manifestare științifică și expozițională medicală

30 credite EMC

VOLUM REZUMATE

Organizator manifestare științifică



Colegiul Medicilor
Maramureș

Organizator manifestare expozițională



Camera de Comerț și
Industrie Maramureș

Cuprins

ABDOMINOPLASTIA CU LIPOSUCȚIE 360 GRADE: SIGURĂ, PREDICTIBILĂ ȘI EFICIENTĂ.....	7
ACTUALITĂȚI ÎN INCONTINENȚA URINARĂ	8
GHIDUL NAȚIONAL DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT AL MELANOMULUI ȘI GHIDURILE INTERNAȚIONALE CONTROVERSE	9
CONCEPTUL DE GANGLION SANTINELĂ ÎN MELANOMUL MALIGN CUTANAT	10
COLECTOMIA STÂNGĂ LAPAROSCOPICĂ, VARIANTE DE TEHNICĂ.....	11
EXPERIENȚA PERSONALĂ ÎN TIROIDECTOMIA TOTALĂ - LIMITE ȘI POSIBILITĂȚI	12
Lucrarea de fata ia în studiu experiența personală pe un lot de pacienți tratați în perioada 2013-2019.....	12
LIFTINGUL SPÂNCENELOR ȘI BLEFAROPLASTIA SUPERIOARĂ – CONCEPTE MODERNE.....	13
PACIENȚII CU BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ SIMPTOMATICĂ POT AVEA O CAPACITATE DE EFFORT MAI BUNĂ	15
PACIENȚI HIPERTENSIVI DIFERIȚI, SOLUȚII TERAPEUTICE ADAPTATE, ÎNTOTDEAUNA ÎNTR-UN SINGUR COMPRIMAT.....	16
LOCUL ȘI BENEFICIILE COMBINAȚIILOR FIXE ÎN TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE.....	17
BENEFICIILE APIXABAN ÎN PATOLOGIA TROMBOTICĂ LA PACIENȚII FRAGILI.....	18
THE UNDESIRABLE LM.....	19
ASPECTE CLINICE ÎN AFECTAREA RENO-URINARĂ DIN DIABETUL ZAHARAT	20
ATITUDINEA ÎN FAȚA UNUI SINDROM DE HEPATOCITOLIZĂ DE CAUZĂ APARENT NECUNOSCUTĂ	21
DURERE ABDOMINALĂ CRONICĂ, DE CAUZĂ NON-VISCERALĂ ȘI NON-FUNCȚIONALĂ: RECUNOAȘTEȚI DIAGNOSTICUL?	23
ABORDAREA PRACTICĂ A ANEMIEI LA COPIL	25
AUTOIMUNITATEA ÎN PATOLOGIA HEPATICĂ A COPILULUI....	26
TROMBOZĂ ATRIALĂ ȘI VENOASĂ PROFUNDĂ LA COPIL –	

PROBLEME DIAGNOSTICE	27
ASPECTE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE ÎN DISTROFIA MUSCULARĂ	28
TERAPIA CU BIFOSFONAȚI LA COPIL	29
CETOACIDOZA DIABETICĂ ȘI EDEMUL CEREBRAL ACUT	31
DIABETUL ZAHARAT – O PROVOCARE PENTRU MEDICUL PEDIATRU	32
INHIBĂ ANTIBIOTICELE SISTEMUL DE APĂRARE AL ORGANISMULUI?	34
ASPECTECLINICO-EVOLUTIVE ÎN LIMFOHISTIOCITOZELE FAMILIALE – STUDIU RETROSPECTIV ÎN CLINICA III PEDIATRIE TIMIȘOARA	35
SEPSIS NEONATAL, MENINGITĂ ACUTĂ, HIDROCEFALIE SECUNDARĂ	37
PREZENTARE DE CAZ	37
ROLUL IBUPROFENULUI ÎN TERAPIA FEBREI LA COPIL	38
SITUAȚII PARTICULARE ÎN BRONȘIOLITA CU VRS	39
SOLUȚII EFICIENTE ÎN TRATAREA CONGESTIEI NAZALE	40
CONTRIBUȚII ALE OSTEOPATIEI ÎN CAZUL TULBURĂRILOR SPECIFICE VÂRSTEI PEDIATRICE	41
DETRESA RESPIRATORIE – GHIDURI ȘI PRACTICĂ	42
HERPESUL CONGENITAL – PREZENTARE DE CAZ	43
PNEUMONIE CONGENITALĂ CU ESCHERICHIA COLI/ABCES PULMONAR – PREZENTARE DE CAZ	44
E. COLI CONGENITAL PNEUMONIA – CASE REPORT	46
ASPECTE ETIOPATOGENETICE ȘI PROGNOSTICE ALE PREMATURULUI TÂRZIU ȘI NOU NĂSCUTULUI APROAPE DE TERMEN	48
INFECȚIA CU CITOMEGALOVIRUS ÎN PERIOADA NEONATALĂ 50	
DETRESA RESPIRATORIE LA NOU-NĂSCUTUL CU RESTRICȚIE DE CREȘTERE INTRAUTERINE	51
SINDROAMELE PRIN PIERDERE DE AER – PNEUMOTORACE DREPT SPONTAN	52
AORTA ABDOMINALĂ. NORMAL. PATOLOGIE (BOALA ATEROSCLEROTICĂ, ANEVRIȘME, OBSTRUCȚII, STENTURI,	

VENA CAVA INFERIOARĂ). MASE RETROPERITONEALE.....	54
STADIALIZAREA LOCALĂ A CANCERULUI DE PROSTATĂ PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ.....	55
RMN COLOANA LOMBARĂ – MAI AVEM NEVOIE DE ANAMNEZĂ, EXAMEN CLINIC SAU PROTOCOL PERSONALIZAT? SUITĂ DE CAZURI CLINICO-IMAGISTICE	57
GIST CU LOCALIZARE RECTALĂ – PREZENTARE DE CAZ	58
ROLUL EXPLORĂRILOR IMAGISTICE ÎN DIAGNOSTICUL AMILOIDOZEI CARDIACE	59
SITUS INVERUS – PROVOCARE IMAGISTICO - CLINICĂ	60
SCINTIGRAFIA MIOCARDICĂ DE PERFUZIE LA EFORT – PREZENTARE DE CAZ: DEXTROCARDIA DIN SITUS INVERSUS.	61
PATOLOGIA GLANDELOR SALIVARE: CORELAȚII CLINICO-IMAGISTICE	62
VALIDAREA AGENȚILOR DE CONTRAST PE BAZA DE NANOPARTICULE LA ANIMALE.....	63
MANAGEMENTUL CANCERULUI PULMONAR AVANSAT ÎN ERA TERAPIEI MOLECULARE ȚINTITE ȘI IMUNOTERAPIEI.....	66
ROMÂNIA, DATE „REAL LIFE” DESPRE TERAPIA DE A DOUA LINIE CU NIVOLUMAB ÎN NSCLC (NON-SMALL-CELL LUNG CARCINOMA)	67
DATE „REAL LIFE” ÎN EGFR DRIVEN NSCLC (EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR DRIVEN NON-SMALL-CELL LUNG CARCINOMA)	68
ANEMIE DE ETIOLOGIE MIXTĂ LA DEBUTUL SARCINII – STUDIU DE CAZ	69
PACIENȚII CU RISC CARDIOVASCULAR FOARTE ÎNALT: DE LA RECOMANDĂRILE NOULUI GHID LA PRACTICA ZILNICĂ	70
ANEVRISM GIGANT DISECANT DE AORTĂ ASCENDENTĂ, SURVENIT LA PACIENT TÂNĂR, LA 9 ANI DUPĂ DUBLA PROTEZARE VALVULARĂ MITRO-AORTICĂ, CASE REPORT.....	71
EMBOLIE PARADOXALĂ ȘI EMBOLIE PULMONARĂ BILATERALĂ DIN TROMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ, LA UN PACIENT CU „FORAMEN OVALE” PATENT, CASE REPORT	72
ANEVRISM GIGANT ARTERĂ CORONARĂ DREAPTĂ, STRATEGIE	

TERAPEUTICĂ CHIRURGICALĂ, CASE REPORT	73
NEVRISM DE RĂDĂCINĂ AORTICĂ PARTICULAR – OREZENTARE DE CAZ.....	74
BY-PASS DISTAL ÎN ISCHEMIA CRITICĂ A MEMBRULUI INFERIOR LA O PACIENTĂ CU OBEZITATE MORBIDĂ	75
MANAGEMENTUL CORECT AL PACIENTULUI CU BOALĂ VENOASĂ CRONICĂ	76
METODE DIAGNOSTICE ECOGRAFICE MODERNE (US ȘI EUS) ALE CANCERULUI BRONHOPULMONAR	77
TROMBOZA PORTALĂ MALIGNĂ ȘI METASTAZE HEPATICE ALE UNUI MELANOM COROIDIAN, DIAGNOSTICATE PRIN PUNCȚIE ASPIRATIVĂ CU AC FIN GHIDATĂ ECONDOSCOPIC	78
TROMBOZE SISTEMICE ȘI VISCERALE, ASOCIATE CU TUMORĂ ATRIALĂ LA UN PACIENT TÂNĂR.....	80
ECOENDOSCOPIA DIGESTIVĂ – METODA DIAGNOSTICĂ DE „SALVARE” SAU PRIMĂ INTENȚIE?	81
GASTROPAREZA DIABETICĂ	82
PROTOCOLUL DE INVESTIGAȚII AL BOLNAVILOR CU ICTER OBSTRUCTIV	83
CRITERII DE TRATAMENT PALEATIV/RADICAL ÎN CANCERUL PANCREATIC	84
MONITORIZAREA POSTOPERATORIE A PACIENȚILOR CU REZECȚII PANCREATICE ONCOLOGICE	85
TRATAMENTUL DURERII ÎN PANCREATITA CRONICĂ ȘI NEOPLASM CORPOREO-CAUDAL	86
FICATUL GRAS NONALCOOLIC – O BOALĂ MULTISISTEMICĂ	87
HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ LA CIROTICI. PREVENȚIE, TRATAMENT	88
DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ASCITEI LA PACIENȚII CIROTICI.....	89
SCREENINGUL HCC LA PACIENȚII CU CIROZĂ.....	90
RISCU DE HCC ÎN HEPATITA ȘI CIROZA VIRALĂ C ÎN ERA ANTIVIRALELOR DIRECTE. PREZENTARE DE CAZ	91
SUPRAVEGHEREA BDA – SEZON DE SUPRAVEGHERE 2019, JUDEȚUL MARAMUREȘ.....	92

DIABETUL GESTIONAL ÎNTRE TEORIE ȘI PRACTICĂ	93
SINDROMUL DE TUNEL CARPIAN – ROLUL EXAMENULUI EMG	96
INFECȚIA CU VHB – NOI DEFINIȚII ȘI ABORDĂRI TERAPEUTICE	100
COINFEȚIA VHB-VHC LA PACIENTUL TRATAT CU ANTIVIRALE DIRECTE	101
VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ ÎN URGENȚĂ	102
A.T.I. – ACTUL I.....	103
A.T.I. – ACTUL II	104
A.T.I. – ACTUL III	105
VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ DIN PERSPECTIVA CARDIOLOGULUI	106
MANAGEMENTUL INSUFICIENȚEI RESPIRATORII ACUTE ÎN PATOLOGIA PULMONARĂ.....	107
VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ.....	107
MODALITĂȚI DE OXIGENARE ÎN PATOLOGII ACUTE. DISCUȚII PE CAZURI CLINICE.....	109
PROVOCAREA ABORDĂRII INTEGRATOARE VS ANALITICĂ A PNEUMOPATIILOR INTERSTIȚIALE DIFUZE FIBROZANTE.....	111
PROVOCĂRI DIAGNOSTICE LA PACIENȚII TINERI CU AFECTARE INTERSTIȚIALĂ PULMONARĂ	112
PROVOCĂRI LEGATE DE ÎNȚIEREA TRATAMENTULUI ANTIFIBROTIC ÎN FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ.....	113
UPDATE ÎN BPOC DIN PERSPECTIVA GHIDURILOR CLINICE ...	115
ABORDUL BPOC DIN PERSPECTIVĂ NUTRIȚIONAL-METABOLICĂ.....	116
INOVAȚIE ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU BPOC DIN PERSPECTIVA DISPOZITIVULUI INHALATOR: RESPIMAT REUTILIZABIL.....	117
MANAGEMENTUL MODERN AL ITR. PROFILAXIE ȘI TRATAMENT	118
SINDROMUL DE ELIBERARE DE CYTOKINE. ACTUALITĂȚI ÎN PATOGENEZA, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT	119
TERAPIA DISCONTINUĂ ÎN LEUCEMIA MIELOIDĂ CRONICĂ ..	121

COMISIA MULTIDISCIPLINARĂ DE DIAGNOSTIC ȘI INDICAȚIE TERAPEUTICĂ – QUO VADIS?	123
ABORDUL MULTIMODAL AL PACIENTULUI CU METASTAZE CU PUNCT DE PLECARE NEPRECIZAT	124
IMUNOTERAPIA ÎN CANCERELE SOLIDE: PRINCIPII GENERALE ȘI EFECTE SECUNDARE	125
IMUNOTERAPIA ÎN MELANOMUL MALIGN	126
PREZENTARE DE CAZ	126
IATROGENIE – PREZENTARE DE CAZ	127
SOLUȚII NON-INVAZIVE INOVATIVE ÎN TRATAREA DEPRESIEI, TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ȘI NU NUMAI	129

ABDOMINOPLASTIA CU LIPOSUCȚIE 360 GRADE: SIGURĂ, PREDICTIBILĂ ȘI EFICIENTĂ

*Dr. Mihai Chertif, Dr. Costache Chertif
Clinica Cosmedica Chirurgie Plastică și Estetică;*

Introducere

Abdominoplastia este una dintre cele mai solicitate operatii de chirurgie estetica in clinica noastra. La ora actuala exista multe discutii daca abdominoplastia poate fi asociata cu liposuctia in aceeasi interventie, datorita unor riscuri care pot sa apara. Incercam sa prezentam in aceasta lucrare o modificare a tehnicii inovative care a fost descrisa de alti colegi brazilieni in urma cu cativa ani, care functioneaza in mainile noastre pana acest moment, foarte bine.

Material si metode

Autorii standardizeaza pasii necesari pentru a asocia intr-un mod sigur abdominoplastia traditionala cu liposuctia circumferentiala completa. Dupa o liposuctie agresiva in toate cadranele abdomenului anterior, zonelor infracostale, flancurilor abdominale, zonelor lombare, liniei sutienului si regiunii promontoriului, folosind o disectie selectiva, este posibil sa pastram peste 80% din vascularizatia peretelui abdominal, provocand o minima trauma nervoasa, pastrand majoritatea vaselor limfatice cu un numar extrem de redus de complicatii fata de abdominoplastia traditionala, incluzand si pacientii post chirurgie bariatrica.

Rezultate

Consideram rezultatele obtinute foarte bune in ceea ce priveste satisfactia pacientilor, un contur al liniei taliei mult mai bun, cicatrici mult mai reduse, forma ombilicului si o recuperare mult mai rapida postoperator.

Concluzii

Cu o continua imbunatatire a acestui concept este posibil sa obtinem un contur armonios al abdomenului combinand liposuctia circumferentiala de tip SAfe Lipo si abdominoplastia cu disectie redusa , cu o recuperare mult mai rapida, complicatii reduse si rezultate excelente.

ACTUALITĂȚI ÎN INCONTINENȚA URINARĂ

*Dr. Liviu Dragomir
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

**GHIDUL NAȚIONAL DE DIAGNOSTIC ȘI
TRATAMENT AL MELANOMULUI ȘI GHIDURILE
INTERNAȚIONALE CONTROVERSE**

*Dr. Mihai Chertif, Dr. Costache Chertif
Clinica Cosmedica Baia Mare - Chirurgie Plastică și Estetică;*

Ghidurile clinice de diagnostic și tratament reprezintă instrumente esențiale bazate pe dovezi elaborate de experți în domeniu și care reflectă cele mai bune rezultate în momentul respectiv și au rolul de a ajuta clinicienii în abordarea cazurilor.

CONCEPTUL DE GANGLION SANTINELĂ ÎN MELANOMUL MALIGN CUTANAT

***Dr. Mihai Chertif, Dr. Costache Chertif
Clinica Cosmedica Baia Mare - Chirurgie Plastică și Estetică;***

Conceptul de ganglion santinela se bazeaza pe teoria de diseminare secventionala a celulelor tumorale pe cale limfatica. Extirparea ganglionului santinela este singura metoda acceptata pana in prezent care permite extirparea ganglionilor regionali fara metastaze reducand morbiditatea asociata acestei proceduri.

COLECTOMIA STÂNGĂ LAPAROSCOPICĂ, VARIANTE DE TEHNICĂ

Dr. Mihaela Leșe
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare

Este prezentată înregistrarea video a unei colectomii segmentare stângi, cu etapele intervenției chirurgicale și variantele tehnice laparoscopice, cu accent pe posibilitățile de sutura mecanică laparoscopică și deschisă. Sunt luate în discuție momentele dificile ale operației laparoscopice, complicațiile și modalitățile lor de rezolvare, variantele tehnice posibile în funcție de factorii care depind de pacient, de echipa operatorie și de dotările tehnice, dar și indicațiile și contraindicațiile intervențiilor chirurgicale laparoscopice în patologia colonului stâng. Concluzii. Selectarea atentă a cazurilor, dotarea tehnică și experiența operatorilor fac din colectomia laparoscopică varianta cea mai bună pentru pacient.

EXPERIENȚA PERSONALĂ ÎN TIROIDECTOMIA TOTALĂ - LIMITE ȘI POSIBILITĂȚI

***Dr. Anca Tămășan
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare***

Selecția adecvată a cazurilor chirurgicale a schimbat conceptul de tiroidectomie subtotală în ultimele decade, o gamă largă de afecțiuni tiroidiene benigne și maligne fiind tratate prin tiroidectomie totală; drept urmare, numărul acestora a crescut cu 40% în ultimele decade. Implicit acestei schimbări, atenția a fost focalizată pe analiza riscului de complicații postoperatorii vizând, în special, leziunile nervilor laringei și a glandelor paratiroide.

Lucrarea de fata ia în studiu experiența personală pe un lot de pacienți tratați în perioada 2013-2019.

LIFTINGUL SPÂNCENELOR ȘI BLEFAROPLASTIA SUPERIOARĂ – CONCEPTE MODERNE

*Dr. Mihai Chertif, Dr. Costache Chertif
Clinica Cosmedica Chirurgie Plastică și Estetică;*

Introducere

Piatra de temelie a chirurgiei estetice a feței implică rejuvenarea periorbitală. Asta înseamnă liftingul frunții, liftingul sprâncenelor, blefaroplastia superioară, blefaroplastia inferioară și liftingul central al feței. Blefaroplastia superioară și liftingul de sprâncene sunt cele mai solicitate operații estetice ale feței în clinica noastră. Acestea pot să schimbe și să redea o bună parte din aspectul tinereții periorbitale prin abordarea integrată a unor tehnici relativ simple, dar extrem de bine calculate și executate. Chiar dacă noi le considerăm simple, sunt multe situații în care rezultatele sunt departe de expectanțele pacienților, ca să nu spunem catastrofale.

Material și metode

Am ales să facem o evaluare a tehnicilor de lifting de sprâncene și blefaroplastie superioară pe un esanșion de 150 pacienți care au fost tratați în clinica noastră în ultimii 3 ani. Principiile pe care ne-am bazat pentru evaluare și judecata pentru a obține cele mai bune rezultate au fost în stabilirea poziției corecte a sprâncenelor, tehnica proprie de a efectua procedura de lifting direct al sprâncenelor, stabilirea strategiei de abordare a pleoapelor superioare, dorința pacienților și tehnica în sine de a corecta excesul de piele și procedurile adiționale pentru rejuvenarea pleoapelor superioare.

Rezultate

Liftingul direct de sprâncene a fost efectuat în 50% din numărul total al pacienților care au solicitat corectarea excesului de piele de la nivelul pleoapelor superioare. În 90% din pacienții cărora li s-a efectuat procedura de blefaroplastie superioară am înălțat sau mutat grăsimea nazală la nivelul celei centrale, iar în 20% din acești pacienți am fost nevoiți să repositionăm și glanda lacrimală în poziția ei corectă, în 40% din ei am înălțat și o parte din ROOF și în toate cazurile am efectuat și suspensia și suportul sprâncenelor și a grăsimii de sub sprâncene. Exceptând

echimozele si o hipoestezie usoara tranzitorie nu ne-am confruntat cu complicatii semnificative.

Concluzii

Consideram ca decizia oricarui pacient de a urma o remodelare a pleoapelor sa fie insotita de o evaluare completa a intregii regiuni si chiar a intregii fetei. In cazul pleoapelor superioare este imperativ necesar ca prima structura care trebuie luata in calcul sa fie pozitia sprancenelor si apoi tehnica blefaroplastiei superioare sa fie in conformitate cu acceptiunea actuala a chirurgiei estetice: nu cantitatea de piele care se inlatura este importanta, ci care tehnici interne trebuie asociate cu aceasta.

**PACIENȚII CU BOALA CARDIACĂ ISCHEMICĂ
SIMPTOMATICĂ POT AVEA O CAPACITATE DE EFFORT
MAI BUNĂ**

*Șef Lucr. Dr. Florin Maghiar Florin
Universitatea din Oradea*

Noul GHID 2019 de diagnostic și tratament al Sindromului Coronarian Cronic recomandă intervalele la care trebuie evaluată pacienții cu SCC. Creșterea capacității de efort și a calității vieții reprezintă obiectivele tratamentului SCC.

**PACIENȚI HIPERTENSIVI DIFERIȚI, SOLUȚII
TERAPEUTICE ADAPTATE, ÎNTOTDEAUNA ÎNTR-UN
SINGUR COMPRIMAT**

*Dr. Claudia Matei
Spitalul Județean de Urgență “Dr. Constantin Opriș” Baia Mare*

Mai puțin de jumătate dintre pacienți continuă tratamentul recomandat. Utilizarea combinațiilor fixe crește aderența la tratament. Creșterea aderenței la tratament crește succesul terapeutic și reduce riscul cardiovascular.

**LOCUL ȘI BENEFICIILE COMBINAȚIILOR FIXE ÎN
TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE**

*Șef Lucr. Dr. Florin Maghiar Florin
Universitatea din Oradea*

Fără rezumat

**BENEFICIILE APIXABAN ÎN PATOLOGIA TROMBOTICĂ LA
PACIENȚII FRAGILI**

*Șef Lucr. Dr. Elena Buzdugan
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Fără rezumat

THE UNDESIRABLE LM

Dr. Mihaela Gheorghiu
Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara

Socul cardiogen contituie cea mai frecventa cauza de deces la pacientii spitalizati cu infarct miocardic acut. In ciuda abordarii terapeutice tot mai complexe, mortalitatea a ramas extrem de ridicata in acest scenariu, fara a scadea sub 40-50%.

Vom prezenta cazul unui pacient tanar, 45 de ani, cu multipli factori de risc cardiovascular (fumat, hipertensiune arteriala, diabet tip 2 tratat cu antidiabetice orale, obezitate), care este adresat catre seveciul nostru cu diagnosticul de infarct miocardic acut anterior la aproximativ 3 ore de la debut, complicat cu edem pulmonar ce a necesitat intubare oro-traheala si, ulterior, suport inotrop combinat in doze mari.

Coronarografia efectuata in urgenta a evidentiat sistem coronarian cu dominanta stanga, stenoza 70% de trunchiului comun al coronarei stangi (TCACS) ostial, ocluzie totala trombotica ostiala a arterei descendente anterioare (ADA) si ramului intermediar (RI). S-a practicat revascularizare inteventionala cu stentare la nivelul TCACS/ADA/RI (tehnica mini-crush). Evolutia pacientului post procedural a fost rapid favorabila, cu sistarea suportului inotrop la 48 ore.

Revascularizarea inteventionala de urgenta a leziunii responsabile reprezinta etapa esentiala a tratamentului la pacientii cu sindrom coronarian acut si soc cardiogen.

ASPECTE CLINICE ÎN AFECTAREA RENO-URINARĂ DIN DIABETUL ZAHARAT

***Prof. Univ. Dr. Mihai Lucian Rusu,
Dr. Lucian Daniel Rusu
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu”
ClujNapoca***

Diabetul zaharat (DZ) ocupă un loc important în patologia cronică a persoanelor adulte, mai ales după vârsta de 50 ani. În afara complicațiilor cronice (micro și macro-angiopatice) un capitol important îl reprezintă complicațiile reno-urinare. Scopul lucrării vizează evidențierea unor aspecte mai puțin cunoscute în practica curentă dar importante pentru evoluția cazurilor. Pe un lot de 240 cazuri urmărite în ultimii 15 ani (clinic și paraclinic) s-a urmărit ponderea acestor complicații reno-urinare. Rezultatele au indicat că aproximativ 45% din cazuri cu vârsta medie de 74 ani și o vechime medie a diabetului de 16 ani prezentau grade variate de afectare reno-urinară dintre care: nefropatie incipientă (microalbuminurie) cca 20%; nefropatie manifestă cca 15%; pielonefrită cronică 10%; microlitiază renală 15%; infecții urinare recidivante cca 35%; asocieri patologice semnificative (adenom prostatic la bărbați, ptoză renală la femei). Lucrarea relevă și importanța unor tulburări funcționale (de ex. constipația cronică) la întreținerea și agravarea acestor afecțiuni. În concluzie, identificarea timpurie a acestor asocieri morbide va permite un diagnostic precoce și un tratament adecvat al acestor cazuri.

ATITUDINEA ÎN FAȚA UNUI SINDROM DE HEPATOCITOLIZĂ DE CAUZĂ APARENT NECUNOSCUTĂ

*Prof. Univ. Dr. Nicolae Miu, Asist Univ. Dr. Bianca Simionescu
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Determinarea nivelului transaminazelor este o examinare cerută de multe ori de rutină, chiar la copii care nu au simptome clinice sugestive pentru o suferință hepatică. Descoperirea lor obligă și provoacă medicul la elucidarea cauzei.

Transminazele, ASAT și ALAT sunt markeri de necroza tisulară, însă originea lor nu este totdeauna hepatică, ci și extrahepatică. De aceea, nu trebuie pierdută din minte originea musculară, cu creșterea transaminazelor în miozite și miopatii.

În fața unui sindrom de hepatocitoliză la copil, cu transaminaze cu valori de peste 3 ori normalul prima suspiciune este o hepatită virală, de aceea serologia virală poate identifica o infecție cu unul din virusurile hepatitice: A, B, B+D, C. Herpesvirusuri ca Epstein Barr virusul și Citomegalovirusul sunt responsabile pentru o bună parte din sindroamele de hepatocitoliză, ultimul, fiind alături de infecția cu toxoplasma, unul din responsabilii hepatitelor cu icter la nou născut.

Deficitul de alfa1 antitripsină este o entitate adesea pierdută din vedere.

La copii mai mari trebuie luată în calcul posibilitatea hepatitei autoimune. Din nefericire, citoliza din boala Wilson diagnosticată tardiv e uneori descoperită în fața unui copil mare cu insuficiență hepatică și anemie hemolitică neimună.

Suferința ficatului din boala celiacă poate fi arareori, surprinzător, semnul revelator cel mai impresionant, devansând mult ca gravitate semnele și simptomele sindromului de malabsorbție.

Boala inflamatorie intestinală și unele boli autoimne asociază uneori

suferință hepatică.

Alte cauze ale sindromului citoliză sunt bolile de nutriție și metabolism (obezitate, diabet zaharat, fenilcetonurie, fibroză chistică, hipotiroidism congenital).

Hepatitele toxice, mai ales medicamentoase trebuie luate în calcul în diagnosticul etiologic.

Totuși, o mică parte din sindroamele de citoliza hepatică rămân neelucidate din punct de vedere etiologic.

DURERE ABDOMINALĂ CRONICĂ, DE CAUZĂ NON-VISCERALĂ ȘI NON-FUNCȚIONALĂ: RECUNOAȘTEȚI DIAGNOSTICUL?

*Conf. Univ. Dr. Daniela Elena Șerban
Clinica Pediatrie II, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj
Napoca
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Rezumat: Durerea abdominală cronică (DAC) reprezintă una dintre cele mai frecvente probleme în pediatrie, atât pentru pacienți/familii (afectând calitatea vieții), cât și medici și sistemul de sănătate. Frecvența DAC este de 0,3-19% în țările vestice, la copiii de vârstă școlară. În diagnosticul DAC, medicii pun accent pe cauzele intra-abdominale organice; ceea ce nu este organic, este considerat implicit funcțional (date fiind testele uzuale sanguine și ecografia abdominală normală), ignorându-se durerea parietală (somatică). Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 16 ani 6 luni, cu DAC debutată în urmă cu 18 luni, având numeroase investigații și internări în diverse servicii, fără efect sub terapie antialgică, antispastică, antibiotică, antiparazitară, precum și diverse suplimente alimentare. În clinica noastră, după excluderea cauzelor organice, DAC a fost considerată de natură funcțională. După o evoluție favorabilă sub tratament, DAC a reapărut însă, necesitând reconsiderarea diagnosticului. Anamneza minuțioasă și examenul obiectiv au condus la suspiciunea de sindrom ACNES (Anterior Cutaneous Nerve Entrapment Syndrome). Instilarea de Xilină 1%, 5 ml, subfascial, la nivelul marginii laterale a mușchiului drept abdominal stâng a condus la dispariția totală a simptomatologiei. Deși frecvent, ACNES este rar diagnosticat, astfel încât pacienții sunt frecvent supuși multor investigații inutile, invazive și unor terapii neadecvate, ducând la suferință prelungită și creșterea costurilor în sistemul de sănătate. Prezentăm date actuale legate de caracteristicile epidemiologice, etiopatogenetice, fiziopatologice, clinice și terapeutice ale

acestui sindrom. Subliniem faptul că ACNES este un diagnostic pur clinic, astfel că nu poate fi evidențiat prin tehnici investigaționale, oricât de sofisticate. Recunoașterea precoce și corectă a ACNES este absolut esențială în practica medicilor pediatri.

Cuvinte cheie: durere abdominală cronică, durere funcțională, durere neuropatică, tratament

ABORDAREA PRACTICĂ A ANEMIEI LA COPIL

*Conf. Univ. Dr. Călin Lazăr, Dr. Csilla Szabo
Clinica Pediatrie I Cluj Napoca
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Lucrarea abordează sindromul anemic al copilului, o patologie frecventă atât în practica medicului de familie, cât și a specialistului pediatru din spital.

Prin prisma experienței de hematolog pediatru, autorul analizează elementele de diagnostic pozitiv și diferențial ale sindromului anemic, plecând de la fundamentul practicii curente : anamneza și examenul obiectiv.

Sunt subliniate elementele de diagnostic diferențial în paloarea copilului, semnele clinice asociate care pot orienta diagnosticul diferențial, algoritmul de diagnostic în funcție de indicii eritrocitari sau nivelul reticulocitelor.

Sunt prezentate indicațiile de trimitere de către medicul de familie a cazurilor în secția de pediatrie/hematologie pediatrică, precum și câteva noutăți din diagnosticul și tratamentul anemiei feriprive. Autorul pledează pentru utilizarea în medicina primară a raționamentului clinico-biologic în fața unei anemii, în funcție de elementele anamnestice, de examen obiectiv dar și utilizând testele uzuale de laborator.

AUTOIMUNITATEA ÎN PATOLOGIA HEPATICĂ A COPILULUI

*Conf. Univ. Dr. Tudor Lucian Pop
Clinica Pediatrie II Cluj Napoca
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

În ultimii ani, progresele privind mecanismele autoimunității au permis o mai bună abordare a acestei patologii, care are o frecvență în creștere la copil.

Hepatita autoimună se caracterizează prin afectarea hepatică asociată cu prezența autoanticorpilor serici, nivelul crescut al IgG și asocierea posibilă a unor boli autoimune. Copiii cu hepatită cronică virală pot prezenta modificări autoimune în timpul evoluției care pot duce la confundarea diagnosticului. Infecția cu citomegalovirus sau Epstein-Barr virus se poate asocia frecvent cu manifestări autoimune. Infecțiile virale pot declanșa hepatita autoimună la pacienții cu predispoziție genetică. De asemenea, injuria hepatică datorată medicamentelor poate să aibă manifestări similare cu hepatita autoimună, dar anamneza corectă și evoluția după administrarea tratamentului imunosupresor pot asigura diagnosticul corect. Și boala Wilson poate fi confundată cu hepatita autoimună, având în vedere ca uneori la momentul debutului manifestărilor clinice autoimunitatea poate fi prezentă.

În concluzie, pentru a avea un diagnostic corect și pentru asigurarea unui tratament prompt, medicul pediatru trebuie să fie pregătit să recunoască toate aceste posibilități ale implicării autoimunității în patologia hepatică pediatrică.

TROMBOZĂ ATRIALĂ ȘI VENOASĂ PROFUNDĂ LA COPIL - PROBLEME DIAGNOSTICE

*Conf. Univ. Dr. Angela Butnariu, Dr. Ioana Badiu, Dr. Alexandru
Munteanu
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii,
U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca*

În copilărie, trombozele venoase profunde apar în peste 90% dintre cazuri la nou născut și sugar și sunt corelate îndeosebi cu cateterizarea venoasă centrală sau cu deshidratarea severă și sepsisul.

După primul an de viață fenomenele trombotice sunt mai rare și se datoresc fie unor stări procoagulante dobândite, fie unor cauze genetice: deficiențe de factori anticoagulanți, exces de factori procoagulanți, deficiența congenitală a factorilor fibrinolitici sau mecanisme

protrombotice complexe, necunoscute. Dacă la adult tromboza atrială se corelează frecvent cu fibrilația atrială, la copil trombozele intracavitare cardiace au, de regulă, altă cauză.

Se prezintă cazul unei paciente de 16 ani cu tromboză la nivelul atriului drept, tromboze venoase pe teritoriul cavei inferioare la confluența cu vena renală stângă și pe teritoriile unor vene ale brațului drept. Evidențierea trombozelor a fost ocazionată de un tablou bioumoral de sindrom nefrotic (tromboza de cavă inferioară), de tumefierea bruscă a brațului drept (tromboza venelor axilară și brahială) și de examenul ecocardiografic Doppler, inclusiv transesofagian (tromboza atrială dreaptă). Se discută mecanismele etiopatogenetice și posibilitățile terapeutice.

ASPECTE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE ÎN DISTROFIA MUSCULARĂ

*Șef Lucr. Dr. Daniela Iacob
Disciplina Pediatrie III*

*Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Premise: Distrofia musculară Duchenne este cea mai frecventă distrofie musculară, cu o incidență de 1 la 5000 de băieți. Este o tulburare genetică cauzată de defecte ale genei distrofinei. Anormalia proteinei distrofinei provoacă leziuni musculare progresive care duc la dizabilități pe termen lung. **Obiectiv:** Analiza cazului unui copil de sex masculin suspectat de distrofie musculară Duchenne. **Metodă:** Se prezintă cazul unui băiat de 6 ani care a dezvoltat la vârsta de doi ani valori crescute ale transaminazelor de etiologie necunoscută. La vârsta de trei ani a dezvoltat slăbiciune musculară și dureri musculare, hipertrofie ușoară a gambelor. S-au decelat valori crescute ale transaminazelor și niveluri semnificativ crescute ale creatinkinazei serice. Ulterior, pacientul a dezvoltat manevra Gowers pozitivă. S-a efectuat testare genetică pentru gena distrofinei. **Rezultate:** Testarea genetică moleculară a evidențiat deleția hemizigotă a exonilor 46-52 ai genei distrofinei. Pacientul nu a prezentat cardiomiopatie dilatativă sau aritmii. Tratamentul cu deflazacort a fost temporizat. **Concluzii:** Tabloul clinic sugestiv, corelat cu valoarea crescută a transaminazelor și cu valori mult crescute ale creatinkinazei serice orientează diagnosticul spre distrofie musculară Duchenne. Confirmarea diagnosticului se face prin testare genetică moleculară. Terapia este multidisciplinară, corticoterapia având un rol central. Terapii moderne genetice ar putea în viitor să refacă gena distrofinei.

Cuvinte cheie: distrofie musculară Duchenne, gena distrofinei, copil.

TERAPIA CU BIFOSFONAȚI LA COPIL

*Șef Lucr. Dr. Pușa Cherecheș-Panța
Clinica Pediatrie III, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Cluj
Napoca
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Osteogeneza imperfectă (OI) este o boală genetică de mutații în genele care codifică tipul de I procolagen (ex: *COL1A1 COL1A2*). Se caracterizează prin fragilitate osoasă și fracturi la traumatisme minore. Sunt descrise opt tipuri de OI. Tratamentul cu pamidronat la copil nu este foarte bine standardizat.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 12 ani cu osteogeneza imperfectă cu debut antenatal care a fost monitorizat pe durata a 10 ani de terapie cu bifosfonați. Localizarea fracturilor este extrem de variată, majoritatea afectând femurul, tibia, sau radiusul bilateral, însă sunt prezente și fracturi costale sau cu altă localizare. Au fost urmăriți markerii metabolismului mineral osos (calciu, fosfat, fosfataza alcalină serică, vitamina D și osteocalcina), s-a efectuat osteodensitometrie. Valorile parametrilor serologici s-au ameliorat iar incidența fracturilor s-a redus pe durata terapiei, însă calitatea vieții pacientului este redusă.

Cuvinte cheie: osteoporoză, osteogeneza imperfectă, pamidronat

Osteogeneza imperfectă (OI) este o boală genetică de mutații în genele care codifică tipul de I procolagen (ex: *COL1A1 COL1A2*). Se caracterizează prin fragilitate osoasă și fracturi la traumatisme minore. Sunt descrise opt tipuri de OI. Tratamentul cu pamidronat la copil nu este foarte bine standardizat.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 12 ani cu osteogeneza imperfectă cu debut antenatal care a fost monitorizat pe durata a 10 ani de terapie cu bifosfonați. Localizarea fracturilor este extrem de variată, majoritatea afectând femurul, tibia, sau radiusul bilateral, însă sunt

prezente și fracturi costale sau cu altă localizare. Au fost urmăriți markerii metabolismului mineral osos (calciu, fosfat, fosfataza alcalină serică, vitamina D și osteocalcina), s-a efectuat osteodensitometrie. Valorile parametrilor serologici s-au ameliorat iar incidența fracturilor s-a redus pe durata terapiei, însă calitatea vieții pacientului este redusă.

Cuvinte cheie: osteoporoză, osteogeneza imperfectă, pamidronat

CETOACIDOZA DIABETICĂ ȘI EDEMUL CEREBRAL ACUT

*Șef Lucr. Dr. Simona Căinap
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Fără rezumat

DIABETUL ZAHARAT – O PROVOCARE PENTRU MEDICUL PEDIATRU

*Asist. Univ. Dr. Alina Grama
Clinica Pediatrie I
Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu Mureș*

Introducere : Diabetul zaharat (DZ) este un sindrom heterogen din punct de vedere etiologic, patogenetic, clinic și terapeutic, caracterizat prin hiperglicemie cronică, determinată de scăderea secreției de insulină și/sau de reducerea sensibilității la insulină a diverselor țesuturi (insulinorezistență), în special a celui muscular, adipos și hepatic. DZ tip 1 rămâne cea mai frecventă formă întâlnită în patologia pediatrică (peste 90%), mai ales la populația caucaziană.

Factori cum ar fi vârsta mamei la naștere, greutatea la naștere, creșterea rapidă în greutate, infecțiile, obiceiurile din copilărie, stressul, deficitul de substanțe nutritive au fost asociați cu un risc de DZ tip 1 în diferite studii.

Materiale și metode : Deși tabloul clinic al diabetului zaharat prezintă simptome clasice datorate instalării hiperglicemiei (poliurie, polidipsie) indusă de insulinopenie (scădere ponderală, astenie), există situații în care stabilirea diagnosticului pozitiv poate ridica o serie de dificultăți. Hiperglicemia și celelalte anomalii asociate conduc la complicații acute și cronice grave care determină reducerea duratei și a calității vieții pacienților cu DZ.

Sunt prezentate cazuri atipice de DZ tip 1 la debut cu scopul de a evidenția importanța recunoașterii precoce a simptomatologiei, eroarea de diagnostic fiind asociată cel mai frecvent cu vârste mici.

Rezultate : Semnele și simptomele diabetului sunt predictibile la copii, de aceea este importantă recunoașterea acestora cât mai rapidă de către părinți, îngrijitori și medici. Debutul DZ la copil poate fi acut, rapid

(1-2 zile) caracteristic copilului mic, debut intermediar (4 - 8 săptămâni) la copilul școlar și debut lent (luni) la copilul mare și adolescent. O particularitate a debutului DZ la vârsta copilăriei : intervalul de timp dintre instalarea primelor semne de boală și evoluția posibilă spre comă cetoacidotică este proporțional cu vârsta copilului (copilul mic va intra mai repede în comă cetoacidotică decât adolescentul).

De asemenea, distrucția celulelor β insulare se pare că ar fi mai agresivă la vârste mici, nivelele de peptid C sunt mai mici la copiii sub 2 ani și își pierd capacitatea de secreție de insulină mai repede față de copiii la vârste mai mari.

Discuții : Campanii de conștientizare a simptomelor diabetului ar reuși scăderea frecvenței episoadelor inaugurale de cetoacidoză diabetică. Incidența DZ de tip 1 crește rapid, în întreaga lume, și se manifestă la o vârstă mai tânără . E posibil ca existența interacțiunii dintre susceptibilitatea genetică și factorii de mediu (declanșatori sau supresivi) să fie responsabilă de patogeneza DZ 1.

Factorii de mediu sunt importanți deoarece chiar gemenii identici au concordanță de $< 40 \%$ pentru DZ tip 1, iar rata incidenței variază la populații similare genetic, în condiții de viață diferite. Nu este identificat un factor propriu-zis dar infecțiile și alimentația sunt considerați factori importanți și au fost propuși ca factori de risc.

Concluzii : Simptomele diabetului pot fi subtile și greu de diferențiat de o boală acută la copii. Suspiciunea de diabet la copil ar trebui confirmată imediat iar tratamentul inițiat precoce pentru a reduce riscul de Cetoacidoza diabetică. Copiii cu diabet trebuie să beneficieze de educație, îngrijire și suport psihologic printr-o echipă medicală multidisciplinară.

Cuvinte cheie : diabet zaharat, copil, debut

INHIBĂ ANTIBIOTICELE SISTEMUL DE APĂRARE AL ORGANISMULUI?

Asist. Univ. Dr. Bianca Simionescu, Prof. Univ. Dr. Miu Nicolae

*Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Clasic, atunci când sunt prescrise pentru tratarea infecțiilor, se scontează că antibioticele acționează în concordanță cu celulele sistemului imun pentru a elimina agenții patogeni microbieni .

Cercetarile actuale au demonstrat că, în același timp, antibioticele și agenții patogeni au efecte de remodelare metabolică a microbiotei, cu efecte asupra asupra celulelor gazdei.

Unii din metaboliții rezultați pot inhiba de fapt eficacitatea medicamentelor.

Acțiunile directe ale antibioticelor asupra metabolismului celulelor imune pot afecta, de asemenea, activitatea fagocitară.

De aceea, o administrare nejudicioasă sau, mai grav, nejustificată a antibioticelor, conduce nu numai la accentuarea problemei rezistenței microbiene, ci are efect de slăbire a răspunsului imun.

ASPECTECLINICO-EVOLUTIVE ÎN LIMFOHISTIOCITOZELE FAMILIALE – STUDIU RETROSPECTIV ÎN CLINICA III PEDIATRIE TIMIȘOARA

*E Boeriu^{1,2,3}, F. Hrubaru¹, A. Sansudean¹,
A. Manea^{2,3}, M. Ardelean^{1,2,3}, S. Arghirescu^{1,2,3}*

1.Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii “Louis Turcanu”

2.Clinica III Pediatrie

3.Universitatea de Medicina și Farmacie “Victor Babeș” Timișoara

Limfohistiocitozele familiale (FHL) sunt caracterizate de hiperinflamatie determinate de proliferarea si activarea limfocitelor si macrofagelor si in functie de defectul genetic sunt incadrate in forme clinice variate.Ele sunt afectiuni genetice prezente la copil in primul an de viata in 70% din cazuri,in Sindromul Chediak Higashi(SCH)este prezenta mutatia CHS1/LYST,iar in Sindromul Griscelli(SG) este mutatia RAB27A Desi indicatia terapeutica de transplant allogeneic cu scop curative se impune cit mai aproape de momentul diagnosticului. Neavind aces la acesta evolutia nefavorabila spre deces in faze de accelerare a boli motiveaza abordarea complexa multidisciplinara a castor cazuri inca de la debut

Obiective Ne-am propus o analiza retospectiva a cazurilor de de FHL. Din 20 de cazuri HLH au fost incluse in studiu in 2 cazuri de SCH, 4 cazuri de SG urmarite pe o perioada de 2 ani si respective 4 ani din punct de vedere al abordarii complexe medicale curative si paliativ analizind limitele si provocarile pina la sfirsitul vietii atit a stafului medical cit si a familiei.

Material si metoda. Aceste cazuri au fost selectate din paltologia onco-hematologica a Clinicii III Pediatrie in intervalul 2008-20018.Au fost analizate datele clinice si paraclinice care au permis incadrarea diagnostica si evolutia pina la momentul decesului precum si aspectele psihoemotionale si desuport a familiei.

Rezultate .In SCH diagnosticul a fost stabilit precoce la 3 si respective 2 luni de viata, pe cind la SG diagnosticul a fost stabilit dupa virsta de 3 ani respective 4 ani la al doilea caz Motivele internarii fiind febra > 39 ,Hepato splenomegalii, adenopatie inghinala si fistula ombilicala pa primul cazSCH iar la cel de al doile infectie cutanata lobul urechii.aparute pe fond de albinism.SG pe linga bicitopenie si organomegalie degradarea neurologica progresiva si rapida a impus ingrijirea paliativa Tabloul hematologic si analiza firului de par a orientat diagnosticul. S-a efectua tansplantul allogeneic la un singur caz de SG cu evolutie ulterioara buna si la cel de al doilea caz fiind inpregatire .La SCH nu s-a putu efectua transplant allogeneic dar s-a tentat terapie curative la primul caz conform Protocolului HLH dar cu raspuns partial pentru 6 luni ca ulterior sa prezinte 3 faze de accelerare si in final evolutie spre deces.In cel de al doile caz de SCH s-a efectuat doar ingrijire paliativa ,evoluita a fost progresiva spre degradare neurologica rapida si deces la 6 luni de urmarire . Prezenta in aceias familie a SCH la interval de 8ani si a SG la interval de 2 ani a facut ca abordarea familiei sa fie mai provocatoare

Concluzii FHL sunt afectiuni rare cu prognostic nefavorabil iar limitele teapiei curative impune abordare paliativa inca de la debut in acesta afectiune

SEPSIS NEONATAL, MENINGITĂ ACUTĂ, HIDROCEFALIE SECUNDARĂ.

PREZENTARE DE CAZ

*Dr. Cosette Ceaunică, Dr. Amalia Borleanu
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Prezentăm cazul unui nou născut de sex feminin, internat în Secția Pediatrie SJUBM, în data de 6.05.2019, cu stare generală alterată, coma I / II, cu simptome sugestive pentru Sepsis neonatal, Meningită acută, Bronhopneumonie, investigațiile paraclinice confirmând suspiciunea clinică.

Evoluția sub tratamentul instituit este favorabilă, dar dezvoltă hidrocefalie panventriculară cu modificări în substanța albă, evidențiate imagistic.

Se transferă la Clinica NCH Cluj unde se practică inserția unui ventriculo-peritoneal de parte dreaptă, cu evoluție ulterioară favorabilă

ROLUL IBUPROFENULUI ÎN TERAPIA FEBREI LA COPIL

*Dr. Lucian Bogdan
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Rolurile probioticelor sunt multiple, stimuland imunitatea locala si generala, au rol de bariera la nivel intestinal , precum si efect antibacterian.

Astfel ele sporesc productia de anticorpi, cresc activitatea “ natural killer-ilor”, altereaza eliberarea de citokine, moduleaza apoptoza, regleaza productia de mucus, amplifica glicozilarea celulelor epiteliale, cresc productia de Ig A, produc bacteriocine, au actiune bactericida asupra patogenilor, produc peroxid de hidrogen (Candida), inhiba invazia bacteriilor patogene.

Diareea asociata antibioterapiei este definita ca diaree neexplicata ce apare la 2 ore -2 luni de la initierea antibioterapiei, poate fi declansata de orice antibiotic, chiar si de o singura doza si se manifesta ca diaree apoasa, crampe, varsaturi, dezechilibre electrolitice.

Studiile au aratat ca probioticele sunt eficiente in tratamentul si prevenirea diareei asociate antibioterapiei. Astfel, 22 din 23 studii au evidentiat efectul protectiv al probioticelor in DAA, cu o incidenta DAA 8% comparativ cu 16% din grupul control, iar din cele 16 studii ce au declarat reactiile adverse: nu s-au raportat reactii adverse severe ce pot fi atribuite probioticelor.

Cuvinte cheie: probiotice, efect protector, diaree asociata antibioterapiei

SITUAȚII PARTICULARE ÎN BRONȘIOLITA CU VRS

*Dr. Elena Gabriela Florian
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Bronșiolita este cauza cea mai frecventă cauza de spitalizare în populația pediatrică în sezonul rece; și în proporție de aproximativ 95% din cazuri este cauzată de infecție cu virus sincitial respirator.

Studiu retrospectiv observațional privind numărul de pacienți internați cu acest diagnostic în secția de pediatrie a spitalului județean Baia Mare în perioada 2016-2019 s-a urmărit repartiția pe sexe, grupe de vârstă, patologie asociată, gravitatea cazului, durata medie d spitalizare și evoluția în funcție de tratamentul administrat.

13,43% dintre pacienții internați pe secție au avut această patologie și au fost tratați urmând recomandările generale ale protocoalelor în vigoare, deși nu există încă un consens clar stabilit în ceea ce privește conduita terapeutică corespunzătoare.

SOLUȚII EFICIENTE ÎN TRATAREA CONGESTIEI NAZALE

Dr. Lucian Bogdan

Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opriș” Baia Mare

Congestia nazala este un simptom al afecțiunilor de tract respirator superior și caracteristicile acesteia sunt o parte importantă a diagnosticului acestor afecțiuni. Este asociată cu diverse etiologii.

Congestia nazala trebuie evaluată în contextul tuturor simptomelor nazale însoțitoare: Secreție, Scurgere anterioară sau posterioară, Durere facială, Presiune, Reducerea sau pierderea mirosului. Cele mai frecvente afecțiuni ce asociază congestie nazală sunt rinita și rinosinuzita.

Decongestionantele nazale funcționează prin administrare topică, din punct de vedere terapeutic sunt simpatomimetice/ sau corticosteroizi, acționând la nivelul vaselor de sânge. Vasele mici de sânge sub acțiunea decongestionantului adrenergic fac vasoconstricție - reduce tumefacția mucoasei, ușurează respirația și îmbunătățind secreția de mucus.

Ca și efecte adverse, prezintă congestie de rebound- dezvoltată mai ales la agenți topici utilizați mai mult de câteva zile. Pentru a minimiza acest lucru, tratamentul medicamentos trebuie întrerupt treptat. Utilizarea agenților topici este limitată la nu mai mult de 3 până la 5 zile.

Cuvinte cheie: rinita, rinosinuzita, decongestionante nazale, agenți topici

CONTRIBUȚII ALE OSTEOPATIEI ÎN CAZUL TULBURĂRILOR SPECIFICE VÂRSTEI PEDIATRICE

Prof. Univ. Dr. Veronica Esposito¹

Asist. Univ. Dr. Dorina Chirilă²

¹ Clinica Pediatrică Osteopatia Roma

² ABEOX Osteopathic School Bologna Italia

Metode

Prezentarea și descrierea istoriei osteopatiei și a contribuțiilor osteopatiei în cazul vârstei pediatrice, cu surse care deriva din formarea de baza, postuniversitară și din experiența clinică.

Concluzii

Încă din perioada sarcinii și, în mai mare măsură, pe durata nasterii, țesutul conjunctiv este supus unor compresii, tracțiuni și modificări chimice care predisun organismul spre disfuncționalități, încetinindu-i micromiscările și reducându-i elasticitatea. Lipsa mișcării modifică acțiunea de pompare necesară stimulării ganglionilor nervoși, circulației fluidelor, drenajului tubei auditive sau canalului lacrimal, de pilda. Lipsa elasticității diminuează capacitatea de adaptare, expunând subiectul unor stări algice și unor alterări fiziologice. Aceste disfuncții conjunctivale alterează comunicarea biochimică și neurologică interferând cu echilibrul homeostatic reglat de sistemul nervos autonom și explică anumite simptome frecvente ale nou-născutului: colici, iritabilitate, regurgitare, afecțiuni recurente ale căilor respiratorii, etc..

Manipularea osteopatică, acționând direct pentru a elibera țesuturile, are ca obiectiv reducerea frecvenței și naturii tulburării la nou-născuți precum și un rol de prevenție, favorizând o dezvoltare mai echilibrată a diferitelor aparate și a funcțiilor acestora.

DETRESA RESPIRATORIE – GHIDURI ȘI PRACTICĂ

*Prof. Univ. Dr. Gabriela Zaharie
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Fără rezumat

HERPESUL CONGENITAL – PREZENTARE DE CAZ

*Prof. Univ. Dr. Gabriela Zaharie
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Fără rezumat

PNEUMONIE CONGENITALĂ CU ESCHERICHIA COLI/ABCES PULMONAR – PREZENTARE DE CAZ

*Dr. Ligia Blaga¹, Dr. Gabriela Abrudan,² Dr. Adriana Ciubotariu²,
Dr. Melinda Matyas¹, Dr. Monica Hășmășanu¹ Dr. Marta Mureșan²,
Prof. Univ. Dr. Gabriela Zaharie¹*

*¹Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca,
Disciplina Neonatologie,*

*²Clinica Obstetrică Ginecologie Dominic Stanca Cluj Napoca, Secția
Neonatologie;*

Pneumoniile neonatale procese inflamatorii al parenchimului pulmonar, pot fi la fel ca și sepsisul neonatal congenitale și tardive. Rămân o cauză importantă de morbiditate și mortalitate neonatală. Pneumoniile congenitale “adevărate” sunt prezente de la naștere, constituind un subgrup al pneumoniilor cu debut precoce. Etiologia acestora este similară cu cea a sepsisului congenital, dar în prima săptămână de viață predomină cele cu germeni Gram-negativi. E. Coli colonizează frecvent canalul vaginal matern, iar infecția cu E. Coli se prezintă ca și detresă respiratorie în 70-75% din cazuri. Pneumonia cu E. Coli se poate complica cu abcese pulmonare și/sau empiem.

Scopul lucrării – revizuirea datelor din literatură asupra etiopatogenezei și tratamentului pneumoniilor congenitale cu germeni Gram-negativi. Prezentăm cazul unui nou născut la termen, cu de sex masculin, sarcină cu evoluție fiziologică, membrane rupte 12 ore, născut pe cale naturală, 4185 g, scor Apgar 8/9; lichid amniotic meconial, antibioterapie profilactică la mamă – Ampicilină 2 g/zi. Postnatal imediat: detresă respiratorie, Astrup: acidoza respiratorie decompensată. La 6 ore postnatal asociază stare generală alterată, febril, semne de șoc. Paraclinic leucopenie, procalcitonina și CRP mult reacționate; radiologic micro-opacități diseminate bilateral, benzi hilifuge mai accentuate pe dreapta, scizura dreaptă opacifiată. Hemocultura sterilă. În evoluție se decelează

raluri crepitante la nivelul hemitoracelui stâng, radiologic: voalare neomogenă a câmpului pulmonar stâng inferior, cu aspect chistic aerat superior. Cu suspiciunea unui abces pulmonar sau empiem se transferă în serviciul Chirurgie Pediatrică. Intraoperator se confirmă abcesul pulmonar, iar culturile efectuate din lichidul purulent relevă *E. Coli* hemolitic. Tratamentul de susținere a asociat suport respirator noninvasiv, suport vasoactiv, antibioterapie inițial uzuală, apoi de primă linie, concentrat trombocitar, imunoglobuline. Evoluție favorabilă după drenajul chirurgical.

Concluzii: infecțiile congenitale cu *E. Coli*, în absența probelor bacteriologice și antibiogrammei și în afara unui tratament susținut și agresiv, constituie o amenințare pentru prognosticul vital al nou născutului.

Cuvinte cheie: pneumonie congenitală, sepsis cu E. Coli, abces pulmonar

E. COLI CONGENITAL PNEUMONIA – CASE REPORT

Ligia Blaga¹, Camelia Vidra², Gabriela Abrudan², Bogdana Todea²,
Adriana Ciubotariu², Marta Muresan², Gabriela Zaharie¹.

¹ University of Medicine and Pharmacy “Iuliu Hațieganu” Cluj, Neonatology
Department

² Obstetric and Gynecology Hospital “Dominic Stanca” Cluj,
Neonatology Department

Neonatal pneumonias are inflammatory processes of the pulmonary parenchyma that may be, as sepsis does, early onset and late onset pneumonias. They represent an important cause of neonatal morbidity and mortality. “True” congenital pneumonias are present at birth, representing a subgroup of early onset pneumonias. Their etiology is similar to neonatal sepsis, but in the first week of life Gram-negative bacteria are predominant. *E. coli* frequently colonises the maternal vaginal canal, and *E. coli* infection presents as respiratory distress in 70-75% of cases. *E. coli* pneumonia may lead to complications such as pulmonary abscesses and/or empyema.

This paper’s purpose is to review the literature data regarding the etiopathogenesis and treatment of congenital Gram-negative pneumonias. We present the case of a term male infant, from a physiological pregnancy, membranes spontaneously ruptured 12 hours before birth, vaginal delivery, birth weight 4185 g, Apgar score 8/9 at 1/5 minutes; meconium-stained amniotic fluid, mother received prophylactical antibiotherapy (Ampicillin 2 g). Immediately postnatally the newborn presented respiratory distress, with uncompensated respiratory acidosis. At six hours of life: altered general state, fever, signs of shock. Lab work: leucopenia, high levels of CRP and procalcitonin; radiological findings: bilateral disseminated micro-opacities, axial linear opacification - more severe on the right side, opacified right major fissure. Blood culture was negative. Subsequently, rales were found at the auscultation of the left hemithorax; radiologically: diffuse hazyness of the left inferior hemithorax with superior aerated cystic pattern. The baby was transferred to Pediatric Surgery Service, a pulmonary abscess or empyema being suspected. Intraoperatively, pulmonary abscess was confirmed, and cultures from pus revealed *E. coli*

haemolyticus. Supportive treatment associated noninvasive respiratory support, vasoactive support, initially empirical then specific antibiotherapy, platelet transfusion, immunoglobulins. Favorable outcome after surgical drainage.

Conclusions: congenital E. Coli infections, with lack of bacteriological proofs and antibiogram, and without an aggressive sustained treatment, represent a threat to the vital prognosis of the newborn infants.

Key words: congenital pneumonia, E. Coli congenital sepsis, pulmonary abscess

ASPECTE ETIOPATOGENETICE ȘI PROGNOSTICE ALE PREMATURULUI TÂRZIU ȘI NOU NĂSCUTULUI APROAPE DE TERMEN

*Conf. Univ. Dr. Valeria Filip
Spitalul Clinic Județean de Urgență Oradea
Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea*

Nasterea prematura complica 5-15% din sarcini, aproximativ 70% dintre acestea inregistrandu-se intre 34 si 37 saptamani de gestatie, perioada definita ca prematuritate tarzie.

Termeni ca „aproape de termen”, „mai devreme de termen”, „prematuur moderat”, „prematuur la limita” etc, au fost folosite in trecut pentru a defini nou-nascutii intre 32-37 saptamani de gestatie.

NICHD Workshop in 2005 recomanda termenul de „prematuur tarziu,” pentru a defini nou-nascutii intre 34 si 36 saptamani gestatie sau 239-259 de zile de amenoree, iar nou nascutul la termen poate fi aproape de termen 37 0/7-38 6/7 saptamani de gestatie (early term), la termen complet (full term) 39 0/7-40 6/7 si la termen tarziu (late term) 41 0/7 -41 6/7 saptamani gestatie.

Nasterea prematura inainte de 37 de saptamani de gestatie, in ciuda progreselor remarcabile din obstetrica si neonatologie este inca principala cauza de morbiditate si mortalitate neonatala si ca urmare una din prioritatile ingrijirii perinatale o reprezinta prevenirea nasterii premature.

In majoritatea tarilor dezvoltate nașterile premature tardive ocupa un loc important, aceasta categorie reprezentand mai mult de 3/4 din totalul nasterilor premature, numarul lor fiind in continuare pe o panta ascendenta.

Crestere statistica a nasterilor premature in ultimele decenii poate fi explicata prin modificarile survenite in contextul social si demografic, al practicilor medicale evaluate si a progreselor medicale in depistarea asfixiei fetale care antreneaza cresterea prematuritatii induse. Printre cauzele nasterii premature tardive se numara si travaliul prematur idiopatic, ruptura prematura

a membranelor, complicatiile obstetricale date de hipertensiunea arteriala, evenimentele acute placentare, dar si cresterea varstei materne, sarcinile multiple si chiar estimarea gresita a varstei de gestatie.

Prematurul tarziu si nou nascutul aproape de termen prezinta o imaturitate fiziologica care genereaza raspunsuri compensatorii limitate la mediul extrauterin. Intreruperea prematura a sarcinii poate determina o alterare importanta a functiei si fiziologiei respiratorii, modificand mecanismele de baza ale dezvoltarii pulmonare, generand astfel toate formele de patologie respiratorie de la tahipneea tranzitorie si pana la detresa respiratorie prin deficit de surfactant, mai ales la nou nascutii extrasi prin operatie cezariana fara travaliu si fara corticoterapie antenatala.

De asemenea, se stie ca ultimele 6 saptamani de gestatie (34-40 saptamani) constituie o perioada critica in dezvoltarea creierului, iar imaturitatea structurala si functionala a acestuia poate determina tulburari neurologice cu consecinte imediate si tardive si nu in ultimul rand imaturitatea fiziologica poate genera complicatii metabolice importante, tulburari de alimentatie, risc crescut de infectii si mortalitate crescuta.

In concluzie, desi ratele de mortalitate si morbiditate infantila atribuite prematuritatii cresc proportional cu scaderea varstei gestationale, totusi prematurul tarziu si nou nascutul aproape de termen reprezinta un factor de risc important pentru patologia perinatale, iar acest fapt ar trebui sa conduca la o redefinire a ceea ce este nasterea la termen, a indicatiilor de declansare a travaliului sau de programare a unei nasteri prin sectiune cezariana. Implicatiile clinice ale acestor observatii sunt acelea ca prematuritatea chiar la varste gestationale mai mari trebuie privita ca o problema importanta de sanatate publica si interventiile medicale ar trebui sa aiba ca scop prelungirea cursului sarcinii pentru reducerea morbiditatii si mortalitatii perinatale.

**INFECȚIA CU CITOMEGALOVIRUS ÎN PERIOADA
NEONATALĂ**

*Șef Lucr. Dr. Melinda Matyas
Universitatea de Medicină și Farmacie „Iuliu Hațieganu” Cluj
Napoca*

Fără rezumat

**DETRESA RESPIRATORIE LA NOU-NĂSCUTUL CU
RESTRICȚIE DE CREȘTERE INTRAUTERINE**

*Asist. Univ. Dr. Monica Hășmășanu
Disciplina Neonatologie Cluj Napoca*

Fără rezumat

SINDROAMELE PRIN PIERDERE DE AER – PNEUMOTORACE DREPT SPONTAN

*Dr. Margareta Pîrvănoiu¹, Dr. Dana Hodiș¹,
Dr. Alexandra Marcu¹, Dr. Iza Pop¹, Tifor Nicoleta
¹ Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constanin Opreș” Baia Mare;*

Introducere: Pneumotoracele este afecțiunea în care cavitatea pleurală se transformă dintr-o cavitate virtuală într-una reală, prin patrunderea aerului între cele două foite pleurale : parietală, cea care învelește pe interior cavitatea toracică, și viscerală, cea care acoperă plămânul. Din cauza compresiunii endotoracice care apare (exercitată de aer), pneumotoraxul reprezintă o urgență medico-chirurgicală care poate pune în pericol viața pacientului. Pneumotoraxul poate fi spontan sau dobândit. Pneumotoraxul spontan este, la rândul lui, primar și secundar.

Material și metode: Prezentarea unui caz de Pneumotorace spontan secundar drept masiv la 30 ore de viață în contextul unei Pneumonii congenitale la un nou născut la termen, eutrofic; născut la Maternitatea Spitalului Județean Baia Mare .

Rezultate: tratamentul pneumotoraxului spontan își propune obținerea reexpansiunii plămânului prin evacuarea aerului acumulat intrapleural și tratarea leziunilor generatoare de pneumotorax. S-a efectuat pleurotomie minimă cu drenaj Beclere cu ameliorarea imediată a stării generale a nou-născutului.

Concluzii: Prezența SPA în perioada neonatală este semnalată mai rar la nou născuți la termen și influențează semnificativ evoluția detresei respiratorii neonatale, corelându-se cu nevoie mai frecventă și durată mai mare a ventilației asistate și oxigenoterapiei dar și cu incidență crescută a complicațiilor severe perinatale, inclusiv cu apariția mai frecventă a bolii pulmonare cronice

Cuvinte cheie: nou-născut, pneumotorace, pneumonie congenitală .

ABORDAREA NOU-NĂSCUTULUI PREMATUR DIN MAMA DIAGNOSTICATĂ CU HIV, PE PARCURSUL SARCINII

*Dr. Margareta Pîrvănoiu¹, Dr. Dana Hodiș¹,
Dr. Alexandra Marcu¹, Dr. Iza Pop¹, Tifor Nicoleta
¹ Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constanin Oprea” Baia Mare;*

Introducere: In anul 2018 s-au raportat 3 (1,2% din totalul cazurilor) cazuri de copii diagnosticati cu Hiv, calea de transmitere fiind verticala.

Materiale si Metode: Prezentare unui caz internat pe sectia de neonatologie a Spitalului Judetean Baia Mare cu o noua forma de abordare, dupa indicatiile noului Protocol de Preventie, diagnostic si tratament a infectiei cu Hiv, protocol elaborat in anul 2019.

Rezulate: Abordarea interspitaliceasca si interdisciplinara a cazului

Concluzii”: Cazul este interesant prin prisma faptului ca aduce in discutie o patologie rara si atrage atentia asupra importantei analizelor antepartum si a colaborarii interregionale.

**AORTA ABDOMINALĂ. NORMAL. PATOLOGIE (BOALA
ATEROSCLEROTICĂ, ANEVRISEME, OBSTRUCȚII,
STENTURI, VENA CAVA INFERIOARĂ). MASE
RETROPERITONEALE**

*Prof. Univ. Dr. Radu Badea, Dr. Titus Șuteu
Departamentul Ultrasonografie, Clinica Medicală III,
I.R.G.H "Prof. Dr. Octavian Fodor", Cluj Napoca*

Fără rezumat

STADIALIZAREA LOCALĂ A CANCERULUI DE PROSTATĂ PRIN REZONANȚĂ MAGNETICĂ

Dr. C. Popița¹, Dr. V. Popița¹, Dr. F. Popița², Dr. Adina Andrei

¹ Institutul Oncologic “Prof. Dr. Ion Chiricuță” Cluj-Napoca,

² Medstar Cluj-Napoca,

Abstract

Background: The accuracy of prostate cancer local staging at the time of diagnosis directly influences patient’s prognosis and treatment.

Aim: To evaluate the diagnostic performance and interobserver variability of mp-MRI in local staging of prostate cancer, using the histopathologic findings at prostatectomy as the reference standard.

Material and Methods: 50 patients (mean age 64.4 ± 7.2) with biopsy confirmed prostate cancer were included in this prospective study. All patients were examined with mp-MRI before radical prostatectomy and images were read by three independent radiologists. Sensitivity (Se), specificity (Sp), positive predictive value (PPV), negative predictive value (NPV), and accuracy rate were calculated and compared for all three readers. Interobserver agreement was evaluated using Kappa Cohen coefficient of agreement.

Results: The overall Se, Sp, PPV, NPV and accuracy rates for detecting extraprostatic tumor extension (EPE) ranged between 76.5-94.1%, 45.5-84.9%, 43.8-76.2%, 83.3-96.6% and 58-88%. For evaluation of seminal vesicle invasion (SVI), the overall Se, Sp, PPV, NPV and accuracy rates ranged between 57.1-85.7%, 86.1-97.7%, 40.0-85.7%, 92.5-97.7% and 82-96%, respectively. The overall Kappa Cohen coefficient of agreement varied between 0.349-0.638 for EPE and between 0.507-0.668 for SVI.

Conclusions: Our results showed that 1.5T mp-MRI is a reliable method for local staging of prostate cancer, with good diagnostic performance in detecting EPE and SVI. The overall interobserver

agreement rates between readers with the same level of experience in prostate MRI ranged from fair to good in the evaluation of EPE and from moderate to good for the assessment of SVI.

RMN COLOANA LOMBARĂ – MAI AVEM NEVOIE DE ANAMNEZĂ, EXAMEN CLINIC SAU PROTOCOL PERSONALIZAT? SUITĂ DE CAZURI CLINICO-IMAGISTICE

Dr. Ramona Boja, Dr. Monika Suto, Dr. Ioana Filimon
Hiperclinica MedLife Cluj-Napoca;

Una dintre cele mai frecvente examinari RMN este cea a coloanei vertebrale lombare. Un protocol standard cu secvente în trei planuri aduce informații medicale care pot schimba radical diagnosticul pacientului. Câteva cazuri cu „lombalgie”/ suspiciune de hernie de disc lombara si patologii neasteptate, mai mult sau mai puțin incidentale.

GIST CU LOCALIZARE RECTALĂ – PREZENTARE DE CAZ

Dr. Anca-Raluca Popița¹, Dr. Felicia Popița², Dr. Vasile Popița¹

¹ Institutul Oncologic “Prof. Dr. Ion Chiricuță” Cluj-Napoca,

² Medstar Cluj-Napoca,

Fără rezumat

ROLUL EXPLORĂRILOR IMAGISTICE ÎN DIAGNOSTICUL AMILOIDOZEI CARDIACE

*Șef Lucr. Dr. Simona Manole^{1,2}, Dr. Alina Chirilă^{1,2}, Dr.
Ruxandra Beyer^{1,2}*

*¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca*

² Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu" Cluj Napoca

Fără rezumat

SITUS INVERUS – PROVOCARE IMAGISTICO - CLINICĂ

Șef Lucr. Dr. Simona Manole^{1,2}, Dr. Liviu Chiriac^{1,3}

*¹Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca,*

² Institutul Inimii " Niculae Stăncioiu" Cluj Napoca,

³ Facultatea de Fizică Universitatea " Babeș Bolyai " Cluj Napoca

Fără rezumat

**SCINTIGRAFIA MIOCARDICĂ DE PERFUZIE LA EFORT –
PREZENTARE DE CAZ: DEXTROCARDIA DIN SITUS
INVERSUS**

Dr. Alina Chirila^{1,2}, *Dr. Isabella Mihalcea*², *Dr. Liana Rusu*²

*Dr. Crina Briciu*², *Dr. Lelia Strâmbu*²

¹. *Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca,*

². *Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu" Cluj Napoca*

Fără rezumat

PATOLOGIA GLANDELOR SALIVARE: CORELAȚII CLINICO-IMAGISTICE

Conf. Univ. Dr. Cristian Dinu¹, Șef Lucrări Dr. Manuela Lenghel²

*¹. Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca, Disciplina de Chirurgie Cranio-Maxilo-Faciala,*

*². Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca, Disciplina de Radiologie*

Ecografia este de cele mai multe ori examinarea imagistică de primă intenție indicată în evaluarea patologiei glandelor salivare majore. Avantajele metodei sunt reprezentate de sensibilitatea ridicată și rezoluția foarte bună pentru vizualizarea părților moi superficiale ale regiunii cervicale. De asemenea este o metodă noninvazivă, larg accesibilă, se poate repeta oricând și de câte ori este nevoie, costurile sunt scăzute, este neiradiantă. Combinarea tehnicilor ecografice ajută la stabilirea diagnosticului final, valoarea fiind însă limitată în explorarea structurilor profunde. Este un instrument important în identificarea și diferențierea unor modificări inflamatorii acute sau cronice. Se poate confirma sau infirma prezența sialolitiazii, obținându-se date privind permeabilitatea ductelor salivare. Criteriile ecografice oferă informații valoroase în vederea diferențierii caracterului benign sau malign a unei formațiuni tumorale intraglandulare. Adenopatiile cervicale pot fi identificate și evaluate chiar și la dimensiuni de 2-3 mm. Examinarea IRM este un examen specializat, indicat pentru explorarea extensiei masei de la nivelul lobului profund parotidian sau recidivante după tratamentul chirurgical. De asemenea este indicată în evaluarea tumorilor maligne și aprecierea extensiei perineurale. Examinarea CT are indicație în cazuri particulare și poate fi utilizată ca examen complementar pentru investigarea distrucțiilor osoase asociate (mandibulă, baza craniului).

VALIDAREA AGENȚILOR DE CONTRAST PE BAZA DE NANOPARTICULE LA ANIMALE

**Dr. Liviu Chiriac^{1,3}, Dr. Zoltan Balint³, Dr. Camelia Albu¹,
Dr. Gabriela Chiriac¹, Dr. Simona Manole^{1,2}**

¹ *Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca,*

² *Institutul Inimii "Niculae Stăncioiu" Cluj Napoca,*

³ *Facultatea de Fizică Universitatea "Babeș Bolyai" Cluj Napoca*

Obiective

Scopul acestui studiu a fost de a determina biocompatibilitatea și proprietățile agentului de contrast al diferiților compuși în structura cărora nanoparticule de fier și fier acoperit cu aur (Fe_3O_4 și $\text{Fe}_3\text{O}_4 @ \text{Au}$), prin imagistica prin rezonanță magnetică (RMN) la 7 Tesla (T), *in vitro* și *in vivo*. Imagistica prin rezonanță magnetică este o metodă de scanare non-invazivă, care ne permite să avem informații despre evoluția aceluiași subiecți în timp. Pentru verificarea cantitativă, analizele de relaxometrie au fost efectuate *in vitro*, utilizând protocolul RARE $T_1 + T_2$. Curbele de relaxometrie prezintă o scădere a intensității odată cu adăugarea $\text{Fe}_3\text{O}_4 @ \text{Au}$.

Analizele de viabilitate a celulelor bazate pe metodologia MTT indică o bună biocompatibilitate pentru nanoparticulele de Fe_3O_4 și $\text{Fe}_3\text{O}_4 @ \text{Au}$.

Modelul animal, și anume șobolanul Wistar, este opțiunea ideală pentru a explora funcțiile biologice din punct de vedere al diagnosticelor neinvazive. Accesibilitatea, corespondența morfo-fiziologică și posibilitatea de a obține date relevante într-un timp scurt fac din acest model cea mai utilizată specie pentru experimente de laborator. Animalele utilizate în acest studiu au fost șobolani Wistar, masculi care cântăreau 150-180 grame exemplare grupate în 7 loturi de 5 exemplare, după cum urmează, primul grup este grupul de control, scanat IRM, iar celelalte șase sunt grupuri injectate cu o singură doză de fier. Nanoparticulele au fost

scanate la intervale de timp diferite de la 2 ore la 14 zile. Achizițiile IRM pe modelele de animale au fost realizate cu protocolul TurboRARE-T₂, dedicat pentru timpul de relaxare T₂.

Injectarea a fost făcută intracardiac în ventriculul stâng, deoarece viteza de dispersie a nanoparticulelor Fe₃O₄ @ Au este mult mai rapidă decât orice alt mod de administrare, de ex. vena femurală superioară intravenoasă.

Imaginile RMN arată că odată cu trecerea timpului, de la ora zero, adică din momentul injecției și până la 2 săptămâni de la injecție, contrastul în modelul animal crește, după care scade, deci putem spune că la 6 ore după injecție, contrastul este cel mai mare, adică absorbția fierului în țesuturi este cea mai mare. De la fiecare subiect au fost prelevate următoarele organe: inimă, rinichi, plămâni, ficat, splină, femur, stern, mușchi și creier și depozitate în formaldehidă.

În concluzie, putem afirma că dacă rezultatele IRM sunt confirmate de rezultatele histopatologice, putem spune că substanța are potențialul de agent de contrast.

Bibliografie

- [1] T. Lam, P. Pouliot, P. K. Avti, F. Lesage, and A. K. Kakkar, “Superparamagnetic iron oxide based nanoprobos for imaging and theranostics,” *Adv. Colloid Interface Sci.*, vol. 199–200, no. November, pp. 95–113, 2013.
- [2] P. D. Joseph P. Hornak, “Basics of NMR”.
- [3] P. D. Joseph P. Hornak, “MRI online course (Magnetic Resonance Imaging).”
- [4] M. K. Yoo et al., “Superparamagnetic Iron Oxide Nanoparticles Coated with Mannan for Macrophage Targeting,” *J. Nanosci. Nanotechnol.*, vol. 8, no. 10, pp. 5196–5202, 2008.
- [5] W. Cai and X. Chen, “Nanoplatforms for targeted molecular imaging in living subjects,” *Small*, vol. 3, no. 11, pp. 1840–1854, 2007.
- [6] M. Mocan, L. Chiriac, O. Banc, R. Moldovan, F. Turcu, and S. Simon, “Magnetic resonance imaging based assessment of aortic

valve area: A methodology proposal and an experimental case study,” *Hum. Vet. Med.*, vol. 7, no. 4, pp. 327–333, 2015.

[7] C. G. Hadjipanayis, M. J. Bonder, S. Balakrishnan, X. Wang, H. Mao, and G. C. Hadjipanayis, “Metallic iron nanoparticles for MRI contrast enhancement and local hyperthermia.,” *Small*, vol. 4, no. 11, pp. 1925–9, Nov. 2008.

[8] C Boboș, S Tache, **R Moldovan**, F Iencica, I Spân, Modificări hematologice în efortul fizic experimental, - Palestrica Mileniului

[9] M Adriana, O Remus, M. Remus. Influence of the administration of flavonoids and physical exercise on the oxidant/antioxidant balance in rats. - *Studia Universitatis*, 2011 - search.ebscohost.com.

[10] L. B. Chiriac M. Todea A. Vulpoi M. Muresan-Pop R. V. F. Turcu S. Simon, Freeze-drying assisted sol–gel-derived silica-based particles embedding iron: synthesis and characterization. *J Sol-Gel Sci Technol* (2018). <https://doi.org/10.1007/s10971-018-4702-2>

[11] L.B. Chiriac, D.L. Trandafira, R.V.F. Turcu, M. Todea, S. Simon. Synthesis, structural characterization and in vitro testing of dysprosium containing silica particles as potential MRI contrast enhancing agents. *Applied Surface Science*, 385 (2016) 569-577

**MANAGEMENTUL CANCERULUI PULMONAR AVANSAT ÎN
ERA TERAPIEI MOLECULARE ȚINTITE ȘI
IMUNOTERAPIEI**

*Prof. Univ. Dr. Tudor Eliade Ciuleanu
Institutul Oncologic „Ion Chiricuță” Cluj-Napoca*

Fără rezumat

**ROMÂNIA, DATE „REAL LIFE” DESPRE TERAPIA DE A
DOUA LINIE CU NIVOLUMAB ÎN NSCLC (NON-SMALL-
CELL LUNG CARCINOMA)**

*Dr. Adelina Dan, Prof. Univ. Dr. Tudor Eliade Ciuleanu
Institutul Oncologic „Ion Chiricuță” Cluj-Napoca*

Fără rezumat

**DATE „REAL LIFE” ÎN EGFR DRIVEN NSCLC (EPIDERMAL
GROWTH FACTOR RECEPTOR DRIVEN NON-SMALL-CELL
LUNG CARCINOMA)**

*Dr. Daniel Cruceriu, Prof. Univ. Dr. Tudor Eliade Ciuleanu
Institutul Oncologic „Ion Chiricuță” Cluj-Napoca*

Fără rezumat

ANEMIE DE ETIOLOGIE MIXTĂ LA DEBUTUL SARCINII – STUDIU DE CAZ

*Dr. Cristina Mambet,
Institutul de Virusologie Stefan S Nicolau, București, consultant
Synevo*

Este raportat cazul unei paciente în vârstă de 34 ani, cu antecedente de hipotiroidism sever cauzat de tiroidita autoimună Hashimoto, diagnosticată cu anemie ușoară prin deficiență de fier la luarea în evidență a sarcinii și la care terapia orală adecvată cu sulfat feros timp de patru săptămâni nu a fost eficace. Fiind depistată și o deficiență moderată de cobalamină, se administrează tratament injectabil cu vitamină B12, care însă nu reușește după două săptămâni să crească valoarea hemoglobinei. În prezența anemiei de etiologie mixtă, a unui test repetat negativ pentru hemoragii oculte în fecale, a lipsei de corecție a deficienței de fier cu preparate orale, precum și a unor antecedente familiale de boală celiacă se efectuează testarea pentru anticorpii antitransglutaminază tisulară, markerul serologic al enteropatiei glutenice. În urma rezultatului pozitiv la testul serologic și, ulterior, a identificării haplotipului HLA-DQ2 ca factor de predispoziție genetică pentru boala celiacă se decide instituirea dietei fără gluten la care pacienta are o bună aderență. Sub terapia parenterală cu fier se obține corecția anemiei și în final normalizarea depozitelor de fier, care se menține și în perioada post-partum. Sarcina are o evoluție fără complicații până la termen iar nou-născutul are o greutate normală la naștere. În discuțiile legate de caz vor fi prezentate succint mecanismele anemiei în boala celiacă, împreună cu principiile de diagnostic și tratament.

PACIENȚII CU RISC CARDIOVASCULAR FOARTE ÎNALT: DE LA RECOMANDĂRILE NOULUI GHID LA PRACTICA ZILNICĂ

*Prof. Univ. Dr. Mircea Ioachim Popescu
Universitatea din Oradea*

Riscul cardiovascular este proporțional cu creșterea LDLc. Noul GHID ESC pentru managementul dislipidemiei propune ținte de LDLc mai ambițioase pentru toți pacienții.

Implementarea noului Ghid ESC 2019 în practica clinică zilnică.

Inițierea de terapii cu acțiune intensă la pacienții cu risc înalt și foarte înalt.

**ANEVRISM GIGANT DISECANT DE AORTĂ ASCENDENTĂ,
SURVENIT LA PACIENT TÂNĂR, LA 9 ANI DUPĂ DUBLA
PROTEZARE VALVULARĂ MITRO-AORTICĂ, CASE
REPORT**

*Asist. Univ. Dr. Gabriel Dumitrasciuc, Dr. Daniel Nica, Dr. Veronica
Angelescu,
Dr. Ciprian Dima, Dr. Raluca Staicu, Dr. Ani Mornoș,
Prof. Univ. Dr. Marian Gaspar, Dr. Constantin Luca
Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, Clinica de Chirurgie
Cardiovasculară*

Fără rezumat

**EMBOIE PARADOXALĂ ȘI EMBOIE PULMONARĂ
BILATERALĂ DIN TROMBOZA VENOASĂ PROFUNDĂ, LA
UN PACIENT CU „FORAMEN OVALE” PATENT, CASE
REPORT**

*Prof. Univ. Dr. Marian Gașpar, Dr. Daniel Nica, Dr. Adi Merce,
Dr. Veronica Angelescu, Dr. Ani Mornoș, Dr. Laurentiu Brăescu,
Dr. Petre Deutsch, Constantin Luca
Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, Clinica de Chirurgie
Cardiovasculară*

Fără rezumat

**ANEVRISM GIGANT ARTERĂ CORONARĂ DREAPTĂ,
STRATEGIE TERAPEUTICĂ CHIRURGICALĂ, CASE
REPORT**

*Prof. Univ. Dr. Marian Gașpar, Dr. Veronica Angelescu,
Dr. Daniel Nica, Asist. Univ. Dr. Gabriel Dumitrasciuc,
Dr. Ani Mornoș, Dr. Georgiana Popa, Dr. Constantin Luca
Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, Clinica de Chirurgie
Cardiovasculară*

Fără rezumat

**NEVRISM DE RĂDĂCINĂ AORTICĂ PARTICULAR –
OREZENTARE DE CAZ**

*Dr. Viorel Manole, Dr. Alexandru Goicea, Dr. Flavius Mateaș,
Dr. Simona Manole, Dr. Svetlana Encica, Dr. Irina Nica
Clinica de Chirurgie Cardiovasculară, Institutul Inimii „Nicolae
Stăncioiu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

BY-PASS DISTAL ÎN ISCHEMIA CRITICĂ A MEMBRULUI INFERIOR LA O PACIENTĂ CU OBEZITATE MORBIDĂ

*Dr. Maria Tolescu
Spitalul Județean Satu Mare*

Bolile cardiovasculare sunt responsabile de aproximativ 30% din decesele produse anula pe glob și se estimează că ponderea lor va crește. Dintre toate, arteriopatia cronică obliterantă a membrilor inferioare este apreciată ca având o prevalență ce variază direct proporțional cu vârsta.

În ceea ce privește factorii de risc, fumatul este cel mai important, peste 90% din pacienții cu afectare periferică fiind fumători sau foști fumători.

Prezentăm cazul unei paciente fumătoare, diabetică, cu boala arterială periferică clasa 5 Rutherford, cu indicație de amputație majoră, la care a fost adoptat un tratament de reconstrucție vasculară arterială distală.

MANAGEMENTUL CORECT AL PACIENTULUI CU BOALĂ VENOASĂ CRONICĂ

*Dr. Ionel Ciprian Pop
Spitalul Județean de Urgență “Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Boala venoasă cronică este o patologie cronică, progresivă, care odată instalată evoluează indiferent de anotimp. În lipsa unui diagnostic precoce și a unui tratament eficient, boala evoluează și afectează calitatea vieții pacienților. Implicarea medicului în diagnosticarea Bolii Venozelor Cronice prin întrebări țintite și examen clinic, reprezintă un aspect important în vederea conștientizării pacienților asupra simptomelor bolii, deoarece de foarte multe ori pacienții nu vorbesc despre simptomele și semnele bolii venozelor cronice, considerând că multe dintre ele sunt normale după o zi de muncă. Astfel, Boala Venozelor Cronice necesită un diagnostic precoce și tratament eficient.

**METODE DIAGNOSTICE ECOGRAFICE MODERNE (US ȘI
EUS) ALE CANCERULUI BRONHOPULMONAR**

*Conf. Univ. Dr. Romeo Chira
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

TROMBOZA PORTALĂ MALIGNĂ ȘI METASTAZE HEPATICE ALE UNUI MELANOM COROIDIAN, DIAGNOSTICATE PRIN PUNȚIE ASPIRATIVĂ CU AC FIN GHIDATĂ ECONDOSCOPIC

*Șef Lucr. Dr. Georgiana Nagy
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Scop: rolul EUS-FNA in diagnosticul metastazelor hepatice si trombozei portale maligne la un pacient cu melanom coroidian ocular tratat in urma cu 6 ani

Text principal: Prezentam cazul unui pacient de 61 ani, tratat in urma cu 6 ani prin enucleere pentru un melanom ocular coroidian, care se prezinta cu icter sclero-tegumentar, durere in hipocondrul drept, scadere ponderala importanta si stare generala alterata. In teritoriu, in urma unui examen computertomografic, s-au evidentiat numeroase mase tumorale intrahepatice a caror semnificatie nu a putut fi precizata.

In Serviciul nostru s-a reluat ecografia abdominala, ecografia cu substanta de contrast si probele biologice, interpretarea initiala fiind fie in contextul unor metastaze hepatice la distanta de melanomul operat sau a unei alte tumori maligne hepatice (hepatocarcinom sau colangiocarcinom) cu tromboza portala maligna asociata.

Urmatoarea examinarea a fos ecoendoscopia digestiva cu efectuarea biopsiilor multiple din masele tumorale si din tromboza portala (EUS-FNA). Macroscopic, fragmentele obtinute in urma EUS-FNA erau de culoare neagra (pigment melanic) iar examenul histopatologic si imunohistochimic a confirmat natura lor metastatica dintr-un melanom coroidian.

Concluzie: Am prezentat cazul unui pacient la care diagnosticul de metastaze hepatice cu tromboza portala maligna dintr-un melanom

coroidian anterior tratat a fost posibil prin EUS-FNA. Cazul prezentat s-a remarcat prin: aparitia metastazelor hepatice la distanta relativ mare de la diagnosticul tumorii primitive oculare, asocierea cu tromboza de sistem venos port si evolutia rapid progresiva spre deces prin insuficienta hepatica

**TROMBOZE SISTEMICE ȘI VISCERALE, ASOCIATE CU
TUMORĂ ATRIALĂ LA UN PACIENT TÂNĂR**

*Asist. Univ. Dr. Vlad Ichim
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**ECOENDOSCOPIA DIGESTIVĂ – METODA DIAGNOSTICĂ
DE „SALVARE” SAU PRIMĂ INTENȚIE?**

*Conf. Univ. Dr. Romeo Chira
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

GASTROPAREZA DIABETICĂ

*Șef Lucrări. Dr. Simona Grad
Clinica Medicală II, Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu
Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**PROTOCOLUL DE INVESTIGAȚII AL BOLNAVILOR CU
ICTER OBSTRUCTIV**

*Dr. Raluca Bodea
Clinica Chirurgie III Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**CRITERII DE TRATAMENT PALEATIV/RADICAL ÎN
CANCERUL PANCREATIC**

*Prof. Univ. Dr. Nadim Al Hajjar
Clinica Chirurgie III Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**MONITORIZAREA POSTOPERATORIE A PACIENȚILOR CU
REZECȚII PANCREATICE ONCOLOGICE**

*Dr. Emil Moiş
Clinica Chirurgie III Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**TRATAMENTUL DURERII ÎN PANCREATITA CRONICĂ ȘI
NEOPLASM CORPOREO-CAUDAL**

*Șef Lucr. Dr. Florin Graur
Clinica Chirurgie III Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

FICATUL GRAS NONALCOOLIC – O BOALĂ MULTISISTEMICĂ

*Conf. Univ. Dr. Paul Jurgen Porr
Clinica Polisano MedLife Sibiu*

Ficatul gras nonalcoholic (FGNA) a ajuns în unele țări din Vest cea mai frecventă afecțiune hepatică, preponderent la bărbați în decada 6. FGNA se corelează cu diabetul zaharat de tip 2 (DZ 2), boli cardio-vasculare, boala cronică de rinichi (BCR), dar și cu cancerul de colon, osteoporoza, ovarul polichistic, psoriazisul ș.a.

Asocierea cu DZ 2 crește mortalitatea de cauză hepatică de 3x. Riscul de apariție a DZ 2 pe fond de FGNA este de până la 5,5x mai mare. Dacă FGNA este vindecat, acest risc dispare.

Asocierea cu afecțiuni cardio-vasculare evidențiază o frecvență de 2x mai mare de evenimente cardio-vasculare, de 5x mai mare a fibrilației atriale, cât și o creștere a mortalității de cauză cardio-vasculară sau hepatică cu 70%.

Și BCR apare mai frecvent la cei cu FGNA. De asemenea, s-a evidențiat o proporționalitate între gradul FGNA și stadiul BCR.

Probabil că, FGNA este atât factor patogenetic, cât și marker pentru afecțiunile cardio-vasculare și BCR. FGNA, obezitatea viscerală, rezistența la insulină interacționează asupra bolilor cardio-vasculare și BCR, formând un multisistem complex cu multiple interacțiuni de cauză-efect bidirecționale. Din această cauză FGNA agravează în mod cert prognosticul acestor afecțiuni.

**HEMORAGIA DIGESTIVĂ SUPERIOARĂ LA CIROTICI.
PREVENȚIE, TRATAMENT**

*Șef Lucrări Dr. Daniela Matei
I.R.G.H "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca*

Fără rezumat

**DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL ASCITEI LA PACIENȚII
CIROTICI**

*Dr. Tudor Mocan
I.R.G.H "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj Napoca*

Fără rezumat

SCREENINGUL HCC LA PACIENȚII CU CIROZĂ

*Prof. Univ. Dr. Zeno Spârchez
I.R.G.H. "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj
Napoca*

Fără rezumat

**RISCU DE HCC ÎN HEPATITA ȘI CIROZA VIRALĂ C ÎN ERA
ANTIVIRALELOR DIRECTE. PREZENTARE DE CAZ**

*Conf. Univ. Dr. Paula Szanto
I.R.G.H. "Prof. Dr. O. Fodor" Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj Napoca*

Fără rezumat

**SUPRAVEGHEREA BDA – SEZON DE SUPRAVEGHERE
2019, JUDEȚUL MARAMUREȘ**

*Dr. Rodica Pop, Dr. Ramona Rednic
Direcția de Sănătate Publică Maramureș*

Lucrarea prezintă analiza cazurilor diagnosticate și internate cu BDA, ponderea cazurilor internate pe grupe de vârstă, în funcție de etiologie, supravegherea cazurilor de BDA cu laboratorul, supravegherea cazurilor de infecție cu EHEC, SHU.

DIABETUL GESTIONAL ÎNTRE TEORIE ȘI PRACTICĂ

*Mihaela Mociran
Spitalul Județean de Urgență “Constantin Opreș” Baia Mare
Euromedica Hospital Baia Mare*

*Delia Corina Mercea
Spitalul Județean de Urgență “Constantin Opreș” Baia Mare*

Diabetul gestational este in crestere in intreaga lume, in paralel cu epidemia de obezitate. Creste atat prevalenta diabetului zaharat tip 1 si 2 la femeile in perioada de reproducere dar creste dramatic numarul pacientelor cu diabet gestational. Diabetul in sarcina (anterior sau depistat in cursul sarcinii) conduce la: avort spontan, anomalii fetale, preeclamsie, moarte fetala, macrosomie, hipoglicemie neonatala, hiperbilirubinemie, sindrom de detresa respiratorie la nou-nascut. In plus, aparitia diabetul in sarcina la mama poate duce la cresterea riscul de obezitate, hipertensiune, de diabet zaharat tip 2 la urmas, mai tarziu in viata [1,2,3].

Definitie: Diabetul gestational (DG) a fost definit ca scaderea tolerantei la glucoza/modificarea glicemiei bazale depistate pentru prima data in timpul sarcinii.

Screeningul si diagnosticul DG se face prin evaluarea TTGO: strategia “intr-un singur pas” conform Asociatiei Internationale a Grupurilor de Studiu a Diabetului si Sarcinii (IADPSG) [3] respectiv strategia “in doi pasi” bazat pe lucrarea “**Carpenter and Coustan’s interpretation of the O’Sullivan** [3,4]

Tratament

Dupa diagnostic, tratamentul DG include dieta, activitate fizica si eventual tratament medicamentos. Conform studiilor, aproximativ 70-85% din femeile cu DG pot sa-si controleze valorile glicemice doar prin

modificarea stilului de viata fara sa necesite tratament medicamentos [5]. Metforminul utilizat pentru tratamentul ovarului polichistic si inducerea ovulatiei trebuie discontinuat la sfarsitul primului trimestru. Insulinele umane disponibile nu traverseaza bariera placentara si pot fi folosite fara riscuri[3, 6-11].

Femeile cu DG trebuie incurajate sa alapteze.

Urmarire si evaluare

Dupa nastere, femeile cu DG trebuie urmarite prin testarea standard TTGO cu 75 g glucoza in saptamanile 4-12 postpartum [3]. Pacientele cu DG trebuie evaluate ulterior din punct de vedere al glicemiei la fiecare 3 ani [3]. Pacientele cu DG depistate cu “prediabet” (glicemie bazala modificata, scaderea tolerantei la glucoza) trebuie incurajate sa-si modifice stilul de viata si/sau sa utilizeze metformin preventiv [3].

OBIECTIV: analizarea datelor despre pacientele depistate cu DG in cursul anului 2019 in Spitalul Judetean de Urgenta “C. Opris” Baia Mare si in Euromedica Hospital Baia Mare

METODE: Am analizat mai multi parametrii: numarul si varsta pacientelor, patologia asociata, modalitatea de diagnostic, momentul aparitiei DG, durata de urmarire pre si postnatala, mediul de origine, nivelul social, tipul tratamentului, durata sarcinii, tipul nasterii, sexul, greutatea si inaltimea copilului la nastere, scorul Apgar, eventuale complicatii la copil

Rezultate: Am depistat 13 paciente cu DG si 14 copii (o pacienta a avut o sarcina gemelara). Toate pacientele au fost trimise pentru evaluare de catre medici ginecologi. Varsta medie a pacientelor a fost de 33 ani. Majoritatea pacientelor sunt din mediul rural si au un nivel socio-economic redus. Perioada de urmarire prenatala a fost in medie de 5 saptamani (minim 2 saptamani si maxim 14 saptamani). Doar 2 paciente au fost urmarite postnatal (1 pacienta a fost asistenta medicala). Media valorilor glicemice la depistare a fost de 103. 11 paciente au fost evaluate si diagnosticate prin TTGO. Tratamentul a fost bazat pe dieta si miscare/efort fizic la 8 paciente. A fost necesar tratament cu insulina la 5 paciente (1 pacienta a refuzat tratamentul cu insulina). Durata medie a sarcinii a fost de

37 saptamani (intre 32 si 40 saptamani). Varsta sarcinii la care a fost depistat DG a fost intre 27 si 35 saptamani. Majoritatea sarcinilor (9) au fost finalizate prin interventie chirurgicala (cezariana). S-au nascut 9 baieti si 5 fete. Greutatea medie la nastere a fost de 3112 g (intre 1800 si 4360). Lungimea medie a fost de 49 cm (intre 46 si 52 cm. Scorul Apgar: 6 copii au avut scorul 10; 3 copii scor 9; 5 copii au avut scor 8. Complicatii: un copil a decedat la 3 zile dupa nastere (varsta mamei a fost de 40 ani, a fost diagnosticata la 32 saptamani, a refuzat tratamentul cu insulina, a nascut la 35 saptamani); un copil s-a nascut cu picior drept stramb congenital. 3 mame au prezentat asociat trombofilie ereditara (1 copil a avut Apgar 10 si 2 copii Apgar 8). Cele 2 mame care au fost analizate postnatal au si alapat copiii.

Concluzii: majoritatea pacientelor au fost depistate tarziu in sarcina cu DG. La 1 pacienta (7,69% din total) s-a produs decesul copilului la 3 zile postnatal. 1 pacienta a nascut prematur (a fost spitalizata si trimisa dupa o evaluare rapida initiala la un centru universitar unde a nascut; pacienta a asociat si trombofilie ereditara). Aceste paciente au fost trimise pentru evaluare doar de catre medici ginecologi (5 medici ginecologi) (care au si cerut efectuarea TTGO inainte de trimiterea la medicul specialist diabetolog). Evaluarea si urmarirea postnatala a fost doar la 2 paciente (1 pacienta este asistenta medicala si 1 pacienta a fost trimisa de medicul ginecolog la 4 saptamani dupa nastere). Medicii de familie nu au trimis paciente pentru depistare si/sau evaluare pre sau postnatala.

SINDROMUL DE TUNEL CARPIAN – ROLUL EXAMENULUI EMG

Dr. Ștefan Todincă

Spitalul Județean de Urgență “Dr. Constantin Opreș”Baia Mare

Sindromul de tunel carpian este o afecțiune prezenta la aproximativ 5% din populație, cauzata de compresia nervului median la nivelul incheieturii mainii , mai exact a canalului carpian

Etiologia este multipla:

- idiopatica ,
- ocupationala (la cei care lucreaza mult cu mainile – dulgheri, mecanici, dactilografi),
- sarcina,
- boli endocrine (diabet zaharat, hipotiroidie, acromegalie),
- boli ale tesutului conjunctiv (poliartrita reumatoida),
- fracturi la nivelul articulatiei pumnului,
- tumori locale (lipoame, schwannoame, neurofibroame),
- amiloidoza,
- boli congenitale (tunelul carpian ingust congenital, anomalii musculare),
- afectiuni care determina edem al extremitatilor superioare.

Simptomele resimtite de o persoana cu sindrom de tunel carpian sunt durere, o senzatii de furnicaturi si amorteala la nivelul degetelor (mai ales nocturna) si slabiciune musculara.

Examenul electroneuromiografic are o sensibilitate de aproape 95% in diagnosticul sindromului de tunel carpian. Studiul conducerii nervoase

(ENG), asociat sau nu cu studiul electromiografic (EMG) poate preciza natura mononeuropatiei (demielinizare focala sau leziune axonala) si poate indica momentul interventiei chirurgicale pentru decompresia nervului median. Are marea valoare de a putea exclude alte patologii care pot pune probleme de diagnostic diferential (plexopatie brahiala, radiculopatie C6-C7, mononeuropatie proximala de nerv median). De asemenea evalueaza postoperator refacerea nervului median

REZOLVARE MULTIDISCIPLINARĂ A UNUI CAZ DE ARTERITĂ CRONICĂ SEVERĂ

*Dr. Simona Nitu
medic specialist medicina de familie - Cluj-Napoca*

Sunt situatii in practica medicala, in care fie medicatia pentru anumite patologii este insuficienta, fie medicatia utilizata nu are raspuns terapeutic.

Este cazul unei paciente in varsta de 84 de ani, din mediul rural, care prezenta *Arteriopatie obliteranta cronica st4, Gangrena haluce membrul inferior drept, Cardioapatie ischemica, Angina pectorala, Insuficienta mitrala, HTA, Diabet zaharat tip2* - care in luna ianuarie 2019 prezinta o acutizare a simptomatologiei arteiale cu durere, impotenta functionala, tulburari trofice haluce membrul inferior drept, zone de ulceratii la nivel tegumentar gamba dreapta. Internata la Instiutul Inimii din Cluj-Napoca prezinta un AVC si este transferata la Clinica Neurologie pentru recuperare, apoi transferata la Sectia Cardiologie a unei alte clinici universitare, pentru tratamentul recuperator. Deoarece nu s-a obtinut ameliorarea simptomelor la nivelul membrului inferior, s-a recomandat, de catre fiecare serviciu spitalicesc, *amputarea urgenta* a piciorului drept. Apartinatorii au refuzat aceasta interventie chirurgicala si au apleat la o terapie alternativa.

La sfarsitul lunii martie a inceput tratamentul cu extracte gemoterapice: Extract din muguri de Arin negru, Extract din muguri de Ginkgo biloba, Extract din muguri de Sanger, Extract din scoarta de Lamai si 2 medicamente homeopatice: Secale CH9 si Calendula CH9, care au dus la remisia simptomelor si la refacerea circulatiei arteriale colaterale, vizualizate pe Eco Doppler, repetat in luna mai si august. Efectul benefic al tratamentului gemoterapic s-a constatat si prin ameliorarea simptomelor clinice si prin investigatii paraclinice (Eco Doppler).

Acest efect este datorat proprietatilor specifice ale partilor tinere de planta, care, prin prelucrare in stare proaspata au pastrata capacitatea de

diviziune celulara (celule stem vegetale), cu posibilitatea de refacere a tesuturilor vii deteriorate. Substantele active continute au la baza aminoacizi, polipeptide, enzime, cu structura levogira, caracteristica celulelor vegetale si umane, iar comunicarea pentru transferul informatiilor se produce la nivel membranal, prin receptorii Toll like, receptori specifici celulelor vegetale, animale si umane.

Astfel, Gemoterapia ni se ofera ca alternativa pretioasa, eficienta, fara risc de reactii adverse, dar cu actiune profunda si de durata, in patologia acuta si cronica deopotriva, indiferent de varsta pacientului.

Cuvinte cheie: arteriopatie, necroza, amputare, gemoterapie, vindecare.

**INFECȚIA CU VHB – NOI DEFINIȚII ȘI ABORDĂRI
TERAPEUTICE**

*Asist. Univ. Dr. Melinda Horvat
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

**COINFEȚIA VHB-VHC LA PACIENTUL TRATAT CU
ANTIVIRALE DIRECTE**

*Asist. Univ. Dr. Melinda Horvat
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase Cluj Napoca,
Universitatea de Medicină și Farmacie “Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca*

Fără rezumat

VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ ÎN URGENȚĂ

Dr. Remus Mitre
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare

Fără rezumat

A.T.I. – ACTUL I

*Dr. Alina Păușan, Dr. Alina Rus, Dr. Felicia Șerban
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

A.T.I. – ACTUL II

*Dr. Alina Rus, Dr. Alina Păușan, Dr. Felicia Șerban
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

A.T.I. – ACTUL III

*Dr. Felicia Șerban, Dr. Alina Păușan, Dr. Alina Rus
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

**VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ DIN PERSPECTIVA
CARDIOLOGULUI**

*Dr. Mariana Țăruși
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

MANAGEMENTUL INSUFICIENȚEI RESPIRATORII ACUTE ÎN PATOLOGIA PULMONARĂ

VENTILAȚIA NON-INVAZIVĂ

*Dr. Anca-Georgia Jüger
Spitalul de Pneumoftiziologie “Dr. N. Rusdea” Baia-Mare*

Ventilația noninvazivă (VNI) se referă la ventilația cu presiune pozitivă livrată printr-o interfață noninvazivă (mască nazală, mască oro-nazală), mai degrabă decât o interfață invazivă (intubație endotraheală, traheostomie). Utilizarea sa a devenit mai frecventă pe măsură ce beneficiile sale sunt din ce în ce mai recunoscute.

Indicațiile VNI în patologia pulmonară sunt: exacerbările BPOC cu IRA cu acidoză hipercapnică, edem cardiogen acut, IRA hipoxemică. În ciuda dovezilor de eficacitate, VNI este subutilizat în rândul pacienților cu edem pulmonar cardiogen sau exacerbări hipercapnice ale BPOC. Ventilația non-invazivă poate fi de asemenea utilă pentru prevenirea insuficienței respiratorii post-extubare.

Contraindicații: necesitatea intubației endotraheale este o contraindicație pentru VNI.

Alte contraindicații: stopul cardiac sau respirator, incapacitatea de a coopera, sau de a elimina secrețiile, starea de inconștiență, insuficiența pluriorganică, traumatismele faciale, anastomoza esofagiană recentă. Encefalopatia hipercapnică poate fi o excepție de la regula conform căreia conștiința afectată grav este o contraindicație pentru NIV, cu o monitorizare atentă a pacientului, conform protocolului, VNI poate da rezultate și astfel intubația endotraheală este evitată. Probabilitatea ca encefalopatia hipercapnică să răspundă la NIV este invers proporțională cu severitatea hipercapniei. Acidoza respiratorie nu este contraindicație pentru VNI. După ce un pacient a fost selectat pentru a primi un NIV, acesta trebuie inițiat cât mai curând posibil. Pacienții care nu au o

ameliorare a parametrilor gazometriei si ameliorare clinica la 30 min – 1 oră, trebuie intubați prompt.

VNI este sigură, cele mai multe complicații sunt locale și sunt legate de mască dacă nu este bine fixată.

MODALITĂȚI DE OXIGENARE ÎN PATOLOGII ACUTE. DISCUȚII PE CAZURI CLINICE

*Dr. Mihaela Pasc
UPU-SMURD Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constanin Opreș” Baia
Mare*

Introducere: Oxigenul trebuie considerat un medicament (“drug”); se indică și se administrează în situații specifice, urmărind o SpO₂ - țintă și monitorizând regulat răspunsul clinic al pacientului. Oxigenul este probabil, cel mai frecvent medicament utilizat în asistența de urgență din pre-spital și UPU a pacienților cu afecțiuni critice, medicale sau traumatice. **Material și metodă:** Pentru realizarea prezentării, am luat în considerare posibilitățile practice de administrare a oxigenului existente la ora actuală în România, pe ambulanțe (SAJ/ SMURD) și în UPU, respectiv am revizuit principalele ghiduri și recomandări naționale și internaționale de oxigenoterapie în urgențe.

Rezultate și discuții: Prin această prezentare am încercat o sistematizare a tehnicilor și dispozitivelor de administrare a oxigenului în pre-spital și UPU, cu menționarea principalelor indicații, precauții și complicații ale oxigenoterapiei. Evaluarea și asigurarea căii aeriene și respirației, concomitent cu administrarea de oxigen suplimentar sau asistarea ventilației (dacă este necesar), reprezintă primii pași (A și B) din algoritmul de examinare primară a pacientului critic. Administrarea oxigenului în urgență trebuie efectuată corect, utilizând dispozitive și fluxuri adaptate stării clinice și comorbidităților pacientului, astfel încât să se respecte principiul fundamental al practicii medicale ”primum non nocere”.

Concluzii: Asistența medicală de urgență în pre-spital și UPU poate fi extrem de dificilă – necesită evaluarea sistematică rapidă a pacientului critic și inițierea măsurilor suportive adecvate, inclusiv administrarea corectă de oxigen suplimentar; dar aceste măsuri de urgență nu trebuie

luate intempestiv și nerațional, ci trebuie adaptate la starea clinică actuală și afecțiunile asociate ale pacientului.

Cuvinte-cheie: asistența de urgență, oxigenoterapie, comorbidități, SpO₂ - țintă

Bibliografie: Acute Myocardial Infarction in patients presenting with ST-segment elevation. ESC Clinical Practice Guidelines 2017; BTS Guideline for oxygen use in healthcare and emergency settings, Nov.2017; Emergency oxygen therapy: from guideline to implementation, University of Manchester, Dept.of Respiratory Medicine, June 2013; Oxygen guidelines for acute oxygen use in adults -Thoracic Society of Australia and New Zealand, Oct.2015; Tintinalli's Emergency Medicine Manual 9th Ed., 2019.

**PROVOCAREA ABORDĂRII INTEGRATOARE VS
ANALITICĂ A PNEUMOPATIILOR INTERSTIȚIALE DIFUZE
FIBROZANTE**

*Conf. Univ. Dr. Ovidiu Fira-Mlădinescu, Prof. Univ. Dr. Voicu
Tudorache
Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Fără rezumat

**PROVOCĂRI DIAGNOSTICE LA PACIENȚII TINERI CU
AFECTARE INTERSTIȚIALĂ PULMONARĂ**

*Asist. Univ. Dr. Diana Manolescu, Prof. Univ. Dr. Oancea Cristian
Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Fără rezumat

PROVOCĂRI LEGATE DE INIȚIEREA TRATAMENTULUI ANTIFIBROTIC ÎN FIBROZA PULMONARĂ IDIOPATICĂ

*Asist. Univ. Dr. Daniel Trăila, Dr. Emanuela Tudorache
Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Două medicamente antifibrotice au fost aprobate pentru tratamentul fibrozei pulmonare idiopatie (FPI): nintedanib și pirfenidona. Acestea reduc declinul funcției pulmonare și riscul deteriorărilor respiratorii acute, care sunt asociate cu morbiditate și mortalitate ridicate. Ghidurile terapeutice conțin recomandări condiționate pentru nintedanib și pirfenidonă, dar nu fac sugestii cu privire la momentul inițierii tratamentului.

Datele din practica clinică sugerează că mulți pacienți nu sunt tratați imediat după diagnostic, în ciuda naturii progresive și insidioase a FPI. Într-un studiu recent, aproximativ 50% dintre medici au menționat motive precum boală „stabilă” sau „asimptomatică” sau funcție pulmonară „bună” pentru a aștepta și observa pacienții înainte de a prescrie terapia antifibrotică, în timp ce 23% dintre medici au considerat că efectele adverse ale tratamentului depășesc beneficiile la pacienții cu funcție pulmonară conservată.

O proporție semnificativă a pacienților nu prezintă fagure de miere (FPI „incipient”), lipsind astfel elementul definitoriu al diagnosticului imagistic și generând incertitudine pentru inițierea terapiei antifibrotice. O abordare de tipul „urmărește și așteaptă” este adesea adoptată în astfel de circumstanțe pentru monitorizarea evoluției bolii în timp.

Întrebări suplimentare pot rămâne chiar și în situația unui diagnostic cert, putând întârzia inițierea terapiei antifibrotice: - trebuie tratați pacienții cu boală avansată? - trebuie tratați pacienții cu funcție

pulmonară normală sau conservată? - trebuie tratați pacienți asimptomatici? - trebuie tratați pacienții cu patologie pulmonară asociată (ex: emfizem concomitent, neoplasm bronhopulmonar)?

Mai multe rapoarte apărute în literatura de specialitate în ultimii ani care descriu experiențe din practica clinică reale sau singure sau multicentrale în tratamentul FPI cu agenți antifibrotici încearcă să abordeze aceste probleme. Deși există obstacole pentru inițierea terapeutică timpurie, medicația antifibrotică oferă oportunitatea de a trata o boală pulmonară progresivă și de obicei fatală,.

UPDATE ÎN BPOC DIN PERSPECTIVA GHIDURILOR CLINICE

*Asist .Univ. Dr. Camelia Pescaru, Dr. Monica Marc, Dr. Emanuela
Tudorache
Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie Universitatea de Medicină și
Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Fără rezumat

ABORDUL BPOC DIN PERSPECTIVĂ NUTRIȚIONAL- METABOLICĂ

*Conf. Univ. Dr. Corneluța Fira-Mlădinescu¹,
Conf. Univ. Dr. Ovidiu Fira-Mlădinescu²*

*¹Disciplina de Igienă, ² Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Fără rezumat

**INOVAȚIE ÎN TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU BPOC
DIN PERSPECTIVA DISPOZITIVULUI INHALATOR:
RESPIMAT REUTILIZABIL**

*Dr. Monica Marc
Clinica Universitară de Pneumologie,
Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș" Timișoara*

Fără rezumat

MANAGEMENTUL MODERN AL ITR. PROFILAXIE ȘI TRATAMENT

*Dr. Dana Feru
Spital Orășenesc Târgu Lăpuș*

Imunice 10 Days este un produs ce conține Wellmune și contribuie la întărirea și funcționarea normală a sistemului imunitar. Este indicat de la primele semne ale răcelii.

Are în compoziție Wellnune, Colostru, Vitamina C, Lactoferina, Zinc și Vitamina D.

Wellmune este un polizaharid purificat (1,3/1,6 beta-glucan) ce reprezintă o inovație în domeniul substanțelor cu rol în susținerea și creșterea capacității de răspuns asupra sistemului imunitar, fiind rezultatul multor ani de cercetare.

Colostrul este laptele produs imediat după naștere. Are o compoziție complexă: imunoglobuline, polipeptide bogate în prolină, lactoferină, citokine, limfokine, lizozomi, oligopolizaharide, lactalbumine, factori de creștere.

Lactoferina este o glicoproteină de legare a fierului, care se găsește în majoritatea fluidelor biologice și este o componentă majoră a sistemului imunitar înăscut.

Zincul, vitamina C și D contribuie la funcționarea normală a sistemului imunitar și la protejarea celulelor împotriva stresului oxidativ. Vitamina C contribuie și la reducerea oboselii și extenuării.

SINDROMUL DE ELIBERARE DE CYTOKINE. ACTUALITĂȚI ÎN PATOGENEZA, DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

*Prof. Univ. Dr. Ljubomir Petrov¹, Dr. Laura Urian^{1,2}
1. U.M.F. „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca
2. Institutul Oncologic „Prof. Dr. Ion Chiricuță” Cluj Napoca*

Sindromul de eliberare de citokine (CRS) apare ca un efect al răspunsului imun extrem cu eliberare excesivă de citokine. CRS este o toxicitate severă, care se observă în urma administrării de anticorpi naturali și bispecifici și mai recent în urma tratamentului adoptiv cu celule T. Sindromul s-a observat în infecții sau după anumite medicamente antineoplazice cum ar fi oxiplatina și lenalidomida, în transplantul de celule stem haplo-identice și în reacția greftă contra gazda.

CRS se asociază cu nivele circulatorii crescute de citokine proinflamatorii cum ar fi IL6, interferon γ , TNF α , IL1 β , IL8, IL10. Aceste citokine sunt eliberate de limfocitele T, B, NK, monocite și macrofage. Ele activează cascada inflamatorie. De fapt un anumit nivel de CRS poate fi un indicator al efectului antitumoral a tratamentelor imunologice. Distincția între nivelul terapeutic și punctul în care apare CRS sever este de importanță critică. Deși majoritatea pacienților cu răspuns favorabil prezintă cel puțin un anumit nivel de CRS, nu pare să existe o relație între severitatea sindromului și răspunsul clinic.

CRS se poate prezenta printr-o varietate de simptome de la simptome pseudogripale la manifestări severe a răspunsului inflamator excesiv.

Simptomele moderate includ febră, astenia, cefaleea, erupția cutanată, artralgia și mialgia. Cazurile mai severe se caracterizează prin hipotensiune, febră, șoc, coagulare intravasculară diseminată și insuficiență pluriorganică. Clinic CRS se prezintă prin sindrome nespecifice, făcând

diagnosticul dificil. Sindromul de liza tumorală, infecțiile, reacțiile alergice medicamentoase pot simula CRS.

Patogeneza CRS nu este complet lamurita. IL6, IL10 și IFN γ prezintă nivele serice crescute. IL6 pare să joace un rol cheie în patogeneza. La pacienții cu CRS la care apare sindromul hemofagocitic sau de activare a macrofagelor se constată nivele crescute și a altor citokine (IL18, IL8, IP10, MIG).

Dat fiind că CRS apare ca rezultat direct a nivelelor suprafiziologice de citokine proinflamatorii, nivelele serice a acestora servesc ca biomarkeri de diagnostic și de cuantificare a severității sindromului.

Un sistem propice de gradare este crucial pentru algoritmul de tratament. Gradul 1 de CRS nu necesită întreruperea tratamentului. Se recomandă tratament simptomatic și antibioterapie empirică pentru eventualele infecții concomitente.

În CRS gradul 2 se recomandă întreruperea tratamentului. Tratamentul imunosupresiv este opțional. În CRS de gradul 3 se recomandă o intervenție agresivă, imunosupresie cu tocilizumab ± corticosteroizi.

În CRS gradul 4 se impune suport ventilator și vasopresoare plus tratament imunosupresiv (tocilizumab + corticosteroizi).

Tocilizumab este un anticorp monoclonal anti semnalizare IL6R. Steroizii sunt frecvent utilizați pentru combaterea răspunsului inflamator.

Tratamentul imunosupresiv țintit pentru alte citokine (anticorpi monoclonali anti TNF și anti IL1R: infliximab, respectiv anakiura) sunt alternative terapeutice de luat în seamă.

TERAPIA DISCONTINUĂ ÎN LEUCEMIA MIELOIDĂ CRONICĂ

Prezentare de caz

*Dr. Cristina Truică
Medic șef secția Hematologie*

TFR= Treatment-free remission în Leucemia Mieloidă Cronică a fost pentru noi până în 2015 o problemă pe care o rezolvăm la orice dezbateră cu argumente împotriva, deși eram conștienți că TFR este un scop pentru toți bolnavii. Dar TFR și în prezent este un scop doar pentru acei bolnavi care au un răspuns molecular major susținut de cel puțin 2 ani.

Datele actuale, conform ultimelor studii clinice și experienței hematologilor, nu contează din ce unghi abordezi problema, arată că rata pentru TFR este de numai 40% până la 60% pentru cei care au RMC și nu există un biomarker predictiv pentru bolnavi să rămână fără tratament TKI sau nu.

Desigur, pentru acei pacienți care au efecte adverse la terapia TKI și pentru perioada sarcinii, trebuie în mod special să ne gândim să luăm în considerare terapia discontinuă cu TKI. Odată ce îi lăsăm fără terapie, suntem obligați să-i monitorizăm lunar, să ne convingem că pacienții sunt complianți cu monitorizarea lunară, să fie conștienți că în orice moment exista neșansa să se reîntoarcă la tratament.

Este extrem de important să selectăm acei bolnavi, care sunt foarte motivați, care au un răspuns molecular susținut și profund (MMR 4,5 – 5), și bineînțeles acei bolnavi care înțeleg că oricând pot recădea și trebuie să reia tratamentul.

Se prezintă cazul unei femei tinere de 33 ani, cu Leucemie Mieloidă Cronică în fază cronică, diagnosticată în 2011. A urmat tratament cu Nilotinib până în februarie 2017 și a tolerat bine terapia. A obținut răspuns molecular major (MMR 4,5) la 3 luni după începerea terapiei TKI, și în ianuarie 2017, când rămâne însărcinată, după discuții îndelungate în care i-

am explicat că stopăm terapia TKI, că necesită evaluare lunar, cu scopul de a menține răspunsul molecular major, a fost prima pacientă care a acceptat.

Se prezintă presiunile la care sunt expuși bolnavii care sunt evaluați pentru întreruperea terapiei TKI, deoarece pacienții cu Leucemie Mieloidă Cronică, în tratament TKI, au o durată de supraviețuire similară cu populația generală. Terapia cu TKI este cea mai mare victorie în tratamentul leucemiilor, dar are un impact semnificativ în calitatea vieții bolnavilor noștri. Costul terapiei este prohibitiv și în statele dezvoltate, chiar și în USA.

Dintre bolnavii noi diagnosticați cu LMC, 30-50%, obțin un răspuns molecular major susținut după 5 ani de terapie. Dintre aceștia, 50% pot obține cu succes TFR (=remisiune fără tratament), deci doar 20% dintre cei nou diagnosticați sunt capabili să obțină TFR de lungă durată, 70 – 80% necesită tratament toată viața.

Așa cum tratăm până în prezent pacienții cu LMC cu terapia TKI, această terapie singură nu este suficientă să sperăm TFR pentru majoritatea bolnavilor. Noile opțiuni terapeutice cu TKI singur sau în combinație, trebuie să le introducem cât mai devreme pentru ca să obținem TFR la majoritatea bolnavilor.

Cea mai mare provocare este să putem manageria toxicitatea tratamentului TKI în combinație cu alte terapii.

În continuare se prezintă noile avantaje în identificarea pacienților din județul nostru, care ar putea fi candidați la TFR.

Primii pacienți cu LMC au intrat în tratament cu TKI în Maramureș în 2002, din totalul de 58 aflați în tratament, 11 din cei intrați în 2002 sunt în viață.

Comparativ cu cele 2 studii clinice în care au fost evaluați pacienții pentru TFR, în lucrare se prezintă care sunt problemele noastre de identificare.

Un tratament TFR presupune:

- monitorizare lunară
- complianța pacientului
- convingerea pacientului că există oricând posibilitatea să se întoarcă la tratament.

Cazul prezentat cu TFR continuă monitorizarea lunară.

**COMISIA MULTIDISCIPLINARĂ DE DIAGNOSTIC ȘI
INDICAȚIE TERAPEUTICĂ – QUO VADIS?**

*Dr. Dumitru Filip
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Fără rezumat

ABORDUL MULTIMODAL AL PACIENTULUI CU METASTAZE CU PUNCT DE PLECARE NEPRECIZAT

*Dr. Iulia Coroian
Spitalul Județean de Urgență “Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Cancerle cu punct de plecare neprecizat sunt tumori metastatice confirmate histologic, a caror origine nu poate fi identificata prin evaluarea standard. Ele sunt heterogene, au un tablou clinic variat si un prognostic prost in majoritatea cazurilor. Supravietuirea mediana a pacientilor este de 8-12 luni, exceptie facand unii pacienti cu factori mai favorabili de prognostic care pot avea o mediana a supravietuirii globale de 12-36 luni. Majoritatea acestor tumori sunt adenocarcinoamele si carcinoamele scuamoase. Pentru carcinoamele scuamoase, diagnosticul incepe de la cele mai frecvente situsuri metastatice, si anume limfoganglionii din regiunea capului si gatului, supraclaviculari si inghinali, precum si leziunile osoase. Pentru adenocarcinoame, exista 12 tipuri de prezentari, care necesita teste diagnostice specifice. In majoritatea cazurilor, metastazele cu punct de plecare neprecizat sunt refractare la tratamentul sistemic, iar chimioterapia are doar rol paliativ si nu prelungeste semnificativ supravietuirea. In cazurile severe, scopul principal al tratamentului este controlul simptomelor si o calitate a vietii cat mai buna posibil. Se recomanda inrolarea pacientilor in studii clinice, atunci cand este posibil. Optiunile de tratament ar trebui personalizate pentru fiecare caz in parte, pentru a obtine cel mai bun raspuns si cea mai buna supravietuire, iar deciziile de diagnostic si tratament vor fi luate in cadrul echipei multidisciplinare.

IMUNOTERAPIA ÎN CANCERELE SOLIDE: PRINCIPII GENERALE ȘI EFECTE SECUNDARE

*Dr. Ioana Iurca
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Inhibarea punctelor de control ale sistemului imunitar folosind anticorpi monoclonali ocupa un rol principal in tratamentul pacientilor cu cancer pulmonar, melanom malign avansat si metastatic, cancer renal, cancer al vezicii urinare. Imunoterapia se asociaza cu un spectru unic de efecte adverse legate in principal de activarea sistemului imunitar. Efectele adverse cel mai frecvent observate sunt la nivel tegumentar, gastrointestinal, hepatic si la nivelul sistemului endocrin. Recunoasterea cat mai rapida a acestor efecte adverse si managementul corect al acestora sunt foarte importante pentru siguranta pacientului, continuarea tratamentului si asigurarea compliantei la tratament.

IMUNOTERAPIA ÎN MELANOMUL MALIGN

PREZENTARE DE CAZ

*Dr. Vlad Mitrofan
Spitalul Județean de Urgență „Dr. Constantin Opreș” Baia Mare*

Melanomul malign este o un cancer agresiv care este responsabil pentru aproximativ 75% din morțile cauzate de către cancerule de piele. În trecut, opțiunile terapeutice pentru pacienții cu melanom în stadiu avansat erau limitate, rata de răspuns și supraviețuirea globală fiind scăzute. Imunoterapia este o noua opțiune de tratament care a îmbunătățit aceste statistici și în anumite cazuri a produs remisiuni durabile. Voi prezenta un caz de melanom malign de coapsă operat, cu interval liber de boală de 9 ani, care a evoluat prin metastaze cerebrale și este în curs de tratament cu imunoterapie cu răspuns complet.

IATROGENIE – PREZENTARE DE CAZ

*Dr. Ioan Pop
Medic Primar Psihiatrie
Policlinica Sfânta Maria Baia Mare*

Dx: Hiperpotasemie, acidoza, insuficienta renala acuta remisa, hipertensiune arteriala stabila controlata medicamentos

In luna Octombrie am fost internat de urgenta cu dx de mai sus. Am fost externat dupa 2 zile. Hiperpotasemia s-a instalat secundar terapiei cu angiotensin-converting enzyme inhibitor ACEI ori angiotensin receptor blocker, beta I blocant, deshidratare secundara uzului de cafea si abuz de ibuprofen pentru cefalalgie. ACEI or ARB (angiotensin receptor blocker) odata initiat acest tratament presupune obtinerea unui estimat al ratei de filtrat glomelular, baseline serum potassium concentration, informatii daca pacientul a ingerat potasiu excesiv din dieta, suplimente ori droguri care pot creste serum potasiu. Monitorizarea potasiului seric la inceputul tratamentului si la 1-2 saptamani periodic dupa tratament. Daca hiperpotasemia se dezvolta prompt se va recunoaste disritmia cardiaca si se va incepe tratamentul sa antagonizeze efectele cardiace ale potasiului, redistribuirea potasiului in cellule si transferului potasiului din corp.

Nu am fost informat de medicul curant sa imi monitorizez potasiul seric inainte de inceperea tratamentului si la 2 saptamani dupa inceperea tratamentului, nici sa evit deshidratarea si sa exclud NSAD (ibuprofenul). De asemenea nu s-a luat o anamneza completa. In stare de confuzie mentala, hipotonie musculara si dificultate la mers am fost internat de urgenta. La internare potasiul era peste 7 (valorile normale intre 3.6-5.0 mmol/l). Aceasta hiperpotasemie era risc de deces prin stop cardiac si putea fi evitata.

Voi prezenta mecanismul fizio-patologic prin care cresterea potasiului s-a datorat tratamentului luat si factorilor adiacenti amintiti. De asemenea prezentarea are un scop de a preveni asemenea accidente pentru

oricine foloseste medicamentele amintite, daca concomitent se folosesc si alte medicamente si nu se monitorizeza potasiul.

Intelegand mecanismul de actiune al ACEI cuplat judicios cu alt medicament, vigilenta clinica poate minimaliza riscul heperpotasemiei. Daca hiperpotasemia se dezvolta va fi recunoscuta prompt si tratamentul poate optimiza rezultatul clinic.

Efectul medicamentelor folosite pe sistemul renina-angiotensina-aldosteron poate fi asociat cu hiperpotasemie cu 10% forme usoare.

Multumesc colegei dr. Pitura care a solicitat autosanitara ptr internare, dr. Banu – Policlinica Sfanta Maria si dr. Pasc de la UPU Baia Mare care m-au determinat sa raman in spital printr-o atitudine colegial maternală. Eu fiind confuz nu am realizat riscul de deces care era la un pas de mine. Multumesc dr. Bonat, medicul curant de pe sectie.

La urgenta personalul sanitar ma cauta cu disperare in computer sa imi gaseasca istorie de alte boli in antecedente, si au refuzat sa creada ca nu am istorie de nici o boala si nu am nici o internare in spital.

SOLUȚII NON-INVAZIVE INOVATIVE ÎN TRATAREA DEPRESIEI, TULBURĂRILOR DE ANXIETATE ȘI NU NUMAI

*Dr. Maria Roman
Spitalul Municipal Sighetu Marmăției*

Această prezentare își propune o sinteză practică a soluțiilor non-invazive inovative în tratarea depresiei, tulburărilor de anxietate și nu numai. Scopul esențial al lucrării este acela de a prezenta stimularea magnetică transcraniană (TMS) în cazurile selectate cu depresie și avantajele majore ale TMS ca terapie principală (în cazurile rezistențe la medicația antidepresivă) sau ca terapie adjuvantă neinvazivă în depresie. Se pune accent pe statistica la nivel mondial și în România, pe cele mai recente metode de screening, pe criteriile diagnostice DSM-V ale sindromului depresiv. O atenție deosebită este acordată principiilor și tehnicilor TMS, aplicațiilor TMS în general și în depresie, protocoalelor TMS pentru depresie și avantajelor TMS versus medicație antidepresivă.