

CNMFTM | 2024



Organizatori

CLINICA UNIVERSITARĂ
MEDICINA FAMILIEI



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABES”, TIMIȘOARA



Parteneri științifici

FUNDAȚIA UNIVERSITĂȚII DE MEDICINĂ
ȘI FARMACIE TIMIȘOARA



SOCIETATEA ACADEMICĂ DE
MEDICINĂ A FAMILIEI



CONFERINȚA NAȚIONALĂ INTERDISCIPLINARITATEA ÎN MEDICINA DE FAMILIE

28 - 29
noiembrie
2024
TIMIȘOARA

• cu participare internațională

VOLUM DE REZUMATE PROCEEDINGS

www.scievents.ro

PARTENERI

GOLD



SILVER

ZENTIVA



PARTENERI MEDIA

săptămâna
MEDICALĂ

MEDICAL MARKET

CLINICA
UNIVERSITARĂ
MEDICINA FAMILIEI



UNIVERSITATEA
DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„VICTOR BABEȘ“ DIN TIMIȘOARA

CONFERINȚA NAȚIONALĂ INTERDISCIPLINARITATEA ÎN MEDICINA DE FAMILIE

CNMFTM | 2024



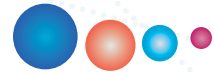
VOLUM DE REZUMATE | PROCEDEENGs

CONFERINȚA NAȚIONALĂ

INTERDISCIPLINARITATEA ÎN MEDICINA DE FAMILIE 2024

CONSILIUL ȘTIINȚIFIC	5
KEYNOTE SPEAKERS	6
PROGRAMUL ȘTIINȚIFIC	7
LISTĂ AUTORI	14
LISTĂ CONFERINȚE	15
LISTĂ COMUNICĂRI ORALE	16
LISTĂ POSTERE	17
REZUMATE CONFERINȚE	19
REZUMATE COMUNICĂRI ORALE	33
REZUMATE POSTERE	39

Foto coperta I & fotografii interior: www.freepik.com



CONSILIUL ȘTIINȚIFIC

PREȘEDINTE de ONOARE

Prof. Dr. Octavian CREȚU

PREȘEDINTE

Prof. Dr. Roxana FOLESCU

VICEPREȘEDINȚI

Prof. Dr. Daniel LIGHEZAN

Prof. Dr. Cristian OANCEA

Prof. Dr. Andrei MOTOC

Prof. Dr. Bogdan TIMAR

Conf. Dr. Stela IURCIUC

Conf. Dr. Daniela GURGUS

Șef Lucr. Dr. Oana BELEI

Prof. Dr. Elena Constanța AMĂRICĂI (Timișoara)

Șef Lucr. Dr. Adriana CIOCA (Sibiu)

Conf. Dr. Elena Adorata COMAN (Iași)

Șef Lucr. Dr. Laura Maria CONDUR (Constanța)

Conf. Dr. Luiza DEMIAN (Oradea)

Prof. Dr. Simona DRĂGAN (Timișoara)

Șef Lucr. Dr. Gheorghe Gindrovel DUMITRA (Craiova)

Prof. Dr. Viorela ENĂCHESCU (Craiova)

Prof. Dr. Daniela IACOB (Timișoara)

Conf. Dr. Mihaela Adela IANCU (București)

Asist. Univ. Dr. Andreea-Narcisa IANA (Timișoara)

Conf. Dr. Adrian-Cosmin ILIE (Timișoara)

Asist. Univ. Dr. Vasile-Alin IONESCU (Timișoara)

Conf. Dr. Constantin KAMAL (Craiova)

Prof. Dr. Polliana LERU (București)

Priv. Doz. Dr. med. Adrian LUPESCU (Tübingen, Germania)

Prof. Dr. Otilia MĂRGINEAN (Timișoara)

Prof. Dr. Liana Mioara MOȘ (Arad)

Conf. Dr. Andrea Elena NECULAU (Brașov)

Conf. Dr. Roxana ONOFREI (Timișoara)

Prof. Dr. Stelian PANTEA (Timișoara)

Dr. Mihai-Cristian POPESCU (București)

Prof. Dr. Emilian POPOVICI (Timișoara)

Șef Lucr. Dr. Eugenia Voica POP (Oradea)

Conf. Dr. Aida PUIA (Cluj-Napoca)

Asist. Univ. Dr. Alexandru Florin ROGOBETE (Timișoara)

Prof. Dr. Ana Maria Alexandra STĂNESCU (București)

Conf. Dr. Răzvan ȘUȘAN (Timișoara)

Prof. Dr. Ioan ȚILEA (Târgu Mureș)

Conf. Dr. Andreea VARGA (Târgu Mureș)

Prof. Dr. Doina Carina VOINESCU (Galați)

Asist. Univ. Dr. Simona Alexandra ZAMFIR (Iași)

Prof. Dr. Carmen Lăcrămioara ZAMFIR (Iași)

Prof. Dr. Natalia ZARBAILOV (Chișinău, R. Moldova)

CONSILIUL DE ORGANIZARE

Prof. Dr. Roxana FOLESCU

Conf. Dr. Daniela GURGUS

Asist. Univ. Dr. Andreea-Narcisa IANA

Asist. Univ. Dr. Alin-Vasile IONESCU

Șef Lucr. Dr. Oana BELEI

Dr. Ivona Mihaela HUN

Dr. Laura ATYM

Dr. Ioana POPA

Dr. Anca Cristina GHINEA

Stud. Robert Nikolas FOLESCU

Stud. Sami ALDAHAMSHEH

MANAGEMENT CONFERINȚĂ



CLEAR RULES. CLEAR OUTCOMES
WARP MANAGEMENT GROUP

KEYNOTE SPEAKERS

Prof. Dr. Elena Constanța AMĂRICĂI

Prof. Dr. Nicolae BALICA

Șef Lucr. Dr. Oana BELEI

Prof. Dr. Mărioara BOIA

Șef Lucr. Dr. Adina BUCUR

Conf. Dr. Alexandru CARABA

Șef Lucr. Dr. Adriana Lavinia CIOCA

Conf. Dr. Elena Adorata COMAN

Șef Lucr. Dr. Laura CONDUR

Prof. Dr. Octavian CREȚU

Prof. Dr. Gabriela-Simona DOROS

Prof. Dr. Viorela ENĂCHESCU

Prof. Dr. Mihai GAFENCU

Dr. Ion-Florin GORUN

Conf. Dr. Daniela GURGUS

Prof. Dr. Daniela IACOB

Conf. Dr. Mihaela Adela IANCU

Conf. Dr. Adrian Cosmin ILIE

Prof. Dr. Mircea IURCIUC

Conf. Dr. Stela IURCIUC

Prof. Dr. Dragoș Cătălin JIANU

Șef Lucr. Dr. Iulius JUGANARU

Conf. Dr. Constantin KAMAL

Prof. Dr. Daniel Florin LIGHEZAN

Priv. Doz. Dr. med. Adrian LUPESCU

Asist. Univ. Dr. Niculina MANG

Prof. Dr. Otilia MARGINEAN

Prof. Dr. Andrei MOTOC

Asist. Univ. Dr. Andrei MUNTEANU

Conf. Dr. Andrea Elena NECULAU

Prof. Dr. Laura NUSSBAUM

Prof. Dr. Cristian OANCEA

Asist. Univ. Dr. Laura OLARIU

Prof. Dr. Stelian PANTEA

Prof. Dr. Emilian POPOVICI

Prof. Dr. Ramona POPOVICI

Conf. Dr. Aida PUIA

Asist. Univ. Dr. Ciprian Ilie ROȘCA

Asist. Univ. Dr.

Sonia Aniela TĂNĂSESCU

Prof. Dr. Bogdan TIMAR

Prof. Dr. Ioan ȚILEA

Conf. Dr. Andreea VARGA

Șef Lucr. Dr. Emanuela VASTAG

Prof. Dr. Natalia ZARBAILOV



PROGRAM ȘTIINȚIFIC

Joi, 28 noiembrie 2024

- 08.00 - 09.00 Înregistrare participanți
09.00 - 09.20 Deschiderea Oficială a Conferinței

09.20 – 10.20 INVITED LECTURES

MODERATORI: Priv. Doz. Dr. med. Adrian LUPESCU, Prof. Dr. Natalia ZARBAILOV,
Prof. Dr. Roxana FOLESCU, Prof. Dr. Viorela ENĂCHESCU

- 09.20 – 09.50 Poziția pacientului geriatric în sistemul german de geriatrie,
analiză comparată
Priv. Doz. Dr. med. Adrian LUPESCU, Tübingen, Germania
- 09.50 – 10.20 Medicina interdisciplinară în Medicina de familie: colaborarea cu colegii
din alte domenii – când, cum și pentru ce
Prof. Dr. Natalia ZARBAILOV, Chișinău, R. Moldova

10.20 – 11.40 INTERDISCIPLINARITATE – MEDICINĂ DE FAMILIE

MODERATORI: Priv. Doz. Dr. med. Adrian LUPESCU, Prof. Dr. Natalia ZARBAILOV,
Prof. Dr. Roxana FOLESCU, Prof. Dr. Viorela ENĂCHESCU

- 10.20 – 10.40 Relațiile specialității de medicina familiei cu alte specialități
Prof. Dr. Viorela ENĂCHESCU, Craiova
- 10.40 – 11.00 Manifestări orale ale afecțiunilor digestive
Conf. Dr. Andrea NECULAU, Brașov

11.00 – 11.20 Interrelația stres cancer – un drum cu două sensuri?
Conf. Dr. Adela IANCU, București

11.20 – 11.40 Gestionarea pacientului cu multiple comorbidități:
O provocare pentru medicina de familie
Conf. Dr. Constatin KAMAL, Craiova

11.40 - 12.00 COFFEE BREAK

12.00 – 13.00 INTERDISCIPLINARITATE – MEDICINĂ DE FAMILIE

MODERATORI: Conf. Dr. Andrea NECULAU, Conf. Dr. Mihaela Adela IANCU,
Conf. Dr. Constantin KAMAL, Conf. Dr. Elena Adorata COMAN

12.00 – 12.20 De la obezitate la boala cardiovasculară: management integrat
în medicina de familie
Conf. Dr. Elena Adorata COMAN, Iași

12.20 – 12.40 Definiție, clasificare și diagnostic în hipertensiunea pulmonară
Conf. Dr. Andreea VARGA, Târgu Mureș

12.40 – 13.00 Boala pulmonară cronică tromboembolică
Prof. Dr. Ioan ȚILEA, Târgu Mureș

13.00- 13.45 PRÂNZ

13.45 – 15.40 INTERDISCIPLINARITATE – MEDICINĂ DE FAMILIE

MODERATORI: Conf. Dr. Andreea VARGA / Conf. Dr. Mihaela Adela IANCU,
Șef Lucr. Dr. Laura CONDUR, Conf. Dr. Aida PUIA, Șef Lucr. Dr. Adriana CIOCA

13.45 – 14.05 Managementul insuficienței cardiace la pacientul vârstnic –
o provocare interdisciplinară
Șef Lucr. Dr. Laura CONDUR, Constanța, Dr. Filip BERARIU, Iași

14.05 – 14.25 Screening-ul și monitorizarea diabetului gestational în cabinetul
medicului de familie
Șef Lucr. Adriana CIOCA, Sibiu

14.25 – 14.45 Specializarea timpurie în sport – consecințe pentru sănătatea copilului
și adolescentului
*Conf. Dr. Aida PUIA, Asist. Univ. Dr. Vlad DASCĂL,
Asist. Univ. Dr. Sorina Rodica POP, Cluj Napoca*

14.45 – 15.05 Oboseala - o problemă de sănătate a stilului de viață actual
(*Simpozion Imedica*)
Conf. Dr. Daniela GURGUS, Timișoara

15.05 – 15.25 Epidemiologia socială: prezent și paradigme
Prof. Dr. Emilian POPOVICI, Timișoara

15.25 - 15.40 Anemia de la banal la semnal de alarmă
(*Simpozion Zentiva*)
Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Timișoara

15.40 – 16.00 COFFEE BREAK

16.00 – 17.20 INTERDISCIPLINARITATE – CARDIOLOGIE

MODERATORI: Prof. Dr. Ioan ȚILEA/Dragoș Cătălin JIANU, Prof. Dr. Nicolae BALICA,
Conf. Dr. Stela IURCIUC, Prof. Dr. Bogdan TIMAR

16.00 – 16.20 Diabetul zaharat și Insuficiența cardiacă
Prof. Dr. Daniel LIGHEZAN, Timișoara

16.20 – 16.40 Rigiditatea arterială și vârsta vasculară
Prof. Mircea IURCIUC, Timișoara

16.40 – 17.00 Riscul cardiovascular și provocările în medicina de ambulator
Conf. Dr. Stela IURCIUC, Timișoara

17.00 – 17.20 Fibrilația atrială în 2024. Mai este loc și pentru medicul de familie?
Asist. Univ. Dr. Ciprian Ilie ROȘCA, Timișoara

17.20 – 18.40 INTERDISCIPLINARITATE – MEDICINA INTERNĂ

MODERATORI: Prof. Dr. Ioan ȚILEA/Dragoș Cătălin JIANU, Prof. Dr. Nicolae BALICA,
Conf. Dr. Stela IURCIUC, Prof. Dr. Bogdan TIMAR

17.20 – 17.40 Viitorul în tratamentul diabetului și a obezității
Prof. Dr. Bogdan TIMAR, Timișoara

17.40 – 18.00 Indicațiile și contraindicațiile bronhoscopiei
*Șef. Lucr. Dr. Emanuela VASTAG, Dr. Emanuel POPLICEANU,
Prof. Dr. Cristian OANCEA, Timișoara*

18.00 – 18.20 Aspecte particulare ale cefaleei
Prof. Dr. Nicolae BALICA, Timișoara

18.20 – 18.40 Diagnosticul flebotrombozelor cerebrale
Prof. Dr. Dragoș Cătălin JIANU, Timișoara

08.00 - 09.00 Validare prezență participanți

09.00 - 11.00 INTERDISCIPLINARITATE – MEDICINĂ DE FAMILIE

MODERATORI: Conf. Dr. Adrian Cosmin ILIE, Conf. Dr. Alexandru CARABA,
Prof. Dr. Elena Constanța AMĂRICĂI, Prof. Dr. Ramona Amina POPOVICI

09.00 – 09.20 Evaluarea și monitorizarea managementului în cabinetul medicului de familie cu ajutorul instrumentului EPA (European Practice Assesment)

Conf. Dr. Adrian Cosmin ILIE, Timișoara

09.20 – 09.40 Rolul medicinei de familie în programul de screening al factorilor de risc cardiovasculari

Șef. Lucr. Dr. Adina BUCUR, Timișoara

09.40 – 10.00 Afectarea microvasculară în bolile reumatismale inflamatorii

Conf. Dr. Alexandru CARABA, Timișoara

10.00 – 10.20 Deviațiile axiale vertebrale la copii și adolescenți

Prof. Dr. Elena Constanța AMĂRICĂI, Timișoara

10.20 – 10.40 Abordarea multidisciplinară a restricției de creștere fetală: Contribuția esențială a obstetricii și medicinei de familie în optimizarea prognosticului pe termen lung

Dr. Florin GORUN, Timișoara

10.40 – 11.00 Potențialul tehnologiei digitalizate VR (Virtual Reality) pentru gestionarea anxietății în serviciile de medicina familiei

Prof. Dr. Ramona Amina POPOVICI, Timișoara

11.00 - 11.20 COFFEE BREAK

11.20 - 12.00 INTERDISCIPLINARITATE - REZIDENȚI

MODERATORI: Prof. Dr. Gabriela Simona DOROS, Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Prof. Dr. Mărioara BOIA,
Prof. Dr. Mihai GAFENCU

11.20 – 11.30 Satisfacția pacientului și rezultatele în intervențiile dermatocosmetice: rolul medicului de familie în asistența primară

Dr. Felicia ANDREI, Timișoara

11.30 – 11.40 Pneumonie bacteriană complicată cu tromboembolism pulmonar masiv

Dr. Ana Maria CIOCHINĂ, Timișoara

- 11.40 – 11.50 Boala mixtă de țesut conjunctiv: Provocare diagnostic
Asist. Univ. Dr. Deiana ROMAN, Timișoara
- 11.50 – 12.00 Sclerodermia sistemică: necesitatea unui diagnostic precoce în vederea evitării complicațiilor catastrofale
Dr. Magda CRISTIAN, Timișoara

12.00 - 13.30 INTERDISCIPLINARITATE - PEDIATRIE

MODERATORI: Prof. Dr. Gabriela Simona DOROS, Șef Lucr. Dr. Oana BELEI,
Prof. Dr. Mărioara BOIA, Prof. Dr. Mihai GAFENCU

- 12.00 – 12.20 Durerea toracică la copil – o realitate?
Prof. Dr. Gabriela Simona DOROS, Timișoara
- 12.20 – 12.35 Tulburările gastrointestinale funcționale la sugari și copiii mici
(*Simpozion Nestle*)
Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Timișoara
- 12.35– 12.55 Complicații neurologice ale prematurității
*Prof. Dr. Mărioara BOIA, Dr. Daniela CIOBOATĂ, Dr. Nicoleta LUNGU,
Dr. Florina DOANDES, Dr. Oana COSTESCU, Dr. Aniko MANEA,
Timișoara*
- 12.55 – 13.15 Managementul Glomerulonefritei postinfecțioase la copil:
de la medic de familie la medic nefrolog pediatru
*Prof. Dr. Mihai GAFENCU, Dr. Ramona STROESCU,
Dr. Flavia CHISAVARU, Dr. Ruxandra STEFLEA, Timișoara*
- 13.15 – 13.30 O nouă abordare a refluxului gastro-esofagian la sugari și copii (*Dr. Phyto*)
Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Timișoara

13.30 - 14.30 PRÂNZ

14.30 - 16.15 INTERDISCIPLINARITATE - PEDIATRIE

MODERATORI: Prof. Dr. Daniela IACOB, Prof. Dr. Otilia MĂRGINEAN, Prof. Dr. Laura NUSSBAUM,
Șef Lucr. Dr. Iulius JUGĂNARU

- 14.30 – 14.50 Managementul nou-născutului cu restrictive de creștere intrauterină
Prof. Dr. Daniela IACOB, Timișoara
- 14.50 – 15.20 Simeticona în tratamentul colicilor bebelușului. Calmarea durerilor minore
provocate de leziunile bucale (*Simpozion Berlin Chemie*)
Prof. Dr. Otilia MĂRGINEAN, Timișoara

- 15.20 – 15.40 Abordarea medico-educatională a ADHD-ului
Prof. Dr. Laura NUSSBAUM, Asist. Univ. Dr. Adriana COJOCARU, Timișoara
- 15.40 – 15.55 Este posibilă imitarea sinergiei din laptele matern? (Simpozion Nestle)
Prof. Dr. Daniela IACOB, Timișoara
- 15.55 – 16.15 Triada medic de familie - pediatru - alergolog în patologia respiratorie
Șef Lucr. Dr. Iulius JUGĂNARU, Timișoara
- 16.15 – 16.35 COFFEE BREAK

16.35 – 18.30 INTERDISCIPLINARITATE - PEDIATRIE

MODERATORI: Asist. Univ. Dr. Sonia Aniela TĂNĂSESCU, Asist. Univ. Dr. Laura OLARIU,
Asist. Univ. Dr. Andrei MUNTEANU, Asist. Univ. Dr. Niculina MANG

- 16.35 – 16.55 Abordarea copilului cu adenopatie laterocervicală
Asist. Univ. Dr. Sonia Aniela TĂNĂSESCU, Timișoara
- 16.55 – 17.10 Abordări inovative în managementul sugarilor cu afecțiuni alergice în contextul unor dezechilibre imunitare (Simpozion Vedra International)
Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Timișoara
- 17.10 – 17.30 Influența hipovitaminozei D asupra statusului de activitate la copiii cu boli inflamatorii intestinale
Șef Lucr. Dr. Oana BELEI, Timișoara
- 17.30 – 17.50 Particularități ale hepatopatiilor cronice la copil. Implicații pe termen lung
Asist. Univ. Dr. Laura OLARIU, Timișoara
- 17.50 – 18.10 Diagnosticul și monitorizarea artritei idiopatice juvenile
Asist. Univ. Dr. Andrei MUNTEANU, Timișoara
- 18.10 – 18.30 Deficitul statural, o problemă de diagnostic și tratament
Asist. Univ. Dr. Niculina MANG, Dr. Raluca Nicoleta VASILESCU, Prof. Dr. Otilia MĂRGINEAN, Timișoara
- 18.30 **Încheierea Conferinței.
Eliberarea Diplomelor de Participare**

SECȚIUNEA POSTERE

Caz clinic – Boala Paget

Dr. Georgeana BĂDĂU, Timișoara

Gripa – o afecțiune de sezon

Dr. Irina Raluca ȘTIOPU, Timișoara

Sindrom Sjogren cu pozitivitatea anticorpilor antientromerici: particularități diagnostice și terapeutice

Dr. Adina CHEȚA, Timișoara

Particularitate de diagnostic în pancreatita cronică recurentă la copil

Dr. Adina CRĂCIUN, Timișoara

Cancerul mamar în practica medicului de familie

Dr. Andreea-Daniela GHILEA, Timișoara

Frecvența anomaliilor congenitale la nou-născutul la termen și la prematur, în funcție de localizarea acestora

Dr. Georgeta GROZAV, Timișoara

Importanța testării 25OH vitamina D, de către medicul de familie, înainte de trimiterea unui pacient aflat sub tratament antiresorbtiv, la intervenții chirurgicale, în sfera oromaxilofacială

Dr. Ivona Mihaela HUM, Timișoara

Capcane de diagnostic în boala inflamatorie intestinală

Dr. Diana-Denisa MATE, Timișoara

Particularitățile diagnostice ale bolii Wilson la copil

Dr. Iuliana SÎRBU, Timișoara

O formă particulară de esofagită la copii

Dr. Alexandra ȘPAIMOC, Timișoara

Caz particular de diaree cronică la copil

Dr. Alexandra TODOR, Timișoara

Boala Still complicată cu sindrom de activare macrofagică

Dr. Oana TRIPON, Timișoara



LISTĂ AUTORI

Felicia ANDREI

Nicolae BALICA

Anda BECA

Oana BELEI

Adina BUCUR

Mihai BUCUR

Matei Dan BUZERA

Alexandru CARABA

ADINA CHEȚA

Liliana Jenica CICA

Ana-Maria CIOCHINĂ

Adina CRĂCIUN

Magda CRISTIAN

Alina DOBRE

Robert Nikolas FOLESCU

Roxana FOLESCU

Andreea-Daniela GHILEA

Georgeta GROZAV

Daniela GURGUS

Andreea HOMESCU

Ivona-Mihaela HUM

Andreea IANA

Adrian Cosmin ILIE

Alin IONESCU

Adrian LUPESCU

Diana-Denisa MATE

Raluca MĂRĂCINEANU

Otilia MĂRGINEAN

Andrea NECULAU

Laura OLARIU

Emilian POPOVICI

Ciprian Ilie ROȘCA

Mihaela Andreea SBÎRNĂ

Maria ȘCHIOPU

Alexandra SCUTCA

Iuliana SÎRBU

Alexandra ȘPAIMOC

Irina Raluca ȘTIOPU

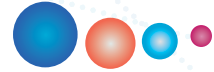
Ionela TAMASAN

Sonia TĂNĂSESCU

Alexandra TODOR

Oana TRIPON

Romina Sorana VULPESCU



LISTĂ COMUNICĂRI ORALE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

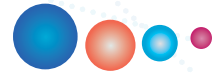
1. Satisfacția pacientului și rezultatele în intervențiile dermatocosmetice:
rolul medicului de familie în asistența primară
Felicia ANDREI, Robert Nikolas FOLESCU, Alin IONESCU, Daniela GURGUS,
Roxana FOLESCU, *Timișoara*
2. Pneumonie bacteriană complicată cu trombembolism pulmonar masiv
Ana-Maria CIOCHINĂ, Mihaela Andreea SBÎRNĂ, Roxana FOLESCU,
Liliana Jenica CICA, *Timișoara*
3. Sclerodermia sistemică. Necesitatea unui diagnostic precoce în vederea evitării
unor complicații catastrofale
Cristian MAGDA, *Timișoara*



LISTĂ CONFERINȚE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

1. Durerea de cap și rinosinuzita
Nicolae BALICA, *Timișoara*
2. Rolul medicinei de familie în programul de screening al factorilor de risc cardiovasculari
Adina BUCUR, Mihai BUCUR, Adrian Cosmin ILIE, *Timișoara*
3. Afectarea microvasculară în bolile reumatismale inflamatorii
Alexandru CARABA, *Timișoara*
4. Poziția pacientului geriatric în sistemul german de geriatrie, analiză comparată
Adrian LUPESCU, *Tübingen, Germania*
5. Afecțiuni digestive cu manifestări la nivelul cavității bucale
Andrea NECULAU, *Brașov*
6. Epidemiologia socială: prezent și paradigme
Emilian POPOVICI, *Timișoara*
7. Fibrilația atrială în 2024. Mai este loc și pentru medicul de familie?
Ciprian Ilie ROȘCA, *Timișoara*
8. Abordarea copilului cu adenopatie laterocervicală
Sonia TĂNĂSESCU, Ionela TĂMAȘAN, Alina DOBRE, Andreea HOMESCU, *Timișoara*



LISTĂ POSTERE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

1. Gripa - o afecțiune de sezon
Matei Dan BUZERA, Irina Raluca ȘTIOPU, Romina Sorana VULPESCU, *Timișoara*
2. Sindromul Sjögren cu pozitivitatea anticorpilor anti centromer – particularități diagnostice și terapeutice
Adina CHEȚA, Magda CRISTIAN, Oana TRIPON, Alexandru CARABA, *Timișoara*
3. Particularitate de diagnostic în pancreatita cronică recurentă la copil
Adina CRĂCIUN, Otilia MĂRGINEAN, Diana-Denisa MATE, Alexandra ȘPAIMOC, Anda BECA, Iuliana SÎRBU, Alexandra TODOR, Laura OLARIU, Alexandra SCUTCA, Oana BELEI, *Timișoara*
4. Cancerul mamar în practica medicului de familie
Andreea-Daniela GHILEA, Roxana FOLESCU, *Timișoara*
5. Frecvența anomaliilor congenitale la nou-născutul la termen și la prematur, în funcție de localizarea acestora
Georgeta GROZAV, *Timișoara*
6. Importanța dozării 25 OH vitamina D, de către medicul de familie, înainte de trimiterea unui pacient aflat sub tratament antiresorbțiv, la intervenții chirurgicale, în sfera oro-maxilo-facială
Ivona-Mihaela HUM, Daniela GURGUS, Robert Nikolas FOLESCU, Alin IONESCU, Andreea IANA, Roxana FOLESCU, Raluca MĂRĂCINEANU, *Timișoara*
7. Capcane de diagnostic în boala inflamatorie intestinală
Diana-Denisa MATE, Otilia MĂRGINEAN, Laura OLARIU, Alexandra TODOR, Adina CRĂCIUN, Alexandra ȘPAIMOC, Anda BECA, Iuliana SÎRBU, Oana BELEI, *Timișoara*
8. Particularitățile diagnostic ale Bolii Wilson la copil
Iuliana SÎRBU, Diana-Denisa MATE, Alexandra ȘPAIMOC, Anda BECA, Alexandra TODOR, Adina CRĂCIUN, Otilia MĂRGINEAN, Oana BELEI, Laura OLARIU, *Timișoara*
9. O formă particulară de esofagită întâlnită la copii
Alexandra ȘPAIMOC, Diana MATE, Maria ȘCHIOPU, Alexandra TODOR, Adina CRĂCIUN, Anda BECA, Iuliana SÎRBU, Otilia MĂRGINEAN, Laura GrațIELA OLARIU, Oana BELEI, *Timișoara*



10. Caz particular de diaree cronică la copil

Alexandra TODOR, Otilia MĂRGINEAN, Diana-Denisa MATE, Anda BECA,
Iuliana SÎRBU, Alexandra ȘPAIMOC, Adina CRĂCIUN, Laura OLARIU, OANA BELEI,
Timișoara

11. Boala Still a adultului complicată cu sindromul de activare macrofagică

Oana Maria TRIPON, Alexandru CARABA, *Timișoara*



REZUMATE CONFERINȚE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

DUREREA DE CAP ȘI RINOSINUZITA

Nicolae BALICA

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Otorinolaringologii văd frecvent pacienți cu simptom de cefalee, iar pacientul crede adesea că durerea de cap este legată de patologia sinusală. Cu toate acestea, pentru majoritatea pacienților care cred că au dureri de cap datorate sinusurilor, nu este așa. Prin urmare, se cuvine ca otolaringologii să aibă o înțelegere aprofundată a durerii de cap și a modului în care simptomatologia poate sau nu se raportează la sinusuri.

AGENGA: cefalee sinusală, migrenă (migrenă cu aură (clasică) și migrenă fără aură (frecventă), cefalee de tip tensional (cefalee de contracție musculară), cefalee tip cluster, cefalee de rebound medicamentos.

Pacienții doresc ca durerea de cap să fie legată de sinusuri, deoarece este mult mai acceptabil din punct de vedere social dacă un pacient suferă de o „durere de cap sinusală” decât de cea mai frecvent întâlnită durere de cap, o „durere de cap de tensiune”. Mass-media a făcut ca durerile de cap sinusale să pară destul de frecvente când, de fapt, alte tipuri de dureri de cap sunt mai frecvente. Diverse medicamente fără prescripție medicală pentru răceală și sinuzite ameliorează durerea de cap, nu din cauza medicamentelor adresate patologiei nazale și/sau sinusurilor pe care le conțin, ci mai degrabă datorită efectului analgezic sau sedativ al antihistaminicelor, componente a medicamentului.

Durerea din cauza patologiei nazale și/sau a sinusurilor poate fi prezentă în multe zone ale feței și poate fi transmisă la o zonă îndepărtată a capului sau gâtului. Medicii sunt învățați că percuția sinusurilor va dezvălui locul sinuzitei dacă apare durerea, totuși acest lucru este destul de inexact și oferă adesea informații înșelătoare.

Deoarece durerile de cap de tip tensional pot provoca sensibilitate a mușchilor faciali și a scalpului, percuția frunții poate provoca durere, determinând medicul să suspecteze eronat sinuzită frontală. Înțelegerea și diagnosticarea durerii faciale sunt mult mai complicate decât aceasta.





HEADACHE AND RHINOSINUSITIS

Nicolae BALICA

“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Otolaryngologists frequently see patients with the symptom of headache, and the patient often believes the headache is sinus related. Yet, for the majority of patients who believe they have sinus headaches, it is not. Therefore, it behooves the otolaryngologist to have a thorough understanding of headache and how the symptomatology may or may not relate to the sinuses.

AGENGA: sinus headaches, migraine headaches (migraine with aura (classical) and migraine without aura (common), tension-type headache (muscle contraction headache), cluster headaches, drug rebound headache.

Patients want the headache to be sinus related because it is far more socially acceptable if a patient is suffering from a “sinus headache” than from the most frequently seen headache, a “tension headache.”. The media have made sinus headaches appear quite common when in fact other types of headache are more common. Various over-the-counter cold and sinus medications relieve the headache, not because of the nasal and/or sinus medication they contain, but rather because of the analgesics or sedative effect of the antihistamines that are part of the medication.

Pain from nasal and/or sinus disease can be present in many areas of the face and be referred to a distant area of the head or neck. Physicians are taught that percussion of sinuses will reveal the site of sinusitis if pain is elicited, yet this is quite inexact and often provides misleading information.

Because tension headaches can cause tenderness of the facial muscles and scalp, percussion of the forehead may elicit pain, causing the physician to suspect erroneously frontal sinusitis. The understanding and diagnosis of facial pain are far more complicated than this.



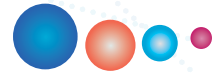
ROLUL MEDICINEI DE FAMILIE IN PROGRAMUL DE SCREENING AL FACTORILOR DE RISC CARDIOVASCULARI

Adina BUCUR^{1,2}, Mihai BUCUR¹, Adrian Cosmin ILIE¹

¹*Disciplina de Sănătate Publică și Management Sanitar, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România*

²*Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, România*

Context. Screeningul bolilor cardiovasculare (CVD) este un aspect esențial al asistenței medicale preventive, care vizează identificarea factorilor de risc și a semnelor precoce ale problemelor cardiovasculare. Factorii de risc cardiovasculari sunt comportamentele,



obiceiurile, circumstanțele sau condițiile care cresc riscul unei persoane de a dezvolta boli cardiovasculare. Factorii de risc sunt:

- nemodificabili: vârsta; sexul; istoricul familial;
- modificabili: fumatul; nivelul de activitate fizică; alimentația; consumul de alcool; hipertensiunea arterială; diabetul zaharat; profilul lipidic.

Metodologie. Proiectul „Totul pentru inima ta” - program de screening pentru identificarea factorilor de risc cardiovascular s-a desfășurat pe o perioadă de 3 ani cu 5 parteneri de la nivel național. În acest proiect a fost implicat în calitate de lider Institutul Național de Sănătate Publică, Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Târgu Mureș, Societatea Română de Cardiologie și două organizații neguvernamentale Asociația Română pentru Promovarea Sănătății și Coaliția organizațiilor pacienților cu afecțiuni cronice din România. 710 medici de familie au fost selectați în program în urma unei proceduri de achiziție. Medicii de familie au inclus în programul de screening pacienți din lista lor, persoane de peste 40 de ani și fără boli cardiovasculare cunoscute. Screeningul pentru factorii de risc cardiovascular a inclus și persoane aparținând unor grupuri vulnerabile. Din acest program sunt excluși pacienții care se aflau în fișa medicului de familie cu antecedente de:

- infarct miocardic acut;
- accident vascular cerebral;
- cardiomiopatii;
- valvulopatii;
- insuficiența cardiacă.

Proiectul s-a desfășurat în 3 etape. Zona de Vest a României coordonată de Institutul de Boli Cardiovasculare Timișoara, unde a fost dezvoltat Centrul Regional de Screening a făcut parte din etapa 1.

Rezultate. La nivelul zonei de vest a României în proiect au fost implicați 47 de medici de familie și au fost înrolați 9070 de pacienți dintre care au finalizat programul de screening 3379 de pacienți. Programul de screening a inclus două consultații la medicul de familie și investigații de laborator. La primul consult, medicul de familie a luat anamneza și a estimat riscul SCORE pentru a depista persoanele cu risc crescut; a programat pacientul pentru investigații de laborator. În a doua consultație, medicii de familie au finalizat evaluarea SCORE. În urma acestor consultări și a investigațiilor de laborator efectuate 946 pacienți au fost clasificați ca având risc înalt și foarte înalt după aplicarea evaluării SCORE. Aceștia au fost îndrumați către un cardiolog local sau către Centrul de Screening din cadrul Institutului de Boli Cardiovasculare Timișoara. Aici pacienții au beneficiat de investigații suplimentare (Electrocardiograma, Ecocardiografie, Ecocardiografie Doppler, măsurarea indexului glezna-brahial) și tratament, dacă a fost necesar. Toți pacienții au fost incluși în Registrul național al pacienților cu risc cardiovascular.



Discuții. Testele și recomandările specifice de screening pot varia în funcție de factorii de risc individuali, de vârstă și de sănătatea generală. Este important de reținut că evaluarea riscului cardiovascular este un proces dinamic, iar rezultatele pot ghida intervențiile preventive și modificările stilului de viață. Pot fi necesare monitorizări regulate și ajustări ale evaluării pe baza modificărilor stării de sănătate și a stilului de viață și a altor măsuri preventive. Dezvoltarea programului de screening la nivel național va permite scăderea incidenței bolilor cardiovasculare, a severității cazurilor, reducerea numărului și severității complicațiilor acestora, reducerea nevoii de îngrijire spitalicească, precum și costurile aferente acestora și dizabilitățile cauzate de complicații.



AFECTAREA MICROVASCULARĂ ÎN BOLILE REUMATISMALE INFLAMATORII

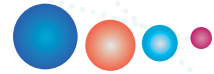
Alexandru CARABA

Disciplina Medicină Internă III, Diabet și Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Anomaliile microvasculare reprezintă o trăsătură importantă a bolilor de țesut vasculo-conjunctiv, fiind implicate în patogeneza acestor afecțiuni. Capilaroscopia periunghială este o metodă neinvazivă, repetabilă, care permite identificarea in vivo a anomaliilor structurale, dar și funcționale de la nivelul microcirculației. Este o metodă indispensabilă în reumatologie, pentru diagnosticarea și monitorizarea pacienților cu sindrom Raynaud primitiv vs secundar, precum și a celor cu boli reumatismale inflamatorii. Capilaroscopia periunghială poate fi efectuată cu ajutorul oftalmoscopului, dermatoscopului, stereomicroscopului sau videocapilaroscopului.

Anomaliile capilaroscopice includ: dezorganizarea arhitecturii capilare, reducerea densității, prezența megacapilarelor/ectaziilor, hemoragiilor, respectiv a neoangiogenezei, fiind definite trei modele: normal, anomalii capilaroscopice nespecifice, respectiv model sclerodermic. Megacapilarele și reducerea densității capilare (modelul sclerodermic) sunt frecvent întâlnite în sclerodermia sistemică, dar și în poli-/dermatomiozită și boala mixtă de țesut conjunctiv comparativ cu alte boli de țesut vasculo-conjunctiv. Anomaliile capilaroscopice nespecifice pot fi întâlnite și în alte suferințe de țesut vasculo-conjunctiv (lupus eritematos sistemic, sindrom antifosfolipidic, sindrom Sjögren).

Anomaliile capilaroscopice au importanță și în monitorizarea evoluției acestor afecțiuni, fiind identificate corelații între severitatea anomaliilor capilaroscopice și afectarea organelor interne. Astfel, în sclerodermia sistemică, reducerea densității capilare se asociază cu riscul apariției ulcerelor digitale, hipertensiunii pulmonare, bolii pulmonare interstițiale, crizei renale sclerodermice, respectiv cu progresiunea fibrozei tegumentare.



POZIȚIA PACIENTULUI GERIATRIC ÎN SISTEMUL GERMAN DE GERIATRIE, ANALIZĂ COMPARATĂ

Adrian LUPESCU

Universtatea Tübingen, Germania

Creșterea semnificativă a speranței de viață în Europa Centrală în ultimele două secole reprezintă un succes remarcabil al progreselor medicale și al îmbunătățirii condițiilor de viață. Această creștere, cu o medie de 0,3% pe an - Europa Centrală înregistrând o creștere a speranței de viață, de aproximativ 40 de ani în ultimii 170 de ani - reflectă inovațiile în domeniul sănătății, tratamentele mai eficiente și progresele în prevenirea și managementul bolilor. Fiind așteptată o continuare a acestei tendințe de creștere a speranței de viață, se ridică provocări complexe, mai ales în ceea ce privește îngrijirea atât staționară cât și ambulantă a pacienților geriatrici, din ce în ce mai vârstnici.

Una dintre întrebările fundamentale legate de acest fenomen este **speranța de viață sănătoasă ("healthy life expectancy")**, care nu este același lucru cu speranța de viață totală. Este important ca nu doar perioada de viață să fie extinsă, ci și perioada în care indivizii sunt asimptomatici și social activi. Din păcate, creșterea speranței de viață nu garantează întotdeauna o stare bună de sănătate pe măsură ce vârsta avansează, iar multimorbiditatea devine din ce în ce mai prevalentă.

Unul dintre aspectele centrale ale geriatriei este **multimorbiditatea** – apariția simultană a mai multor afecțiuni cronice, care afectează pacientul într-un mod diferit față de un pacient tânăr. Aceasta face ca tratamentele să fie mult mai complexe și necesită o abordare individualizată, în care optimizarea funcționalității devine o prioritate. De asemenea, capacitatea de compensare a organismului scade pe măsură ce îmbătrânim, ceea ce face ca pacienții vârstnici să răspundă diferit la tratamente și să aibă riscuri mai mari de reacții adverse.

Conceptul de "restitutio ad integrum" (vindecarea completă) devine mai puțin relevant în geriatrie, iar accentul se pune pe "restitutio ad optimum" – adică restabilirea unei stări de sănătate optimă, adaptată noilor condiții ale pacientului. Acest lucru implică mai mult adaptare și compensare, decât încercarea de a vindeca complet o afecțiune.

Tratamentul geriatric se concentrează pe menținerea calității vieții și pe reducerea simptomelor, mai degrabă decât pe vindecarea completă a bolilor.

Pentru a oferi îngrijire de calitate pacienților vârstnici, este esențială o **abordare multidisciplinară**. Echipa medicală nu se limitează doar la medicul geriatru, ci include și **medicul de familie**, care joacă un rol central în îngrijirea ambulatorie. Pe lângă aceștia, alți profesioniști, cum ar fi ergoterapeuții, fizioterapeuții, logopezii și asistenții medicali, sunt esențiali în gestionarea nevoilor pacienților vârstnici. Această echipă multidisciplinară poate ajuta la maximizarea funcționalității pacientului și la prevenirea complicațiilor care pot apărea în urma multimorbidității.



Pentru a optimiza îngrijirea, este crucială utilizarea unor instrumente de evaluare și terapie standardizate la nivel internațional. Acestea permit o evaluare cuprinzătoare a stării de sănătate a pacientului, incluzând nu doar problemele medicale, ci și capacitățile funcționale, psihologice și sociale ale acestuia. Astfel, echipa medicală condusă de geriatru poate dezvolta un plan de tratament care să țină cont de toate aspectele vieții pacientului, de la mobilitate și autonomie, până la sănătatea mentală și suportul social.

În concluzie, creșterea speranței de viață în Europa Centrală pune un accent tot mai mare pe îngrijirea geriatrică, iar progresul medical continuă să adâncească nevoia de pregătire adecvată pentru îngrijirea pacienților vârstnici, cu un focus pe abordarea multidisciplinară a nevoilor complexe ale acestora.

Abordarea holistică, care include atât managementul bolilor, cât și promovarea unei vieți active și independente, va fi esențială pentru viitor.



AFEȚIUNI DIGESTIVE CU MANIFESTĂRI LA NIVELUL CAVITĂȚII BUCALE

Andrea NECULAU

Universitatea Transilvania Brașov, România

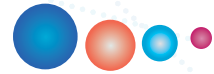
Rolul sănătății orale în promovarea sănătății este recunoscut, dar există o pregătire minimă în domeniul sănătății orale pentru medici, inclusiv medicii de familie.

Examinarea cavității bucale poate dezvălui semne și simptome ale unor afecțiuni imunologice, hematologice, endocrine, digestive, infecțioase. Identificarea manifestărilor orale ale bolilor creează premisele unui diagnostic precoce și a tratamentului. În același timp există date de literatură care asociază afecțiuni precum boala periodontală cu diabetul zaharat, cu un risc crescut de evenimente cardiovasculare precum și riscuri asociate sarcinii.

Lucrarea prezintă o sinteză a principalelor afecțiuni gastrointestinale care au răsunet la nivelul cavității bucale, oferind un ghid în imagini pentru medicii practicieni. Sunt evidențiate imagini caracteristice bolii de reflux gastro-esofagian, a bolii Crohn, celiachiei, sindromului de intestin iritabil, pacienții cu chirurgie bariatrică.

În lucrare sunt cuprinse și noțiuni de educația pacienților, în special cu privire la alimentație și reguli de igienă a cavității bucale.

Având în vedere rolul central al medicinei de familie în prevenția și diagnosticul precoce al bolilor, aceștia trebuie să se familiarizeze cu relația care există între sănătatea orală și sănătatea generală și să fie instruiți să recunoască precoce leziuni sugestive din sfera orală.



EPIDEMIOLOGIA SOCIALĂ : PREZENT ȘI PARADIGME

Emilian POPOVICI

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Epidemiologia socială este o ramură a epidemiologiei al cărei obiect de studiu este reprezentat de determinanții sociali ai sănătății și bolii în cadrul populațiilor umane. Aceasta caută să explice modul în care factorii sociali și determinanții sănătății, cum ar fi statutul socioeconomic, nivelul de studii, profesia, locul de muncă și sistemele de sprijin social influențează sănătatea în cadrul unei comunități. Prin examinarea modurilor în care structurile și procesele sociale influențează sănătatea, epidemiologii cu preocupări în această direcție își propun să identifice și să abordeze cauzele fundamentale ale disparităților în sănătate.

Unul dintre conceptele-cheie în epidemiologia socială este gradientul social, care se referă la asocierea consecventă dintre statutul socioeconomic și starea de sănătate. Cercetările au arătat că indivizii cu un statut socioeconomic mai scăzut sunt mai susceptibili de a se confrunta cu o serie de probleme de sănătate, inclusiv boli cronice, tulburări de sănătate mintală și rate mai mari de mortalitate. Acest lucru evidențiază importanța abordării inegalităților sociale pentru a îmbunătăți starea generală de sănătate a populației.

Un alt aspect important al epidemiologiei sociale este reprezentat de studiul rețelelor sociale și al impactului acestora asupra comportamentelor ce privesc sănătatea și a rezultatelor obținute în privința sănătății. Rețelele sociale pot influența accesul indivizilor la resurse, sprijin social și informații legate de sănătate, care, la rândul lor, le pot afecta comportamentele și rezultatele obținute în materie de sănătate. Înțelegerea dinamicii rețelelor sociale poate oferi informații valoroase despre modul în care putem să promovăm comportamente sănătoase și să prevenim răspândirea bolilor în cadrul comunităților.

În ultimii ani, epidemiologia socială s-a concentrat și pe impactul factorilor sociali și de mediu asupra transmiterii bolilor infecțioase. Pandemia de COVID-19, de exemplu, a evidențiat modalitățile în care factorii sociali, cum ar fi condițiile de trai, accesul la asistență medicală și politicile de sănătate publică, pot influența răspândirea bolilor infecțioase în cadrul populațiilor.

Așadar, putem spune fără teamă de a greși că, în ansamblul ei, epidemiologia socială joacă un rol crucial în înțelegerea și abordarea determinanților sociali ai sănătății.



SOCIAL EPIDEMIOLOGY: PRESENT AND PARADIGMS

Emilian POPOVICI

“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Social epidemiology is a branch of epidemiology that studies the social determinants of health and disease in human populations. It seeks to explain how social factors and determinants of health, such as socioeconomic status, education, occupation, workplace, and social support systems, influence health within a community. By examining the ways in which social structures and processes influence health, epidemiologists focusing on these aspects aim to identify and address the root causes of health disparities.

One of the key concepts in social epidemiology is the social gradient, which refers to the consistent association between socioeconomic status and health status. Research has shown that individuals of lower socioeconomic status are more likely to experience a range of health problems, including chronic disease, mental health disorders, and higher mortality rates. This highlights the importance of addressing social inequalities to improve the overall health of the population.

Another important aspect of social epidemiology is the study of social networks and their impact on health behaviors and health outcomes.

Social networks can influence individuals' access to health-related resources, social support, and information, which, in turn, can affect their health behaviors and outcomes. Understanding the dynamics of social networks can provide valuable insights into how we can promote healthy behaviors and prevent the spread of disease within communities.

In recent years, social epidemiology has also focused on the impact of social and environmental factors on the transmission of infectious diseases. The COVID-19 pandemic, for example, highlighted the ways in which social factors such as living conditions, access to healthcare and public health policies can influence the spread of infectious diseases within populations.

So we can confidently say that, as a whole, social epidemiology plays a crucial role in understanding and addressing the social determinants of health.

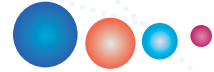


FIBRILAȚIA ATRIALĂ ÎN 2024. MAI ESTE LOC ȘI PENTRU MEDICUL DE FAMILIE?

Ciprian Ilie ROȘCA

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Fibrilația atrială (FA) este una dintre cele mai frecvente aritmii cardiace, fiind responsabilă de un număr mare de complicații unele invalidante sau chiar decesul pacientului.



Medicul de familie, prin rolurile și funcțiile sale, este un membru important al echipei care îngrijește pacientul cu fibrilație atrială. Din această echipă pe lângă personalul medical pionul central este pacientul, acesta trebuind inclus în toate discuțiile și deciziile luate în legătură cu modul de abordare al terapiei proprii fibrilației atriale. Din cele 13 mari funcții (sau roluri) pe care le îndeplinește medicul de familie în cadrul sistemului de sănătate modern următoarele pot fi considerate pentru îngrijirea pacientului cu FA: supravegherea stării de sănătate; prevenția primară, secundară și terțiară; acordarea îngrijirilor medicale curente; facilitarea intrării și medierea pacientului în cadrul sistemului medical; sinteza diagnostică și terapeutică; coordonarea serviciilor medicale după nevoile pacientului; supravegherea medicală continuă precum și pe cea de cercetare științifică.

Supravegherea stării de sănătate și prevenția primară sunt eminamente apanajul medicului de familie. Astfel prin combaterea factorilor de risc ai FA (hipertensiunea arterială, obezitatea, sedentarismul sau efortul fizic intens, consumul de alcool, fumatul, abuzul de cafea, diabetul zaharat, bronhopneumopatia obstructivă cronică, apneea de somn, hipertiroidismul subclinic, greutatea la naștere >4Kg, ateroscleroza subclinică, stresul) medicul de familie realizează cel mai important rol al său învățând pacientul să-și păstreze starea de sănătate deplină. Ușurința cu care acesta poate face prevenția primară vine și din relația aproape familială pe care o realizează cu pacienții săi, mai ales dacă îi știe de la sosirea din maternitate. Relațiile clădite în timp pot permite realizarea perfectă a sfatului profesional iar acesta este rareori simțit de pacient ca o dojană.

Înaintarea în vârstă face uneori inerentă instalarea bolilor pe care prevenția primară încearcă din răspuțeri să o facă. În alte cazuri pacientul a fost în grija unui alt medic de familie iar noul medic de familie în preia „la pachet” cu bolile sale. Iar, nu de puține ori, se prea poate ca cel căruia i-a oferit povețe despre cum să-și păstreze sănătatea deplină a ignorat sfaturile și a ajuns în situația, deloc confortabilă, în care poate fi apostrofat cu „ți-am spus eu”. Oricare dintre aceste situații nou apărute reprezintă începutul prevenției secundare a fibrilației atriale. Cunoașterea acestor boli precum și a riscului pe care ele le adaugă apariției FA oferă medicului de familie oportunitatea întâiului descoperitor al fibrilației atriale mai ales în situația în care pacientul este simptomatic. Prezența palpitațiilor, dispneei, fatigabilității, durerii în piept, vertijului, scăderea capacității de fort, episoadelor de cădere ne explicată de la același nivel sau chiar al sincopelor, comportament de tip anxios-depresiv sau insomnia pot traduce prezența FA.

Dacă pacientul acuză prezența palpitațiilor chiar în cabinet înregistrarea unui EKG poate confirma diagnosticul, iar dacă nu monitorizările Holter EKG pentru 24 de ore sau mai mult pot oferi cheia diagnostică. Începerea tratamentului anticoagulant pentru pacienții care prezintă un scor CHA_2DS_2 -VA ≥ 2 de la momentul diagnosticului poate preveni apariția complicațiilor cardio-embolice cerebrale, medicația anticoagulantă având o indicație de clasă I nivel de evidență C conform ghidului european de management al fibrilației atriale. Astfel continua epopeea rolurilor și funcțiilor medicului de familie pentru pacientul cu FA. Prevenția secundară sau terțiară, precum



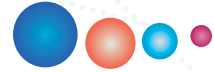
și acordarea îngrijirilor curente s-au desfășurat deja și vor continua pe tot restul vieții pacientului cu FA. Funcția de facilitare a intrării sau medierea accesului pacientului cu FA în sistemul sanitar conferă medicul de familie posibilitatea trimiterii pacientului cu FA la spital sau într-un ambulatoriu de medicină internă sau cardiologie în funcție de starea pacientului la momentul diagnosticului, de preferințele acestuia dar și de experiența profesională a medicului de familie cu colegi din specialitățile de medicină internă sau cardiologie.

Revenirea pacientului la medicul de familie după evaluarea specialistului de medicină internă sau cardiologie implică o nouă funcție sau un nou rol al medicului de familie, și anume acela de sinteză diagnostică și terapeutică. Astfel asigurarea că pacientul a înțeles schema terapeutică și mai ales că nu va lua și alte medicamente din schema anterioară de tratament cardio-vascular este un element important. Prin această acțiune se realizează combaterea dublării dozelor, a suprapunerii de preparate din aceeași clasă terapeutică sau de pe aceeași denumire comună internațională sau, și mai rău, utilizarea de medicamente care sunt contraindicate în asocieră cu schema terapeutică nouă. Funcția de supraveghere medicală continuă este și ea prezentă prin urmărirea evoluției pacientului și în principal a complicațiilor tratamentului (bradicardii, sângerări, deteriorarea funcției tiroidiene sub tratamentul cu amiodaronă).

Alături de această ultimă funcție menționată rămâne activată funcția de coordonare a serviciilor medicale sau a tratamentului după nevoile pacientului. Astfel medicul de familie va reajusta dozele în funcție de valorile pulsului periferic și ale alurii ventriculare, ale tensiunii arteriale, ale apariției sângerărilor sau în urma deteriorării funcției renale a pacientului. Ajustarea tratamentului sau chiar trimiterea pacientului în serviciile de medicină internă sau de cardiologie pentru ajustarea tratamentului anticoagulant în funcție de valoarea creatininei și a ratei de filtrare glomerulară sunt extrem de importante. Creșterea dozelor tratamentului cu unele medicamente până la atingerea dozelor terapeutice, scăderea dozelor medicamentelor administrate cu păstrarea dozelor de întreținere pentru medicamentele care necesită doză de atac, sunt, de asemenea, la îndemâna medicului de familie. Evaluarea riscului de sângerare și încercarea de limitare sau chiar înlăturare a factorilor ce cresc riscul de sângerare este un alt atribut al medicului de familie.

Monitorizarea EKG a pacienților cu FA ori de câte ori este nevoie este mai la îndemâna medicului de familie, iar modificările apărute în evoluția pacientului trebuie menționate pe biletul de trimitere atunci când pacientul este trimis pentru reevaluare în serviciile de medicină internă sau cardiologie. La fel de importanta pentru evoluția pacientului este și raportarea perioadelor de ritm sinusal, dacă au apărut în evoluția pacientului, precum și durata lor. Menționarea decompensărilor frecvenței cardiace precum și cauzele care au dus la acest aspect, dacă au fost identificate, sunt de asemenea imperios necesare. Antibioterapia sau tratamentul cu antiinflamatorii nesteroidiene pot perturba eficacitatea tratamentului anticoagulant sau antia-ritmic.

Implicarea medicului de familie în raportarea cazurilor de fibrilație atrială sau a complicațiilor acestora în diverse registre, realizarea de articole științifice care să aibă la bază



experiența din viața reală a propriilor pacienți sunt elemente extrem de importante care pot fi realizate de medicii de familie și reprezintă încununarea funcției de cercetare științifică pe care o are medicul de familie.

Astfel că, ținând cont de aceste aspecte detaliate dar și de indicațiile ghidului actual de management al fibrilației atriale elaborat de Societatea Europeană de Cardiologie, putem afirma fără echivoc că locul medicului de familie este în echipa de specialiști care îngrijește pacientul cu fibrilație atrială.



ATRIAL FIBRILLATION IN 2024. IS THERE ROOM FOR THE FAMILY DOCTOR?

Ciprian Ilie ROSCA

“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Atrial fibrillation (AF) is one of the most common cardiac arrhythmias, being responsible for a large number of complications, some of which can invalidate or even cause the patient's death.

The family doctor, through his or her roles and functions, is an important member of the team caring for the atrial fibrillation patient. From this team, besides the medical staff, the central piece is the patient, who must be included in all discussions and decisions made about how to approach the therapy of their own atrial fibrillation. Of the 13 major functions (or roles) performed by the family doctor within the modern health system, the following can be considered for the care of the patient with AF: health surveillance; primary, secondary and tertiary prevention; provision of current medical care; facilitation of patient entry and mediation in the medical system; diagnostic and therapeutic synthesis; coordination of medical services according to patient needs; continuing medical surveillance as well as scientific research.

Health status surveillance and primary prevention are eminently the responsibility of the family doctor. Thus, by combating the risk factors of AF (arterial hypertension, obesity, sedentary or intense physical exertion, alcohol consumption, smoking, coffee abuse, diabetes mellitus, chronic obstructive pulmonary disease, chronic obstructive pulmonary disease, sleep apnea, subclinical hyperthyroidism, birth weight $\geq 4\text{Kg}$, subclinical atherosclerosis, stress), the family doctor performs his most important role by teaching the patient to maintain his or her full health. The ease with which he can make primary prevention also comes from the near-familial relationship he realises with his patients, especially if he knows them from the moment of arrival from motherhood. Relationships built over time can allow for the perfect realisation of professional advice, and the patient rarely feels it as a reproof.

Ageing can sometimes lead to the onset of diseases, which primary prevention is trying to prevent. In other cases, the patient was in the care of another family doctor, and the new family

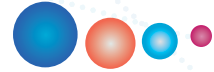


doctor took over the new patient with his chronic illness. And, not infrequently, it may be that the one to whom he offered medical advice about how to keep his full health ignored the advice and ended up in a situation, not at all comfortable, in which he can be apostrophised with "I have already informed you". Secondary prevention of atrial fibrillation begins with any of these new situations. Being aware of these diseases and the risk they add to the occurrence of AF allows the family doctor to be the first discoverer of atrial fibrillation, particularly if the patient is experiencing symptoms. The presence of palpitations, dyspnoea, fatigue, chest pain, vertigo, decreased fort capacity, falling episodes explained to us from the same level or even syncope, anxious-depressive behaviour, or insomnia can indicate the presence of AF.

If the patient accuses the presence of palpitations in the cabinet, the registration of an EKG can confirm the diagnosis, and if not, a Holter EKG monitoring for 24 hours or more can provide the diagnostic key. Preventing the development of cerebral cardioembolic complications can be achieved by starting anticoagulation treatment for patients with a CHA₂DS₂-VA score ≥ 2 at the time of diagnosis, anticoagulant medication meets the European atrial fibrillation management guide's class I indication and C evidence level. Thus, the roles and functions of family doctors for patients with AF continue to evolve. Secondary or tertiary prevention, along with current care provision, has already been implemented and will continue for the lifetime of the FA patient. The function of facilitating or mediating the access of patients with AF in the healthcare system allows the family doctor to send the patient with AF at the hospital or to an outpatient clinic of internal medicine or cardiology, depending on the clinical condition of the patient in the time of diagnosis, as well as his preferences, and, as well as the professional experience of the family doctor with other colleagues from the specialities of internal medicine or cardiology.

Returning the patient to the family doctor after the assessment of an internal medicine or cardiology specialist involves a new function or a new role, namely that of diagnostic and therapeutic synthesis. It is crucial to ensure that the patient has comprehended the therapeutic regimen and avoids taking other drugs from the previous cardiovascular treatment regimen. This action is done to combat the doubling of doses, the overlapping of medications from the same therapeutic class or of the same international common name, or, worse still, the use of medicinal products that are contraindicated in combination with the new therapeutic regimen. The patient's progress and treatment complications (bradycardia, bleeding, deterioration of thyroid function under amiodarone treatment) are monitored continuously through the continuous medical surveillance function.

In addition to the last function mentioned, the function or the role of coordinating medical services or treatment based on the patient's needs remains active. Accordingly, the family doctor will modify the dosages based on the patient's peripheral pulse, ventricle allure, blood pressure, bleeding, or kidney function decline. Adjusting the treatment or even sending the patient to internal medicine or cardiology services to adjust the anticoagulant treatment according to the creatinine value and glomerular filtration rate is extremely important. Increasing the dosage of



certain drugs until therapeutic doses are reached, decreasing the loading doses of some drugs administered during the acute phase of treatment and introducing the maintenance doses. they are also within the reach of the family doctor. Another attribute of the family doctor is to assess the bleeding risk and attempt to reduce or eliminate factors that increase it.

The family doctor can perform EKG monitoring for patients with AF whenever necessary, and when a patient is sent for re-evaluation in internal medicine or cardiology services, the referral ticket should mention any changes in their evolution. Reporting sinus rhythm periods, if they occur during their evolution, and their duration is equally important for the patient's development. It is also necessary to mention heart rate decompensations and the causes that led to them if they have been identified. The effectiveness of anticoagulant or antiarrhythmic treatment may be disrupted by antibiotic therapy or nonsteroidal anti-inflammatory drugs.

Introducing cases of atrial fibrillation or its complications in various disease registers may require the involvement of the family doctor, or making scientific articles based on the real-life experiences of their patients is an extremely important task that family doctors can perform. These last two activities are characteristics of the scientific research function that the family doctor may have.

Thus, taking into account these specific aspects and the recommendations of the current atrial fibrillation management guideline created by the European Society of Cardiology, it is without a doubt that the family doctor is a member of the team of specialists who take care of patients with atrial fibrillation.

References

1. Rosca CI, Sharma A, Nisulescu D-D, Otiman G, Duda-Seiman D-M, Morariu SI, et al. Prevalence of Cardio-Embolic Brain Complications in Permanent and Paroxysmal Atrial Fibrillation Patients. *Healthcare*. 2023;11(2):175.
2. Ardelean E. Ghid de Medicina Familie. Timișoara: Eurostampa; 2009.
3. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): Developed by the task force for the management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC), with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. Endorsed by the European Stroke Organisation (ESO). *Eur Heart J*. 2024;45(36):3314-414.
4. Rosca CI. Corelații cardio-neurologice în fibrilația atrială permanentă. Timișoara: Editura Victor Babeș; 2024. Available from: <https://www.umft.ro/wp-content/uploads/2024/05/CORELATII-CARDIO-NEUROLOGICE-IN-FIBRILATIA-ATRIALA-PERMANENTA.pdf>.



ABORDAREA COPILULUI CU ADENOPATIE LATEROCERVICALĂ

Sonia TĂNĂSESCU¹, Ionela TĂMAȘAN¹, Alina DOBRE², Andreea HOMESCU²

¹Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

²Clinica II Pediatrie, Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu” Timișoara, România

Limfadenopatia reprezintă creșterea în dimensiuni a ganglionilor limfatici. Ganglionii sunt structuri limfoide localizate pe traiectul vaselor limfatice, cu rol esențial în apărare. Au formă rotund - ovalară cu dimensiuni sub 10 mm.

Limfadenopatia cervicală este frecvent întâlnită în practica pediatrică, afectând până la 90% dintre copii cu vârsta cuprinsă între 4 și 8 ani. Reprezintă un răspuns tranzitoriu la o infecție localizată sau generalizată, cu evoluție acută (<3 săptămâni), subacută (între 3 - 6 săptămâni) sau cronică (peste 6 săptămâni).

Principala acuză de adenopatie cervicală în populația pediatrică este infecția virală. Rinovirusul, adenovirusul, virusul gripal paragripal și VSR sunt cei mai frecvenți agenți virali implicați în apariția limfadenopatiei laterocervicale acute. Virusul Epstein-Barr (EBV), citomegalovirusul (CMV), precum și virusul imunodeficienței umane (HIV) sunt responsabili de limfadenopatia cervicală subacută sau cronică.

A doua cauză de adenopatie la copii este infecția bacteriană. Limfadenita cervicală unilaterală cu evoluție acută este cauzată de infecția streptococică sau stafilococică în 40%-80% din cazuri. Bartonella henselae și toxoplasma gondii sunt responsabile de limfadenita subacută sau cronică.

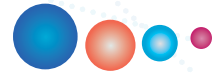
Tumorile maligne reprezintă cea mai îngrijorătoare cauză de limfadenopatie cervicală. În primii șase ani de viață leucemia acută, neuroblastomul, limfomul non-Hodgkin sunt cele mai frecvente afecțiuni maligne asociate cu denopatia cervicală.

Majoritatea cazurilor de limfadenopatie sunt autolimitante și nu necesită investigații și tratament. În cazul limfadenitei cervicale bacteriene fără cauză primară depistată, tratamentul empiric cu antibiotic trebuie să acopere infecția stafilococică și streptococică. Dacă este suspectată o cauză malignă puncția este esențială pentru diagnostic.

În concluzie diagnosticul și tratamentul adenopatiei cervicale reprezintă o adevărată provocare atât pentru medical pediatru cât și pentru medical de familie.

Cuvinte cheie: adenopatie, copii, malignitate





REZUMATE COMUNICĂRI ORALE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

SATISFAȚIA PACIENTULUI ȘI REZULTATELE ÎN INTERVENȚIILE DERMATOCOSMETICE: ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN ASISTENȚA PRIMARĂ

Felicia ANDREI¹, Robert Nikolas FOLESCU², Alin IONESCU³, Daniela GURGUS³, Roxana FOLESCU³

¹Departament I, Dermatofarmacie și Cometologie, Facultatea de Farmacie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

²Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

³Clinica Universitară de Medicină de Familie, Facultatea de Medicină, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere. Intervențiile dermatocosmetice sunt din ce în ce mai căutate de pacienții din asistența medicală primară, prezentând medicilor de familie un rol unic în gestionarea așteptărilor pacientului, a satisfacției și a rezultatelor. În ciuda cererii în creștere, există cercetări limitate privind satisfacția pacientului și rezultatele intervențiilor dermatocosmetice supravegheate de medicii de familie.

Obiectiv. Acest studiu examinează impactul intervențiilor dermatocosmetice asupra satisfacției pacientului și a rezultatelor clinice într-un cadru de îngrijire primară, evidențiind rolul medicului de familie în influențarea acestor factori.

Metode. Un studiu transversal a fost efectuat cu privire la mai multe practici de îngrijire primară. Pacienții care au primit tratamente dermatocosmetice au fost chestionați pentru a-și evalua nivelul de satisfacție în legătură cu intervenția, rezultatele clinice și calitatea comunicării medic-pacient. Sondajul s-a concentrat pe patologii dermatocosmetice comune, cum ar fi acnea, pigmentarea și reducerea ridurilor. Analiza datelor a inclus statistici descriptive și inferențiale pentru a identifica corelațiile între satisfacție, tipul de intervenție și implicarea medicului.

Rezultate. Studiul a inclus 150 de pacienți, 70% raportând satisfacție generală cu tratamentul lor. Satisfacția ridicată este corelată cu o comunicare puternică pacient-medic și cu îndrumări clare cu privire la rezultatele așteptate. Mai exact, pacienții care au primit tratamente pentru acnee și pigmentare au prezentat cele mai mari rate de satisfacție. Analiza grupelor de vârstă a arătat o satisfacție mai mare în rândul pacienților mai tineri, în timp ce pacienții mai în vârstă și-au exprimat mai multe îngrijorări cu privire la durata și costul tratamentului.

Concluzie. Medicii de familie joacă un rol vital în îngrijirea dermatocosmetică prin gestionarea așteptărilor pacienților, oferind o comunicare clară și susținând aderarea la tratament. Acest studiu subliniază nevoia de pregătire suplimentară și resurse îmbunătățite pentru medicii de



familie pentru a aborda în mod eficient nevoile dermatocosmetice ale pacienților. Îmbunătățirea acestor factori poate duce la o satisfacție mai mare a pacienților și la rezultate clinice mai bune în mediile de îngrijire primară, respectiv cabinetele de medicina de familie.

Cuvinte cheie: intervenții dermatocosmetice, satisfacția pacientului, medic de familie, îngrijire primară, rezultate clinice.



PATIENT SATISFACTION AND OUTCOMES IN DERMATOCOSMETIC INTERVENTIONS: THE FAMILY PHYSICIAN'S ROLE IN PRIMARY CARE

Felicia ANDREI¹, Robert Nikolas FOLESCU², Alin IONESCU³, Daniela GURGUS³, Roxana FOLESCU³

¹*Department I, Dermatopharmacy and Cosmetology, Faculty of Pharmacy, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania*

²*Faculty of Medicine, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy Timisoara, Romania*

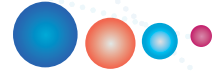
³*Family Medicine University Clinic, Faculty of Medicine, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania*

Introduction. Dermatocosmetic interventions are increasingly sought by patients in primary care, presenting family physicians with a unique role in managing patient expectations, satisfaction, and outcomes. Despite the growing demand, limited research exists on patient satisfaction and outcomes in dermatocosmetic interventions supervised by family physicians.

Objective. This study examines the impact of dermatocosmetic interventions on patient satisfaction and clinical outcomes in a primary care setting, highlighting the family physician's role in influencing these factors.

Methods. A cross-sectional survey was conducted across multiple primary care practices. Patients who had received dermatocosmetic treatments were surveyed to assess their levels of satisfaction with the intervention, clinical outcomes, and the quality of physician-patient communication. The survey focused on common dermatocosmetic concerns such as acne, pigmentation, and wrinkle reduction. Data analysis included descriptive and inferential statistics to identify correlations between satisfaction, intervention type, and physician involvement.

Results. The study included 150 patients, with 70% reporting overall satisfaction with their treatment. High satisfaction correlated with strong patient-physician communication and clear guidance on expected outcomes. Specifically, patients receiving treatments for acne and pigmentation showed the highest satisfaction rates. Age group analysis revealed higher satisfaction among younger patients, while older patients expressed more concerns about treatment duration and cost.



Conclusion. Family physicians play a vital role in dermatocosmetic care by managing patient expectations, providing clear communication, and supporting treatment adherence. This study underscores the need for enhanced training and resources for family physicians to address dermatocosmetic needs effectively. Improving these factors can lead to higher patient satisfaction and better clinical outcomes in primary care settings.

Keywords: dermatocosmetic interventions, patient satisfaction, family physician, primary care, clinical outcomes



PNEUMONIE BACTERIANĂ COMPLICATĂ CU TROMBEMBOLISM PULMONAR MASIV

Ana-Maria CIOCHINĂ¹, Mihaela Andreea SBÎRNĂ², Roxana FOLESCU³,
Liliana Jenica CICA⁴

¹*Serviciul de Ambulanță Județean Hunedoara, Hunedoara, România*

²*Spitalul Clinic Județean de Urgență „Pius Brînzeu”, Timișoara, România*

³*Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România*

⁴*Cabinet Medical Dr. Cica, Timișoara, România*

Introducere și obiective. Tromboembolismul venos (TEV) poate fi provocat de condiții care respectă triada lui Virchow: stază, leziune endotelială și hipercoagulabilitate. În funcție de prezența sau absența factorilor de risc, TEV se clasifică în TEV provocat și neprovocat. Toate tipurile de infecții au potențialul de a provoca TEV, deoarece infecția poate favoriza staza fluxului sanguin și hipercoagulabilitatea. Dintre toate infecțiile, pneumonia s-a dovedit a fi cea mai frecventă infecție corelată cu TEV.

Metode. Pacient de sex masculin, cu vârsta de 67 de ani, se prezintă în cabinetul medicului de familie cu: frisoane, febră nocturnă, mialgii, cefalee occipitală. Examinarea decelează stare generală ușor influențată și faringe congestiv. Revine după 3 zile cu simptome anterioare persistente, dispnee, transpirații nocturne, tuse seacă, murmur vezicular înăsprit. După 2 zile cu evoluție nefavorabilă, indicăm radiografie toracică ce identifică infiltrate alveolare în lobul inferior drept și revărsat lichidian. Se îndrumă pacientul către medicul specialist pneumolog.

Rezultate. Se decide internarea pacientului cu diagnosticul de pneumonie bacteriană lob inferior drept. Pe parcursul internării se decelează sindrom inflamator și sindrom de hepatocitoliză, posibil în context medicamentos. Investigațiile imagistice relevă dilatări de căi biliare intrahepatice, chiste renale și tromboembolism pulmonar masiv. În urma investigațiilor se instituie terapie anticoagulantă injectabilă, 7 zile, apoi anticoagulant oral a la long, dublă antibioterapie, corticoterapie sistemică, hepatoprotectoare, vitaminoterapie, probiotice și soluții



de reechilibrare hidro-electrolitică. După externare pacientului i se recomandă consult de chirurgie vasculară, unde s-a confirmat tromboza venoasă profundă a venei poplitee stângi. De asemenea, am solicitat evaluare gastroenterologică cu recomandări pentru patologia hepatică și consult hematologic pentru depistarea unei eventuale patologii hematologice.

Concluzie. Pierderea stării de sănătate a unui pacient poate fi greu de manageriat de un singur specialist, însă colaborarea interdisciplinară poate preveni, diagnostica în timp util și trata corespunzător comorbiditățile.

Cuvinte cheie: medic de familie, pneumonie, trombembolism pulmonar, anticoagulant, tromboză venoasă profundă



BACTERIAL PNEUMONIA COMPLICATED WITH MASSIVE PULMONARY THROMBOEMBOLISM

Ana-Maria CIOCHINA¹, Mihaela Andreea SBIRNA², Roxana FOLESCU³,
Liliana Jenica CICA⁴

¹*Hunedoara Ambulance Service, Hunedoara, Romania*

²*“Pius Brinzeu” County Emergency Clinical Hospital Timisoara, Romania*

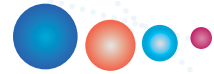
³*“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy Timisoara, Romania*

⁴*Dr. Cica Medical Office Timisoara, Romania*

Introduction and objectives. Venous thromboembolism (VTE) can be caused by conditions that comply with Virchow's triad: stasis, endothelial injury and hypercoagulability. Depending on the presence or absence of the risk factors, VTE is classified into provoked and unprovoked VTE. All types of infections have the potential to cause VTE, as infection can favor blood flow stasis and hypercoagulability. Of all infections, pneumonia was the most common infection associated with VTE.

Methods. A 67-years-old male came to his general practitioner's office with shiver, night fever, myalgias and occipital headache. Examination revealed a slightly affected general condition and pharyngeal congestion. He returned after 3 days with persistent symptoms and dyspnea, night sweats, dry cough and coarse vesicular murmur. After 2 days of poor progress, a chest X-ray was performed, which identified alveolar infiltrates in the right lower lobe and fluid effusion. The patient was referred to a pneumologist.

Results. The patient was admitted with diagnosis of right lower lobe bacterial pneumonia. During hospitalization, an inflammatory syndrome and hepatocytolysis syndrome in a drug-related context were detected. Radiological investigations revealed dilated intrahepatic bile ducts, renal cysts, and massive pulmonary thromboembolism. Following the investigations,



parenteral antithrombotic therapy is instituted for 7 days, then oral antithrombotic therapy for a long period, double antibiotic therapy, systemic corticosteroid therapy, hepatoprotectors, vitamin therapy, probiotics and hydro-electrolytic rebalancing fluids. After discharge, patient is advised to see a vascular surgeon, where deep venous thrombosis of the left popliteal vein was confirmed. We also requested a gastroenterological evaluation with recommendations for liver pathology and a hematological advise to detect a possible hematological pathology.

Conclusion. The loss of a patient's health can be difficult to manage by a single specialist, but interdisciplinary collaboration can prevent, diagnose in a timely manner and appropriately treat comorbidities.

Keywords: general practitioner, pneumonia, pulmonary embolism, antithrombotic, deep venous thrombosis



SCLERODERMIA SISTEMICĂ. NECESITATEA UNUI DIAGNOSTIC PRECOCE ÎN VEDEREA EVITĂRII UNOR COMPLICAȚII CATASTROFALE

Cristian MAGDA

Spitalul Clinic Căi Ferate Timișoara, România

Obiective. Sclerodermia sistemică este o boală de țesut vasculo-conjunctiv caracterizată prin fibroză și leziuni degenerative ale pielii și organelor interne. Manifestările variate ale bolii, cu afectarea organelor interne, ca plămân, inimă, rinichi, tract gastrointestinal, și evoluția potențial severă, cu complicații uneori catastrofale, justifică eforturile permanente de înțelegere a mecanismelor fiziopatologice care stau la baza bolii și, totodată, de diagnosticare cât mai rapidă.

Material și metodă. Pentru a ilustra pleiomorfismul afectărilor organice și efectul lor devastator, vom prezenta un caz al unei paciente în vârstă de 73 de ani, cunoscută din anul 2006 cu scleroză sistemică forma difuză, cu dezvoltarea progresivă în timp a afectării cutanate și musculo-scheletale (scor Rodnan modificat=26, mână în gheară, acroosteoliză), pulmonare (pneumonie interstițială fibrozantă difuză), vasculare (hipertensiune pulmonară moderată cu PSAP=65mmHg, ulcerații digitale în antecedente), cardiace (fibrilație atrială permanentă) și esofagiene (esofag de sticlă) care s-a internat pe secția noastră în luna iunie 2024.

Discuții și concluzii. Pentru a clarifica pașii necesari orientării mai rapide spre un diagnostic de sclerodermie sistemică vom aduce în discuție modificările care se produc la nivelul microcirculației în această boală, cu punerea accentului pe expresia lor clinică cea mai frecventă și precoce, fenomenul Raynaud la acești pacienți, și obligativitatea evaluării capilaroscopice a acestora (studiul Koenig, criteriile VEDOSS). Vom continua cu câteva noțiuni despre necesitatea depistării,

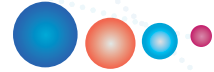


titrării și a efectuării profilului anticorpilor antinucleari, cu focus pe evidențierea anticorpilor specifici sclerodermiei sistemice. Vom include și câteva repere din studiile care au stat la baza criteriilor de clasificare ca sclerodermie sistemică actuale Eular/ACR 2013 (studiile Lonzetti și Maricq).

Bibliografie

1. Ionescu R. Esențialul în reumatologie. București: Editura Amaltea, 2022.
2. Koenig M. Arthritis Rheum. 2008.





REZUMATE POSTERE

(în ordinea alfabetică a primului autor)

GRIPA - O AFECȚIUNE DE SEZON

Matei Dan BUZERA, Irina Raluca ȘTIOPU, Romina Sorana VULPESCU

Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Gripa reprezintă o infecție virală, potențial severă, caracterizată prin contagiozitate ridicată și incubăție scurtă, care poate produce epidemii extinse cu consecințe socio-economice importante. Agentul etiologic este reprezentat de virusurile gripale de tip A, B și C (*Myxovirus influenzae*) din familia *Orthomyxoviridae*. Virusul gripal A este cel mai răspândit, cel mai virulent și responsabil de cele mai severe infecții. Prezintă cea mai mare variabilitate genetică, subtipurile fiind determinate de proteinele de pe suprafața virusului: hemaglutinina (H) și neuraminidaza (N), cum ar fi H1N1 sau H3N2, fiind responsabil și de producerea pandemiilor. Virusul gripal B produce simptome asemănătoare cu cele produse de tipul A, doar că mai puțin severe, iar împreună cu acesta, este implicat în producerea majorității epidemiilor. Virusul gripal C, mai puțin comun, produce forme ușoare sau asimptomatice de boală. Epidemiile de gripă se produc în perioada noiembrie-februarie și afectează toate grupele de vârstă. Calea de transmitere este directă, prin picăturile Flügge, eliminate prin tuse, stănut, vorbit sau indirectă prin contactul cu obiecte contaminate. Receptivitatea este generală, perioada de incubăție este de 1-3 zile, iar persoana infectată devine contagioasă cu 1-2 zile înainte de debutul bolii și rămâne contagioasă încă 6 zile după debutul acesteia. Boala debutează brusc cu febră 39-40°C, frisoane, transpirații, stare generală influențată, astenie și fatigabilitate. Bolnavii prezintă frecvent și mialgii, artralгии, cefalee intensă retro-orbitală, odinofagie, disfonie, tuse seacă și congestie nazală. Copiii mici pot prezenta grețuri, vărsături și diaree, îngreunând diagnosticul. Complicațiile survenite în urma infecției pot fi foarte periculoase mai ales pentru persoanele vârstnice (>65 ani), copiii mici, persoanele imunocompromise, cum ar fi cele cu boli cardiovasculare, ale aparatului respirator sau diabet zaharat, și femeile gravide. Gripa crește de 8 ori riscul de accident vascular cerebral și poate rămâne crescut până la 2 luni în cazul persoanelor vârstnice (>65 ani) și de 10 ori riscul de infarct miocardic la adulții peste 40 ani. La copiii sub 14 ani sau la persoanele cu diabet zaharat, gripa crește de 8 ori riscul de pneumonie iar femeile gravide prezintă un risc de 5 ori mai mare de spitalizare pentru infecții respiratorii severe sau naștere prematură. Tratamentul igienodietetic cu repaus la pat și hidratare corespunzătoare împreună cu tratamentul simptomatic cu analgezice, antipiretice, antitusive, antiemetice și decongestionante nazale se poate administra pe toată durata bolii. Tratamentul etiologic cu antivirale trebuie început în primele 48 de ore de la debutul simptomatologiei. Inhibitorii de neuraminidază (INA) de tipul oseltamivir (cps 75 mg, 2×1 cps/zi, 5 zile, la adulți), zanamivir (pudră inhalatorie) sau peramivir (fl 200 mg, soluție



injectabilă) reprezintă tratamentul antiviral de elecție. Vaccinarea antigripală cu vaccin de tipul virus inactiv sau vaccin viu-atenuat reprezintă, în continuare, cea mai eficientă metodă de prevenție. Se recomandă o doză de 0,5 ml suspensie injectabilă pentru adulți, adolescenți, gravide și copii mai mari de 6 luni. În cazul copiilor sub 9 ani, care nu au fost vaccinați anterior, se recomandă administrarea a două doze de 0,5 ml suspensie injectabilă, la interval de cel puțin 4 săptămâni. Din cauza riscului crescut de complicații, spitalizare, precum și al impactului socio-economic, se recomandă vaccinarea antigripală anuală în lunile septembrie-octombrie a persoanelor aflate la risc (copii, bătrâni, bolnavi cronici, gravide și personal medico-sanitar).

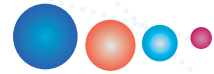


INFLUENZA – A SEASONAL ILLNESS

Matei Dan BUZERA, Irina Raluca STIOPU, Romina Sorana VULPESCU

“Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy Timisoara, Romania

Influenza is a potentially severe viral infection characterized by high contagiousness and a short incubation period, which can lead to widespread epidemics with significant socio-economic consequences. The etiological agent consists of influenza viruses type A, B, and C (*Myxovirus influenzae*) from the *Orthomyxoviridae* family. Influenza virus A is the most widespread, the most virulent and responsible for the most severe infections. It exhibits the highest genetic variability, with subtypes determined by the proteins on its surface: hemagglutinin (H) and neuraminidase (N), such as H1N1 or H3N2, and is also responsible for pandemics. Influenza virus B causes symptoms similar to those of type A, but less severe and together they are involved in most epidemics. Influenza virus C, which is less common, causes mild or asymptomatic forms of illness. Influenza epidemics occur between november and february and affect all age groups. Transmission occurs directly through Flügge droplets released by coughing, sneezing or speaking and indirectly through contact with contaminated objects. Susceptibility is general, the incubation period is 1-3 days, and the infected person becomes contagious 1-2 days before the onset of symptoms and remains contagious for up to 6 days afterward. The disease begins suddenly with a fever of 39-40°C, chills, sweating, general malaise, asthenia and fatigue. Patients often experience myalgia, arthralgia, intense retro-orbital headache,odynophagia, dysphonia, dry cough and nasal congestion. Young children may present with nausea, vomiting, and diarrhea, making diagnosis more difficult. Complications resulting from the infection can be very dangerous, especially for the elderly (>65 years), young children, immunocompromised individuals (those with cardiovascular or respiratory diseases, diabetes mellitus) and pregnant women. Influenza increases the risk of stroke by eight times, which may remain elevated for up to two months in elderly individuals (>65 years) and the risk of myocardial infarction by ten times in adults over 40. In children under 14 or individuals with diabetes, influenza increases the risk of pneumonia



by eight times and pregnant women have a fivefold increased risk of hospitalization for severe respiratory infections or premature birth. Hygienic and dietary treatment with bed rest and proper hydration, along with symptomatic treatment with analgesics, antipyretics, antitussives, antiemetics and nasal decongestants, can be administered throughout the illness. Etiological treatment with antivirals must be initiated within the first 48 hours of symptom onset. Neuraminidase inhibitors (NAIs) such as oseltamivir (capsules 75 mg, 2×1 capsule/day for 5 days in adults), zanamivir (inhalation powder), or peramivir (200 mg vial, injectable solution) are the antiviral treatments of choice. Influenza vaccination with inactivated virus or live-attenuated vaccine remains the most effective preventive method. A dose of 0.5 ml injectable suspension is recommended for adults, adolescents, pregnant women, and children older than six months. For children under nine years who have not been previously vaccinated, two doses of 0.5 ml injectable suspension are recommended, at an interval of at least four weeks. Due to the increased risk of complications, hospitalization, and socio-economic impact, annual influenza vaccination in september-october is recommended for at-risk individuals (children, elderly, chronically ill patients, pregnant women, and healthcare personnel).



SINDROMUL SJÖGREN CU POZITIVITATEA ANTICORPILOR ANTI CENTROMER – PARTICULARITĂȚI DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

Adina CHEȚA, Magda CRISTIAN, Oana TRIPON, Alexandru CARABA
Spitalul Clinic Căile Ferate, Timișoara, România

Introducere. Anticorpilor anti centromer pot fi prezenți în scleroza sistemică forma cutanată limitată, sindromul Sjögren (SS), colangita biliară primitivă, artrita reumatoidă, dar și la subiecții sănătoși, așadar necesită investigații țintite pentru un diagnostic corect, respectiv o atitudine terapeutică adecvată.

Obiective. Diferențierea dintre multiple patologii autoimune ce prezintă anticorpi anticentromer.

Materiale și metodă de lucru. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 59 ani care prezintă de la vârsta de 39 ani fenomene Raynaud la degetele membrelor superioare, artralgiile la nivelul articulațiilor mici ale mâinilor, însoțite de redoare matinală prelungită. Inițial, sub tabloul conturat de prezența anticorpilor anticentromer, fibroza pulmonară interstițială, pacienta a fost încadrată ca având scleroză sistemică forma cutanată limitată. În 2015 se pozitivează anticorpilor anti mitocondriali fiind reclasificată drept sindrom Reynolds (scleroză sistemică forma cutanată limitată + ciroză biliară primitivă). La prezentarea curentă nu se evidențiază afectare cutanată de tipul sclerodactiliei sau alte modificări cutanate tipice unei scleroze sistemice cu evoluție de 20



ani, cu excepția teleangiectaziilor la nivel periunghial. Biologic se evidențiază anemie normocromă, normocitară formă ușoară, leucopenie, factor reumatoid pozitiv, anticorpi antinucleari pozitivi cu prezența de anticorpi anti centromer și anti-Ro52, anticorpi anti mitocondriali pozitivi, gama-glutamyltransferaza și fosfataza alcalină crescute. Capilaroscopia periunghială evidențiază frecvente megacapilare și microhemoragii pe fondul unei arhitecturi capilare păstrate cu densitate ușor redusă. Ecografia glandelor parotide descrie pattern sugestiv sindromului Sjögren.

Rezultate. În fața acestui tablou clinic (xerostomie, xeroftalmie, fenomene Raynaud, prurit generalizat), serologic, imagistic și funcțional (test Schirmer pozitiv) se susține diagnosticul de sindrom Sjögren primar cu afectare atât glandulară, cât și extraglandulară, în asocieră cu colangita biliară primitivă. Alături de vasodilatatoare, hidroxiclороchină și acid ursodeoxicolic se decide inițierea tratamentului imunosupresor cu micofenolat de mofetil.

Concluzii. Pacienții cu SS primar cu prezență de anticorpi anticentromer reprezintă o entitate distinctă cu caracteristici intermediare sclerodermiei și SS ce necesită monitorizarea dezvoltării complicațiilor limfoproliferative.

Bibliografie

1. Kuramoto N, Ohmura K, Ikari K, et al. Anti-centromere antibody exhibits specific distribution levels among anti-nuclear antibodies and may characterize a distinct subset in rheumatoid arthritis. *Sci Rep.* 2017;7:6911. doi: 10.1038/s41598-017-07137-4.
2. Notarstefano C, Croia C, Pontarini E, et al. A clinical and histopathological analysis of the anti-centromere antibody positive subset of primary Sjögren's syndrome. *Clin Exp Rheumatol.* 2018;36 Suppl 112(3):145-149.



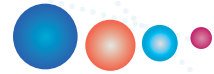
PARTICULARITATE DE DIAGNOSTIC ÎN PANCREATITA CRONICĂ RECURENTĂ LA COPIL

Adina CRĂCIUN¹, Otilia MĂRGINEAN^{1,2}, Diana-Denisa MATE¹, Alexandra ȘPAIMOC¹, Anda BECA¹, Iuliana SÎRBU¹, Alexandra TODOR¹, Laura OLARIU^{1,2}, Alexandra SCUTCA^{1,2}, Oana BELEI^{1,2}

¹Secția III Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu”, Timișoara, România

²Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere. Mutațiile genei lipoprotein lipazei (LPL) pot determina deficitul de LPL sau chilomicronemia familială, ce sunt afecțiuni ereditare cu transmitere autozomal recesivă. Majoritatea pacienților prezintă în copilărie dureri abdominale, episoade recurente de pancreatită acută și hepatosplenomegalie.



Prezentarea cazului. Adolescentă în vârstă de 17 ani se prezintă pentru dureri abdominale intense cu iradiere „în bară” și vărsături. Pacienta este cunoscută cu multiple episoade de pancreatită acută (5-7 episoade/an timp de 10 ani), hipertrigliceridemie familială, pseudochist pancreatic operat în 2018 și deficit de LPL confirmat prin testare genetică (genă patogenă c.644G>A (p.Gly215Glu); genă potențial patogenă c.1139+7A>G -Intronic, identificate pe cromozomi opuși). Tatăl pacientei a efectuat testare genetică ce a evidențiat statusul de purtător de genă potențial patogenă (c.1139+7A>G -Intronic) la același nivel. După ce s-au efectuat analize biologice, s-a recomandat efectuarea de CT abdominal care a evidențiat absența cozii pancreatice, indici antropometrici: Gr=53kg, Gt=50kg, Tr=157cm, Tv=164,42±5,84cm, SDSt=-1.27, IMC=21.54kg/m², Percentila 50, Vr= 16ani și 8 luni, Vt=13 ani și 3 luni. Tratamentul medical inițiat a constat într-o dietă exclusiv restrictivă în grăsimi, statine și enzime cu administrare orală, însă pacienta nu a fost compliantă. La fiecare prezentare pentru puseele de pancreatită acută s-a aplicat tratamentul standard conform ghidurilor în vigoare – nimic per os (NPO) timp de 1-2 zile, ulterior regim hidric cu introducerea progresivă a alimentației solide (regim hipolipidic, normo - glucidic și proteic) alături de analgezice și hidratare parenterală pe toată perioada spitalizării, pe lângă medicația hipolipemiantă de fond. Terapia antibiotică a fost asociată doar în momentul în care au apărut elementele necrotice pancreatice.

Concluzii. Diagnosticul precoce și implementarea unei diete rigurose restrictive în grăsimi sunt considerate elemente critice în eficacitatea tratamentului deficitului de LPL și prevenția apariției episoadelor recurente de pancreatită.

Cuvinte cheie: LPL, dietă, pancreatită, medicație



DIAGNOSTIC PARTICULARITY IN RECURRENT CHRONIC PANCREATITIS IN CHILDREN

Adina CRACIUN¹, Otilia MARGINEAN^{1,2}, Diana-Denisa MATE¹, Alexandra SPAIMOC¹, Anda BECA¹, Iuliana SIRBU¹, Alexandra TODOR¹, Laura OLARIU^{1,2}, Alexandra SCUTCA^{1,2}, Oana BELEI^{1,2}

¹Department of Pediatrics III, “Louis Turcanu” Emergency Hospital for Children, Timisoara, Romania

²First Pediatric Clinic, Disturbances of Growth and Development on Children Research Center, “Victor Babes” University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction. The lipoprotein lipase (LPL) gene is linked to autosomal recessive LPL deficiency, or familial chylomicronemia syndrome. Most patients present in childhood with abdominal pain, pancreatitis, hepatosplenomegaly.



Case presentation. A 17-years-old patient was referred to hospital with severe abdominal pain and vomiting. The patient is known to have history of multiple episodes of pancreatitis, familial hypertriglyceridemia, a pancreatic pseudocyst operated in 2018 and LPL deficiency confirmed by genetic tests (a pathogenic variant c.644G>A (p.Gly215Glu); a likely pathogenic variant c.1139+7A>G -Intronic, on opposites chromosomes). Also, the patient's father was confirmed as a carrier for a likely pathogenic variant (c.1139+7A>G -Intronic) identified in LPL. After biological analyses was took, it was performed an abdominal CT scan which highlighted a necrotic pancreatic tail. The medical treatment recommendations was for a diet based on restriction of fats, statins, and enzymes with oral administration, but the patient was not compliant with the treatment. In each episode of acute pancreatitis, the standard treatment was applied according to the guidelines – nothing per mouth (NPO) for 1-2 days, then a fluid diet with the progressive introduction of solid food - a hypolipidic, normoglucidic and normoproteic diet, along to analgesics and parenteral nutrition (PN) in addition to lipid-lowering agents. The antibiotic therapy was initiated only when necrosis appeared.

Conclusions. Early identification and the implementation of a rigorous fat-restricted diet are critical to the successful therapy of LPL insufficiency and prevention of pancreatitis.

Key words: LPL deficiency, diet, pancreatitis, nutrition

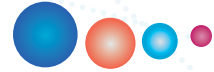


CANCERUL MAMAR ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Andreea-Daniela GHILEA, Roxana FOLESCU

*Clinica Universitară Medicina Familiei, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”,
Timișoara, România*

Conform unei statistici realizate în anul 2020, la nivel național, dar și mondial, cancerul mamar este cea mai frecventă afecțiune neoplazică care apare în rândul femeilor, având, de asemenea, și mortalitatea cea mai ridicată. Rezultă, astfel, necesitatea prioritizării metodelor de screening și a monitorizării evoluției afecțiunii diagnosticate la nivelul asistenței medicale primare și anume în cabinetul de medicină de familie. Examinarea clinică a sânilor poate fi efectuată în cabinetul medicului de familie și/sau la domiciliul pacientelor, punând accent pe educația în privința autoexaminării, a pașilor care trebuie urmați și a modificărilor care pot să apară. Acestea includ: depistarea unui nodul, a unei indurații, a unor adenopatii, a unor modificări de volum, formă, culoare sau contur, și prezența de cruste sau secreții. Autoexaminarea se realizează la 1-2 zile după terminarea menstruației, iar la femeile aflate în menopauză se stabilește o dată fixă lunară. Mamografia este metoda optimă de screening care descrie leziunile existente, chiar și de dimensiuni reduse, și prezența calcificărilor. Se recomandă efectuarea o dată la 1-2 ani pentru



femeile cu vârsta cuprinsă între 40-55 ani, peste această vârstă putând fi efectuată o dată la 2 ani. Ecografia și elastografia mamară este recomandată la pacientele mai tinere, cu țesut glandular bogat, având avantajul că poate fi repetată ori de câte ori este nevoie și nu prezintă efecte adverse. Se poate efectua, de asemenea, și imagistică prin rezonanță magnetică nucleară cu substanță de contrast a sânilor. În cazul pacientelor cu cancer mamar, prima prezentare este adesea în cadrul cabinetului medicului de familie. La pacientele cu cancer mamar la care nu s-a practicat mastectomie totală este importantă continuarea monitorizării evoluției țesutului mamar restant. În urma procedurilor terapeutice diverse, pot să apară numeroase efecte adverse, printre acestea numărându-se: durerea, limfedemul membrului superior, complicații de plagă, vărsături post chimioterapie și altele. Acestea trebuie recunoscute și tratate prompt. Cancerul mamar implică, așadar, atât proceduri de prevenție primară, cât și secundară și terțiară, care trebuie prioritizate în practica medicului de familie, în funcție de categoria de risc, în vederea scăderii morbidității și a mortalității.

Bibliografie

1. Matei D. Esențialul în medicina de familie. Ediția a 4-a. București
2. <https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2024/01/Analiza-de-situatie-cancer-san-2023.pdf>.
3. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>.
4. <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>.



CANCER IN GENERAL PRACTITIONER'S PRACTICE

Andreea-Daniela GHILEA, Roxana FOLESCU

*University Clinic of Family Medicine, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy
Timisoara, Romania*

According to a 2020 statistics, breast cancer is the most common neoplasia that occurs among women at both national and global levels and it also has the highest mortality rate. Therefore, it is essential that screening methods and evolution monitorization of the diagnosed cases are prioritized at the level of primary medical care, namely in the general practitioner's office. The clinical examination of the breasts can be performed in the general practitioner's office and/or at patients' home, with emphasize on the education about self-examination, the steps to follow and the changes that may occur. Such changes may be as follows: detecting a lump, an induration, lymphadenopathies, changes in volume, shape, color, contour and the presence of crusts and/or secretions. The self-examination is carried out in the first 1-2 days after the end of menstruation,



and in menopausal women a fixed monthly date is established. Mammography is the golden standard screening method that describes possible existing lesions, even if they are of small sizes, and also the presence of breasts' calcifications. It is recommended to be performed once every 1-2 years for women aged between 40-55, continuing at a frequency of once every 2 years for women above the age of 55. Breast ultrasound and elastography is recommended for younger patients with rich glandular tissue. These procedures have the advantages of being possibly repeated whenever needed and not having any side effects. Contrast-enhanced magnetic resonance imaging of the breasts may also be performed. The patients who will be diagnosed with breast cancer often have their first presentation in the general practitioner's office. In the case of patients with breast cancer who have not undergone total mastectomy, it is important to continue the evolution monitorization for the remaining breast tissue. As a result of the various therapeutic procedures, numerous side effects can occur. These include pain, upper limb lymphedema, post-surgery complications, post-chemotherapy nausea and vomiting and others. These must be recognized and treated promptly. Breast cancer thus involves primary, secondary and tertiary prevention procedures. These procedures must be prioritized in the general practitioner's practice, depending on the risk category, in order to decrease morbidity and mortality.

References

1. Matei D. Esențialul în medicina de familie. [Essentials in Family Medicine]. 4th Ed. Romanian. Bucharest
2. <https://insp.gov.ro/wp-content/uploads/2024/01/Analiza-de-situatie-cancer-san-2023.pdf>.
3. <https://www.cancer.org/cancer/types/breast-cancer/screening-tests-and-early-detection/american-cancer-society-recommendations-for-the-early-detection-of-breast-cancer.html>.
4. <https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-screening-pdq>.

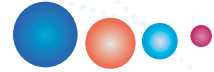


FRECVENȚA ANOMALIILOR CONGENITALE LA NOU-NĂSCUTUL LA TERMEN ȘI LA PREMATUR, ÎN FUNCȚIE DE LOCALIZAREA ACESTORA

Georgeta GROZAV

Departamentul de Neonatologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență, Timișoara, România

Introducere. Malformațiile congenitale pot fi asociate cu avort spontan, moartea fătului intrauterin sau deces imediat după naștere. Acest studiu a avut ca obiectiv să analizeze frecvența anomaliilor congenitale atât la nou-născutul la termen cât și prematur, în funcție de localizarea acestora , pe o durată de 2 ani (2023-2024), pe un grup de 48 de nou-născuți și prematuri.



Material și metodă. Au fost colectate datele de la Clinica Universitară Bega, Secția de Neonatologie și Prematuri Timișoara. Diagnosticarea malformațiilor s-a făcut în funcție de localizarea acestora și s-a urmărit frecvența lor.

Rezultate. La prematuri, malformații congenitale au fost semnalate la 62.5%, respectiv 37.5% la nou-născuți la termen. Malformațiile congenitale cele mai frecvente au fost semnalate la sistemului cardiovascular 57%, iar ale sistemului nervos central 15%, 9% este reprezentat de malformațiile digestive, 9% malformațiile reno-urinare și 9% malformațiile congenitale neclasificate, la nou născutul la termen și prematur.

Discuții. În România incidența malformațiilor este de 1,3% din totalul nașterilor. Prematurii au prezentat mai multe anomalii congenitale concomitent în acest studiu. Malformațiile congenitale ale sistemului cardiovascular au fost prezente la 84% prematuri și la 16% dintre nou-născuții la termen. Anomalia congenitală a SNC cel mai des întâlnită a fost hidrocefalia congenitală (63% din total cazuri), iar la prematuri hidrocefalia a fost prezentă la 80% dintre ei, în cazul malformațiilor digestive și reno-urinare predominanța a fost la prematuri.

Concluzii. Numărul malformațiilor congenitale la prematuri este mare, ducând la creșterea morbidității și mortalității perinatale. Diagnosticarea intrauterină precoce este ajutată de markerii predictivi potențiali și markerii biochimici. Riscul nou născuților și prematurilor cu malformații congenitale poate fi diminuat prin informare, consulturi prenatale, testare genetică.



THE FREQUENCY OF CONGENITAL ANOMALIES IN TERM AND PREMATURE NEWBORNS, DEPENDING ON THEIR LOCATION

Georgeta GROZAV

Neonatology Department, Emergency Clinical County Hospital Timisoara, Romania

Introduction. Congenital malformations can be associated with spontaneous abortion, intrauterine fetal death or death immediately after birth. The objective of this study was to analyze the frequency of congenital anomalies in both full-term and premature newborns, depending on their location, over a period of 2 years (2023-2024), on a group of 48 newborns and premature.

Material and method. The data were collected from the Bega University Clinic, Department of Neonatology and Prematurity Timisoara. Malformations were diagnosed according to their location and their frequency was monitored.

Results. In prematures, congenital malformations were reported in 62.5%, respectively 37.5% in term newborns. The most frequent congenital malformations were reported in the cardiovascular system 57%, and in the central nervous system 15%, 9% is represented by



digestive malformations, 9% reno-urinary malformations and 9% unclassified congenital malformations, in term and premature newborns .

Discussions. In Romania, the incidence of malformations is 1.3% of all births. Premature infants presented more concomitant congenital anomalies in this study. Congenital malformations of the cardiovascular system were 84% premature and 16% term newborns. The most common congenital abnormality of the CNS was congenital hydrocephalus (63% of all cases), and in premature infants hydrocephalus was present in 80%, in the case of digestive and reno-urinary malformations, the predominance was in premature infants.

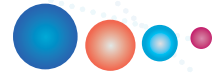
Conclusions. The number of congenital malformations in premature babies is high, leading to an increase in perinatal morbidity and mortality. Early intrauterine diagnosis is aided by potential predictive markers and biochemical markers. The risk of newborns and premature babies with congenital malformations can be reduced through information, prenatal consultations, genetic testing.



IMPORTANȚA DOZĂRI 25 OH VITAMINA D, DE CĂTRE MEDICUL DE FAMILIE, ÎNAINTE DE TRIMITEREA UNUI PACIENT AFLAT SUB TRATAMENT ANTIRESORBTIV LA INTERVENȚII CHIRURGICALE, ÎN SFERA ORO-MAXILO-FACIALĂ

Ivona-Mihaela HUM, Daniela GURGUS, Robert Nikolas FOLESCU, Alin IONESCU,
Andreea IANA, Roxana FOLESCU, Raluca MĂRĂCINEANU
*Centrul de Medicină Preventivă, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”,
Timișoara, România*

S-a realizat un studiu retrospectiv, care a inclus pacienții cu patologie tumorală malignă, aflați în tratament cronic cu bifosfonați injectabil sau anticorpi monoclonali, pentru cel puțin un an, ce au urmat una sau mai multe intervenții chirurgicale, în sfera orala, în Clinica de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială Timișoara, pe parcursul a 12 luni, în perioada 1 septembrie 2023 – 1 septembrie 2024. Intervenția chirurgicală a fost reprezentată de extracția dentară. Din totalitatea pacienților înregistrați în Clinică, au fost selectați doar pacienții ce au avut efectuată preoperator dozarea 25 OH vitamina D, cu cel mult o lună anterior intervenției chirurgicale. Terapia antiresorbțivă nu a fost întreruptă pe parcursul tratamentului efectuat. Criteriul de excludere a fost reprezentat de prezența patologiei tumorale sau metastatice în regiunea cervicofacială. În studiu au fost incluse următoarele variabile: valoarea 25 OH vitamina D3, numărul și localizare dinților extrași, sexul și vârsta medie a pacienților, factori de risc locali – fumatul, și s-a cercetat analogia dintre acestia și vindecarea postoperatorie. Din totalul de 32 subiecți analizați, toți au avut efectuată dozarea



preoperatorie a 25 OH vitamina D, prin intermediul medicului de familie. La 19 dintre aceștia a fost înregistrată o carență de 25 OH vitamina D cu valori sub 20,00 $\mu\text{g/L}$, 9 pacienții având ca rezultat nivel insuficient de 25 OH vitamina D - cuprins între 21,00 - 29,00 $\mu\text{g/L}$, iar 4 au prezentat valori normale > 30,00 $\mu\text{g/L}$. S-a identificat o corelație clinică, din punct de vedere statistic, între incidența postoperatorie a osteonecrozei maxilare asociate medicației (MRONJ) și valorile scăzute ale vitaminei D3 înregistrate preoperator. Dintr-un total de 32 de subiecți, 4 au dezvoltat MRONJ, toți aparținând grupului cu deficit de 25 OH vitamina D, ceea ce reprezintă 12,5% din total. Funcția vitaminei D în vindecarea post-extracțională la pacienții aflați sub tratament cronic anti-resorptiv pare să aibă o importanță semnificativă în prevenirea complicațiilor osteonecrotice locale. Rolul medicului de familie în prevenirea osteonecrozei maxilare este esențial și poate deveni un subiect important de cercetare în viitor. Prin informarea și îndrumarea pacienților către monitorizarea și corectarea nivelului de vitamina D3 înaintea intervențiilor chirurgicale oro-maxilo-faciale, medicii de familie pot contribui semnificativ la reducerea incidenței MRONJ.



THE IMPORTANCE OF 25 OH VITAMIN D TESTING, BY THE FAMILY DOCTOR, BEFORE SENDING A PATIENT WITH ANTIRESORPTIV TREATMENT TO THE SURGICAL INTERVENTIONS IN THE OROMAXILOFACIAL SPHERE

Ivona-Mihaela HUM, Daniela GURGUS, Robert Nikolas FOLESCU, Alin IONESCU,
Andreea IANA, Roxana FOLESCU, Raluca MARACINEANU

Preventive Medicine Center, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy Timisoara

A retrospective study was conducted, including patients with malignant tumor pathology who had been undergoing chronic treatment with injectable bisphosphonates or monoclonal antibodies, for at least one year and had undergone one or more oral surgical interventions at the Orol and Maxillofacial Surgery Clinic in Timisoara over a 12-month period, from September 1, 2023, to September 1, 2024. The surgical intervention consisted of tooth extraction. From the total number of patients registered in the Clinic, were selected only those who had preoperative 25 hydroxy vitamin D levels measured, no more than one month prior to the surgical intervention. The antiresorptive therapy was not interrupted during the treatment period. The exclusion criterion was the presence of tumor pathology or metastases in the cervicofacial region. The study included the following variables: 25 OH vitamin D3 levels, the number and location of extracted teeth, the patients' sex and average age, local risk factors such as smoking, and the correlation between these variables and postoperative healing was investigated. Out of the 32 subjects analyzed, all had their preoperative 25 OH vitamin D levels measured by their family



doctor. A deficiency in 25 OH vitamin D with values below 20.00 µg/L was recorded in 19 of them, while 9 patients had insufficient levels of 25 OH vitamin D, ranging between 21.00 and 29.00 µg/L, and 4 presented normal values exceeding 30.00 µg/L. A statistically significant clinical correlation was identified between the postoperative incidence of medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) and low preoperative vitamin D3 levels. Out of a total of 32 subjects, 4 developed MRONJ, all belonging to the group with 25 OH vitamin D deficiency, representing 12.5% of the total. The function of vitamin D in post-extraction healing for patients under chronic antiresorptive therapy appears to be significantly important in preventing local osteonecrotic complications. The role of the general practitioner in preventing medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) is essential and could become an important subject of future research. By educating and guiding patients to monitor and correct their vitamin D3 levels prior to oro-maxillofacial surgical interventions, general practitioners can significantly contribute to reducing the incidence of MRONJ.



CAPCANE DE DIAGNOSTIC ÎN BOALA INFLAMATORIE INTESTINALĂ

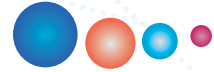
Diana-Denisa MATE¹, Otilia MĂRGINEAN^{1,2}, Laura OLARIU^{1,2}, Alexandra TODOR¹, Adina CRĂCIUN¹, Alexandra ŞPAIMOC¹, Anda BECA¹, Iuliana SÎRBU¹, Oana BELEI^{1,2}

¹Secția III Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu”, Timișoara, România

²Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere. Bolile inflamatorii intestinale (BII) sunt corelate cu un risc mai mare de a capta și dezvolta infecție simptomatică cu *Clostridium difficile* (ICD). Managementul BII poate fi, de asemenea destul de dificil, deoarece ICD poate prezenta un tablou clinic comun cu o recădere a unei BII.

Prezentarea cazului. Pacient în vârstă de 17 ani de sex masculin s-a prezentat inițial pentru dureri abdominale difuze, constipație și fatigabilitate, cunoscut cu apendicectomie în antecedente și alergie la metronidazol. Inițial s-au efectuat investigații biologice care au evidențiat valori crescute pentru proteina C reactivă (CRP= 42.59 mg/L), VSH (35 mm/h) și calprotectina fecală (1480 ug/g), urmată de endoscopie digestivă superioară și inferioară cu prelevare de biopsii (esofag, stomac, bulb, duoden II: aspect endoscopic normal, valva ileo-cecală inflamată), stabilindu-se diagnosticul de ileită terminală în cadrul bolii Crohn (BC) și inițierea terapiei imunosupresoare de inducție cu Budesonid. În evoluție, pacientul se prezintă în unitatea de primire urgențe cu dureri abdominale difuze severe, vărsături și scaune diareice apoase la scurt timp după diagnosticul BC. Biologic, pacientul a prezentat leucocitoză (18,87/10³/uL), neutrofilie (17,96/10³/uL) și valori crescute ale CRP (331,70 mg/L) și procalcitoninei (8,17 ng/ml),



fibrinogenului (532 mg/dL), D-dimerilor (10799 mg/ml) și tulburări de coagulare (APPT= 31,8s, PT=18,3s, INR = 1,51, activitate PT=50%), analiza markerilor infecțioși din materii fecale cu rezultate negative și hemoragii oculute prezente. Imagistic, s-a efectuat entero-RMN pentru urmărirea activității BC cu aspect de ileită terminală în contextul bolii cronice. Prin extinderea investigațiilor s-a recomandat analiza materiilor fecale pentru bacterii, paraziți și virusuri prin metoda PCR cu rezultat pozitiv pentru toxina A+B Clostridium Difficile. S-a întrerupt administrarea tratamentului imunosupresor și s-a inițiat tratamentul antibiotic oral specific cu Vancomicină, cu evoluție clinică și paraclinică favorabilă.

Concluzii. ICD reprezintă o patologie care are la bază un diagnostic clinic, însă confirmat prin rezultatele testelor specifice de laborator și poate reprezenta o adevărată provocare în stabilirea diagnosticului diferențial față de o recădere a unei BII.

Cuvinte cheie: boala inflamatorie intestinală, boala Crohn, *Clostridium difficile*, Vancomicină, Panel PCR gastrointestinal



PARTICULARITĂȚILE DIAGNOSTIC ALE BOLII WILSON LA COPIL

Iuliana SÎRBU¹, Diana-Denisa MATE¹, Alexandra ȘPAIMOC¹, Anda BECA¹, Alexandra TODOR¹, Adina CRĂCIUN¹, Otilia MĂRGINEAN^{1,2}, Oana BELEI^{1,2}, Laura OLARIU^{1,2}

¹Secția III Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu”, Timișoara, România

²Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

Introducere. Boala Wilson este o afecțiune cu transmitere autosomal-recesivă progresivă cauzată de dereglările metabolismului cuprului cu o prevalență estimată la aproximativ 1:30.000 persoane. Acumularea excesivă a cuprului în diferite organe, în primul rând în ficat, creier, rinichi și cornee duce la diferite dereglări neurologice și hepatice. Gena responsabilă în dezvoltarea proceselor patologice ale metabolismului cuprului fiind gena ATP7B situată pe cromozomul 13. Acumularea toxică progresivă a cuprului debutează în copilărie odată cu introducerea în alimentație a alimentelor solide care conțin cupru.

Prezentarea cazului. Pacientă în vârstă de 12 ani și 11 luni, fără APP semnificative se prezintă pentru apetit diminuat, greață, dureri abdominale epigastrice și în hipocondrul drept, cefalee frontală recurentă, tulburări de concentrare și de memorie și ușoară fatigabilitate la efort. Se decide internarea și se efectuează investigații suplimentare la care se decelează creșterea transaminazelor hepatice și Ac. Anti HEV IgM pozitivi. Astfel, în urma investigațiilor pacienta este diagnosticată cu hepatită virală cu HEV. Se instituie tratament, evoluția clinică fiind favorabilă, dar cea biologică indică persistența citolizei hepatice moderată, motiv pentru care se continuă



investigațiile biologice, paraclinice (ecografie abdominală la care se decelează steatoză hepatică ușoară) și se efectuează consult oftalmologic, neurologic (discret tremor final intenționat distal la nivelul membrilor superioare) și genetic (test genetic pozitiv). Ar fi fost necesară biopsia hepatică cu determinarea concentrației Cu tisular hepatic, care reprezintă standardul de aur pentru diagnosticul BW, însă aparținătorii au refuzat. Tratamentul instituit a fost cel igienodietetic cu evitarea preparatelor bogate în Cu și cel medicamentos cu D-penicilamina (Cuprenil), Zinc și hepatotrofe, cu evoluție favorabilă.

Concluzii. Boala Wilson este o afecțiune care trebuie suspectată în toate cazurile de afectare hepatică idiopatică. Astfel pentru diagnosticarea corectă și tratamentul acestei patologii este nevoie de o abordare multidisciplinară (medic pediatru, neurolog, oftalmolog, genetician și gastroenterolog pediatru). Diagnosticarea timpurie a BW și inițierea tratamentului adecvat asigură o evoluție favorabilă și un pronostic bun pe termen lung.



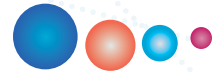
O FORMĂ PARTICULARĂ DE ESOFAGITĂ ÎNTÂLNITĂ LA COPII

Alexandra ȘPAIMOC, Diana Mate, Maria Șchiopu, Alexandra TODOR, Adina CRĂCIUN, Anda BECA, Iuliana SÎRBU, Otilia MĂRGINEAN, Laura Grațiera OLARIU, Oana BELEI

Clinica I Pediatrie III, compartiment Gastroenterologie Pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu”, Timișoara, România

Introducere. Esofagita este o inflamație a esofagului caracterizată de deglutiție dificilă, pirozis, senzații de corpi străini faringieni și inapetență. Esofagita poate fi cauzată de factori infecțioși sau iritanți (reflux gastro-esofagian). Infecțiile esofagului pot fi cauzate de bacterii, virusuri sau ciuperci, inclusiv Candida și Herpes. Esofagita poate fi de reflux, infecțioasă, eozinofilică, Esofagul Barrett și în cadrul unor boli autoimune.

Prezentarea cazului. Pacientă, N.M., în vârstă de 12 ani și 11 luni, fără antecedente personale patologice semnificative, acuză disfagie de 10 zile, când, în urma ingestiei de alimente, pacienta s-a înecat cu bolul alimentar. Afirmativ, în ciuda eliminării bolului alimentar, pacienta a rămas cu un disconfort faringian permanent, accentuat la deglutiție. Adicional, pacienta prezintă sialoree, scăderea apetitului și anxietate accentuată de alimentație. Alimentația pacientei este una defectuoasă, cu persistența meselor bogate în lipide și dizaharide. În urma examinării clinice se decelează o frecvență cardiacă de 84 bpm, tensiune arterială de 115/65 mmHg, sialoree, epigastralgie, stare anxioasă accentuată. Paraclinic s-au decelat IgE specifice cu titru evident pentru polen de Timoftică. Examinarea CT torace a scos în evidență limfonoduli milimetrice paratraheal superior, microcalcificări ganglionare subcarinar de maxim 12mm. În urma consultului NPI și psihologic se descoperă o tulburare anxios-fobică. La gastroscopie se decelează o esofagită candidozică clasa B Los Angeles și gastrită acută corporeală. În urma examenului



histopatologic a pieselor bioptice din mucoasa gastrică prelevate la gastroscopie se decelează gastrită cronică infecțioasă cu semne de activitate focală, *Helicobacter Pylori* colonizare severă. La examinarea pieselor bioptice esofagiene aspectele histopatologice pe colorațiile efectuate sunt sugestive pentru o esofagită micotică (*Candida albicans*).

Concluzii. Pentru a pune diagnosticul de certitudine a etiologiei esofagitei este necesar examenul histopatologic al pieselor de biopsie a mucoasei esofagiene. Particularitatea cazului constă în asocierea etiologiei micotice a esofagitei cu gastrita infecțioasă cu *Helicobacter pylori*.



A PARTICULAR FORM OF ESOPHAGITIS FOUND IN CHILDREN

Alexandra SPAIMOC, Diana Mate, Maria Schiopu, Alexandra TODOR, Adina CRACIUN, Anda BECA, Iuliana SIRBU, Otilia MARGINEAN, Laura Gratiela OLARIU, Oana BELEI

Clinic I Pediatrics III, Department of Pediatric Gastroenterology, Clinical Emergency Hospital for Children "Louis Țurcanu" Timisoara, Romania

Introduction. Esophagitis is an inflammation of the esophagus characterized by difficult swallowing, heartburn, sensations of pharyngeal foreign bodies and inappetence. Esophagitis can be caused by infectious or irritating factors (gastro-esophageal reflux). Infections of the esophagus can be caused by bacteria, viruses, or fungus, including *Candida* and Herpes. Esophagitis can be reflux, infectious, eosinophilic, Barrett's esophagus and within some autoimmune diseases.

Case report. Patient, N.M., aged 12 years and 11 months, without significant pathological personal history, complains of dysphagia for 10 days, when, following food intake, the patient choked on the food bowl. Affirmatively, despite the elimination of the food bowl, the patient remained with a permanent pharyngeal discomfort, accentuated when swallowing. Additionally, the patient presents with sialorrhea, decreased appetite and increased anxiety caused by eating. The patient's diet is defective, with the persistence of meals rich in lipids and disaccharides. Following the clinical examination, sialorrhea, epigastralgia, accentuated anxious state are detected. Paraclinically, specific IgE with obvious titer for Thymophtic pollen were detected. Chest CT examination revealed superior paratracheal millimeter lymph nodes, subcarinar ganglion microcalcifications of maximum 12mm. Following the INP and psychological consultation, an anxiety-phobic disorder is discovered. Gastroscopy reveals a Los Angeles class B mycotic esophagitis and acute corporeal gastritis. Following the histopathological examination of the bioptic pieces from the gastric mucosa, chronic infectious gastritis with signs of focal activity, *Helicobacter pylori*, severe colonization is detected. After examining the esophageal biopsy pieces, the histopathological aspects on the stains performed are suggestive of a mycotic esophagitis (*Candida albicans*).



Conclusions. To make a definite diagnosis of the etiology of esophagitis, histopathological examination of biopsy pieces of the esophageal mucosa is necessary. The peculiarity of the case lies in the association of mycotic etiology of esophagitis with infectious gastritis with *Helicobacter pylori*.



CAZ PARTICULAR DE DIAREE CRONICĂ LA COPIL

Alexandra TODOR¹, Otilia MĂRGINEAN^{1,2}, Diana-Denisa MATE¹, Anda BECA¹, Iuliana SÎRBU¹, Alexandra ȘPAIMOC¹, Adina CRĂCIUN¹, Laura OLARIU^{1,2}, Oana BELEI^{1,2}

¹Secția III Pediatrie, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu”, Timișoara, România

²Clinica I Pediatrie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”, Timișoara, România

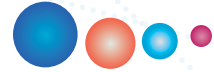
Introducere. Diareea cronică la sugari este una dintre cele mai frecvente cauze de adresabilitate în gastroenterologia pediatrică. VIPomul, tumoră de origine neuroendocrină, este caracterizat prin secreția de polipeptid vasointestinal activ (VIP) care poate fi consecința unor multiple manifestări clinice.

Prezentarea cazului. Sugar în vârstă de 11 luni de sex feminin s-a prezentat pentru diaree apoasă persistentă, distensie abdominală și întârziere în dezvoltarea staturoponderală. În istoric, pacienta a fost alimentată cu formulă de lapte pe bază de proteine hidrolizate, fără conținut de lactoză, a primit tratament antihelmintic și administrări repetate de soluții orale de rehidratare, fără rezultate favorabile. În momentul prezentării, pacienta prezenta următorii indici antropometrici: Gr=8 kg (percentila 25), Gi=8,75kg, Tr=70cm (percentila 5), Tv=74,46±2,50cm, SDSt= -1.78, IP= 0.9, Vr= 11 luni, Vt=7 luni. Examinarea clinică a evidențiat o tensiune arterială de 80/55 mmHg, frecvență cardiacă de 85 bpm, facies vultuos și distensie abdominală marcată. Biologic, s-a evidențiat hipopotasemie ușoară și acidoză hipercloremică metabolică secundară unui VIPom la nivelul retroperitoneului care a fost diagnosticat prin ecografie abdominală și tomografie computerizată abdominală. În urma consultului endocrinologic s-au dozat VIP și enolaza specifică neuronului cu rezultate patologice. După tratamentul chirurgical de rezecției, evoluția a fost favorabilă cu remiterea simptomatologiei.

Discuții. Formațiunile tumorale gastrointestinale la copii sunt diagnosticate tardiv, deoarece incidența acestora mai crescută în rândul adulților. Particularitatea cazului este dată de vârsta fragedă a pacientei și de hipercloremie, care au reprezentat principalele capcane în diagnosticul Sindromului WDHA, extinzând în acest fel aria investigațiilor efectuate.

Concluzii. În concluzie, ganglioneuroblastomul secretor de VIP reprezintă una dintre cauzele diareei cronice în populația pediatrică, mai puțin frecventă.

Cuvinte cheie: tumoră neuroendocrină, VIPom, VIP, ganglioneuroblastom



PARTICULAR CASE OF CHRONIC DIARRHEA IN CHILDREN

Alexandra TODOR¹, Otilia MARGINEAN^{1,2}, Diana-Denisa MATE¹, Anda BECA¹, Iuliana SIRBU¹,
Alexandra SPAIMOC¹, Adina CRACIUN¹, Laura OLARIU^{1,2}, Oana BELEI^{1,2}

¹Section III Pediatrics, "Louis Turcanu" Children's Emergency Hospital, Timisoara, Romania

²Clinic I Pediatrics, "Victor Babes" University of Medicine and Pharmacy, Timisoara, Romania

Introduction. Chronic diarrhea in infants is one of the most common causes of addressability in pediatric gastroenterology. VIPoma, tumor of neuroendocrine origin, is characterized by the secretion of active vasointestinal polypeptide (VIP) which can be the consequence of multiple clinical manifestations.

Case presentation. Infant at 11 months of age female presented for persistent watery diarrhea, abdominal distension and delay in staturoponderal development. Historically, the patient was fed milk formula based on hydrolyzed proteins, without lactose content, received anthelmintic treatment and repeated administrations of oral rehydration solutions, without favorable results. At the time of presentation, the patient had a waist of 70 cm (5th percentile) and a weight of 8 kg (25th percentile). Clinical examination revealed a blood pressure of 80/55 mmHg, heart rate of 85 bpm, vultuous facies and marked abdominal distension. Biologically, mild hypokalemia and metabolic hyperchloremic acidosis secondary to a VIPoma in the retroperitoneum that was diagnosed by abdominal ultrasound and abdominal computed tomography were shown. Following the endocrinological consultation, VIP and neuron-specific enolase were dosed with pathological results. After surgical resection treatment, the evolution was favorable with symptomatology remission.

Discussions. Gastrointestinal tumor formations in children are diagnosed late, because their incidence is higher among adults. The peculiarity of the case is given by the young age of the patient and hyperchloremia, which were the main pitfalls in the diagnosis of WDHA Syndrome, thus expanding the area of the investigations carried out.

Conclusions. In conclusion, VIP-secreting ganglioneuroblastoma is one of the causes of chronic diarrhea in the less common pediatric population.

Keywords: neuroendocrine tumor, VIPoma, VIP , ganglioneuroblastoma



BOALA STILL A ADULTULUI COMPLICATĂ CU SINDROMUL DE ACTIVARE MACROFAGICĂ

Oana Maria TRIPON, Alexandru CARABA

Secția de Reumatologie, Spitalul Clinic CF Timișoara, România

Introducere. Sindromul de activare macrofagică (SAM) presupune o reacție inflamatorie necontrolată, potențial fatală, care apare ca urmare a activării excesive și multiplicării anormale a limfocitelor T și macrofagelor determinând o hipersecreție de citokine proinflamatorii.

Obiective și metoda de lucru. Vă prezentăm cazul unui pacient de 27 de ani, diagnosticat cu artrită idiopatică juvenilă la vârsta de 11 ani, care se prezintă pe secția de reumatologie cu febră înaltă, debutată în urmă cu două săptămâni. Anterior prezentării pe secția noastră, pacientul a fost internat într-o clinică de boli infecțioase, unde s-a încercat identificarea unei cauze infecțioase responsabile pentru simptomatologie, însă toate rezultatele au fost negative. S-a inițiat tratament empiric cu multiple antibiotice (Cefort, Levofloxacină), fără rezultat.

Rezultate. Clinic, pacientul prezintă stare generală sever influențată, sindrom febril prelungit (>39C) neresponsiv la antipiretice, frison generalizat, erupție maculară la nivelul toracelui și abdomenului, artralгии la nivelul articulațiilor mari (genunchi, coarte, pumni), mialгии generalizate. Biologic, este prezentă citopenia pe două linii celulare (eritrocite, trombocite), sindromul inflamator biologic: PCR=225,30 mg/dl, VSH=30 mm/h, LDH=618 U/L, fibrinogen=269,63 mg/dl, feritina=11059,60 mg/ml, D-dimeri=6,65 mg/l; citoliza hepatică: ASAT=108,10 U/L, ALAT=44 U/L, GGT= 689 U/L și hipertrigliceridemia: TGD=311 mg/dl. Ecografic se decelează hepatosplenomegalie și poliadenopatii la nivelul hilului hepatic și latero-cervical. Sub tratament cortizonic, cu ciclosporina A și metotrexat, evoluția a fost favorabilă, cu ameliorarea tabloului clinic și a celui biologic, externându-se cu recomandare de continuare a tratamentului la domiciliu și monitorizare periodică.

Discuții. SAM trebuie luat în considerare la pacienții febrili, cunoscuți cu boli inflamatorii reumatismale, care prezintă brusc o deteriorare clinică zgomotoasă însoțită de modificarea, în concordanță, a parametrilor de laborator.

Concluzii. Un diagnostic cât mai precoce și inițierea promptă a tratamentului sunt esențiale pentru o evoluție favorabilă, chiar și așa, mortalitatea rămâne una ridicată.

Bibliografie

1. Ravelli A, Minoia F, Davi S, Horne AC, Bovis F, Pistorio A, et al. 2016 Classification Criteria for Macrophage Activation Syndrome Complicating Systemic Juvenile Idiopathic Arthritis: A European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology/Paediatric Rheumatology International Trials Organisation Collaborative Initiative. *Arthritis Rheumatol.* 2016 Mar;68(3):566-76. doi: 10.1002/art.39332. Epub 2016 Feb 9. PMID: 26314788.

CNMFTM | 2024



www.scievents.ro

