

# DERMATOVENEROLOGIE

Revista Societății Române de Dermatologie

**AL 10-LEA CONGRES NAȚIONAL DE DERMATOLOGIE**

**BUCUREȘTI, CRYSTAL PALACE BALLROOMS, ROMÂNIA**

**17 – 20 noiembrie, 2010**

**THE 10<sup>TH</sup> NATIONAL CONGRESS OF DERMATOLOGY**

**17 – 20 November, 2010**

**BUCHAREST, CRYSTAL PALACE BALLROOMS, ROMANIA**

**VOLUM REZUMATE**

**BOOK OF ABSTRACTS**

Volumul 55

Anul 2010

Nr. 3, Supliment

ISSN 1220-3734

# COMITETUL SOCIETĂȚII ROMÂNE DE DERMATOLOGIE

## Președinte

Prof. dr. Virgil Feier

## Vicepreședinți

Dr. Vasile Benea  
Prof. dr. Rodica Cosgarea  
Gral Mr. (r) Prof. dr. Ioan Nedelcu  
Prof. dr. Alexandru Tătaru  
Prof. dr. Ion Țolea

## Secretar general

Prof. dr. Călin Giurcăneanu

## Director executiv

Prof. Dr. George-Sorin Țiplica

## Membri

CSP I Dr. Mihail Alecu  
Conf. dr. Daciana Brănișteanu  
Prof. dr. Justin D. Diaconu  
Prof. dr. Dan Forsea  
Dr. Mihaela Violeta Leventer  
Dr. Irinel Nedelcu  
Prof. dr. Alexandru Oanță  
Dr. Rozalia Olsavszky  
Prof. dr. Remus Ioan Orășan

Conf. dr. Virgil Pătrașcu  
Prof. dr. Zenaida Petrescu  
Conf. dr. Cătălin Popescu  
Prof. dr. Sanda Marta Popescu  
Conf. dr. Maria Rotaru  
Prof. dr. Caius Silviu Solovan  
Conf. dr. Laura Gheuca Solovăstru  
Prof. dr. Anca Zbranca

**Director Marketing & PR**  
Dr. Maria Magdalena Constantin

**Secretar executiv**  
Raluca Tudoran

## COMITETUL DE ORGANIZARE AL CONGRESULUI NAȚIONAL DE DERMATOLOGIE București, 17 noiembrie – 20 noiembrie, 2010

Prof. Dr. Virgil Feier - Președinte SRD  
Prof. Dr. Călin Giurcăneanu - Secretar general SRD  
Prof. Dr. George Sorin Țiplica - Director executiv SRD

Ec. Marilena Ștefănescu - Contabil șef SRD  
Dr. Magda Constantin - Director PR & Marketing SRD  
Dr. Alina Pîrvu  
Raluca Tudoran - Secretar executiv SRD  
Ec. Aurelia Bojescu

## REDAȚIA REVISTEI DERMATOVENEROLOGIE

### Comitetul de redacție

#### Redactor-Șef

CSP I Dr. Mihail Alecu

#### Secretar de redacție

Prof. dr. Alexandru Oanță

#### Membri

Prof. dr. Rodica Cosgarea  
Conf. dr. Virgil Pătrașcu

### Colegiul științific

Dr. NICOLAE APETROAIE (*Bacău*)  
CSP I Dr. VASILE BENEA (*București*)  
Conf. dr. DACIANA ELENA BRĂNIȘTEANU (*Iași*)  
Dr. med. GEORGE BUCUR (*București*)  
Prof. dr. OVIDIU BUȚIU (*Târgu-Mureș*)  
Prof. OANA ANDREIA COMAN  
Prof. dr. JUSTIN DIACONU (*București*)  
Prof. Dr. THOMAS DIEPGEN (*Germania*)  
Prof. dr. ALEXANDRU DIMITRESCU (*București*)  
Prof. dr. VIRGIL FEIER (*Timișoara*)  
Prof. dr. DAN FORSEA (*București*)  
Conf. dr. SIMONA ROXANA GEORGESCU (*București*)  
Prof. dr. CĂLIN GIURCĂNEANU (*București*)  
Dr. ANNA ZALEWSKA-JANOWSKA (*Polonia*)  
Dr. SAROLTA KÁRPÁTI (*Ungaria*)  
Prof. Dr. ANDREAS KATSAMBAS (*Grecia*)  
Dr. MIHAELA VIOLETA LEVENTER (*București*)  
Prof. dr. NICOLAE MAIER (*Cluj-Napoca*)  
Prof. Dr. LJLJANA MEDENICA (*Serbia*)  
Conf. Dr. SILVIU MORARIU (*Târgu-Mureș*)  
Dr. med. DUMITRU MUREȘAN (*București*)  
Prof. dr. IOAN NEDELICU (*București*)  
Dr. IRINEL NEDELICU (*București*)  
Dr. ROZALIA OLSAVSZKY (*București*)

Prof. dr. REMUS IOAN ORĂȘAN (*Cluj-Napoca*)  
A/Prof. Dr. PABLO PEÑAS (*Australia*)  
Prof. dr. ZENaida PETRESCU (*Iași*)  
Conf. dr. CĂTĂLIN POPESCU (*București*)  
Prof. dr. SANDA POPESCU (*București*)  
Prof. Dr. JOHANNES RING (*Germania*)  
Conf. Dr. MARIA ROTARU (*Sibiu*)  
Dr. CARMEN SĂLĂVĂSTRU (*București*)  
Prof. dr. OLGA DANA SIMIONESCU (*București*)  
Prof. Dr. MIHAEL SKERLEV (*Croația*)  
Prof. Dr. CAIUS SILVIU SOLOVAN (*Timișoara*)  
Conf. dr. LAURA GHEUCA SOLOVĂSTRU (*Iași*)  
A/Prof. Dr. ALEXANDER J. STRATIGOS (*Grecia*)  
Prof. dr. ALEXANDRU TĂTARU (*Cluj-Napoca*)  
Prof. Dr. NIKOLAI TSANKOV (*Bulgaria*)  
Prof. dr. GEORGE-SORIN ȚIPLICA (*București*)  
Prof. dr. ION ȚOLEA (*Craiova*)  
Prof. Dr. MICHAEL WAUGH (*Marea Britanie*)  
Prof. dr. ANCA ZBRANCA (*Iași*)

Secretariat SRD: Spitalul Clinic Colentina, Pavilion Dermatologie, et. 1

București, Șos. Ștefan cel Mare nr. 19-21, Sector 2 • Tel./Fax: 031-805.25.87 • www.srd.ro • srd@rdsmail.ro

## **PARTENERI AI SOCIETĂȚII ROMÂNE DE DERMATOLOGIE**

**PROCTER & GAMBLE  
HENKEL ROMANIA  
L'OREAL PARIS DERMO-EXPERTISE  
DOVE**

## **SPONSORI AI CONGRESULUI NAȚIONAL DE DERMATOLOGIE 2010**

### **SPONSORI DE PLATINĂ**

**MSD  
ASTELLAS**

### **SPONSORI DE AUR**

**LA ROCHE POSAY - VICHY  
EAU THERMALE AVENE  
ABBOTT  
BAYER INTENDIS  
JANSSEN CILAG  
GLAXO SMITH KLINE  
LEO PHARMACEUTICAL**

### **SPONSORI DE ARGINT**

**ROMASTRU TRADING  
BIODERMA LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE  
SEE TRY BUY COMPANY  
ALFA WASSERMANN  
NEPENTES ROMÂNIA  
SERVIER PHARMA  
ART MED**

## **SPONSORI DE BRONZ**

**ACTAVIS**

**BEIERSDORF ROMÂNIA**

**BERLIN - CHEMIE MENARINI**

**CD BEAUTY SYSTEM**

**DERM MED**

**IVATHERM**

**ITALTRADE**

**LC RHEA MEDICAL**

**MEDEXPERT**

**PRIMOVENO**

**PRO LIFE PHARM**

**SODIMED**

**TEMCO**

**VIM SPECTRUM**

**ZDROVIT**

**DERMSILK**

**ELMED**

**MICRODERMA**

**PAN D'OR**



# SUMAR

<b>COMUNICĂRI</b> .....	<b>1</b>
SESIUNEA ANTI-AGING (A 1 – A 8).....	3–7
SESIUNEA INFECȚII (B 1 – B 6) .....	7–12
SESIUNEA COLAGENOZE, DERMATITE (C 1 – C 7).....	12–16
SESIUNEA BULOASE (BU 1 – BU 4) .....	16–19
SESIUNEA PSORIAZIS (PSO 1 – PSO 7).....	20–24
SESIUNEA TUMORI NEMELANOCITARE (T 1 – T 10) .....	24–32
SESIUNEA LEZIUNI MELANOCITARE (M 1 – M 6).....	32–34
SESIUNEA VARIA (V 1 – V 7) .....	35–37
SESIUNEA TERAPIE 1 (X 1 – X 8).....	37–40
SESIUNEA TERAPIE 2 (X 9 – X 15).....	40–44
SESIUNEA PENTRU REZIDENȚI „ACAD. ȘT. GH. NICOLAU“ (R 1 – R 17) .....	44–55
<b>SIMPOZIOANE</b> .....	<b>57</b>
S1 SIMPOZION LA ROCHE-POSAY & VICHY .....	59–61
S2 SIMPOZION HUMIRA-ABBOTT .....	62–63
S3 SIMPOZION PROCTER & GAMBLE.....	64
S4 SIMPOZION GSK.....	65
S5 WORKSHOP TEOSYAL.....	66–67
S6 SIMPOZION ASTELLAS PHARMA.....	68
S7 SIMPOZION NEPENTES .....	69
S8 WORKSHOP DOVE .....	70
S9 SIMPOZION ASTELLAS PHARMA.....	71–72
S10 SIMPOZION BAYER INTENDIS.....	73
S11 SIMPOZION AVÈNE – CICALFATE .....	74
S12 SIMPOZION AVÈNE – A-DERMA .....	75
S13 SIMPOZION MSD .....	76
S14 SIMPOZION JANSSEN-CILAG .....	77
S15 SIMPOZION ALFA WASSERMANN .....	78–79
<b>POSTERE – P1-P 78</b> .....	<b>81–124</b>

# COMUNICĂRI





**SESIUNEA ANTI-AGING (A 1 – A 8)**

**Joi 18 noiembrie 2010**

**orele 9:00–10:00**

**Sala Londra**

**Prezidiu:**

**Prof. Dr. Zenaida Petrescu**

**Prof. Dr. Olga Simionescu**

**Prof. Dr. Oana Coman**

**Conf. Dr. Laura Solovăstru**

**A 1**

**APA ECHILIBRATĂ ÎN DEUTERIU - DEUTERIUM  
DEPLETED WATER - FÂNTÂNĂ A TINEREȚII:  
MIT SAU REALITATE**

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

Apa obișnuită de suprafață (H<sub>2</sub>O) are un conținut de aproximativ 145 ppm Deuterium.

Deuteriul (D) este un izotop stabil de hidrogen, care conține 2 protoni în nucleu ceea ce îi conferă masa nucleară 2 și este cunoscut sub denumirea de "hidrogen greu" spre deosebire de atomul de hidrogen care conține un singur proton și are masa nucleară 1.

Apa care are în moleculă Deuteriu (D<sub>2</sub>O) este cunoscută sub denumirea de "apa grea", și este folosită pe scară largă în centralele atomice nucleare pentru controlul reacțiilor nucleare generatoare de energie. Apa grea are efecte biologice inhibitorii.

Apa obișnuită din care se extrag atomii de deuterium este cunoscută sub numele de "apa ușoară" și are efecte biologice benefice spectaculoase:

- intervine în reglarea metabolismelor glucidelor, colesterolului și altor lipide;
- îmbunătățește metabolismul celular energetic și constituțional;
- intervine în proliferarea epidermică și a fibroblastilor: Reduce producțiile celulare cutanate (adesea cu semnificație descuamativă), scuame, keratoze, papiloame etc.;
- îmbunătățește performanța balanței hidrice (fiind o apă hipotona se absoarbe mult mai repede și în cantități mai mari în interiorul celulelor), exercitând un excelent efect hidratant;
- are efect imunomodulant;
- este implicată în întârzierea îmbătrânirii celulare: crește de 3-4x speranța de viață a trandafirilor și a dublat speranța de viață a soriceilor;
- controlează proliferarea celulelor neoplazice;

Aplicații:

- a) gama "Deuteria Lux" de produse dermatocosmetice pe baza de apă săracită în deuteriu și asocieri de principii active naturale cu efecte benefice deosebite în întreținerea calității generale a pielii - hidratare, emolieră, catifelare -, întârzierea îmbătrânirii cutanată, terapia psoriazisului, tratamentul vitiligo, îngrijirea dermatitei atopice și a tenului sensibil, terapia xerodermiei și eczemelor cronice;
  - b) controlul proliferărilor neplazice
- Efectele biologice și aplicațiile clinice discutate sunt exemplificate prin cazistica personală

**A 2**

**TERAPIA ADJUVANTĂ PRIN  
DERMATOCOSMETICE CU APĂ ECHILIBRATĂ  
ÎN DEUTERIU "DEUTERIA LUX"  
ÎN DERMATOZELE UZUALE**

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

Dermatocosmeticele "DEUTERIA LUX" pe baza de Apă Echilibrată în Deuteriu și asocierii complexe de principii active naturale și-au dovedit efectul benefic adjuvant într-o serie de dermatoze uzuale.

Sunt discutate mecanismele de acțiune, metoda și tehnica utilizării dermatocosmeticelelor DEUTERIA LUX în terapia adjuvantă a unor dermatoze precum: psoriazisul, dermatita atopică, vitiligo, acnea, melano-dermii, eczema, ten sensibil, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative în lumina experienței personale.

**A 3**

**DEUTERIA LUX CREMA ANTIRID  
ANTIÎMBĂTRÂNIRE CUTANATĂ PE BAZĂ DE DDW  
ÎMBOGĂȚITĂ CU EXTRACTE DE MICROALGE  
NANNOCROLPIS OCULATĂ ȘI DIPEPTIDE MIM  
DE VENIN DE VIPERĂ DE TEMPLU**

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

Înțelegerea superioară a mecanismelor îmbătrânirii cutanate a permis ca în noile generații de produse dermatocosmetice să fie incluse, pe lângă de acum devenitele clasice principii active naturale precum: uleiurile vegetale (de Jojoba, de măsline, de semințe de strugure), vitaminele E, A, C, extractele de Aloe Vera, Conzima Q10 și principii active cum sunt dipeptidele, tri- sau pentapeptidele cu efecte clinice antirid spectaculoase.

Dipeptide Diaminobutyroyl-ul mimează efectul antirid al Waglerinei, principiul activ extras din Veninul de

Vipera de Templu ( *Tropidolaemus Wagleri*) care in experimentele de laborator s-a dovedit ca reduce frecventa contractiei musculare cutanate cu 82% la 2 ore, efect care se mentine in timp (la 48 de ore dupa aplicarea Diaminobutyroyl Dipeptidului se mentine redusa frecventa contractiei musculare cutanate cu 67 %). Se stie ca Toxina Botulinica ( Botox-ul), injectata in piele, inhiba complet contractia muschilor cutanati. Asadar putem concluziona ca Diaminobutyroyl Dipeptidul are, in experimentalul de laborator, 82% din puterea toxinei botulinice.

Cremele dermatocosmetice cu concentratii active de Dipeptid Diaminobutyroyl, aplicate de 2 ori pe zi , reduc cu 52% marimea ridurilor in 28 de zile, asa dupa cum au dovedit testele clinice in cadrul carora s-a cercetat modificarea parametrilor Ra de netezire si Rz + Rt antirid.

Nivelul de sofisticare al strategiei de concepere de noi formule de creme antirid a crescut atunci cand in produsele dermatocosmetice s-a introdus extractul de microalge *Nannochloropsis Oculata*, care reduce rapid ridurile prin cresterea sintezei cutanate de collagen (in experiment creste cu 67% sinteza de collagen in fibroblastii din pielea umana) si protejeaza de imbatranirea prematura prin blocarea distrugerii fibroblastilor - celulele cheie in imbatranirea cutanata-prin radicalii activi. In experiment extractul de *Nannochloropsis Oculata* protejeaza cu 48% fibroblastii umani de stresul oxidativ indus de radicalii de peroxid de hidrogen. Altfel spus, daca in fiecare zi ar trebui sa moara 2 fibroblasti unul dintre ei este salvat de extractul de *Nannochloropsis Oculata*, ceea ce s-ar traduce prin reducerea cu aproximativ 50% a vitezei de imbatranire cutanata.

Al treilea nivel de sofisticare in producerea cremelor dermatocosmetice cu efect antiimbatranire cutanata este reprezentat de folosirea in compozitia cremelor a apelor speciale care si-au dovedit un excelent efect antiimbatranire, asa cum este Apa cu continut redus in Deuteriu - un izotop natural stabil de hidrogen -, obtinuta in Romania gratie unei tehnologii brevetate si recompensate cu medalii si Diplome de Aur la cele mai prestigioase Targuri de inventica din lume, care apa, in experiment pe soricea si flori, creste speranta de viata cu de peste 2x.

DEUTERIA LUX CREMĂ ANTIRID ANTI-ÎMBĂTRÂNIRE CUTANATĂ ÎMBOGĂȚITĂ CU EXTRACTE DE MICROALGE ȘI DIPEPTIDE MIMETICE DE VENIN DE VIPERĂ DE TEMPLU îndeplinește toate aceste cerințe.

A 4

#### BIOREGENERAREA CUTANATĂ CU FACTORI DE CREȘTERE ȘI CELULE STEM UTILIZÂND EXTRACTE ÎMBOGĂȚITE DE PLASMĂ ȘI PLACHETE AUTOLOGE

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

Intre produsele autologe destinate combaterii imbatranirii si producerii regenerarii si remodelarii faciale si corporale, grasimea, utilizata prin tehnica lipofilingului, se bucura de o pozitie privilegiata, in ciuda numeroaselor neajunsuri ale metodei ( rezultate pasagere, prelevare greoaie, pierderi importante la manevrare si readministrare, reactii inflamatorii importante legate de fenomenul de lipoliza fiziologica, etc.)

Un nou produs autolog , extractele imbogatite de plasma si plachete, a fost dezvoltat, concomitent cu imaginarea unei tehnici adecvate de prelucrare si administrare, pentru cresterea eficacitatii si reducerea inconvenientelor legate de tehnicile precedente.

Tehnicile de biostimulare si regenerare cutanata si nu numai, utilizeaza produse autologe furnizata de propriul sange al pacientului, extracte imbogatite de plasma, plachete si celule stem. Aceste extracte contin peste 60 de factori de crestere si control tisular , dintre care cei mai importanti sunt:

- PDGF (Platelet Derived Growth Factor) care controleaza replicarea si proliferarea fibroblastilor si keratinocitelor, augmenteaza sinteza de collagen si elastina, produce angiogeneza si vascularizatie, produce chemoatracie pentru macrofage si fibroblaste;
- TGF alpha si beta (Transforming Growth Factor) care induce formarea de tesut de sustinere (collagen) si stimuleaza proliferarea si migratia celulara;
- ILGF (Insulin-Like Growth Factor) care controleaza proliferarea si migratia celulara;
- EGF (Epidermal Growth Factor) responsabil cu diferentierea celulara, reepitelizare si angiogeneza;
- BFGF (Basic Fibroblast Growth Factor)
- VEGF (Vascular Endothelial Growth Factor)
- HGF (Hepatocyte Growth Factor), toti fiind responsabili in ultima instanta de diferentierea celulara, reepitelizare, migratia celulara si angiogeneza.

Sunt discutate tehnicile de obtinere a extractelor imbogatite de plasma si plachete, tehnicile de administrare, profilul de siguranta pe termen scurt si lung si rezultatele obtinute in epitelizarea ranilor atone, cicatrizarea ulcerelor cronice vasculare si diabetice, in regenerarea si remodelarea faciala si corporala (decolteu, maini), regenerarea parului, stergerea ridurilor, etc., in lumina datelor din experienta internationala si personala.

A 5

**INOVAȚIE ÎN TERAPIA ANTI-AGING:  
CELULELE STEM VEGETALE**Rucsandra Hurezeanu  
lvatherm

Procesul de îmbătrânire a pielii este un proces complex care determină modificări structurale și funcționale. Semnele histologice caracteristice îmbătrânirii cronologice sunt reducerea grosimii epidermului prin scăderea numărului de keratinocite, aplatizarea jonctiunii dermo-epidermice, dezorganizarea și reducerea numărului fibrelor matricei dermului (colagen, elastina și GAG). Pentru a remodela structura tesuturilor alterate, cercetătorii depun permanent un urias efort în sensul elucidării mecanismelor complexe care stau la baza procesului de îmbătrânire și identificarea de noi molecule active. În căutarea soluțiilor anti-ageing la nivelul pielii, s-au descoperit ingrediente active care să influențeze mecanismele de regenerare la cel mai intim nivel: celulele stem epidermice.

PhytoCellTech Alp Rose reprezintă cea mai nouă strategie de regenerare a epidermului și păstrare a tinereții pielii. Pentru inovație și eficiență în cosmetologie, ingredientul a primit premiul juriului Conferinței Internaționale "In Cosmetics", Amsterdam, 2008.

A 6

**ANOMALIILE EXPRESIEI PROTEINEI P53  
ÎN MANIFESTĂRI CUTANATE**

Zenaïda Petrescu\*, Ioana Iosep\*\*, Niculina Florea\*\*\*, Luminița Ioan\*\*, D. Ferariu\*\*\*, Daniela Vasiliu\*, Cristina Bîrsan\*, Elda Ziu\*, R. Prună\*, Laura Stătescu\*

\* Disciplina Dermatologie, U.M.F. "Gr. T. Popa" Iași

\*\* Lab. Anat. Patol. Spitalul Militar Iași

\*\*\* Lab. Anat. Patol. Spitalul Clinic Univ. "Sf. Spiridon" Iași

Proteina p53, o fosfoproteină de 53 kDa, compusă din 393 aminoacizi, este localizată în nucleu și este produsul unei gene situate pe brațul scurt al cromozomului 17, în regiunea 17p13, susceptibilă pentru mutații. În forma sa naturală "nativă", proteina p53 se poate lega de ADN prevenind intrarea celulelor în faza S, fiind desemnată drept "gardianul" genomului.

În celula normală proteina p53 este produsă în cantități foarte mici, rapid degradată și nedetectabilă prin metode imunohistochimice uzuale. Mutația genei p53 determină însă producerea de proteină p53 anormală, mai lent degradabilă, care se acumulează în celulă. Sunt mai mulți anticorpi monoclonali sau policlonali folosiți pentru detectare, reacționând cu nucleul celulelor, ocazional legându-se de citoplasmă.

Anomaliile genei p53 și a expresiei proteinei p53 au fost frecvent demonstrate în manifestări precanceroase cutanate și tumori cutanate (keratoze actinice, porokeratoză actinică, boală Bowen, boală Paget extramamară, keratoacantom, carcinoame bazocelulare și scuamocelulare, rar în melanoame).

Proteina p53 a fost cercetată la pacienți internați în Clinica Dermatologică Iași în perioada 2000 – 2009) prin metoda avidin-biotină-peroxidază, cu anticorp monoclonal anti-p53, într-un caz de porokeratoză actinică diseminată superficială și 25 cazuri de carcinom scuamocelular. În porokeratoza actinică proteina p53 a fost evidențiată în puțini nuclei ai keratinocitelor (reacție slab pozitivă). În carcinoamele scuamocelulare reacția a fost intens pozitivă în 84% din cazurile luate în studiu. Expresia crescută a proteinei p53 este considerată o modificare precoce în carcinogeneza cutanată, corelându-se pozitiv cu proliferarea celulară și negativ cu apoptoza. Creșterea p53 poate fi legată de mutații ale genei p53, rezultând o proteină anormală, nefuncțională, lent degradabilă, sau de alte mecanisme moleculare, insuficient clarificate.

A 7

**O COMBINAȚIE UNICĂ:  
ACID HIALURONIC ȘI UREE ÎN TRATAMENTUL  
ANTI-RID PENTRU PIELEA USCATĂ**

Magda Constantin

U.M.F. „Carol Davila”, Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, București

Centrul de cercetare a pielii din Hamburg - Beiersdorf se mândrește cu un secol de experiență în cercetare și peste 1000 de specialiști dezvoltându-și produsele în strânsă colaborare cu medici dermatologi și bazându-și activitatea pe cele mai noi descoperiri legate de îngrijirea pielii.

Metodele actuale de îngrijire anti-rid a pielii faciale, au drept scop remodelarea acesteia, incluzând și utilizarea acidului hialuronic – ingredient natural cu efecte imediate.

Acidul hialuronic, componenta esențială a substanței fundamentale dermice, cu rol important de susținere prin proprietățile sale elastice și de hidratare tisulară, diminuează drastic odată cu senescența pielii, determinând ridarea acesteia.

Combinăția unică de acid hialuronic și uree 5% se regăsește în produse de ultimă generație, destinate tegumentelor uscate pe care le hidratează intens și de durată, îmbunătățindu-le tonusul și diminuându-le ridurile superficiale și profunde. Acestor elemente principale li se adaugă și alți constituenți activi (saponină, ceramide) care intensifică și conferă suport funcțional ingredientelor de bază.

Utilizarea acestor ingrediente naturale, acidul hialuronic și urea generează un profil farmacologic sigur, cu beneficii clar demonstrate asupra hidratării și tonifierii pielii uscate, cu efect restructurant vizibil imediat asupra ridurilor superficiale și profunde ale feței. Combinația este utilizată cu succes și ca tratament adjuvant pentru pacienții diagnosticați, de pildă cu dermatită atopică sau psoriazis.

## A 8

### AN INCREASING DEMAND FOR MORE PERSONALIZED ACCESSIBLE HEALTHCARE IN AN AGING WORLD

Oana Andreia Coman\*, Marilena Ianculescu\*\*, Monica Pârvan\*\*, Vasile Benea\*\*\*, Simona Roxana Georgescu\*, Laurențiu Coman\*

\* University of Medicine and Pharmacy "Carol Davila", 8 Eroilor Sanitari Blvd, Bucharest, Bucharest, Romania

\*\* National Institute for R&D in Informatics (ICI), 8-10 Maresal Averescu Blvd, Bucharest

\*\*\* Dermatovenerology, Clinical Hospital of Dermatovenerology, 216, Calea Serban Voda, Bucharest, Romania

Citizens are increasingly using the health informatics systems for their own health education and participation in healthcare. They are becoming the consumers of a wide range of health information, goods and services offered on the Internet.

Health promotion for the increasing aging population is an urgent and essential task because evidence indicates that health promotion interventions can extend longevity and improve quality of life.

The healthcare system is extremely complex and it is currently undergoing a massive transformation with rapid advances in technology. Nowadays there is an increasing need to achieve improved efficiency in the healthcare sector. Demographic shifts, medical innovations and the huge spreading of Information Communication and Technology (ICT) are changing the way people deal with medical information. Consumers of medical information feel more confident and empowered, their knowledge increases and their health status improves due to the modern Health Informatics Systems (HIS).

Health Informatics Systems are changing the way health information is disseminated and managed, but implementation is a difficult task in which social and cultural issues must be addressed.

Health informatics involves applying an understanding of computer technology, medical knowledge and organisational processes to develop new systems for healthcare delivery.

While exacerbated by an aging population, poor lifestyle choices remain one of the main issues that lead to increased costs of healthcare. The key challenge is convincing individuals to change deeply ingrained

lifestyle habits. The increased focus on behavioral modification requires IT specialists and health professionals to profoundly re-think how they design, communicate, and deliver Health Informatics Systems. A central role for HIS will be to support people in taking responsibility for and managing their own healthcare, from home, within their own country but also across the EU.

Aiming to provide reliable, relevant, and understandable online health information for consumers, a health informatics system called "*Multidisciplinary Complex System for the Efficient Management of the Anti-Aging Information - AgingNice*" is created to provide appropriate, relevant and useful health information for any person interested in the anti-aging domain. It is a complex system that demonstrates that the information technologies have a deep integrator character, both at the level of the information management and at the one of the development of the modern health systems.

AgingNice is a research project developed inside the National Research Development Innovation Plan for the period 2007-2013 (NP II) is the main instrument by which the Romanian National Authority for Scientific Research (NASR) is implementing the National Strategy for RDI.

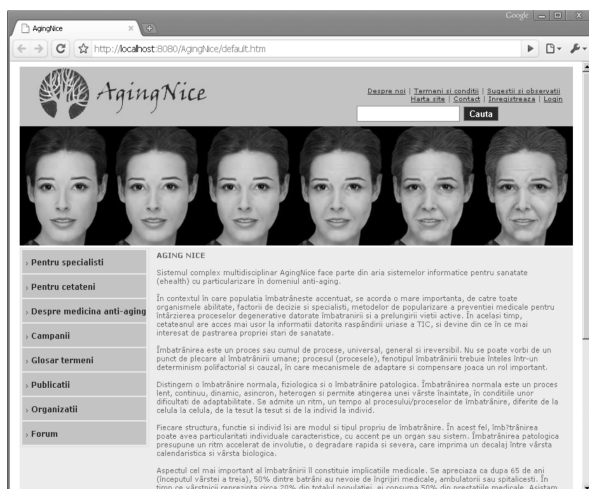
The project is developed by a complex partnership under the coordination of the National Institute for R&D in Informatics, and the partners involved are: „Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy; Biotehnos S.A., “Prof. dr. Scarlat Longhin” Clinical Hospital of Dermatovenerology, Academy of Economic Studies, Creative Software Grup S.R.L.

The partnership ensures a multidisciplinary collaboration among physicians, biologists, IT specialists and researchers, a key element for an efficient management of the anti-aging domain.

AgingNice comprises tools and information concerning anti-aging methods and strategies, clinical and laboratory investigations for aging preventing, anatomical modifications, educational models, self-evaluation tests, defining a personalized demeanor, tendencies in the anti-aging biomedicine, anti-aging campaigns and applications for facilitating the dissemination of the therapeutic protocol, study cases and recent research among the specialists.

With the help of the disseminated information, it is obtained the raising of the degree of awareness and the changing of people’s mentality regarding the necessity of modifying the lifestyle, to make a person more responsible about his own state of health in order to prolong the autonomy and the quality of life till an advanced age.

The beneficiaries of the web application are the average citizen, professionals interested in the field of anti-aging and organizations and bodies with powers on the health status of the population.



*AgingNice Main Page*

Now is the time for Health Informatics Systems to enhance patients' lives and to offer new tools to health professionals; they can help addressing the major challenges brought by demographic changes and offer major opportunities for the citizens in order to improve their state of health.

**SESIUNEA INFECȚII (B 1 – B 6)**

**Joi 18 noiembrie 2010**

**orele 9:00–10:00**

**Sala Roma**

**Prezidiu:**

**Prof. Dr. Dan Forsea**

**Prof. Dr. Gheorghe Mușet**

**Conf. Dr. Simona Roxana Georgescu**

**B 1**

**CYTOKINE VARIATIONS IN HIV ASSOCIATED CUTANEOUS MANIFESTATION**

Carmen Pavelescu

AIDS is known to cause a shift of cytokines in the periphery. Infection with HIV leads to a decrease in cell-mediated immunity resulting in a variety of opportunistic infections of viral, bacterial and fungal etiology. Nearly all HIV-infected individuals exhibit some dermatologic disorder attributable to progressive immunodeficiency during the course of the infection. With the advent of highly active antiretroviral therapy, drug reactions have become more frequent. HIV/AIDS patients can have reactions to antiretroviral medications, including a morbilliform rash, urticaria, Stevens-Johnson syndrome and drug hypersensitivity syndrome. Cutaneous manifestations of infectious and non-infectious causes are frequently reported in HIV patients. Some infectious diseases, such as herpes simplex, herpes zoster, syphilis, lipodystrophy, bacterial folliculitis and dermatophytosis, are commonly observed in the general population but may have a severe or recalcitrant course in HIV/AIDS patients. Most of the viral infections observed with HIV and AIDS are common in the general population. In the immunocompromised population, however, the manifestations of such disease may be more severe, associated with complications, or be resistant to common treatment modalities. Genital herpes (caused by HSV), shingles (caused by herpes zoster), molluscum contagiosum (caused by a poxvirus) and condyloma acuminatum (caused by human papillomavirus) fall into this category. Other cutaneous manifestations of viral infection, such as oral hairy leukoplakia, due to Epstein-Barr virus (EBV), and Kaposi's sarcoma, associated with human herpesvirus (HHV)-8, are limited to HIV-positive patients. However, the cytokine variations in blood of patients with HIV associated skin diseases have not been clearly defined.

In order to broadcast an hypothesis, we introduced in the study 107 patients HIV+ with cutaneous manifestations, were we determined TNF  $\alpha$ , resistin and IL-6. We found that these diseases could be distinguished from one another by their profiles of cytokine expression.

**Keywords:** HIV-cutaneous manifestations, cytokines, IL-6, TNF  $\alpha$ , resistin.

B 2

### STUDIUL INFECȚIEI CU CHLAMYDIA TRACHOMATIS LA PERSOANE CU SIMPTOMATOLOGIE ÎN SFERA GENITALĂ

Pătrașcu V., Stoica L.E., Vilcea A. M., C. C. Radu  
Clinica Dermatologie, U.M.F. Craiova

Chlamydia trachomatis este o bacterie intracelulară obligatorie și aparține familiei Chlamydiaceae. Se prezintă sub formă de corpi elementari (forma infecțioasă extracelulară) și corpi reticulați (forma de replicare intracelulară). Forma extracelulară infecțioasă începe ciclul atașându-se de membrana unei celule gazda sensibile.

Infecția cu Chlamydia trachomatis poate determina următoarele boli:

- Trahom - cauza cea mai răspândită a orbirii în țările în curs de dezvoltare
- Conjunctivita cu incluziuni, întâlnită la nou născut pe cale naturală de către mama infectată cu Chlamydia trachomatis
- Pneumonie cu Chlamydia trachomatis
- Conjunctivita de piscină
- Limfogranulomatoza veneriană (sin. Boala Nicolas Favre) cauzată de serotipurile L1, L2, L3
- Uretrite cu Chlamydia trachomatis, serotipurile D-K. Reprezintă aproximativ 50% din uretritele nongonococice la bărbați
- Cervicita cu Chlamydia trachomatis
- Sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter (uretrita, cervicita, artrita, semne cutaneomucoase; predomină la bărbați. Sex ratio M/F =50/1)
- Infecții asimptomatice, întâlnite la 1-7% dintre bărbații activi sexual și 5-20% dintre femeile tinere

**Complicațiile** infecției genitale cu Chlamydia trachomatis sunt: la *bărbați*, epididimita, prostatita, sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter; la *femei*, salpingita cel mai adesea subacută sau cronică. La femeile tinere, Chlamydia trachomatis este responsabilă de 50% dintre salpingite; sarcina extrauterină; sterilitate tubară. Chlamydia trachomatis este responsabilă de 70% din cazurile de sterilitate tubară; endometrita; boala inflamatorie pelvină și, mai rar, sindromul Fiessinger-Leroy-Reiter.

**Diagnosticul** infecției cu Chlamydia trachomatis

- Izolarea Chlamydia trachomatis pe celule (ex. HeLa 229); specificitate aproape 100%; sensibilitate 50-80%; metodă rezervată laboratoarelor specializate. Se recoltează de la nivelul endocolului și uretrei la femei și din uretră la bărbați (grataj de mucoasă).
- Tehnici de biologie moleculară (examen PCR) sunt tehnici de referință. Recoltare: la bărbați 10-20 ml din primul jet de urină, la cel puțin 2 ore de la prima micțiune; la femei de la nivelul endocolului și din primul jet de urină.
- Detectarea directă a Chlamydia trachomatis cu anticorpi monoclonali fluorescenți.
- Evidențierea reacției imunitare a gazdei față de Chlamydia. Totuși rezultatele sunt greu de interpretat.

**Tratamentul** infecției genitale cu Chlamydia trachomatis se face cu unul din următoarele antibiotice: Doxiciclina 100 mg 2x/zi, 7 zile; Azitromicina 1g, doză unică. Alternative terapeutice: Eritromicina 500 mg de 4 ori/zi, 7 zile; Ofloxacină 200 mg de 2 ori/zi, 7 zile; Tetraciclina 500 mg de 4 ori/zi, 7 zile; Amoxicilina 500 mg de 3 ori/zi, 7 zile; Roxitromicina 150 mg de 4 ori/zi, 7 zile; Claritromicina 250 mg de 2 ori/zi, 7 zile

#### **Bolnavi și metodă**

- Lot de studiu: 104 cazuri (70M, 34F, vârstă 13 - 63 ani) care s-au adresat, pentru diverse acuze în sfera genitală
- Perioada de studiu: noiembrie 2009 - septembrie 2010 S-au făcut următoarele investigații:
  - Chlamydia Rapid test card (Buffer/urină): detectarea rapidă a antigenului Chlamydia trachomatis în tampon de col uterin la sexul feminin și în tampon uretral la bărbați
  - Test imunoenzimatic, utilizând kiturile EIA gen Chlamydia t. IgG kit și EIA gen Chlamydia t. IgM kit pentru detectarea anticorpilor anti Chlamydia trachomatis prezenți în ser

#### **Rezultate**

- Determinarea în ser a anticorpilor IgM și IgG anti-Chlamydia trachomatis a fost pozitivă la 41 persoane din cele 104 examinate (39.42%)
- Determinarea calitativă a antigenului Chlamydia trachomatis în urină la 11 persoane a fost negativă.
- Determinarea calitativă a antigenului Chlamydia trachomatis în secreția uretrală am efectuat-o la 14 bolnavi, fiind pozitivă la un caz.
- Cele 41 cazuri (23M, 18F, vârsta medie 29.55 ani) cu rezultate pozitive au prezentat:
  - Posibilă infecție recentă (IgG -/IgM+; IgG +/IgM+) - 27 bolnavi
  - Posibilă infecție anterioară, reinfecție sau infecție cronică (Ig G+/Ig M -) la 14 bolnavi

Toate cele 41 persoane au primit tratament cu ofloxacinum 400mg/zi, zece zile, urmat de ameliorarea simptomatologiei la 26 dintre acestea.

#### **Concluzie**

Chlamydia trachomatis reprezintă o cauză frecventă a simptomatologiei din sfera genitală care poate fi remisă în urma tratamentului cu ofloxacinum.

**STUDY ON CHLAMYDIA TRACHOMATIS IN PATIENTS WITH GENITAL SYMPTOMS**

Chlamydia trachomatis is an obligatory intracellular bacterium and belongs to the Chlamydiae family. It presents as elementary bodies (extracellular infective form) and reticulate bodies (intracellular replicative form). The extracellular infectious form begins the cycle attaching on host cell membrane.

Infection with Chlamydia trachomatis can cause the following diseases:

- trachoma - the most common cause of blindness
- conjunctivitis with inclusions, found in the newborn, infected by the mother with Chlamydia trachomatis
- Chlamydia trachomatis pneumonia
- pool conjunctivitis
- Venerian lymphogranulomatosis (sin. Nicolas Favre disease) caused by serotypes L1, L2, L3
- urethritis with Chlamydia trachomatis, serotypes DK. It represents approximately 50% of non-gonorrhoeic urethritis in men
- Chlamydia trachomatis cervicitis
- Fiessinger-Leroy-Reiter syndrome (urethritis, cervicitis, arthritis, mucous and cutaneous signs, predominant in males. Sex ratio M / F = 50 / 1)
- asymptomatic infections, found in 1-7% of sexually active men and 5-20% of young women

**Complications** of Chlamydia trachomatis genital infections are: in men, epididymitis, prostatitis, Fiessinger-Leroy-Reiter syndrome; in women, salpingitis often subacute or chronic. In young women, Chlamydia trachomatis is responsible for 50% of salpingitis, ectopic pregnancy, tubal infertility. Chlamydia trachomatis is responsible for 70% of cases of tubal infertility, endometriosis, pelvic inflammatory disease and, rarely, Fiessinger-Leroy-Reiter syndrome.

**Diagnosis** of Chlamydia trachomatis infection:

- Isolation on cells (HeLa 229), almost 100% specificity, sensitivity 50-80%, method reserved for specialized laboratories. It is harvested from the cervix and urethra in women and from the urethra in men (mucosal scraping).
- molecular biology techniques (PCR test) are the best techniques. Harvest: in men 10 to 20 ml of the first jet of urine after at least 2 hours after the first urination, in woman from the first urine jet and from cervix.
- direct detection of Chlamydia trachomatis with fluorescent monoclonal antibodies.
- Highlighting the host immune response against Chlamydia. However, the results are difficult to interpret.

**Treatment** of genital infection with Chlamydia trachomatis uses one of the following antibiotics: Doxycycline 100 mg 2x /zi, 7 days; Azithromycin 1g, single dose. Therapeutic alternatives: Erythromycin 500 mg four times a day, 7 days; Ofloxacin 200 mg 2 times a day, 7 days; Tetracycline 500 mg four times a day, 7 days; Amoxicillin 500 mg 3 times a day, 7 days; Roxitromycin

150 mg four times a day, 7 days, clarithromycin 250 mg two times a day, 7 days.

**Patients and method**

- study lot: 104 cases (70 M, 34 F, age 13-63 years) were sent to various allegations in the genital area
  - Study Period: November 2009-September 2010
- Were made following investigations:
- Chlamydia Rapid Test Card (buffer / urine): rapid detection of Chlamydia trachomatis antigen in cervical swab in women and urethral swab in men
  - immunoassay test using EIA kits like t.Chlamydia IgG EIA kit and t.Chlamydia IgM kit for antibodies present in serum

**Results:**

- Determination of serum IgM and IgG antibodies anti-Chlamydia trachomatis was positive in 41 of the 104 people examined (39.42%)
- qualitative determination of Chlamydia trachomatis antigen in urine from 11 individuals was negative.
- qualitative determinations of Chlamydia trachomatis antigen in urethral secretion were made in 14 patients, being positive in one case.
- The 41 cases (23 M, 18F, mean age 29.55 years) showed positive results:
  - Possible recent infection (IgG -/IgM +, IgG + / IgM +) - 27 patients
  - Possible previous infection, reinfection or chronic infection (IgG + / IgM -) in 14 patients

All 41 persons were treated with ofloxacinum 400mg/zi ten days, followed by improvement of symptoms in 26 of them.

**Conclusion**

Chlamydia trachomatis is a common cause of genital symptoms which can be resolved after treatment with ofloxacinum.

B 3

**EVOLUȚIA INFECȚIILOR TRANSMISIBILE SEXUAL ÎN ROMANIA ÎN 2009**

Vasile Benea\*, Simona-Roxana Georgescu\*,  
Viorica Gheorghiu\*\*, Elisabeta Otilia Benea\*\*\*

\* Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin", București.

\*\* Institutul de Sănătate Publică București.

\*\*\* Institutul de Boli Infecțioase „Matei Balș” București

**Obiectiv:** analiza evoluției incidenței infecțiilor transmise sexual (ITS) majore în 2009 în România.

**Material și metodă.** Studiul a fost realizat pe baza datelor înregistrate la Centrul Dermato-venerologic București prin monitorizarea rețelei de dermatovenerologie și la Institutul de Sănătate Publică București. S-a avut în vedere evaluarea evoluției sifilisului, a gonoreei și a infecției HIV/SIDA la bolnavii cu ITS.

**Rezultate.** În 2009 au fost înregistrate 3236 de cazuri noi de sifilis. Incidența sifilisului a crescut continuu, de la

7,1°/0000 în 1986, la 19,8°/0000 în 1989, 55,9°/0000 în 2001 și 58,53°/0000 în 2002, după care a început să scadă (15,07°/0000 în 2009). De asemenea a crescut și numărul de cazuri de sifilis congenital: nici un caz în 1986, 8 cazuri în 1989, 167 de cazuri în 2000 și 423 de cazuri în 2001; ulterior, după introducerea unor criterii mai riguroase de raportare, numărul acestora a scăzut drastic (7 cazuri în 2008). În mod paradoxal, incidența gonoreei a scăzut, de la 57,4°/0000 în 1986, la 35,7°/0000 în 1989 și 2,9°/0000 în 2009 (622 cazuri raportate). Prevalența infecției HIV la bolnavii cu ITS testați la Centrul Dermato-venerologic începând cu anul 1988 este sub 1% (0,77% în 2007). Tinerii care provin din medii defavorizate constituie principala categorie cu risc crescut față de ITS.

**Concluzii.** ITS continuă să reprezinte o problemă majoră de sănătate publică. Principala caracteristică a dinamicii incidenței ITS în ultimele decade în România o constituie creșterea incidenței sifilisului și scăderea incidenței gonoreei.

#### THE INCIDENCE OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS IN ROMANIA IN 2009

**Objective:** to analyze the evolution of incidence of some sexually transmitted infections (STI) in Romania in the transition period.

**Methods:** The study is based on data recorded at National Dermato-venereological Center Bucharest and Public Health Institute Bucharest. We had in view to evaluate the evolution of incidence of syphilis, gonorrhoea, and HIV infection/AIDS and to identify the main factor implicated in this evolution.

**Results:** In 2009 were recorded 3.236 new cases of syphilis. The incidence of syphilis has risen steadily from 7.1°/0000 in 1986 to 19.8°/0000 in 1989, 58.5°/0000 in 2002 and decreased to 15.07°/0000 in 2009. The incidence of congenital syphilis is also increasing, from no cases in 1986 to 423 cases in 2001 and decreased to 7 cases in 2009. Paradoxically, the incidence of gonorrhoea is decreasing, from 57.4°/0000 in 1986 to 35.7°/0000 in 1989 and to 2.9°/0000 in 2009 (622 cases). The prevalence of HIV infection in patients with STI tested at Dermato-venereological Centre Bucharest is around 0.51%. Those at greatest risk for STD are the young, economically deprived, residents of the inner city. **Comments:** STI are a public health problem of major significance in Romania. Between main factors that promote the increasing of STI (the incidence of gonorrhoea is underestimated due the unreferrence of all cases) are the modification of sexual behavior, prostitution, degradation of socioeconomic condition, deficiencies in health behavior, and lack of specific legislation.

B 4

#### OPTIMIZAREA DIAGNOSTICULUI SEROLOGIC AL SIFILISULUI. AVANTAJELE REACȚIEI IMMUNOBLOT

Tabuica O., Mușet Gh., Betiu M.

Catedra Dermatovenerologie USMF "N. Testemițanu", Chișinău, Republica Moldova

Sifilisul rămâne în continuare o problemă a sănătății publice. O tendință modernă este evoluția trenantă a procesului infecțios, remarcându-se o creștere a incidenței sifilisului latent grație patomorfozei acestei infecții și utilizării pe larg a antibioticelor. Pentru menținerea controlului asupra morbidității prin sifilis este necesar un diagnostic precis și rapid al acestei maladii, dar în pofida succeselor diagnosticului de laborator managementul pacienților cu sifilis latent rămâne dificil și controversat. În aceste condiții apar cerințe sporite față de investigațiile de laborator și rezultatele obținute, în baza cărora se va stabili, confirma sau exclude diagnosticul în situațiile dificile sau echivoce, ținând cont de aspectul juridic și social al acestei maladii.

Există situații în care testarea serologică furnizează rezultate negative: testele netreponemice în sifilisul latent tardiv și terțiar sunt fals negative în 30-33% cazuri, reacțiile serologice cu teste netreponemice pot fi fals negative la pacienții cu sifilis malign, imunodeficiențe primitive sau secundare (SIDA, etc.), fenomenul de prozonă. Aceste probleme pot fi soluționate doar printr-o abordare complexă a serologiei sifilisului, care în diverse situații clinice necesită utilizarea diferitelor teste de laborator pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului.

Una din cele mai performante metode de diagnostic în serologia sifilisului este reacția immunoblot (Western blot). În cadrul reacției se utilizează antigenele *Tr. pallidum* cu imunogenitate maximală, având masa moleculară de 15, 17, 45 și 47 kDa, ce permit detectarea anticorpilor în serul bolnavilor în toate fazele maladii și excluderea seropozitivității nespecifice.

**Scopul studiului:** aprecierea sensibilității și specificității reacției immunoblot în sifilisul latent, manifest, determinarea valorii ei diagnostice în diferențierea cu RSFP.

**Material și metode:** în studiu au fost incluși 109 pacienți cu sifilis latent, 83 pacienți cu RSFP, 81 pacienți cu sifilis manifest (lotul de control) și 105 pacienți dermatologici (lotul de control).

Pacienții au fost investigați prin următoarele reacții serologice: RMP (test de microprecipitare), reacția Wasserman, TPHA, testul ELISA, reacția immunoblot.

**Rezultate:** Reacția immunoblot a manifestat o sensibilitate de 100%, o specificitate de 99,1%. Au existat situații clinice, când anume datorită performanțelor



diagnostice reacției imunoblot a fost posibilă stabilirea diagnosticului de sifilis latent sau RSFP

**Concluzii:** Reacția imunoblot poate fi recomandată pentru utilizare ca test de confirmare și de referință în situațiile clinice echivoce, când testele TPHA și ELISA dau rezultate contradictorii și se suspectă a fi fals pozitive. Aplicarea în practică a testului imunoblot va optimiza diagnosticul serologic al sifilisului, facilitând rezolvarea situațiilor clinice dificile.

### SEROLOGICAL TESTS FOR SYPHILIS

Syphilis has several clinical manifestations, making laboratory testing a very important aspect of diagnosis. The problem acquires special importance in the conditions of the high syphilis morbidity in the Republic of Moldova, associated with an enhanced percentage of latent syphilis. Serological tests for syphilis continue to play a major role in the diagnosis and management of the disease and often are the only practical means of diagnosis. The antibodies detected by nontreponemal tests are not only produced as a consequence of treponemal infection, but also in response to other condition where tissue damage occurs. All of the serologic tests for syphilis have been shown to possibly give false results when several different conditions are present: other spirochetal diseases, autoimmune disorders, or human immunodeficiency virus infection. Consequently, the use of a single method is considered insufficient to achieve the best diagnostic performance. The Western blot (WB) method has been used for the last 15 years to investigate the immune response to individual *Treponem pallidum* antigens in sera. This technique is used in some laboratories to resolve questionable results obtained with other treponemal tests; this service may be available through select laboratories. Our studies suggest that Western blot (immunoblotting) are considered the most specific treponemal test and must be used as an alternative to TPHA (Treponema pallidum haemagglutination assay), EIA (Enzyme immunoassay), FTA (fluorescent treponemal antibody) test when these tests give equivocal or conflicting results.

B 5

### O NOUĂ ALTERNATIVĂ DE TRATAMENT TOPIC ÎN PITIRIAZIS VERSICOLOR

C. Giurcăneanu,  
Spital Universitar Elias

Pitiriazis Versicolor (PV) este o afecțiune cutanată frecventă (la tropice prevalența este mai mare de 30%) întâlnită preponderent la adulți tineri de ambe sexe; sunt caracteristice leziuni hipo- sau hiperpigmentate în zone anatomice cu glande sebacee abundente.

Fiind o afecțiune cronică, PV prezintă recurențe multiple, care apar cu frecvență de până la 60% din pacienți după 1 an, și până la 80% la 2 ani de zile. Deoarece fungii *Malassezia* sunt componente normale ai florei saprofite nu se știe sigur de ce anumite persoane dezvoltă PV. Fungii *Malassezia* se transformă din forma saprofita în miceli în situații predispozante ca temperatura înaltă și umiditate, transpirații profuze, factori ereditari, medicație steroidă sau limfoame maligne.

Principalul obiectiv în tratamentul PV este utilizarea unui tratament eficient și sigur care să reducă frecvența recurențelor. În tratamentele topice sunt utilizați sub formă de cremă, soluții sau șampoane agenți antifungici nonspecifici (seleniu sulfid, benzoil peroxid, zinc pirition) sau specifici (azoli – ketoconazol, bifonazol, clotrimazol, miconazol, econazol; alilamine – terbinafină; hidroxipiridonă – ciclopiroxolamină). Succesul tratamentului topic necesită colaborarea pacientului, o motivație bună și compliance crescută din partea acestuia.

Tratamentul oral constă în administrarea de azoli – ketoconazol, itraconazol, fluconazol, și este rezervat pentru cazurile de PV extins, pacienți cu imunitate scăzută, de lipsa succesului sau non-compliance la terapiile locale. Există însă risc crescut de reacții adverse și de interacțiuni medicamentoase, mai ales în cazurile în care absorbția, metabolizarea și excreția diferitelor medicamente au cai comune.

Seleția tratamentului trebuie realizată considerând vârsta pacientului, patologia medicală asociată, durata tratamentului și compliance pacientului, potențialul de interacțiuni medicamentoase, costul terapiei și preferințele medicului și pacientului.

Tratamentul topic ideal ar trebui să fie eficient, ușor de aplicat pe întregul corp, să necesite terapie de scurtă durată, să nu prezinte efecte adverse și să coste rezonabil.

Apariția unui nou produs topic cu ciclopiroxolamină ca substanță activă, condiționat ca gel de dus ce poate fi utilizat la nivelul întregului corp în igiena zilnică este o alternativă interesantă ce reprezintă încă un pas către tratamentul topic ideal. Ciclopiroxolamină este un agent antifungic cu spectru larg, prezintă activitate antibacteriană asupra germenilor Gram pozitivi și Gram negativi și are proprietăți antiinflamatorii. Se recomandă un timp scurt de contact cu tegumentele (5-7 minute), durata de tratament fiind similară cu alte produse topice.

B 6

**LOXOSCELISM – PRIMA OBSERVAȚIE  
DIN ROMÂNIA**

Alexandru Oanță\*, Marius Irimie\*

\* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

**Introducere:** Loxoscelismul este o stare cauzată de mușcătura veninoasă a păianjenului *Loxosceles* având un aspect clinic caracteristic. *Loxosceles* sunt păianjeni care pot fi găsiți peste tot în lume dar îndeosebi în America de Nord, America de Sud și sudul Europei. Prezentăm cazul unui bărbat mușcat de păianjen și prezentând aspectul clinic cutanat de loxoscelism.

**Caz clinic:** Pacient în vârstă de 59 de ani, fără antecedente personale, constată la câteva ore după mușcături multiple de păianjen, apariția unui placard inflamator localizat la nivelul antebrațului stâng. Clinic, în ziua următoare, în momentul consultului se constată prezența unui placard inflamator dureros, cu tendință de extindere centrifugă și acoperit de bule multiple, înconjurat de o zonă ischemică albă și apoi de o zonă inflamatorie realizând de la periferie spre centru aspectul „roșu, alb, albastru”, placardul fiind localizat pe antebrațul stâng. Examinările biologice au fost normale, iar prelevările bacteriologice sterile. În evoluție s-a constatat apariția unei ulceratii necrotice extinse. Tratamentul a fost simptomatic, antibioterapie generală, anatoxină tetanică, iar exereza chirurgicală a necrozei a fost efectuată în ziua 42 de evoluție permițând cicatrizarea completă a ulceratiei. După 6 luni nu s-a constatat recidiva.

**Discuții:** Loxoscelismul este cauzat de veninul păianjenului *Loxosceles*. Mușcătura este deloc sau puțin dureroasă fiind urmată la câteva ore de apariția unui placard inflamator dureros cu evoluție centrifugă, centrat de o veziculă sau bulă, care după trei zile ia aspectul caracteristic de la periferie spre centru: „roșu, alb, albastru”. În 10% până la 15% din cazuri evoluția este marcată de apariția unei ulceratii necrotice profunde. Veninul de *Loxosceles* conține sfigingomielinaza D<sub>2</sub> cauzatoare de necroză cutanată. În zonele endemice prinderea și evidențierea păianjenului nu sunt necesare pentru stabilirea diagnosticului. Tratamentul se bazează pe măsuri simptomatice, antibioterapie generală, anatoxină tetanică. Exereza chirurgicală a necrozei poate fi efectuată după 6-10 săptămâni de evoluție.

**Concluzie:** Loxoscelismul este o cauză de necroză cutanată profundă localizată, cu posibilitatea de a fi întâlnit și în România.

**SESIUNEA COLAGENOZE, DERMATITE  
(C 1 – C 7)**

Joi 18 noiembrie 2010

orele 11:30–12:30

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Ioan Țolea

CP I Dr. Vasile Benea

Conf. Dr. Floare Sărac

C 1

**KERATOACANTOAME MULTIPLE ASOCIATE  
CU LUPUS ERITEMATOS DISCOID  
– PREZENTARE DE CAZ**

Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu, Alina Elena Ilie,  
Alice Rusu, Monica Costescu, Irina Tudose,  
Anca Mihaela Malin  
Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie “Prof. Dr. Scarlat Longhin”,  
Bucuresti

Keratoacantomul este o tumoră benignă cu originea în complexul pilo-sebaceu care trebuie diferențiată de carcinomul spinocelular. Leziunea unică cu regresie spontană este cea mai frecvent întâlnită, dar există și forme cu leziuni multiple. Lupusul eritematos discoid este o dermatoza cronică caracterizată prin leziuni atrofici sau cicatriceale localizate sau difuze.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 36 ani care s-a prezentat pentru numeroase leziuni tip noduli, plăci, placarde, bine delimitate, cu suprafața exofitică, verucoasă, situate pe fața dorsală a mâinilor, antebrațe și față, care au debutat în urmă cu 18 luni simultan cu dezvoltarea unor plăci și placarde eritematoase și/sau hipopigmentate, situate presternal și la nivelul membrelor superioare. În această perioadă de timp nu i s-a prelevat nicio biopsie și nu a urmat tratament. Pacienta a negat boli interne sau contactul cu substanțe chimice; istoricul familial era negativ pentru boli dermatologice.

Examenul clinic a pus în evidență numeroase leziuni situate la nivelul feței, toracelui și membrelor superioare; ele erau de două tipuri: unele sub forma unor plăci și placarde hipopigmentate, cu zone eritematoase, situate presternal, brațe, antebrațe și fața dorsală a mâinilor, iar celălalt tip sub forma unor leziuni tumorale cu dimensiuni între 7 mm și 6 cm, cu o margine eritematoasă și o suprafața exofitică, verucoasă, gălbui-maronie, localizate pe antebrațe, fața dorsală a mâinilor și față. Nu existau alte modificări cutanate, mucoase sau ale unghiilor. Testele de laborator nu au pus în evidență modificări patologice (inclusiv testul HIV).

S-au prelevat doua biopsii, cate una din fiecare tip de leziune. Cea din leziunile verucoase a pus in evidenta modificari tip keratoacantom, iar cea din leziunile hipopigmentare a pus in evidenta modificari tip lupus discoid.

Datele clinice coroborate cu cele paraclinice au pus diagnosticul de keratoacantoame multiple asociate cu lupus eritematos discoid. Leziunile de lupus au fost tratate cu dermatocorticoizi de potență medie, iar keratoacantoamele cu creme keratolitice si aplicatii de azot lichid. După doua luni, leziunile aveau aspect îmbunătățit.

#### **MULTIPLE KERATOACANTHOMAS ASSOCIATED WITH DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS – A CASE REPORT**

Keratoacanthoma is a benign tumor with origin in the pilo-sebaceous complex which must be differentiated from squamous cell carcinoma. The solitary form with spontaneous regression is the most common, but there are reported some forms with multiple lesions. Discoid lupus erythematosus is a chronic dermatosis that is characterised by atrophic or scarring lesions localised or widespread.

We present the case of a 36 year-old woman who was referred to our clinic for multiple well demarcated, exophytic, verrucous nodules, plaques and placards situated on the dorsum of the hands, forearms and face, which occurred 18 months ago simultaneously with the development of some hypopigmented-erythematous plaques and placards, on the presternal area and the upper limbs. She had no biopsy and no treatment in this period of time. She denied any other skin or internal diseases and the contact with any chemicals; her family history was negative for skin diseases.

The physical examination revealed the presence of multiple lesions on the face, thorax and arms bilaterally; they were two distinct types: one type appearing hypopigmented plaques and placards, erythematous in patches, irregularly shaped on the presternal area, arms, forearms and the dorsum of the hands and the other type was tumor-like lesions ranged in size from 7 mm to 6 cm, with a mildly erythematous border and a yellow-brown verrucous exophytic surface located on the forearms, dorsum of the hands and face. There was no other skin, mucous or nail changes. Laboratory tests failed to reveal any pathological changes (including the HIV test).

We performed two biopsies, one from each type of lesion. The one from the verrucous lesion revealed keratoacanthoma and the other one from the scarring lesion showed alteration like in discoid lupus erythematosus.

The clinical and pathologic data were consistent with the diagnosis of multiple keratoacanthomas and discoid

lupus erythematosus. We treated the discoid lupus lesions with potent corticosteroids cream and the keratoacanthomas with keratolytic creams and liquid nitrogen applications. After two months, the lesions looked better.

C 2

#### **ASPECTE CLINICE ȘI EVOLUTIVE ÎNTR-UN CAZ DE DERMATOMIOZITĂ**

Floarea Sărac, Simona Frățilă, Constanța Turda  
Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea  
Clinica Dermato-Venerologie

Dermatomiozita este o afecțiune inflamatorie determinată de autoagresiunea imunologică asupra vaselor musculare. Manifestările cutanate se caracterizează printr-o mare diversitate clinică. Printre acestea, varianta mai puțin întâlnite sunt mucinoza papuloasă sau nodulară, care apar mai frecvent la bărbați.

Prezentăm cazul unui pacient de 62 ani cu un debut nespecific de dermatomiozită prin leziuni eritemato-veziculoase pruriginoase la nivelul feței și o blefaro-conjunctivită, leziuni recidivante la întreruperea corticoterapiei. Treptat bolnavul prezintă plăci și placarde eritematoase cu tentă violacee la nivelul feței și toracelui, lez. purpurice, microtromboze cutanate urmate de necroză, arsură locală, durere, ulterior tegumentele din aceste zone îmbrăcând aspect poikilodermic.

Pe parcursul evoluției pacientul a avut multiple reinternări pentru pusee subacute a bolii manifestate prin leziuni cutanate variate, astenie muscu-lară, polimiozită, atrofie musculară progresivă. Cu ocazia fiecărui puseu diagnosticul clinic a fost confirmat și biologic, inclusiv electromiografic.

În anul 2006 se instalează o erupție maculo-papuloasă pruriginoasă diseminată pe torace, brațe, antebrațe. Examenul histopatologic confirmă prezența depozitelor de mucină în dermul profund. Alte investigații exclud existența unei hemopatii de însoțire.

Particularitatea cazului constă în :

- debutul atipic (în literatură : alură acută imitând o boală infect. bacteriană sau virală - faringită, amigdalită, otită, conjunctivită, rujeolă, gripă - sau asp. unei r. alergice postmed.)
- diversitatea manifestărilor clinice
- prezența unor manifestări clinice rare: mucinoza papuloasă, calcinoză cutanată-ulcerații etc.
- neasocierea cu o afect. malignă în ciuda unor manif. clinice care ar pleda pt. aceasta

## C 3

**INTUMESCENȚA CA UN NOU MOD  
DE ADMINISTRARE A MEDICAMENTELOR:  
EXPERIENȚA NOASTRĂ ÎN TRATAMENTUL  
SCLERODERMIEI LOCALIZATE**

Patricia Cristodor\*

\* Clinica de Dermatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara

Studiul de față investighează utilizarea tehnicii intumescente în tratamentul local al morfeei.

Administrarea de substanțe medicamentoase prin intumescență este o procedură originală derivată din tehnica de anestezie intumescentă a Dr. Klein și își propune "livrarea" medicamentelor la nivel celular prin scăldarea celulelor dintr-o anumită regiune țintă într-o diluție mare a medicamentului respectiv.

Lotul de studio a constat din șase femei, cu vârste între 16 și 65 de ani, diagnosticate cu sclerodermie în plăci. Acestea au fost tratate printr-o infiltrație intumescentă cu soluția Klein (lidocaină 1 g, epinefrină 1 mg, bicarbonat de sodiu 10 meq/l) în care am dizolvat o cantitate redusă de triamcinolon acetonid (2 mg/l) și sulodexide (1200 USL/l).

Toate pacientele au avut rezultate încurajatoare, în funcție de vârsta plăcilor, de la o scădere a fermității până la o rezoluție completă.

**Concluzie:** Administrarea unui tratament specific prin intumescență la nivelul plăcilor de morfee promite să fie un tratament eficient al acestei afecțiuni și ar putea prezenta interes și în tratamentul altor afecțiuni unde se dorește o livrare abundentă a unor medicamente specifice la nivel celular.

## C 4

**TRANSFERUL DE GRĂSIME ÎN SINDROMUL  
PARRY-ROMBERG**

Patricia Cristodor\*, Esmaeli Manoechr\*\*, Caius Solovan\*, Dragoș Teodorescu Brînzeu\*, Ioan Dop\*, Iustin Hâncu\*, Argentina Vidrașcu\*\*\*, Smaranda Nica\*\*\*\*, Virgil Feier\*

\* Universitatea de Medicină și Farmacie "Victor Babeș", Timișoara

\*\* C.M.I. Dr. Cristodor Patricia, Timișoara, Romania

\*\*\* Spitalul Militar Cluj-Napoca

\*\*\*\* Spitalul Clinic Colentina București

Sindromul Parry-Romberg (sau „atrofia hemifacială progresivă”) este o afecțiune craniofacială rară, incurabilă, caracterizată prin atrofierea lentă a mușchilor și țesutului subcutanat de la nivelul unei hemifete.

La o pacientă în vârstă de 33 de ani cu sindromul Parry-Romberg am recoltat grăsime de pe fața anterioară a abdomenului și ulterior am injectat-o în ariile atrofice.

Am avut în vedere un tratament secvențial, cu injectarea repetată de cantități mici de grăsime în cadrul fiecărei sesiuni terapeutice, cu scopul de a facilita integrarea grăsimii transferate într-un procent cât mai mare în noua locație.

Rezultatele au fost deosebit de satisfăcătoare pentru pacientă, care și-a redobândit în mare măsură stima de sine și optimismul de la prima procedură.

Transferul de grăsime se dovedește astfel o unealtă utilă nu numai pentru înfrumusețarea persoanelor vârstnice, dar și pentru tratamentul unor boli invalidante pe plan social, cum ar fi sindromul Parry-Romberg.

## C 5

**O NOUĂ OPȚIUNE DE TERAPIE  
ANTIINFLAMATORIE LOCALĂ COMPLEMENTARĂ  
TERAPIEI CU DERMATOCORTICOIZI**

I. Țolea

Spitalul Clinic Județean Nr. 1 Craiova

Este disponibilă o nouă opțiune de terapie antiinflamatorie locală ce se înscrie în arsenalul terapeutic drept un tratament complementar terapiei cu dermatocorticoizi.

Această alternativă este obținută prin asocierea de ihtiol alb (variante recentă a ihtiolului brun) și oxid de zinc. Ihtiolul este un produs cu origine naturală obținut din roci sedimentare (plancton marin fosilizat). Ihtiolul brun, utilizat cu succes de peste un secol în dermatologie, are testul timpului din punct de vedere al eficienței. În același timp are dezavantajul culorii intense, patează și posedă un miros patruzător caracteristic care îl face puțin acceptat de către pacienți. Varianta pe care v-o supunem atenției de ihtiol alb are culoare crem deschisă, miros slab, puțin persistent, nu patează și este lipsit de foto-toxicitate. Aceste caracteristici îl face ușor acceptat de către pacienți și putem reevalua utilizarea ihtiolului ca antiinflamator topic. Ihtiolul alb, ca și cel brun, are proprietăți antiinflamatorii, antibacteriene (mai ales pe bacteriile Gram pozitive, des întâlnite în infecțiile dermatologice), antimicotice și antiseborice. Datele clinice arată că ihtiolul alb are eficiența similară cu hidrocortizonul 0,5% în ameliorarea inflamației acute. Mecanismele antiinflamatorii exercitate de ihtiolul alb implică inhibarea migrării chemotactice (intermediată de leucotriena B4) și reducerea formării de radicali liberi de oxigen. Ihtiolul alb are un foarte bun profil de siguranță și toxicitate, fără a se constata reacții de fototoxicitate sau fotosensibilizare la concentrații de 1% în soluție și 3,5% în crema, în aplicatie topică, și fără efecte cancerogene, teratogene sau de modificare a fertilității.

Zincul are valente recunoscute în dermatologie de agent antiinflamator, decongestionant și favorizant al pro-

ceselor de reepitelizare in diferite afectiuni inflamatorii cutanate.

Asocierea de ihtiol alb si oxid de zinc este o alternativa de tratament complementara terapiei cu dermatocorticoizi. In faza acuta asocierea ihtiol alb – oxid de zinc poate fi administrata impreuna cu dermatocorticoizi pentru o eficienta sporita, si in faza subacuta se poate continua aplicarea de ihtiol alb – oxid de zinc pentru consolidarea rezultatelor de remisie a inflamatiei cutanate, cu efecte secundare minime.

Rezultate terapeutice foarte bune sunt obtinute in dermatita atopica, dermatita seboreica, dermatita de contact, psoriazis, acnee. Este de remarcat eficienta deosebita a asocierii ihtiol alb – oxid de zinc in dermatita periorala.

C 6

**DEUTERIA LUX MOISTURISING AND EMOLLIENT BODY CREAM WITH DDW IN THE DRY SKIN MANAGEMENT OF ATOPIC DERMATITIS**

Nedelcu I., Nedelcu Laura -Elena  
CMI Nedelcu Ioan București

Atopic Dermatitis (AD) (sin . : atopic eczema) in accordance with UK DEFINITION (Holden & Parish 1998) is an itchy, chronic, or chronically relapsing, inflammatory skin condition;

1. The rash is characterized by itchy papules (occasionally vesicles in infants) which become excoriated and lichenified and typically have a flexural distribution ;
2. a gene predisposing to atopy ( as defined by hyper IgE responsiveness has been found in chromosome 11q13 ( it codes for the beta-subunit of the high-affinity IgE type 1 Fc receptor ) ;

The UK DIAGNOSTIC CRITERIA for AD =(Hanifin & Rajka's criteria refined by Williams & al 1994) are:

1. an itchy skin condition ( or parental report of scratching or rubbing in a child)
2. plus three or more of following :
  - a) onset below age 2 years (not used if child is under 4y)
  - b) history of skin crease involvement (including cheeks)
  - c) History of a generally dry skin
  - d) personal history of other atopic disease
  - e) visible flexural dermatitis (or cheeks/forehead& outer limbs under 4 years)

*The dry skin is a common feature of AD and figures prominently in its management:*

AD & DRY SKIN MANAGEMENT by DEUTERIA LUX moisturising & emollient cream with DDW

Lot: 67 children: - AD flare-up and dray skin; age between 6 months and 13 years

**Method:**

- a) treatment of AD flare-up: antihistamines, medium potency dermatocorticosteroids, calcineurin inhibitors, reduction of trigger factors (dietary manipulation, cotton clothing, cosmetics, soaps and detergents etc.)
- b) dray skin treatment by DEUTERIA LUX moisturising and emollient body cream with DDW: 2 application /day, whole body, minimum 28 days  
INGREDIENTS: (under 50% of components) Deuterium Depleted Water; Mineral Oil; Glycerin ; Sweet Almond Oil; Jojoba Oil; Grape Seed Oil; Aloe Vera Barbadensis Extract; Dimethylsilanol Hyaluronate; Vitamin E ; Alantoin ;  
Deuterium depleted water has excellent refreshing and moisturising effects on the skin,ameliorates energetic metabolism, controlles regeneration of epidermis, by self, intrinsic mechanisms, has immunomodulatory effectas
- c) parameters of efficacy are : clinic (parental global assessment, doctors global assessment) and instrumental(IONTO-SKIN CHEK device produces by IONTO - COMED GmbH Germania)

The parameters of efficacy were mesured as follow: day 1 (before cream; 2 hours after first cream application; 24 hours after first cream application), days 7, 14 and 28 of treatment

**Results 1:** parentnal and medical clinical global assesment

at 24 hours = good improvement = 41 cases (61,19%)  
7 days = very good improvement = 52 pts (77,11%)  
14 days = very good improvement = 57 pts (85,07%)  
28 days = very good improvement = 61 pts (91,04%)

**Results 2:** Instrumental assessment IONTO-SKIN CHEK parameters of efficacy (medium value):

DAY	SKIN INDEX	SKIN TYPE
	horn layer thickness	skin moisture
Day 1 before treatm.	3	3 (very dray)
after 2 hours	3	4 (dray)
after 24 hours	4	5 (lightly dray)
Day 7	4	6 (Ld/normal )
Day 14	4	6 (Ld/ norml)
Day 28	5	6 (Ld / N)

**Coments:** Parental and medical clinical global assesment and instrumental assesment by IONTO -SKIN CHECK proved an excellent efficacy of DEUTERIA LUX moisturising and emollient body cream with DDW in the management of dray skin in Atopic Dermatitis.

C 7

**EFICIENȚA ENTEROSORBENTULUI ENTEROSGEL  
ÎN DERMATITA ATOPICA**

Tatiana Malaniceva\*, Bulat Shamov\*, Simona Carniciu\*\*\*, Vlad Bondarciuc\*\*

\* Universitatea de Medicină de Stat or. Kazani – Federația Rusă

\*\* S.C. NANO BIO MEDICAL, București

\*\*\* Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, „N. Paulescu”, București

Enterosorbția cu ENTEROSGEL se bazează pe proprietățile de adsorbție a toxinelor cu masa moleculară medie, alergenilor, microorganismelor patogene și eliminarea lor din organism pe cale naturală.

Administrarea enterosorbentului ENTEROSGEL, în cadrul terapiei antialergice la copiii cu dermatită atopică, favorizează diminuarea perioadei de acutizare de 1,6 ori (de la 20 la 12 zile), cu eliminarea totală a elementelor morfologice pe piele, reducerea indicelui SCORAD de 5 ori pe fondul scaderii nivelului toxemiei; reducerea nivelului endotoxinei plasmatică de 12 ori – de la 0,142 UI la 0,012 UI.

**SESIUNEA BULOASE (BU 1 – BU 4)**

Joi 18 noiembrie 2010

orele 15:30–16:30

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Justin D. Diaconu

Prof. Dr. Remus Orășan

Dr. Gheorghe Nicola

BU 1

**PEMFIGOID BULOS MANIFESTAT CA RĂSPUNS  
ISOTOPIC WOLF – PREZENTARE DE CAZ**

Vasile Benea\*, Simona Roxana Georgescu\*, Alina Elena Ilie\*, Alice Rusu\*, Maria Grigore\*, Anca Mihaela Mălin\*, Liana Manolache\*\*

\* Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie “Prof. Dr. Scarlat Longhin”, București

\*\* Policlinica “Cetatea Histria” București

Răspunsul isotopic Wolf este definit ca o reacție cutanată care apare la sediul unei afecțiuni cutanate deja vindecate, fără a avea legătură cu aceasta din urmă; boala preexistentă este de obicei o infecție cu herpesvirusuri. Cel mai frecvent tip de răspuns isotopic este reacția de tip granulom inelar, dar au fost raportate și alte manifestări, incluzând neoplasme, tulburări imunologice și infecții.

Pemfigoidul bulos (PB) este cea mai frecventă afecțiune autoimună cu formarea de bule subepidermice. Afectează cu predilecție vârstnicii și se asociază cu o morbiditate crescută. Au fost descrise mai multe variante clinice; PB localizat necicatricial este una din aceste forme, în care leziunile sunt limitate la câteva regiuni, cum ar fi pretibial, periorifical, zonele de iradiere, arsuri și traumatisme sau pe o extremitate paralizată.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 62 ani care s-a prezentat la consult pentru vezicule și bule pruriginoase dezvoltate de aproximativ o săptămână pe zonele cicatriciale după herpes zoster. Bulele erau în tensiune, cu diametre de 0,5-2,5 cm, cu un conținut fluid clar și erau localizate în regiunea humerală, atât pe toracele anterior cât și posterior. Cu trei luni anterior, pacientul dezvoltase leziuni de herpes zoster în aceeași regiune a corpului, pentru care a urmat tratament cu brivudină, evoluția fiind fără complicații. Examenul histopatologic a pus în evidență bule subepidermice conținând fibrină și eozinofile, însoțite de infiltrat inflamator dermic compus din eozinofile și celule mononucleare.

Pe baza datelor clinice și de laborator s-a stabilit diagnosticul de PB localizat necicatricial apărut după vindecarea erupției de herpes zoster. În urma tratamentului topic cu dermatocorticoizi evoluția a fost favorabilă, fără recidive la 6 luni.

### **BULLOUS PEMPHIGOID WITH WOLF ISOTOPIC RESPONSE – CASE PRESENTATION**

Wolf isotopic response is represented by a cutaneous reaction at an already healed site of an unrelated disease; the preceding disease is usually a herpesvirus infection. The most common type of isotopic response is a granuloma annulare-like reaction, but other manifestations, including malignancies, immune disorders, and infections, have been reported.

Bullous pemphigoid (BP) is the most common autoimmune subepidermal blistering disease of the skin. It predominantly affects the elderly and is associated with significant morbidity. Many different clinical variants of BP have been described; localized non-scarring BP is one of these forms in whom the lesions are limited to certain regions such as pretibial area, around stomas, within sites of irradiation, burns and trauma or confined to a paralyzed limb.

We present the case of a 62-year-old male who was admitted for pruritic vesicles and bullae developed one week before the admission on post-herpes zoster cicatricial skin. The blisters were tense, 0.5-2.5 cm in diameter, contained a clear fluid and were localized in the humeral region, both on the anterior and posterior thorax. Three months before the admission the patient developed herpes zoster exactly in the same region and he underwent treatment with brivudine, having an uncomplicated evolution.

Histological examination revealed a subepidermal blister containing fibrin and eosinophils accompanied by a dermal inflammatory infiltrate composed of eosinophils and mononuclear cells.

Based on clinical and laboratory findings we established the diagnosis of non-scarring localized BP after herpes zoster eruption.

On treatment with topical steroids he had a favorably evolution with no relapses at 6 months of follow-up.

#### **BU 2**

### **BOALA HAILEY-HAILEY - CORELAȚII CLINICE, PATOLOGICE ȘI TERAPEUTICE - PREZENTARE ORALĂ**

M. Miinea, M. Popescu, M. Geantă, I. Tudose, M. Costescu, C. Stăniloiu  
Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie "Prof.Dr.Scarlat Longhin"

*Boala Hailey-Hailey sau Pemfigusul cronic benign familial, descrisa in 1939 de fratii Hailey, este o genodermatoza rara, transmisa autozomal dominant, ce se manifesta la*

varsta adulta prin leziuni veziculare, eroziuni dureroase sau placi eritemato-scuamo-crustoase ce apar cu predilectie la nivelul ariilor intertriginose sau pe locurile de frictiune.

Vom prezenta cazul unei paciente in varsta de 33 ani, din mediul urban, care se interneaza pentru prezenta unui placard eritematos, imprecis delimitat, cu eroziuni dureroase pe suprafata si cruste cu aspect meliceric, iar la polul infero-medial cateva vezicule cu lichid usor opalescent, localizat submamar stang. Debutul a fost in urma cu aproximativ 6 luni, cu localizare simetrica, interpretat ca intertrigo candidozic si tratat cu imidazoli, raspunsul fiind partial favorabil iar evolutia undulanta. Am efectuat examen micologic al carui rezultat a fost negativ, indreptand suspiciunea diagnostica clinica catre boala Hailey-Hailey, diagnostic confirmat histopatologic. Optiunea terapeutica a fost pentru aplicatii locale de dermatocorticoizii in combinatie cu antibiotice, cu evolutie favorabila.

**Discutii:** este o boala cu prognostic benign, insa cu potential disturbant psiho-social pentru pacient.

### **HAILEY-HAILEY DISEASE-CLINICAL, PATHOLOGICAL AND THERAPEUTIC CORELATIONS**

*Hailey-Hailey Disease or Familial benign chronic pemfigus, described in 1939 by the Hailey brothers, is a rare, autosomal dominant genodermatosis, with onset at adult life, characterised by vesicular lesions, painful erosions or erithemato-scaly-crusting plaques with predilection for intertriginous or friction areas.*

We present the case of a 33 year old female, urban medium, admitted in our clinic for the presence of an erithematous placard with vague borders, and painful erosions over the entire surface, and some yellow honey-like crusts, localised under the left breast. At the infero-medial border of this placard, we saw some vesicles with a turbid aspect. The onset was about six months earlier, with a simetrical distribution and it was initially diagnosed as a candidosic intertrigo, the patient being treated with imidazoles, but without clearing of the lesions.

We started with a mycological exam but the results were negative, so the clinical suspicion of Hailey-Hailey disease was taken into discussion. The hystopathological examination confirmed the diagnosis.

Our therapeutical choice was local administration of dermatocorticoids associated with antibiotherapy, with a satisfactory evolution.

Discussions: it's a disease with benign prognosis, but with distressing psycho-social potential for the patient.

## BU 3

**DRUMUL CĂTRE UN MIRACOL  
ASOCIAȚIA MINI DEBRA**

**Prezentare:** Asociația Mini Debra este o asociație non-profit, a persoanelor suferinde de E.B. -epidermoliza buloasă din România, din care 2/3 sunt copii.

**Scopul:** Apararea drepturilor și intereselor persoanelor afectate de E.B.

**Obiective:** Determinarea sistemului sanitar român de a accepta în sistem gratuit și medicația "orfana" reprezentată de materiale sanitare specifice bolii de E.B.

**Servicii și activități:**

- Identificarea cazurilor noi de epidermoliza buloasă aparute.
- Informare și consiliere adecvată.
- Organizarea de întâlniri în rândul membrilor.
- Intrajutorarea membrilor dezavantajați.
- Campanii de strângere de fonduri tip redirectionare 2% și campanii publicitare de informare și sensibilizare a publicului larg.
- este un ONG, o asociație de pacienți unică la nivel național care s-a înființat de către un grup de 31 de familii care au în întreținere un membru adult sau minor suferind de E.B.-epidermoliza buloasă
- scopul de a milita pentru drepturile acestei categorii de bolnavi (pentru asigurarea medicației necesare, protecția socială, recuperarea și integrarea lor în societate.)
- este membru fondator al ANBRaRo și membru afiliat al Debra International
- din 2007 a participat la congresele internaționale de EB din Franța, Belgia, Croația și Cehia. Organizează tabere de recreație pentru copii înscrși în organizație
- în aprilie 2008, în urma parteneriatului semnat cu Ministerul Sănătății de către Alianța Națională a Pacienților cu Boli Rare, EB apare pentru prima dată în programul național de sănătate, dar nevoia unui pacient EB este abordată doar parțial, lipsind materialele sanitare specifice bolii

**E.B-EPIDERMOLIZA BULOASĂ****Complicațiile EB**

Din cauza lipsei de sinteză a colagenului EB afectează în timp toate aparatele și sistemele organismului.

Fără o medicație adjuvantă țintită pentru a preveni și minimaliza efectele negative ale bolii apar complicații cu consecințe devastatoare, ireversibile.

Este afectată dantura, mucoasa bucală, tractul digestiv, fapt ce duce la un deficit sever de proteine, minerale și vitamine din organism, pubertatea întârzie sau e inexistentă.

Sistemul osteoarticular este predispus unor malformații invalidante ce necesită corecții chirurgicale repetate, chinuitoare și traumatizante pentru pacient.

Riscul permanent de sepsis, în condițiile în care medicația topică e inadecvată.

Fiind o boală „la vedere”, pacientul EB este cel mai afectat în plan psiho-social, fapt ce reiese și din statisticile EURORDIS CARE 3.





### Tratament

- nu exista un tratament care sa suprima sau sa diminueze eruptia veziculoasa in EB ci doar „medicatie topica” prin pansarea zilnica a ranilor cu pansamente speciale, atraumatice , specifice bolii de EB, pe baza de silicon, care ofera un confort ridicat pacientului si reduce riscul infectiilor implicit a spitalizarilor
- este recomandabil sa se evite activitati si sporturi violente

Zone cu rani pansate cu MEPILEX –singurul recomandat in EB pe plan mondial.



### Situatia medicală

Ce nu exista si ar fi necesar:

- posibilitate de testare genetica si screening prenatal
- un protocol terapeutic “croit pe pacient”, care sa permita produse medicale individualizate
- centre medicale specializate si o echipa medicala multidisciplinara care sa abordeze si sa orienteze ingrijirea /tratarea unui pacient EB
- unitati de gimnastica medicala si kinetoterapie, centre tip “respiro”

### BU 4

### PORFIRIE CUTANATĂ TARDIVĂ LA PACIENTĂ CU BETA-TALASEMIE

Alina Pirvu, Elena-Livia Severin, A. Grigoriu, Maria Magdalena Constantin, G.S. Tiplica  
Clinica II Dermatologie a Spitalului Clinic Colentina

Porfiriea cutanata tardiva se refera la un grup de afectiuni caracterizate de activitatea deficitara a uroporfirinogen decarboxilazei ce poate fi mostenita sau dobandita. Printre cauzele ce contribuie la dobandirea deficientei enzimatice se numara: consumul cronic de etanol, hemocromatoza, terapiile cu estrogeni, infectiile virale, hemodializa.

Talasemia este o afectiune ereditara in care este alterata sinteza hemoglobinei. Pacientii ce sufera de talasemie pot avea manifestari similare porfiriei cutanate tardive determinate de incarcarea cronica cu fier.

Prezentam cazul unei paciente in varsta de 48 ani diagnosticata cu talasemie forma intermediara, splenectomizata, ce asocia manifestari sugestive pentru porfiriea cutanata tardiva: veziculo- bule prezente cu precadere pe zonele fotoexpuse, fragilitate cutanata crescuta, hipertricoza, facies sclerodermiform. Aspectul clinic sugestiv, precum si nivelul ridicat de uroporfirine au orientat diagnosticul. S-a initiat tratamentul cu hidroxiclorigochina urmat de evolutia favorabila a leziunilor cutanate, dar si de scaderea nivelului uroporfirinelor.

**SESIUNEA PSORIAZIS (PSO 1 – PSO 7)****Joi 18 noiembrie 2010****orele 17:00–18:00****Sala Roma****Prezidiu:****Conf. Dr. Daciana Brănișteanu****Dr. Victor Clătici****Dr. Daniel O. Costache****PSO 1****COMORBIDITĂȚILE ÎN PSORIAZIS**

Raluca S. Costache, D.O. Costache

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București

Prezentăm principalele date rezultate din studiul literaturii de specialitate și din experiența clinicilor din cadrul Spitalului Militar Central referitoare la cele mai semnificative comorbidități întâlnite în psoriazis.

Datele sunt expuse urmând conceptul modern care include psoriazisul în rândul bolilor inflamatorii sistemice.

Încercăm să arătăm astfel rolul marcat al moleculelor inflamatorii în psoriazisul vulgar și artropatic ca manifestări ale unui tablou sistemic patogen și de aici câteva ipoteze și opțiuni terapeutice care pot fi luate în considerare.

**PSO 2****PSORIAZISUL ȘI IMPLICAȚIILE SALE  
PSIHOLOGICE**

Laura Endres\*, Simona Trip\*\*, Raluca Kleszken\*\*\*, Cristina Călin\*, Floarea Sărac\*, Constanța Turda\*

\* Facultatea de Medicină și Farmacie, Universitatea din Oradea, Clinica Dermatologie

\*\* Facultatea de Științe Socio-Umane, Universitatea din Oradea

\*\*\* Absolventa 2009 Facultatea de Științe Socio-Umane, Universitatea din Oradea

Psoriazisul este o afecțiune cutanată cronică, cu evoluție de lungă durată. Cauzele bolii nu sunt stabilite în mod cert, dar este bine conturat faptul că maladia apare pe un teren genetic predispus, la care se adaugă diverși factori declanșatori și/sau agravanți externi sau interni.

S-au realizat mai multe studii pe această temă, a problemelor pe care persoanele suferind de psoriazis le întâmpină însă majoritatea reliefează mai mult aspecte medicale și mai puțin pe cele psihologice, ale acestei boli.

Lucrarea de față dorește să scoată în evidență, impactul la nivel emoțional dar mai ales la nivel cognitiv și implicit comportamental, pe care aceste persoane îl resimt zi de zi, cu ce se confruntă acești bolnavi care trăiesc și muncesc în același mediu cu alte zeci și sute de persoane care nu au de cele mai multe ori, nici minimum de informații cu privire la această boală.

Eșantionul este format din 60 de subiecți după cum urmează: 30 de subiecți cu psoriazis (sub diferite forme) cu vârste cuprinse între 28-50 de ani; 30 de subiecți nedignificați cu vârste între 23-45 de ani.

Astfel prin intermediul unui chestionar privind schemele cognitive YSQ-S3 (Young forma scurta 3), a unei scale vizând atitudinile și convingerile (ABS II) precum și a unei scale privind profilul distresului afectiv (PDA), am evaluat subiecții, în vederea surprinderii unor diferențe semnificative între cele 2 loturi.

Chestionarul privind schemele cognitive YSQ-S3 cuprinde 114 întrebări cu 6 răspunsuri de tip scară Likert (1-6 puncte). Chestionarul evaluează cinci categorii numite domenii ale schemelor, reprezentând așteptările subiecților (siguranță, îngrijire, empatie, acceptare, respect) din partea celor din jur, capacitatea lor de a supraviețui și funcționa independent, incapacitatea sau stabilirea cu deficiență a limitelor interne, a responsabilităților față de alții și dependența de alții, precum și hipervigilență și inhibiție, persoana bolnavă nerezervându-și dreptul de a fi fericită, relaxată.

Scala vizând atitudinile și convingerile (ABS II), permite evaluarea atât a iraționalității globale, cât și a altor scoruri separate pe diferite tipuri de credințe iraționale. Scala cuprinde 72 de întrebări cu 5 răspunsuri de tip scară Likert (0-4 puncte), cotarea se face direct pentru 36 întrebări formulate irațional și invers pentru 36 de întrebări formulate rațional.

Profilul distresului emoțional (PDE) este o scală care cuprinde 26 întrebări cu 5 răspunsuri de tip scară Likert (1-5 puncte) și măsoară emoțiile negative disfuncționale și emoțiile negative funcționale din categoriile „frică”, „tristețe/ deprimare”.

Rezultatele arată că pacienții cu psoriazis trăiesc experiența neplăcută produsă de impactul cu boala și se îngrijorează de implicațiile sociale consecutive unei boli cronice. Impactul psihologic al bolnavilor cu psoriazis include scăderea stimei de sine, deprivare emoțională, abandon, instabilitate, izolare socială, neîncredere, rușine, eșec, vulnerabilitate, înstrăinare, inhibiție, dificultăți în relațiile personale, distres afectiv (tristețe, anxietate, frică, depresie). Astfel putem afirma că exista diferențe semnificative între cele două grupuri de subiecți, respectiv grupul cuprinzând bolnavii cu psoriazis a obținut un indice mult mai ridicat comparativ cu celălalt grup.

În concluzie putem afirma cu certitudine că, o persoană bolnavă de psoriazis, va acumula în timp un întreg arsenal de scheme dezadaptative care îl vor determina inevitabil să genereze o serie de cogniții și convingeri iraționale, toate acestea având loc pe un puternic fundal numit distres emoțional.

## PSO 3

## TERAPIA BIOLOGICĂ ÎN PSORIAZISUL VULGAR

I. Florea, Loredana Elena Stoica, Ionica Vais, Claudia Cîrstea  
Clinica Dermatovenerologie, U.M.F. Craiova, România

Psoriazisul vulgar este o afecțiune cronică, ce evoluează în pusee succesive, de origine probabil genetică, manifestată clinic prin eriteme cutanate dispuse în plăci sau placarde cu mărimi și configurații diferite, acoperite de scuame albe sidefii, ușor detașabile, dispuse în straturi suprapuse, ce evoluează toată viața, vindecarea definitivă neputând fi niciodată garantată. În octombrie 2008 Casa Națională de Sănătate și Ministerul Sănătății au demarat un Program Național de terapie biologică gratuit de care beneficiază în prezent 400 de pacienți cu forme severe de psoriazis și neresponsivi la formele clasice de tratament. (Neotigason, Metotrexat, Ciclosporină).

Terapia biologică reprezintă un vârf al tehnologiei și cercetării medicale având la bază studii clinice efectuate pe mii de pacienți, medicul dermatolog fiind cel care va stabili indicația pentru o astfel de terapie. Tratamentul constă în injectarea substanțelor cu o frecvență variabilă (de 2 ori pe săptămână până la o dată la 2 luni), administrarea putându-se face la domiciliu sau în centre specializate. Este foarte important ca medicul curant să pună în balanță beneficiile (obținerea unor perioade lungi de remisiune) și dezavantajele (toxicitate hepatică, renală, inhibarea sistemului imun cu dezvoltarea de cancer) ținând cont în același timp și de contraindicații.

BIOLOGICAL THERAPY IN PSORIASIS  
VULGARIS

Psoriasis vulgaris is a chronic condition that develops in successive outbursts, probably of genetic origin, characterized clinically by skin erythema arranged in plates or plaques with different sizes and configurations covered by white pearly scales, easily removable, arranged in layers, evolving life, final healing can not ever be guaranteed. In October 2008 the National Health and Ministry of Health launched a National Programme of biological therapy currently free, which benefits 400 patients with severe psoriasis and unresponsive to conventional forms of treatment. (Neotigason, methotrexate, cyclosporin).

Biological therapy is a leading of technology and medical research based on clinical studies on thousands of patients, the dermatologist was the one that will determine the indication for such therapy. Treatment consists of injecting substances with varying frequency (2 times a week to once every two months), and administration could be done at home or in specialized centers. It is very important that the treating physician to balance the benefits (getting long periods of remission) and disadvantages (liver toxicity, renal, immune

inhibition of cancer development) while also taking into account contraindications.

## PSO 4

TERAPIA BIOLOGICĂ A PSORIAZISULUI VULGAR  
SEVER: 12 CAZURI

V. Pătrașcu, L.E. Stoica, C.C. Radu  
U.M.F. Craiova

**Introducere:** Psoriazisul este o dermatoză cronică mediată de limfocite T, în care procesele inflamatorii și proliferative evoluează concomitent.

Celulele implicate în apariția acestei boli sunt numeroase. Participă APC (celule dendritice prezentatoare de antigen), Lf T CD 4+ (predomină subtipul TH1), NKT (cu rol în dezechilibrul TH1/TH2), neutrofilele și, evident, keratinocitele. La ora actuală se consideră că Lf T CD4+ joacă un rol preponderent în declanșarea inflamației generatoare de leziuni psoriazice. Acest subtip de limfocite secretă preferențial citokinele IL 2, INF  $\gamma$  și TNF  $\alpha$ .

Terapia biologică în psoriazis se bazează în prezent pe următoarele grupe de substanțe:

- agenți țintind TNF  $\alpha$ : etanerceptum, infliximabum, adalimumabum
- agenți țintind Lf T: alefacept
- agenți țintind subunitățile P40 de IL 12 și IL 23: ustekinumabum

Noi prezentăm rezultatele de etapă obținute prin terapia biologică la 12 bolnavi cu psoriazis sever.

**Bolnavi și metodă:** Lotul de studiu a cuprins 8 femei și 4 bărbați, cu vârsta medie de 56.58 ani și cu un istoric al bolii de cca 14 ani. După introducerea în studiu, respectând criteriile de includere, 5 bolnavi au primit Etanerceptum 2x50 mg SC/săptămână, 3 luni, apoi 50 mg/săptămână. Alți 6 bolnavi au primit Adalimumabum 80 mg SC în săptămâna zero, 40 mg SC în săptămâna 1, apoi 40 mg SC la două săptămâni.

O bolnavă a primit infliximabum după următoarea schemă: 5 mg/Kgc IV (în perfuzie de 2 ore). S-a repetat perfuzia după 2 săptămâni, respectiv 6 săptămâni, apoi a primit câte o perfuzie la fiecare 8 săptămâni.

Cuantificarea rezultatelor am efectuat-o utilizând scorul PASI și scorul DLQI. Am efectuat lunar evaluarea clinică, iar cea paraclinică trimestrial.

**Rezultate:** Până în momentul prezentării actualului studiu, numărul cumulat al lunilor de terapie biologică este de 134. Răspunsul clinic a fost spectaculos la 8 bolnavi după primele 3 luni de tratament (Etanerceptum 3 cazuri, Adalimumabum 4 cazuri, Infliximabum 1 caz), iar la ceilalți 4 leziunile au dispărut aproape în lunile 5-6 de tratament.

La o bolnavă, după 8 luni de tratament cu Etanerceptum, urmat de albirea psoriazisului, am înregistrat creșterea transaminazelor hepatice (GPT 71.1 U/l, GOT 175.5 U/l, Gamma GT 381 U/l) motiv pentru care am întrerupt

temporar (3 luni) terapia biologică. Tratamentul a fost reluat după scăderea transaminazelor sub hepatotrofe și cu acceptul medicului internist. Reluarea a fost motivată în special de recidiva erupției psoriazice. Evoluția a fost bună.

La un bolnav sub tratament cu Adalimumabum timp de 8 luni, cu răspuns inițial foarte bun, am înregistrat noi plăci psoriazice determinate se pare, de anumiți factori declanșatori (iatrogen, psihic). Continuarea aceluiași tratament biologic a fost urmată de ameliorarea simptomatologiei după aproximativ 2 luni. Tratamentul a fost sistat într-un caz, după 9 luni de etanerceptum, fără recidivă la un an de la întrerupere.

#### Concluzii:

- Terapia biologică reprezintă o alternativă terapeutică eficientă pentru cazurile cu psoriazis sever.
- Pentru surprinderea eventualelor reacții secundare, bolnavii trebuie să fie atent monitorizați pe perioada efectuării acestui tratament.
- Recunoașterea rolului factorilor externi în declanșarea și sau agravarea psoriazisului și limitarea acțiunii acestora contribuie la creșterea performanței terapiei biologice.

### BIOLOGICAL THERAPY OF SEVERE PSORIASIS: 12 CASES

**Introduction:** Psoriasis is a chronic dermatosis mediated by T lymphocytes, in which inflammatory and proliferative processes evolve concurrently. Cells involved in the occurrence of this disease are numerous. APC (antigen-presenting dendritic cells) participate, CD 4 + T Lf (TH1 subtype predominates), NKT (involved in TH1/TH2 imbalance), neutrophils and obviously keratinocytes. At present it is considered that CD4 + T Lf plays a preponderant role in triggering inflammation, generating psoriatic lesions. This subtype of lymphocytes preferentially secrete IL 2, INF  $\gamma$  and TNF- $\alpha$  cytokines.

Biological therapy in psoriasis is currently based on the following groups of substances:

- Agents targeting TNF- $\alpha$ : etanerceptum, infliximabum, adalimumabum
- Agents targeting Lf T: alefacept
- Agents targeting subunits P40 of Interleukyn 12 and Interleukyn 23: ustekinumabum

We present the phase results obtained by biological therapy in 12 patients with severe psoriasis.

**Patients and methods:** The study group included 8 women and 4 men, mean age of 56.58 years and a history of the disease of about 14 years. After entering the study, following the inclusion criteria, five patients received Etanerceptum 2x50 mg / week, 3 months, then 50 mg / week. Another 6 patients received 80mg Adalimumabum in week zero, 40 mg at week 1, then 40 mg two weeks. A patient received infliximabum with the following scheme: 5 mg/Kgc IV (2-hour infusion). Infusion was repeated after 2 weeks and 6 weeks, then received one infusion every 8 weeks. Quantifying of the

results was made using the PASI score and DLQI score. We conducted monthly clinical evaluation, and the paraclinical at three months.

**Results:** By the time of the current study, the cumulative number of months of biological therapy is 134. The clinical response was spectacular in 8 patients after 3 months of treatment (Etanerceptum 3 cases, 4 cases Adalimumabum, Infliximabum 1 case), and in the other 4, the lesions disappeared almost after 5-6 months of treatment. In a patient, after 8 months of treatment with Etanerceptum, followed by bleaching of psoriasis, we recorded increased liver transaminases (GPT 71.1 U / l, AST 175.5 U / l, gamma GT 381 U / l), which is why we stopped temporarily (three months) the biological therapy. Treatment was resumed after the decrease of transaminases and an internal medicine physician acceptance. Resumption was motivated by the relapse of psoriasis eruption. Evolution was good. In a patient treated with Adalimumabum for 8 months with very good initial response, we recorded new psoriasis plaques, caused apparently by certain triggers (iatrogenic, psychological). Continuing the same biological treatment was followed by improvement of symptoms after about 2 months. Treatment was stopped in one case, after 9 months etanerceptum without relapse at one year after the break.

#### Conclusions:

- Biological therapy is an effective therapeutic alternative for cases with severe psoriasis.
- For noting the possible side effects, patients should be closely monitored during this treatment.
- The role recognition of external factors in triggering or worsening psoriasis and limiting their action contribute to improving the performance of biological therapy.

### PSO 5

### TERAPIA BIOLOGICĂ ÎN PSORIAZIS – CE ȘTIM DUPĂ 7 ANI

D. O. Costache, Raluca S. Costache

Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București

Terapia biologică în psoriazis a deschis noi porți în înțelegerea unei afecțiuni străvechi, aducând o nouă perspectivă și introducând medicina moleculară într-un domeniu al patologiei încă neclar.

Prezentăm în această lucrare câteva puncte de vedere privind perspectiva patogenetică modernă a psoriazisului, ca afecțiune inflamatorie sistemică asociată cu patologie conexă cu risc inclusiv vital important.

Ilustrăm datele teoretice cu experiența personală, după 7 ani de utilizare a terapiei biologice în psoriazisul artropatic și vulgar, cu rezultatele obținute, reacții adverse, contraindicații, precauții și evenimente aparte.

## PSO 6

**ASOCIEREA NEOBIȘNUITĂ  
A NEUROFIBROMATOZEI RECKLINGHAUSEN  
CU PSORIAZIS VULGAR, VITILIGO  
ȘI PRURIGO CRONIC**

Simona Ianoși, Mahmood Bakri, Cristina Tutunaru,  
Liliana Nanau

Vom prezenta cazul unei paciente în vârsta de 70 de ani, din mediul rural care se spitalizează pentru apariția unei erupții pruriginoase, generalizate, apărută în urma cu 6 luni, formată din papulo-vezicule acoperite parțial de cruste hematice și leziuni de grataj.

Pacienta este cunoscută cu psoriazis vulgar de aproximativ 6 ani, cu vitiligo de circa 6 ani și cu neurofibromatoza Recklinghausen din mica copilărie. În momentul internării, pacienta prezintă plăci și placarde eritemato-scuamoase, parțial infiltrative, bine delimitate, pruriginoase, localizate la nivelul coatelor și genunchilor. La nivelul întregului tegument se găsesc placarde acromice lasând rare zone de tegument normal pigmentat.

Examenul histopatologic efectuat de la nivelul unei tumorete cutanate din regiunea deltoidiană dreaptă a evidențiat prezenta multiplelor fibre la nivelul dermului papilar și reticular cu dispunere în fascicule, confirmând neurofibromatoza.

Am trecut în revista actualitățile etiopatogenice ale celor trei afecțiuni: neurofibromatoza, psoriazis vulgar și vitiligo, asocierea acestora fiind rar întâlnită în practica dermatologică.

## PSO 7

**ERITEMUL POLIMORF DUPĂ TERAPIA  
CU INFLIXIMAB ÎN PSORIAZISUL VULGAR SEVER**

Daciana Elena Brănișteanu, Doinița Olinici, Alina Elena Alupoaei, Georgiana Ghelțu, Elena Ciubotariu

**Introducere:** Eritemul polimorf este o tulburare a pielii care apare ca răspuns la medicamente, infecții sau alte boli sistemice. Cauza exactă este încă necunoscută. Cazurile severe sunt de obicei cauzate de medicamente. Unele medicamente sunt frecvent implicate așa cum sunt: barbituricele, penicilinele, fenitoina sau sulfonamidele. În literatura de specialitate sunt raportate doar câteva cazuri de eritem polimorf apărute după terapia biologică, mai ales după utilizarea infliximabului.

**Prezentare de caz:** Va prezentăm cazul D.C., -un pacient de sex masculin, din mediul rural, diagnosticat cu psoriazis vulgar în adolescență. În timp plăcile eritemato-scuamoase s-au extins afectând serios viața personală și socială a pacientului.

El a fost tratat pentru psoriazis cu medicamente topice (corticosteroizi, calcipotriol) și cu droguri sistemice (metotrexat, retinoizi), fără apariția ameliorării clinice. Pacientul a dezvoltat diabet zaharat care a fost tratat cu antidiabetice orale. După investigarea precisă a infecției TBC și a altor infecții virale (în special hepatita) a fost inițiată terapia biologică. Am ales infliximabul administrat i.v. în săptămâna 0,2,6 și apoi la fiecare 8 săptămâni. După trei luni de utilizare rezultatele clinice au fost foarte bune, cu ameliorarea scorurilor DLQI și PASI. Probele paraclinice au fost normale iar diabetul zaharat a fost bine controlat.

În timpul tratamentului pacientul a prezentat o erupție simetrică, eritemato-veziculo-buloasă, localizată pe jumătatea superioară a corpului, brațe, picioare, palme și talpi. De asemenea, aceasta a afectat mucoasa orală și genitală. Unele leziuni au fost caracteristice prezentând câte o vezicula centrală înconjurată de inele de culoare roșu deschis, numite herpes Iris. S-au asociat pruritul și senzația de arsură. Probele de investigare ale virusurilor au fost negative. Tratamentul a constat în administrarea unor doze medii de corticosteroizi sistemici și anti-histaminice iar răspunsul a fost favorabil.

**Concluzii:** Deși reacțiile cutanate sunt frecvent întâlnite la pacienții care folosesc antagoniști ai TNF-alfa, în literatura de specialitate au fost raportate doar câteva cazuri severe de eritem polimorf după folosirea de infliximab. Evoluția clinică a pacientului nostru a fost favorabilă sub tratamentul sistemic cu corticosteroizi, fără să renunțe la tratamentul biologic.

**ERYTHEMA MULTIFORME AFTER INFLIXIMAB  
THERAPY IN SEVER PSORIASIS VULGARIS**

**Introduction:** Erythema multiforme is a skin disorder that occurs in response to medications, infections or other systemic illness. The exact cause is still unknown. The severe cases are usually caused by medications. Some medications are frequently implicated as: barbiturates, penicilins, phenytoin or sulfonamides. There is only few cases of erythema multiforme reported in the literature after biologic therapy, especially after using infliximab.

**Case presentation:** We present the case D.C.- male patient, rural area, diagnosed in the youth with psoriasis vulgaris. In time the erythematous-squamous plaques have extended affecting seriously the social and personal life of the patient.

He was treated for psoriasis with topical drugs (corticosteroids, calcipotriol) and systemic drugs (metotrexat, retinoids) without clinical improvement. The patient developed diabetes mellitus treated with oral drugs. After an accurate investigations for TB infection, other viral infection (especially hepatitis), the biological therapy was initiated. We have chosen infliximab, i.v., administered in week 0,2,6 and after that every 8 weeks. The clinical result was very good, after 3 months, with improved DLQI and PASI scores. Paraclinical findings were normal and diabetes mellitus was under control.

During treatment the patient present a symmetrical eruption, erythematovesiculobullosis located on upper body, arms, legs, palms, soles, also involving the oral and genital mucosa. Some lesions were characteristic presenting central vesicle surround by pale red rings, called iris. Itching and burning were associated. Investigations for viruses were negative. The treatment consist in medium doses of systemic corticosteroids, antihistamines and with favorable response.

**Conclusions:** Although cutaneous reactions in patients with TNF-alpha antagonists are common, only few cases of severe erythema multiforme were reported in literature after using infliximab. The clinical evolution of our patient was favorable with systemic corticosteroid therapy without give up to biological treatment.

## SESIUNEA TUMORI NEMELANOCITARE (T 1 – T 10)

**Joi 18 noiembrie 2010**

**orele 17:00–18:00**

**Sala Londra**

**Prezidiu:**

**Prof. Dr. Anca Zbranca**

**Conf. Dr. Silviu Morariu**

**Conf. Dr. Virgil Pătrașcu**

**T 1**

### TRATAMENTUL TOPIC COMBINAT ÎN CARCINOMUL VULVAR *IN SITU*

Olga Simionescu, Mariana Costache  
U.M.F. „Carol Davila” București

Este o raportare de caz a unei paciente diagnosticate cu crinom vulvar VIN dezvoltat pe lichen sclero-atrofic, după doi ani de evoluție, ameliorat spectaculos după aplicatii locale de Aldara (Imiquimod) și 5-Fluoro-Uracil. Sunt prezentate date privind indicatiile, contraindiciile și reacțiile adverse ale metodei.

**T 2**

### ASPECTE CLINICE ȘI HISTOPATOLOGICE ÎN EVOLUȚIA UNUI NEV SEBACEU

Floarea Sărac. I. Brihan, Corina Bud  
Facultatea de Medicină și Farmacie Oradea, Clinica Dermato-Venerologie

Nevul sebaceu este un hamartom caracterizat prin hiperplazia glandelor sebacee la nivelul dermului superior, fără componentă nevocelulară. Unele leziuni localizate în pielea păroasă a capului și în special la nivelul feței prezintă pe lângă hiperplazia sebacee variate malformații epidermice sau anexiale care pot da naștere unor tumori complexe.

Descriem un caz de nev sebaceu prezent de la naștere pe care s-a dezvoltat după 25 ani de evoluție un keratoacantom confirmat clinic și histopatologic.

Bolnavul S.I., de sex masculin, în vârstă de 26 ani, prezintă o excrescență tumorală apărută de o lună, dezvoltată pe o leziune preexistentă în pielea păroasă a capului (anamnestic de la naștere, cu creștere progresivă). Antecedentele heredocolaterale sunt ne semnificative, neexistând istoric familial de leziuni asemănătoare. Examenul local pune în evidență în regiunea temporoparietală dreaptă a pielii păroase a capului o placă

alopecică, ovalară, cu contur bine delimitat de 2,5-3 cm, de culoare roz-brună, proeminentă, cu suprafața papilomatoasă și o formațiune tumorală exofitică centrală, hiperkeratozică, pediculată, cu diametrul de 0,5/1 cm (aspect de corn cutanat).

Examenul clinic general nu a evidențiat nimic patologic, iar investigațiile biologice au fost în limite normale. Examenul clinic orientează diagnosticul spre un nev sebaceu Jadasson, nodulul exofitic dezvoltat pe suprafața plăcii nevice fiind susceptibil de o degenerare malignă (epiteliom bazocelular, epiteliom spinocelular). Examenul histopatologic efectuat din leziunea excizată în totalitate confirmă diagnosticul de nev sebaceu (hiperplazie sebacee importantă care interesează dermul în întregime) și o hiperplazie epiteliomatoasă accentuată dezvoltată în zona centrală a leziunii, care prezintă un crater umplut de țesut hiperkeratozic orto și para-keratozic, aspect histopatologic caracteristic keratoacantomului.

Terapeutic s-a optat pentru excizia chirurgicală a întregii leziuni cu margine de siguranță oncologică. Dehiscenta cutanată a fost acoperită prin rotație de lambou.

#### Concluzii:

1. un nev sebaceu se poate complica prin hiperplazii tumorale ale unor zone (cu tumori) nevoide suborganoide și organoide ale anexelor cutanate inclusiv cu keratoacantoame
2. observația noastră cu privire la dezvoltarea unui KA pe un nev sebaceu este importantă datorită rarității acesteia (7 cazuri au fost raportate în literatură). Keratoacantomul nu prezenta din punct de vedere clinic și histopatologic semne de transformare malignă.
3. am optat pentru excizia chirurgicală atât pentru prevenirea transformării acestuia în epiteliom spinocelular cât și în scop estetic.

### T 3

#### SARCOMUL KAPOSI IATROGEN – PREZENTARE A DOUĂ CAZURI CLINICE

Simona Ianoși, D. Toma, G. Ianoși, Claudia Georgescu,  
M. Bakri  
U.M.F. Craiova

Sarcomul Kaposi este o afecțiune tumorală multifocală a celulelor endoteliale, rară înaintea apariției infecției cu virusul imunodeficienței umane. Se descriu 4 variante clinice sau ale sarcomului Kaposi: clasică, endemică, asociată cu terapia imunosupresoare și din cadrul SIDA. Sarcomul Kaposi asociat cu terapia imunosupresoare (iatrogen) se dezvoltă la pacienți supuși tratamentelor imunosupresoare în special după transplantul de organe. În majoritatea cazurilor, boala se dezvoltă după circa 1 an de la prima administrare a medicamentului.

Vom prezenta cazurile a doi pacienți diagnosticați cu diferite neoplazii (limfoame maligne non-Hodgkin și/sau cancere viscerale) care după curele citostatice au dezvoltat boala Kaposi.

Primul pacient a fost diagnosticat și tratat pentru limfom malign non-Hodgkin în urma cu 20 ani și pentru neoplasm laringian în urma cu 3,5 ani pentru care a efectuat doar radioterapie.

Al doilea pacient, s-a internat pentru prezenta unor placi infiltrate brun-violacee, bine delimitate la nivelul treimii inferioare a gambelor, papule și noduli diseminați, rosii-violacei pe gambe și cativa noduli izolați pe palatul dur. Boala a debutat în urma cu 6 ani. Pacientul este cunoscut cu limfom malign non-Hodgkin de 8 ani pentru care a urmat tratament citostatic și corticoterapie.

Sarcomul Kaposi a debutat în urma cu 6 ani, după 10 luni de la terapia imunosupresoare. Ambii pacienți sunt HIV negativ, heterosexuali, fara calatorii in zone endemice pentru sarcom Kaposi.

În ambele cazuri, boala Kaposi a fost confirmată histopatologic.

Sunt trecute în revista actualitățile etiopatogenice și terapeutice ale bolii Kaposi iatrogenă.

### T 4

#### METODE OBIECTIVE DE ANALIZĂ A LEZIUNILOR TUMORALE CUTANATE

A. Nicolescu\*, I. Nedelcu\*\*, Hadi Aghazadeh\*\*, Cristina Dumitrescu\*\*

\* CMDT Roma

\*\* Spitalul Clinic Colentina-București

Dermatologia a cunoscut o dezvoltare spectaculoasă a metodelor neinvazive de diagnostic în cazul leziunilor tumorale cutanate și nu numai.

Lucrarea își propune să prezinte calitățile acestora în îmbunătățirea diagnosticului clinic.

Rezultatele obținute prin metodele neinvazive (ecografie cutanată, dermatoscopie) sunt comparate cu examenele histopatologice ale leziunilor și în plus, aceste metode permit stocarea informațiilor și urmărirea în dinamica a leziunilor.

## T 5

**INVESTIGAREA TUMORILOR CUTANATE NON  
MELANOCITARE PRIN TOMOGRAFIE  
DE COERENȚĂ OPTICĂ ȘI DERMATOSCOPIE:  
STUDIU PILOT**

Gabriela Turcu\*\*\*, Ioana Popescu\*, Elfrida M. Carstea\*\*, Luminița Ghervase\*\*, Gabriela Pavelescu\*\*, C. Giurcăneanu\*, Ana Maria Forsea\*

\* Dermatologie Oncologica si Alergologie - SUU Elias, Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti, Romania

\*\* Institutul National de Cercetare-Dezvoltare pentru Optoelectronica INOE 2000, Magurele, Romania

\*\*\* Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti, Romania

Tomografia de coerență optică (engl. abreviat OCT) este o tehnica de imagistica neinvaziva care, bazandu-se pe interactia radiatiei in infrarosu (900-1500 nm) cu tesuturile vii, permite vizualizarea morfologiei microstructurale a pielii prin realizarea de imagini bi sau tri-dimensionale, de inalta rezolutie mare. Desi, aceasta tehnica a fost dezvoltata inca din anii 80, progresele din domeniul optoelectronicii care au condus la cresterea rezolutiilor imaginilor si a adancimii de penetrare, au creat premisele introducerii tehnicii aplicarii OCT in aplicatii de practica medicala cum ar fi din domeniul oftalmologiei, stomatologiei sau dermatologiei.

Scopul acestui studiu preliminar este de a investiga utilitatea tehnologiei OCT in diagnosticarea leziunilor cutanate non melanocitare, nepigmentate. Studiul a inclus atat pacienti cu diagnostic prezumtiv de cancer epitelial si leziuni precanceroase, cat si pacienti cu boli cutanate inflamatorii. Au fost investigate prin OCT atat leziunile cat si tegumentul sanatos al pacientilor, utilizand lungimea de unda centrala de 930 nm si adancimea de penetrare de 0.9 mm. Analiza preliminara a datelor a aratat similitudini o buna corelare intre OCT si examenul histopatologic, pentru cancerurile epiteliale si precancerurile pielii. De asemenea, s-a avut in vedere completarea rezultatelor OCT cu dermatoscopia de contact pentru a imbunatati performantele de diagnosticare a leziunilor de piele cutanate. Metoda OCT s-a dovedit eficienta, mai ales, in diferentierea leziunilor displastice keratinocitarele celulelor scuamoase de carcinoamele bazocelulare superficiale precum si in caracterizarea unor afectiuni inflamatorii cum ar fi psoriazisul sau si in diagnosticarea angiosarcomului Kaposi si sarcoidozei. Astfel, consideram OCT o tehnica emergenta, inca insuficient valorificata, cu un potential important in diagnosticul neinvaziv al tumorilor cutanate si monitorizarea raspunsului la tratament.

## T 6

**DERMATOSCOPIA UNEI LEZIUNI CICATRICIALE  
CONDUCE LA UN DIAGNOSTIC NEAȘTEPTAT**

Patricia Cristodor\*, Romanița Glaja\*\*, C. Solovan\*, Marinela Popovici\*, D. Teodorescu Brînzeu\*, M. Esameili\*\*, Iustin Hâncu\*, Argentina Vidrașcu\*\*\*, I. Dop\*, S. Ursoniu\*, Floare Bogdan\*\*, Smaranda Nica\*\*\*\*, V. Feier\*

\* U.M.F. Timișoara

\*\* Spitalul Clinic Timișoara

\*\*\* C.M.I. Dr. Cristodor Patricia, Timișoara, România

\*\*\*\* Spitalul Militar Cluj Napoca

\*\*\*\*\* Spitalul Clinic Colentina, București

Dermatoscopia și-a demonstrat deja valoarea indubitabilă în diagnosticul tumorilor cutanate. În lucrarea de față, subliniem importanța dermatoscopiei în evaluarea unor leziuni cutanate aparent nevinovate, cum ar fi cicatricile.

La un pacient care s-a adresat clinicii noastre pentru revizuirea unei cicatrici am efectuat o dermatoscopie de rutină.

Spre surprinderea noastră, dermatoscopia sugera diagnosticul de epiteliom bazocelular, diagnostic confirmat ulterior prin examenul histopatologic (fapt neobișnuit pentru o cicatrice, la nivelul căreia se dezvoltă îndeobște epitelioame spinocelulare).

**Concluzie:** Dermatoscopia este o metodă simplă, ieftină și rapidă de investigație a leziunilor cutanate, în special a celor cutanate, care, în cazul nostru, a redirecționat în mod radical planul chirurgical de abordare a leziunii de la o simplă procedură estetică la o excizie în limite de siguranță oncologică.

## T 7

**CARCINOAME CUTANATE, FACTORI DE  
PROGNOSTIC – STUDIU PE 2044 CAZURI**

V. Pătrașcu, C.C. Radu, L.E. Stoica, I. Țolea

U.M.F. Craiova

**Introducere:** Carcinoamele cutanate reprezintă o problemă de sănătate publică în județul Dolj. Această zonă geografică, situată în S-V României și cu o populație de cca. 730000 locuitori, beneficiază de climă temperat-continentală cu temperatura ce depășește cu cca. 2 grade Celsius media anuală pe țară. În vecinătatea județului, pe teritoriul Bulgariei, se află CNE Kozlodui ale cărei sisteme de securitate nu se situează la nivelul standardelor actuale. În plus, o mare parte a populației din Dolj lucrează în agricultură și a renunțat la mijloacele tradiționale de fotoprotecție.

**Bolnavi și metodă:** În perioada 1 ian 1999 – 31 dec 2008 au fost diagnosticați și tratați în Clinica Dermatologie Craiova 2044 de bolnavi cu carcinoame cutanate:



carcinom bazocelular – 1408 cazuri, carcinom epidermoid 575 cazuri, carcinom mixt 61 cazuri. La fiecare bolnav s-a completat o fișă analitică cuprinzând date de identificare, mediul de proveniență, profesie, fototip, localizarea cancerului, istoricul bolii, diagnosticul clinic, diagnosticul histopatologic, răspunsul terapeutic și evoluția posttratament. Datele au fost prelucrate statistic și comparate cu cele din literatura medicală. În urma interpretării acestora sunt prezentați factorii de prognostic (clinici, histopatologici) pentru fiecare din cele trei forme de carcinoame cutanate.

**Rezultate și discuții:** Din totalul de 2044 de cazuri studiate, 1408 (68.88%) au fost diagnosticate cu *carcinom bazocelular* (CBC), cele mai multe cazuri (55.96%) au fost înregistrate la femei, restul (44.04%) fiind de sex masculin. Proveneau din rural 83.8% din cazurile de CBC. Vârsta medie a fost de 67.65 ani (27-90), iar în ceea ce privește profesia, 85.94% erau agricultori, mecanizatori, grânari sau constructori – profesii cu expunere cronică la soare.

Istoricul carcinomului bazocelular a fost cuprins între 8 luni și 10 ani, majoritatea (68.89%) prezentând tumori cu evoluție cuprinsă între 1.5 – 3 ani. Tumora era localizată pe tegumentul fotoexpus la 88.07% din cazurile de CBC. Formele clinice cele mai frecvente au fost: CBC perlat (38.07%) și CBC nodular (30.97%), urmate de forma plan-cicatricială (22.94%). În ceea ce privește formele histopatologice pe primele locuri s-au situat: CBC polimorf (29.97%), CBC solid (25.07%) și CBC keratinizat (19.03%). Cele mai rar întâlnite forme au fost CBC superficial (2.20%) și CBC sclerodermiform (1.92%). Au prezentat epiteliomatoză bazocelulară 5.11% din cazurile de CBC.

Bolnavii cu CBC au fost tratați fie prin chiuretare urmată de electrocauterizare (58.24% din cazuri) fie prin excizia tumorii plus o margine de siguranță oncologică de minim 5 mm, urmată de sutura simplă sau plastie cu lambouri translate (41.76%). Am întâlnit recidive la 3.12% din cazuri iar rezultatele funcționale și estetice au fost bune și foarte bune la 95.03% din bolnavi.

Rezultatele noastre confirmă faptul ca CBC reprezintă cea mai frecventă tumoră malignă a pielii. Este mai des întâlnit în zonele însorite și la rasa albă.

Cresterea semnificativă a incidenței în ultimele decenii este caracterizată de specialiști prin sintagma „CBC reprezintă epidemia silențioasă a secolului XX”. Evoluția acestor tumori este în general lentă, iar prognosticul este bun, ceea ce am remarcat și noi. Malignitatea locală este în raport cu forma anatomică-clinică, sediul tumorii, caracterul multicentric (carcinomatoza bazocelulară), fără a neglija statusul biologic al pacientului. Există consens în ceea ce privește necesitatea unui bilanț gerontologic în contextul instituirii tratamentului (comorbidități, starea nutrițională, anatomia bolnavului), în timp ce bilanțul de extensie a bolii nu se impune. Majoritatea autorilor consideră că aceste tumori nu metastazează, puțini fiind cei care iau în calcul acest factor de prognostic. Aceștia afirmă că se înregistrează metastaze la 0.002% din cazurile de CBC.

După cum se observă din datele prezentate, tratamentul chirurgical conduce la vindecarea majorității bolnavilor. Noi am înregistrat recidive la 3.12% din cazuri.

*Carcinomul epidermoid* (CE) l-am întâlnit la 575 de pacienți (28.13%), cu sex ratio (M/F) de 1.38. Proveneau din rural 80% din cazuri. Vârsta medie a fost de 68.4 ani (36-89 ani). Istoricul bolii a fost cuprins între 5 luni și 4 ani, cei mai mulți bolnavi (81.9%) având tumori cu evoluție cuprinsă între 1 și 2 ani. Formele clinice cele mai frecvente au fost: CE vegetant – ulcerat (34.09%), CE nodular (32.17%) și CE keratozic (24%).

Repartiția după gradul de diferențiere a fost: bine diferențiat (60.87%), moderat diferențiat (30.09%) și slab diferențiat (9.04%). Cazurile de CE au fost tratate prin excizie chirurgicală cu margine de siguranță oncologică de minim 6 mm (66.07%), cu sau fără plastie, în funcție de forma clinică, localizarea și diametrul tumorii. Ceilalți bolnavi (33.93%) au fost tratați prin chiuretare și electrocauterizare. Am înregistrat recidive la 6.07% din cazuri. Rezultatele funcționale și estetice au fost bune și foarte bune la 91.83% din cazuri.

CE este o tumoră malignă infiltrantă și distructivă, cu potențial de metastazare pe cale limfatică și / sau sanguină. Studiile în domeniu au evidențiat mai mulți factori de prognostic. Dintre factorii clinici amintim: localizarea tumorii primitive, mărimea cancerului, caracterul multicentric și infiltrarea în profunzime. Spre exemplu, riscul de recidivă este de două ori mai mare, iar cel de metastazare de trei ori mai mare pentru un CE cu diametrul peste 2 cm comparativ cu tumorile sub această dimensiune. De asemenea, merită subliniat că diseminarea pe cale limfatică este responsabilă de 80% din metastaze. De regulă, metastazele viscerale sunt precedate de metastaze ganglionare. Tot în ceea ce privește CE sunt cunoscuți următorii factori de histoprognostic: tipul histologic, gradul de diferențiere citologică, grosimea tumorii, profunzimea invaziei (apreciată după modelul indicelui Clark de la melanom), invazia perinervoasă și densitatea infiltratului reacțional peritumoral. CE comun și carcinomul verucos au risc scăzut de metastazare (sub 3% din cazuri), în timp ce CE acantolitic, CE mucoepidermoid și CE desmoplastice au risc crescut de metastazare, triplu pentru tumorile puțin sau nediferențiate, comparativ cu cele bine diferențiate. În ceea ce privește markerii imunohistochimici se consideră că ei sunt importanți mai mult pentru rezolvarea unor probleme de diagnostic diferențial, decât pentru aprecierea prognosticului. La cazurile de CE este obligatoriu bilanțul de extensie a neoplaziei înaintea instituirii tratamentului. Noi considerăm, argumentând prin rezultatele obținute – recidive la 6,07% din cazuri, că excizia chirurgicală a tumorii împreună cu o margine de siguranță de 6 mm dă cele mai bune rezultate.

*Carcinomul mixt* (CM) l-am întâlnit la 61 bolnavi (2.99%) cu sex ratio (M/F): 0,58. Vârsta medie a fost de 69,5 ani (30-87 ani), iar evoluția bolii a fost cuprinsă între 1 și 3 ani. Tumorile au interesat tegumentul descoperit la 81,67% din cazuri. Rezultatele tratamentului chirurgical

(electrocauterizare 28 cazuri; excizie chirurgicală 33 cazuri) au fost asemănătoare cu cele înregistrate la bolnavii purtători de carcinom epidermoid.

Diagnosticul CM este asemănător celui înregistrat la cazurile de CE, de altfel distincția între cele două tipuri de cancer fiind mai mult academică.

#### Concluzii:

- caracterul multicentric, diametrul tumorii și forma anatomoclinică sunt principalii factori de prognostic pentru carcinomul bazocelular;
- survenirea unei recidive sau metastaze legate de un carcinom epidermoid sunt de cele mai multe ori în raport cu forma anatomoclinică agresivă, dar mai ales cu instituirea tardivă a tratamentului;
- carcinomul mixt nu are personalitate clinică (diagnosticul este strict histopatologic), iar prognosticul este apropiat de cel al carcinomului epidermoid;
- opțiunea pentru tratamentul chirurgical al carcinomaelor cutanate este justificată de rezultatele oncologice, funcționale și estetice foarte bune în majoritatea cazurilor.

### SKIN CARCINOMAS, PROGNOSTIC FACTORS - STUDY ON 2044 CASES

**Introduction.** Skin carcinomas represent a public health problem in Dolj County. The geographical area located in southwest Romania with a population of approx. 730 000 inhabitants, enjoy a temperate continental climate with temperatures exceeding approx. 2 degrees Celsius average annual country. In the vicinity of the county, in Bulgaria, is Kozloduy NPP whose security systems are not at the current standards. In addition, much of the population in Dolj is working in agriculture and abandoned traditional means of photo-protection.

**Patients and methods.** From 1 January 1999 to 31 December 2008 were diagnosed and treated in Dermatology Clinic Craiova 2044 patients with skin carcinomas: basal cell carcinoma - 1408 cases, 575 cases epidermoid carcinoma, mixed cell type carcinoma 61 cases. At every patient we completed an analytical document containing identifying data, environment of origin, profession, phototype, cancer location, medical history, clinical diagnosis, histopathological diagnosis, therapeutic response and evolution after treatment. Data were statistically analyzed and compared with those in the medical literature. Following their interpretation we are presented prognostic factors (clinical, histopathological) for each of the three forms of skin carcinoma.

**Results and discussions.** Of the 2044 cases studied, 1408 (68.88%) were diagnosed with basal cell carcinoma (BCC), most cases (55.96%) were recorded in women, the rest (44.04%) were males. 83.8% were from rural areas, in cases of BCC. The average age was 67.65 years (27-90), and profession, 85.94% were farmers, machine operators, barn or builders - professions with chronic sun exposure.

History of basal cell carcinoma ranged from 8 months to 10 years, most (68.89%) presenting tumors having evolution between 1.5 - 3 years. Tumors were located on photo-exposed skin in 88.07% of all cases. The most common clinical forms were: pearly BCC (38.07%) and nodular BCC (30.97%), followed by cicatricial form (22.94%). Regarding histopathological forms, the first were polymorphic BCC (29.97%), solid BCC (25.07%) and keratinized BCC (19.03%). The less frequent forms were superficial BCC (2.20%) and sclerous BCC (1.92%). We noted facial epitelomatosis in 5.11% of all cases of basal BCC.

Patients with BCC were treated either by curettage followed by electrocautery (58.24% of cases) or excision of the tumor plus a safety margin of at least 5 mm, followed by simple suture or flaps techniques (41.76%). We met at 3.12% of cases relapse. The functional and esthetic results were good and very good in 95.03% of all patients. Our results indicate that the BCC is the most common malignant tumor of the skin. It is more common in sunny areas and in caucasians. Significant growth of incidence in recent decades is characterized by the phrase „BCC is the silent epidemic of the twentieth century.“ The evolution of these tumors is generally slow and the prognosis is good. Local malignancy is related to clinical anatomical type, location of tumor, multicenter character (basal cell carcinomatosis), without neglecting the biological status of the patient. There is consensus on the need to establish a balance in the context of gerontological treatment (comorbidities, nutritional status, patient's anatomy), while the balance is not necessary for the extension of the disease. Most authors consider that these tumors do not metastasize, few are the ones that take into account the prognostic factor. They say they noted metastases in 0.002% of all BCC cases.

As seen from the presented data, surgical treatment leads to cure most patients. We recorded relapses in 3.12% of cases. Epidermoid carcinoma (EC) we met in 575 patients (28.13%), the sex ratio (M / F) is 1.38. Were from rural areas 80% of all cases. The mean age was 68.4 years (36-89 years). Disease history was between 5 months and 4 years, most patients (81.9%) having tumors with evolution between 1 and 2 years. The most common clinical forms were: EC vegetative - ulcerated (34.09%), nodular EC (32.17%) and EC keratinized (24%). The repartition according to the degree of differentiation was: well differentiated (60.87%), moderately differentiated (30.09%) and poorly differentiated (9.04%). EC cases were treated by surgical excision with oncological safety margin of at least 6 mm (66.07%), with or without grafting, depending on the clinical form, location and tumor diameter. The remaining patients (33.93%) were treated by curettage and electrodesiccation. We recorded relapses in 6.07% of all cases. Functional and aesthetic results were good and very good in 91.83% of cases. EC is a malignant infiltrated and destructive tumor, having potential of metastasis via lymphatic and/or blood ways. The studies revealed several prognostic

factors. Among the clinical factors include: the primitive tumor, cancer size, multicenter character and infiltration in the depth. For example, the risk of relapse is two times higher, and the metastasis risk of three times higher for 2 cm EC than compared with tumors under this size. The lymphatic dissemination is responsible for about 80% of metastases. Usually, visceral metastases occur after lymph node metastases. Regarding the histological prognostic factors, were noted histological type, degree of cytologic differentiation, tumor thickness, depth of invasion (Clark index assessed by the melanoma model), peri-neural invasion and the density of peri-tumoral infiltrate. The common EC and verrucous carcinoma have a low risk of metastasis (less than 3% of cases), while achantholitic EC, mucous-epidermoid EC and desmoplastic EC have a three times increased risk of metastases for the poor or undifferentiated tumors compared with those well differentiated. Regarding immunohistochemical markers, they are considered more important for solving problems of differential diagnosis than for prognosis assessment. It is necessary to evaluate the extension degree before the introduction of treatment. We believe, arguing with our results - 6.07% with relapses, that surgical excision of the tumor with a safety margin of 6 mm gives the best results. We noted mixed cell type carcinoma (MC) in 61 patients (2.99%) with sex ratio (M / F): 0.58. The mean age was 69.5 years (30-87 years), and the disease history was between 1 and 3 years. Tumors were located on photo-exposed skin in 81.67% of cases. Results of surgical treatment (electrodessication 28 cases, surgical excision 33 cases) were similar to those recorded in patients bearers of epidermoid carcinoma. The diagnosis of MC is similar to the cases registered with EC, in fact distinguish between two types of cancers being more academic.

#### Conclusions:

- The multicenter character, tumor diameter and anatomical-clinical shape are main prognostic factors for basal cell carcinoma.
- Occurrence of relapse or metastasis related to an epidermoid carcinoma are most often compared with aggressive anatomical and clinical type, especially with the establishment of late treatment.
- Mixed type cell carcinoma has clinical personality (strictly histopathological diagnosis), and the prognosis is similar to that of epidermoid carcinoma.
- Option for surgical treatment of skin carcinoma is justified by the good oncological, functional and aesthetic results in most cases.

## PROFILUL EPIDEMIOLOGIC, HISTOPATOLOGIC ȘI CLINICO-EVOLUTIV AL CARCINOAMELOR CUTANATE: STUDIU PE 255 DE CAZURI

V. Pătrașcu, L.E. Stoica, C.C. Radu  
Departamentul Dermatologie, U.M.F. Craiova

**Introducere.** Autorii au studiat cazurile de carcinoame cutanate diagnosticate și tratate în Clinica Dermatologie Craiova în 2009

**Bolnavi și metodă.** Lotul de studiu a cuprins 255 de bolnavi. Pentru fiecare bolnav s-a completat o fișă analitică cuprinzând date de identificare, mediul de proveniență, profesie, fototip, localizarea cancerului, istoricul bolii, diagnosticul clinic, diagnosticul histopatologic și răspunsul la tratament. Datele au fost prelucrate statistic.

**Rezultate.** Carcinomul bazocelular (CBC) a reprezentat 61.96% din cazuri. Sex ratio (M/F): 0.97. Proveneau din rural 79.75% din cazuri, majoritatea fiind agricultori. Vârsta medie a fost de 63.79 ani (42-88 ani). În 85.44% din cazuri tumora era localizată pe zonele fotoexpuse. Formele clinice cele mai frecvente au fost CBC perlat și CBC nodular, urmate de forma plan-cicatricială. Formele histopatologice au fost dominate de CBC polimorf (25.95%) și CBC solid (20.89%). În plus, au prezentat CBC multiple (epiteliomatoză) 14 bolnavi (5.49% din carcinoamele cutanate) (M-6; F-8), cu vârsta medie de 73.43 ani (66-83 ani). Proveneau din rural 9 cazuri. Carcinomul epidermoid (CE) a reprezentat 26.67% din cazuri. Sex ratio (M/F): 1.06. Proveneau din rural 76.43%. Vârsta medie a fost de 68.76 ani (49-88 ani). În 88.24% tumora era pe zonele descoperite, la 11 bolnavi fiind vorba de cancer al buzei inferioare. Au predominat formele vegetantă-ulcerată și forma nodulară de CE. Sub aspect histopatologic am întâlnit forma moderat diferențiată (54.42%), urmată de formele bine diferențiate (35.29%) și cea slab diferențiată (10.29%). Carcinomul mixt l-am întâlnit la 15 bolnavi (5.88%) (5M, 10 F) cu vârsta medie de 69.87 ani (43-86 ani). Proveneau din rural 12 bolnavi. La toate cazurile carcinomul mixt a fost localizat pe zonele expuse cronic la radiațiile solare. Toți cei 255 bolnavi au fost tratați chirurgical (electrochirurgie 60.78%; excizie chirurgicală cu sau fără plastie 39.22%), obținând vindecarea la 94.90% din cazuri. Rezultatele funcționale și estetice au fost foarte bune la 84.31% din cazuri.

#### Concluzii:

- opțiunea pentru tratamentul chirurgical al carcinoamelor cutanate este justificată de rezultatele oncologice, funcționale și estetice foarte bune în majoritatea cazurilor;
- sunt necesare acțiuni de educație a populației pentru cunoașterea factorilor de risc și pentru depistarea precancerelor și cancerelor cutaneomucoase în stadiul incipient.

**EPIDEMIOLOGICAL, HISTOPATHOLOGICAL,  
CLINICAL AND EVOLUTIVE PROFILE  
OF CUTANEOUS CARCINOMAS:  
STUDY OF 255 CASES**

T 9

**METASTAZELE CUTANATE CA MANIFESTARE  
INIȚIALĂ SAU SECUNDARĂ A UNOR CANCERE  
VISCERALE ȘI CUTANATE**

**Introduction.** The authors studied the cases of skin carcinoma diagnosed and treated in the Dermatology Clinic Craiova in 2009.

**Patients and methods.** The study group included 255 patients. For each patient has completed an analytical document containing identifying data, environment of origin, profession, phototype, the location of cancer, medical history, clinical diagnosis, histopathological diagnosis and response to treatment. Data were statistically analyzed.

**Results.** Basal cell carcinoma (BCC) was found in 61.96% of cases. Sex ratio (M / F): 0.97. 79.75% of cases came from rural medium and mostly were farmers. The average age was 63.79 years (42-88 years). In 85.44% of cases the tumor was located on fotoexpuse areas. The most common clinical forms are nodular BCC and pearly BCC, followed by plane-scarring form. Histopathological forms have been dominated by polymorphic BCC (25.95%) and solid BCC (20.89%). In addition, 14 patients had multiple BCC (epiteliomatosis) (5.49% of skin carcinomas) (M-6, F-8) with a mean age of 73.43 years (66-83 years). 9 cases were from rural areas.

Epidermoid carcinoma (EC) represented 26.67% of cases. Sex ratio (M/F): 1.06. 76.43% were from rural areas. The average age was 68.76 years (49-88 years). In 88.24% the tumor was on discovered zones, about 11 patients had cancer of the lower lip. In our study predominated vegetant-ulcerated forms and nodular forms of EC. We met the histopathological point of view as well differentiated (54.42%), followed by moderate differentiated forms (35.29%) and poorly differentiated (10.29%).

Mixed carcinoma was found in 15 patients (5.88%) (5M, 10 F) with a mean age of 69.87 years (43-86 years). 12 patients were from rural areas. In all cases mixed carcinoma was located on chronically exposed skin to solar radiation. All 255 patients were treated surgically (60.78% electrosurgery, surgical excision with or without grafting 39.22%), achieving healing in 94.90% of cases. Functional and aesthetic results were very good in 84.31% of cases.

**Conclusions:**

- Option for surgical treatment of skin carcinoma is justified by very well oncological, functional and aesthetic results in most cases.
- public education actions are required for awareness of risk factors for cancer and detection of mucous-cutaneous precancers in early stage.

H.S. Morariu\*, O.S. Cotoi\*, M. Vartolomei\*, Violeta Morariu\*\*, M. Turcu\*

\* Universitatea de Medicină și Farmacie din Târgu-Mureș

\*\* Spitalul Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș

**Introducere.** Metastazele cutanate reprezintă un procent redus, cuprins între 0,7-9%, din totalul cancerelor metastatice. Cele mai frecvente tipuri de cancer care produc metastaze cutanate sunt cancerul de san la femei, cancerul pulmonar la barbati si melanomul malign la ambele sexe, sediul preferențial fiind peretele toracic și abdominal.

**Material și metode.** Studiul nostru prezintă șase cazuri de metastaze cutanate diagnosticate în ultimele 24 de luni în cadrul Serviciului de Anatomie Patologică al Spitalului Clinic Județean de Urgență Târgu-Mureș. Fragmentele tisulare obținute prin biopsie cutanată au fost prelucrate prin metodele histologice standard (fixare în formol, includere în parafină, colorație cu HE și PAS-alcian), completate cu investigații imunohistochimice (CK7 și CK20, HMB45, ER și PR, Cromogranină, NES, TTF-1).

**Rezultate. Cazul nr. 1:** bărbat de 64 de ani, cu diagnosticul clinic de tumoră pulmonară stângă – Carcinom epidermoid necheratinizant – cu metastaze cutanate multiple: vertebrale, para-vertebrale și scapulare stângi. Pacientul a supraviețuit două luni după diagnosticul de metastaze cutanate. **Cazul nr. 2:** femeie de 65 de ani, operată pentru carcinom mamar stâng – carcinom ductal infiltrativ, prezintă după 6 luni de la intervenția chirurgicală multiple metastaze cutanate și în țesutul fibro-adipos la nivelul hemitoracelui stâng. Pacienta supraviețuiește în prezent, după patru luni de la diagnosticul de metastaze cutanate. **Cazul nr. 3:** bărbat de 58 de ani, cu diagnosticul clinic de tumoră cutanată antebraț stâng – Melanom malign nodular – cu metastaze cutanate multiple: braț și deltoid stâng și limfonoduli axilari stângi. Pacientul a decedat la trei luni după diagnosticul de metastaze cutanate. **Cazul nr. 4:** bărbat de 72 de ani, cu diagnosticul clinic de tumoră colon drept – Adenocarcinom moderat diferențiat cecal – cu metastaze cutanate și hepatice. Pacientul supraviețuiește în prezent, după o lună de la diagnosticul de metastaze cutanate. **Cazul nr. 5:** femeie de 37 de ani, operată pentru tumoră ovariană dreaptă – adenocarcinom ovarian, prezintă după 3 luni de la intervenția chirurgicală multiple metastaze peritoneale, apendiculare, epiploice și cutanate la nivel subombilical. Pacienta a decedat după o lună de la diagnosticul de metastaze cutanate. **Cazul nr. 6:** bărbat de 36 de ani, cu diagnosticul clinic de limfom cutanat sau suspect amiloidoză

cutanată – diagnostic histopatologic Metastază cutanată de carcinom cu celule în inel cu pecete. Manifestările cutanate au reprezentat prima manifestare a bolii, ulterior în urma gastroscopiei și biopsiei gastrice s-a stabilit diagnosticul de carcinom gastric cu celule în inel cu pecete. Pacientul a prezentat și metastaze hepatice, pulmonare și pleurale. Pacientul a decedat după două săptămâni de la diagnosticul metastazelor cutanate.

**Discuții.** Metastazele cutanate sunt indicatori precoce pentru cancerul invaziv metastatic și însoțesc de obicei și alte metastaze viscerale. Rar pot să fie primul semn clinic al unei malignități necunoscute. Dintre cele 6 cazuri prezentate, în 5 cazuri tumora primară era deja cunoscută, în două cazuri (melanomul malign și adenocarcinomul cecal) tumora primară și metastazele au fost diagnosticate în același timp, în trei cazuri (adenocarcinomul ovarian, carcinom mamar și carcinomul epidermoid pulmonar) metastazele cutanate au apărut după un interval liber cuprins între 2-6 luni de la diagnosticul inițial și într-un caz (carcinomul cu celule în inel cu pecete) metastazele cutanate au fost prima manifestare a bolii. Într-un caz (carcinomul epidermoid pulmonar) au fost prezente numai metastaze cutanate, în celelalte 5 cazuri metastazele cutanate au fost însoțite de multiple metastaze viscerale – ficat, plămâni, pleură, peritoneu, epiplon, apendice, țesut subcutanat. Ca regulă, orice leziune cutanată nou apărută la pacienții cu istoric de malignitate, trebuie biopsiată rapid, mai ales dacă se asociază și alte simptome (scădere ponderală, fatigabilitate, anemie severă). Aspectul clinic variază de la forme nodulare sau ulcerate până la leziuni veziculo-buloase sau procese fibrotice infiltrative. Histopatologic adesea se observă același aspect ca și tumora primară (melanom malign, carcinom ductal, carcinom epidermoid, carcinom cu celule mici, adenocarcinom, carcinom cu celule în inel cu pecete, carcinom nediferențiat). Tratatamentul și prognosticul depind mai ales de tipul și stadiul tumorii primare, metastazele cutanate asociindu-se cu un prognostic nefavorabil. Un diagnostic precoce și adecvat pot prelungi supraviețuirea pacientului.

**Concluzii.** Cele șase cazuri prezentate în studiul nostru au arătat un spectru larg al cancerelor care produc metastaze cutanate (plămân, sân, melanom malign, colorectal, ovar și stomac). Orice leziune cutanată nouă la pacienții cu istoric de malignitate trebuie privită ca suspectă și doar diagnosticul histopatologic din biopsia cutanată este unul de certitudine.

**Cuvinte cheie:** metastaze cutanate, prima manifestare, cancer viscerale.

#### SKIN METASTASIS, AS FIRST MANIFESTATION OR SECOND TO VISCERAL CANCERS AND SKIN MELANOMA

**Introduction.** Cutaneous metastases represent a small percentage of all metastatic cancers. The most common cancers that produce cutaneous metastases are breast

cancer in women case, lung cancer in men case and melanoma in both sexes, being established preferential on thoracic and abdominal wall.

**Material and Methods.** Our study presents six cases of cutaneous metastases diagnosed in the last 24 months in the Pathology Department of the Emergency Clinical Hospital in Targu Mures, Romania. Fragments of tissue obtained by skin biopsy were processed by standard histological methods (formalin fixation, paraffin inclusion, Hematoxylin and Eosin staining and periodic acid Schiff and alcian blue staining) supplemented by immunohistochemistry (CK7, CK20, HMB45, ER and PR, chromogranin A, NES, TTF-1).

**Results Case 1:** Male 64 years, with clinical diagnosis of lung left tumor - squamous cell carcinoma - with multiple skin metastasis: vertebral, paravertebral and left scapular. The patient has survived 2 months after the diagnosis of skin metastasis. **Case 2:** Female 65 years operated for left breast carcinoma - invasive ductal carcinoma, after 6 months of surgery presented multiple skin metastasis and fibro-fatty tissue in the left hemithorax metastasis. Patient survives today, 4 months after the diagnosis of skin metastasis. **Case 3:** Male 58 years, with clinical diagnosis of left forearm skin tumor - nodular melanoma, with multiple skin metastases: arm, left deltoid and axillary lymph nodes. The patient died 3 months after the diagnosis of skin metastases. **Case 4:** Male 72 years, with colon tumor - moderately differentiated cecal adenocarcinoma, with skin and liver metastasis. Patient survives today, 1 month after the diagnosis. **Case 5:** Female 37 years, operated for right ovarian tumor- ovarian adenocarcinoma, 3 months after the surgery presented several metastasis in appendix, peritoneum, greater omentum and subumbilical skin level. The patient died 1 month after the diagnosis. **Case 6:** Male 36 years, with clinical diagnosis of cutaneous lymphoma or suspected cutaneous amyloidosis - histopathological diagnosis- skin metastasis of signet ring cell carcinoma. Skin manifestations were the first manifestation of disease, after stomach biopsy the diagnosis was gastric carcinoma with signet ring cells. The patient also presented liver, lung and pleura metastases. The patient died 2 weeks after the diagnosis of skin metastasis.

**Discussions.** Skin metastases are early indicators for metastatic and invasive cancers and often accompanied other visceral metastases. Rarely can be the first clinical sign of an unknown malignancy. Of the six cases presented, in five cases the primary tumor was already known, in two cases (melanoma and cecal adenocarcinoma) the primary tumor and the metastases were diagnosed at the same time, while in 3 cases (ovarian adenocarcinoma, lung squamous cell carcinoma and breast carcinoma) skin metastasis occurred after a free interval of between 2-6 months after the initial diagnosis and in one case (signet ring cell carcinoma) skin metastases were the first manifestation of the disease. In one case (lung squamous cell carcinoma) skin metastasis were present only and in the other five cases skin

metastasis were accompanied by multiple visceral metastases – liver, lung, pleura, peritoneum, omentum, appendix, subcutaneous tissue. As a rule, any new skin lesions occurred in patients with malignancy history, biopsy should be fast, especially when associated with other symptoms (weight loss, fatigue, severe anemia). Clinical appearance varies from nodular or ulcerated forms to vesiculobullous lesions, bullous or infiltrating fibrotic processes. Histo-pathological in skin metastasis is often seen the same tissue as in the primary tumor (melanoma, invasive ductal carcinoma, squamous cell carcinoma, adenocarcinoma, carcinoma with signet ring cells, undifferentiated carcinoma). Treatment and prognosis depend mainly on the type and stage of tumor, skin metastasis is associating with an unfavorable prognosis. An early diagnosis may prolong patient survival.

**Conclusions.** The 6 cases presented in our study showed a wide spectrum of cancers that produce skin metastases (lung, breast, melanoma, cecal, ovarian and stomach). Any new skin lesion in patients with malignancy history should be regarded as suspect and skin biopsy is the only way to put a certain diagnosis.

### T 10

#### DERMATOSCOPIA ȘI APOPTOZA CELULARĂ ÎN SUBTIPURI PATOLOGICE DE KERATOZE SEBOREICE: UN INSTRUMENT PROVOCATOR DE PREDICȚIE AL EVOLUȚIEI LOR

Olga Simionescu\*, B.O. Popescu\*\*, Mariana Costache\*, Emilia Manole\*\*, Șt. Spulber\*\*\*, Mihaela Gherghiceanu\*\*, Andreas Blum\*\*\*\*

\* U.M.F. Carol Davila-Dermatologie

\*\* Institutul de patologie Victor Babeș

\*\*\* Karolinska, Suedia

\*\*\*\* Konstanz, Germania

Lucrarea cuprinde 34 de keratoze seboreice cu diferite forme histo-patologice confirmate, carora li s-a efectuat detectarea apoptozei prin doua tehnici comparative, iodura de propidiu si TUNEL, cu confirmare electronmicroscopica. S-au evaluat calitativ si cantitativ parametrii individuali si totali dermatoscopici si s-au corelat cu nivelele de apoptoza, discutandu-se aspectul protector al acesteia. S-au utilizat metode statistice de analiza, comparative (ANOVA si K-W), utilizand un algoritm original de analiza dermoscopică. Rezultatele indica existenta unor semne standard dermatoscopice care sa indice un comportament biologic benign al diferitelor forme.

### SESIUNEA LEZIUNI MELANOCITARE (M 1 – M 6)

Vineri 19 noiembrie 2010

orele 11:00–12:00

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Călin Giurcăneanu

Prof. Dr. Caius Solovan

CP I Dr. Mihail Alecu

Conf. Dr. Maria Rotaru

### M 1

#### NEVII MELANOCITARI – ANALIZA CONCORDANTEI ÎNTE ASPECTELE CLINICE, DERMATOSCOPICE ȘI HISTOPATOLOGICE

Maria Rotaru\*, Angela Nati\*\*

\* Facultatea de Medicina "V. Papiilian" Sibiu, Disciplina Dermatologie

\*\* Spitalul Clinic Judetean Sibiu, Dermatologie

**Introducere.** Nevii nevocelulari se prezinta sub o mare varietate clinica iar nevii atipici sau displazici, in special jonctionali dar si compusi au potential de transformare in melanom.

**Scopul studiului:** Sa se identifice gradul de corespondenta intre diagnosticul clinic, dermatoscopic si examenul histopatologic al nevilor examinati.

**Material si metoda:** Studiul s-a efectuat pe un lot de 180 pacienti, cu varste cuprinse intre 1 si 82 ani, diagnosticati clinic cu unul sau mai multi nevi. La toti pacientii s-a efectuat dermatoscopie clasica, iar la 56,66% dintre pacienti s-a efectuat dermatoscopie computerizata, cu urmarirea nevilor in dinamica. La 31,11% dintre pacienti s-au excizat unul sau mai multi nevi, cu efectuarea examenului histopatologic, comparandu-se rezultatele examenului histopatologic cu diagnosticul clinic si dermatoscopic al formatiunilor nevice.

**Rezultate:** Numarul total de nevi excizati a fost de 67. Clinic si dermatoscopic s-au identificat 43,28% nevi compusi, 34,32% nevi intradermici, 20,89% nevi cu caracter displazic si 1,49% nevi albastri. Histopatologic s-au confirmat 55,22% nevi intradermici, 31,34% nevi compusi, 10,44% nevi cu caracter displazic, 1,49% nevi jonctionali si 1,49% nevi albastri. Diagnosticul clinic si dermatoscopic a coincis cu diagnosticul histopatologic in 62,68% dintre cazuri.

**Concluzie:** In general, dermatoscopia permite detectarea intr-un procent semnificativ crescut a formatiunilor nevice, intr-un stadiu in care evolutia acestora ar putea fi radical influentata terapeutic, diagnosticul de certitudine ramanand insa histopatologic.

## M 2

**DERMATOSCOPIE: VĂLUL ALBASTRU,  
REGRESIA, ZONELE ASTRUCTURALE  
(STRUCTURILE AMORFE)**

P. Ionescu  
Policlinica Vitan - București

Lucrarea de față precizează diferențele dintre vălul albastru, regresie și zonele astructurale.

**DERMOSCOPY: BLUE VEIL, REGRESSION,  
STRUCTURELLES AREAS**

This work specifies the differences between blue veil, regression and structurelles areas.

## M 3

**MARKERI MOLECULARI ÎN EVALUAREA  
TUMORILOR MELANOCITARE**

C. Solovan  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș”,  
Dermatologie, Timișoara

Se asteapta ca in anul 2010 cancerul sa fie principala cauza de deces, surclasand afectiunile cardiace (WHO). Daca numarul cancerelor nou depistate a stagnat, cel al cancerelor cutanate a crescut: melanomul malign de 7,7x la barbati, de 3x la femei in USA (cu o rata anuala de crestere de 3,1 indiferent de tipul de melanom sau grosime), iar in Australia melanomul malign este pe locul 3. Diagnosticul de melanom se stabileste in urma evaluarii histopatologice a tesutului biopsiat. Au fost descrise numeroase caracteristici histopatologice de melanom malign. Cu toate acestea diagnosticul de melanom ramane problematic intr-un numar de cazuri. Mai mult decat atat, multe dintre criteriile de diagnostic se suprapun cu nevi atipici, nevi displazici sau nevi Spitz/tumori spitzoide atipice (MELTUMP). Astfel, nivelul de discordanta in diagnosticul cert al tumorilor melanocitare poate fi mare, chiar si atunci cand piesele de biopsie sunt analizate de echipe de patologi cu experienta. Nu toate testele moleculare efectuate ajuta in diagnosticul diferential, avand in vedere ca unii markeri imunohistochimici (ex: S100, HMB-45, MART 1, MITF) au utilitate redusa in diferentierea nevilor de melanoame. Potentialul metastazant al tumorilor este evaluat prin factori tisulari si umorali de tip VEGF, metaloproteinaze si cadherine. Imunohistochimia continua sa evolueze in identificarea anticorpilor, in continua crestere. Unii markeri pot servi ca markeri surogat care stau la baza evenimentelor genetice, si in unele cazuri ajuta in identificarea optiunilor terapeutice si in precizarea raspunsului la tratament.

## M 4

**CELULELE STEM MELANOCITARE ȘI FACTORUL  
SCF ÎN PATOLOGIA TUMORALĂ MELANOCITARĂ**

Alecu Mihail\*, Gabriela Coman\*, Monica Costescu\*\*, Ionica Rădulescu\*\*\*, Alina Mușetescu\*, Ana Fâcă\*

\* Centrul Dermato-Venerologic- Spitalul Clinic de Dermatologie „Prof. Dr. Scarlat Longhin” – București

\*\* U.M.F. București

\*\*\* Facultatea de Medicină – Universitatea Titu Maiorescu București

Celulele stem melanocitare (MSC) sunt localizate la nivelul pielii în micromedii tisulare (nișe) din porțiunea permanentă profundă a foliculului pilos (bulge) și în regiunea matrixului foliculului pilos. Din regiunea „bulge” MSC migrează în stratul bazal al epidermului formând melanocitele adulte producătoare de melanină dar având și alte funcții ca: prezentarea antigenului, implicarea în imunitatea celulară, cooperarea cu keratinocitele, celulele Langerhans și fibroblastele. Migrarea MSC atât în viața embrionară din creasta neurală spre regiunea bulge și din această regiune spre stratul bazal al epidermului este controlată de numeroși factori din care cel mai important este SCF (stem cell factor).

**Investigații.** Am determinat valorile serice ale SCF (ELISA sandwich cantitativa- valori normale 550-1450 pg/ml) la un număr de 16 pacienți cu melanom malign (tumoră unică), volum 2-3 cm<sup>3</sup>, un număr de 16 pacienți cu melanom cu metastaze multiple. Concomitent s-a determinat SCF la 20 subiecți normali (sub 5 nevi până la 1cm diametru) și 20 pacienți cu numeroși nevi displazici.

**Rezultate.** Pacienții cu leziuni nevice minime au prezentat valori serice normale pentru SCF (medie 850 pg/ml) iar dintre pacienții cu nevi displazici, 12 au prezentat valori normale și 4 valori scăzute (medie 440 pg/ml). Pacienții cu melanom malign, tumoră unică, au prezentat valori normale în 10 cazuri (medie 780 pg/ml) și valori scăzute în 6 (420 pg/ml). Pacienții cu melanom metastatic au prezentat în 10 cazuri valori scăzute (400 pg/ml) și în 6 cazuri valori normale (820 pg/ml).

**Concluzii.** SCF este un factor promigrare pentru celulele stem melanocitare dar nu favorizează migrarea celulelor tumorale melanocitare. Scăderea valorilor serice ale SCF poate fi asociată cu deficiența imunității celulare și cu perturbarea homeostaziei celulelor stem melanocitare dar și a melanocitelor adulte care proliferază tumoral.

## M 5

**DELIMITĂRI CLINICE ȘI HISTOPATOLOGICE  
ÎN DIAGNOSTICUL DIFERENȚIAL AL  
MELANOMULUI *IN SITU* ȘI NEVULUI DISPLAZIC**

Maria Rotaru\*, Romanita Glaja\*\*, Angela Nati\*\*\*

\* Facultatea de Medicina "V. Papiian" Sibiu, Disciplina Dermatologie

\*\* Bioclinica Timișoara

\*\*\* Spitalul Clinic Județean Sibiu, Dermatologie

De la definirea nevelui displazic de catre Clark in 1978, revizuirile specialistilor privind caracteristicile clinice si histopatologice ale nevelui displazic evolueaza continuu iar diagnosticul precoce al melanomului in situ ramane dezideratul major al specialistului. In prezent sunt relativ bine conturate criteriile clinice si histologice pentru diagnosticul de nev displazic, nev atipic, nev lentiginos, nev lentiginos atipic, lentigo malign, sau melanom extensiv in suprafata.

In practica clinica exista situatii la limita care pot crea dispute intre anatomopatolog si dermatolog pentru confirmarea diagnosticului de nev displazic (atipic) sau melanom in situ.

Aceasta lucrare are ca scop sa puncteze cele mai semnificative aspecte pentru diagnosticul histopatologic al fiecărei forme mai sus mentionate cu ilustrarea si discutarea a 5 cazuri reprezentative din lotul studiat. S-a efectuat un studiu retrospectiv pe un numar total de 14 leziuni diagnosticate ca nevi displazici la pacienti cu varste cuprinse intre 26 si 75 ani, cu media de varsta 42,3 si leziunile localizate la nivelul toracelui anterior si posterior, la nivelul membrelor, cefei si regiunii genitale avand diagnosticul clinic de nev displazic sau melanom in situ.

In concluzie, se impune o definire mai precisa a criteriilor pentru diagnosticul pozitiv atat pentru nevel displazic ca si pentru melanomul in situ.

## M 6

**EXCIZIA FUNCȚIONALĂ ÎN MELANOMUL  
MALIGN ACRAL**

Mădălina Josanu\*, V. Trifu\*, Viorica Marinescu\*, Monica Dărmănescu\*\*, Cristina Alexandroiu\*, Sorina Chivu\*

\* Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila"- Secția Clinică Dermatologie

\*\* Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului "Alfred Rusescu"

Melanomul malign unghial reprezinta o varianta rara si speciala de melanom malign ( MM ) acral, in care sunt implicate una sau mai multe unitati unghiale de la nivelul mainii sau piciorului.

Incidenta lui in populatia alba este de 2-3 % din toate melanoamele cutanate, in puternic contrast cu frecventa lui de 50-70% in populatia asiatica, africana sub-sahariana si afro-americana.

In 2003, Moehrle si colaboratorii (Universitatea Tuebingen, Germania), au raportat experienta lor recenta pe 62 cazuri de chirurgie "functionala", in detrimentul amputatiei.

Aceasi tehnica de excizie conservatoare o propune in anul 2009 si colectivul de dermatologi de la Universitatea de Medicina din Seul, intr-un studiu pe 40 de pacienti.

Clinica noastra comunica un caz de MM unghial la o pacienta de 49 de ani, care prezinta la internare la nivelul indexului mainii stangi, de circa 1 an de zile, oncodistrofie cu melanonichie si semn Hutchinson prezent. S-a practicat electroexcizia formatiunii tumorale sub-unghiale cu margini de excizie perilezionala de 4 mm, sub anestezie locala cu xilina 2%; s-a excizat unghia si patul unghial pana la nivelul periostului. Defectul cutanat a fost reparat cu tegument prelevat de la nivelul antebrațului stang.

Examenul histo-patologic a confirmat diagnosticul de MM, a evidentiat un indice Breslow de 2 mm si limite de rezectie libere de tumora.

Pacienta se afla in evidenta clinicii noastre de 1 an de zile, fara aparitia vreunei modificari in evaluarile clinico-biologice ulterioare.

Prin prezentarea acestui caz sustinem tehnica de chirurgie conservatoare pentru MM subunghial in stadii incipiente, in vederea pastrarii unei functionari si estetici cat mai aproape de normal, dar fara a fi compromise marginile de siguranta oncologica.



## SESIUNEA VARIA (V 1 – V 7)

Vineri 19 noiembrie 2010

orele 15:00–16:00

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Alexandru Oanță

Dr. Rozalia Olszavsky

Dr. Irinel Nedelcu

## V 1

**PSEUDOXANTHOMA ELASTICUM-LIKE PAPILARY DERMAL ELASTOLYSIS: PREZENTAREA UNUI CAZ**

Alexandru Oanță\*, Marius Irimie\*, Mariana Costache\*\*

\* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

\*\* Institutul "Victor Babeș" București

**Introducere:** Pseudoxanthoma elasticum (PXE)-like papillary dermal elastolysis (PDE) este o afecțiune care alături de elastoliza dermului superior sunt caracterizate prin lipsa țesutului elastic din dermul papilar. PXE-PDE împreună cu elastoliza dermului superior, elastoliza dermului mijlociu și papuloza fibroasă albă a gâtului constituie grupul afecțiunilor fibroelastice ale pielii.

**Caz clinic:** Pacient în vârstă de 36 de ani este consultat pentru papule nefoliculare de colorație alb-gălbuie confluate în plăci dând aspectul de „pietre de pavaj” localizate simetric pe părțile laterale ale gâtului. Pacientul nu prezenta antecedente de traumatisme, expunere solară excesivă sau inflamație a regiunii afectate. Examenul oftalmologic a fost normal iar examinările de laborator în limite normale. Examenul histologic al unei papule a evidențiat la colorația Van Gieson absența focală a fibrelor elastice în dermul superficial și prezența fibrelor elastice fragmentate în dermul reticular. Aspectul clinic corelat cu cel histopatologic au stabilit diagnosticul de PXE-PDE.

**Discuții:** PXE-PDE poate fi cauzat de o îmbătrânire intrinsecă cutanată, de radiațiile ultraviolete sau de o elastogeneză anormală. Clinic se prezintă ca papule nefoliculare de colorația pielii sau galbenă, cu aspect de „pietre de pavaj”, localizate simetric, îndeosebi pe toracele superior, gât, brațe, axile. Histologic semnul caracteristic este absența țesutului elastic din dermul papilar. Deși clinic este identic cu PXE, în PXE-PDE nu există afectare sistemică.

**Concluzie:** PXE-PDE este o afecțiune rară, clinic identică cu PXE, iar histologic caracterizată prin absența focală a țesutului elastic din dermul papilar.

## V 2

**ASPECTE CLINICO-PATOLOGICE ÎNTR-UN CAZ DE PITIRIAZIS LICHENOIDES**

M. Popescu, M. Miinea, M. Geanta, M. Costescu, A. Faca, L. Dumitru, I. Tudose

Spitalul Clinic de Dermato-venerologie "Prof.Dr.Scarlat Longhin"

Sub denumirea de *Pitiriasis lichenoides* sunt reunite un spectru larg de boli, la capetele acestui spectru stand forma acuta numita *Pitiriasis lichenoides et varioliformis acuta*, PLEVA (sau boala Mucha-Habermann) si cea cronica - *Pitiriasis lichenoides cronica*, boli cu etiologie necunoscuta si patogenie inca putin inteleasa.

Prezentam cazul unei paciente in varsta de 75 ani, din mediul urban, cu antecedente de hipertensiune arteriala si histerectomie totala pentru boala fibromatoasa uterina, care se prezinta in clinica pentru aparitia unei eruptii papuloase, pe alocuri cu elemente veziculoase, acompaniata de prurit usor si senzatie de caldura locala, ce a evoluat in valuri pe parcursul a trei saptamani, in momentul prezentarii fiind vizibile elemente papuloase, mici, unele acoperite de crusta seroasa, altele de scuama minima, diseminate pe trunchi si membre superioare proximal.

Testele biochimice s-au situat in limite normale, iar examenul histologic a confirmat diagnosticul de PLEVA. Tratamentul a constat in administrare de corticosteroizi oral sub protectie gastrica si antihistaminice pentru ameliorarea simptomatologiei, sub care leziunile s-au remis treptat.

**Discuții:** sesizam prezenta de leziuni cu caractere sugestive atat pentru PLEVA cat si pentru PLC, si de asemenea debutul bolii la o varsta inaintata.

**CLINICAL AND PATHOLOGICAL ASPECTS IN A CASE OF PITIRIAZIS LICHENOIDES**

There is a broad spectrum of diseases under the name of *Pitiriasis Lichenoides*, at the end of which the acute form PLEVA and the chronic form PLC are situated, diseases with an unknown ethiology and a challenging pathogenesis.

We present the case of a 75 year old woman, urban background, known with high blood pressure and hysterectomy for a benign condition, who came into our clinic for the presence of a papulous eruption with vesicles at the beginning that has been evolving in a cyclical manner for about three weeks. At the admission, she presented papules and plaques, some with a serous crust and others with a minimal scale, associated with a slight pruritus and local burning sensation, lesions that were disseminated on the trunk and upper arms. The biological evaluation was normal and the histological examination showed images suggestive for PLEVA.

The therapy consisted in corticosteroids administration under gastric protection, associated with antihistaminic medication for symptoms amelioration, with the remission of lesions after a few weeks.

**Discuții:** clinically – the presence of mixed lesions, suggestive for both PLEVA and PLC, and the onset at an advanced age.

## V 3

**LICHENUL STRIAT CU AFECTARE UNGHIALĂ**

Alexandru Oanță\*, Smaranda Oanță\*\*, Marius Irimie\*

\* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

\*\* Clinica de Dermatologie Târgu-Mureș

**Introducere:** Lichenul striat este o afecțiune de etiologie necunoscută, mai frecvent întâlnită la copil și care clinic se prezintă ca papule eritematoase dispuse liniar. **Caz clinic:** Pacient în vârstă de 5 ani prezintă papule eritematoase acoperite de scuame, coalescente și dispuse sub forma unei benzi localizate pe antebrațul stâng cu extindere pe fața dorsală a mâinii și policelui stâng. De asemenea este prezentă distrofia unghială a policelui stâng sub forma de strii longitudinale cu afectarea părții latero-externe a lamei unghiale. Examenul histopatologic a evidențiat la nivelul epidermului hiperkeratoză și parakeratoză focală iar la nivelul dermului papilar și reticular prezența unui infiltrat limfocitar dens situat perivascular și perianexial. După 6 luni de la debutul afecțiunii leziunile cutanate au dispărut, persistând doar distrofia unghială.

**Discuții:** Afectarea unghială este rar întâlnită în lichenul striat, fiind mai frecvent întâlnită la copil. Sunt afectate îndeosebi unghiile degetelor de la mâini. Aspectul clinic este al unei onicodistrofii segmentare sau totale a lamei unghiale aflate în continuarea leziunilor cutanate. Modificările unghiale pot să apară înainte, după sau simultan leziunilor cutanate.

**Concluzie:** Vindecarea unghială survine după vindecarea cutanată.

## V 4

**ATROPHODERMIA VERMICULATA  
– OBSERVAȚII ASUPRA UNUI CAZ**

Alexandru Oanță\*, Marius Irimie\*, Șerban Rogoz\*\*

\* Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

\*\* Laboratorul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic de Copii Brașov

**Introducere:** Atrophoderma vermiculata alături de keratosis pilaris atrophicans faciei și keratosis follicularis spinulosa decalvans face parte din grupul afecțiunilor caracterizate prin keratoză pilară și atrofia pielii.

**Caz clinic:** Pacientă în vârstă de 32 de ani este consultată pentru atrofie reticulară dispusă simetric la nivelul feței

apărută de la vârsta de 14 ani și cu agravare în următorii 5 ani. Depresiunile pielii au forme neregulate cu diametrul de 1-3 mm și adâncimea de 1 mm, bine delimitate și separate prin punți inegale de epiderm dând aspectul caracteristic de fagure de miere. Localizarea este pe frunte, obraji, nas și regiunea preauriculară. De asemenea la nivelul feței se constată o ușoară seboree și eritem. Examenul histopatologic a evidențiat un infiltrat inflamator moderat perivascular și perifolicular, fibroză perifoliculară și rărirea sau atrofia foliculilor piloși.

**Discuții:** Atrophoderma vermiculata este o afecțiune probabil cu transmitere autozomal recesivă. Aspectul clinic este caracteristic prin atrofie reticulară cu aspect de fagure de miere. Evoluția este lentă cu tendință de agravare în primii ani de la apariție.

**Concluzii:** Atrophoderma vermiculata este o afecțiune rară cu aspect clinic și histologic caracteristic.

## V 5

**ACTUALITĂȚI TERAPEUTICE  
ÎN ALOPECIA AREATA**

I. Nedelcu, Cristina Dumitrescu, Aghazadeh Hadi, A. Niculescu

Alopecia areata este o alopecie necicatriceala spontan reversibila de etiologie autoimuna.

Datorita mecanismelor complexe multifactoriale, genetice, imunologice, hormonale, neurologice evolutia acestei boli este imprezibila.

In abordarea terapeutica a acestei forme de alopecie trebuie avuta in primul rand in vedere evitarea agravarii bolii si in al doilea rand terapia cat mai adecvata mecanismului patogenetic.

In ultimii ani s-au dezvoltat modalitati noi de tratament care pot influenta evolutia bolii.

## V 6

**ABORDAREA TERAPEUTICĂ  
A ALOPECIEI ANDROGENETICE**

I. Nedelcu, A. Niculescu, Hadi Aghazadeh, Cristina Dumitrescu

Alopecia androgenetica este cea mai frecventa forma de alopecie.

In societatea moderna s-a observat o incidenta din ce in ce mai crescuta a acestui tip de alopecie, in paralel cu aceasta dezvoltandu-se si tratamentele etiologice din ce in ce mai performante.

Nu in ultimul rand trebuie mentionata abordarea chirurgicala prin implant de par propriu care evolueaza de la an la an, iar in ultimii 10 ani se lucreaza la dezvoltarea si perfectionarea tehnicii de implant folicular la care s-a adaugat si posibilitatea implantului de celule stem foliculare.

V 7

**CONCEPTE ACTUALIZATE ÎN BOALA VENOASĂ  
CRONICĂ PRIVIND ALGORITMUL  
INVESTIGAȚIONAL ȘI MODALITĂȚILE DE  
TRATAMENT**

Maria Rotaru

Facultatea de Medicină „V. Papiilian” Sibiu, Disciplina Dermatologie

Incidența și prevalența bolii venoase sunt mai crescute în țările industrializate iar datele raportate sunt variabile și în funcție de vârsta și sexul populației studiate. Etiologia insuficienței venoase cronice este consecința intrinsecă a factorilor intrinseci predispozanți genetici cu factorii extrinseci de mediu. Astfel, clinic boala se poate manifesta sub un spectru foarte larg, având în vedere și evoluția cronic progresivă a afecțiunii.

Ținând cont de faptul că numai aproximativ un procent de 2% din pacienții cu această suferință venoasă periferică ajung în stadiul VI de ulcer varicos după criteriile CEAP, se impune o cunoaștere foarte precisă a aspectelor anatomice și funcționale ale stadiului bolii pentru a se putea alege cel mai adecvat tratament fiecărui stadiu.

Lucrarea analizează standardizarea etapelor investigaționale astfel încât se stabilesc criteriile pentru efectuarea doppler-ului venos sau a duplexului ce poate da mult mai exact informații despre sistemul venos profund și superficial, despre starea pereților venelor sau a valvelor și poate confirma sau infirma o tromboza venoasă profundă în antecedente.

În funcție de informațiile imagistice corelate cu datele examenului clinic se poate alege metoda de tratament cea mai potrivită (contenție elastică, scleroterapie, flebectomie, striping, medicamentos sau combinat) astfel simptomatologia venoasă poate fi mai bine controlată, atenuând evoluția spre forme severe invalidante de boală.

**SESIUNEA TERAPIE 1 (X 1 – X 8)**

Vineri 19 noiembrie 2010

orele 17:00–18:00

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Alexandru Tătaru

Conf. Dr. Cătălin Popescu

Dr. Alin Nicolescu

X 1

**SINDROM MÂNĂ-PICIOR INDUS DE SORAFENIB**

Al. Oanță, M. Irimie

Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brașov

**Introducere:** Sorafenibul este un medicament introdus în terapia cancerului renal și cercetat în tratamentul melanomului și carcinomului hepatocelular. Sorafenibul blochează mai mulți receptori ai tirozinkinazei VEGFR 1, 2 și 3 (*receptors for vascular endothelial growth factor 1,2,3*), PDGFR- $\alpha$  (*platelet-derived growth factor receptor- $\alpha$* ), Flt-3 (*FMS-like tyrosine kinase 3*) și c-KIT (*stem cell factor receptor*) inhibând de asemenea și oncoproteinele Raf. **Caz clinic:** Pacient în vârstă de 69 de ani diagnosticat cu carcinom hepatic a urmat tratament cu sorafenib conform unei scheme compusă din 6 cicluri terapeutice fiecare ciclu cuprinzând 3 săptămâni: în prima s-a administrat sorafenib 400 mg/zi, în a doua săptămână 800 mg/zi, iar în a treia s-a făcut pauză. După 5 săptămâni de tratament pacientul a acuzat apariția de furnicături palmo-plantare urmate rapid de apariția leziunilor eritemato-scuamoase, descuamative, pe alocuri keratozice localizate palmo-plantar bilateral. Oprirea tratamentului, datorată apariției și a altor efecte secundare, asociată cu aplicații locale de topice keratolitice și emoliente a condus la dispariția leziunilor. **Discuții:** Tratamentul cu sorafenib poate conduce la apariția de efecte secundare: diaree, hipertensiune arterială, astenie. Afectarea cutanată este des întâlnită sub forma sindromului mână-picior, hemoragii sub-ungghiale în formă de așchie, eritemul feței și al pielii păroase a capului, xeroza cutanată, modificări ale părului, chiste și papule hiperkeratozice. Apariția și evoluția sindromului mână-picior depinde de doza folosită, reducerea posologiei fiind în marea majoritate a cazurilor suficientă pentru dispariția simptomatologiei.

## X 2

**ACNEEA ȘI TRATAMENTUL EI HOMEOPAT**

Chukwandi Nwabudike

Acneea este o tulburare a foliculilor pilosebacee, ce afectează peste 85% din adolescenți. Formele sale diferă în intensitatea lor. Există multe tratamente topice și sistемice, cu efecte variate și posibilitatea de reacții adverse, de asemenea, câteodată costisitoare.

Homeopatia promite o metodă blândă ușor de aplicat și ieftin, neavând efecte secundare.

În această lucrare sunt prezentate 5 cazuri de acnee, papulopustuloase, cu grad ridicat de severitate, tratate cu acnee, ca ilustrare.

1. Femeie în vârstă de 14 ani, cu leziuni papulopustuloase, majoritatea eritematoase, localizate pe față însoțite de leziuni reziduale, cicatriciale și evoluând de 4 ani. Nu au remis leziuni după terapiile topice și sistемice. A primit Palladium, potența CH200, lunar. După 6 luni, se arată o remitere a leziunilor semnificative, iar apariția noilor leziuni reduce.
2. Pacient în vârstă de 16 ani, leziuni papulopustuloase, eritematoase, localizate pe față, evoluând de 1 an, care nu au remis după tratamente topice și sistемice. A primit Natrium muriaticum M. Se vede o remitere completă la un an după tratament. 2 ani mai târziu, pacientul rămâne în remisie.
3. Pacientă în vârstă de 20 ani, prezintă leziuni papulopustuloase, eritematoase, de grad mare de severitate, însoțite de dureri la apariția lor, localizate pe față, evoluând de 6 ani fără remiteri cu tratamente sistемice și locale. A primit Palladium CH200, săptămânal. La 3 luni răspunsul clinic este foarte semnificativ, rata de apariție a leziunilor noi este foarte redusă, iar pacienta continuă tratament spre remitere totală.
4. Pacientă în vârstă de 17 ani cu leziuni papulopustuloase, eritematoase, evoluând de 4 ani, însoțite ocazional de usturime, care nu au răspuns la tratamente topice. A primit Palladium CH200, o doză la 2 săptămâni, iar la 6 săptămâni se produce un răspuns semnificativ, iar pacienta continuă tratament spre remitere totală.
5. Pacientul în vârstă de 15 ani cu leziuni papuloase, eritematoase, evoluând de 1 an, care nu au răspuns la tratamente topice. A primit Lachesis M, săptămânal, cu răspuns semnificativ la 6 săptămâni, iar pacienta continuă tratamentul spre remitere totală.

Acneea este o tulburare cutanată de severitate variată, având cauzele diferite. Forma juvenilă poate afecta grav calitatea vieții pacienților și poate fi extrem de costisitor de tratat. De asemenea, unele tratamente sunt însoțite de efecte secundare mari.

Homeopatia este o metodă ieftină, fără efecte secundare, în mâinile bine instruite și blânde. Nu este dificil de

folosit. Cazurile au fost alese în diferite stadii de tratament, pentru a ilustra și viteza de obținere a unui răspuns rapid. De asemenea, au fost alese pentru prezentare cazurile mai severe, ce nu au răspuns la tratament obișnuit, spre a reduce posibilitatea efectului placebo.

Deși palladium CH200 a fost folosit în toate cazurile feminine aici, nu se afirmă că acesta este remediu doar feminin.

Studiile mai ample ar fi necesare pentru stabilirea locului homeopatiei în tratamentul acneei.

## X 3

**TERAPII COMBINATE ÎN CICATRICILE POSTACNEE**

Alexandru Tataru\*, Adrian Avram\*\*, Lacrima Dambu\*\*, Cristina Olteanu\*\*

\* U.M.F. „Iuliu Hațieganu“ Cluj-Napoca

\*\* Q - Clinic, Cluj-Napoca

Modalitățile de tratament al cicatricilor postacnee sunt multiple și uneori se combina în funcție de gravitatea lor. Tratamentul chirurgical, dermoabraziunea și microdermabraziune, peeling-urile chimice, injectarea de filleri, iar cele mai noi fiind tehnologiile laser non-ablative și cele ablative, fractionate sau non-fractionate care se combina cu succes. Autorii prezintă experiența lor în tratamentul combinat al cicatricilor atrofile postacnee.

**COMBINED THERAPIES OF ACNEE SCARS**

During the last years the number of choices in the treatment of acne scar are increasing. Surgical treatment, chemical peeling and fillers are good choices for some acne scars. New technologies - lasers are some times first choice in the acne scar treatment. There are some ablative and non-ablative technologies and there can be combined with other treatments. The authors present their experience in combined treatments of acne scars.

## X 4

**TRATAMENTUL CICATRICELOR CU GEL  
CONȚINÂND EXTRACT DE CEAPĂ, ALANTOINĂ  
ȘI HEPARINĂ**C. Solovan  
Timișoara

S-a studiat dezvoltarea cicatricelor și utilizarea gelului cicatrizant cu extract de ceapă, alantoină și heparină, la pacienții care au suferit diferite tipuri de accidente: accidente fizice, arsuri, accidente cu substanțe chimice, acnee sau operații.

Tratament:

Tratamentul, în sine, necesită perseverență și participare activă din partea pacientului. Cicatricile trebuie tratate într-un mod corespunzător. Tratamentul trebuie inițiat cât mai rapid posibil, aplicat regulat de 3-4 ori/zi, timp de câteva luni, prin masaj delicat (c. recente) /viguros (c. vechi) de la centru spre margini, cu ușoară compresie. Acest gel este foarte bine tolerat chiar și în utilizarea sa pe termen lung.

Ingredienți activi :

- Extract de ceapă (extractum cepae) – 10%;
- Heparina sodică (5000 IU/100g);
- Alantoina (1%).

Acțiune

- **EXTRACTUM CEPAE** – obținut din ceapă; efect antiinflamator (inhibă eliberarea de mediatori ai inflamației); efect bactericid; favorizează regenerarea țesutului; inhibă proliferarea fibroblastelor; grăbește vindecarea.
- **HEPARINA** – efect de hidratare; efect antiproliferativ; efect antiinflamator (inhibă eliberarea de mediatori ai inflamației), conferă textură netedă cicatricii – structuri de colagen moi;
- **ALANTOINA** – efect de hidratare; efect keratolitic; grăbește vindecarea; favorizează penetrarea substanțelor în structura pielii; înlătură senzația de mâncărime.

Concluzii:

Tratamentul cu gel conținând extractum cepae, heparina și alantoina început timpuriu

- Susține procesul natural de vindecare
- Ameliorează inflamația și favorizează regenerarea celulară
- Îmbunătățește elasticitatea și previne formarea de țesut cicatricial patologic

X 5

#### TRATAMENTUL CICATRICILOR CU LASER CO2 CU SCANARE FRAȚIONALĂ

A. Nicolescu\*, I. Nedelcu\*\*, Cristina Dumitrescu\*\*, Hadi Aghazadeh\*\*

\* CMDT Roma

\*\* Spitalul Clinic Colentina-București

Ultimii ani au adus în practica dermatologică scanerile fracționale care permit o abordare extrem de rapidă și eficientă a leziunilor cicatriceale, cu disconfort minim pentru pacienți.

Prezentăm modalități de tratament în câteva cazuri de cicatrici hipertrofice și cheloide.

X 6

#### TRATAMENTUL ANGIOAMELOR CUTANATE CU PDL ȘI PDL-ND YAG

A. Nicolescu\*, Cristina Dumitrescu\*\*, I. Nedelcu\*\*, Hadi Aghazadeh\*\*

\* CMDT Roma,

\*\* Spitalul Clinic Colentina-București

Apariția platformelor de lasere medicale dedicate tratamentului leziunilor angiomatoase face posibilă, în funcție de tipul angiomului, atât folosirea unui singur tip de laser cât și combinarea a două tipuri de lasere care acționează sinergic în cadrul aceleiași intervenții. În plus, când se combină două lasere, puterea folosită pentru fiecare este mai mică decât în cazul folosirii singulare a fiecărui laser, cu toate beneficiile care decurg de aici.

X 7

#### ALTERNATIVE LA PDL ÎN TRATAMENTUL ANGIOAMELOR

A. Nicolescu\*, Hadi Aghazadeh\*\*, I. Nedelcu\*\*, Cristina Dumitrescu\*\*

\* CMDT Roma

\*\* Spitalul Clinic Colentina - București

Lucrarea prezintă pacienți cu diferite tipuri de angioame și care au urmat diverse tratamente cum ar fi: chirurgie, crioterapie, laser Argon, laser CO2, laser Nd-Yag, etc.

X 8

#### APLICAȚII ALE LASERULUI ERBIUM-YAG ÎN DERMATOLOGIE

Al. Tătaru\*, Adrian Avram\*\*, Lacrima Dambu\*\*, Cristina Olteanu\*\*

\* U.M.F. "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

\*\* Q - Clinic, Cluj-Napoca

Laserul Erbium-Yag (Erbium: yttrium-aluminum-garnet) cu lungimea de undă 2940 nm are selectivitate ca ținta biologică, apă. Este mult mai selectiv pentru apă decât laserele CO2. Aplicațiile clinice moderne ale laserelor Erbium-Yag sunt atât pentru tratarea diferitelor leziuni dermatologice benigne cât și în dermatologia cosmetică. Utilizarea laserului Er-Yag se poate realiza în mod ne-fractionat sau fractionat, aceasta ultima modalitate având avantajul timpului de recuperare scurt. Rezultate superioare se pot obține prin combinarea tehnologiilor fracționate și nefracționate dar

si prin combinarea terapiei laserului Er-Yag cu alte tehnologii de fototerapie (lumina intens pulsata, lasere cu alta lungime de unda, skin tyte etc).

#### CLINICAL APPLICATIONS OF ER-YAG LASER IN DERMATOLOGY

Erbium Yag (Erbium: yttrium-aluminum-garnet) laser with 2040 nm wavelength have biological target water and is more specific than CO2 laser. Clinical applications of Er-Yag Laser include benign lesions of the skin but also have wide clinical applications in cosmetic dermatology. There are non-fractional and fractional technologies, the last one is having shorter recovery time. Better result can be achieved when is used combined laser therapies (lasers with different wavelength, and intense pulse light).

#### SESIUNEA TERAPIE 2 (X 9 – X 15)

Vineri 19 noiembrie 2010

orele 17:00–18:00

Sala Roma

Prezidiu:

Prof. Dr. Rodica Cosgarea

Grat (r) Prof. Dr. Ioan Nedelcu

Dr. Mihaela Leventer

X 9

#### LASERUL BIOGENERATOR CU LUMINĂ RECE "LED TRIWINGS" TERAPIA VIITORULUI ÎN DERMATOLOGIE ȘI DERMATOESTETICĂ

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena

CMI Nedelcu Ioan, București

Organismul viu este o structura energetica complexa, in interiorul careia starea de sanatate este definita prin capacitatea de a se pastra, la valori normale, potentialul energetic. Cind organismul se dovedeste incapabil sa-si restabileasca valorile energetice nominale, apare starea de boala.

Vindecarea, adica, reechilibrare energetica se poate realiza prin cel puțin 3 cai:

- aport alimentar cu alimente care sa produca, prin metabolizare, acele cuante energetice care sunt deficitare;
- administrarea de substante chimice din exterior - medicamente - care sa produca pe cale chimica cuantele energetice de care este nevoie pentru vindecare ;
- administrarea directa , din exterior, a cuantelor energetice cu valori de putere si lungime de unda identice cu cele care sunt deficitare si de care este nevoie pentru vindecare;

Administrarea directa a cuantelor energetice vindecatoare, cu puterea si lungimea de unda identice cu cele care lipsesc, reprezinta o cale extrem de "curata", care nu intoxica, nu produce deseuri, este potrivita pana la identitate cu necesarul, este extrem de facil de administrat si perfect, rapid si direct vindecatoare. Aceasta este ratiunea pentru care laserii bioregeneratori cu lumina rece sunt considerati a reprezenta terapia viitorului.

Aceste tipuri de laseri s-au nascut din studiile de fotobiologie ale NASA , legate de nevoile specifice ale cosmonautilor in spatiu.

Mecanismul de actiune al LED terapiei este localizat in interiorul mitocondriilor, organite intracitoplasmatiche raspunzatoare de productia de energie a celulei.

### FRAXEL RE:STORE LASERUL FRAȚIONAT NEABLATIV IN DERMATOLOGIE

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

Absorbția cuantelor energetice de lumina rece LED se concretizează prin următoarele acțiuni biologice benefice:

- Crește activitatea mitocondrială cu sporirea sintezei de ATP și NADH
- Repolarizează membranele celulare
- Reduce radicalii liberi
- Produce neocolageniza
- Produce neoangiogeneza
- Crește microcirculația
- Eliberează citokine antiinflamatorii
- Reduce activarea agenților de distrugere a colagenului (Matrix Metaloproteinaze)
- Acționează pe fibrele nervoase blocând transmiterea impulsurilor nociceptive (durere) pe fibrele nervoase C (are acțiune puternică de blocare a apariției durerii)

Dispozitivul de terapie cu lumina rece LED TRIWINGS este cel mai nou și cel mai puternic dintre cele construite până în prezent. Dacă toate celelalte dispozitive aflate în uz utilizează 1 sau 2 sau cel mult 3 culori, LED TRIWINGS utilizează 5 culori, deci 5 grupuri diferite de cuante energetice, cu un câmp de aplicare foarte larg, extrem de eficace și spectaculos.

Indicațiile tratamentului cu lumina rece LED TRIWINGS sunt multiple:

- terapia antiinflamatorie (dermite de contact, eczeme, psoriazis, etc.)
- tratamentul celulitei - în asociere cu Radiofrecvență tripolară
- tratamentul cicatricilor (chirurgicale, Keloide)
- terapia bratului gros postchirurgical după chirurgia cancerului de sân
- terapia antialgică (terapia durerii)
- terapia de îmbunătățire a apărării imune (herpes, afte, etc.)
- tratamentul unor boli autoimune (vitiligo)
- terapia antiîmbătrânire (bioregenerarea pielii fotoîmbătrânite, Bioregenerarea facială, decolteu, gât, dosul mainilor, stergerea ridurilor-laba de gâscă, etc.)
- terapia vergeturilor vechi și noi (cea mai eficientă metodă a momentului)
- îmbunătățirea paraliziei faciale
- terapia antistres și a depresiei de iarnă, etc.,
- terapia cancerelor cutanate (epiteliom bazocelular) și leziunilor precanceroase (keratoze actinice extinse, boala Bowen) în asocierea cu ALA
- terapia caderii parului
- terapia dishidrozei și a transpirației în exces mai ales pentru zonele în care nu se poate aplica toxina botulinică (Botox)

Sunt ilustrate și comentate aplicațiile cu cazistica personală.

Laserul Fraxel reprezintă o tehnică de ultimă oră, lansată pe piață în anul 2004, care a determinat obținerea de rezultate spectaculoase în tratamentul de reținere cutanată asupra pielii afectate prin: fotoîmbătrânire, cicatrici reziduale după acnee, pete pigmentare de tipul melanodermiilor castigate sau de sarcină, vergeturi, reducerea ridurilor superficiale și a porilor dilatați, tratamentul petelor solare și a petelor de vârstă.

Laserul Fraxel re:store produs de compania Reliant Technologies din SUA, este o tehnică de tratament a cărei eficacitate și siguranță au fost recunoscute și recomandate de FDA în SUA și abordează pielea printr-un concept științific inovator în cadrul căruia pe o suprafață de 1 centimetru pătrat de piele se realizează 200 - 300 de mici orificii, cu diametrul de 75 - 150 microni, care penetrează în piele la o adâncime cuprinsă între 0,4 și 1,4 mm.

Tesutul cuprins în interiorul acestui cilindru de acțiune a laserului fracționat va fi coagulat și apoi eliminat grație proceselor fiziologice de reparare cutanată.

Celulele (fibroblastii) dispuse în imediată vecinătate a zonei de acțiune a laserului Fraxel vor suferi o resetare funcțională și vor fi determinate să contribuie la repararea și netezirea pielii printr-o sinteză crescută de colagen, fibre elastice, acid hialuronic și substanța fundamentală cutanată care au drept rezultat final o reținere cutanată care face din laserul fracționat Fraxel cea mai eficientă tehnică de tratament a momentului în domeniul skin-resurfacing-ului.

Spre deosebire de laserele clasice, utilizate pentru reținerea cutanată, care distrugeau în totalitate stratul superficial al pielii, ceea ce genera numeroase efecte secundare importante și obliga la scoaterea pacientului din activitatea zilnică pe perioade mari de timp, laserul fracțional nonablative acționează doar pe o porțiune mică de maxim 20% din suprafața tratată Laserul Fraxel re:store "și NU distruge stratul superficial al pielii ci doar produce zone de coagulare, astfel încât din cei peste 80% suprafața cutanată neafectată se produce o regenerare rapidă, fără cicatrici, pete hipo sau hiperchrome și ceea ce este foarte important, pacientul poate să-și reia activitățile zilnice imediat după sedinta de tratament.

Sedinta de tratament se efectuează sub anestezie locală, obținută prin utilizarea de crema anestezică.

După sedinta Fraxel este necesară o hidratare foarte bună pe gura și utilizarea de creme hidratante și de creme ecran solar.

Sunt necesare 5-8 sedinte in raport de gravitatea leziunilor de tratat, cu un interval de timp intre sedinte de 2-6 saptamani.

Sunt discutate mecanismele de actiune, metoda si tehnica terapiei prin laserul "Fraxel re:store" produs de compania Reliant Technologies din USA, pentru tratamentul unor suferinte cutanate, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative, in lumina experientei personale.

**X 11**

**LASERUL FRAXEL RE:STORE NEABLATIV  
ÎN TRATAMENTUL MELASMEI**

Nedelcu I., Laura Elena Nedelcu  
CMI Nedelcu Ioan, București

Tratamentele traditionale ale melasmei uzeaza de creme depigmentante, peeling-uri chimice, microdermabrazioni, mezoterapie, terapii laser, fotoprotectie interna si externa.

Laserul Fraxel este o metoda de inalta tehnologie, aprobata de FDA, pentru tratamentul melasmei, care s-a dovedit a fi deosebit de eficienta, chiar si in cazurile in care terapiile traditionale au esuat.

Sunt discutate mecanismele de actiune, metoda si tehnica terapiei prin laserul "Fraxel re:store" produs de compania Reliant Technologies din USA, pentru tratamentul melasmei, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative in lumina experientei personale.

**X 12**

**LYPOLISIS BY INJECTIONS – A "NEW - OLD"  
TECHNIQUE FOR BODY CONTURING AND  
ABNORMAL FAT DEPOSITS MANAGEMENT**

**COMMENTS AFTER THE USE OF 1450 VIALS OF  
PHOSPHATIDYLCHOLINE**

Nedelcu I., Nedelcu Laura-Elena  
CMI Nedelcu Ioan, București

LYPOLISIS BY INJECTIONS is an injectable technique that targets to dissolve subcutaneously localized fat deposits by injections of lipolytic agents..

It is a new technic developed in EUROPE in the last 9 years. The theoretical studies started in 2001 in AUSTRIA by Franz Hasenghwandtner. The first treatments were made by him, in late2002. In 2003, a "Network Lypolysis" was founded in Germany by Ulrich Bunzek &Dirk Brande. in 2004 "International Society for Injection Lipolysis" has been established.

The LIPOLITIC AGENTS are: phosphatidylcholine, sodium deoxycolate, caffeine, triartricol, yoimbe, trissilanol, artichoke, manitol, local anesthetics (procaine), Phosphatidylcholine (PC), the main lipolitic agent is an essential phospholipid derived frm soybean lecithin. It was first isolated in Odessa, Ukraine, some 50 years ago. Now days it is registered in 53 countries for: prevention of fat embolism in polytraumatized patients, for the treatment of metabolic disorders and like a liver - protecting substance, but it is not registered for lypolysis by injections.

THE MECHANISM OF ACTION :recognizes 3 steps :Step 1 : the lipolitic agents burst adipocytes and by their detergent effect is produced an emulsion with fat particles of nanao-size; Step 2: it comes to the liberation of a cascade of fat-melting emzymes leads to the dissolution of fat producing monoglycerides witch are transportet into the liver; Step 3: the metabolization of monoglycerides via bera - oxydation

**PERSONAL EXPERIENCE:**

LOT: - 76 patients (63 woman + 13 man) ; age 21 - 57 years; abnormal fat deposits :thigs, hips, abdomen, flanks, buffalo-hump, who failed to reduce it with appropriate diet or exercising.

- Exclusion criteria: pregnancy, colagen diseases, clotting disturbances, skin infections, allergies

**TECHNIC OF INJECTIONS:**

- hand technic by syringes;
- instrumental technic with mesotherapy pistolets;
  - multi - points injections of 0,5 ml, in depth of 6 - 12 mm into subcutaneous fatty tissue
  - cocktail dose : 20 ml; 30ml; 40ml
  - rhythm: every 2-4 weeks,
  - no. of sessions : 4-6

1450 vials of phosphatidylcholine

**PERSONAL EXPERIENCE RESULTS :**

76 patients ( 65 woman + 11 man)

- parameters of efficacy

- clinic : - patient satisfaction :
  - strong positive = 58 patients
  - moderate positive = 14 patients
  - natural = 4 patients

- doctor satisfaction :

- strong positive = 50 patients
- moderate positive = 18 patients
- natural = 6 patients

- quantification : the average reduction of circumference

- abdomen (waist) loss = 5 cm
- buttocks (hips) loss = 6 cm
- thighs (root) = 5 cm
- knees = 4 cm

**SIDE EFFECTS: LOCAL**

- pain in the treated area = 15 pts
- bruise = 18 pts
- itching = 14 pts
- redness = 13 pts
- swelling = 9 pts
- sesitivity on touch = 18pts



NOTE : The local side effects were minor  
Systemic side effects did not appear.

- The laboratory tests for the lipidic metabolism (cholesterol, lipemia, triglycerides, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol= were normal
- The hepatic and kidney functions were normal

Comment: (Hexel Doris = Brasil 2006 experiment on pigs = 750mg PC = death)

COMENTS - CONCLUSIONS :

1. Positive results were obtained for all the subjects.
2. The results were satisfactory both for the patients and for the physician in terms of achieving the goal of the lipolysis by injections,

X 13

### RECONSTRUCȚIA DE PLEOAPĂ INFERIOARĂ – ABORDĂRI RECONSTRUCTIVE CREATIVE

V. Trifu\*, M. Dărmănescu\*\*, S. Chivu\*, M. Josanu\*

\* Dermatologie, Spitalul Clinic de Urgență Universitar Central București

\*\* Dermatologie, IOMC "Alfred Rusescu" București

Reconstrucția periorbitală după excizia formațiunilor tumorale reprezintă o provocare profesională pentru medicul care se angajează la un astfel de act operator. Pleoapa inferioară e o regiune complexă, ale cărei repere anatomice pot fi ușor distorsionate în cazul intervențiilor la acest nivel. De aceea, evitarea distorsiunilor în ceea ce privește forma, mărimea, poziția relativă și păstrarea simetriei acestor margini libere anatomice în urma transferului tisular sub forma de lambouri, este de maximă importanță în această zonă.

Exemplificăm aceste concepte prin prezentarea unei serii de cazuri, ilustrând experiența noastră în reconstrucția de pleoapă inferioară.

### LOWER EYELID REPAIR-CREATIVE RECONSTRUCTIONS

Periorbital reconstruction following skin cancer ablation represents a challenging problem. It is a complex region with free margins and anatomic landmarks that can easily be distorted. When moving periorbital tissue to repair a surgical defect, the surgeon should avoid distortion of the shape, size, relative position and symmetry of these landmarks in order to achieve optimal results.

A case series of lower eyelid reconstruction is presented, illustrating our experience in reconstruction of this area.

X 14

### LAMBOURILE CUTANATE – SOLUȚIE RECONSTRUCTIVĂ ÎN EPITELIOAMELE PAVILIONULUI AURICULAR

V. Trifu\*, M. Dărmănescu\*\*, S. Chivu\*, M. Josanu\*

\*Dermatologie, Spitalul Clinic de Urgență Universitar Central București

\*\*Dermatologie, IOMC "Alfred Rusescu" București

Urechea externă reprezintă o provocare reconstructivă datorită localizării și caracteristicilor anatomice particulare. O reconstrucție reușită după excizia epitelioamelor pavilionului auricular presupune refacerea parametrilor anatomici care contribuie la aspectul caracteristic al acestuia.

Deși există metode reconstructive variate, alegerea metodei optime ia în considerare factori care tin de caracteristici individuale, dimensiunea și localizarea defectului primar la nivelul pavilionului auricular. Aducem în discuție o serie de reconstrucții la nivelul pavilionului auricular, a căror abordare a inclus sutura per primam și lambouri cutanate de avansare, de rotație și transpoziție, cu rezultate estetice excelente.

Considerăm că alegerea metodei reconstructive dublate de o tehnică meticuloasă asigură rezultatele funcționale și estetice dorite atât de către medic, cât și de pacient.

### CUTANEOUS FLAPS IN AURICULAR RECONSTRUCTION

The external ear poses a unique reconstructive challenge due to its intricate surface topography and conspicuous location. Successful auricular repair depends on meticulous restoration of several anatomic parameters that critically contribute to the aesthetic balance of the ear. Numerous reconstructive options are available. A choice of repair ultimately depends on patient factors, amount of soft tissue loss, and location of the auricular defect.

We present our approach in reconstruction of defects of the auricle. Management included direct closure and local flaps using direct advancement, rotational advancement and transposition flaps.

Reconstructive decisions, complemented by a meticulous surgical technique ensure satisfactory aesthetic outcomes for our patients.

X 15

### FORMAȚIUNE TUMORALĂ GIGANTĂ DE PIRAMIDĂ NAZALĂ – PROBLEME DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

I. Florea\*, Ionica Vais\*, Loredana Elena Stoica\*, Claudia  
Cîrstea\*, Claudia Valentina Georgescu\*\*

\* Clinica Dermatovenerologie, UMF Craiova, România

\*\* Laboratorul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic Județean de  
Urgență Craiova, România

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 90 de ani, tarată, provenită din mediul rural ce prezintă la nivelul versantului stâng al piramidei nazale o formațiune tumorală gigantă penetrantă în vestibulul nazal unde lasă să se observe un orificiu de 3 mm, cu margini boselate, suprafață ulcerată acoperită de cruste hemato-milicerice, având o evoluție îndelungată pe care pacienta nu o poate preciza cu exactitate.

Pacienta afirmă că formațiunea tumorală a sângerat și a crescut în dimensiuni, în urmă cu o lună după un traumatism accidental.

Pentru stabilirea diagnosticului s-a prelevat material biptic sub anestezie locală cu xilină, piesa operatorie a fost trimisă la examen histopatologic. Dată fiind vârsta înaintată și patologia asociată nu s-a intervenit chirurgical. S-a inițiat terapie medicamentoasă, evoluția pacientei fiind favorabilă (după 6 luni de tratament tumora a involuat).

#### GIANT TUMOR AT NASAL PYRAMID – PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT

We present a female patient aged 90 years, tared, coming from rural areas that present at the left side of the nasal pyramid a giant tumor penetrating the nasal vestibule which allow to observe a 3mm hole, with bosel margins, ulcered surface covered with blood-meliceric crusts with a long evolution that the patient can not specify exactly. The patient states that his tumour has bled and grew in size a month ago after an accidental injury.

For diagnostic biopsy was taken under local anesthesia with lidocaine, surgical piece was sent to histopathological exam. Given the advanced age and associated pathology the surgical intervention was not the therapeutic method. Drug therapy was started, the patient's evolution was favorable (after 6 months of treatment the tumor had involved).

### SESIUNEA PENTRU REZIDENȚI „ACAD. ȘT. GH. NICOLAU“ (R 1 – R 17)

Vineri 19 noiembrie 2010

orele 8:30–10:30

Sala Londra

Prezidiu:

Prof. Dr. Virgil Feier

Prof. Dr. Sanda Marta Popescu

Prof. Dr. George-Sorin Țiplica

R 1

### PSORIAZISUL PEDIATRIC – PREZENTARE DE CAZ

Monica Costescu, Simona Roxana Georgescu, V. Benea, M. Alecu, Mihaela Popescu, Corina Stăniloiu, Ana Făcă, Maria Magdalena Miinea, Lucia Dumitru  
Spitalul Clinic „Prof. Dr. Scarlat Longhin“, București

Psoriazisul este o afecțiune frecventă, caracterizată prin placi eritematoase, bine delimitate, acoperite de scuame groase, alb-sidefii. Etiopatogenia psoriazisului este multifactorială fiind implicați atât factori de mediu dar având și o componentă ereditară importantă. Poate debuta la orice vârstă dar neobișnuit sub vârsta de 10 ani. Aspectele clinice sunt similare cu ale adultului dar la copil afectează mult mai frecvent fața. Astfel 50% dintre copii prezintă placi caracteristice la nivelul genunchilor și coatelor, o treime prezintă forma de psoriazis gutat. Prezentăm cazul unui copil, de sex masculin, în vârsta de 2 ani, cu placi și placarde eritemato-scuamoase localizate pe torace anterior, spate și membre. Leziunile au debutat în urma cu 6 luni. A fost identificată atât componenta ereditară (fratele mamei a fost diagnosticat cu psoriazis) cât și factorul din mediu (conflicte familiale). Biopsia a fost refuzată de către părinți și diagnosticul a avut la bază morfologia și localizarea tipică a leziunilor. Tratament constând în corticosteroizi topici cu potență redusă, cheratolitice și emoliente a determinat o ameliorare modestă.

Dificultatea cazului constă în limitările terapeutice datorate vârstei reduse a pacientului și leziunilor extinse.

#### PEDIATRIC PSORIASIS – CASE REPORT

Psoriasis is a common disorder characterized by red, well demarcated plaques with a dry, thick, silvery scale. Psoriasis is a multi-factorial disorder with both hereditary and environmental components and it may begin at any age but it is uncommon under the age of 10 years old. Clinical aspects are similar to the adult cases but involved more often the face. About 50% of children

.present with large plaques over the knees and elbows. A third of children present many drop-like lesions (guttate psoriasis) In infancy, psoriasis may also present as a persistent diaper dermatitis

CASE REPORT: We will present the case of a 2 year old boy with erythematous-squamous plaques and plaque on chest, back and extremities. The onset of skin lesion was 6 months earlier. We identified both hereditary (uncle's boy has also psoriasis) and environmental (family arguments) components of the disease. The biopsy was denied by his parents and the diagnosis was made by identifying the typical morphology and by the distribution of skin lesions. The treatment consisted in topical low potency corticosteroids, keratolytics and emollients determined a modest improvement. Difficulty of the case consisted in the limitation of the treatment due to small age of the patient and widespread lesions.

## R 2

### ACNEE FULMINANS INDUSĂ DE TERAPIA CU SOTRET

Iuliana Marcu, Virginia Chițu, Dorina Giurcăneanu,  
Alina M. Maxim, Alina E. Cipi, Roxana Tănase

Acneea fulminans afecțiune rară, reprezentând cea mai severă formă de acnee inflamatorie, nodulochistică, afectează adolescenții, existând o ușoară predominanță la sexul masculin. Tabloul clinic constă din noduli și plăci inflamatorii impresionante, ce supurează rapid, lăsând ulceratii anfractuoză. Cel mai adesea este afectat trunchiul, iar leziunile faciale sunt mai puțin severe. Pacienții asociază: febră, poliartralgii, mialgii, leucocitoză importantă (uneori chiar reacție leucemoidă), anorexie, scădere ponderală, afectarea stării generale. Au mai fost descrise artrite distructive, miopatii, splenomegalie dureroasă, eritem nodos. Leziunile osoase litice focale au fost descrise și par a fi comune (circa 48% conform datelor din literatură). Acneea fulminans poate fi parte a sindromului SAPHO (sinovită, acnee, pustuloză, hiperostoză, osteită).

Dintre factorii etiopatogenici posibil implicați în apariția leziunilor de acnee fulminans la indivizii la care există o anumită predispoziție genetică menționăm: încărcătura crescută de *Propionibacterium acnes*, excesul de hormoni androgeni la bărbați (posibilă hiperplazie congenitală adrenală cu debut tardiv), virusul Epstein-Barr (se impune testare în special în situațiile în care acnea fulminans apare prin exacerbarea bruscă a unei forme moderate de acnee), indusă de isotretinoin. Prognosticul este unul bun, recurența este extrem de rară. Leziunile osoase tipic se rezolvă fără tratament, dar modificările radiologice reziduale ca scleroza și hiperostoza pot rămâne. Prognosticul cosmetic este modest din cauza leziunilor cicatriceale inestetice.

Caz clinic: Pacientul T.V. în vârstă de 17 ani, cu o acnee juvenilă de tip inflamator, nodulară, cu evoluție de un an și jumătate, aflat pe tratament cu Sotret inițial 6cp/zi (60 mg) apoi 4cp/zi de circa o lună, a solicitat consult în clinică pentru o agravare spectaculoasă a leziunilor de la nivel facial, asociate cu febră, mialgii, artralгии, stare generală proastă. În momentul consultului pacientul prezenta la nivelul feței edem marcat cu asimetrie facială, plăci și noduli inflamatori de mari dimensiuni, de culoare eritematovioacee, cu arii păstoase, cu supurație impresionantă. Erau cruțate doar ariile perioculare și peribucale. La nivelul toracelui elementele de acnee erau discrete: câteva pustule, cicatrici reziduale. Pacientul descria existența de dureri la nivelul coetelor și genunchilor, redoare matinală, dificultăți în alimentare și vorbire din cauza leziunilor dureroase din vecinătatea imediată.

Examenul bacteriologic de la nivelul ariilor supurative a evidențiat prezența de *Enterobacter*. Evoluția pacientului a fost favorabilă pe parcursul primei luni de tratament sub antibioterapie, corticoterapie 0.5 mg/kg zi, anti-septice blânde, mixtură cu metronidazol 2%, ulterior s-a reintrodus isotretinoin 10 mg inițial în zilele alternative, ulterior zilnic, cu toleranță foarte bună. Menționăm că pacientul a fost evaluat și de un specialist reumatolog pentru a depista posibilă afectare osoasă.

Isotretinoinul este un medicament extrem de valoros în tratamentul formelor severe sau refractare de acnee. Terapia însă trebuie supravegheată adecvat, atât la început său pentru a depista și combate posibile agravări, care pot fi dramatice așa cum s-a întâmplat în cazul pacientului nostru, cât și pe tot parcursul său pentru a depista răsunetul metabolic și asupra sistemului osos (în special la adolescenți).

## R 3

### PYODERMA GANGRENOSUM: PREZENTARE DE CAZ

A.Chiriac, Carmen Curea, Ana Maria Dobrescu, G.S. Țiplica  
Spitalul Clinic Colentina, Secția Dermatologie II

Pyoderma gangrenosum este o dermatoză neutrofilică, non-infecțioasă, cu distrugere tisulară rapidă. Etiologia este incertă. Se asociază în aproximativ 50% din cazuri cu unele afecțiuni sistemice: boală inflamatorie intestinală, artrită reumatoidă, gamapati monoclonale (de obicei IgA), mai rar cu limfoame sau leucemii.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 61 ani, din mediul rural, care la internarea în Secția Dermatologie II Colentina prezenta trei leziuni ulcerative la nivelul gambelor, acoperite de secreții abundente, miros fetid, margini bine delimitate, tegument perilezional eritematos, cald, dureros, cu debut de aproximativ 4 luni.

Diagnosticul a fost stabilit pe baza anamnezei, examenului clinic local, investigațiilor paraclinice și a examenului histopatologic. Pentru excluderea altor afecțiuni sistemice asociate s-au efectuat EDS și colonoscopie, care nu au evidențiat modificări patologice. Sub tratament cu corticoizi evoluția a fost favorabilă. Concluzii: diagnosticul pyodermei gangrenosum este dificil, frecvent fiind unul de excludere. Prognosticul și tratamentul bolii este direct influențat de prezența altor patologii.

## R 4

#### LICHEN SCLEROS ȘI ATROFIC EXTRAGENITAL – PREZENTARE DE CAZ

Alina-Elena Ilie\*, Vasile Benea\*, Simona-Roxana Georgescu\*, Alice Rusu\*, Oana Coman\*, Anca-Mihaela Mălin\*, Edit Mild\*\*

\* Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin", București

\*\* Spitalul Sfântu Gheorghe

Lichenul scleros, numit și lichen sclero-atrofic, este o dermatoză inflamatorie rară, de etiologie necunoscută, cu evoluție cronică, care prezintă manifestări genitale (cel mai frecvent) și extragenitale. Leziunile extragenitale pot apărea oriunde pe suprafața pielii, dar cele mai frecvente localizări sunt toracele superior, umerii, axilele și gâtul. Clinic, leziunile sunt reprezentate de plăci sau placarde atrofile, hipopigmentate (albe) cu dopuri foliculare de keratină în stadiile inițiale; pot fi pruriginoase. Tratamentul, de obicei dezamăgitor, include corticosteroizi topici, imunomodulatoare topice (tacrolimus, pimecrolimus), PUVA-terapie, retinoizi topici și oral, antimalarice.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 72 ani care, de 9 ani, prezintă macule și papule poligonale albe și atrofile, unele fiind coalescente în plăci, situate pe abdomen și în pliurile inghinale; leziunile erau pruriginoase. La examenul clinic s-a observat prezența aceluiași tip de leziuni și în zona genitală. Determinările de laborator au fost în limite normale. Am prelevat o biopsie cutanată și examenul histopatologic a susținut diagnosticul prezumptiv de lichen sclero-atrofic cutanat. Am inițiat tratament sistemic cu doxepin și topic cu corticosteroizi potenți, pentru o lună. Raspunsul fiind favorabil, s-a continuat tratamentul cu dermatocorticoizi de potență medie.

#### EXTRAGENITAL LICHEN SCLEROSUS ET ATROPHICUS – A CASE REPORT

Lichen sclerosus, named also lichen sclerosus et atrophicus, is a rare, chronic inflammatory dermatosis of unknown cause, who has genital (most frequent) and extragenital presentations. Extragenital lesions may occur anywhere on the skin, but the most commonly affected sites are the upper-back, the shoulders, the

armpits and the neck. Clinically, the lesions are hypopigmented (white), atrophic plaques or patches with folliculocentric keratin plugs in the first stage; the lesions may be pruritic. The treatment, usually disappointing, includes topical corticosteroids, topical immunomodulators (tacrolimus, pimecrolimus), PUVA-therapy, topical and oral retinoids, antimalarials.

We present the case of a 72-year-old woman with a 9-years history of white and atrophic macules and polygonal papules, some being coalescent into plaques, situated on the abdomen and the inguinal folds; the lesions were pruritic. The same lesions were observed in the genital area. No clinical or laboratory abnormality was found. We took a biopsy from the skin lesions and the histopathological exam sustained the presumed diagnostic - lichen sclerosus et atrophicus. We started the treatment with doxepin and topical superpotent corticosteroids daily for 1 month. There was a good response and the treatment was continued with topical mild-potency corticosteroids.

## R 5

#### SINDROM LUPUS-LIKE ASOCIAT UNEI PREZENTĂRI ATIPICE DE GRANULOM PIOGENIC AL BUZEI ÎN INFECȚIA HIV: PREZENTARE DE CAZ

Clara Matei\*, M. Tampa\*\*, Doina Nitescu\*\*\*, Adina Alexandru\*

\*Clinica II Dermatologie, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

\*\* Spitalul Clinic de Dermatologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin", Bucuresti

\*\*\*Clinica de Medicina Interna a Spitalului Clinic Colentina, Bucuresti

Granulomul piogenic este o tumora angiomatoasa benigna care apare frecvent posttraumatic. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 26 de ani la care examenul clinic a evidențiat rash malar, alopecie difuză și o formațiune tumorală ulcerată la nivelul buzei inferioare, parțial acoperită de o crustă hematice, aparute în urma unui traumatism minor în urma cu 6 săptămâni. Pacienta prezintă de asemenea subfebrilitate, sindrom consumptiv, poliartralgii cu caracter inflamator, mialgii proximale și hepatosplenomegalie ce coincid temporal cu apariția formațiunii tumorale. Investigațiile paraclinice releva hipergamaglobulinemie și citoliza hepatică cu serologie negativă pentru virusurile hepatice B și C. Serologia specifică pentru lupus și alte conectivite a fost de asemenea negativă.

Examenul histopatologic a arătat prezența a numeroase capilare de neoformație, stroma bogată în fibroblaste și infiltrat inflamator difuz. Hemoleucograma a arătat pancitopenie, pentru descoperirea cauzei careia s-a efectuat puncție sternală, medulograma indicând eritroblastopenie. La momentul prezentării, serologia pentru sifilis și HIV au fost negative. Pe parcursul investigațiilor, testarea HIV a fost pozitivă în mod repetat.

Sub tratament antibiotic aspectul clinic s-a îmbunătățit considerabil, cu epitelizare completă după două săptămâni de tratament.

R 6

Infecția cu virusul HIV îmbracă multiple manifestări cutanate, al cărui spectru complet nu este în totalitate cunoscut la momentul actual. Pacienta nu a îndeplinit criteriile necesare pentru stabilirea diagnosticului de LES. Aspectele clinice și rezultatele investigațiilor paraclinice, alături de rezultatul pozitiv la testarea repetată HIV sprijină suspiciunea de sindrom lupus-like în infecția cu virusul HIV. Prezentarea atipică a granulomului piogenic poate ridica suspiciunea unei imunodepresii coexistente.

#### LUPUS-LIKE SYNDROME AND UNUSUAL PRESENTATION OF PYOGENIC GRANULOMA OF THE LIP IN HIV INFECTION: CASE REPORT

Pyogenic granuloma is a relatively common benign vascular lesion of the skin and mucosa whose exact cause is unknown. We report the case of a 26 year-old female patient presenting malar rash, diffuse alopecia and a solitary large tumoral nodule on the lower lip with ulceration and verrucous crust, resembling a squamous cell carcinoma. The tumor apparently occurred and grew in size over a six-week period following minor lip trauma. Patient reported marked weight loss, fever, fatigue, polyarthralgia and hepatosplenomegaly coinciding with the emergence of the tumoral nodule. Laboratory exam showed hypergammaglobulinemia and hepatic cytolysis but no hepatitis B or C markers were found. Immunology tests for lupus and other connective tissue disorders were negative.

The punch biopsy of the lip tumor showed proliferating vascular channels, immature fibroblastic connective tissue and scattered inflammatory cells. Complete blood count showed pancytopenia with a prominent tendency to progress gradually, in order to assess the cause of which a sternal puncture was made; the medulogram showed erythroblastopenia.

At presentation, the serologic tests for syphilis and HIV testing were both negative. During investigations, an HIV test was repeated and the result turned out positive. Under antibiotic therapy, the clinical aspect improved significantly, with the regression of the skin manifestations and complete epithelisation within two weeks. The patient was referred to an infectious disease care clinic for commencement of antiretroviral therapy and follow-up.

Conclusion: HIV encompasses a wide variety of skin manifestations; the full spectrum of presentations of HIV infection is still unknown. The patient did not meet the necessary criteria for the diagnosis of systemic lupus erythematosus. The clinical and laboratory aspects altogether with the positive HIV test result support the supposition of lupus-like syndrome in HIV infection. The unusual or unexpected presentations of pyogenic granuloma should arouse suspicion of underlying immunosuppression.

#### NECROBIOZA LIPOIDICĂ – PREZENTARE DE CAZ

Roxana Tănase, Virginia Chițu, Alina Maxim, Iuliana Marcu, Alina Elena Cipi

Clinica I dermatologie Colentina, București

Necrobioza lipoidică este o afecțiune în care fibrele de colagen degenerază, se depun lipide, se formează o reacție granulomatoasă, iar peretii vaselor sanguine se îngroașă. Patogeneza nu este complet elucidată, cea mai acceptată teorie este cea a microangiopatiei diabetice. Pacienții sunt în general tineri (30 ani), mai frecvent de sex feminin și sunt diagnosticați cu diabet zaharat (prevalență: 0,3–1,2%) sau cu toleranță alterată la glucoză.

Aspectul clinic constă în plăci brun-eritematoase care evoluează încet radiar, devin galbui-albicioase central (atrofie), cu suprafață lucioasă, cu telangiectazii, nedureroase (75% din cazuri). Apar de obicei pretibial însă și la nivelul feței, scalpului, trunchiului și membrelor superioare. Au localizare multiplă și prezintă fenomen izomorfic.

Pacienții diabetici care au această afecțiune au un risc crescut de retinopatie și nefropatie fatală de diabetici care nu au.

Histopatologic - aspectul este concludent.

Imunofluorescența directă arată IgM, IgA, C3 și fibrinogen în peretele vascular.

Tratamentul poate ținti pe mai multe procese implicate (presupuse) în patogeneza. S-au înregistrat succese cu dermatocorticoizi potentes în pansament ocluziv, injecție de triamcinolon intralezional, tacrolimus 0,1% topic, ciclosporina 2,5 mg/kgc/zi, hidroxiclorochin, antiagregante plachetare, pentoxifilin, infliximab, clofazimin, tretinoin, colagen bovin. De asemenea PUVA, terapia fotodinamică, laserul pulsant sunt terapii eficiente însă aspectul cicatriceal rămâne.

Se va prezenta cazul unui pacient în vârstă de 50 de ani, din mediul urban, avocat, consumator cronic de alcool, care prezintă de 2 ani o leziune rotund-ovalară la nivelul antebrațului drept cu evoluție în pusee, de aprox. 4 cm diametru, la momentul prezentării cu supurație. Anamnezic, leziune se "inflamează" cu ocazia unor diverse injurii (actualmente, post traumatism prin tăiere la nivelul degetelor). La ex. clinic s-au observat leziuni asemănătoare la nivelul feței dorsale a piciorului drept. La nivel abdominal prezintă o placă de 1,5 cm diametru ce pune problema de diagnostic diferențial cu un granulom inelar.

Paraclinic s-a înregistrat hiperglicemie a jeun, glicozurie, GGT crescut, hipertrigliceridemie. Ex. Histopatologic a avut un aspect tipic de necrobioza lipoidică.

Pacientul a fost îndreptat către serviciul de diabet pentru investigarea microangiopatiei (oftalmologic și nefrologic) care se corelează cu afecțiunea dermatologică, dar și pentru investigarea celorlalte complicații ale diabetului și pentru tratament de specialitate.

## R 7

## PEMFIGUSUL VULGAR – CAZ CLINIC

Mihaela Țovaru, Adriana Teodorescu  
Spital Clinic de Dermatologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin", București

Termenul de Pemfigus se refera la un grup de afecțiuni buloase autoimune ale pielii și mucoaselor, caracterizate histologic prin bule intraepidermice acantolitice și imunopatologic prin prezenta în tegumentul și serul bolnavilor de autoanticorpi de tip Ig G îndreptați împotriva unor structuri de pe suprafața keratinocitelor. În esență, pemfigusul cuprinde patru categorii majore: vulgar, foliaceu, paraneoplazic și pemfigusul cu Ig A. Pemfigusul vulgar este un pemfigus profund, în care clivajul se produce imediat suprabazal, antigenul specific împotriva caruia sunt îndreptați autoanticorpii circulanti de tip Ig G fiind desmogleina 1, o glicoproteina transmembranară de 160 kd din structura desmozomilor prezente în membrana keratinocitelor. Pemfigusul vulgar este mai frecvent la evrei și la populațiile din zona mediteraneană. Boala afectează egal ambele sexe, iar vârsta medie de debut este 50-60 ani.

Prezint cazul unui pacient de sex masculin, în vârsta de 30 de ani, care se prezintă pentru eroziuni multiple, dureroase, la nivelul cavității bucale, ce împiedică o alimentație normală, cu debut în urma cu aproximativ un an și cu marcată scădere ponderală. A urmat diferite tratamente, leziunile fiind diagnosticate ca afte bucale și herpes la medicul de familie, fără rezultate însă. În februarie 2010 se prezintă în clinica de Patologie orală din cadrul Facultății de stomatologie, unde se ridică suspiciunea de pemfigus și se efectuează imunofluorescența directă și biopsie. Până la sosirea rezultatelor, apar și leziuni cutanate tip bula în piele sănătoasă pe torace și membre, precum și eroziuni post-buloase mari, acoperite de cruste. Și în clinica noastră se prelevează o bula în piele sănătoasă pentru biopsie. Paraclinic - în limite normale, fără alte antecedente personale patologice.

Examenul histopatologic și imunofluorescența directă stabilesc diagnosticul de pemfigus vulgar.

Se începe tratamentul cu Prednison 1 mg/kgc, cu dispariția leziunilor cutanate, însă cu ameliorarea foarte lentă a leziunilor bucale, astfel încât se adaugă în schema de tratament Endoxan 50 mg pe zi. Evoluția a fost favorabilă și doza de Prednison s-a scăzut progresiv, în prezent pacientul fiind pe 10 mg de Prednison, cu vindecarea completă a leziunilor cutanate și mucoase. Pemfigusul vulgar de obicei este o maladie ce afectează persoane cu vârste între 50-60 de ani, debutul în cazul pacientului nostru fiind 30 de ani. Intervalul lung, de aproximativ un an, între leziunile bucale și cutanate este un semn de prognostic bun. La orice pacient, leziunile erozive cronice, de lungă durată, din cavitatea bucală trebuie să ridice suspiciunea unui pemfigus.

## R 8

## PEMFIGUS HAILEY- HAILEY – CAZURI CLINICE

Alina Maxim, Virginia Chițu, Dorina Giurcăneanu, Florica Stăniceanu, Sabina Zurac, Alina Elena Cipi, Iuliana Marcu, Roxana Tănase

Pemfigusul benign familial descris de frații Hailey în 1939, este o afecțiune ereditară, rară, autosomal dominantă. În 30% din cazuri este observată o mutație nouă. Mutația a fost localizată la nivelul genei ATP2C1, pe cromozomul 3q21. Această genă codifică o pompă Ca/Mn ATP-ază, funcționalitatea ei fiind redusă în keratinocitele afectate. Mecanismul exact prin care se produce acantoliza nu este încă elucidat. Se pare că există un deficit de calciu în aparatul Golgi și un exces în citoplasmă, cu răsunet asupra sintezei proteinelor implicate în formarea desmozomilor sau în funcționalitatea acestora. Pemfigusul Hailey-Hailey debutează în general spre sfârșitul adolescenței, ariile de fricțiune și pliurile sunt cel mai adesea implicate, la acest nivel putând exista vezicule, bule, eroziuni, fisuri, cruste, uneori papule. Evoluția este cronică, recurentă, exacerbată de UV, transpirație, fricțiune, infecții, micoze. Afecțiunea poate pune probleme de diagnostic diferențial cu impetigo, eczeme, intertrigo candidozic, dermatofitic, bacterian, pemfigus vegetant Hallopeau, pemfigus vulgar.

Erupția în boala Hailey-Hailey poate fi localizată sau poate deveni foarte extinsă.

Prezentăm cazul unei paciente de 67 ani, din mediul rural, care prezenta la nivelul marilor pliuri și la nivel genital placarde eritemato-veziculo-crustoase, cu aspect eczematos, asociate cu disconfort local și miros neplăcut. La nivel inframamar și genital existau papule brun-violacee multiple. Din anamneză a reieșit debutul la vârsta de 22 de ani, și existența de cazuri similare în familia sa (două fiice și mama pacientei).

Diagnosticul prezumtiv de pemfigus benign familial a fost confirmat de examenul histopatologic care a arătat o imagine caracteristică și IFD cutanată care a fost negativă.

Evoluția pacientei a fost influențată favorabil sub antibioterapie p.o, terapie locală cu soluții antiseptice blânde, unguente antimicotice, corticoizi topici, emoliente.

Pemfigusul familial este o afecțiune rară, a cărei diagnosticare se poate face de la debut sau uneori după zeci de ani de evoluție așa cum este cazul primei paciente prezentate.

Diagnosticul poate fi o provocare și implică o anamneză meticuloasă, un examen obiectiv corect, existența unui nivel de suspiciune clinică adecvat, o bună colaborare cu anatomopatologul. De asemenea tratamentul rămâne o altă mare provocare pe care ne-o ridică această afecțiune cronică.

R 9

### EPITELIOMATOZĂ BAZOCELULARĂ A SCALPULUI POST RADIOTERAPIE PENTRU TINEA CAPITIS ÎN COPILĂRIE

Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Mihaela Anca Mălin,  
Viviana Dănăilă, Tereza Salajan, Alice Rusu, Monica Costescu,  
Mariana Costache\*

Spitalul Clinic de Dermatologie „Prof.Dr. Scarlat Longhin” București

\* Institutul Național „V.Babes” București

De la descoperirea întâmplătoare a razelor X în 1895 și până la demonstrarea efectelor nocive ale acestora pe termen lung, ele au fost utilizate în scop terapeutic într-o gamă largă de afecțiuni. Astfel se tratau prin röntgenterapie nu numai unele neoplazii, dar și psoriazisul, acneea, lupusul tuberculos, *tinea capitis*, verucile etc., fiind chiar folosită și în scop cosmetic - pentru epilare. În timp rolul carcinogenetic al radiațiilor ionizante a devenit evident, iar indicațiile s-au restrâns foarte mult. Cancerele induse de acest tip de radiații însumează aproximativ 1% din totalul tumorilor maligne și sunt în principal reprezentate de carcinomul spinocelular și de cel bazocelular.

În clinica noastră au fost tratați mai mulți pacienți diagnosticați cu epiteliomatoză bazocelulară după o latență de zeci de ani de la tratamentul cu raze X efectuat în copilărie pentru *tinea capitis*. Dintre aceștia aducem în atenție cazul unei paciente în vârstă de 75 ani, din mediul rural care se adresează clinicii noastre pentru apariția la nivelul scalpului a unor formațiuni tumorale ulcerate acoperite de cruste. Anamneza relevă istoricul de *tinea capitis* în copilărie (la vârsta de 6 ani) pentru care s-a apelat la radioterapie epilatorie. Formațiunile tumorale de la nivelul scalpului evoluează cu creștere lentă în dimensiuni și ulcerare de aproximativ 15 ani pe un fond de atrofie cutanată, cu telangiectazii și alopecie difuză. În urmă cu 6 ani pacienta a mai fost internată într-o secție de dermatologie unde i-a fost electrocauterizată o leziune tumorală de la nivel frontal pe care nu o poate preciza.

Diagnosticul clinic de etapă a fost de epiteliomatoză bazocelulară a scalpului dezvoltată pe radiodermită cronică.

S-a efectuat chiuretajul leziunilor tumorale - cu prelevare de material biptic pentru examenul histopatologic - urmat de electrocauterizare. Rezultatul examenului histopatologic a confirmat suspiciunea clinică. Pacienta a prezentat o evoluție locală favorabilă post-intervențională și a fost externată.

Particularitatea cazului constă în apariția formațiunilor tumorale pe fondul unei radiodermite cronice determinate de röntgenepilația administrată în copilărie pentru *tinea capitis*. Din cauza efectelor secundare observate de-a lungul timpului, dar și datorită introducerii primelor antifungice sistemice (în 1959), această metodă de tratament pentru *tinea capitis* a fost demult îndepărtată din practica medicală, așa încât astfel de cazuri sunt din ce în ce mai rar întâlnite.

### MULTIPLE BASAL CELL CARCINOMAS OF THE SCALP SECONDARY TO CHILDHOOD RADIOTHERAPY FOR TINEA CAPITIS

From the accidental discovery of X rays in 1895 to the substantiation of their long term side effects, they have been used for therapeutic purposes in a wide variety of dermatologic conditions. Thus radiotherapy was being used not only in case of certain neoplasias, but also for psoriasis, acne, tuberculous lupus, *tinea capitis*, warts etc.. It was being used even for cosmetic purposes - for epilation. With time, the carcinogenic role of the ionizing radiations became obvious and their indications became very restrictive. The cancers induced by this type of radiation total up to 1% of all the malignant tumours and are mainly represented by squamous and basal cell carcinomas.

In our hospital there have been treated several patients diagnosed with multiple basal cell carcinomas occurring after decades of latency secondary to childhood radiotherapy for *tinea capitis*. Of those, we bring to the attention the case of a 75 years old woman that addresses our clinic for the appearance of numerous ulcerated tumor formations covered by crusts. The anamnesis reveals the medical history of childhood *tinea capitis* (at the age of 6) treated with X rays (epilatory radiotherapy). The tumor formations have been evolving on the scalp for approximately 15 years, presenting a slow growth and ulcerations on a background of skin atrophy with telangiectasia and diffuse alopecia. Six years ago, the patient was hospitalized in a dermatology clinic where she had electrocauterized a frontal tumor that she can not specify.

At this point the clinical diagnosis was multiple basal cell carcinomas occurring on chronic radiodermatitis. The tumor lesions were removed by curettage followed by electrocautery. Biopsy material was sampled and sent for examination. Histopathology results confirmed the clinical suspicion. The patient had a good recovery and was discharged shortly after the intervention.

The particularity of the case consists in the appearance of tumor formations on a background of chronic radiodermatitis induced by epilatory radiotherapy during childhood for *tinea capitis*. Because of the side effects observed over time and also due to the introduction of the first systemic antifungal (in 1959), this method of treatment for *tinea capitis* was removed from the medical practice. Thus the small and continuously decreasing number of such cases.

R 10

**DERMATOFIBROAME MULTIPLE ERUPTIVE  
LA O PACIENTĂ CU LUPUS ERITEMATOS  
SISTEMIC ÎN TRATAMENT CU METILPREDNISOLON  
ȘI CICLOFOSFAMIDĂ**

Elena-Livia Severin, Carmen Sălăvăstru, Gabriela Ticu,  
Ruxandra Pătrașcu, G.S. Țiplica  
Spitalul Clinic Colentina, București

Dermatofibroamele sunt tumori benigne fibro-histiocitare, cel mai adesea unice, dezvoltate în urma unor traumatisme minore, fiind un mod particular de reacție al pielii la acest tip de agresiuni. Dermatofibroamele multiple eruptive (DFME) constituie o entitate particulară, rar observată, definită prin prezența unui număr de cinci până la opt dermatofibroame dezvoltate într-o perioadă mai mică de patru luni sau prin existența a cel puțin 15 leziuni. În literatură, majoritatea cazurilor de DFME au fost raportate în evoluția unor boli autoimune, tratate cu agenți imunosupresivi, în cursul infecției HIV sau a unor neoplazii.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 33 de ani diagnosticată anterior (în urmă cu doi ani) cu lupus eritematos sistemic (LES) și sindrom antifosfolipidic secundar, care a dezvoltat într-o perioadă de șase luni zece formațiuni cu diametrul de până la 1 cm, nodular-papuloase, brun-violacee, de consistență elastică, localizate la nivelul trunchiului și extremităților. De aproximativ un an și jumătate pacienta urmează tratament cu metilprednisolon 16 mg/zi și ciclofosfamidă 1 g i.v. la fiecare trei luni. Pe baza aspectului clinic și a caracteristicilor dermatoscopice (pata albă centrală, rețeaua pigmentară fină dispusă la periferie) s-a stabilit diagnosticul de dermatofibroame multiple eruptive. Analiza cazurilor raportate anterior indică faptul că LES este cea mai frecventă boală autoimună asociată cu DFME și că atât LES, cât și terapia imunosupresivă pot avea un rol în inducerea acestei afecțiuni. Prin urmare, în cazul pacienților cu dermatofibroame multiple este importantă evaluarea statusului acestora din punct de vedere al agravării suferinței de bază sau al imunosupresiei induse postmedicamentos.

**MULTIPLE ERUPTIVE DERMATOFIBROMAS IN A  
PATIENT WITH SYSTEMIC LUPUS  
ERYTHEMATOSUS TREATED WITH  
METHYLPREDNISOLONE AND  
CYCLOPHOSPHAMIDE**

Dermatofibromas are benign fibrohistiocytic tumors, that are most often solitary, developed after minor trauma of the skin, as a particular way of reaction to this type of aggression. Multiple eruptive dermatofibromas (MEDFs) is a particular entity, rarely observed, defined as the presence of five to eight dermatofibromas

developing in less than a four month period or of at least 15 lesions. MEDFs have been reported in the setting of autoimmune diseases, treated with immunosuppressive drugs, in the course of HIV infection and in neoplastic diseases.

We report the case of a 33-year-old woman, diagnosed two years ago with systemic lupus erythematosus (SLE) and secondary antiphospholipid syndrome, which developed ten lesions over a period of 6 months, measuring up to 1 cm in diameter, firm in consistency, reddish-brown, scattered over the trunk and extremities. For the last one and a half years she was taking 16 mg/day methylprednisolone and 1 g of i.v. cyclophosphamide every three months. Clinical aspect and the dermoscopic features (central white patch, delicate light brown pigment network at the periphery) were consistent with the diagnosis of multiple eruptive dermatofibromas.

Review of the previous reports indicates that SLE is the most frequent autoimmune disorder associated with multiple DFs and that both SLE and immunosuppressive treatments play a part in induction of multiple DFs. Therefore, if MEDFs are present it is important that the status of the patient be evaluated from the standpoint of the aggravation of the underlying disease or of the drug-induced immunosuppression.

R 11

**CARCINOM BAZOCELULAR:  
DE LA FORMA SUPERFICIALĂ LA ULCUS  
TEREBRANS – PREZENTARE DE CAZ**

Adina Mihaela Mărgăritescu\*, Gloria Suciuc\*,  
D.G. Zamfirescu\*\*, Corina Delia Popoviciu\*\*, I. Lascar\*\*

\* Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina

\*\* Chirurgie plastica si reparatorie, SCUB

Carcinomul bazocelular este cea mai frecventa tumora maligna tegumentara pe care un individ o poate dezvolta de-a lungul vietii, avand drept localizare de electie extremitatea cefalica, fapt ce ii imprima un impact psihologic major cu depresie si dezadaptare sociala, si in acest sens, actul terapeutic si cel de educatie medicala trebuie sa fie foarte responsabil in stabilirea diagnosticului si instituirea tratamentului precoce. Va prezentam cazul unui pacient in varsta de 60 de ani, diagnosticat in anul 1989 cu "Carcinom bazocelular superficial - regiunea frontala", pentru care a urmat tratament complex cu repetate electrocoagulări (1994-2000), radioterapie, chimioterapie locala si sistemica (2008-2009), dar si terapii nespecifice. Se prezinta pentru o formatiune tumorală giganta, frontoparietală, ulcerata, suprainfectata, afirmativ cu crestere in dimensiuni in ultimii 3 ani, postradioterapie.

**Examen clinic:** formatiune tumorală de 15/12cm, cu margine infiltrata, contur neregulat, suprafata ulcerata



partial, acoperita de cruste partial, cu secreție purulentă, fetidă; invadarea sinusului frontal. Prezenta adenopatie submandibulară.

**Examen paraclinic:** analize sangvine fără modificări patologice cu excepția ACE; RMN craniu: formațiuni epiteliale frontala ulcerată cu invazie intracraniană, extracerebrală și de sinus frontal stâng. Zona de demielinizare occipitală stângă; cultura din secreție: *Staphylococcus Aureus*.

**Terapie:** se practica rezecția formațiunii tumorale în limite de siguranță oncologică, craniectomie medio-frontală și evidarea sinusului frontal; acoperire defect restant prin transfer liber de mușchi latissimus dorsi stâng, revascularizat pe pedicul facial stâng; acoperire de defect prin grea liberă despicată.

Examen histopatologic: carcinom bazocelular ulcerat, infiltrativ în dermul profund, cu lame osoase și țesut fibroconjunctiv adiacent cu infiltrate de carcinom bazocelular.

**Concluzii:** caz particular prin evoluția îndelungată (aproximativ 20 ani), cu numeroase recăderi, precum și decompensarea postradioterapie; cazul prezentat subliniază necesitatea colaborării interdisciplinare (dermatologie, chirurgie plastică, neurochirurgie, oncologie) în cazul tumorilor cutanate; evoluție postchirurgicală spectaculoasă.

R 12

#### ASOCIEREA EPITELIOM BAZOCELULAR – CARCINOM SPINOCELULAR PE FOND DE KERATOZE ACTINICE

Lavinia Oros\*, Roxana Homolka\*, Miriam Jumanca\*, Dragoș Teodorescu-Brânzeu\*, Persa Ghițulescu\*, Virgil Feier\*

\* Clinica de Dermatologie, UMF Timișoara

Epiteliomul bazocelular (basal cell carcinoma- BCC) este cel mai frecvent întâlnit cancer cutanat (80%), urmat ca frecvență -16% - de carcinomul spinocelular (squamous cell carcinoma – SCC). Ambele tipuri de tumori apar în special pe zonele expuse cronic la radiații ultraviolete, mai ales la persoanele cu ten deschis, 70% din leziuni fiind distribuite la nivelul segmentului cefalic (cap și gât). Keratozele actinice (KA) se prezintă sub forma unor pete și plăci hiperkeratozice, cu o bază eritematoasă acoperită de scuame. Un studiu recent apreciază că aproximativ 65% din SCC și 36% din BCC apar pe sediul unor KA preexistente.

Prezentăm aici cazul pacientei L.V., în vârstă de 72 ani, cu fototip II, din mediul rural, care se prezintă în clinica noastră pentru evaluarea unor leziuni la nivelul feței, lent progresive. Pacienta prezintă multiple plăci maronii sau rozate, aspre, keratozice, pe frunte; un corn cutanat de dimensiuni impresionante (4 cm) cu baza globuloasă, de consistență fermă, temporal dreapta și o leziune cu contur poligonal, rozată, cu periferia bordurată, perlată

inconstant, cu cruste hemoragice pe alocuri, dispusă la nivelul șei nasului.

Se practică biopsia, urmată de tratamentul curativ local (excizie, electrocauterizare). Leziunile sunt confirmate histopatologic drept carcinom scuamocelular și carcinom bazocelular.

Cazul de față dovedește posibilitatea coexistenței BCC și SCC, pe fond de "sun-damaged skin" (keratoze actinice, telangiectazii, riduri, lentigine). Evoluția post tratament a fost bună, dar pacienta necesită o reevaluare periodică (pentru a detecta precoce un eventual BCC și/sau SCC).

#### BASAL CELL- SQUAMOUS CELL CARCINOMA COEXISTENCE ON A "SUN DAMAGED SKIN"

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin cancer in humans (80%), followed by squamous cell carcinoma (SCC); BCC and SCC typically appear on sun exposed skin, with a high frequency in fair skin individuals, 70% of lesions arising on the head or neck. Actinic keratoses (AK) appear as hyperkeratotic spots or plaques, barely perceptible or elevated, with an erythematous base covered by scale. A recent study found that nearly 65% of primary SCC and 36% of primary BCC arise from preexisting AK.

We present the case of a female patient, 72, skin phototype II, a housewife from rural area, with slowly progressive facial lesions. The patient exhibits multiple discrete, keratotic, brown to pink plaques located on the forehead, a cutaneous horn (4 cm) on a raised, firm papule on the right temporal area and a polygonal, pink lesion, with a rolled, multinodular border, partially covered with crusts, on the nose bridge.

Biopsy was followed by excision and cauterization; histopathology confirmed the diagnosis of BCC and SCC.

The case presented proves the possibility of BCC-SCC coexistence on a "sun damaged skin". Post treatment evolution was fine, but the patient still requires constant dermatological surveillance (for early detection of new BCC and/or SCC).

R 13

**LICHEN PLAN PEMFIGOID  
– PREZENTARE DE CAZ**

Laura Nedelcu\*, Carmen Sălăvăștru\*, Alexandra Colțoiu\*, Tania Cristodulo\*, Florica Stăniceanu\*\*, Mariana Costache\*\*\*, George-Sorin Țiplica\*

\*- Sectia Dermatologie II, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

\*\* - Anatomie patologica, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

\*\*\* - Anatomie patologica, Spitalul Universitar de Urgenta, Bucuresti

Lichen-ul plan pemfigoid este o forma rara de boala autoimuna, cu etiologie necunoscuta, caracterizata prin aparitia de bule atat la nivelul leziunilor de lichen plan, cat si in pielea sanatoasa. Spre deosebire de acesta, lichen-ul plan bulos evolueaza cu aparitia de bule strict la nivelul leziunilor de lichen.

Etiologia lichen-ului plan pemfigoid nu este cunoscuta, el poate fi idiopatic, postmedicamentos, poate aparea post-PUVA terapie sau ca fenomen paraneoplazic. Caracteristica histopatologica este bula subepidermica insotita de depunere liniara de Ig G si C3 la nivelul jonctiunii dermo-epidermice, care se observa la IFD. Prezentam cazul unei paciente in varsta de 61 ani, cu multiple comorbiditati cardio-vasculare si endocrine, care s-a prezentat in clinica in urma cu un an si jumătate pentru eruptie constituita din placi si placarde eritematoase diseminate, unele acoperite de bule in tensiune, cu durata de evolutie de aproximativ un an, insotite de prurit. Anamnesic, pacienta descrie eroziuni la nivelul mucoasei genitale si bucale. La examenul clinic se observa leziuni hiperkeratozice in "frunza de feriga" la nivelul cavitatii bucale, pe mucoasa jugala, dar fara leziuni genitale. Examenul histopatologic efectuat a fost sugestiv pentru lichen plan bulos. Din cauza afectiunilor cardio-vasculare, pacienta nu se mai prezinta la control. Ulterior, la un an de la prima internare, pacienta se reintoarce in sectie prezentand eruptie eritemato-buloasa generalizata, cu leziuni erozive la nivelul mucoaselor. Se preleveaza biopsie cutanata, care sugereaza diagnosticul de pemfigoid bulos. La IFD se observa IgG moderat pozitiv si C3c intens pozitiv la nivelul membranei bazale.

Coroborand aspectul clinico-evolutiv, cu rezultatele celor 2 biopsii cutanate si al IFD, se stabileste diagnosticul de lichen plan pemfigoid. Evolutia pacientei sub corticoterapie sistemica este favorabila. Lichen-ul plan pemfigoid este o afectiune cutanata autoimuna rara, iar efectuarea IFD reprezinta un punct important al algoritmului de diagnostic.

Cuvinte cheie: lichen plan pemfigoid, bula, IFD

**LICHEN PLANUS PEMPHIGOIDES  
– CASE PRESENTATION**

Lichen planus pemphigoides is a rare form of autoimmune disease, with unknown etiology, which is characterized by the presence of bullae both on top of lichen planus lesions as well as on normal skin. There is another form of lichen planus that presents itself with bullae - bullous lichen planus, but in this case the bullae are found only on top of the lichen lesions.

The etiology of lichen planus pemphigoides is not known, it can appear idiopathically or it can be drug-induced, induced by PUVA therapy or paraneoplastic. Histopathology shows a subepidermal bulla. On direct immunofluorescence liniary deposits of IgG and C3 are present in the dermo-epidermal junction.

Clinical case: 61 year-old patient, with multiple cardiovascular and endocrine comorbidities, who presented herself one and a half years ago with eritematous-violaceous plaques, disseminated, some of them covered by tension bullae. The lesions were present for a year and she complained of pruritus. From her history, we found out that she once presented with genital and oral erosions. Clinically, hiperkeratozic lace-like whitish lesions were noticed in the oral cavity, but no genital lesions. Histopathology examination suggested it was a case of bullous lichen planus. Due to her cardio-vascular conditions, the patient was lost to follow-up.

She presented herself again one year later with generalized eritematous bullous eruption with erosive mucosal lesions. Cutaneous biopsy is performed one again and the histopathology result is bullous pemphigoid. On direct immunofluorescence moderately positive Ig G deposits and intensely positive C3c deposits in the epidermal membrane are present.

Taking into account the clinical aspect, the results of the biopsies and direct immunofluorescence, we establish a diagnosis of lichen planus pemphigoides.

Lichen planus pemphigoides is a rare autoimmune cutaneous condition and performing direct immunofluorescence is an important part of making the diagnosis.

Key words: lichen planus pemphigoides, bulla, direct immunofluorescence

## R 14

## ERITEMUL CRONIC MIGRATOR

Catinca Marcoci\*, Carmen Sălăvăstru\*\*, G.-S. Țiplica\*, \*\*

\* Spitalul Clinic Colentina, Clinica Dermatologie II

\*\* U.M.F. „Carol Davila” București

Boala Lyme este o antropozoonoză provocată de către spirocheta *Borrelia burgdorferi*, care este transmisă prin înțepătura unei căpușe (în principal din genul *Ixodes*). Se manifestă ca o afecțiune inflamatorie multisistemică, cu exprimare la nivel cutanat, dar și la nivelul altor organe (articulații, nervi, inimă, ochi etc.). Boala este caracterizată prin succesiunea a două stadii: stadiul timpuriu, ce cuprinde infecția localizată și pe cea diseminată, și stadiul cronic. Eritemul cronic migrator (ECM) reprezintă o leziune tegumentară timpurie, caracteristică acestei boli (apare în 85% din cazuri). Prezentăm cazul unei paciente tinere, care s-a prezentat la consult în luna noiembrie 2009 cu o leziune ovalară, cu centrul clar și marginile eritematoase, neregulate, bine delimitate, ce cuprindea întregul membru inferior stâng. Leziunea debutase în urmă cu aproximativ trei luni. Pana la actuala prezentare pacienta fusese tratată cu antimicotice local și sistemic (ca urmare a suspectării unei infecții cu *Tinea corporis*) și dovedise o evoluție lent progresivă. Investigatiile de laborator au evidențiat Ac anti Bb IgM și IgG în titru foarte mare. La anamneză, pacienta confirmă înțepătura de căpușă, anterior cu aprox. 3 săptămâni apariției leziunii cutanate inițiale. Nu s-a obținut un istoric pozitiv de artralgii, simptome neurologice sau alte manifestări sistemice în aceasta perioadă. S-a inițiat un tratament cu doxiciclină 200 mg/zi timp de 21 zile, cu remiterea spectaculoasă a leziunii în câteva zile.

## ERYTHEMA CHRONICUM MIGRANS

Lyme disease is an anthropozoonosis caused by the spirochaete *Borrelia burgdorferi*, which is transmitted by ticks (mainly of the genus *Ixodes*). It manifests as a multisystemic inflammatory disorder in the skin and in other organs (joints, nerves, heart, eye etc.). It is characterized by the sequence of two stages: the early stage, which includes the localized and the disseminated infection, and the chronic stage. Erythema chronicum migrans (ECM), a cutaneous manifestation of the early stage, is representative for the disease ( appears in 85% of all cases).

We present the case of a young woman, which came to us in November 2009 with an oval patch, with a central clearing, and red, sharply demarcated, irregular borders, located on the entire left lower extremity. The lesion had appeared about three months before. Until the presentation the patient had been treated with local and systemic antimicrobics (being suspect of a *Tinea corporis* infection) with a slow progression of the lesion. Laboratory investigations showed very high titre of anti

Bb IgM and IgG antibodies. On the medical history, the patient confirms the tick-bite about 3 weeks before the appearance of the initial cutaneous lesion. There was no positive history of joint pain, neurologic symptoms or other systemic manifestations during this period. We started the patient on 200 mg doxycycline daily, for 21 days, with a spectacular remission of the lesion in a few days.

## R 15

## DERMATITĂ ATOPICĂ – ROLUL ALERGENILOR ALIMENTARI

Florentina Ghiorghie\*, Brîndușa Petrușescu\*, Roxana Silvia Bumbăcea\*\*, C. Giurcăneanu\*, \*\*

\* Spitalul Universitar de Urgență „Elias” – București

\*\* U.M.F. „Carol Davila” București

**Introducere:** Dermatita atopică este o boală inflamatorie cronică cutanată, caracterizată prin prurit, ce afectează în special copiii, cu evoluție în pusee deseori dificil de tratat cu un impact major asupra calității vieții pacienților, a familiei și a prietenilor acestora. La varstă foarte mică asociază frecvent alergii alimentare.

**Prezentare de caz:** Prezentăm cazul unui copil de sex feminin în vârstă de 2 ani și 10 luni, cu antecedente de atopie (tatal cu astm intermitent), diagnosticat cu dermatită atopică din perioada de sugar. De-a lungul timpului evoluția bolii a fost ondulantă cu exacerbări frecvente pentru care a urmat diverse tratamente (anti-histaminice anti-H1, modificatori de leucotriene, inhibitori de calcineurina topici) cu control parțial a leziunilor cutanate. Ultima agravare a avut loc în vara 2010 când s-a ridicat suspiciunea unei posibile alergii la proteinele din laptele de vacă, cu reintroducerea acestuia în alimentație după o perioadă de oprire.

Se internează în spitalul Elias pentru un nou puseu cu agravare severă. La internare: facies suferind, eritem periorcular, cheilită, leziuni eritemato-veziculoase, intens pruriginoase, diseminate la nivelul trunchiului și membrilor.

Analizele de laborator efectuate evidențiază un discret sindrom inflamator, și un titru ușor crescut de Ig E totale (76,7UI/ml), dar Ig E specifice negative la proteinele din laptele de vacă și la albușul de oua.

Pe parcursul internării copilul a urmat tratament cu corticoizi sistemici (primele doze au fost administrate sub supraveghere datorită reticenței părinților la corticoterapia sistemică), antibiotice, antihistaminice anti-H1 și fototerapie UVA și URB obținându-se ameliorarea clinică rapidă.

**Concluzie:** Cazul prezentat ilustrează falsele etichete de alergie alimentară atribuite extensiv uneori copiilor cu dermatită atopică. Bilanțul alergiilor, evidențiind factorii alimentari sau de mediu, potențial agravanți, au consecințe terapeutice înregistrate prin măsuri profilactice corect conduse.

R 16

**SINDROM TIP BOALA SERULUI INDUS DE  
FURAZOLIDON LA O PACIENTĂ CU SARCINĂ  
ÎN SĂPTĂMÂNA 10 DE EVOLUȚIE**

Brîndușa Petruțescu\*, Andreea Poliana Constantin\*, Antonia Antonie\*, Roxana Silvia Bumbăcea\*, \*\*, Călin Giurcăneanu\*, \*\*  
\* Clinica de Dermatologie Oncologică și Alergologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București  
\*\* U.M.F. „Carol Davila”, București

**Introducere:** Sindromul tip boala serului este un tip de reacție postmedicamentoasă numit astfel datorită asemănării clinice cu boala serului. Reacția apare la un interval de 1-2 săptămâni de la administrarea medicamentului incriminat, este acută și autolimitantă. Deși multe medicamente au fost raportate drept cauză a sindromului tip boala serului, antibioticele sunt cel mai frecvent incriminate, între acestea fiind și nitrofuranii (furazolidonul).

**Prezentare de caz:** Vom prezenta cazul unei paciente în vârstă de 35 de ani, cu sarcină în săptămâna 10 de evoluție, cu urticarie acută generalizată, angioedem la nivelul fețelor și extremităților și artralgi. Anterior internării pacienta a urmat tratament cu progesteron (Utrogestan) din săptămâna 5 de sarcină la indicația medicului ginecolog iar cu 7 zile înaintea debutului simptomatologiei a primit 1 comprimat de furazolidon (pentru diaree). Examenul clinic la internare a evidențiat leziuni de urticarie și angioedem facial, absența febrei, a adenopatiilor periferice și a splenomegaliei. Probele de laborator efectuate au arătat o ușoară leucocitoză cu neutrofilie cu PCR pozitivă, fără evidențierea unor focare infecțioase sau a unor posibile cauze reumatologice.

Datorită relației temporale dintre administrarea furazolidonului și apariția simptomatologiei a fost stabilit diagnosticul de sindrom tip boala serului. Utrogestanul, prin excipienții pe care îi conține (lecitină de soia și ulei de arahide) putea fi implicat într-o reacție de hipersensibilitate cu manifestări gastrointestinale (diaree). S-a inițiat corticoterapia sistemică, cu acordul medicului ginecolog, cu rezoluție rapidă a simptomatologiei în 5 zile. Datorită necesității readministrării de Utrogestan s-a efectuat un test de provocare care a fost negativ.

**Concluzii:** Furazolidonul, un antibiotic din clasa nitrofuranilor poate determina frecvent simptome tip boala serului. Din cunoștințele noastre acesta este primul caz raportat de sindrom tip boala serului la Furazolidon în primul trimestru de sarcină.

**SERUM SICKNESS-LIKE SYNDROME INDUCED BY  
FURAZOLIDONE IN A 10 WEEKS PREGNANT  
WOMAN**

**Background:** Serum sickness like syndrome is a type of drug reaction so named after serum sickness clinical similarity. The reaction occurs at an interval of 1-2 weeks after the incriminated drug, is acute and self-limiting. Although many drugs have been reported as a cause of serum sickness type syndrome, antibiotics are most commonly incriminated, among them nitrofurans (furazolidone).

**Case report:** We present the case of a female patient aged 35 years, 10 weeks pregnant with acute generalized urticaria, angioedema (face and extremities) and arthralgias. Prior hospitalization she received treatment with progesterone (Utrogestan) from 5<sup>th</sup> week of pregnancy (after gynecologist advice) and 7 days before onset of symptoms received one tablet of furazolidone (for diarrhea). Clinical examination at admission showed lesions of urticaria and facial angioedema, absence of fever, peripheral adenopathies and splenomegaly. Samples of laboratory tests showed mild leukocytosis with neutrophilia and a positive PCR, without evidence of infections or rheumatologic diseases.

Due to the temporal relationship between administration of furazolidone and symptoms outbreak the patient has been diagnosed with serum sickness like syndrome. Utrogestan, containing as ingredients soy lecithin and peanut oil could be involved in a hypersensitivity reaction with gastrointestinal symptoms (diarrhea). Systemic corticosteroid therapy was started, with gynecologist advice, with rapid resolution of symptoms in 5 days. Due to the necessity of treatment with Utrogestan we performed an open challenge test with negative results.

**Conclusion:** Furazolidone, an antibiotic from nitrofurans class may cause serum sickness like symptoms frequently. To our knowledge this is the first reported case of serum sickness-like syndrome in furazolidone in the first trimester of pregnancy.

R 17

**CHEILITELE – ORIENTARE ETIOLOGICĂ**

Beatrice-Elena Radu\*, Andreea Poliana Constantin\*, Brîndușa Petruțescu\*, Oana-Brîndușa Bozdog\*, Roxana Silvia Bumbăcea\*, \*\*, Călin Giurcăneanu\*, \*\*

\* Clinica de Dermatologie Oncologică și Alergologie, Spitalul Universitar de Urgență Elias, București

\*\* U.M.F. „Carol Davila”, București

**Introducere:** Cheilita este o afecțiune inflamatorie superficială sau degenerativă a buzei. Aceasta poate fi izolată sau asociată unei stomatite sau eczeme peribucale. Reacția de hipersensibilitate de contact sunt o cauză frecventă a cheilitelor.

**Prezentare de caz:** Pacientă în vârstă de 27 ani, fumătoare, fără antecedente personale patologice semnificative se internează pentru evaluarea diagnostică a unui edem inflamator al buzelor debutat în urmă cu 4 luni, asociat cu o colorație violacee și scuame albe la nivelul acestora. Pacienta relatează debutul acestui episod după inhalarea unei substanțe toxice (otrăvă de șobolani). Menționăm că este o mare „consumatoare” de produse cosmetice. Episodul s-a remis parțial în urma tratamentului sistemic cu Plaquenil și Alerid, asociat cu tratament topic ce include Advantan, Cicaplast, Ceralip. Pacienta dezvoltă ulterior alte două episoade similare cu cel inițial.

Examenul clinic actual a evidențiat un ușor edem al buzelor însoțit de o colorație violacee, fără adenopatie sau alte modificări patologice regionale.

Biopsia de la nivelul buzelor a evidențiat o reacție lichenoidă, iar testarea cutanată patch a fost pozitivă pentru nichel și cobalt.

**Concluzii:** Etiologia cheilitelor alergice este variată fiind dominată de cosmetice și produse de igienă. În cazul de față testarea patch cutanată a dovedit existența unei reacții de contact la nichel și cobalt care pot fi prezente și în produsele cosmetice utilizate de către pacientă.

**CHEILITIS – ETIOLOGICAL APPROACH**

**Background:** Cheilitis is a superficial inflammatory or degenerative lip disease. It may be isolated or associated with stomatitis and perioral eczema. Contact hypersensitivity reaction is a frequent cause of cheilitis.

**Case report:** We present the case of a 27 year old female patient, smoker, with no significant pathological personal history hospitalized for diagnostic evaluation of an inflammatory swelling of the lips started four months ago, associated with a purplish color and white scaling at their level. This episode started after inhalation of toxic substances (rat poison). Please note that the patient is also a big „consumer” of cosmetics. Episode partially resolved after systemic treatment with Plaquenil and Alerid associated with topical treatment that includes Advantan, Cicaplast and Ceralip. The patient subsequently developed two more similar episodes.

Clinical examination revealed a slight swelling of the lips accompanied by a purplish color, without regional lymphadenopathy or other pathological changes. Biopsy of the lip showed a lichenoid reaction and skin patch testing was positive for nickel and cobalt.

**Conclusions:** The etiology of allergic cheilitis is varied, dominated by cosmetic and hygiene products. In this case skin patch testing has proven the existence of a contact reaction to nickel and cobalt, possibly contained in cosmetic products used by the patient.

# **SIMPOZIOANE**



**S 1**

Joi, 18.11.2010  
11:00-12:00  
Sala Londra

**SIMPOZION LA ROCHE-POSAY & VICHY****ACȚIUNEA NIACINAMIDEI ÎN TRATAMENTUL TOPIC AL DERMATITEI  
ATOPICE**

**Moderator:** *Dr. Adriana Diaconeasa,  
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii "Grigore Alexandrescu"*

Dermatita atopică reprezintă al doilea motiv de prescripție dermatologică în Europa. Această afecțiune a pielii se manifestă, conform studiilor, la 50 de milioane de oameni. 20% dintre copii sunt afectați de dermatita atopică, iar procentul este în continuă creștere în țările industrializate.

Cu 20 de ani de expertiză în domeniul pielii atopice, Laboratoarele La Roche-Posay au creat LIPIKAR BAUME AP, balsam relipidant cu efect anti-pruriginos de durată.

Anumite substanțe hidratante pot îmbunătăți funcția de barieră a pielii, afectată în cazul pielii atopice. Ingredientul activ de baza introdus de La Roche-Posay în Lipikar Baume AP îl reprezintă **Niacinamida**.

Niacinamida, cunoscută și sub denumirea de vitamina B3, acționează în 2 direcții în tratarea dermatitei atopice.

În primul rând, reconstituie bariera cutanată. Aplicarea topică a Niacinamidei reduce pierderea transepidermică de apă și îmbunătățește hidratarea la nivelul epidermului prin stimularea sintezei proteinelor (keratină) și a ceramidei.

Pe de alta parte, Niacinamida combate inflamația, prin încetinirea eliberării histaminei și stoparea eliberării mediatorilor pro-inflamatori. Pruritul este astfel calmat, iar cercul vicios al atopiei întrerupt.





## SIMPOZION VICHY

### Fenomenul alopecie și formula inovatoare de tratare a acesteia

**Moderator:** *Ioana Constanța Chebac,  
Medic primar dermatolog, dr. în științe medicale  
Spitalul Clinic Colentina*

Căderea părului exprimă pe rând diminuarea progresivă a densității capilare și subțierea fibrei.

Fiecare foliculă piloasă are propria sa viață, independent de vecinii săi, ea începe și termină un ciclu de viață celulară. Deasemenea aceasta adoptă propriul său ritm de succesiune a ciclurilor de viață, iar fiecare ciclu celular cuprinde trei faze: anagenă, catagenă și telogenă.

Părul aflat în creștere "normală" se caracterizează printr-un procent de 90-95% de fire în faza anagenă, și doar 5-10% în faza telogenă. Dacă 20% din păr se află în faza telogenă în mod constant, este un semn de instalare a caderii părului.

Raportul dintre firele de păr în faza anagenă și cele din faza telogenă variază în funcție de: sexul, vârsta, locația părului, starea de sănătate și predispozițiile genetice ale fiecărei persoane precum și de factori externi precum succesiunea anotimpurilor.

Căderea excesivă a părului își poate începe evoluția mult mai devreme decât în mod „natural” și pe suprafețe mai extinse. Acest fenomen nu are aceleași cauze la bărbați și la femei de aceea este importantă o tratare diferită. La bărbați apare mai frecvent alopecia androgenă, iar la femei căderea părului este ocazională sau cauzată de stres.

### De 20 ani formula inovatoare Aminexil® SP 94™

Cercetătorii de la L'Oréal lucrează încă din anii '80 la punerea la punct a unei molecule active puternice care să lupte împotriva caderii părului. Această cercetare a dat naștere la **Aminexil®**, molecula care și-a demonstrat eficacitatea prin teste clinice chiar și în cazul alopeciilor avansate.

**Aminexil®** reduce căderea prematură a părului prin inhibarea rigidizării colagenului in vitro. Această acumulare anormală de colagen comprimă rădăcina care este mai puțin ferm ancorată în derm și tratamentul cu Aminexil® stabilizează densitatea capilară.

Proprietățile împotriva căderii părului au fost demonstrate clinic în raport cu o moleculă de referință. Astfel s-a observat o creștere cu 8% a procentajului de fire aflate în faza anagenă concomitent cu scăderea cu 5% a părului în faza telogenă și cu 7.5% a părului distrofic.

**SP94<sup>TM</sup>** ajută la creșterea și rezistența foliculelor piloase, compensând absența glucozei și a acidului linoleic din mediu.

SP94 se transformă aproape total în lipide, componente esențiale pentru integritatea celulară a foliculei piloase; astfel poate fi considerat a fi un complement esențial pentru integritatea celulară a foliculei piloase.

Asocierea acestor două molecule reprezintă primul tratament cu acțiune dublă ce acționează atât împotriva căderii părului cât și asupra firului de păr.

Tratamentul **Aminexil SP94<sup>TM</sup>** trebuie aplicat pe pielea capului o dată pe zi sau de trei ori pe săptămână pe o perioadă de minim 2 luni. Rezultatele de diminuare a căderii părului s-au obținut chiar și în zone cu alopecie avansată, pe toate zonele scalpului.

Toleranța tratamentului a fost excelentă: în 100% din cazuri nu s-au observat reacții adverse.

## S 2

## SIMPOZION HUMIRA-ABBOTT:

Joi, 18.11.2010

10:00-10:30

Sala Roma

"NOI ORIZONTURI TERAPEUTICE SPRE EXCELENȚĂ  
ÎN PSORIAZIS"**Moderator:** *Prof. Dr. Călin Giurcăneanu***Speakeri:** *Prof. Dr. Oana Coman**Prof. Dr. Caius Solovan**Dr. Alina Pîrvu, Dr. Magda Constantin, Prof. Dr. George-Sorin Țiplica,**Dr. Alin Nicolescu*

Simpozionul își propune să aducă atenției auditoriului cele mai noi date în materie de menținere a eficacității pe termen lung a adalimumab (Humira) într-un profil de siguranță bine definit și cost-eficient.

Adalimumabul este un anticorp monoclonal anti TNF, care se leagă de TNF alfa, citokina cheie implicată în patogenia psoriazisului.

Obiectivul studiului REVEAL a fost să evalueze eficacitatea clinică și profilul de siguranță al adalimumab în psoriazisul moderat și sever și să compare beneficiile terapiei continue versus terapia intermitentă. Studiul a setat noi standarde în terapia biologică folosită în psoriazisul moderat și sever înrolând peste 1200 pacienți cu psoriazis moderat și sever, monitorizați mai mult de trei ani de zile.

**Metoda:** Trialul a durat 52 de săptămâni, cu extensie la 3 ani și a randomizat 1212 pacienți cu psoriazis moderat și sever în 2 grupe. Primul grup a primit adalimumab 40 mg / 2 sapt. iar al doilea grup a primit placebo la fiecare 2 săptămâni, pentru o primă perioadă a studiului, de 16 săptămâni. Studiul s-a derulat în mai multe faze, criteriul pentru ca pacienții să parcurgă fazele următoare ale studiului a fost îmbunătățirea PASI 75. Siguranța terapiei a fost evaluată la fiecare vizită din cadrul studiului.

**Rezultate:** După 16 săptămâni, 71% dintre cei tratați cu adalimumab au atins cel puțin o îmbunătățire cu 75% în scorul PASI 75, în comparație cu 7% dintre pacienții tratați placebo, rezultate menținute până la 160 de săptămâni de tratament continuu.

După 160 de săptămâni, peste 75% dintre pacienții tratați cu adalimumab intrați în extensia studiului au menținut răspunsul PASI 75.

Profilul de siguranță al adalimumab ( Humira ) a luat în considerare monitorizarea reacțiilor adverse și a parametrilor paraclinici pe toată această perioadă de trei ani de zile. Au fost urmăritți atât pacienții care au fost tratați cu adalimumab ( Humira ), cât și cei tratați placebo.

În studiul Reveal, cu extensie la 3 (trei) ani profilul de siguranță pe termen lung al adalimumab ( Humira ) a fost bine definit.

Astfel, adalimumab este eficient și sigur în tratamentul pe termen lung al psoriazisului moderat și sever, lucru susținut și de datele de practică curentă cu adalimumab ( Humira ) culese din diverse registre de tratament biologic în psoriazis din Europa.

Partea a doua a simpozionului propune auditoriului o scurtă analiză de cost-eficiență a adalimumab ( Humira ) efectuată într-un centru terțiar din București și susține cost-eficiența Humira în tratamentul psoriazisului moderat și sever.

**Concluzie:** Adalimumab ( Humira ) este eficient și sigur pe termen lung în tratamentul psoriazisului moderat și sever, cu un foarte bun profil de cost-eficiență.



Joi, 18.11.2010  
11:00-12:00  
Sala Roma

## SIMPOZION PROCTER & GAMBLE

### The Science of Beauty / Știința din spatele frumuseții

**Speaker:** *Florentina Costea*  
*Procter & Gamble*

For us it is not enough to ensure the safety of our products and comply with all existing market regulations. We are constantly working on the development and application of new technologies and methods to further the science of cosmetic safety assessment.

Our beauty scientists have brought exacting precision to the area of dermatological study and have translated their knowledge to drive the identification of improved anti-aging ingredients. Along the long road from molecular to preclinical and finally clinical testing at our laboratories, ingredients and their subsequent product applications must pass clear safety and efficacy benchmarks before even being considered for market introduction. Beginning with testing on in vitro skin equivalents and advancing to in vivo efficacy testing, these measurements have elevated the legitimacy of skin care science and the rigor upon which skin care claims are made.

Also, our new technology in formulating shampoos and conditioners allows beneficial substances to remain behind on hair and scalp when the initial product residue is rinsed away.

On the other hand, millions of men around the world shave their facial hair regularly. In addition to men's shave technique, skin condition and facial hair characteristics, their shave experience also depends on the quality of products used in the three phases of the shave: Pre-Shave, During the Shave and Post-shave. We evaluated the impact of different grooming regimens on overall facial skin condition and concluded that a premium shaving regimen delivered both functional (hydration) and structural benefits to the stratum corneum, consistent with improved stratum corneum health.

**S 4****SIMPOZION GLAXO SMITH KLINE**

Joi, 18.11.2010

12:00-13:00

Sala Roma

**Acneea vulgară. Complianta la tratament a pacienților***Prof. Dr. George-Sorin Țiplica*

Acneea este una dintre cele mai frecvente afecțiuni ale pielii, fără a ține cont de vârstă, sex, culoarea pielii sau de etnie. Este suferință multifactorială, caracterizată prin afectarea unității pilosebacee, cu apariția de comedoane închise sau deschise, papulopustule, noduli sau chiste, spre cicatrici atroifice sau hipertrofice. Deși tratamentul acneei beneficiază de o gamă variată de resurse farmacologice, topice sau sistemice, în 10-15% din cazuri terapia antiacneică eșuează. Una dintre principalele cauze ale eșecului terapeutic este complianta redusă a pacienților. Alegerea unui tratament antiacneic topic, oferirea de explicații și instrucțiuni clare despre boală și tratament (durată, reacții adverse), construirea unei bune relații medic-pacient bazată pe încredere reciprocă, reprezintă doar câteva modalități de a îmbunătăți complianta pacienților la tratament, asigurând astfel succesul terapiei antiacneice.

**Managementul pielii sensibile***Prof. Dr. Călin Giurcăneanu*

Îngrijirea pielii sensibile este o problemă actuală, interesând în egală măsură dermatologii și pacienții. Pielea sensibilă este ușor iritabilă, reacționează la condiții meteorologice nefavorabile, diferențe de temperatură, expunere la soare, aplicarea cutanată a produselor care conțin parfumuri, detergenți, etc. Uscăciunea cutanată și disconfortul care se asociază pielii sensibile necesită un management terapeutic atent, bazat în principal pe evitarea/indepartarea factorilor declanșatori și pe aplicarea topică a produselor emoliente, care nu vor conține parfumuri și iritanți. Gama de produse Oilatum și Physiogel vine în întâmpinarea nevoilor persoanelor cu piele sensibilă prin corectarea uscăciunii cutanate, hidratare, redând pielii întreaga sa suplețe.

**Alternative practice ale utilizării preducelor și chiuretelor în cabinetul de dermatologie***Dr. Mihaela Leventer*

Biopsia ocupă un loc central în rândul tehnicilor de diagnostic medical. Urmărirea evoluției diagnosticului prin metode imagistice, metoda de serodiagnosticare precum și prin evaluarea histopatologică a tesuturilor, rămâne în continuare un "etalon de aur" în practica dermatologică. Datorită ușurii în manevrabilitate și prin obținerea unui fragment tisular tegumentar foarte bine conturat, preducelele și chiuretele reprezintă la ora actuală, instrumente indispensabile în efectuarea biopsiilor cutanate, dar și a altor intervenții chirurgicale minim invazive, cu lezarea minimă a tesutului adiacent sanatos și vindecare rapidă. Instrumentele Stiefel oferă specialiștilor posibilitatea de a obține rezultate de înaltă calitate, în interesul superior al sănătății pacienților cu afecțiuni dermatologice.



**TEOSYAL - singura marca de acid hialuronic ce ofera cea mai vasta gama de produse si gama de cosmeceutice complementare, 8 produse pentru 8 nevoi ale fetei : Santuri nazogenian si lacrimal, buze si comisura bucala, periorbital, riduri peribucale si ale fruntii, refacerea ovalului fetei, zona malara si mentoniera, glabela, revitalizare gat si decolteu**

**S 5**

Joi, 18.11.2010  
15:00-15:30  
Sala Londra

## WORKSHOP TEOSYAL

See.Try.Buy Company prezintă workshopul TEOSYAL - singura marcă de acid hialuronic ce oferă cea mai vastă gamă de produse și gamă de cosmeceutice complementare - 8 produse pentru 8 nevoi ale feței de către Prof Dr. Ioan Nedelcu, General maior medic (r); Profesor universitar; Doctor în medicină; Medic primar dermatologie-venerologie; Membru al Academiei Americane de Dermatologie; Membru al Academiei Europene de Dermatologie și Venerologie, **joi 18 noiembrie 2010, eveniment care face parte din congresul anual al Societatii de Dermatologie din Romania**

**Teosyal**, cel mai pur acid hialuronic, 100% natural și cu efect de lunga durata, actioneaza pentru a umple ridurile de expresie la nivelul fetei. Este produs in laboratoarele Teoxane din Geneva, Elvetia fiind lider pe piata brandurilor de produse cosmetice de reintinerire faciala.

Teosyal este cel mai bine vandut acid hialuronic din Romania. Vine cu o gama de 8 produse cu diferite grade de vascozitate care permit medicului sa trateze o paleta extrem de diversa de probleme estetice ale fetei.

Scopul acestui workshop este de a arata cum putem revitaliza si rejuvena fata unui pacient utilizand numai gama Teosyal.

### **Teosyal-cele mai importante 10 avantaje**

1. **Teosyal - lider de piata in Romania**, categoria acid hialuronic injectabil.
2. **Cel mai pur acid hialuronic cross-linkat**, fiind de origine non-animala si cu cele mai putine efecte adverse.
3. Din 2004 pana in prezent, peste 1.000.000 seringi injectate in lume.
4. **Singurul brand de acid hialuronic ce are si o gama de cosmeceutice** - cosmetice dermatologice, cu acid hialuronic in nanosfere, concentratie de peste 10%, ce ajuta la prelungirea efectului sau mascheaza locul de injectare.
5. **Cele mai bune preturi** dintre brandurile premium de acid hialuronic.
6. Gama cea mai extinsa de produse speciale ( 8 produse) destinate nevoilor speciale, in ordinea crescatoare a vascozitatii: **Meso, First Lines, Global Action, Touch-up, Deep Lines, Kiss, Ultra Deep si Ultimate**.
7. Singurul brand de acid hialuronic ce ofera seringa cu **cea mai mare capacitate** si cea mai mare putere de umplere: **Ultimate, 3 ml**.

8. Produsele vedeta ale gamei sunt Kiss - pentru augmentarea si conturarea buzelor, Ultra Deep pentru umplerea ridurilor profunde si santurilor nazo-geniene si Ultimate - pentru liftingul facial si crearea de volum facial.

9. **Cel mai mare timp de remanenta** comparativ cu brandurile de pe piata- pana la 18 luni pentru Ultimate si pana la 12 luni pentru Ultra Deep.

10. Cei mai cunoscuti medici dermatologi si chirurghi plasticieni folosesc Teosyal

**Teosyal este singurul brand de acid hialuronic ce are si o gama de cosmetice dermatologice**, cu acid hialuronic in nanosfere, concentratie de peste 10%, ce ajuta la prelungirea efectului sau mascheaza locul de injectare. Gama de produse destinate nevoilor speciale, in ordinea crescatoare a vascozitatii sunt: **Meso, First Lines, Global Action, Touch-up, Deep Lines, Kiss, Ultra Deep si Ultimate.**

**Incepand din luna noiembrie puteti consulta pentru informatii suplimentare pagina de internet in limba romana dedicata Teosyal. <http://www.seetrybuy.ro/teoxane/>**

*See.Try.Buy este singura firma din domeniul medicinei estetice din Romania pozitionata ca med-spa provider, fiind importator exclusiv Teosyal in Romania. Din portofoliul sau de produse fac parte si FRAXEL - celebrul laser pentru tratarea melasmei si a cicatricilor acneice sau THERMAGE - radiofrecventa unipolara ce ridica pielea lasata in numai o sedinta si CANDELA care a lansat de curand cel mai bun laser de epilare definitiva.*





**S 6**

## **SIMPOZION ASTELLAS PHARMA**

Joi, 18.11.2010

15:00-15:30

Sala Roma

### **Perspective în managementul acneei**

**Moderatori:** *Dr. Raluca Popescu*  
*Conf. Dr. Cătălin Popescu*

Acneea vulgară reprezintă una dintre afecțiunile dermatologice cu care ne confruntăm frecvent în practica medicală. Etiologia este multifactorială și ascunde încă secrete a căror elucidare este în continuă desfășurare. De aceea, credem că, în continuare, ele stârnesc interesul dumneavoastră.

Acneea vulgară este cea mai frecventă afecțiune dermatologică. Se estimează că până la 80% dintre adolescenți și tineri sunt afectați de acnee. Adesea, chiar forme de severitate mică sau medie pot produce serioase implicații psihologice. Acneea poate persista ani și poate produce cicatrici.

Patologia acneei este multifactorială și tratamentul trebuie direcționat împotriva principalelor verigi patogenice implicate. Alegerea metodei de tratament depinde de: tipul și extinderea leziunilor, severitatea și durata acneei, precum și de impactul psihologic al bolii și de profilul reacțiilor adverse ale tratamentelor utilizate.

În constelația de produse topice aflate la îndemâna medicului practician, Zineryt® s-a impus ca lider datorită beneficiilor sale incontestabile: eficiență, rapiditate în acțiune, profil excelent de tolerabilitate și siguranță. La acestea se adaugă și un element de loc de neglijat, acceptabilitatea cosmetică ridicată, care îmbunătățește semnificativ complianța pacienților la tratament.

**S 7****SIMPOZION NEPENTES**

Joi, 18.11.2010

15:30-16:00

Sala Roma

**Emolium – terapie complexă pentru pielea uscată, iritată și atopică****Moderator:** *Dr. Adina Alexandru**Medic specialist dermato-venerologie, Clinica II Dermatologie,  
Spitalul Colentina București**Asistent universitar Dermato-venerologie Universitatea de Medicină  
și Farmacie „Carol Davila” București***Descriere:**

Gama de emoliente Emolium asigură o terapie complexă pielii uscate, foarte uscate, cu tendințe atopice, pielii atopice, redându-i funcția naturală de protecție. Produsele din gama Emolium sunt hipoalergenice, nu conțin coloranți și parfum. Au obținut avizul pozitiv al Centrului de Sănătate a Copilului și pot fi utilizate pentru copiii și bebelușii cu vârsta peste 1 lună.

Încă din faza de elaborare a formulelor gamei Emolium, am intenționat să realizăm, împreună cu medicii dermatologi și pediatri, produse care să asigure, chiar din primele luni de viață, îngrijirea completă a pielii uscate, prin combaterea atât a cauzelor, cât și a efectelor.

Din consultarea medicilor a reieșit că acest tip de produse ar trebui, în același timp,:

- să ajute la reconstruirea stratului hidrolipidic deteriorat;
- să asigure o hidratare corespunzătoare a stratului cornos al epidermei: să diminueze pierderea transepidermică de apă și să asigure substanțe care să ajute la reținerea apei în piele;
- să completeze deficitul de lipide din substanța intercelulară;
- să limiteze pruritul.

Aceste criterii au stat la baza elaborării formulelor produselor din gama Emolium. Produsele Emolium sunt primele produse emoliente testate în detaliu în centrele poloneze – test multilateral de eficiență, pe parcursul procesului de testare fiind evaluată ameliorarea stării pielii pe baza modificării valorii indicelui SCORAD și a scăderii intensității și a întinderii leziunilor cutanate, precum: pruritul, uscarea pielii, eritemul și usturimea pielii.

S 8

## Workshop Dove

Joi, 18 Noiembrie, 16:00-16:30, sala Roma

### Săpunul pe care îl alegi contează!

Cristina Preda, specialistul Unilever South Central Europe, reprezentantul local al comunității globale de cercetare-dezvoltare a Unilever, cu sediul în Olanda, Vlaardingen

Studiile clinice au demonstrat că este esențial să menținem pielea hidratată.

Produsele de spălat obișnuite nu aduc nici un beneficiu adițional pentru îngrijirea pielii, ele îndepărtează o dată cu murdăria, transpirația și sebumul, proteinele și lipidele proprii pielii.

Rezultatul asupra pielii - o barieră afectată, piele aspră, senzații de mâncărime, iritații, eritem.

Săpunurile obișnuite sunt alcaline (Ph 10) ceea ce duce la iritarea pielii în diferite cazuri. Dove nu este un săpun obișnuit, ci este un săpun – cremă, al cărui ingredient activ, cocoilzotionatum de

sodiu, curăță eficient pielea și are o influență mai blândă asupra lipidelor proprii pielii. În plus, conținutul de 1/4 cremă hidratantă contribuie la depozitarea pe suprafața pielii de lipide proprii pielii, emolienți și emolienți ce ajută la menținerea hidratării, înlocuiesc lipidele pierdute anterior și îmbunătățesc astfel starea de hidratare a pielii.

Dove este compatibil cu tratamentele oferite de medicii dermatologi. Dove s-a dovedit potrivit pentru pacienții cu următoarele afecțiuni ale pielii: rozacee, acnee, piele afectată de fotoexpunere, dermatită atopică, piele uscată sau cu sensibilitate.

**Bibliografie:**

K.P. Ananthapadmanabhan, D.J. Moore, Manoj Misra, Frank Meyer - Cleansing without compromise: the impact on the skin barrier and the technology of mild cleansing, *Dermatologic Therapy*, Vol. 17, p. 16-25, 2004.

Kumar Subramanyan - Role of mild cleansing in the management of patient skin, *Dermatologic Therapy*, Vol. 17, p. 26-34, 2004.

**S 9****SIMPOZION ASTELLAS PHARMA**

Vineri, 19.11.2010

12.00-13.00

Sala Londra

**Tratamentul proactiv - controlul pe termen lung al eczemei atopice**

**Moderatori:** *Conf. Dr. Maria Rotaru*  
*Prof. Dr. Remus Orăsan*  
*Conf. Dr. Cătălin Popescu*  
*Dr. Raluca Popescu*

Eficacitatea și siguranța administrării intermitente a tacrolimus unguent la pacienții cu eczemă atopică au fost demonstrate într-o serie de studii clinice cu durata de până la 4 ani<sup>(1-5)</sup>. Protopic este aprobat pentru tratamentul proactiv al dermatitei atopice, forme moderate și severe<sup>(6)</sup>, pentru prevenirea recăderilor și pentru prelungirea intervalului de timp între exacerbări.

Tratamentul proactiv, se administrează de două ori pe săptămână, la pacienții adulți și copii începând cu vârsta de 2 ani care au patru sau mai multe exacerbări pe an<sup>(7-8)</sup> și care au avut un răspuns inițial la un tratament cu tacrolimus unguent în administrarea de două ori pe zi în decurs de maxim 6 săptămâni<sup>(6)</sup> (dispariție completă a leziunilor, dispariția parțială sau ameliorarea acestora).

Studiile clinice<sup>(7-8)</sup> au arătat faptul că peste 55% dintre pacienții adulți și peste 50% dintre pacienții copii care au folosit tratamentul proactiv cu Protopic nu au avut nici o recădere timp de 12 luni.

Timpul median până la apariția recăderilor majore la pacienții adulți este de 142 zile în tratamentul proactiv versus 15 zile în cazul terapiei cu Protopic numai în perioada de exacerbare<sup>(7)</sup>; iar în cazul pacienților copii, timpul median până la apariția recăderilor majore este de 217 zile în tratamentul proactiv versus 36 zile în cazul utilizării Protopic numai în perioada de exacerbare<sup>(8)</sup>.

**Bibliografie selectivă:**

1. Koo JY, Fleischer AB, Abramovits W, Pariser DM, et al. Tacrolimus ointment is safe and effective in the treatment of atopic dermatitis: Results in 8000 patients. *J Am Acad Dermatol.* 2005; 53: S195-205.
2. Ruzicka T, Bieber T, Schopf E, Rubins A, et al. A short-term trial of tacrolimus ointment for atopic dermatitis. European Tacrolimus Multicentre Atopic Dermatitis Study Group. *N Engl J Med.* 1997; 337: 816-821.
3. Reitamo S, Ortonne JP, Sand C, Bieber T, et al. A multicentre, randomized, double-blind, controlled study of long-term treatment with 0,1% tacrolimus ointment in adults with moderate to severe atopic dermatitis. *Br J Dermatol.* 2005; 152: 1282-1289.

4. Haniffin JM, Paller AS, Eichenfield L, et al. Efficacy and safety of tacrolimus ointment treatment for up to 4 years in patients with atopic dermatitis. *J Am Acad Dermatol.* 2005;53 (suppl 2): S186-194.
5. Reitamo S, Rustin M, Harper J, Rubins A, et al. A 4-year follow-up study of atopic dermatitis therapy with 0,1% tacrolimus ointment in children and adult patients. *Br J Dermatol.* 2008; 159: 942-951.
6. Protopic - Rezumatul Caracteristicilor Produsului
7. Wollenber A, Reitamo S, Ruzicka T, et al. Proactive treatment of atopic dermatitis in adults with 0,1% tacrolimus ointment. *Allergy* 2008; 63: 742-750.
8. Thaci D, Reitamo S, Ruzicka T, et al. Proactive disease management with 0,03% tacrolimus ointment for children, multicentre, comparative study. *British Journal of Dermatology* 2008; 159: 1348-1356.



Intendis is part of Bayer HealthCare

**S 10**

Vineri, 19.11.2010

9:00-10:00

Sala Roma

## SIMPOZION BAYER INTENDIS

### Acidul Azelaic Gel - Noul *golden standard* în tratamentul Rozaceei papulo-pustuloase ?

**Speaker:** *Prof. Dr. Călin Giurcăneanu*  
*Spitalul Universitar de Urgență Elias*

Rozaceea este o afecțiune comună, cronică, larg răspândită și care este uneori greu de management. Studiile moderne reconfirmă observațiile clinice despre eficacitatea superioară a acidului azelaic hidrogel (**Skinoren 15% Gel**) în rozacee. Aprobarea indicației de tratament a rozaceei cu **Skinoren 15% Gel** reprezintă o inovație în tratamentul rozaceei din ultima decadă și se bazează pe multiplele mecanisme de acțiune sinergice ale acidului azelaic. Studiile arată că **Skinoren 15% Gel** utilizat în rozaceea papulo-pustuloasă surclasează eficacitatea clinică a fostului golden standard de tratament.

Laboratoires dermatologiques  
**Avène**  
PARIS

## SIMPOZION AVENE

Vineri, 19.11.2010  
10:00-10:30  
Sala Roma

### Cicalfate: o nouă abordare dermatologică în procesul de cicatrizare

- Despre infecții în dermatologie, *Dr. Magda Constantin*
- Wound healing process: clinical interest of Cicalfate, *Dr. Vincent Sibaud*



**Pierre Fabre**



## SIMPOZION AVENE

Vineri, 19.11.2010

11:00-12:00

Sala Roma

### Noutăți în managementul pacienților cu dermatită atopică: Exomega și PO SCORAD

- Fiziopatologia dermatitei atopice – *Prof. Dr. George Sorin ȚIPLICA*
- Proprietățile farmacologice ale lastarului de ovăz Rhealba – *Dr. Marius CAMCIUC*
- Index SCORAD și PO-SCORAD în managementul pacienților cu dermatită atopică –

*Prof. Jean-François STALDER*







## SIMPOZION MSD

Vineri, 19.11.2010  
12:00-13:00  
Sala Roma

### Portofoliul dermatologic MSD – soluții tradiționale, abordări moderne Aerius: „A fi sau a nu fi ... numărul 1 în dermatologie?”

**Moderatori:** *Prof. Dr. Virgil Feier*  
*Prof. Dr. George Sorin Țiplica*

**Speaker:** *As. univ. Dr. Magda Constantin*  
*Conf. Dr. Daciana Brănișteanu*

### Portofoliul dermatologic MSD – soluții tradiționale, abordări moderne

Este binecunoscut faptul că 25% din pacienții dermatologici suferă de infecții cutanate bacteriene și micotice. La pacienții imunocompetenți infecțiile cutanate sunt determinate majoritar de streptococi și stafilococi

Răspunsul dificil la tratamentul convențional (DCT) ar trebui urmat de tratament de atac cu DCT potent (MF, bDP), antibiotic antistafilococic (gentamicină) și/sau antilevuric (azoli: clotrimazol) și tratament de întreținere cu emolient.

Portofoliul dermatologic MSD cuprinde produse intrate deja în categoria produselor tradiționale din arsenalul medicului dermatolog:

- Elocom
- Elosalic
- Elobase
- Diprogenta
- Diprosalic
- Triderm

## SIMPOZION JANSSEN-CILAG

Vineri, 19.11.2010

16:00-16:30

Sala Londra

### „Terapie inovatoare pentru pacienții cu psoriazis, forme moderate până la severe”

**Speaker:** *Conf. Dr. Laura Solovăstru*

Psoriazisul este o boală sistemică, cronică inflamatorie caracterizată prin plăci scuamoase ale pielii și unghiilor, comorbidități debilitante și probleme psihice precum anxietatea și depresia. Aproximativ 2-3% din populația europeană are psoriazis, iar 20-30% dintre acești pacienți prezintă o formă severă de boală. Psoriazisul a fost legat de un număr de comorbidități incluzând obezitatea<sup>3</sup>, bolile cardiovasculare și hipertensiune arterială, limfom și diabet de tip II. Psoriazisul poate avea un impact negativ asupra stării generale, a psihicului și a stării emoționale a pacienților, manifestările bolii putând duce la frustrare, supărare, neputință și o proastă imagine de sine. Impactul bolii asupra psihicului pacienților a fost raportat ca fiind comparabil cu impactul pe care îl au boli cronice cum sunt cele cardiace, diabetul, hipertensiunea arterială și cancer. **USTEKINUMAB, primul dintr-o nouă clasă de medicamente biologice utilizate în tratamentul psoriazisului în plăci în formele moderate până la formele severe de boală, poate oferi beneficii ce pot schimba viața pacientului incluzând:** Eficacitate înaltă (răspuns PASI 75) care este realizată și menținută pentru majoritatea pacienților. Beneficiile sunt observate după prima administrare, în 2-4 săptămâni. Efectul complet este realizat până în săptămânile 24-28, după doar 3 administrări. Eficacitatea la pacienții care au răspuns la tratament este susținută pe termen lung cu doar 4 doze pe an (administrare o dată la 12 săptămâni, în injecție subcutanată). Eficacitate superioară față de cea mai frecvent utilizată terapie anti-TNF (etanercept) demonstrată la 12 săptămâni. Avantajul utilizării a doar 4 doze de întreținere pe an fără a fi nevoie de analize de laborator de rutină necesare în tratamentele sistemice tradiționale. Îmbunătățiri semnificative ale calității vieții care pot apărea chiar și în două săptămâni de la prima administrare. Îmbunătățirea semnificativă a vieții sociale și a aspectelor legate de locul de muncă și profesia pacienților, o mai bună bunăstare psihică incluzând ameliorarea stărilor de anxietate și a depresiei. A demonstrat un *potențial* în tratamentul artritei psoriazice, studiile clinice sunt în curs de desfășurare. **USTEKINUMAB este un tratament bine tolerat:** nu este asociat cu probleme de siguranță a tratamentului majore. Siguranța și tolerabilitatea similară tratamentului placebo în primele 12 săptămâni. Profilul de siguranță similar cu etanercept, dar cu mai puține reacții la locul de injectare. În studiile clinice, pacienții cu tuberculoză latentă care au fost în mod curent tratați cu isoniazidă nu au dezvoltat tuberculoză.



## SIMPOZION ALFA WASSERMANN

Vineri, 19.11.2010

15:30-16:00

Sala Roma

### Sulodexide - opțiune terapeutică modernă în vasculopatiile comune

*Conf. Dr. Virgil Pătrașcu*

Lucrarea isi propune, in contextul patologiei vasculare cu risc de tromboza sa contureze identitatea produsului Vessel Due F (Sulodexide).

Practic Vessel due F face parte din grupa terapeutică a antitromboticelor din care fac parte și inhibitorii de agregare plachetară (aspirina, clopidogrelul) și heparinele fiind însă o clasă terapeutică cu identitate proprie (un glicozaminoglican compozit cu 80 % fracție heparin-like și 20% fracție dermatan sulfat) și având în esență, ca principal avantaj față de heparine, acela că nu necesită monitorizarea INR-ului și nu prezintă risc de sangerare.

Conform protocolului terapeutic nou, publicat în iunie 2010 în Monitorul Oficial, Sulodexide este indicat în: tromboza venoasă profundă (TVP) și prevenția recurenței TVP; ameliorarea semnificativă a factorilor de risc pentru afecțiunile vasculare și progresia bolii vasculare; recurența unor episoade ischemice fatale și nefatale; tratamentul bolii ocluzive arteriale periferice (BAOP) și în alte patologii care pot fi considerate ca o consecință a unui proces aterosclerotic; tratamentul simptomatic al claudicației intermitente / tratamentul durerii în repaus; tratamentul leziunilor ischemice; tratamentul insuficienței venoase cronice (IVC) în oricare din stadiile CEAP (C0, C1, C2, C3, C4, C5, C6). Sulodexide ameliorează semnele clinice și simptomele, și în particular accelerează vindecarea ulcerului, când se combină cu terapia compresivă; prevenția și stoparea complicațiilor diabetului: nefropatia diabetică, retinopatia diabetică și piciorul diabetic.

Sunt de asemenea de reținut pentru ulcerul venos de gamba cel puțin două aspecte: NNT (numărul de pacienți care trebuie tratat pentru a evita / reepiteliza complet un ulcer venos în tratament cu Vessel Due F timp de 3 luni este foarte interesant: NNT = 4. Și de asemenea am putea reține faptul că ghidul American ACCP recomandă sulodexide în ulcerul venos cronic în baza rezultatelor clinice extrem de pertinente pe care Vessel Due F le-a dovedit în vindecarea acestei patologii.

O noutate absolută în ceea ce privește Vessel Due F este studiul internațional SURVET, studiu multicentric, randomizat, dublu orb la pacienții cu tromboza venoasă profundă care este acum în desfășurare și în care este inclusă și România. Ratiunea și design-ul studiului au fost comunicate recent la

Congresul International de Tromboza de la Milano, Iulie 2010. Conform datelor din literatura, incidenta recurentelor tromboembolismului venos este de cca 18% dupa 2 ani (in absenta tratamentului), ipoteza studiului sustinand faptul ca Vessel Due F ar putea reduce incidenta recurentelor cu cca 50%. Durata tratamentului cu medicatia activa (sulodexide) alaturi de terapia compresiva va fi de 2 ani. Rezultatele acestui studiu vor fi comunicate in 2012.

Recunoasterea internationala a Vessel Due F, prin intrarea recenta in unele dintre cele mai pretentioase ghiduri de terapie si prin includerea in trialuri internationale multicentrice randomizate ne atrage atentia asupra unei medicatii ce ar putea acoperi unele goluri in terapia curenta atat a patologiei arteriale cat si a celei venoase, tinand cont de actiunea endoteliala a Vessel Due F, atat la nivel venos cat si arterial.

# POSTERE



P 1

**ANALIZA MICROANATOMICĂ  
ȘI STEREDISTRIBUȚIA ELEMENTELOR  
SISTEMULUI TEGUMENTAR LA FĂȚ**Florentina Ileana Cristovici, G.S. Drăgoi  
Clinica Dermatologie, UMF Craiova

Subiectul lucrării a fost impus de necesitățile cunoașterii interrelațiilor dintre derivatele tisulare ale epiblastului și hipoblastului, pe de o parte și a inducției reciproce dintre structurile epidermului, anexelor epidermului și matrixului extracelular din derm, pe de altă parte. Cercetarea macro- și microanatomică s-a realizat pe material uman cu respectarea legii nr. 104/2003 și ale codului de etică și deontologie medicală. Studiul a fost efectuat pe material biologic uman recoltat de la feți (8 cazuri - 3-8 luni). Analiza elementelor structurale am efectuat-o cu metode macroanatomice și metode microanatomice.

Pe secțiunea transcutanată la făt, se constată că cu ușurință trei zone structurale: epiderma, derma și tella subcutanea. La nivelul epidermului se constată marcată tendință la hipercheratoză; keratinocitele descuamate se acumulează în depresiuni epidermice ce conțin în egală măsură și fire de păr secționate în plan transvers. Heterogenitatea structurală a dermului e determinată de prezența foliculilor pilosebacei în stadii variabile de evoluție: muguri ectodermici, foliculi pilosebacei intermediari și folicul pilosebaceu matur. În tela subcutanea se observă numeroși foliculi pilari secționați în plan transvers localizați în microcavități și care sunt înconjurate de un matrix extracelular lax. În geneza și evoluția glandelor sebacee, am remarcat prezența structurilor glandulare atât în raporturi de contiguitate cu foliculul pilar în cadrul "unității pilosebacee", cât și izolat de acest complex în plină masă dermică.

P 2

**SUPRAREGLAREA COX-2 ÎN CARCINOAME  
CUTANATE**Ilinca Nicolae\*, Sorina Schipor\*\*, Cecilia Thomescu\*  
\* Spitalul Clinic de Dermatologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin"  
\*\* Institutul de Endocrinologie „C.I. Parhon”, București

Inflamația cronică este un factor de risc recunoscut pentru malignitățile cutanate. Macrofagele, celulele T, celulele B, celulele NK, neutrofilele și granulocitele infiltrate în tumora elaborează citokine inflamatorii în mediul tumoral [IL-6, IL-1 $\alpha$ , TNF $\beta$ , OSM]. Citokinele inflamatorii pot amplifica procesul tumorigenic prin suprareglarea unor mediatori ai angiogenezei. COX-2 este un mediator important al angiogenezei care

poate fi indusă și în condiții hipoxice. COX-2 suprareglează HIF 1 $\alpha$  prin formarea PGE 2, COX-2 este un factor esențial în dezvoltarea malignităților cutanate, cu implicații în inflamație, angiogeneza, oncogeneza.

În această lucrare se analizează relația între activitatea tisulară a COX 2 și prezența procesului inflamator la pacienții cu carcinoame cutanate.

P 3

**ROLUL FIZIOPATOLOGIC AL ANTICORPILOR  
ANTIGANGLIOZIDICI**Corina Nicolae, Oana Coman, Ilinca Nicolae  
Spitalul Clinic de Dermatologie, "Prof. Dr. Scarlat Longhin", București

Efectul gangliozidelor asupra răspunsului imun a trezit mult interes și controversă. Utilizarea anticorpilor monoclonali în scopuri terapeutice a devenit o speranță odată cu identificarea gangliozidelor ca posibili antigeni pe celulele tumorale umane (Irie 1986; 1989, Ravindranath 1989; Morton 1992). Producerea cu succes a anticorpilor monoclonali umani cu specificitate pentru determinanții antigenici gangliozidici asociați tumorilor (Hoon, 1993) și comercializarea kiturilor de reactivi pentru detectarea IgM sau IgG (figura 1) față de gangliozide (Meyer 2002) au permis noi abordări în interacția gazda-parazit și în imunoterapia tumorilor. Un domeniu promitator de studiu îl constituie implicarea anticorpilor antigangliozidici într-o varietate de sindroame neurologice. (Richard 2007). (tabelul 1) Acești anticorpi joacă un rol crucial în: sindromul Guillain-Barre, Miller-Fischer, neuropatia motorie multifocală, polineuropatia inflamatorie demielinizantă cronică, neuropatia ataxică cronică, neuropatia senzorială ataxică acută, neuropatia axonală motorie acută, neuropatia demielinizantă din paraproteinemia IgM. Neuropatiile inflamatorii apar cel mai adesea în urma infecțiilor cu: *Campylobacter jejuni*, Citomegalovirus, virusul Epstein-Barr, *Mycoplasma pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, Herpes simplex virus, encefalitis virus, HBV, HIV, Rubella virus, mononucleoza infecțioasă, *Legionella* (Kyilder 2008; Baravelli 2008; Condon 2008; Figueiredo 2008). Imunizarile împotriva Streptococului de grup A, rabiei, gripei porcine, inclusiv vaccinul antigripal (Ropper 1991; Yuki 1998; Nachamkin 2008; Sivadon-Tardy 2009), vaccinul meningococic (De Waals 2008) pot, de asemenea, declanșa neuropatii autoimune. Anticorpii îndreptați împotriva gangliozidelor aflate în structura microorganismelor pot determina reacții încrucisate cu gangliozidele din structura mielinei și a fibrelor nervoase, inducând procese inflamatorii sau demielinizări consecutive. Anticorpii antigangliozidici au, astfel, valoare patognomonică pentru neuropatii (Heidenreich 1998; Ariga 2005; Yu 2006; Richard 2007; Yuki 2007; Kuijff 2008).

Anticorpilor antigangliozidici sunt greu de anihilat. Studii recente (Halstead 2005) au demonstrat ca ATP070 (Mirococept, Inflazyme) și Ecluzimab (Halstead 2008) inactivează anticorpilor și blochează activarea complementului, opunându-se formării complexului de atac membranar. Aceste produse farmacologice au efecte neuroprotectoare în modele experimentale și cresc speranța terapeutică.

O nouă abordare în cercetare este reprezentată de probabilitatea ca unii determinanți gangliozidici asociați tumorilor (Hakomori 1996) să inducă răspunsul imun la om. Dacă anticoprii sintetizați reacționează cu celulele canceroase umane și nu reacționează cu celulele normale, utilizarea anticoprilor monoclonali ar deveni un instrument ideal în imunoterapia tumorilor.

O atenție particulară este acordată alterărilor moleculare în metabolismul gangliozidelor asociate cu progresia melanomului uman. Au fost identificate multe gangliozide tumorale care induc sinteza anticoprilor antigangliozidici (figura 2,3) la pacienții cu melanom (rezultate nepublicate). Potențialul terapeutic al acestor anticopri reprezintă un subiect de mare interes în cercetarea medicală actuală.

P 4

#### ROLUL UNOR ENZIME CELULARE ÎN PROGRESIA MELANOMULUI CUTANAT

Amalia Anghel, Ilinca Nicolae, Simona Roxana Georgescu, Justin Dumitru Diaconu, Rodica Trifu, Cecilia Thomescu  
Spitalul Clinic de Dermatovenerologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin"

**Introducere:** Melanomul cutanat reprezintă o neoplazie cu alterări semnificative ale unor enzime celulare, cu diferențe notabile în funcție de absența sau prezența invaziei loco-regionale sau la distanță. Creșterea enzimelor în ser (aminotransferaze: ALT și AST, gama glutamil transferaza: GGT, creatinkinaza: CK, lactat dehidrogenaza: LDH) depinde de: echipamentul enzimatic al organului lezat, localizarea intracelulară a enzimelor, gradul de vascularizație a tumorii și viteza de circulație la nivelul zonei lezate, prezența sau absența unei bariere inflamatorii, măsura în care celulele lezate vin în contact direct cu plasma și viteza de degradare a enzimelor ajunse în plasmă.

**Obiectivul studiului:** Este reprezentat de evaluarea rolului determinărilor serice și din extract tisular, a unor enzime celulare în diagnosticul, prognosticul și monitorizarea pacienților cu melanom cutanat.

**Material și metodă:** Studiul s-a efectuat prin monitorizarea pacienților cu tumori benigne și maligne ale melanocitelor, comparativ cu lotul de control. Componența loturilor a fost următoarea: *lot control* (206 subiecți); *lot nevi displazici* (203 subiecți); lot melanom subdivizat în: *lot melanom non-invaziv* (cu dezvoltarea strict locală) (177 subiecți); *lot melanom invaziv* (cu dezvoltare loco-regională și la distanță) (183 subiecți);

Pentru determinarea enzimelor s-au utilizat kituri standardizate de reactivi (Human GmbH) și metode fotometrice de analiză (Human Star 300). Recoltarea, transportul și conservarea probelor biologice s-a făcut în condiții identice. Intervalul de timp între recoltarea probelor de sânge și separarea serului este de 30-40 minute. Enzimele au fost determinate la 2-3 ore de la recoltare. Activitatea enzimatică a LDH, AST, ALT, CK și GGT s-a exprimat în U/L. Extracția proteinelor tisulare s-a făcut imediat după realizarea intervenției chirurgicale. Activitatea enzimelor din tumori a fost raportată la activitatea enzimatică detectată în țesutul sănătos peritumoral (considerat 100%).

**Rezultate și discuții:** Studiind activitatea enzimatică determinată în ser a enzimelor (AST, ALT, GGT, CK, LDH) se poate concluziona astfel: nu s-au obținut modificări semnificative ale activității enzimatică în ser studiate în lotul control, la pacienții cu nevi displazici și la pacienții cu melanom non-invaziv. O creștere remarcabilă s-a obținut în cazul pacienților cu melanom invaziv. (Fig. 1). Dintre enzimele enumerate de importanță sporită este LDH care prezintă valori crescute în 23% din cazurile analizate.

Determinând activitatea enzimatică în extractul tumoral exprimată procentual față de țesutul sănătos peritumoral s-au desprins următoarele concluzii: creșterea activităților enzimatică în țesuturile transformate relevă o alterare a metabolismului tumoral. Aceste activități sunt exacerbate în proliferările neoplazice datorită necesităților metabolice specifice procesului malign, fenomenelor inflamatorii și neoangiogenezei. (Fig. 2).

Astfel putem concluziona asupra importanței studiului enzimelor celulare atât în ser cât și tisular mai ales în cazul melanomului invaziv. LDH se constituie într-un factor de prognostic în cazul melanomului invaziv, corelându-se cu procesul metastatic, profilul terapeutic și rata de supraviețuire.

#### ROLE OF CELLULAR ENZYMES IN THE PROGRESSION OF CUTANEOUS MELANOMA

**Introduction:** Cutaneous melanoma is a malignancy with significant alterations of cellular enzymes, with notable differences depending on the absence or presence of local or at distance invasion. Increased serum enzymes (aminotransferase: ALT and AST, gamma glutamyl transferase: GGT, creatine kinase: CK, lactate dehydrogenase: LDH) depends on: the enzyme equipment of the damaged organ, intracellular localization of enzymes, the degree of tumor vascularity and speed of movement to the damaged area, the presence or absence of inflammatory barriers, the direct contact between damaged cells and plasma and degradation rate of the enzymes reached in plasma. **Study objective:** It is represented by evaluation of the determining serum and tisular cellular enzymes role in diagnosis, prognosis and monitoring of patients with cutaneous melanoma.



**Material and method:** The study was performed by monitoring patients with benign and malignant tumors of melanocytes, compared with the control group. Batch composition was as follows: control group (206 subjects), dysplastic nevi group (203 subjects); melanoma group subdivided in: melanoma non-invasive group (with local development) (177) invasive melanoma group (locally and regional growing and at distance determinations) (183 subjects). To determine the enzymes we used standard reagent kits (Human GmBH) and photometric methods of analysis (Human Star 300). Harvesting, transportation and storage of biological samples was in the same conditions. Time between collection of blood samples and separation of serum was 30-40 minutes. Enzymes were determined at 2-3 hours of harvesting. Enzymatic activity of LDH, AST, ALT, CK and GGT is expressed in U/L. Tissue protein extraction was done immediately after the surgery. Enzyme activity in tumors has been reported with the enzyme activity detected in healthy peritumoral tissue (considered 100%).

**Results and discussions:** Studying the enzyme activity determined in serum of enzymes (AST, ALT, GGT, CK, LDH) can be concluded as follows: there were no significant changes of enzyme activity obtained in control group, in patients with dysplastic nevi and patients with non-invasive melanoma. A remarkable increase was obtained in patients with invasive melanoma. (Fig.1). With greater importance from all the enzymes, is LDH, elevated in 23% of analyzed cases. Determining enzyme activity from tumor extract expressed as percentage from healthy peritumoral tissue we postulate the following conclusions: increased enzymatic activities in transformed tissues revealed a worsening of tumor metabolism. These activities are exacerbated in neoplastic proliferation due to specific metabolic needs in malignant process, inflammatory phenomena and neoangiogenesis. (Fig.2). Thus we can conclude about the importance of cellular enzyme study both serum and tissue especially in invasive melanoma. LDH consist in a prognostic factor for melanoma invasiveness correlated with the metastatic process, therapeutic profile and surveillance rate.

P 5

### ZONA ZOSTER VARICELLOSUS

Marinela Bonta, Corina Bud  
Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie

Zona zoster este o boală infecțioasă acută produsă de virusul varicelo-zosterian. Prima infecție cu VVZ produce varicela și după vindecarea ei particulele virale persistă în stare latentă în celulele nervoase senzitive ale ganglionilor rahidieni posteriori sau în cei omologi ai nervilor cranieni. Virusul rămâne astfel cantonat vreme

înelungată, probabil toată viața. De aici, în condițiile scăderii imunității organismului sub un prag critic, virusul se poate reactiva, multiplicându-se în interiorul ganglionilor. Din ganglioni, pe cale neuronală centrifugă se produce o migrare a virusului către piele, infectând dermatomul dependent și în cazuri mai rare pot să apară erupții cu elemente variceloase diseminate. Această formă este numită Zona zoster varicellosus.

În această lucrare este prezentat cazul unui pacient în vârstă de 49 de ani cu insuficiență venoasă cronică periferică și ulcer venos în antecedente. Pacientul se internează în secția Dermatologie pentru un ulcer venos și o eczemă varicoasă diseminată. I se instituie terapie sistemică cu corticoizi (Prednison), tratament local adecvat, precum și tratament antiulceros. În perioada de scădere a dozelor de corticoid, pacientul prezintă o erupție cu elemente variceloase diseminate, pruriginoase. Determinarea anticorpilor antivarielo-zosterieni arată un titru mult crescut al acestora. Sub tratament antiviral evoluția este favorabilă.

P 6

### MECANISME PATOGENICE ÎN HEPATITA CRONICĂ CU VHC CU MANIFESTĂRI CUTANEO-MUCOASE

Raluca S. Costache, D. O. Costache  
Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București

Prezentăm datele obținute în urma unui studiu personal prospectiv pe un număr de 273 pacienți cu hepatită cronică VHC +, aflați sub supraveghere medicală în intervalul 2006 - 2010.

Am urmărit asocierea diferitelor manifestări cutanate și mucoase cu nivelul de evoluție al bolii hepatice, exprimat prin nivelurile AST, ALT, BT și viremiei VHC. De asemenea, am analizat comportamentul manifestărilor cutanate în paralel cu terapia antivirală efectuată în conformitate cu recomandările Ministerului Sănătății. Prezentăm datele obținute până în prezent, împreună cu câteva ipoteze personale referitoare la mecanismele patogenice care pot asocia infecția cronică cu VHC de manifestările cutanate și mucoase.

P 7

### SINDROMUL PAPULOS ȘI PURPURIC „ÎN MĂNUȘI ȘI ȘOSETE”

Cristea Andra, Țibîrnă Cristina, Nica Smaranda, Popescu Andreea, Dobrițoiu Adina, Olsavszky Rozalia  
Spitalul Colentina, Bucuresti, Clinica I Dermatologie

Sindromul papulos și purpuric „în mănuși și șoșete” este o dermatoză infecțioasă rară, de etiologie virală, caracterizată de prurit, edem și eritem simetric al

extremităților cu evoluție către leziuni peteșiale și purpurice, care a fost descrisă doar în ultima decadă. Una din caracteristicile clinice ale acestei erupții este demarcarea clară a leziunilor la nivelul gleznelor și a încheieturilor mâinilor, de unde și denumirea sindromului “in mănuși și șosete”, iar leziunile arareori nu sunt limitate la aceste zone.

Prezentăm cazul unei paciente de 12 ani internată pentru sindrom febril asociat unei erupții peteșiale cu o durată de 2 zile, cu stare generală bună. Examinarea cutanată a evidențiat o erupție papuloasă și purpurică simetrică, localizată acral și limitată la nivelul membrelor inferioare bilaterale. Toate analizele de laborator au fost în limite normale. Erupția și febra s-au remis complet în aproximativ 7 zile. Testarea serologică de anticorpi pentru parvovirusul B19 a fost pozitivă pentru IgM, dar negativă pentru IgG.

### PAPULAR-PURPURIC “GLOVES AND SOCKS” SYNDROME

Papular purpuric “gloves-and-socks” syndrome is a rare, infectious disease, of viral etiology, characterized by the presence of pruritus, edema and symmetrical erythema of the extremities with gradual progression to petechiae and purpura that was described only in the past decade. One of the clinical hallmarks of the rash is the sharp demarcation on the wrists and ankles, leading to the name “gloves-and-socks” syndrome and clinical lesions are rarely not confined to these areas.

We present the case of a 12 year-old girl who was admitted for evaluation of a fever associated with a petechial rash of 2 days duration. She was in good general condition with no acute distress. Inspection of the skin revealed an amazing papular and purpuric rash of predominantly acral and symmetrical distribution and sharply demarcated on the ankles, with lesions also on the shins and thighs bilaterally. All laboratory tests were found normal. Rash and fever completely resolved in less than 3 days. Serological testing for parvovirus B19 (B19V) antibodies was positive for IgM but negative for IgG.

P 8

### SARCOMUL KAPOSI – FORMA EUROPEANĂ, CU LEZIUNI GENERALIZATE LA UN PACIENT IMUNOCOMPETENT

Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Viviana Danaila, Tereza Salajan, Cristina Stefan, Mircea Tampa, Oana Andreea Coman, Dana Mihele

Spitalul Clinic de Dermatovenerologie “Prof. Dr. Scarlat Longhin” București

Sarcomul Kaposi este o proliferare neoplazică a celulelor endoteliale de etiologie virală (este implicat herpes-

virusul uman 8, HHV-8, care se pare că se transmite pe cale sexuală), cu evoluție lentă fără metastazare, dar cu tendință de recidivă postterapeutică și de extensie. Se descriu 4 tipuri de sarcom Kaposi: 1. sporadic (clasic, mediteranean sau european – cu leziuni cutanate), 2. endemic (african – forma limfadenopatică), 3. asociat unor stări de imunodepresie diferite de infecția HIV/SIDA (iatrogene, limfoame, alte neoplazii), 4. asociat infecției HIV/SIDA.

Forma europeană a sarcomului Kaposi apare preponderent la persoane de sex masculin după vârsta de 60 ani cu localizare preferențială la nivelul membrelor inferioare.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 64 de ani, imunocompetent (absența infecției HIV 1+2), a cărui particularitate este prezența leziunilor generalizate ce acoperă peste 90% din suprafața corporală, cunoscut cu sarcom Kaposi (confirmat biptic) din 2007 când au apărut primele leziuni și internat periodic în clinica noastră pentru diagnostic de certitudine, investigații și tratament.

Antecedentele personale patologice ale pacientului sunt: diabet zaharat tip 2, hipertensiune arterială, boală cardiacă ischemică și hepatită cronică cu HVB.

Examen clinic general în limite normale.

Examen dermatologic: placarde eritemato-violacee precis delimitate, margini neregulate, dureroase la palpare, localizate la nivelul membrelor inferioare (regiunea tarsometatarsiană stângă anterioară, la nivelul regiunii maleolare interne drepte și la nivelul gambelor bilaterale), membrelor superioare (regiunea carpometacarpiană dorsală bilaterală, la nivelul brațelor și antebrațelor), la nivelul regiunii frontale și la nivelul lobului auricular bilateral.

Examen de laborator: reacția Adler din materii fecale pozitivă; VDRL negativ; test HIV 1+2 negativ; sumar de urină în limite normale cu excepția glucozuriei și sediment urinar bogat în celule epiteliale; biochimia relevă hiperglicemie (în cadrul diabetului zaharat tip 2), uricemie la limita superioară; hemoleucograma arată neutrofilie, eozinofilie și sindrom inflamator sistemic. Pe parcursul internării pacientul a primit tratament:

1. medicamentos: Penicilina G sistemic, topice cu dermatocorticoizi+antibiotice, cicatrizante + anti-septice local pentru prevenirea radiodermitei.
2. radioterapie la nivelul:
  - a) regiunii carpometacarpiene dorsale bilaterale
  - b) regiunii tarsometatarsiene stângi anterioare.

Evoluția locală după tratament a fost favorabilă cu diminuarea leziunilor ca aspect și întindere.

Pacientul s-a externat în stare ameliorată urmând să revină periodic la control.

### KAPOSI SARCOMA – EUROPEAN FORM WITH WIDESPREAD LESIONS IN A IMMUNOCOMPETENT PATIENT

P 9

Kaposi sarcoma is a neoplastic proliferation of endothelial cells of viral etiology (human herpes-virus 8 is involved, which appears to be sexually transmitted), slowly progressive without metastasis, but with a tendency to relapse post-therapy and local extension. There are described four types of Kaposi's sarcoma: 1. sporadic (classical, Mediterranean or European – with skin lesions), 2. endemic (African – lymphadenopathy form), 3. associated with immunosuppression excepting HIV / AIDS (iatrogenic, lymphomas, other cancers), 4. associated with HIV/AIDS.

European form of Kaposi's sarcoma occurs mainly in males over 60 years with the preferential localization of the lower limbs.

We present a 64 years old patient case report, immunocompetent (no HIV 1 +2), whose feature is the presence of generalized lesions covering over 90% of the body, known with Kaposi sarcoma (biopsy confirmed) in 2007 when the first injuries appeared and regularly admitted to our clinic for certain diagnostic, investigations and treatment.

Personal pathological history of the patient: type 2 diabetes mellitus, hypertension, ischemic heart disease and chronic hepatitis with HBV.

Usual clinical examination in normal limits.

Dermatologic examination: erythematous-violaceous plaques sharply defined, irregular borders, painful on palpation, located on the lower limbs (anterior left tarsometatarsian region, on the right internal malleolar region and on bilateral calf), upper limbs (bilateral dorsum of the hand, the upper arms and forearms), the frontal region and bilateral ear lobe region.

Laboratory: Adler reaction from stool positive, negative VDRL, HIV 1 +2 test negative, urinalysis within normal limits except glucosuria and urinary sediment rich in epithelial cells, biochemistry revealed hyperglycaemia (within diabetes mellitus type 2); uricemia in the upper limit, hemoleucograma shows neutrophilia, eosinophilia and systemic inflammatory syndrome.

During hospitalization the patient received treatment:

1. medication: systemic Penicillin G, topical dermatocorticosteroids + antibiotics, antiseptics+skin recovery topics to prevent post radiotherapy dermatitis.
2. radiotherapy:
  - a) on bilateral dorsum of the hand
  - b) on anterior left tarsometatarsian region

Local evolution after treatment was favorable with reduced injuries in appearance and extent.

The patient was discharged in improved condition and advised to return periodically for biological investigations and therapy.

### UN CAZ DE TUBERCULOZĂ CUTANATĂ

Monica Costescu, Simona Roxana Georgescu, Mihaela Anca Popescu, M. Alecu, V. Benea, Ana Faca, Corina Stăniloiu, Mădălina Geantă, Lucia Dumitru

Spitalul Clinic de Dermato-Venerologie „Prof. Dr. Scarlat Longhin” București

Va prezentăm cazul unui barbat, în vârstă de 36 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, care prezenta o stare de subfebrilitate prelungită, scădere ponderală, astenie și dureri abdominale difuze. La nivel perianal prezenta plăci erimatoase, fibroase și o fistulă prin care se exterioriza conținut purulent. A fost investigat în serviciile de chirurgie, chirurgie plastică, medicina internă cu următoarele rezultate: Radiografie pulmonară normală, examen sputa negativ, colonoscopie normală, test HIV negativ, analize uzuale de sânge în limite normale. Internat în clinica noastră de dermatologie a spitalului SCARLAT LONGHIN București se ridică suspiciunea de tuberculoză intestinală cu prindere oficială. Se efectuează examen bacteriologic colorat Zeihl-Neelsen și cultura pe mediul Lowenstein-Jensen din colecția purulentă, se izolează bacilul Koch și se pune diagnosticul de tuberculoză intestinală. Se începe terapia antituberculoasă cu rezultate favorabile.

### A CASE OF CUTANEOUS TUBERCULOSIS

We present you the case of an 36 years old caucasian male without any historical disease, who was losing weight, had an abnormal body temperature (37.5 C), weakness and a few abdominal pains for a few weeks. In the perianal area he presented erythematous plaques with some fibrosis and a purulent fistulae. He was investigated in the surgical department, plastic surgical department, internal medicine department with the next results: Pulmonary RX normal, bacteriological exam of sputum normal, colonoscopy- normal, HIV negative and usual blood tests normal. Brought in our clinic, SCARLAT LONGHIN DERMATOLOGY HOSPITAL, we had the suspicion of an intestinal and official tuberculosis. The purulent collection bacteriological exam with Zeihl-Neelsen coloration and on Lowenstein-Jensen medium established the presence of Koch bacillus and the diagnose was intestinal tuberculosis. The patient had a special treatment for tuberculosis with very good results.

## P 10

**COINFEȚIA HIV-SIFILIS LA UN PACIENT DE  
VÂRSTA A TREIA – PREZENTARE DE CAZ**

M. Tampa\*, Dana Mihele\*, Clara Matei\*\*, F. Morar\*, Raluca Erhan\*\*\*, Mihaela Tovar\*, D. Duiculescu\*\*\*, Simona Roxana Georgescu\*

\*Spitalul Clinic de Dermatologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin", Bucuresti

\*\*Spitalul Clinic Colentina, Clinica II Dermatologie

\*\*\*Spitalul Clinic de Boli Infecțioase si tropicale "Victor Babes" Bucuresti

În contextul pandemiei HIV/SIDA, afecțiunile cu transmitere sexuală reprezintă o cauză majoră de îngrijorare la nivel global. România raportează o incidență crescută a cazurilor de sifilis. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 72 de ani, heterosexuale, ce se prezintă în serviciul nostru pentru apariția de aproximativ două săptămâni a unei ulceratii nedureroase la nivelul glandului penian, cu baza moale, neindurată. Serologia pentru sifilis (VDRL, TPHA) și pentru infecția cu virusul HIV (testarea repetată ELISA și testul Western-Blot) au fost pozitive. Numărul limfocitelor T CD4+ a fost scăzut (150/mm<sup>3</sup>), cu raportul CD4/CD8 de 0.12, marcată de o imunodepresie severă. Încărcătura virală ARN a fost foarte mare (859000 copii/ml). Serologia pentru virurile hepatice B și C a fost negativă. La puncția lombară, efectuarea VDRL și TPHA din LCR a fost negativă, în schimb nivelul ARN-HIV în LCR a fost detectabil (7340 copii/ml) iar RMN cerebral a evidențiat prezența semnelor de inflamație meningeală și atrofie cerebrală. Sub tratament antiretroviral cu bună penetranță la nivelul barierei hematoencefalice (zidovudina, lamivudina și efavirenz) și terapie cu penicilină, evoluția a fost favorabilă, înregistrându-se o scădere semnificativă a încărcăturii virale și a titrului VDRL la o lună de la inițierea terapiei, în schimb epitelizarea completă la nivelul glandului a fost lentă, survenind după aproximativ 6 luni. Coinfecția HIV-sifilis a fost raportată mai ales la adulții tineri, existând în acest moment puține date referitoare la transmiterea bolilor venerice și a infecției cu virusul HIV la bătrâni. Prezența coinfecției HIV-sifilis la vârste înaintate ar putea constitui un argument în favoarea includerii varstnicilor în grupurile-tintă ale strategiilor de prevenire a infecțiilor cu transmitere sexuală.

**HIV-SYPHILIS CO-INFECTION IN A THIRD AGED  
PATIENT – CASE REPORT**

In the context of HIV/ AIDS pandemic, STDs are of major concern for global health. Romania has reported high rates of syphilis. We report the case of a 72 years-old heterosexual male patient attending the Dermatovenerology Clinic for an unpainful ulcer located in the penile region, observed 2 weeks prior to the presentation. Syphilis serology (VDRL, TPHA) and HIV test (two ELISA and one Western Blot tests) turned out

positive. The CD4 cell count was low (150/mm<sup>3</sup>) with CD4/CD8 at 0.12. The HIV-RNA viral load was high (859000 copies/ml). The HBs antigen and the anti-HCV antibodies showed negative results. The lumbar puncture showed no evidence of syphilis (both VDRL and TPHA tests were negative) but a detectable level of HIV-RNA (7340 copies/ml). The brain MRI showed signs of meningeal inflammation and cerebral atrophy. Under penicillin therapy and antiretroviral treatment with good CSF penetration (comprising zidovudine, lamivudine and efavirenz), a significant decrease of the viral load and VDRL titer was noticed after one month of treatment, with complete re-epithelisation of the penile ulcers after 6 months. The HIV-syphilis co-infection is observed mostly in the middle-aged adults and few data are available regarding the HIV and STI transmission in elders. The presence of the HIV-syphilis co-infection in third aged patients could be a proof that the elder age must be taken into consideration as a potential target group for the prevention of HIV and STI transmission.

## P 11

**OPTIMIZAREA DIAGNOSTICULUI SEROLOGIC  
AL SIFILISULUI. AVANTAJELE REACȚIEI  
IMMUNOBLOT**

Tabuica O., Mușet Gh., Betiu M.

Catedra Dermatovenerologie USMF "N. Testemițanu", Chișinău,  
Republica Moldova

Sifilisul rămâne în continuare o problemă a sănătății publice. O tendință modernă este evoluția trenantă a procesului infecțios, remarcându-se o creștere a incidenței sifilisului latent grație patomorfozei acestei infecții și utilizării pe larg a antibioticelor. Pentru menținerea controlului asupra morbidității prin sifilis este necesar un diagnostic precis și rapid al acestei maladii, dar în pofida succeselor diagnosticului de laborator managementul pacienților cu sifilis latent rămâne dificil și controversat. În aceste condiții apar cerințe sporite față de investigațiile de laborator și rezultatele obținute, în baza cărora se va stabili, confirma sau exclude diagnosticul în situațiile dificile sau echivoce, ținând cont de aspectul juridic și social al acestei maladii.

Există situații în care testarea serologică furnizează rezultate negative: testele netreponemice în sifilisul latent tardiv și terțiar sunt fals negative în 30-33% cazuri, reacțiile serologice cu teste netreponemice pot fi fals negative la pacienții cu sifilis malign, imunodeficiențe primitive sau secundare (SIDA, etc.), fenomenul de prozonă. Aceste probleme pot fi soluționate doar printr-o abordare complexă a serologiei sifilisului, care în diverse situații clinice necesită utilizarea diferitelor teste de laborator pentru confirmarea sau excluderea diagnosticului.

Una din cele mai performante metode de diagnostic în serologia sifilisului este reacția immunoblot (Western blot). În cadrul reacției se utilizează antigenele *Tr. pallidum* cu immunogenitate maximală, având masa moleculară de 15, 17, 45 și 47 kDa, ce permit detectarea anticorpilor în serul bolnavilor în toate fazele maladiei și excluderea seropozitivității nespecifice.

**Scopul studiului:** aprecierea sensibilității și specificității reacției immunoblot în sifilisul latent, manifest, determinarea valorii ei diagnostice în diferențierea cu RSFP.

**Material și metode:** în studiu au fost incluși 109 pacienți cu sifilis latent, 83 pacienți cu RSFP, 81 pacienți cu sifilis manifest (lotul de control) și 105 pacienți dermatologici (lotul de control).

Pacienții au fost investigați prin următoarele reacții serologice: RMP (test de microprecipitare), reacția Wasserman, TPHA, testul ELISA, reacția immunoblot.

**Rezultate.** Reacția immunoblot a manifestat o sensibilitate de 100%, o specificitate de 99,1%. Au existat situații clinice, când anume datorită performanțelor diagnostice reacției immunoblot a fost posibilă stabilirea diagnosticului de sifilis latent sau RSFP.

**Concluzii:** Reacția immunoblot poate fi recomandată pentru utilizare ca test de confirmare și de referință în situațiile clinice echivoce, când testele TPHA și ELISA dau rezultate contradictorii și se suspectă a fi fals pozitive. Aplicarea în practică a testului immunoblot va optimiza diagnosticul serologic al sifilisului, facilitând rezolvarea situațiilor clinice dificile.

#### OPTIMIZATION SEROLOGICAL DIAGNOSIS OF SYPHILIS. SIDE BENEFITS IMMUNOBLOT

**Summary.** Syphilis has several clinical manifestations, making laboratory testing a very important aspect of diagnosis. The problem acquires special importance in the conditions of the high syphilis morbidity in the Republic of Moldova, associated with an enhanced percentage of latent syphilis. Serological tests for syphilis continue to play a major role in the diagnosis and management of the disease and often are the only practical means of diagnosis. The antibodies detected by nontreponemal tests are not only produced as a consequence of treponemal infection, but also in response to other condition were tissue damage occurs. All of the serologic tests for syphilis have been shown to possibly give false results when several different conditions are present: other spirochetal diseases, autoimmune disorders, or human immunodeficiency virus infection. Consequently, the use of a single method is considered insufficient to achieve the best diagnostic performance. The Western blot (WB) method has been used for the last 15 years to investigate the immune response to individual *Treponem pallidum* antigens in sera. This technique is used in some laboratories to resolve questionable results obtained with other treponemal tests; this service may be available through

select laboratories. Our studies suggest that Western blot (immunoblotting) are considered the most specific treponemal test and must be used as an alternative to TPHA (*Treponema pallidum* haemagglutination assay), EIA (Enzyme immunoassay), FTA (fluorescent treponemal antibody) test when these tests give equivocal or conflicting results.

P 12

#### LARVA MIGRANS CUTANATĂ (POSTER)

Roxana Tanase, Virginia Chiu, Dorina Giurcaneanu, Iuliana Marcu, Alina Maxim, Alina Elena Cipi  
Colentina, Clinica Dermatologica I

Larva migrans cutanata este un termen clinic dat unei erupții cutanate tropicale și subtropicale (de obicei) care poate avea numeroase cauze parazitare (Nematode – Geohelminți: *Ancylostoma brasiliense*, *A. caninum*, *A. ceylanicum*, *Strongyloides Stercoralis*, dar și alți paraziti: *Uncinaria stenocephala*, *Bunostomum phlebotomum*, etc)

**Ciclu de viață al parazitilor:** oua neinfecțioase din fecale – pe sol umed, cald, nisipos – se diferențiază în larva rabditoidă (neinfecțioasă) – apoi în larva Strongiloidă (infecțioasă) care poate penetra pielea lezată sau sanatoasă unde se cantonează în epidermă.

Aspectul clinic: Leziuni lineare, eritematoase, serpiginoase, lungi de 3-4 cm și late de aprox. 3 mm, intens pruriginoasă care își schimbă aspectul (migrare intraepidermică, arie limitată). Atipic se pot întâlni vezicule, scuame, leziuni de grataj, impetiginizare. Cel mai frecvent se localizează pe dorsul picioarelor dar și în fesier, genunchi, mâini.

**Cazul1:** N.H., 59 ani, Voluntari (Ilfov), prezintă un traseu eritematos, serpiginos, pruriginos, la nivelul piciorului stâng, cu senzație de arsură locală la 6 zile după ce inițial a simțit o întepătură în timp ce lucra în grădina.

**Cazul2:** C.V., 47 ani, București prezintă un placard eritematos, pruriginos, cu multiple trasee serpiginoase, pe alocuri având cruste melicerice și scuame la nivelul genunchiului drept, cu evoluție de 2 săptămâni, când a tuns iarba în curte.

**Cazul3:** Z.I., 52 ani, București prezintă placarde eritematoase, pruriginoase, presarate cu multiple vezicule și pustule și un traseu serpiginos la nivelul feselor, după 10 zile după ce a fost la pădure (Cernica). Diagnosticul se pune pe aspectul clinic însă biologic se poate înregistra eozinofilie, Ig E crescute. Histopatologic: din zona papulară (de avansare) se poate pune în evidență (foarte rar) larva strongiloidă (PAS pozitivă).

Evoluția este autolimitată însă durează de la 4 săptămâni la câteva luni (în funcție de parazit) și creează disconfort prin prurit intens și aspect estetic, pe lângă potențialul de suprainfecție.

**Tratamentul:** Thiabendazol, Ivermectina – neomologate

in Romania. Albendazol po 400 mg x 2/zi, 5 zile. Topic: thiabendazol/albendazol 10 % crema in pansament ocluziv cu vindecare in 1 saptamana. Poate ramane hiperpigmentare postinflamatorie.

**Concluzii:** Aceasta afectiune este rara pentru zona noastra insa datorita libertatii si accesibilitatii de a calatori in lume, aceasta va deveni tot mai frecventa. Persoanele care calatoresc si posesorii de animale ar trebui sa cunoasca si sa recunoasca aceasta conditie.

### P 13

#### REAȚII ALERGICE DE CONTACT MULTIPLE LA UN PACIENT ATOPIC

Roxana Homolka<sup>2</sup>, Persa Ghitulescu<sup>1</sup>, Lavinia Oros<sup>2</sup>, Miriam Jumanca<sup>2</sup>, D. Teodorescu Branzeu<sup>2</sup>, V. Feier<sup>2</sup>

1. Clinica de Dermato-Venerologie Timisoara

2. Universitatea de Medicina si Farmacie "Victor Babes" Timisoara

**Introducere și obiective:** Dermita de contact (DC) este o afectiune cutanată inflamatorie aparuta după contactul pielii cu anumite alergene. Dermita alergică de contact poate să apară la orice vârstă, dar este mai frecventă la femei cu vârstă medie. Este cea mai răspândită boală profesională. Autorii propun prezentarea unui caz de DC la o femeie in varsta de 30 ani care a efectuat teste epicutanate cu trusa standard europeana si a prezentat o reactie alergica la multiple alergene.

**Metoda:** Pacienta se prezinta pentru leziuni eritemato-scuamoase, intens pruriginoase la nivelul pielii parvoase a capului, aparute dupa vopsitul parului. Din istoric retinem numeroase episoade de aparitie de leziuni eritemato-pruriginoase la nivelul membrelor, precum si un episod de astm bronsic, remis sub tratament cu bronhodilatatoare si corticosteroizi inhalatori, pe care pacienta il asociaza cu sursa de apa si mucegaiul din locuinta veche. Afirmativ leziunile au disparut dupa incetarea expunerii. Antecedentele heredocolaterale arata ca in familie exista persoane cu astm (bunica si un verisor), iar tatal prezinta urticarie cronica. Pacienta este fumatoare, lucreaza cu obiecte de birotica de 8 ani, prezinta plombe dentare metalice, iar la contactul cu aliaje metalice (catarama, gablonturi, capse, fermoare) apar leziuni la locul de contact. La nivelul omoplatului drept exista un tatuaj efectuat in urma cu 10 ani.

Dupa testarea epicutanata se observa o reactie alergica la parafenilendiamina, precum si la cobalt si nichel.

**Rezultate:** Dermita de contact alergica reprezinta reactia pielii la un alergen la care pacientul a fost sensibilizat anterior. In mod normal pielea nu reactioneaza la prima expunere, primele semne si simptome apar la cea de-a doua expunere sau dupa mai multe expuneri de-a lungul anilor. Pacientii atopici prezinta un risc crescut de a dezvolta alergii la diferite substante si se recomanda dispensarizarea pacientilor. Pacienta noastra a fost expusa la variate surse de sensibilizare: fumul de tigara, bijuterii nichelate, tatuajul, plombe dentare vechi,

vopseaua de par. Tatuajele permanente se fac prin injectarea în derm a unei varietăți de vopsele, cu pigmentul pe bază de metale (mercur, crom și cobalt) sau cu parafenilendiamina.

**Concluzii:** La pacientii atopici se impune un traseu extins de elucidare a factorilor alergici potential incriminati, atat a alergenelor de contact, cat si a alergenelor alimentare si pneumoalergenelor. Alergia la cobalt se cunoaște că este asociată destul de frecvent cu cea la nichel, dacă se efectuează o departajare a rezultatelor pozitive la cobalt, de cele la nichel și la crom, se observă o incidență destul de rară. In cazul pacientilor cu potential plurialergic se impune o ancheta alergologica atenta, tratamentul trebuie sa fie personalizat in functie de substanta declansatoare, severitatea simptomelor, varsta si conditia medicala a bolnavului. Acesta include: evitarea contactului cu substanta incriminata, antihistaminice și topice cortizonice. In cazul reactiilor severe extinse poate fi necesara corticoterapia sistemica cu prednison de scurta durata, dar singura masura eficienta de tratament este evitarea substantelor responsabile de dermatita de contact.

### P 14

#### DERMATITA DE CONTACT LA PROPOLIS

Floarea Sărac, Cristina Călin, Kovaci Denisa, Alin Meseșan  
Facultatea de Medicină și Farmacie  
Clinica Dermatologie

Propolisul este un produs natural format din substanțe rășinoase culese de albine de pe mugurii plantelor și prelucrat de către acestea. El conține o cantitate apreciabilă de ceară, rășini, uleiuri eterice, fiind folosit de albine ca material de construcție și dezinfectant al stupului.

Propolisul este recoltat de la diferite plante și în acest caz este multipliant, polifit sau poligen. De aceea contactul cu pielea în diferite forme farmaceutice este foarte alergizant.

**Material și metodă:** Studiul nostru s-a desfășurat pe o perioadă de 3 ani (2005-2008) cuprinzând toate cazurile de afecțiuni internate sau tratate în ambulatorul și secția Dermatologie a Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, care au avut ca agent patogen contactul pielii cu propolis.

**Rezultate:** Studiul a cuprins 18 cazuri suferind de diverse forme de dermatită de contact începând de la forme acute iritative până la forme de prurigo sau diverse forme de prurit. Lotul studiat a cuprins 10 femei și 8 bărbați, cu vârste cuprinse între 18 și 74 ani care și-au aplicat propolis pe diferite regiuni topografice pentru afecțiuni cutanate, reumatice, neurologice sau acesta a fost administrat per os pentru diverse acuze generale (astenție, fatigabilitate etc.).

*Tratamentul a fost clasic:* îndepărtarea alergenului, corticoizi local și general, antihistaminice, comprese astringente, cu evoluție bună în 7-10 zile.

*Concluzii:* Propolisul este un produs foarte alergizant și aplicat pe piele în diferite forme farmaceutice (loțiuni, creme, unguente) dau dermite de contact extinse, frecvent sensibilizare la distanță și generalizare în cazurile în care se administrează pe cale generală la o persoană sensibilizată.

P 15

**FITOFOTODERMATOZA**

Andreea Popescu, Smaranda Cristina Nica, Andra Cristea, Cristina Tibirna, Adina Dobritoiu, Rozalia Olsavszky  
Clinica I Dermatovenerologie, Spitalul Colentina, Bucuresti

Fitofotodermatoza este declansata de contactul dintre un agent fotosensibilizant (furocumarine din plante) la nivel cutanat cu radiatii UVA. Poate apare la orice individ expus la o cantitate suficienta de agent exogen, fara sa necesite sensibilizare anterioara. Doua familii de plante sunt cel mai frecvent implicate in etiologie: Apiaceae si Rutaceae. Se manifesta clinic prin leziuni eritematoase de forme bizare care se vindeca cu hiperpigmentare reziduala, ce poate persista saptamaniluni de zile. Localizarea acestor leziuni este in zonele fotoexpuse. Diagnosticul este clinic, iar tratamentul este mai mult preventiv prin evitarea agentului cauzant si consilierea pacientului pentru a recunoaste eventuale plante care ii pot provoca aceasta reactie.

În lucrarea de fata prezentam cazul unui baiat de 6 ani cu leziuni brun-cafenii, cu traiect linear la nivelul gatului si antebraelor, nepruriginoase, care au aparut la 2 zile dupa o excursie la padure. Mentionam de asemenea cazul unei paciente de 45 de ani care s-a prezentat cu papule si placi eritematoase de forme variate aparute dupa expunerea la soare in timpul gradinaritului. Cel mai probabil, in aceasta situatie, cauza a fost un agent sensibilizant din plante din familia Fabaceae (patrunjel, telina, pastarnac, fasole, mazare) pe care aceasta le-a plantat in gradina.

În concluzie, apare cu precadere la agricultori, la indivizi ce se ocupa de gradinarit, dar s-au semnalat si cazuri la barmani care prepara in aer liber bauturi cu lime stors in mana. E o patologie autolimitanta, care se rezolva o data cu indepartarea agentului etiologic si educarea corespunzatoare a pacientului pentru evitarea in viitor a plantelor ce ii pot produce astfel de reactii.

**PHYTOPHOTODERMATITIS**

Implies an inflammatory reaction caused by the combination of a photosensitizing agent followed by exposure to UVA radiation. There is no need for prior sensitization and anybody can be affected. Members of two plants are most common causes of

phytophotodermatitis: Apiaceae and Rutaceae. The clinical features are bizarre configurations of erythema which heal with residual hyperpigmentation. These lesions are distributed in photoexposed areas. Prevention is the best treatment and known furocoumarin-containing plants should be avoided. A six-year-old child presented with brown linear lesions on the lateral neck and both forearms, with no pruritus, which appeared two days after a forest trip. The second case was a 45 year old woman, who presented with erythematous papules and plaques which popped after gardening on a shiny day. Most probable, in this situation, the cause was one plant from Fabaceae family (celery, parsnip, beans, parsley).

In conclusion, it appears predominantly in farmers, people dealing with fruit and vegetable processing, with gardening but there were reported cases of bartenders with this kind of lesions after squeezing lime juices for cocktails. It is perfectly curable after removal of the causing agent and proper education of the patient to avoid contact with furocoumarin-containing plants.

P 16

**ERITEMUL PELAGROID**

Smaranda Nica, Adina Dobritoiu, Andreea Popescu, Andra Muscalu, Cristina Tibirna, Rozalia Olsavszky  
Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

Pelagra este o boala cauzata de o dieta deficitara sau de incapacitatea organismului de a absorbi, fie (vitamina B3), fie. Vitamina B3 (niacina/acidul nicotinic) reprezinta precursorul a doua dintre cele mai importante enzime ale celulelor vii, implicate in reactii redox: NAD (nicotinamid adenin dinucleotid) si NADP (nicotinamid adenin dinucleotid fosfat). Datorita faptului ca toate tesuturile sunt afectate, in cazul deficitului de niacina clinica este diversa, insa caracteristica este "triada celor trei D": dermatita, dementa si diaree. Dermatita (eritemul pelagroid) apare datorita fotosensibilizarii cutanate in urma deficitului vitaminic si este primul semn al acestuia la cei cu pelagra. Din punct de vedere clinic apar eritem si descuamare superficiala, de regula simetrice, localizate pe zonele expuse la lumina, caldura, presiune si frictiune, asemanatoare clinic cu eritemul solar, dar care se remit lasand pielea cu o coloratie brun-roscata sau violacee, textura pergamentoasa si scuame fine ce se descuameaza in centru, lasand un guleras periferic. Dermatita se localizeaza frecvent pe fata, gat (colierul Casal), fata dorsala a antebraelor, mainilor si pe membrele inferioare, distal de maleole, dar poate aparea si in alte localizari cutanate, dar si mucoase. Diagnosticul diferential al dermatitei este unul vast, cuprinzand porfirie (cutanata tardiva, eritropoetica), dermatita de contact, dermatita atopica, eruptia polimorfa la lumina, eruptii postmedicamentoase, sindromul Hartnup etc. Tratamentul este administrarea de Niacinamida (nicotinamida) 100-300mg/zi po sau rezolvarea cauzei de malabsorbție.

## P 17

**MASTOCITOZA CUTANATĂ MACULO-PAPULOASĂ  
TIPUL ADULTULUI – 3 cazuri clinice**

Alina M. Maxim, Virginia Chițu, Dorina Giurcăneanu,  
Florica Stăniceanu, Sabina Zurac,  
Iuliana Marcu, Alina E. Cipi, Roxana Tănase.

Mastocitoza este o afecțiune rară ce se caracterizează prin acumularea de mastocite în tegument, în tractul gastro-intestinal și în măduva osoasă. Acest proces este consecința unei mutații la nivelul protooncogenei c-kit implicată în codificarea receptorului CD117 (KIT) de pe suprafața mastocitelor, receptor ce leagă factorul de creștere al mastocitelor. Conform datelor din literatură în multe cazuri de mastocitoză apărute la adult are loc o proliferare neoplazică a mastocitelor, cu o mutație la nivelul codonului 816 al genei c-kit.

Urticaria pigmentoasă poate afecta adultul cu vârsta între 20 și 40 de ani. Erupția este localizată în principal pe trunchi și poate pune cel puțin la debut probleme de diagnostic diferențial cu urticaria asociată cu fenomene de anafilaxie, cu lichenul plan, etc. Pacienții prezintă dermatografism și semnul Darier. Nu există o corelație directă între intensitatea leziunilor cutanate maculo-papuloase și intensitatea manifestărilor de tip anafilactic ce pot apare. Imaginea histopatologică demonstrează o creștere de până la 15 ori normalul a numărului de mastocite, iar colorația cu albastru de toluidină evidențiază granulele metacromatice din mastocite. Pacienții cu mastocitoză pot avea creșteri importante și persistente ale triptazei serice. În această lucrare ne propunem să prezentăm 3 cazuri de urticarie pigmentoasă apărute la adult, cu aspecte clinice diferite, cu probleme de diagnostic care uneori au întârziat diagnosticul cu ani de zile, alterând mult calitatea vieții acestor pacienți.

## P 18

**ERITEMUL POLIMORF**

Clătici V., Andreea Constantin, Radu Beatrice, Oana Bozdog,  
Liliana Diaconu, Cristina Medeleian, C. Giurcăneanu

**Introducere:** Eritemul polimorf reprezintă o reacție de hipersensibilitate, autolimitată și recurentă secundară unei infecții (HSV, Mycoplasma) sau declansată de medicamente. Există două forme de eritem polimorf: minor (cu afectare predominant cutanată) și major (afectare cutaneo-mucoasă)

**Prezentarea cazului:** Pacienta în vârstă de 17 ani, fără antecedente medico-chirurgicale semnificative, s-a prezentat pentru apariția unor multiple leziuni palmo-plantare în evoluție de aproximativ 1 lună. Aspectul polimorf al leziunilor: leziuni în cocarda, leziuni erozive

și leziuni veziculo-buloase, sugerează diagnosticul de eritem polimorf minor recurent. Primele leziuni de acest gen au apărut un an cu 7 ani, și până în prezent evoluția a fost ondulantă cu remisiuni și recaderi. În cursul internării am efectuat biopsie cutanată și depistarea antigenelor herpetice prin IFD

**Concluzie:** Relația dintre HSV și EP a fost frecvent descrisă de mulți autori, considerând EP ca un răspuns la infecție cu HSV. Particularitatea cazului constă în afectarea calității vieții prin impotenta funcțională de la nivelul membrelor inferioare, secundară leziunilor cutanate.

## P 19

**LUPUS ERITEMATOS CUTANAT  
POSTMEDICAMENTOS (SECȚIUNEA POSTER)**

Anca Teodor, Alina Marin, Mihaela Cristina Niculescu

**Introducere:** Lupusul eritematos poate fi indus sau exacerbă de anumite clase de medicamente, erupția poate avea aspect de rash sau plăci eritemato-scuamoase pe zonele fotoexpușe, nu lasă cicatrici.

**Prezentare caz:** Pacienta în vârstă de 76 ani, recent diagnosticată cu cancer de colon pt care s-a practicat rezecție chirurgicală, a primit tratament postoperator cu capecitabina (Xeloda®) cu indicație pentru metastaze loco-regionale mezenterice. La aproximativ 2 luni de la inițierea tratamentului pacienta a dezvoltat o erupție de tip rash pe zone fotoexpușe (regiune malara bilateral, decolteu). La evaluarea paraclinică s-au detectat: anticorpi antinucleari, anticorpi anti SSb(La), anticorpi anti SSa(Ro). Având în vedere particularitățile clinice și biologice diagnosticul a fost de lupus eritematos cutanat postmedicamentos (capecitabina), s-a întrerupt tratamentul cu evoluție favorabilă atât a erupției cât și a anticorpilor.

**Concluzii:** Aspectul clinic, prezenta anticorpilor specifici și evoluția rapid favorabilă la întreruperea tratamentului cu capecitabina (remisiune completă la 2 luni) susțin diagnosticul de lupus eritematos cutanat postmedicamentos indus de capecitabina. În literatura de specialitate nu sunt publicate alte cazuri de lupus indus de capecitabina.

**Referințe:**

1. "Lupus Erythematosus, Drug-Induced: Catharine Lisa Kauffman, MD, FACP, Georgetown Dermatology and Georgetown Dermopath
2. Fluorouracil Toxicity and DPYD: Maurie Markman, MD,, Vice President for Clinical Research, Professor of Cancer Medicine, University of Texas M D Anderson Cancer Center
3. Harrison principles of internal medicine 16th edition, chapter 312 Systemic lupus erythematosus pg 2063;



P 20

**ALOPECIA CICATRICIALĂ CA PRIM MARKER  
CUTANAT ÎNTR-UN CAZ DE LUPUS ERITEMATOS  
CRONIC (P)**

Ilarie Brihan, Denisa Kovacs, Constanța Turda, Floarea Sărac,  
Simona Frățilă  
Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

Lupsul eritematos este o boală de cauză necunoscută produsă prin mecanisme autoimune ce afectează atât pielea, cât și organele interne. Implicarea pielii păroase a capului în evoluția LEC poate fi extrem de severă, cu leziuni atrofile extinse, ducând la alopecie cicatricială definitivă.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 22 ani, care se prezintă cu plăci alopecice atrofo-cicatriciale extinse, ce afectează regiunea fronto-parietală. Examenul clinic, coroborat cu datele paraclinice, denotă relații normale. Se practică biopsie chirurgicală la nivelul scalpului, urmată de examen histo-patologic care stabilește diagnosticul de lupus eritematos cronic. În pofida tratamentului instituit cu hidroxiclorochină și metilprednisolon și a tratamentului topic, evoluția este nefavorabilă.

**Concluzii:** Examenul histopatologic în alopeciile cicatriciale este esențial contribuind la precizarea cauzei alopeciei. Evoluția cronică a acestei afecțiuni și răspunsul negativ terapeutic duc la deteriorarea vieții pacientului cu implicații directe psiho-somatice într-o afecțiune cu puternic impact vizual.

P 21

**UN CAZ PARTICULAR DE SCLERODERMIE  
LOCALIZATĂ**

Mihaela Tovu, Adriana Teodorescu, Adriana Enache,  
Carmen Mitrache\*, Mircea Tampa, Simona-Roxana  
Georgescu, Irina Tudose  
Spital Clinic de Dermatologie "Prof.dr. Scarlat Longhin", Bucuresti  
\* Policlinica Humanitas, Bucuresti

Morfeea este o boala inflamatorie a dermului si grasimii subcutanate, care in final duce la o scleroza de tip cicatricial. Morfeea, sau sclerodermia localizata, difera de scleroza sistemica (sclerodermia) prin prezenta a diferite variante morfologice cutanate si absenta interesarii sistemice detectabile clinic. Exista trei forme majore de sclerodermie localizata: morfeea, morfeea generalizata si sclerodermia liniara. Morfeea si morfeea generalizata au debut lent si insidios si in mod tipic afecteaza trunchiul.

Prezentam cazul unei paciente de 56 de ani care vine in clinica pentru niste placi de acromie vitiligoida de aprox.

1/1 cm pe fetele anterioare ale articulatiilor radio-cubito-carpene simetric, urmate la circa 2 saptamani de aparitia, la extremitatea placilor vitiligoida, a unor placi pigmentare indurate, si ulterior de aparitia unor leziuni asemanatoare la nivelul genunchilor. Pacienta nu prezenta sindrom Raynaud, acrocianoza sau alte semne de scleroza sistemica.

Paraclinic pacienta a prezentat hiperglicemie (123 mg/dl), VSH crescut (24/50), FAN crescut, ac anti-SCL-70 pozitivi, CIC normale si ac anti-Borrelia negativi. Tranzitul baritat pentru esofag a fost in limite normale. S-a practicat examen histopatologic din zona scleroasa pigmentara, care a sustinut diagnosticul clinic.

Pacienta a urmat tratament timp de 1,5 luni cu Dermovate crema de 2 ori pe zi si 10 sedinte de UVA terapie, cu disparitia sclerozei si a pigmentarii doar la nivelul genunchilor si partial la nivelul mainilor, cu persistenta acromiei vitiligoida, fara extindere in alte zone.

In general morfeea are o distributie asimetrica, in timp ce in cazul prezentat leziunile au fost simetrice, atat la maini, cat si la genunchi. Debutul a fost atipic, cu placi de tip vitiligo, ce au precedat cu cateva saptamani placile de scleroza. Varsta de aparitie (56 ani) a fost diferita fata de datele din literatura (20-40 ani). Sclerodermia localizata nu se insoteste de prezenta anticorpilor anti-SCL-70, in timp ce pacienta noastra a avut un titru crescut. Toate aceste date impun o monitorizare atenta pentru depistarea la timp a unei determinari sistemice.

**A PARTICULAR CASE OF LOCALIZED  
SCLERODERMA**

Morphea is an inflammatory disease primarily of the dermis and subcutaneous fat, which ultimately leads to a scar-like sclerosis. Morphea, or localized scleroderma, differs from systemic sclerosis (scleroderma) by the presence of various cutaneous morphologic variants and the absence of clinically detectable systemic involvement. There are three main variants of localized scleroderma: morphea, generalized morphea and linear scleroderma.

We present the case of a 56 year old patient, who came to our clinic for a couple of vitiligo-like achromia plaques of 1/1 cm in diameter, symmetrically localized on the ventral sides of the wrists, followed after two weeks by the appearance, at the extremities of the vitiligo plaques, of some indurated pigmentary plaques, and subsequent by the appearance of some identical plaques on both knees. Our patient didn't present Raynaud's phenomenon, acrocyanosis or other systemic sclerosis signs.

Laboratory findings: hyperglycemia (123 mg/dl), high ESR (24/50), high DNA antibodies, positive anti-SCL-70 antibodies, normal CIC and negative anti-Borrelia antibodies. The x-ray image with barium was in normal limits. We performed a biopsy of the pigmentary sclerous plaque, which supported our clinical diagnose.

The patient followed treatment for 1,5 months with Dermovate cream 2 times per day and 10 series of UVA therapy, with the disappearing of the sclerosis and pigmentation only in knees and partially in wrists, with the persistence of vitiligo-like achromia and without extension in other areas.

Generally, morphea has an asymmetric distribution, while in our patient the lesions were symmetric, both in knees and in wrists. The onset was atypical, with vitiligo-like plaques who preceded by a couple of weeks the sclerosis plaques. The age of debut (56 year old) is different from the information we have from medical literature. Localized scleroderma doesn't associate with the presence of anti-SCL-70 antibodies, while in our patient we found a high titre. All these findings impose a close follow-up for an early surprise of an eventual systemic involvement.

## P 22

**MORFEEA GENERALIZATĂ - CAZ CLINIC**

Conf. Brănișteanu Daciana, Zlei Irina, Bitire Georgeta, Ghelțu Georgiana,  
Clinica Dermatologică, Spital Clinic de Urgențe "Sf.Spiridon" Iași

Sclerodermia este o afecțiune a țesutului conjunctiv de cauză necunoscută și cu mecanism autoimun, caracterizată printr-o fibroză pronunțată a dermului și atrofie epidermică, asociată sau nu cu atingeri viscerale. Morfeea generalizată este o formă particulară de sclerodermie localizată, ce prezintă plăci tipice de sclerodermie, răspândite pe toată suprafața corpului, ocupând toracele, sânii, abdomenul, fesele și coapsele, mai rar brațele, mâinile, gambel, capul. Evoluția morfeei generalizată este bună, boala devenind cel mai adesea inactivă în 3-5 ani, lăsând o pigmentație și o ușoară atrofie.

Descriem cazul unui pacient, în vârstă de 73 ani, diagnosticat în octombrie 2009 cu morfeea generalizată, confirmată anatomopatologic la aceeași dată, cu serologie pozitivă pentru *Borellia burgdorferi*, pentru care a urmat tratament cu Doxiciclina timp de 3 luni, cu negativarea serologiei în februarie 2010, aflat în prezent sub tratament imunosupresor.

Examenul clinic obiectiv a evidențiat plăci eritemato-violacee, infiltrate, cu suprafața netedă și strălucitoare, localizate la nivelul trunchiului, membrilor superioare și inferioare, unele leziuni de la nivelul abdomenului prezentând o colorație gălbui ceroasă, aderența de planurile profunde nepermițând formarea de pliuri și leziuni hiperpigmentate reziduale.

Întrucât la primele internări s-au obiectivat valori crescute ale anticorpilor antinucleari și ale imunogramei, dată fiind agresivitatea și extinderea leziunilor cutanate (prinderea a 3 regiuni anatomice), prezența infiltrației tegumentare în pelerină, a fenomenului Raynaud, s-a

ridicat suspiciunea unei sclerodermii sistemice, inițindu-se tratament etapizat cu corticoizi sistemici, antipaludice de sinteză și imunosupresoare, cu evoluție favorabilă.

Particularitatea cazului constă în prezența în antecedente a serologiei pozitive pentru *Borellia burgdorferi* și faptul că în ciuda agresivității și a extinderii leziunilor, acestea au răspuns favorabil la tratament.

## P 23

**VASCULOPATIA LIVEDOIDĂ– Prezentare de caz**

Anca Teodor, Mihaela C. Niculescu, Alina Marin,  
Florica Stăniceanu  
Spitalul Clinic Colentina – Clinica II Dermatologie

**Introducere:** Vasculopatia livedoidă sau sindromul PURPLE (painful purpuric ulcers with reticular pattern of the lower extremities), se caracterizează prin apariția de ulceratii la nivelul membrelor inferioare, bilateral; boala apare în special la sexul feminin, la vârste medii. După vindecarea leziunilor, rămân cicatrici albe, "de porțelan", atrofice (atrofie blanche), înconjurate de telangiectazii.

Etiologia bolii este încă incertă, dar s-a observat că se pot asocia patologii procoagulante, care duc la formare de trombi de fibrină în lumenul vaselor sangvine superficiale.

**Caz clinic:** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 33 de ani, care dezvoltă de la vârsta de 16 ani placarde ulcerative, dureroase, localizate la nivel perimaleolar bilateral, a căror evoluție a fost cronică, cu perioade de remisiune (sub tratament simptomatic) și perioade de reactivare.

În momentul internării actuale, examenul clinic obiectiv a evidențiat prezența de ulceratii insulare, acoperite de detritusuri celulare și depozite fibrinoase, perimaleolar drept; cicatrici multiple, atrofice, localizate perimaleolar stâng; livedo reticularis bilateral, la nivelul fețelor dorsale și mediale ale picioarelor.

Examenul histopatologic a evidențiat prezența unui marcat infiltrat inflamator neutrofilic, dermic, perivascular și interstițial; necroza epidermului cu clivaj sub și intraepidermic; tromboze recente vasculare capilare; necroza peretelui vascular.

Evoluția leziunilor a fost favorabilă sub tratament topic cu epitelizante și sistemic cu antiagregante plachetare, vasodilatatoare periferice, antitrombotice.

**Concluzii:** Vasculopatia livedoidă reprezintă o afecțiune rar întâlnită, iar diagnosticul este stabilit prin excluderea altor patologii (SAFL, LES, Crioglobulinemie) și prin corelarea datelor obținute din anamneză și examen histopatologic.

P 24

**ERYTHEMA ELEVATUM ET DIUTINUM  
– PREZENTARE DE CAZ**

Elena Chiticariu, Cristina Stanescu, Loredana Barbu,  
Daciana Kashfi, Daniela Radivoi  
Clinica de Dermatologie, Spitalul Clinic Municipal Timișoara

Erythema elevatum et diutinum este un tip rar de vasculita leucocitoclastica, de etiologie necunoscuta, caracterizata prin papule, placi sau noduli localizati simetric la nivelul suprafetelor extensoare ale membrelor. Patogenia este necunoscuta dar se presupune ca este o vasculita formata prin complexe imune. Au fost incriminati mai multi factori (infectii streptococice, infectii virale, boli reumatologice, lupus eritematos, limfoame cu celule B). In ultimii ani s-a sugerat ca bolile hematologice sunt cel mai frecvent asociate cu aceasta afectiune dar nu s-a putut stabili o concluzie definitiva pana in acest moment.

Prezentam cazul unui pacient in varsta de 68 ani care s-a prezentat in clinica noastra prezentand multiple papule si placi eritemato-violacee, infiltrate, asimptomatice, localizate la nivelul antebratelor si membrelor inferioare, cu evolutie progresiva de aproximativ un an. Determinarile de laborator uzuale au fost in limite normale, cu exceptia unei neutrofilii de 90 % in formula leucocitara. ASLO = 100 UI. Exudat faringian – negativ. Serologia pentru VHB, VHC a fost negativa.

Biopsia unei placi eritematoase de la nivelul antebratului a pus in evidenta vasculita leucocitoclastica, necroza fibrionoida si un infiltrat perivascular bogat in polimorfonucleare neutrofile la nivelul dermului. Diagnosticul s-a stabilit pe baza aspectelor clinice si histopatologice corelate cu neutrofilia din sangele periferic.

S-a initiat tratamentul cu Disulone 100 mg/zi.

Am prezentat acest caz deoarece Erythema elevatum et diutinum este o afectiune rara, cronica, dificil de tratat si neelucidata din punct de vedere fiziopatologic si etiologic. Deoarece diferite studii indica asocierea cu inflamatiei sau boli maligne sistemice este necesara o urmarire atenta pe termen lung a pacientului.

**Bibliografie:**

- Grabbe J, Haas N, Moller A. Erythema Elevatum Diutinum - evidence for disease-dependent leucocyte alterations and response to dapsone. *Br J Dermatol.* Aug 2000; 143 (2): 415-20.
- Yiannias JA, El-Azhary RA, Gibson LE. Erythema Elevatum Diutinum: A clinical and histopathologic study of 13 patients. *J Am Acad Dermatol* 1992; 26: 38-44.
- Wilkinson SM, English JSC, Smith NP.: A clinico-pathological study. *Clin Exp Dermatol.* 1992; 17: 87-93.
- Katz SI, Gallin JI, Hertz KC. Erythema Elevatum Diutinum: skin and systemic manifestations, immunologic studies, and successful treatment with dapsone. *Medicine (Baltimore).* 1977; 56: 443-455.

P 25

**PYODERMA GANGRENOSUM  
– FORMA ULCERATIVĂ**

Drăgună Daniil, Partenie Cornelia, Belmega Călin  
Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani

Pyoderma gangrenosum este dermatoză neutrofilică cu patogenie puțin cunoscută ce asociază distrugerii cutanate importante.

În literatură se descriu mai multe forme de pyoderma gangrenosum: forma clasică ulcerativă, forma buloasă, vegetantă, superficială granulomatoasă, pyoderma gangrenosum genitală, pyoderma gangrenosum la copiii etc.

Această afectiune cutanată adesea se asociază cu alte afecțiuni sistemice: Boala Crohn, rectocolita ulcero-hemoragică, poliartrita reumatoidă, afecțiuni hematologice, boli de colagen, neoplazii etc.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 65 de ani cu o leziune ulcerată extinsă la nivelul feței posterioare a coapsei drepte. Leziunea cu diametru de aprox. 10 cm era extrem de dureroasă. Pacienta cunoscută și cu boala Crohn a mai prezentat în urmă cu câțiva ani leziuni cutanate asemănătoare la nivelul gambei drepte, leziuni care s-au vindecat greu cu cicatrici și hiperpigmentare reziduală.

Sub tratament local cu dermatocorticoizi, pansamente hidrocoloide și corticoterapie sistemică leziunea s-a vindecat greu după aproximativ 6 săptămâni.

P 26

**PYODERMA GANGRENOSUM  
– FORMA SUPERFICIALĂ GRANULOMATOASĂ**

Belmega Călin, Drăgună Daniil, Partenie Cornelia  
Spitalul Județean de Urgență „Sf. Pantelimon” Focșani

Pyoderma gangrenosum superficială și granulomatoasă, descrisă pentru prima dată de Wilson-Jones and Winkelmann reprezintă o variantă rară a formei clasice de pyoderma gangrenosum.

Această formă superficială diferă de forma clasică printr-o evolutie clinică a leziunilor ulcerate mai puțin agresivă, având un prognostic mai bun precum și prin prezența din punct de vedere histologic a unui infiltrat granulomatos.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 43 de ani cu numeroase leziuni ulcerate nedureroase cu diametre de 3-5 cm localizate in regiunea fesieră și pe fața posterioară a coapselor. Leziunile au debutat sub forma unor furuncule care în decurs de 2 săptămâni au ulcerat, ulterior având o extindere centrifugă.

Examele bacteriologice, micologice efectuate de la nivelul ulcerațiilor au fost negative.

Investigațiile paraclinice efectuate nu au evidențiat alte afecțiuni asociate.

Sub corticoterapie (Prednison 40mg/zi) și terapie locală suportivă ulcerările cutanate s-au închis în aproximativ 4 săptămâni fără cicatrici reziduale.

Nu s-au constatat recăderi la reevaluarea pacientei după 10 săptămâni.

P 27

### PYODERMA GANGRENOSUM ASOCIAT CU SINDROM MIELODISPLAZIC

Corina Bud, Floarea Sărac, Marilena Bonta  
Universitatea din Oradea

Pyoderma gangrenosum este o dermatoză neutrofilică, non-infecțioasă, de etiologie necunoscută. Se asociază adesea cu boli inflamatorii intestinale, artrita reumatoidă, afecțiuni hematologice și cancer.

Prezentăm cazul unui pacient de 59 ani, aflat în evidența clinicii noastre de peste 1 an cu pyoderma gangrenosum și sindrom mielodisplazic, aplazie medulară și anemie secundară severă. Afectarea cutanată debutează după traume locale iar ulterior spontan la nivelul membrelor, cu leziuni necrotice, bule hemoragice și ulceratii secundare dureroase.

Examenul histopatologic este nespecific, evidențiind un bogat infiltrat neutrofilic cu formare de abcese și necroza epidermului supraiacent, fiind util pentru excluderea altor etiologii.

Atitudinea terapeutică a constat în administrare de Prednison 30 mg/zi, antibioterapie, analgice și transfuzii de sânge cu evoluție favorabilă, spectaculoasă. După un an de la diagnosticare prezintă o nouă leziune cutanată care se remite sub corticoterapie. Pacientul este acum în evidența departamentului de Hematologie. Cu toate că pyoderma gangrenosum este o afecțiune cutanată asociată cu o boală sistemică și că evoluția ei este în majoritatea cazurilor favorabilă sub tratament imunosupresoare, imunoglobuline sau plasmafereza, ea depinde de boala sistemică.

P 28

### ULCERAȚII ȘI LEZIUNI ERITEMA NODOSUM-LIKE ÎN ARTERITA TAKAYASU

Claudia Artenie<sup>1</sup>, Irina Atudorei<sup>1</sup>, Irina Mihaila<sup>1</sup>, Anca Zbranca<sup>1,2</sup>

1 . "Roderma " Iasi, Romania

2 . Profesor - U.M.F."Gr.T.Popa " Iasi, Romania

Introducere: Arterita Takayasu este o arterită a aortei și a ramurilor sale. Este o vasculită a vaselor mari, tabloul

clinic fiind datorat obliterării arterelor brahiocefalice, carotide și subclaviculare. Afectarea cutanată este prezentă la aproximativ 10% din cazuri.

**Metoda:** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 42 ani, diagnosticată cu arterita Takayasu de 13 ani, care se prezintă pentru noduli dermo-hipodermici de tip inflamator izolați și confluați, ce ocupă jumătatea inferioară a gambei stângi aparute în urma cu 30 zile. Declara debutul leziunilor a aproximativ 3 luni, fără a urma vreun tratament. Examenul histopatologic decelează o panarterită cu infiltrat inflamator.

Antecedentele heredo-colaterale sunt nesemnificative. Antecedentele personale patologice sunt derivate din boala de bază: Insuficiența aortică gradul III-IV, Fibrilație ventriculară resuscitată, Ocluzie arteră subclaviculară stângă și stenoza de arteră subclaviculară dreaptă, stenoza arteră carotidă comună stângă, Ateromatoză aortică, Cardiopatie hipertensivă, angina pectorală de efort - fără leziuni coronariene semnificative, Insuficiență cardiacă cronică clasa II NYHA, Anemie normocromă normocitară.

**Rezultate:** Investigațiile paraclinice decelează: anemie normocromă normocitară, leucocitoză cu neutrofilie; proteinele de fază acută sunt crescute; exudatul faringian și nazal sunt negative. Testele serologice pentru sifilis (RPR, TPHA) sunt negative. De asemenea, IDR la tuberculina este negativă și radiografia pulmonară este normală. Examenul histopatologic evidențiază o inflamație granulomatoasă. Se inițiază tratamentul cu antiinflamatorii nesteroidice, flebotrofice și local cu dermatocorticoizi cu potență mare. După 4 săptămâni de tratament a persistat un singur nodul care s-a ulcerat. Examenul bacteriologic din ulceratie decelează prezența stafilococului patogen sensibil la fluorochinolone. Sub tratament cu antibiotic sistemic, pansamente hidrocoloide, evoluția este favorabilă, cu închiderea ulceratiei. **Concluzii:** Arterita Takayasu (sin. Boala femeilor fără puls, boala Martorell) este o boală rară, mai frecvent întâlnită la sexul feminin. Frecvent, tratamentul acestei vasculite include prednisolon, ciclofosfamida. Istoricul afecțiunilor cardio-vasculare cu risc vital au contraindicat tratamentul cu prednison.

### ULCERATIONS AND ERYTHEMA NODOSUM-LIKE LESIONS ON TAKAYASU ARTERITIS

**Aims:** Takayasu arteritis (pulseless disease) is an arteritis of the aorta and its main branches. Also it is a large vessel vasculitis, clinical findings arising from the obliteration of the brachiocephalic, carotid and subclavian arteries. Cutaneous findings are limited (about 10%).

**Methods:** A 42-years-old woman with a history of Takayasu arteritis for 13 years, presented with erythema nodosum-like lesions on the left lower leg for 30 days. Histopathology shows a panarteritic inflammation with lymphocytic infiltrate. From her past history we kept in mind the next diagnosis: insufficiency aortic class 3-4, fibrillation ventricular resuscitated, occlusion subclavian

left arteria, stenosis subclavian right arteria, stenosis carotid common left arteria, cardiopathy hypertensive, normochromic normocytic anaemia.

**Results:** Laboratory findings revealed a normochromic normocytic anaemia, leukocytosis with neutrophilia; the acute phase proteins are increased; throat and nasal swab are negatives. Serological tests for syphilis (RPR, TPHA) are negatives. Also we find a negative reaction to tuberculin and none modification of lung transparency on radiography. Pathology reveals a granulomatous inflammation. We started the treatment with non-steroidal anti-inflammatory, phlebotonics and super potent steroids topically. After 4 weeks of treatment remain just one nodule who became ulcerated. Bacteriological exam from ulceration revealed Staphylococcus, sensitive on fluoroquinolones. Under oral antibiotics and hydrocolloidal dressings ulceration is closed.

**Conclusion:** Takayasu arteritis is a rare disease, who affects young woman. Etiology is unknown. Usually, for this vasculitis the treatment includes prednisolon, ciclofosfamida. The cardiovascular disease with vital risk contraindicated the treatment with prednisone.

## P 29

### STUDIUL DEMINERALIZĂRII OSOASE LA PACIENȚII CU PSORIAZIS ARTROPATIC (P)

Ilarie Brihan

Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

Modificarea densității minerale osoase în psoriazisul artropatic a rămas și astăzi o problemă larg dezbătută, constituind sursa unor controverse medicale. Există puține studii privind manifestarea osteopeniei generalizate și osteoporozei în psoriazisul artropatic. Absorbțimetria bifotonică cu raze X – DEXA – este cea mai modernă și general acceptată metodă. În 1994, OMS a stabilit valorile DMO măsurate cu metoda DEXA ce caracterizează diagnosticul și severitatea osteoporozei, având la bază scorul T: densitate minerală osoasă normală: scor T > -1; osteopenie - 2.5 < T < -1; osteoporoză – scor T < -2.5; osteoporoză confirmată - scor T < -2.5 + fractură.

Lotul de pacienți luați în studiu a cuprins 72 de pacienți: 36 – cu diverse forme de psoriazis artropatic și 36 indivizi sănătoși împărțiți în mod egal după criteriul de vârstă, sex și status al menopauzei.

Determinarea densității minerale osoase prin absorbțimetria bifotonică DEXA a arătat, la lotul de pacienți cu psoriazis artropatic, prezența osteopeniei în proporție de 75% și absența osteoporozei, fără a exista corelații cu sexul, vârstă și statusul menopauzei.

## P 30

### ROLUL AFECTĂRII UNGHIALE ÎN PSORIAZISUL ARTROPATIC (P)

Ilarie Brihan

Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

**Introducere:** Psoriazisul unghial complică mai ales psoriazisul degetelor, psoriazisul artropatic al extremităților, marele psoriazis eritrodermic. El constituie un criteriu important pentru a autentifica un psoriazis discret sau atipic fiind, câteodată, semnul inaugural al bolii. Afectarea unghiilor este prezentă în aproximativ 50% dintre bolnavii cu psoriazis și poate atinge chiar 80% la bolnavii cu psoriazis artropatic. **Material și metodă:** Studiul s-a efectuat pe un număr de 82 de bolnavi, internați în Clinica de Dermatovenerologie, Oradea, în perioada 2002 – 2010, prezentând psoriazis artropatic.

**Rezultate:** Din totalul pacienților aflați în studiu, 70.73% au prezentat forme severe de psoriazis. Afectarea unghială am întâlnit-o în proporție de 84.4%. Cele mai frecvente modificări au fost: fragilitatea unghiilor – 75.36%, hiperkeratoza subunghială – 62.31%, modificări de culoare – 59.42% și pitting – în procent de 53.62%. **Concluzii:** În studiul nostru, afectarea unghiilor am întâlnit-o la 84.14% dintre pacienții cu psoriazis artropatic, marea majoritate - cu forme severe de boală. S-a evidențiat o corelație între manifestările unghiale și gradul de severitate a determinărilor articulare. Afectarea unghială în psoriazisul artropatic este mai severă, invalidantă sub aspect funcțional și estetic, afectând îndeosebi calitatea vieții pacienților cu psoriazis.

## P 31

### PSORIAZIS VULGAR LA O PACIENȚĂ MULTIPLU TARATĂ. COMENTARIILE CLINICE ȘI TERAPEUTICE.

Daciana Elena Brănișteanu\*, R. Prună\*, Alina Alupoaei\*, Elena Ciubotariu\*, Georgiana Mihăilă\*\*

\*Clinica Dermato-venerologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sfântul Spiridon", Iași.

\*\*Spitalul Municipal de Urgență "Elena Beldiman", Bârlad.

Psoriazisul vulgar este o afecțiune inflamatorie cronică, recidivantă, poligenică și multifactorială, manifestată clinic prin plăci eritematoase, bine delimitate de culoare roz "somon", acoperite de scumă groasă, pluri-stratificată alb-sidefie, dispuse cel mai adesea pe fețele de extensie ale coatelor și genunchilor, în zona lombosacrată, scalp.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 61 de ani, din mediu urban, cu multiple afecțiuni sistemice asociate (polartrită reumatoidă – de aproximativ 30 ani, hepatită

virală cu virus C – 1992, coxită bilaterală predominant dreaptă), diagnosticată în 2000 cu psoriazis vulgar (confirmat anatomo-patologic) și artropatie psoriazică. Pacienta a urmat inițial tratament cu Metotrexat (3 ani) și apoi cu leflunomid (Arava®), pentru atingerile cutanate și articulare, dar fără răspuns terapeutic, astfel încât în 2008 se decide instituirea terapiei biologice cu etanercept (Enbrel®) de către medicul reumatolog. Se observă ameliorarea semnificativă a afecțiunilor articulare însoțită de dispariția leziunilor cutanate din cadrul psoriazisului, dar după 5 luni dezvoltă empiem pleural stâng cu închistări multiple. Se întrerupe terapia biologică și se instituie tratament sistemic cu Salazopirină, pentru atingerea articulară, și cu derivați topici de vitamină D, pentru leziunile cutanate de psoriazis, cu evoluție ondulantă a acestora.

Se prezintă în clinica dermatologică după aproximativ un an, în ianuarie 2010, când se reîncep evaluările în vederea instituirii noii terapii biologice, cu adalimumabum (Humira®).

Discuții: cazul prezintă interes prin prisma asocierii unor multiple afecțiuni sistemice, ce fac dificilă alegerea unei terapii și al evoluției nefavorabile sub terapie biologică, cu apariția complicațiilor pulmonare, dar fără modificări hepatice în cadrul HVC coexistente.

#### **PSORIASIS TO A PATIENT WITH MULTIPLE DISEASES. CLINICAL AND THERAPEUTIC COMMENTS.**

Psoriasis represents a chronic inflammatory disorder, with relapses, polygenic and with triggering factors, clinically manifested by erythematous plaques, sharply defined, salmon-pink, covered with silvery-white, thick, lamellar scales, most frequently seen on the extensor face of knees and elbows, in lumbar area and the scalp.

We present a case of a 61 years old female patient, from urban area, with multiple systemic diseases (rheumatoid arthritis from 30 years, hepatitis C from 1992, bilateral coxitis, prevalent right, diagnosed in 2000 with psoriasis (anatomy-pathologically confirmed) and psoriatic arthritis). First, she was treated with Methotrexate (3 years) and then with leflunomide (Arava®) for skin and articular lesions, but without therapeutic response, so in 2008 is introduced the therapy with monoclonal antibodies- etanercept (Enbrel) - by the rheumatologist. We observe an important amelioration of arthritis and skin lesions but after 5 months the patient is diagnosed with left pleural empyema. The biological therapy is interrupted and the rheumatologist prescribes Salazopyrine for articular lesions and topical vitamin D analogue for skin lesions, with recovery and relapses. The patient returns in Department of Dermatology after an year, in January 2010, and are restarted the investigations to set up a new biological therapy with adalimumabum (Humira®).

Discussions: the case is interesting because of the association of diseases which make difficult the choice of a therapy and because of unfavourable evolution under biological therapy with pulmonary complications, but without hepatic alteration as part of hepatitis C.

P 32

#### **EFICACITATEA UTILIZĂRII ENBREL 50 MG SĂPTĂMĂNAL ÎN CONTROLUL BOLII LA UN PACIENT CU PSORIAZIS VULGAR ȘI ARTROPATIC ÎNIȚIAL TRATAT CU INFILIXIMAB**

Dr. Daniel O. Costache, Asist. Univ. Dr. Raluca S. Costache  
Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila” București

Prezentăm cazul unui pacient de 65 de ani, cunoscut cu psoriazis vulgar generalizat și artropatic, aflat pentru 18 luni în tratament cu infliximab.

Pacientul s-a prezentat clinicii în stadiu eritrodermic și cu artropatie psoriazică cu impotență funcțională marcată la nivelul membrelor inferioare, rebele la tratamentele clasice (PUVA, MTX 25 mg/săptămână și Neotigason 30 mg/zi vreme de 8 luni), motive pentru care, după remiterea eritrodermiei, s-a inițiat tratament biologic cu infliximab 400 mg după schema de administrare clasică recomandată de Ministerul Sănătății.

Răspunsul inițial a fost spectaculos, cu diminuarea marcată a manifestărilor articulare și cu reducerea PASI de la 34 la 11 în 6 săptămâni și la 2 după 4 luni. După 12 luni de tratament s-a observat o recrudescență a manifestărilor cutanate, unghiale și articulare care nu au putut fi controlate nici prin asocierea de MTX 25 mg/săptămână, nici de Neotigason 30 mg/zi, nici prin creșterea dozei de infliximab la 500 mg la 8 săptămâni. Ca urmare, după 6 luni de control nesatisfăcător, ajungându-se la un PASI 23, s-a decis schimbarea opțiunii terapeutice cu etanercept, 50 mg săptămânal. Rezultatele au fost spectaculoase, după doar 4 săptămâni PASI reducându-se la 11 și după 3 luni la 1, control care se menține la 7 luni.

P 33

#### **TERAPIA BIOLOGICĂ ÎN PSORIAZIS – EXPERIENȚĂ CLINICĂ PERSONALĂ**

Cristea Andra, Țibîrnă Cristina, Popescu Andreea, Nica Smaranda, Dobrițoiu Adina, Olsavszky Rozalia  
Spitalul Colentina, București, Clinica I Dermatologie

Utilizarea agenților biologici este o nouă alternativă de tratament pentru afecțiuni cronice inflamatorii, inclusiv dermatoze, în special psoriazis. Dezvoltarea terapiei biologice oferă o intervenție selectivă, direcționată imunologic, cu mai puține efecte adverse decât tratamentele tradiționale.

Aceste tratamente trebuie privite ca o opțiune terapeutică nu numai în ceea ce privește înlăturarea semnelor și simptomelor de psoriazis, cât și pentru a ameliora semnificativ calitatea vieții la pacienții afectați. Având în vedere că această terapie a fost introdusă doar de câțiva ani în țara noastră, suntem la început de drum

în ceea ce privește experiența în acest tip de tratament. Prezentăm cazuistica noastră din ultimii 2 ani în terapia biologică cu etanercept (Enbrel) și adalimumab (Humira), antagoniști TNF, la pacienții suferind de psoriazis în plăci moderat spre sever, rezistent la tratamentele standard, monitorizați pe parcursul terapiei.

#### BIOLOGICAL THERAPY IN PSORIASIS – PERSONAL CLINICAL EXPERIENCE

The use of biological agents is expanding worldwide as a new treatment alternative for chronic inflammatory diseases including skin diseases, especially psoriasis. The aim of biological therapies is to provide selective, immunologically directed intervention with fewer side effects than traditional therapies.

Biologics, such as etanercept, should be seriously considered as a therapeutic option to not only clear psoriatic symptoms, but also to significantly increase the quality of life in affected patients.

There are only several years since these agents have been used in our country, so we are at the beginning of the road as far as biological therapy is concerned.

We are presenting our clinical experience of the last 2 years with etanercept (Enbrel) and adalimumab (Humira), TNF inhibitors, for the treatment of moderate-to-severe plaque psoriasis, unresponsive to standard therapy, closely monitored during treatment.

P 34

#### ASPECTE CLINICE ÎN LICHENUL PLAN (POSTER)

Alina E. Cipi, Virginia Chițu, Dorina Giurcaneanu, Florica Staniceanu, Sabina Zurac, Roxana Tanase, Iuliana Marcu, Alina M. Maxim

Lichenul plan este o afecțiune inflamatorie, cronică, care poate afecta pielea, mucoasele sau fanerele. Etiologia nu este pe deplin elucidată fiind implicat un raspuns imun celular mediat de limfocitele CD8 + care recunosc un antigen specific asociat MHC I de pe suprafața keratinocitelor bazale.

Prevalența este de 0,4 – 1,9 % și apare frecvent în decadele 5-6 de viață.

Se poate asocia cu hepatita cronică cu virus C, lupus eritematos, colita ulcerativă, alopecia areata, vitiligo, dermatomiozita, morfee, lichen scleros, pemfigus, ciroza biliară primitivă.

Din punct de vedere clinic au fost descrise multiple aspecte. Leziunea caracteristică este reprezentată de o papula poligonală, eritemato-violacee, pruriginosă, lucioasă, prezentând pe suprafața rețeaua Wickham. Dimensiunea papulelor variază de la câțiva milimetri până la un centimetru. Ele pot fi izolate sau grupate în plăci, de forme și dimensiuni variate. Mai rar, aceste papule pot îmbraca exclusiv o dispoziție lineară sau

inelară. Poate fi afectată orice zonă cutaneo-mucoasă, dar cu predilecție față de zona volarilor, față de gât și față de gât, regiunea presacrată. Mucoasele sunt afectate în 30-70% din cazuri, interesând în special mucoasa orală dar și alte mucoase pot fi afectate (genitală, anală, esofagiană, laringeală și timpanică). La nivelul scalpului LP ignorat poate duce la alopecie cicatricială, pe când la nivel unghial poate determina modificări de lamă unghială, dintre care unele sunt de asemenea ireversibile (pterigium).

Examenul histopatologic evidențiază la nivelul papulei licheniene hiperkeratoză cu ortokeratoză, îngroșarea neregulată a stratului granulos (aspect în „pană de fierăstrău”, degenerescența hidropică a stratului bazal cu apariția corpiilor Civatte, infiltrat inflamator limfocitar în banda și incontinența pigmenti cu prezența melanofagelor în dermul papilar.

În această lucrare ne propunem să prezentăm mai multe cazuri clinice prin care să ilustrăm bogăția aspectelor clinice întâlnite în lichenul plan și importanța cunoașterii lor de către clinician pentru îmbunătățirea acurateții diagnosticului.

P 35

#### LICHENUL PLAN INELAR – CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ

F. Morar, M. Tampa, Magda Miinea, Rodica Trifu, Simona Georgescu

Spitalul Clinic de Dermato-venerice “Prof. Dr. Scarlat Longhin” București

Lichenul plan este o afecțiune inflamatorie a pielii, mucoaselor, unghiilor și părului, ce îmbracă mai multe forme clinice, dintre care lichenul plan inelar ocupă un procent de aproximativ 10% din totalul cazurilor. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 22 ani, fără antecedente patologice personale semnificative și care nu este sub influența unui tratament cronic. Examinarea clinică a evidențiat prezența de papule și plăci inelare de culoare roșie-violacee, având margini ușor reliefate, net delimitate, cu centrul deprimat, fiind situate la nivelul fețelor dorsale ale antebrațelor și palmelor bilateral, neînsoțite de manifestări subiective, apărute de aproximativ 4 luni. Examenul histopatologic al specimenului de biopsie prelevat de la periferia unei plăci a arătat marcată hiperortokeratoză și hipergranuloză, acantoză moderată cu criste epidermale în „dinti de fierăstrău”, marcat infiltrat inflamator limfomelanofagic „în bandă” la nivelul dermului papilar și reticular superior, frecvenți corpi coloizi la nivelul stratului bazal al epidermului.

În concluzie, lichenul plan inelar este o manifestare clinică rară ce poate pune clinicianului reale probleme în realizarea diagnosticului diferențial cu alte dermatoze asemănătoare, în special granulomul inelar, în acest scop examenul microscopic având un rol esențial prin

evidențierea caracteristicilor histopatologice tipice lichenului plan la nivelul leziunilor.

### ANNULAR LICHEN PLANUS – CONSIDERATIONS ABOUT A CASE

Lichen planus is an inflammatory disease of the skin, mucous membranes, nails and hair, who has more clinical variants, annular lichen planus occurring in approximately ten percent of all cases.

We present the case of a 22 years male patient, without significant past medical history and not under the influence of a chronic treatment. Clinical examination showed red-purple papules and annular plaques with slightly raised, well-defined edges and central clearing, located at the dorsal sides of the forearms and hands bilaterally, without subjective symptoms, with a history of four months. Histopathologic examination of specimen taken from the periphery of one plaque showed marked hyperorthokeratosis and hypergranulosis, moderate acanthosis with a „sawtooth” appearance, a marked band-like lymphocytic infiltrate in the upper dermis, frequent occurrence of colloid bodies in the basal layer of epidermis.

In conclusion, annular lichen planus is a rare clinical manifestation who can make real problems in the differential diagnosis with other similar dermatoses, in particular annular granuloma, microscopic examination for this purpose having a key role by highlighting the typical histopathological features in lichen planus lesions .

P 36

### LICHEN PLAN – STUDIU PE 248 PACIENȚI

Loredana Elena Stoica, V. Pătrașcu, C.C. Radu, Alina Maria Vilcea, I. Țolea  
UMF Craiova – Clinica Dermatologie

Boală de cauză necunoscută, lichenul plan a suscitât permanent interesul cercetătorilor, motiv pentru care, până la ora actuală, au fost emise mai multe teorii etiopatogenice, nici una dintre acestea nefiind, însă, suficient demonstrată.

Am efectuat un studiu retrospectiv pe o perioadă de 3 ani, între 1 ianuarie 2007 și 31 decembrie 2009 pe un număr de 248 pacienți internați în Clinica Dermatologie Craiova care prezentau lichen plan.

Raportul între sexe a fost de 2,1 în favoarea femeilor. Se poate observa că această afecțiune a prezentat o predominanță la sexul feminin la 168 de cazuri, respectiv 67,7 %.

Vârsta medie a pacienților a fost de 58,4 ani, cu limita cuprinsă între 25 și 90 ani. Repartiția pacienților cu lichen plan din lotul de studiu, în funcție de grupele de vârstă, arată că această afecțiune are un maximum de frecvență la grupa de vârstă 40-49 ani, unde afectează

102 pacienți (41,1%). Repartiția cazurilor după mediul de proveniență arată o predominanță a celor din mediul urban reprezentând 55,6% din cazuri (138 cazuri). Din lotul nostru de studiu 37,1% (92 cazuri) erau consumatori cronici de alcool.

Din studiul datelor anamnestice, am observat că la un număr de 158 de pacienți debutul afecțiunii a fost precedat fie de o traumă psihică, fie de un stress prelungit remarcând faptul că șocul emoțional a constituit în 63,7% din cazuri agentul declanșant al bolii. Lichenul plan eruptiv l-am întâlnit la 7,2% din cazuri (18 de pacienți), erupția fiind generalizată pe întreg corpul. Afectarea mucoaselor a fost prezentă la 164 dintre pacienți, fie în asociere cu leziunile cutanate (131 cazuri), fie izolate (33 cazuri).

Lichenul plan este o dermatoză cronică cutaneo-mucoasă a vârstei adulte, de cauză necunoscută, manifestată clinic printr-o erupție monomorfă tipică și cu localizare caracteristică.

Cunoscut încă de pe vremea lui Hipocrate, lichenul plan a rămas permanent în actualitate datorită etiopatogeniei sale încă neelucidată, deși au fost emise numeroase teorii etiopatogenice.

### LICHEN PLANUS – STUDY ON 248 PATIENTS

Disease of unknown cause, lichen planus has always attracted interest of researchers, which is why, until now, have been issued several etiopathogenic theories, none of which are, however, sufficiently demonstrated. We performed a retrospective study over a period of three years from 1 January 2007 and December 31, 2009 on a number of 248 patients hospitalized in the Dermatology Clinic Craiova who had lichen planus. Sex ratio was 2.1 for women. It can be seen that this condition presented predominance in females in 168 cases, 67.7% respectively. The average age of patients was 58.4 years, with a limit between 25 and 90 years. Distribution of patients with lichen planus of the study group according to age groups shows that this condition has a maximum frequency in the age group 40-49 years, which affects 102 patients (41.1%). Distribution of cases by medium showed predominance of those from urban medium representing 55.6% of cases (138 cases). In our study group 37.1% (92 cases) were chronic alcohol consumers.

From the study of personal history, we noticed that a total of 158 patients preceded the onset of disease preceded by physical trauma or a prolonged stress, noting that the emotional shock was 63.7% of cases of the disease triggered agent. Lichen planus eruptive we met at 7.2% of cases (18 patients), rash was generalized throughout the body. Mucosal involvement was present in 164 patients, or in combination with skin lesions (131 cases) or isolated (33 cases).

Lichen planus is a chronic mucocutaneous dermatosis mucous adulthood, of unknown cause, clinically manifested by a typical monomorphic rash and feature tracking.



Known since the time of Hippocrates, lichen planus has always remained in actuality because of its etiopathogenesis is still obscure, although numerous etiopathogenic theories have been issued.

P 37

### PEMFIGUSUL VULGAR – ASPECTE CLINICE ÎNTÂLNITE (POSTER)

Alina E. Cipi, Virginia Chițu, Dorina Giurcaneanu, Florica Staniceanu, Sabina Zurac, Alina M. Maxim, Roxana Tanase, Iuliana Marcu

Pemfigusul vulgar este o maladie buloasa rara, cronica, autoimuna, cu afectare cutaneo-mucoasa, caracterizat prin formarea de bule intraepidermice ca urmare a fenomenului de acantoliza suprabazala, mediata de anticorpii anti-desmogleina 1 si 3, predominant de tip Ig G4. Imunofluorescența directa confirma diagnosticul de pemfigus evidențiind depozite granulare de Ig G la nivelul epidermului și mai puțin de C3, Ig M și Ig A. Pemfigusul vulgar este cel mai frecvent tip de pemfigus și debutează în 50%-70% din cazuri prin afectarea mucoasei bucale. Erupția poate fi localizata sau generalizata. Afectarea mucoasei bucale este constant prezenta, dar și alte mucoase pot fi afectate: nazala, faringiana, laringiana, conjunctivala, genitala. Vindecarea se face fara cicatrici dar cu modificari de pigmentare. În general evoluția este mai severa în primii doi ani de evoluție, ulterior diminuând în timp.

Pemfigusul vegetant este o varianta rara de pemfigus vulgar ce se caracterizeaza prin existența de eroziuni cu aspect vegetant, presarate cu pustule, iar histopatologic se evidențiază pe lângă bule suprabazale și papilomatoza, acantoză și microabcese eozinofilice la nivelul epidermului. Tipul Neumann este mai frecvent și are o evoluție similara pemfigusului vulgar. Tipul Hallopeau afectează pliurile, are o evoluție mai blândă, remisiunile spontane fiind posibile.

**Cazul 1:** Pacienta I.M. de 79 ani a solicitat consult pentru ulceratii orale cu evoluție de 2 luni interpretate ca fiind în cadrul unei stomatite herpetice. Pacienta prezenta ulceratii la nivel jugal, palat dur, epiglota, nazal. Tegumentul era normal. IFD cutanata a demonstrat depuneri intraepidermice, granulare, de Ig G și complement pe suprafața keratinocitelor.

IFD în pemfigusul vulgar oral pune diagnosticul, existând posibilitatea ca examenul histopatologic dintr-o eroziune mucoasa sa fie specific.

**Cazul 2:** Pacient TX, de 72 ani, s-a prezentat pentru o erupție cutaneo-mucoasa, generalizata, polimorfa, formata din vezicule, bule, eroziuni și cruste. Examenul histopatologic și IFD cutanata au confirmat diagnosticul de pemfigus vulgar. S-a reușit inducerea remisiunii sub corticoterapie 1mg/kg corp și azatioprina 1.5 mg/kg dupa circa 2 luni de tratament. Leziunile s-au vindecat lasând o hiperpigmentare impresionanta.

**Cazul 3:** Pacientul I.S. de 65 ani cu trombocitopenie idiopatica în antecedente, s-a prezentat în clinica în urma cu un an pentru o erupție cutanata diseminata, alcatuita din bule flasce și eroziuni, unele acoperite de cruste groase. Erau respectate mucoasele și pliurile. IFD cutanata și examenul histopatologic din bula indemna au pledat pentru un pemfigus vulgar. În 2010 pacientul a prezentat un nou episod eruptiv similar cu cel din 2009. O a doua biopsie, prelevata de data aceasta dintr-o eroziune cu suprafața granulomatoasa, crustoasa, a permis încadrarea afecțiunii ca fiind pemfigus vegetant Neumann. Diferențierea histopatologica între un pemfigus vegetant și un pemfigus vulgar nu este posibila când biopsia cutanata este prelevata dintr-o bula indemna, recenta. IFD cutanata nu poate preciza tipul de pemfigus. În cazul acestui pacient, în 2009 s-a facut diferențierea doar cu pemfigusul seboreic, pe când în 2010, pe lângă pemfigusul seboreic, diferențierea s-a facut și cu pemfigusul vegetant, o varianta rara de pemfigus vulgar.

P 38

### PEMFIGUS FOLIACEU

A.Chiriac, Carmen Curea, Ana Maria Dobrescu  
Spitalul Clinic Colentina, Secția Dermatologie II

Pemfigusul foliaceu este o varietate benignă de pemfigus, caracterizată prin pierderea adeziunii intercelulare a keratinocitelor (acantoliză) în straturile superioare ale epidermului, având ca rezultat formarea de bule superficiale (cauza: autoanticorpii anti Dsg1). Sunt descrise mai multe variante clinice de pemfigus foliaceu: eritematos (Senear- Usher), foliaceu endemic (fogo selvagem), paraneoplazic, postmedicamentos, cu IgA. Afectează toate grupele de vârstă, poate să apară după traumatisme, lumină solară, sau după administrarea unor medicamente (captopril, penicilamina, piroxicam).

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 31 ani, ce se adresează clinicii noastre prezentând la nivelul scalpului, toracelui anterior, interscapulo-vertebral, eroziuni bine delimitate, acoperite de cruste galbene, fără afectare a mucoaselor.

Afectarea cu predilecție a zonelor seboreice sugerează diagnosticul de pemfigus foliaceu, confirmat histopatologic.

Sub tratament cu corticoizi evoluția a fost favorabilă, cu remisia leziunilor preexistente și fără apariția unor noi. Concluzii: pemfigusul foliaceu este o afecțiune benignă, dar cu evoluție cronică, recurentă.

P 39

**PEMFIGOID BULOS- FORMA GENERALIZATĂ LA UN PACIENT PLURITARAT**

Simona Roxana Georgescu, V. Benea, Cristina Stefan, Anca Malin, M. Tampa, Mihaela Tovar, Oana Andreia Coman, Mariana Costache\*

Spitalul Clinic de Dermatologie "Prof.Dr. Scarlat Longhin" Bucuresti

\*Institutul National "V. Babes" Bucuresti

Pemfigoidul bulos este o boala autoimuna caracterizata prin prezenta la nivelul pielii si in sange a anticorpilor de tip Ig G impotriva proteinelor asociate hemidesmozomilor. Este o afectiune a varstnicilor, cu debut dupa varsta de 60 de ani, la persoane care prezinta in general si alte comorbiditati.

Prezentam cazul unui pacient in varsta de 68 de ani, de sex masculin, din mediul urban, cu antecedente personale patologice multiple (BPOC std I Gold, pahipleurita, HTA std II OMS, BRD major, coxartroza dreapta si necroza de cap femural drept), fumator cronic (in prezent 8-10 tigari pe zi), care s-a prezentat in clinica noastra pentru aparitia de leziuni buloase generalizate, in tensiune, cu lichid clar, cu diametrul intre 1,5 - 5 cm, intens pruriginoase, alternand cu arii intinse de epiteliu denudat. Pacientul afirma instalarea leziunilor tegumentare in urma cu 4 luni, initial sub forma unor placi si placarde eritematoase, intens pruriginoase, cu evolutie progresiva spre formarea de bule in ultimele 2 saptamani.

La examenul clinic general s-au constatat urmatoarele: stare generala alterata, pacient subponderal. Datele de laborator au fost in limite normale, cu exceptia unei usoare leucocitoze (11.000/mm<sup>3</sup>) si cresterii valorilor VSH-ului la 50/70 mm. S-a prelevat biopsie cutanata, iar examenul anatomopatologic a confirmat diagnosticul clinic de pemfigoid bulos. Pe parcursul internarii, sub tratament sistemic cu corticoizi, antibiotice, anti-histaminice evolutia leziunilor a fost favorabila, cu aparitia sporadica de noi bule. S-au normalizat valorile VSH-ului si leucocitoza a fost in scadere. Pacientul a fost externat cu stare generala ameliorata, cu remisia cvasitotala a leziunilor cutanate. La scurt timp de la externare, a fost internat intr-un serviciu de boli infectioase, unde a fost diagnosticat cu o infectie acuta de cai respiratorii inferioare si a decedat in decurs de cateva zile. Starea generala alterata a pacientului, precum si statusul ponderal au condus la suspiciunea clinica de neoplasm pulmonar, insa nu s-a efectuat necropsie care sa confirme suspiciunea de diagnostic. Consideram cazul interesant de comunicat atat pentru forma de boala cu leziuni generalizate, la un pacient varstnic si tarat, cat si pentru evolutia nefavorabila datorata comorbiditatilor pulmonare asociate.

**BULLOUS PEMPHIGOID – GENERALIZED FORM OF DISEASE IN AN OLD PATIENT WITH COMORBIDITIES**

Bullous pemphigoid is an autoimmune disease characterized by autoantibodies to the hemidesmosomes-associated proteins within the adhesion-complex. The autoantibodies, chiefly of Ig G type, found in the blood and skin, have been shown to be pathogenic and complement to be necessary to blister formation. It is a disease of the elderly people, which often have other major conditions, too.

We present a 68 years old male patient report, with a medical history of COPD, pachipleuritis, hypertension, right hip arthrosis who was admitted in our clinic for generalized, intensely itching bullous lesions. The blisters were tense and dome-shaped, obtaining a diameter of 1.5 up to 5 cm, with a clear serous exudate. The disease had started 4 months before with an itchy and non-specific rash, and the blisters developed mainly during the last 2 weeks.

Clinical examination showed poor general condition and a low body weight.

Laboratory data were normal, except a minor leukocytosis (11.000/mm<sup>3</sup>) and a slightly elevated ESR (50/70 mm). Skin biopsy confirmed the bullous pemphigoid clinical diagnosis. During hospitalization, local evolution under corticoid and antibiotic treatment was favorable, with the appearance of few blisters now and then. ESR values and leukocytosis normalized. The patient was discharged in improved general condition and cvasitotal remission of the blisters. Shortly after being discharged, he was admitted in an infectious disease unit, where he was diagnosed with an inferior respiratory pathways acute infection and, eventually, succumbed.

The patient's poor general condition, along with the patient's underweight, led to the clinical suspicion of pulmonary malignancy, however no necropsy was performed in order to confirm the clinical diagnosis. We find this case interesting for the generalized-lesions form of the disease in an old patient with other major comorbidities, as well as for the poor evolution due to the pulmonary associated conditions.

P 40

**PROBLEME LEGATE DE TERAPIA PEMFIGOIDULUI BULOS LA VÂRSTNICI - DISCUȚII ASUPRA UNUI CAZ**

Florentina Ileana Cristovici, Proletka Angelova Dimitrova  
Clinica Dermatologie, UMF Craiova

Pemfigoidul bulos este o maladie buloasă autoimună ce afectează în special vârstnicii, fiind rar raportată la copii. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 60 de ani, cunoscută cu ciroză hepatică, cu un istoric de o lună al

unei erupții buloase ce afecta preponderent toracele, abdomenul și fețele mediale ale coapselor. Examenul histopatologic cutanat a arătat prezența unei bule subepidermice cu numeroase eozinofile, iar în dermul papilar intens infiltrat cu limfocite și eozinofile dispus predominant perivascular, aspecte ce susțin diagnosticul de pemfigoid bulos. Inițial corticoterapia instituită atenuează erupția cutanată. Ulterior, sub corticoterapia sistemică administrată, pacienta a prezentat un sindrom de ischemie acută a membrului superior stâng, motiv pentru care a fost transferată în clinica chirurgie vasculară. În clinica chirurgicală se disecă, decoperă și izolează artera brahială stângă suplă, pulsatilă cu lumen ocupat și se realizează extragerea materialului trombotic de la acest nivel. Evoluția erupției cutanate ulterioară intervenției chirurgicale este marcată de apariția de numeroase noi leziuni buloase care au determinat menținerea dozelor mari de corticosteroizi asociate cu gastro- și hepatoprotectoare, antibiotice, anticoagulante, vasodilatatoare periferice și tratament local cu antibiotice și corticosteroizi.

Autorii prezintă deasemenea o trecere în revistă a agenților farmacologici utilizați în tratamentul pemfigoidului bulos la vârstnici, care prezintă frecvent patologii multiple.

#### P 41

### PEMFIGUS HAILEY- HAILEY –CAZURI CLINICE

Alina Maxim, Virginia Chițu, Dorina Giurcăneanu, Florica Stăniceanu, Sabina Zurac, Alina Elena Cipi, Iuliana Marcu, Roxana Tănase

Pemfigusul benign familial descris de frații Hailey în 1939, este o afecțiune ereditară, rară, autosomal dominantă. În 30% din cazuri este observată o mutație nouă. Mutația a fost localizată la nivelul genei ATP2C1, pe cromozomul 3q21. Această genă codifică o pompă Ca/Mn ATP-ază, funcționalitatea ei fiind redusă în keratinocitele afectate. Mecanismul exact prin care se produce acantoliza nu este încă elucidat. Se pare că există un deficit de calciu în aparatul Golgi și un exces în citoplasmă, cu răsunet asupra sintezei proteinelor implicate în formarea desmozomilor sau în funcționalitatea acestora. Pemfigusul Hailey-Hailey debutează în general spre sfârșitul adolescenței, ariile de fricțiune și pliurile sunt cel mai adesea implicate, la acest nivel putând exista vezicule, bule, eroziuni, fisuri, cruste, uneori papule. Evoluția este cronică, recurentă, exacerbată de UV, transpirație, fricțiune, infecții, micoze. Afecțiunea poate pune probleme de diagnostic diferențial cu impetigo, eczeme, intetigo candidozic, dermatofitic, bacterian, pemfigus vegetant Hallopeau, pemfigus vulgar.

Erupția în boala Hailey-Hailey poate fi localizată sau poate deveni foarte extinsă. În cele ce urmează vom

prezenta mai multe cazuri clinice cu manifestări cutanate diferite.

Prezentăm cazul unei paciente de 67 ani, din mediul rural, care prezenta la nivelul marilor pliurilor și la nivel genital placarde eritemato-veziculo- crustoase, cu aspect eczematos, asociate cu disconfort local și miros neplăcut. La nivel inframamar și genital existau papule brun-violacee multiple. Din anamneză a reiesit debutul la vârsta de 22 de ani, și existența de cazuri similare în familia sa (două fiice și mama pacientei).

Diagnosticul prezumtiv de pemfigus benign familial a fost confirmat de examenul histopatologic care a arătat o imagine caracteristică și IFD cutanată care a fost negativă.

Evoluția pacientei a fost influențată favorabil sub antibioterapie p.o, terapie locală cu soluții antiseptice blânde, unguente antimicotice, corticoizi topici, emoliente.

Un al doilea caz prezentat este al unei paciente în vârstă de 82 de ani cunoscută cu pemfigus familial de la vârsta de 30 de ani ce a solicitat consult pentru un episod de exacerbare extins, în care afectarea pliurilor era însoțită de elemente eritemato-veziculo-buloase diseminate. Pacienta mai prezenta o atrofie marcată, generalizată a tegumentului din cauza tratamentului de ani de zile cu Dermovate.

Fiul pacientei în vârstă de 50 de ani prezenta la nivelul pliurilor placi macerate, presărate cu fisuri reticulate, aspect mai evident spre periferia leziunilor.

Pemfigusul familial este o afecțiune rară, a cărei diagnosticare se poate face de la debut sau uneori după zeci de ani de evoluție așa cum este cazul primei paciente prezentate.

Diagnosticul poate fi o provocare și implică o anamneză meticuloasă, un examen obiectiv corect, existența unui nivel de suspiciune clinică adecvat, o bună colaborare cu anatomopatologul. De asemenea tratamentul rămâne o altă mare provocare pe care ne-o ridică această afecțiune cronică .

#### P 42

### ROZACEEA ÎNTRE NOU ȘI VECHI

Smaranda Nica, Andreea Popescu, Cristina Tibarna, Andra Cristea, Tatiana Nita, Rozalia Olsavszky  
Clinica Dermestet, Bucuresti

#### Abstract

Caracterizată printr-un polimorfism clinic, de la pusee de eritem tranzitor până la forme severe precum fulminans/rinofima – rozaceea ramane o afecțiune frecventă a rasei albe, întâlnită îndeosebi la femei. Stilul de viață modern, condițiile climatice extreme și factorii infecțioși oportunisti sunt responsabili de puseele de boala și de formele grave greu responsive la tratament.

Similar dermatitei atopice și în această afecțiune funcția de barieră cutanată este alterată și pielea este hiperreactivă.

În lucrarea de față, ne propunem o prezentare a bolii cu o actualizare de moment a etiopatogeniei și formelor clinice, exemplificând cu cazistica proprie.

### ROSACEA BETWEEN PAST AND PRESENT

#### Abstract

Characterized by clinical polymorphism from flares of erythema to severe forms like r. fulminans/rhynophima – rosacea remains a common disease, especially at caucasian people, and most common at women.

Modern lifestyle, extreme climatic conditions and opportunistic infections factors are responsible for outbursts of disease and severe forms hardly responsive to treatment.

Similar with atopic dermatitis, skin barrier function is altered with hyperactive skin.

In this paper we propose a presentation of disease and an update of etiopathogenesis and clinical forms, presenting our clinical cases.

P 43

### AFECTAREA MÂINII LA PACIENȚI DIABETICI CU CONTROL METABOLIC DEFICITAR ÎNTR-UN STUDIU AL MARKERILOR CUTANAȚI AI DIABETULUI ZAHARAT

Kovacs Denisa, Demian Luiza, Brihan Ilarie  
Universitatea Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie

Diabetul zaharat afectează întreg organismul și are numeroase manifestări considerate markeri ai bolii, care afectează cel mai mare organ – tegumentul, dar și țesutul osos. Este un fapt cunoscut că hiperglicemia cronică și prelungită afectează structura, arhitectura și funcțiile colagenului, marca țesutului conjunctiv diabetic fiind excesivă depunere de colagen. În cadrul unui studiu desfășurat pe o perioadă de 4 ani în Centrul de Diabet Oradea pentru decelarea markerilor cutanați ca factori predictivi ai bolii microvasculare în DZ, am constatat și numeroase modificări la nivelul sistemului osteoarticular la pacienții luați în studiu. Cum o parte dintre modificările conjunctivului la nivel articular, cel puțin la nivelul mâinilor sunt considerate, de asemenea, markeri ai diabetului zaharat, am considerat utilă și luarea lor în studiu. Principalele modificări au fost limitarea mobilității articulare, boala Dupuytren, sindromul de tunel carpian, tenosinovitele și tenosinoviscleroza. Toți pacienții au prezentat dezechilibru metabolic, femeile au fost mai afectate decât bărbații și au fost diagnosticate și complicații microvasculare: nefropatie, retinopatie și/sau neuropatie diabetică. Concluzie: este foarte important să fie acordată atenția cuvenită afecțiunilor cutanate și anormalităților mâinilor

la pacienții cu diabet zaharat, atâta timp cât unele dintre ele pot fi prevenite printr-un bun control metabolic și au o relație directă cu apariția complicațiilor cronice microvasculare (retinopatia diabetică, nefropatia diabetică și polineuropatia diabetică).

P 44

### NECROBIOZA LIPOIDICĂ (P)

Viorica Marinescu, Viorel Trifu, Cristina Alexandoiu,  
Mădălina Josanu, Sorina Chivu  
Spitalul Universitar de Urgență Militar Central „Dr. Carol Davila”- Secția  
Clinică Dermatologie

Necrobioza lipoidică reprezintă o afectare degenerativă a țesutului conjunctiv de la nivelul dermului, caracterizată clinic prin plăci rotunde-ovale bine delimitate, cu zone atrofile galben-ceroase centrale și cu periferia violacee, indurată, localizarea de elecție fiind partea anterioară a gambelor.

Prezentăm cazurile a 4 pacienți internate în clinica noastră pentru leziuni pe partea anterioară a gambelor; cu aspect clinic sugestiv pentru necrobioza lipoidică; examenul histopatologic a evidențiat zone de necrobioza, infiltrate inflamatorii granulomatoase, proliferare endotelială, confirmând diagnosticul.

O pacientă avea valori normale ale glicemiei, celelalte trei fiind cunoscute cu diabet zaharat.

Paciențele au urmat tratament general cu pentoxifilin, aspirina, vessel due, antibiotice, iar local s-au aplicat dermatocorticoizi potenți și s-au efectuat infiltrații intralezionale cu bethametasonă (diprofos).

Sub tratament, evoluția leziunilor a fost favorabilă. Este controversată implicarea microangiopatiei diabetice în producerea acestor leziuni, necrobioza lipoidică fiind întâlnită la pacienți diabetici, dar și nondiabetici. Ea poate să precedă, să evolueze simultan sau după instalarea microangiopatiei, la pacienții diabetici.

P 45

### GUTA – PREZENTARE CUTANATĂ ATIPICĂ

Elena Chiticariu, Daciana Kashfi, Loredana Boghian,  
Loredana Barbu, Daniela Radivoi  
Sp. Cl. Municipal Timisoara, Clinica Dermatologie

Guta este o afecțiune cronică determinată de tulburarea metabolismului acidului uric, care se manifestă clinic, în primul rând, prin artrita acută recidivantă și formarea nodulilor gutuși subcutanați, formați din acumulări de microcristale de urat monosodic monohidrat. Prezentăm cazul unui pacient de 75 de ani, care s-a prezentat în clinica noastră cu mulți noduli duri subcutanați localizați la nivelul degetelor mâinii stângi și coartelor bilaterale, fără semne de inflamație și fără

simptomatologie subiectiva si un nodul ulcerat, de aproximativ 1 cm diametru, cu exteriorizarea unui material albicios, dur, localizat la nivelul policelui stang, dar nu acuza nici un fel de simptomatologie de natura articulara. Pacientul era cunoscut cu rinichi unic chirurgical si urma un tratament cu Milurit de mai multe luni, neputand prezenta documente medicale sau alte date.

Examinarile de laborator au relevat: creatinina = 2,1 mg/dl (N: 0,6-1,1 mg/100 mL), acid uric = 6 mg/dl (N: 3,5-7 mg/100 mL), PTH = 160 pg/ml (N: 16-87 pg/ml), PO4 = 3 mg/100ml (N: 2,3-4,7 mg/100ml).

Radiografia mainilor a evidentiat modificari de artroza si zone de rarefactie osoasa.

S-a practicat biopsia excizionala a unei leziuni nodulare, examenul histopatologic punand in evidenta prezenta tofilor gutosi.

Diagnosticul pozitiv a fost pus pe baza istoricului de tratament cu Milurit, examenului clinic si a examenului patologic.

Am recomandat pacientului un regim dietetic echilibrat, continuarea tratamentului cu Allopurinol 3x100 mg/zi si consult nefrologic. Tratamentul gutei este dificil la pacientii varstnici, mai ales la cei cu functie renala alterata; se evita administrarea de colchicina iar AINS se administreaza cu prudenta. Allopurinolul nu a determinat efecte adverse superioare la varstnici. Am prezentat acest caz deoarece suspiciunea clinica initiala a fost de calcinoza cutanata in contextul hiperparatiroidismului secundar insuficientei renale cronice si a valorilor normale ale acidului uric, dar examenul histopatologic a transat diagnosticul.

#### **Bibliografie:**

1. Kelsey M. J, Stewart C, Michael S. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Guideline for the Management of Gout. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology Standards, Guidelines and Audit Working Group (SGAWG). Rheumatology 2007.
2. Pal B, Foxall M, Dysart T, How is gout managed in primary care? A review of current practice and proposed guidelines. Clin Rheumatol 2000.
3. Zhang W, Doherty M, Bardin T. EULAR evidence based recommendations for gout. Part I: Diagnosis. Ann Rhenum Dis 2006.

P 46

### **CORRELATION BETWEEN SKIN ANOMALIES AND NEUROLOGICAL MANIFESTATIONS IN TWO SIBLINGS WITH TUBEROUS SCLEROSIS – CASE REPORT**

Amalia Ioana Chebeleu, Iuliana Romocea - Department of Dermatology, Clinic Hospital - Oradea, Romania

Simona Rosu – Department of Neurology, Clinic Hospital – Oradea, Romania

Gabriela Miculsi, Eniko Berechi – Department of Pediatrics, Clinic Hospital – Oradea, Romania

Tuberous sclerosis (TS) is a multiorgan disorder that primarily affects the brain, skin, and kidneys. Recent advances have elucidated the genetics of this complex, which has helped lead to an increased understanding of the basic neurobiology of this disorder. There is both phenotypic and genotypic heterogeneity.[1] Typical cutaneous findings in tuberous sclerosis are present in over 90% of cases and represent one of the earliest markers of the syndrome.

We analyzed skin manifestations of TS in two siblings, a boy and a girl. The severity of skin manifestation correlates with severity of neuropsychiatric manifestations. The boy presented with angiofibromas (adenoma sebaceum), multiple ash-leaf spots, shagreen patches, forehead plaques and severe mental retardation, with epilepsy. His sister presented with ash-leaf spots, shagreen patches and mild retardation in neuropsychiatric acquisitions, without epilepsy. The treatment of epilepsy remains a major challenge in these patients. Early identification to ensure proper monitoring and genetic counseling continue to be very important.[2]

#### **Case presentation:**

We present two cases of tuberous sclerosis (TS) in two siblings, a boy and a girl, admitted to Pediatric department in september 2009. The boy is 7 years old and his sister is 5 years old. The diagnostic of TS was made by clinical features and MRI of the brain, using diagnostic criteria for tuberous sclerosis.

The children were evaluated with clinical examination, ultrasound abdomen, echocardiography and MRI of brain.

The boy presented facial angiofibromas with butterfly distribution covering nose and spreading to cheeks, many prominent hyperpigmented fibrous plaques on his forehead covering a wide area. There were multiple ash-leaf hypopigmented macules on both sides of the trunk and members and confetti-shaped hypopigmented macules on his back. A large connective tissue nevus, designated as a shagreen patch, is seen on lombosacral skin.

Ultrasound of kidneys and liver showed no abnormality. Echocardiography of heart revealed no rhabdomyoma of

cardiac muscle. Ophthalmoscopic examination and orthopedic examination were also normal.

MRI of the brain revealed multiple tubers throughout the cortex and mostly in subependymal and subcortical regions, some of these lesions are partial calcified. Neuropsychiatric evaluation revealed a child who is suffering from autism along with severe mental retardation and epilepsy. The child had disturbances of higher function like orientation in time and place, speech and language. The child also presented with self-mutilating and aggressive behavior.

He has a history of multiple episodes of generalized convulsions. In present his epilepsy is controlled with sodium valproate. Still, intense hypsarrhythmias are common seen on his electroencephalography background.

The girl present a less number of ash-leaf hypopigmented macules on the trunk and members (more than three) compare to her brother. Like her brother, she presented a shagreen patch on sacral region. Ultrasounds of kidneys and liver, echocardiography of heart, ophthalmoscopic examination were normal. MRI of the brain show multiple tubers in the cortex and calcified nodules in subependymal regions.

The girl have a mild retardation in neuropsychiatric acquisitions, with mild attachment and emotional disturbances. It is remarkable the fact that this girl present bilingualism.

She is not suffering from epilepsy, but because of the MRI changes, it is possible that our patient to have certain neurological disorder, like focal subtle crises (partial), that not be identified yet.

#### **Discussion:**

Typical cutaneous findings in tuberous sclerosis are present in over 90% of cases and represent one of the earliest markers of the syndrome.[3]

We observe in our patients that there is a correlation between the multiple cutaneous features and the degree of neuropsychiatric disturbance. The boy present multiple fibrous plaques on the forehead, multiple hypopigmented macules (ash-leaf and confetti-shaped macules), facial angiofibromas and shagreen patch, also he has much severe neuropsychiatric symptoms, compare with his sister.[4,5]

There is a statistically significant relationship between the presence of a forehead plaque and CNS (central nervous system) involvement in TS. Therefore, forehead plaque may be considered as a novel cutaneous marker to know the CNS involvement in TS at an early stage [6,7].

Due to cortical tubers the convulsion is a most common and early feature of this disease. Any type of convulsion from infantile spasm, myoclonic convulsion to persistent tonic convulsion may occur.[8,9] In this case, only the boy is suffering from epilepsy.

In our cases, it is very important the observation that both of the children present similar MRI abnormalities, but only the boy present episodes of convulsions. There

is the possibility that the girl to have neurological affection, but this is not obvious yet, and close observation of this kind of patient is mandatory.

The findings suggest that clinical neuropsychological evaluation should be performed in children and adolescents with TSC even when they have normal global intellectual abilities, no seizures, and no disruptive behaviors.[10] Results suggest that the mechanisms underlying these deficits may include contributions from structural, seizure-related and molecular factors.[11]

#### **Conclusion:**

Cutaneous features of TS are helpful in the early diagnosis of the disease and it correlates with the severity of neuropsychiatric manifestations.

Hypomelanotic macules are especially important for patients with epilepsy or babies whose number in of hypomelanotic macules is more than 3. Forehead plaques can be considered a cutaneous marker for CNS involvement.

When there are few cutaneous manifestations in a patient with tuberous sclerosis, even if the patient doesn't have epilepsy, we should look carefully for minimal neuropsychological abnormalities.

Cranial CT or MRI is of great value in the diagnosis of TS.

**TSC is an extremely heterogeneous disease with a wide clinical spectrum varying from a few hypomelanotic macules to multiple characteristic cutaneous features, from severe mental retardation and incapacitating seizures to normal intelligence and a lack of seizures sometimes within the same family.**

#### **BIBLIOGRAPHY:**

1. W.Weston, Alfred T. Lane – Color textbook of Pediatric Dermatology – Fourth Edition 2007- pag.311-313
2. Jean L Bologna- Dermatology-second edition-2008
3. , , , -High rate of mosaicism in tuberous sclerosis complex - PMID: 10330349 [PubMed - indexed for MEDLINE] - 1999 Apr;64(4):986-92.
4. , , -Renal angiomyolipoma: report of 2 cases of tuberous sclerosis in female siblings – PubMed 1999
5. , , , , -Two half-siblings with tuberous sclerosis, polycystic kidneys and hypertension - - PMID: 6852388 [PubMed - indexed for MEDLINE]-2009 Mar;149A(3):387-95.
6. , , , , -Forehead plaque: a cutaneous marker of CNS involvement in tuberous sclerosis.- - PMID: 18187819 [PubMed - indexed for MEDLINE]-2008 Jan-Feb;74(1):28-31.
7. , , , -Variability of expression in tuberous sclerosis.- - 1986 Nov-Dec;8(6):771-6.
8. -Neurologic manifestations of tuberous sclerosis complex.-PMID: 11898483 [PubMed - indexed for MEDLINE]
9. , , , , , -Dermatologic manifestations of tuberous sclerosis in children. A study of 6 cases- - PMID:

2620923 [PubMed - indexed for MEDLINE]-2009 Jul;20(4):652-4.

10. , , . - Neuropsychological attention deficits in tuberous sclerosis complex (TSC).The Neurodevelopmental Service, Cambridgeshire-PMID: 19215038 [PubMed - indexed for MEDLINE]-2005 Apr-Jun;16(2):193-7.
11. -McClintock -Pubmed - Neurologic manifestations of tuberous sclerosis - 2002

P 47

### STUDIUL ETIOPATOGENIC ȘI CLINIC PE UN NUMĂR DE 864 DE PACIENȚI CU INSUFICIENȚĂ VENOASĂ CRONICĂ

I. Florea, Loredana Elena Stoica, Claudia Cîrstea, Ionica Vais, I. Țolea  
Clinica Dermatologie, UMF Craiova

Insuficiența venoasă cronică (IVC) este una dintre cele mai des întâlnite boli din lume și în pofida acestui lucru ea rămâne frecvent nedignosticată, fiind neglijată și subestimată, atât de pacienți cât și de medici, mai ales în stadiile incipiente. IVC prezintă un spectru foarte larg de manifestări clinice, o particularitate a lor fiind constituită de faptul că sunt afecțiuni "de graniță", de abordare multidisciplinară, interesând în egală măsură mai multe specialități.

Acest lucru este reflectat de faptul că există mai multe clasificări ale IVC, dar cea mai elaborată și acceptată de toate specialitățile este clasificarea CEAP. Manifestările clinice induse de IVC sunt variate și polimorfe.

Autorii prezintă un studiu retrospectiv pe care l-au efectuat pe o perioadă de 6 ani, între 1 ianuarie 2004 și 31 decembrie 2009 pe un număr de 864 pacienți internați în Clinica Dermatologie Craiova care prezentau insuficiență venoasă cronică.

Raportul între sexe a fost de 1,67 în favoarea femeilor.

Vârsta medie a pacienților a fost de 69,6 ani, cu limita cuprinsă între 26 și 91 ani.

Repartiția pacienților cu IVC din lotul de studiu, în funcție de grupele de vârstă arată că IVC are *un maximum de frecvență* la grupa de vârstă 70-79 ani, unde afectează 345 pacienți (39,9%). Repartiția cazurilor după mediul de proveniență arată o predominanță a celor din mediul rural reprezentând 61,8% din cazuri (534 cazuri). Din cele 864 de pacienți cu IVC 62% au prezentat patologie asociată reprezentată de afecțiuni osteo-articulare, diabet zaharat, hipotiroidism, sarcini multiple. *Istoricul bolii* a fost cuprins între 6 luni și 15 ani. Ortostatismul prelungit a fost regăsit la 67,8% dintre pacienți.

Factorii determinanți ai insuficienței venoase cronice au fost: boala varicoasă – 582 cazuri; tromboflebita profundă – 273 cazuri; displaziile venoase – 9 cazuri. Ținând seama de clasificarea CEAP, la lotul pacienților spitalizați, am întâlnit următoarea situație: stadiul C4

(pigmentație, leziune varicoasă, lipodermatoscleroza și atrofia alba Millian) – 42 cazuri; stadiul C5 (ulcer venos vindecat) – 63 cazuri; stadiul C6 (ulcer venos activ) – 759 cazuri.

După localizarea ulcerelor am întâlnit: ulcer de gambă unilateral – 618 cazuri (71,5%); ulcer de gambă bilateral – 246 cazuri (28,5%).

Dintre particularitățile clinice pe care le-am remarcat la cazurile selecționate pentru studiu sunt numărul mare de purtători de varice primitive sau secundare unui proces trombotic și simptomatologia dominantă fiind reprezentată de dermita pigmentară și purpurică. Complicația majoră a insuficienței venoase cronice la bolnavii studiați este dominată de ulcerul cronic mai frecvent la sexul feminin unilateral cu remarcă numărului redus de cazuri cu atrofie albă Milian.

### ETIOPATOGENIC AND CLINICAL STUDY ON A NUMBER OF PATIENTS WITH CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY

Chronic venous insufficiency (CVI) is one of the most common diseases in the world, and despite this, it often remains undiagnosed, being neglected and underestimated, both of patients and physicians, especially in the early stages. CVI has a very broad spectrum of clinical manifestations and one of the features of this disease is that it is a „borderline” affection with a multidisciplinary approach also interesting many specialties.

This is reflected by the fact that there are several classifications of the CVI, but the most developed and accepted by all specialties is CEAP classification. Clinical manifestations induced of CVI are varied and polymorphic.

The authors present a retrospective study which was conducted over a period of six years from 1 January 2004 to December 31, 2009 on a total of 864 patients hospitalized in the Dermatology Clinic Craiova who had chronic venous insufficiency.

Sex ratio was 1.67 for women. The average age of patients was 69.6 years, with a limit of between 26 and 91 years. Distribution of patients with CVI of the study group according to age groups shows that the CVI has a maximum frequency in the age group 70-79 years, which affects 345 patients (39.9%). Distribution of cases by medium show a predominance of those in rural medium accounting for 61.8% of cases (534 cases).

Of all the 864 patients with CVI 62% had associated pathology represented by the osteoarticular disease, diabetes, hypothyroidism, multiple pregnancies. History of disease was between 6 months and 15 years. Prolonged standing was found in 67.8% of patients. Determinant factors of chronic venous insufficiency were varicose disease – 582 cases, deep thrombophlebitis – 273 cases, venous dysplasia – 9 cases.

Given the CEAP classification in the group of hospitalized patients, we encountered the following situation: state C4 (pigmentation, varicose lesions, and

atrophy of white Millian lipodermatosclerosis) - 42 cases, stage C5 (healed venous ulcer) - 63 cases, stage C6 (venous ulcer active) - 759 cases.

After ulcers location we encountered: unilateral leg ulcers - 618 cases (71.5%), bilateral leg ulcers - 246 cases (28.5%).

Among the clinical features we have noted at the cases selected for study are the large number of carriers of primitive or secondary varicose veins and of a thrombotic process and the symptoms are represented dominantly by pigmentary and purpuric dermatitis. Major complication of chronic venous insufficiency in patients of study is represented by chronic ulcer dominated in female sex more frequently observed unilaterally with a reduced number of cases with white atrophy Milian.

**P 48**

**CHISTUL EPIDERMOID**

Smaranda Nica, Adina Dobritoiu, Andreea Popescu, Andra Muscalu, Cristina Tibarna Rozalia Olsavszky  
Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

Chistul epidermoid este o tumora benigna cutanata avand originea in unele componente ale epidermului (parti ale foliculului pilosebaceu, ale conductului excretor al glandei sebacee incluse la nivelul dermului), ce este tapetat de o structura foarte apropiata de cea a epidermului si care contine o substanta gelatinoasa sau solida. Mecanismul etiopatogenic exact este inca neclar, existand mai multe teorii: obstructia foliculului pilosebaceu, implatarea traumatica a fragmentelor/celulelor epidermale in straturile profunde in urma traumatismelor locale si, la nivelul palmelor si plantelor, metaplazia glandelor ecrine in urma infectiei cu HPV(Human Papilloma Virus), subtipurile 57 si 60. Din punct de vedere histopatologic chistul are un perete (format din epiteliu scuamos, stratificat, keratinizat) si un continut (keratina dispusa in lamele concentrice ce sufera deseori o degenerescenta grasoasa). Evolutia chistelor este benigna, insa pot aparea complicatii: pot creste in dimensiuni, se pot rupe, suprainfecta si foarte rar transforma malign. In Clinica I de dermatovenerologie a spitalului Colentina am diagnosticat si tratat patru cazuri diferite ca localizare, forma clinica si istoric. Majoritatea chisturilor nu necesita tratament, insa in caz de nemulțumire legata de aspectul cosmetic sau suprainfectie acestea au indicatie pentru excizia chirurgicala, cum a fost cazul celor patru pacienti prezentati.

**THE EPIDERMOID CYST**

The epidermoid cyst is a benign cutaneous tumor which has its origin in some of the epidermis components (parts of the pilosebaceous follicle, parts of the excretory

duct of the sebaceous gland which are found in the dermis). The cyst consists of a space containing a gelatinous or solid substance surrounded by an epithelial cell wall (with a structure which resembles the epidermis). The exact etiopathogeny is still unclear, but there are different theories: the follicular obstruction, the traumatic implantation of epidermal fragments/cells in the profound layers and, on the palms and soles, the metaplasia of the eccrine sweat duct due to infection with human papilloma virus (HPV) types 57 and 60. From a histopathological point of view the cyst is surrounded by a stratified squamous keratinized epithelial wall cell and has a content made of keratin laid out in concentric lamellae which often bear a fatty degeneration. The cysts evolution is benign, but there can appear complications: they can grow, rupture, become infected and very rarely transform into malignancy. Most epidermoid cysts require no therapy. Common indications for removal are cosmetic complaints and recurrent infections. In this study we showed 4 different cases of epidermoid cysts (different from the point of view of the localization, clinical form and history) seen by us in the I<sup>st</sup> Clinic of Dermato-Venereology of the Colentina Hospital, Bucharest.

**P 49**

**CONSIDERAȚII CLINICE ȘI ETIOPATOGENICE PE MARGINEA UNUI CAZ CLINIC DE SIRINGOCHISTADENOM PAPILIFER**

Carmen Mitrache, medic specialist, Centrul Medical Humanitas  
Daniela Stoica, medic specialist, Hyperclinica Medlife

Siringochistadenomul papilifer este o tumora rara a glandelor anexe sudoripare. Originea ei este subiectul unor dezbateri controversate. Unii autori considera ca este derivata din glandele apocrine, altii ii atribuie o origine in glandele ecrine, iar alte opinii sugereaza ca este vorba de un hamartom dezvoltat din celule pluripotente nediferentiate.

Prezentam cazul unei paciente in varsta de 43 de ani, care solicita consultatie pentru o formatiune globuloasa, exofitica, cu suprafata acoperita de cruste, cu diametrul de circa 1 cm, aparuta de un an la nivelul bratului, din care la presiune se evacueaza uneori un material vascos. Formatiunea a fost excizata si examenul histopatologic descrie un aspect corespunzator siringochistadenomului papilifer.

Syringocystadenoma papilliferum is a rare adnexal tumor. The origin of this tumor is debated. Many authors believe that syringocystadenoma papilliferum is an apocrine derived tumor, for other specialists it represents an eccrine proliferatin or a hamartoma developed from undifferentiated pluripotential appendageal cells.

We present the case of a 43 years old patient who came with a crusted growth on her arm, which she had for the



last year, 1 cm diameter. Pressing the tumor brings out clammy fluid. The tumor was removed and the microscopic examination showed syringocystadenoma papilliferum.

operată în urmă cu 3 ani de neoplasm uterin pentru care a făcut și câteva sedinte de chimioterapie). Examenul histopatologic cu colorație Masson a pus diagnosticul de piloleiomiome.

## P 50

**GRANULOAME PIOGENICE ERUPTIVE**

Monica Mincea , Rodica Badea ,Cristina Baron , Dana Nica  
Clinica II Dermatologie , Spitalul Clinic Colentina

Granulomul piogenic este o formațiune tumorală angiomatoasă, care se dezvoltă rapid postraumatic și se poate suprainfecta microbial.

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 26 de ani, din mediul urban, care s-a adresat clinicii noastre pentru multiple leziuni tumorale emisferice, rosietice, cu diametru 0,3-1 cm, consistente moale, acoperite de cruste negricioase, localizate la nivelul nasului, santului nazolabial și buzei superioare. Leziunile evoluează de o luna și sângerează spontan sau după traumatisme minore. S-a pus problema unui diagnostic diferențial cu angiomatoza bacilară la pacientii HIV pozitiv, sarcomul Kaposi sau angiokeratoamele. Testul HIV a fost negativ, iar aspectele histopatologice și imunohistochimice au fost sugestive pentru granulomul piogenic. Tratamentul a constat în excizia chirurgicală a leziunilor urmata de electrocauterizarea bazei.

Recurențele în cazul granulomului piogenic sunt frecvente, astfel este importantă educarea pacientului în vederea evitării factorului traumatic.

## P 51

**LEIOMIOAME CUTANATE**

Drăgună Daniil, Partenie Cornelia, Belmega Călin  
Spitalul Județean de Urgență 'Sf. Pantelimon' Focșani

Leiomiomele cutanate sunt tumori benigne dezvoltate pe seama unor fibre musculare netede din piele. Aceste tumori sunt clasificate în piloleiomiome, leiomiome genitale și angioliomiome.

Cel mai frecvent întâlnite sunt leiomiomele intradermale dezvoltate plecând de la mușchii erectori ai firului de păr.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 45 de ani cu numeroase formațiuni nodulare solide de culoare roz - roșu. Pacienta acuza local ușoară senzație de prurit, însă leziunile erau dureroase la palpare.

Primele leziuni au apărut în urma cu 2 luni în regiunea inghinală dreaptă ulterior s-au extins pe coapsa dreaptă și regiunea inferioară a abdomenului. Aspectul clinic al leziunilor a impus diagnosticul diferențial cu tumori anexiale ale pielii sau metastaze cutanate (pacienta fiind

## P 52

**SINDROMUL BLUE RUBBER BLEB NEVUS**

Facultatea de Medicina și Farmacie Oradea  
Turda C., Fratila S., Brihan I., Kovacs D.

Este un sindrom caracterizat prin multiple malformații venoase cutanate asociate cu leziuni viscerale: gastrointestinale (cele mai frecvente), ale sistemului nervos central, oaselor, tiroidei, paratiroidei, ochilor, cavității bucale, plămânilor, rinichilor, ficatului, splinei, sistemului musculo-scheletic.

Este o afecțiune rară; în lume au fost raportate aproximativ 150 de cazuri, de aceea am considerat important să raportăm un nou caz, acela al unui barbat: BM, în vârstă de 53 de ani, care a fost consultat în serviciul de dermatologie al Spitalului Clinic de Urgență Oradea, fiind trimis din serviciul de neurologie, unde era internat pentru un atac cerebral.

Etiologia bolii este necunoscută. Cele mai multe cazuri sunt sporadice, dar au fost raportate și cazuri cu transmitere autosomal dominantă, precum este cel mai probabil și cazul nostru, având în vedere că pacientul are o sora cu aceleași "semne" pe trunchi, carora nu le-au dat nici unul importantă, sora care la 38 de ani suferit un atac cerebral.

Examenul clinic a pus în evidență multiple leziuni proeminente, pseudobulbare rotunde ovale, asemănătoare unor saci plini de sange, compresibile-care se refac rapid după eliberarea presiunii- cu suprafața netedă dar ridată, de culoare albastru închis; dimensiunea leziunilor este cuprinsă între 0,5-1cm, dar variază; sunt localizate pe toracele anterior, dispersate, și la nivelul antebrațului dr, asimetric, asimptomatice.

La nivelul regiunii hipogastrice drepte prezintă leziuni asemănătoare, dar de dimensiuni mai mari, cu aspect cavernos, care formează un conglomerat.

Deși diagnosticul este susținut doar pe baza anamnezei și a examenului clinic, considerăm importantă atât semnalarea unui nou caz, cât și atenționarea pacientului în legătura cu existența bolii și a complicațiilor posibile, dar mai ales a colegilor din alte specialități referitor la analizele complementare necesare diagnosticului complet, tratamentului și supravegherii bolnavului.

P 53

**NEV SEBACEU JADASSOHN CU LOCALIZARE LA NIVELUL FEȚEI**Brihan Ilarie, Kovacs Denisa  
Universitatea Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie

Nevul sebaceu, descris de Jadassohn in 1895, este o tumoră hamartomatoasă, formată prin hiperpazia glandelor sebacee, cu localizare în principal la nivelul scalpului și mai rar pe față, cu risc de malignizare ce crește o dată cu vârsta, putându-se transforma în diverse tipuri de carcinoame: bazocelular, ecrin, spinocelular, sebaceu sau apocrin. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 52 ani care se adresează serviciului dermatologic pentru prejudiciul cosmetic adus de o formațiune tumorală prezentă de la naștere. Clinic, în șanțul nazo-genian stâng prezintă o formațiune tumorală de 2/1 cm cu aspect papilomatos, având culoarea pielii, iar adiacent de ea, o formațiune exofitică rotundă, cu suprafața keratozică. Se practică excizie chirurgicală cu margini de siguranță. Examinarea histopatologică precizează diagnosticul de nev sebaceu Jadassohn și alăturat de el, un papilom diskeratozic, hiperparakeratozic. Concluzii: localizarea nevului sebaceu la nivelul feței este mai puțin obișnuită, putând preta la confuzii de diagnostic clinic. Pe lângă hiperplazia sebacee pot apare și malformații ale epidermului. Deși s-au făcut încercări de tratament cu laser CO<sub>2</sub>, terapie fotodinamică, 5-fluorouracil sau tretinoin topic, metoda cea mai sigură rămâne și în prezent excizia chirurgicală.

P 54

**CARCINOAME CUTANATE - ASPECTE CLINICE INSOLITE, REZULTATUL UNOR INTERACȚIUNI MULTIFACTORIALE (P)**Viorica MARINESCU, Viorel Trifu, Cristina Allexândroiu, Mădălina JOSANU, Sorina CHIVU  
Spitalul Universitar de Urgență Militar Central "Dr. Carol Davila"- Secția Clinică Dermatologie

Carcinoamele cutanate sunt neoplazii ale pielii provenite din epiteliul cutanat, al mucoaselor și al anexelor pielii, reprezentând 4/5 din totalitatea cancerelor cutanate. Prezentăm cazurile mai multor pacienți care au fost internați în clinica noastră pentru rezolvarea chirurgicală a unor tumori cutanate unice sau multiple, cu aspecte clinice deosebite, confirmate histopatologic ca fiind carcinoame bazo- sau spinocelulare. Am studiat implicarea factorilor individuali și de mediu în producerea acestor neoplazii. Vârsta, tipul rasial, fototipul cutanat au fost luați în discuție ca factori individuali, iar ca factori de mediu s-a

studiat influența agenților fizici (radiatiile ultraviolete A,B), a celor chimici (medicamente, alcool, fumat), a infecțiilor virale și a imunosupresiei.

Cancerle cutanate au o etiologie multifactorială, fiind rezultatul unor interacțiuni complexe între factori genetici, fizici și biologici. Aceștia determină pierderea balanței între producerea și moartea celulară. Se remarcă rolul important al radiatiilor ultraviolete, expunerea excesivă la soare fiind cel mai frecvent implicată în producerea carcinoamelor cutanate.

P 55

**EPITHELIAL PRECANCERS ASSOCIATED WITH CUTANEOUS CARCINOMAS - STUDY ON 168 CASES**

Vilcea Alina Maria\*, Pătrașcu V.\*, Vilcea I.D\*\*, Mogoant? L.\*\*\*, Șeighiu Cristina\*

\* Dermatology Clinic, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

\*\* IInd Surgery Clinic, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

\*\*\* Histopathology Department, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

Background. The seriousness and continuous increased of cutaneous cancers knows and it makes account of early detection and treatment of precancerous lesions. Cutaneous precancers are skin lesions with chronic evolution that can transform into cutaneous cancers, some of them being important because of the high frequency to chronic sun exposed population.

Objective: to assess the percentage of association of epithelial precancers lesion with cutaneous carcinomas. Methods. This retrospective study was performed on 168 patients diagnosed with different types of cutaneous precancers and carcinomas, hospitalized in Dermato-venerology Clinic of Craiova, between 1.01.2009-31.12.2009. Dermatological examination, lab exams, surgical excision, histopathologic exam performed at all patients. The patients were distributed by sex, age, and environment; also, it was noted lesion localization and results of histopathologic exam.

Results. There were 64 males (38%) and 104 females (62%). Patient's age ranged from 30 to 90 years, 109 (64.88%) of the patients were from the rural environment and 59 (35.12) from urban.

Actinic keratoses are the most frequent precancerous lesions observed in our study, observed to 121 cases (72%). These lesions occur to both sexes, being predominated to patients from rural environment. Keratozic cheilitis were observed to 16 cases (9.52%), keratochantomas were observed to 21 cases (12.5%), cutaneous horn to 11 cases, Bowen's disease to 1 case. In 71 cases (42.26%) precancerous lesion were associate with cutaneous carcinomas, 86 percent from them being basal cell carcinomas. 61 cases (36.3%) presented

multiple actinic keratoses associated with basal cell carcinomas.

Conclusions. The epithelial precancerous lesions occur more frequently to people from rural environment, especially actinic keratoses, keratoacanthomas, and actinic cheilitis. Association between precancerous lesions and cutaneous carcinomas to 46 percent of cases justified the high risk of development of cutaneous carcinomas in the presence of these lesions. Actually untreated lesions are considered potential curable cancers from molecular and histological point of view.

P 56

### BASAL CELL CARCINOMAS DEVELOPED ON CHRONIC RADIODERMATITIS CONCERNING TWO CLINICAL CASES

Vilcea Alina Maria\*, Pătrașcu V.\*, Vilcea I.D\*\*, Irina Stoicescu\*, Claudia Valentina Georgescu\*\*\*

\* Dermatology Clinic, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

\*\* IInd Surgery Clinic, University of Medicine and Pharmacy of Craiova, Romania

\*\*\* Pathology Department, Emergency Hospital of Craiova, Romania

Chronic radiodermatitis may appear in area of irradiation after radiotherapy or in context of prolonged exposure to radiologists. After many years, carcinomas can arise to 10-34 percent of these cases.

Aims. The authors present the clinical and evolutive aspects of chronic radiodermatitis concerning two suggestive clinical cases.

Methods. Case 1. We present the case of a female patient, 65 years old, from urban environment, with chronic sun exposure history, admitted in our clinic for the presence of a tumor with keratotic surface on vaccination scar on the left arm for two years. From the history we mention: tinea capitis treated in childhood with X-ray, chronic radiation keratoses arisen of irradiated scalp 30 years ago, multiple facial actinic keratoses and basal cell carcinoma developed on the scalp treated surgical. Fifteen years ago the cutaneous cancer on the scalp had reappeared, patient being treated with topical chemotherapy.

Case 2. A female patient, 56 years old, admitted in our clinic for arise of the small persistent ulcerated lesion on the irradiated field of the face cutaneous hemangioma, 6 months ago.

From the history, we mention: 10 years after X-ray radiation for cutaneous hemangioma appear poikiloderma. Three decades later on poikiloderma area arise a persistent cutaneous lesion misinterpretation like eczema.

Results. On the base of past medical history, clinical and lab exams we established for the first case the diagnosis of basal cell carcinoma and cicatricial alopecia of the scalp, actinic cheilitis, actinic keratosis of the left arm

and rosacea. We opted to the excision of the keratotic lesion. The patient refused the treatment for the basal cell carcinoma of the scalp. In the second case, the presumptive diagnosis of malignant transformation was confirmed by the histopathological exam and we opted for electrocoagulation of the lesion.

Conclusions. Considering the possibility of malignant transforming of chronic radiodermatitis these patients requires active therapeuticaly measures and continuous surveillance. In addition, this therapeutic method must used with more discernment.

P 57

### EPITELIOMATOZĂ BAZOCELULARĂ A SCALPULUI POST RADIOTERAPIE PENTRU TINEA CAPITIS ÎN COPILĂRIE

Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Mihaela Anca Mălin, Viviana Dănăilă, Tereza Salajan, Alice Rusu, Monica Costescu, Mariana Costache\*

Spitalul Clinic de Dermatologie „Prof.Dr. Scarlat Longhin” Bucuresti  
\* Institutul Național „V.Babes” Bucuresti

De la descoperirea întâmplătoare a razelor X în 1895 și până la demonstrarea efectelor nocive ale acestora pe termen lung, ele au fost utilizate în scop terapeutic într-o gamă largă de afecțiuni. Astfel se tratau prin röntgenterapie nu numai unele neoplazii, dar și psoriazisul, acnea, lupusul tuberculos, *tinea capitis*, verucile etc., fiind chiar folosită și în scop cosmetic - pentru epilare. În timp rolul carcinogenetic al radiațiilor ionizante a devenit evident, iar indicațiile s-au restrâns foarte mult. Cancerile induse de acest tip de radiații însumează aproximativ 1% din totalul tumorilor maligne și sunt în principal reprezentate de carcinomul spinocelular și de cel bazocelular.

În clinica noastră au fost tratați mai mulți pacienți diagnosticați cu epiteliomatoză bazocelulară după o latență de zeci de ani de la tratamentul cu raze X efectuat în copilărie pentru *tinea capitis*. Dintre aceștia aducem în atenție cazul unei paciente în vârstă de 75 ani, din mediul rural care se adresează clinicii noastre pentru apariția la nivelul scalpului a unor formațiuni tumorale ulcerate acoperite de cruste. Anamneza relevă istoricul de *tinea capitis* în copilărie (la vârsta de 6 ani) pentru care s-a apelat la radioterapie epilatorie. Formațiunile tumorale de la nivelul scalpului evoluează cu creștere lentă în dimensiuni și ulcerare de aproximativ 15 ani pe un fond de atrofie cutanată, cu telangiectazii și alopecie difuză. În urmă cu 6 ani pacienta a mai fost internată într-o secție de dermatologie unde i-a fost electrocauterizată o leziune tumorală de la nivel frontal pe care nu o poate preciza.

Diagnosticul clinic de etapă a fost de epiteliomatoză bazocelulară a scalpului dezvoltată pe radiodermită cronică.

S-a efectuat chiuretajul leziunilor tumorale - cu prelevare de material biptic pentru examenul histopatologic - urmat de electrocauterizare. Rezultatul examenului histopatologic a confirmat suspiciunea clinică. Pacienta a prezentat o evoluție locală favorabilă postintervențională și a fost externată.

Particularitatea cazului constă în apariția formațiunilor tumorale pe fondul unei radiodermite cronice determinate de röntgenepilația administrată în copilărie pentru tinea capitis. Din cauza efectelor secundare observate de-a lungul timpului, dar și datorită introducerii primelor antifungice sistemice (în 1959), această metodă de tratament pentru tinea capitis a fost demult îndepărtată din practica medicală, așa încât astfel de cazuri sunt din ce în ce mai rar întâlnite.

#### **MULTIPLE BASAL CELL CARCINOMAS OF THE SCALP SECONDARY TO CHILDHOOD RADIOTHERAPY FOR TINEA CAPITIS**

From the accidental discovery of X rays in 1895 to the substantiation of their long term side effects, they have been used for therapeutic purposes in a wide variety of dermatologic conditions. Thus radiotherapy was being used not only in case of certain neoplasias, but also for psoriasis, acne, tuberculous lupus, tinea capitis, warts etc.. It was being used even for cosmetic purposes - for epilation. With time, the carcinogenic role of the ionizing radiations became obvious and their indications became very restrictive. The cancers induced by this type of radiation total up to 1% of all the malignant tumours and are mainly represented by squamous and basal cell carcinomas.

In our hospital there have been treated several patients diagnosed with multiple basal cell carcinomas occurring after decades of latency secondary to childhood radiotherapy for tinea capitis. Of those, we bring to the attention the case of a 75 years old woman that addresses our clinic for the appearance of numerous ulcerated tumor formations covered by crusts. The anamnesis reveals the medical history of childhood tinea capitis (at the age of 6) treated with X rays (epilatory radiotherapy). The tumor formations have been evolving on the scalp for approximately 15 years, presenting a slow growth and ulcerations on a background of skin atrophy with telangiectasia and diffuse alopecia. Six years ago, the patient was hospitalized in a dermatology clinic where she had electrocauterized a frontal tumor that she can not specify.

At this point the clinical diagnosis was multiple basal cell carcinomas occurring on chronic radiodermatitis. The tumor lesions were removed by curettage followed by electrocautery. Biopsy material was sampled and sent for examination. Histopathology results confirmed the clinical suspicion. The patient had a good recovery and was discharged shortly after the intervention.

The particularity of the case consists in the appearance of tumor formations on a background of chronic radiodermatitis induced by epilatory radiotherapy

during childhood for tinea capitis. Because of the side effects observed over time and also due to the introduction of the first systemic antifungal (in 1959), this method of treatment for tinea capitis was removed from the medical practice. Thus the small and continuously decreasing number of such cases.

P 58

#### **ASOCIEREA EPITELIOM BAZOCELULAR –CARCINOM SPINOCELULAR PE FOND DE KERATOZE ACTINICE**

Lavinia Oros\*, Roxana Homolka\*, Miriam Jumanca\*,  
Dragoș Teodorescu-Brânzeu\*, Persa Ghițulescu\*, Virgil Feier\*  
\* Clinica de Dermatologie, U.M.F. Timișoara

Epiteliomul bazocelular (basal cell carcinoma- BCC) este cel mai frecvent întâlnit cancer cutanat (80%), urmat ca frecvență -16% - de carcinomul spinocelular (squamous cell carcinoma – SCC). Ambele tipuri de tumori apar în special pe zonele expuse cronic la radiații ultraviolete, mai ales la persoanele cu ten deschis, 70% din leziuni fiind distribuite la nivelul segmentului cefalic (cap și gât). Keratozele actinice (KA) se prezintă sub forma unor pete și plăci hiperkeratozice, cu o bază eritematoasă acoperită de scuame. Un studiu recent apreciază că aproximativ 65% din SCC și 36% din BCC apar pe sediul unor KA preexistente.

Prezentăm aici cazul pacientei L.V., în vârstă de 72 ani, cu fototip II, din mediul rural, care se prezintă în clinica noastră pentru evaluarea unor leziuni la nivelul feței, lent progresive. Pacienta prezintă multiple plăci maronii sau rozate, aspre, keratozice, pe frunte; un corn cutanat de dimensiuni impresionante (4 cm) cu baza globuloasă, de consistență fermă, temporal dreapta și o leziune cu contur poligonal, rozată, cu periferia bordurată, perlată inconstant, cu cruste hemoragice pe alocuri, dispusă la nivelul șei nasului.

Se practică biopsia, urmată de tratamentul curativ local (excizie, electrocauterizare). Leziunile sunt confirmate histopatologic drept carcinom scuamocelular și carcinom bazocelular.

Cazul de față dovedește posibilitatea coexistenței BCC și SCC, pe fond de "sun-damaged skin" (keratoze actinice, telangiectazii, riduri, lentigine). Evoluția post tratament a fost bună, dar pacienta necesită o reevaluare periodică (pentru a detecta precoce un eventual BCC și/sau SCC).

#### **BASAL CELL- SQUAMOUS CELL CARCINOMA COEXISTENCE ON A "SUN DAMAGED SKIN"**

Basal cell carcinoma (BCC) is the most common skin cancer in humans (80%), followed by squamous cell carcinoma (SCC); BCC and SCC typically appear on sun exposed skin, with a high frequency in fair skin individuals, 70% of lesions arising on the head or neck. Actinic keratoses (AK) appear as hyperkeratotic spots or

plaques, barely perceptible or elevated, with an erythematous base covered by scale. A recent study found that nearly 65% of primary SCC and 36% of primary BCC arise from preexisting AK.

We present the case of a female patient, 72, skin phototype II, a housewife from rural area, with slowly progressive facial lesions. The patient exhibits multiple discrete, keratotic, brown to pink plaques located on the forehead, a cutaneous horn (4 cm) on a raised, firm papule on the right temporal area and a polygonal, pink lesion, with a rolled, multinodular border, partially covered with crusts, on the nose bridge.

Biopsy was followed by excision and cauterization; histopathology confirmed the diagnosis of BCC and SCC.

The case presented proves the possibility of BCC-SCC coexistence on a "sun damaged skin". Post treatment evolution was fine, but the patient still requires constant dermatological surveillance (for early detection of new BCC and/or SCC).

P 59

#### **MULTIPLE CARCINOAME SPINOCELULARE ȘI SEBACEE SIMULÂND EPITELIOMATOZA BAZOCELULARĂ**

Belmega Călin, Drăgună Daniil, Partenie Cornelia  
Spitalul Județean de Urgență 'Sf. Pantelimon' Focșani

Prezentăm cazul unui bărbat de 70 de ani cu fototip cutanat Fitzpatrick II de profesie agricultor cu multiple formațiuni tumorale cu diametru de 1-3 cm la nivelul feței și toracelui postero-superior.

Deși formațiunile tumorale au apărut pe o piele agresată actinic, aspectul clinic al acestora sugera o epitelio-matoză bazocelulară.

Însă examenele histopatologice efectuate de la nivelul leziunilor au relevat prezența de epiteloame spino-celulare și carcinoame sebacee.

Spre deosebire de epiteloamele bazocelulare, carcinoamele spino-celulare și sebacee au o agresivitate locală mai mare, precum și risc de metastazare, ceea ce impune revizuirea schemei de tratament.

Subliniem importanța efectuării examenului histopatologic chiar dacă examenul clinic este sugestiv pentru o anumit tip de formațiune tumorală cutanată.

P 60

#### **CARCINOMA ERYSIPELATOIDES LA O PACIENTĂ CU NEOPLASM MAMAR.**

Iuliana Marcu, Virginia Chițu, Dorina Giurcăneanu, Alina M. Maxim, Alina E. Cipi, Roxana Tănase

Metastazele cutanate afectează între 5 și 10 % din pacienții cu neoplazii, valori ce variază în funcție de tipul cancer și de localizarea acestuia. Zonele cel mai adesea afectate de metastazele cutanate sunt toracele anterior, abdomenul și scalpul. Metastazele cutanate pot fi consecința: diseminării limfatice sau hematogene, infiltrării directe a pielii de către tumora subiacentă sau favorizate de proceduri terapeutice. Cancerul de sân la femeii este cel mai frecvent implicat în apariția metastazelor cutanate. Formele clinice pe care le pot îmbrăca metastazele cutanate într-un cancer de sân sunt multiple: carcinoma en cuirasse (scirrhous carcinoma), carcinoma telangiectaticum, carcinoma erysipelatoides, alopecia neoplazică cicatriceală, etc.

Carcinoma erysipelatoides denumit și carcinom inflamator imită aspectul clinic al unui erizipel, dar febra este absentă. Aria inflamatorie poate prezenta o margine reliefată, activă și edem secundar obstrucției limfatice. Histopatologic inflamația este redusă sau absentă, în schimb se observă celule neoplazice în vasele dermale dilatate.

Carcinoma telangiectaticum este o formă rară de metastază cutanată ce poate apare în neoplasmul de sân. Se manifestă clinic prin mici papule roze sau violacee, papulovezicule și telangiectazii. Telangiectaziile pot fi discrete făcând diagnosticul dificil deoarece celulele tumorale sunt rare sau pot să fie proeminente putând îmbrăca un aspect de tip angiosarcomatos. Alteori îmbracă aspect de limfangioma circumscriptum like. Carcioma telangiectaticum se asociază de cele mai multe ori cu carcinoma eryzipelatoides.

Carcinoma en cuirasse denumit și scirrhous carcinoma se caracterizează printr-o infiltrare neoplazică difuză a pielii care îi conferă un aspect indurat, sclerodermoid, histopatologic existând fibroză și celule tumorale dispuse în șiruri.

Alopecia neoplazică este una din cauzele de alopecie cicatriceală la femei.

Caz clinic: Pacienta M.E. în vârstă de 82 de ani, cu HTA, AVC în antecedente, a solicitat consult pentru apariția de modificări de culoare, consistență la nivelul sânelui stâng, observate de nora sa. Nu s-a putut stabili durata evoluției anamneza fiind dificilă. La examenul obiectiv s-a constatat la nivelul sânelui sâng: mărire de volum, eritem roz-pal, neuniform, presărat cu ectazii vasculare, papule eritematoase cu dimensiuni între 2-5mm, exista de asemenea căldură locală și sensibilitate la palpare. La nivelul langhetei stangi exista o placă tumorală de 4-5 cm, alcătuită din papule și noduli eritemato-violacei, acoperiți de cruste gălbui. La nivelul axilei stângi exista

adenopatie. Aspectul clinic a pledat pentru diagnosticul de metastază cutanată într-un neoplasm mamar, ecografia de sân a confirmat existența unei mase tumorale la nivelul sânelui afectat, biopsia efectuată la Institutul Oncologic București confirmând prezența cancerului de sân. Caracteristicile tegumentului de la nivelul sânelui afectat au permis încadrarea ca metastaze cutanate cu trăsături mixte de tip carcinoma erysipelatoides și de carcinoma telangiectaticum. Din nefericire prognosticul unui neoplasm diagnostic în stadiul de metastaze cutanate este rezervat.

P 61

### **METASTAZE CUTANATE DE TIP ERIZIPELOID LA O PACIENTĂ CU CARCINOM DE SÂN**

Mihaela Tovar, Adriana Teodorescu, Adriana Enache, Carmen Mitrache\*, Mircea Tampa, Simona-Roxana Georgescu, Irina Tudose

Spital Clinic de Dermatologie "Prof.dr. Scarlat Longhin", Bucuresti  
\* Policlinica Humanitas, Bucuresti

Metastazele cutanate reprezinta insamantarea celulelor canceroase ce au originea intr-o neoplazie interna la nivelul pielii. La femei, cele mai frecvente neoplazii care metastazeaza la piele sunt cancerul de san (69%), de colon (9%) si melanomul malign (5%). Cancerul de san metastazat la piele se poate prezenta sub forma unei eruptii erizipelatoide numita Carcinoma erysipelatoides, sub forma unei scleroze metastatice cu aspect de coaja de portocala, cu noduli si ulceratii, numita Carcinoma en cuirasse sau sub forma unor placarde cu telangiectazii si dilatatie limfatice, numit Carcinoma telangiectoides. Prezentam cazul unei paciente in varsta de 60 de ani care s-a prezentat in clinica noastra in mai 2010 pentru un placard eritematos, extrem de bine delimitat, dur la palpare, cu margini usor elevate, usor exudativ, asimptomatic, situat pe toracele anterior si in regiunea mamara stanga, cu debut de circa o saptamana, dupa ce a efectuat o ecografie mamara. Pacienta a fost diagnosticata in iulie 2007 cu carcinom mamar ductal pentru care s-a practicat mastectomie radicala san stang modificata tip Madden, urmata de mai multe serii de polichimioterapie cu docetaxelum (Taxotere) si capecitabinum (Xeloda), precum si cobaltoterapie si ulterior s-a pastrat in schema de tratament doar Xeloda, pana in prezent.

Aspectul clinic a ridicat la inceput suspiciunea unei dermite de contact la substanta folosita la ecografie. Avand in vedere antecedentele de carcinom mamar ale pacientei, ne-am gandit si la o metastaza cutanata de tip Carcinoma erysipelatoides, motiv pentru care s-a practicat biopsie. In asteptarea rezultatului biopsiei, la nivelul placardului au aparut numeroase leziuni nodulare rotund-ovalare, exofitice, de consistenta crescuta la palpare, unele ulcerate sau acoperite de cruste, cu aspect net de metastaze cutanate nodulare.

Examenul histopatologic a sustinut suspiciunea noastra de diagnostic. Pacienta a fost reindrumata catre serviciul de oncologie.

Metastazele cutanate pot avea aspecte clinice variabile si pot mima leziuni cutanate benigne. In cele mai multe cazuri, metastazele cutanate apar dupa un diagnostic initial a unei neoplazii interne si de obicei tardiv in cursul bolii. In foarte rare cazuri, ele pot aparea in acelasi timp sau pot precede descoperirea tumorii primare interne. In general, metastazele cutanate implica un prognostic rezervat deoarece reprezinta evidenta diseminarii sistemice a unei neoplazii primare. Durata medie de supravietuire a pacientilor cu metastaze cutanate este de aprox 7,5 luni de zile.

### **ERYSIPELAS-LIKE CUTANEOUS METASTASES IN A PATIENT WITH BREAST CARCINOMA**

Skin, or cutaneous, metastases refer to growth of cancer cells in the skin originating from an internal cancer. The most common malignancies to metastases to the skin in women are breast (69%), colon (9%) and malignant melanoma (5%). Metastatic breast cancer can present as an erysipelas-like eruption known as Carcinoma erysipelatoides, as an orange-peel-like metastatic sclerosis, with nodules and ulcerations, known as Carcinoma en cuirasse, or as red patches with numerous blood vessels (telangiectases) or lymphatic vessels (lymphangioma-like), called Carcinoma telangiectoides. We present the case of a 60 years old female patient who came to our clinic in May 2010 with an erythematous patch that was very well delimited from the surrounding healthy tissue, hard at palpation, with slightly elevated borders and a bit exudative, non-symptomatic, situated on the anterior thorax and the left mammary region. The lesion debuted a week before the presentation, after the patient had undergone a mammary ultrasound. The patient was diagnosed in July 2007 with ductal mammary carcinoma, for which she suffered modified radical mastectomy Madden type of the left breast, followed by several series of polychemotherapy with docetaxelum (Taxotere) and capecitabinum (Xeloda), and cobalt therapy. From that moment until present, Xeloda had been the only treatment kept.

The clinical aspect of the lesion first raised the suspicion of a contact dermatitis to the substance used for the ultrasound. Considering the patient's history with mammary carcinoma, we also took into account the possibility of a cutaneous metastasis, Carcinoma erysipelatoides type, therefore we practiced a biopsy. During the expectancy for the biopsy results, numerous nodular, round-ovalary, exophytic and with a high consistency at palpation lesions appeared on the patch region. Some were ulcerated or covered by crusts, with a clear aspect of nodular cutaneous metastases. The patient was immediately recommended to search oncologic advice.

Cutaneous metastases can have variable clinical appearances and can mimic benign skin lesions. In most

cases, cutaneous metastases develop after the initial diagnosis of the primary internal malignancy and late in the course of the disease. In very rare cases, skin metastasis may occur at the same time or before the primary cancer has been discovered. Generally, cutaneous metastases herald a poor prognosis because they are the evidence of a systemic spread to other sites of a primary internal malignancy. The average survival rate of patients with cutaneous metastases is approximately 7.5 months.

## P 62

**METASTAZE CUTANATE IN LLC****Caz clinic**

Leucemia limfatică cronică este o boală a țesutului limfatic, caracterizată prin acumularea de limfocite mici, incompetente imunologic, adenopatii bilaterale și simetrice și splenomegalie. Apar de obicei după 50 de ani și este de două ori mai frecventă la bărbați decât la femei, fiindu-i specifică proliferarea excesivă a limfocitelor mici, areactive, care invadează toate regiunile disponibile. Astfel, apar cele două manifestări principale: infiltrarea organelor (adenopatii, splenomegalie, insuficiența medulară etc.) și tulburări imunologice.

Prezentăm cazul unui bărbat în vârstă de 55 de ani care se prezintă în clinica noastră pentru o erupție maculo-papuloză pruriginoasă dispusă pe trunchi și în rădăcina membrilor, simptome aparute de câteva luni. La examenul clinic local: scădere ponderală, adenopatii cu diam. de până în 6 cm, splenomegalie și hepatomegalie. Investigațiile de laborator au arătat: leucocite 169.000/ul, limfocite 100.000 u/l, trombocitopenie, anemie, ldh crescut, hiperuricemie, glicemie crescută, proteinurie și retenție azotată. Biopsia cutanată și cea medulară au susținut diagnosticul de LLC cu celula mică B și metastaze cutanate. Pacientul a fost îndrumat către clinica de hematologie unde s-a inițiat tratamentul cu leuceran, cu evoluție bună clinică: regresia adenopatiilor și a splenomegaliei.

## P 63

**LEUKEMIA CUTIS: PREZENTARE CAZ**

Rodica Trifu\*, Amalia Anghel\*, Simona Roxana Georgescu\*, Irina Tudose\* Ilinca Nicolae\*, Maria Grigore\*, Florica Stăniceanu\*\*

\*Spitalul Clinic de Dermatovenerologie Prof. Dr. Scarlat Longhin\*  
\*\* Spitalul Clinic Universitar Colentina

**Introducere**

Leukemia cutis reprezintă infiltrarea cu leucocite neoplazice sau precursori ai acestora, în epiderm, derm, sau țesut subcutanat, rezultând leziuni cutanate identificabile clinic. Cel mai frecvent, leukemia cutis a fost descrisă la pacienții cu leucemii mieloidă și limfoide. Poate fi întâlnită în leucemia mieloidă acută/cronică, leucemia limfocitară acută/cronică, leucemia promielocitară și sindroame mielodisplazice. La acești pacienți implicarea pielii este asociată cu transformarea histologică agresivă și progresia bolii. La aproximativ 7% dintre pacienții cu leukemia cutis, boala localizată apare înainte de infiltrarea măduvei osoase sau simptomatologie sistemică (alukemia cutis sau leucemie primară extramedulară-EML). Tratamentul este chimioterapic specific/radioterapic sub urmărirea medic hematolog și oncolog.

**Prezentare caz**

Vom prezenta cazul unui pacient, D.M., în vârstă de 61 ani, salariat, din mediul urban, fără antecedente personale patologice semnificative, care prezintă de aproximativ 2 luni, în progresie, plăci infiltrate eritemato-edematoase, cu contururi curbilini și insule de piele sănătoasă la nivel facial și leziuni papulo-nodulare, cu diametre cuprinse între 1-4 cm, eritemato-violacee, intense colorate, fără scuame/cruste/ulcerații, în jurul cărora se descriu panze eritemato-scumopuloase necaracteristice, izolate/confluate, intense pruriginoase, dispuse la nivelul trunchiului antero-posterior, predominant în 1/2 superioară. Probele paraclinice uzuale în limite normale. S-a efectuat examen biopsic ce notează proliferare de celule de talie medie/mare cu nucleu tahicrom, centru neregulat, nucleoli vizibili situată difuz interstițial, focal vag nodular, perivascular și perianexial. S-au efectuat teste imunohistochimice ce relevă: MPO, CD68, CD34 pozitiv zonal în proliferarea tumorală, CD 34 pozitiv în vasele sanguine; CD 20 pozitiv în rare limfocite B reactive; CD3 pozitiv în rare limfocite T reactive; AE1-AE3 și Lu5 pozitiv în epiderm și anexele cutanate, negativ în proliferarea tumorală; CD 15 pozitiv în rare granulocite; CD 117 pozitiv în rare mastocite și celulele stratului bazal al epidermului și epitelului malpighian folicular; CD 33 slab pozitiv în tumoră; CD 13 și CD30 negativ; concluzia fiind de leukemia cutis (determinare cutanată de leucemie mieloidă). S-a efectuat consult hematologic ce nu decelaează modificări evidente. S-a recomandat consult interdisciplinar hemato/oncologic cu stabilirea unei conduite terapeutice.

**Discuție**

Este de notat la acest caz amploarea afectării dermatologice, în aparentă stare de sănătate, cu probe biologice curente normale, fără afectare hematologică evidentă, în aceste condiții stabilindu-se diagnosticul de leukemia cutis. Cu toate acestea se impune un tratament precoce hemato/oncologic pentru ameliorare supraviețuirii.

**LEUKEMIA CUTIS – CASE PRESENTATION****Introduction**

Leukemia cutis is the infiltration of neoplastic leukocytes or their precursors in the epidermis, dermis or subcutaneous tissue, resulting in skin lesions clinically identifiable. Most commonly, leukemia cutis was described in patients with myeloid and lymphoid leukemias. It can be found in acute/chronic myeloid leukemia, acute/ chronic lymphocytic leukemia, promyelocytic leukemia and myelodysplastic syndromes. In these patients, skin involvement is associated with aggressive histological transformation and progression. Approximately 7% of patients with leukemia cutis, localized disease is found before the infiltration of bone marrow and systemic symptoms (leukemia cutis or primary extramedullary leukemia-EML). Specific treatment is chemotherapy / radiotherapy with hematologist and oncologist doctors supervision.

**Case presentation**

We present the case of a patient, DM, 61 years, employed, urban, with no personal history, who shows, for about two months, in progression infiltrated erythematous-oedematous plaques, with curved contours and islands of healthy skin, on face and nodular papulopustular lesions, with diameters between 1-4 cm, erythematous-violet, colorful, without scales / crusts / ulceration, around them are described erythematopapular-squamous canvases, uncharacteristic, isolated / agglutinate, very itchy, located on the trunk, anteroposterior, predominantly in the upper half. Usual laboratory samples are normal. Biopsy examination was performed and shows the proliferation of medium/big size cells, with tachicrom nucleus, irregularly shape, visible nucleoli, located diffuse interstitial, focal nodular, perivascular and perianaxial. Immunohistochemical tests were performed which reveals: MPO, CD68, CD34 positive in tumor proliferation area, CD 34 positive in tumor blood vessels, CD 20 positive in rare reactive B lymphocytes, CD3 positive in rare reactive T lymphocytes, AE1-AE3 and Lu5 positive in epidermis and cutaneous annexes, negative in tumor proliferation, CD 15 positive in rare granulocytes, CD 117 positive in rare mast cells and basal layer of epidermal cells and malpighian follicular epithelium, CD 33 light positive in tumor, CD 13 and CD30 negative; the conclusion was of leukemia cutis (cutaneous determination of myeloid leukemia). Hematologic consult can not detect obvious changes. Interdisciplinary consultation was

recommended hematology / oncology to establish a therapeutic behavior.

**Discussion**

It is so noted in this case the extent of skin damage, in apparent health, with normal current biological samples, without apparent haematological disease, in these conditions we establish the diagnosis of leukemia cutis. However, it requires early treatment hematology/ oncology treatment to improve survival.

P 64

**INEFICIENȚA COBALTOTERAPIEI ÎN DOUĂ CAZURI DE EPITELIOM**

Kovacs Denisa, Brihan Ilarie, Turda Constanța  
Universitatea Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie

Cobaltoterapia reprezintă utilizarea terapeutică a radiațiilor gama de înaltă energie, provenind de la o sursă de cobalt, cu intenția de a distruge celulele canceroase. Metoda acționează prin distrugerea ADN-ului celular, blocând astfel capacitatea de diviziune celulară. Cobaltoterapia constituie o opțiune terapeutică în dermatologie în cazul tumorilor ce nu pot fi tratate chirurgical sau când statusul pacientului nu permite intervenția chirurgicală. Vom prezenta două cazuri de carcinoame în care cobaltoterapia a indus o ameliorare aparentă a tumorilor, dar ulterior s-a dovedit a fi ineficientă. În prima situație este vorba de un pacient în vârstă de 70 ani, ce prezintă la nivelul toracelui posterior un epiteliom bazocelular terebrant gigant, provenind dintr-un epiteliom bazocelular nodular. În a al doilea caz prezentăm o pacientă de 80 de ani, cu un carcinom scuamos spinocelular GII, suprainfectat, ce cuprinde zona temporală și orbitală dreapta. S-au efectuat examinări biopsice și s-a instituit cobaltoterapia în colaborare cu medicul oncolog, în 4 cure săptămânale. Prezentăm fotografiile ale pacienților în momentul adresării către Dermatologie, imediat după cobaltoterapie și la 3 luni după aceasta. Concluzie: deși cobaltoterapia reprezintă, la noi în țară, prima linie de tratament în cazul tumorilor inoperabile, ea nu este întotdeauna eficientă, după o ameliorare inițială tumorile dezvoltându-se și agravându-se în continuare.



P 65

**EXCIZIA CHIRURGICALĂ LARGĂ ÎN TUMORILE CUTANATE LOCALIZATE LA NIVEL FRONTAL – PROBLEME DE RECONSTRUCȚIE CHIRURGICALĂ A FEȚEI (P)**

Ilarie Brihan

Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

Acoperirea defectului cutanat rezultat în urma exciziei chirurgicale a unei tumori prezintă o adevărată încercare terapeutică pentru dermatolog, cauzată în primul rând de problemele funcționale și de estetică, care se ridică în chirurgia feței. Lamboul cutanat în acoperirea defectelor rămâne prima opțiune terapeutică comparativ cu grea de piele liberă, care prezintă riscul pierderii vitalității țesutului greșit, cu potențial de necrozare, dar și dezavantajul diferenței de culoare și textura față de tegumentele adiacente și dezavantajul atrofierii în timp. Prezentăm cazul unei paciente cu un melanom pe melanoză Dubreuilh la nivelul feței, care acoperă 2/3 din hemifruntea dreaptă, și la care s-a practicat excizia chirurgicală largă și acoperirea defectelor rezultate cu lambouri de piele adiacentă.

Lucrarea prezintă imagini intraoperatorii și postoperatorii privind rezolvarea terapeutică.

În pofida unei tehnici mai laborioase, lamboul cutanat prezintă nete avantaje estetice în chirurgia feței, comparativ cu alte tehnici reconstructive.

P 66

**ASPECTE PRIVIND AFECTAREA PERIARTICULARĂ ÎN PSORIAZISUL ARTROPATIC (P)**

Ilarie Brihan

Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

Psoriazisul artropatic, descris în 1818 de Alibert, este o artrită inflamatorie cronică seronegativă, care survine la pacienții cu psoriazis și este însoțită de modificări imagistice caracteristice. Studiul s-a desfășurat pe parcursul a 9 ani, pe un lot de 619 pacienți cu psoriazis, din care 82 prezentau afectări articulare, fiind diagnosticați ca psoriazis artropatic. Modificările periarticulare au fost sub forma de entezita la 23.17% din bolnavii cu psoriazis artropatic, și dactilita la 18.29%. Am constatat că entezita reprezintă o manifestare inițială principală a psoriazisului artropatic, cu o frecvență maximă la nivelul articulațiilor interfalangiene de la mână. Dactilita am întâlnit-o frecvent la nivelul mâinii, ducând la distrugerea articulației degetului, devenind astfel un marker al severității psoriazisului.

Concluzie: studiul manifestărilor periarticulare – entezitei și dactilitei – confirmă faptul că cele două entități reprezintă un element important în diagnosticul psoriazisului artropatic, chiar în absența altor manifestări caracteristice.

P 67

**MELANOM: DIAGNOSTIC SI TRATAMENT; CAZUISTICA PROPRIE**

Slavi Gheorghiev, Andreea Popescu, Tatiana Nita, Rozalia Olsavszky

Abstract

Melanomul, cea mai agresivă formă de cancer cutanat, a înregistrat incidente crescând în ultimele decade, atât pe plan mondial cât și în aria noastră geografică.

Complicațiile melanomului, reprezentate de metastazarea cutanată, subcutanată, ganglionară și viscerală (cerebral, pulmonar, hepatic...), limitează posibilitățile de tratament și agravează prognosticul. În lucrarea de față revizuim factorii de risc, explorările clinice și paraclinice, stadializarea AJCC, tratamentul și prognosticul, exemplificând prin cazistica proprie.

**MELANOMA; DIAGNOSIS AND TREATMENT; OWN CASES**

Melanoma, the most aggressive type of skin cancer, has recorded increasing incidents in the last decades, both world and in our geographical area.

Complications of melanoma, represented by metastasis at different levels such as cutaneous, subcutaneous, nodal and visceral (brain level, pulmonary, liver level), imitated opportunities of treatment and worse prognosis.

In this paper we review the risk factors, clinical and laboratory explorations, AJCC staging, treatment and prognosis, exemplifying with own cases.

P 68

**MELANOM MALIGN CUTANAT ACROM - PREZENTARE DE CAZ**

Corina Laura Magdalin, Elena Chiticariu, Carmen Podelean, Gabriela Gherman, O. Darie

Clinica de Dermatologie, Sp. Cl. Municipal Timisoara

Melanomul acrom sau pseudobotriomicomatos este o formă rară de melanom malign (<5% dintre melanoame) nepigmentată. De obicei se prezintă sub forma unui nodul eritematos, ulcerat greu de diferentiat clinic de un granulom piogenic sau un epiteliom bazocelular.

Prezentăm cazul unui pacient de 74 ani care s-a prezentat în clinica noastră cu o leziune nodulară, rosietică, indurată, ulcerată, asimptomatică, cu

P 69

**EVOLUȚIE FAVORABILĂ A UNUI PACIENT CU ȘASE  
MELANOAME MALIGNNE: RAPORTARE CAZ**

Amalia Anghel\*, Rodica Trifu\*, Irina Tudose\*, Lucia Dinu\*, Ilinca Nicolae\*, Sabina Zurac\*\*, Florica Stăniceanu\*\*

\*Spitalul Clinic de Dermatovenerologie Prof. Dr. Scarlat Longhin"

\*\* Spitalul Clinic Universitar Colentina

diametrul de 1/2 cm, localizata la nivelul calcaiului drept, cu evolutie progresiva de mai multe luni cand pacientul a suferit, afirmativ, un traumatism prin intepare la la acel nivel. Pacientul nu acuza alterarea starii generale si nu prezenta adenopatii.

Examinarile uzuale de laborator au fost in limite normale.

Radiografia piciorului drept a evidentiat multiple osteofite calcaneene si plantare, dar nu a pus in evidenta leziuni osoase.

Diagnosticul nostru initial a fost de botriomicom si s-a propus rezolvarea chirurgicala. Datorita consistentei crescute si penetrarii in profunzime a formatiunii tumorale, puse in evidenta in timpul interventiei, s-a reconsiderat diagnosticul, ridicand suspiciunea de melanom acrom.

Examenul histopatologic la parafina a evidentiat plaje largi de celule epitelioide si fuziforme cu citoplasma eozinofila, cu nuclei pleomorfi, veziculosi, cu nucleoli proeminenti si mitoze atipice, ulceratie larga in suprafata si focare de necroza tumorala. Materialul trimis nu a permis aprecierea parametrilor de microstadializare histopatologica. Leziunea excizata a fost fara limite de siguranta.

Pe baza acestor considerente a fost stabilit diagnosticul de melanoma malign acrom si am directionat pacientul intr-un serviciu oncologic pentru stadializare si atitudine terapeutica de specialitate.

Am prezentat acest caz deoarece melanomul acrom este dificil de diagnosticat si simuleaza clinic afectiuni benigne, din aceasta cauza fiind de multe ori temporizat atat de pacient cat si de medic.

**Bibliografie:**

1. Jemal A, Siegel R, Ward E. Cancer statistics, 2009. CA Cancer J Clin. Jul-Aug 2009;59(4):225-49.
2. Cockburn M, Swetter SM, Peng D. Melanoma underreporting: why does it happen, how big is the problem, and how do we fix it?. J Am Acad Dermatol. Dec 2008;59(6):1081-5.
3. Swetter SM, Geller AC, Kirkwood JM. Melanoma in the older person. Oncology. Aug 2004;18(9):1187-96.
4. Gachon J, Beaulieu P, Sei JF. First prospective study of the recognition process of melanoma in dermatological practice. Arch Dermatol. Apr 2005;141(4):434-8.

**Introducere**

Melanomul reprezintă o malignitate a melanocitelor, localizate predominant tegumentar, dar de asemenea găsite în ochi, urechi, tract gastrointestinal, leptomeninge, mucoase orale și genitale. Melanomul reprezintă doar 4% dintre toate cancerurile de piele, cu toate acestea, provoacă cel mai mare număr de decese legate de această patologie în întreaga lume, aproximativ 74%. Detectarea precoce a melanomului cutanat neinvaziv este cel mai bun mijloc de reducere a mortalității.

**Prezentare caz**

Vom prezenta cazul unui pacient, S.G, în vârstă de 52 ani, din mediul urban, pensionar. Din antecedentele personale patologice notăm HTA grd. I (TAs max. 160 mmHg), din 2004, în tratament de specialitate cardiologic, multiple excizii chirurgicale largi cu diagnosticul de melanom malign, confirmat histopatologic după cum urmează: prima în 1987 la Spitalul Clinic Grivița, patru în cadrul Clinicii noastre în anul 2001, cand s-a adresat cu multiple formațiuni hiperpigmentare congenitale, recent modificate, unele traumatizate, localizate paravetebrale stang, cervical linie mediană, presternal și torace posterior, stabilindu-se diagnosticul histopatologic de melanom malign nodular cu invazie în dermul profund (Clark IV) pentru două dintre formațiuni și melanom malign in situ (Clark I), pentru alte două formațiuni. În prezent se internează pentru o formațiune tumorală hiperpigmentară, nodulară, neagră, acoperită parțial de crustă hematica de dimensiuni aprox. 0.5/0.2 cm, dezvoltată în ultimele 2-3 luni pe un nev preexistent, de 3 săptămâni sângerând, localizată lombar drept. Probele paraclinice uzuale au fost în limite normale. S-a efectuat excizia chirurgicală largă cu margine de siguranță oncologică cu fire de sutura separate, precedată de examen biopsic, urmată urmată pansamente cicatrizante, supresia firelor, cu evoluție favorabilă local. Aspectul citologic efectuat postoperator sustine diagnosticul de melanom malign. Rezultatul histopatologic stabilește diagnosticul de melanom malign nodular invaziv in dermul profund (Clark IV), indice Breslow 1.98 mm. Testele imunohistochimice efectuate în vederea aprecierii prognosticului (p16, WT1, RB, Cyclin D1, bcl-2).

**Discuție**

Este de notat evoluția favorabila a bolii în condițiile celor șase melanoame diagnosticate în ultimii 23 ani, unele cu caracteristici histopatologice avansate, nivel Clark IV,

indice Breslow mare, fără extensie loco-regionala sau la distanță, în condițiile în care singura atitudine terapeutică a fost excizia chirurgicală cu margine de siguranță oncologică, în lipsa unui tratament de completare chimioterapic/ imunomodulator.

### FAVORABLE EVOLUTION OF A PATIENT WITH 6 MALIGNANT MELANOMA – CASE REPORT

#### Introduction

Melanoma is a malignancy of melanocytes, located predominantly skin, but also found in eyes, ears, gastrointestinal tract, leptomeninge, oral and genital mucosa. Melanoma represents only 4% of all skin cancers, however, causes the greatest number of deaths associated with this disease worldwide, about 74%. Early detection of noninvasive cutaneous melanoma is the most effective measure to reduce mortality.

#### Case presentation

We present the case of a patient, SG, 52 years, urban, retired. We note personal history of hypertension degree I (SBP max. 160 mmHg), from 2004, with cardiology treatment, multiple wide surgical excision with malignant melanoma diagnosis, confirmed histopathologically, as follows: first in 1987 at Grivița Hospital, four in our Clinic in 2001, when he shown multiple congenital hyperpigmented lesions, recently changed, some injured, located paravertebral at left, central on neck, presternal and back, established the histopathological diagnosis of nodular melanoma with invasion in deeper dermis (Clark IV) for two tumors and malignant melanoma in situ (Clark I), other two tumors. Now is hospitalized for a hyperpigmented tumor, nodular, black, partially covered with blood crust, size approx. 0.5/0.2 cm, developed in the last 2-3 months on a preexisting nevus, 3 weeks bleeding, localized right lumbar. Usual laboratory samples were normal. Wide surgical excision was performed with oncological safety margins, with separate sutures, preceded by biopsy examination, followed by healing dressings and suppression of suture wires, with good local evolution. Cytological examination performed postoperatively, sustained the diagnostic of malignant melanoma. Histopathologic result establish the diagnosis of nodular malignant melanoma with invasion in deeper dermis (Clark IV), Breslow index 1.98 mm. Immunohistochemical tests we performed in order to appreciate the prognosis (p16, WT1, RB, Cyclin D1, bcl-2).

#### Discussion

It is noted favorable evolution of the disease in terms of the six melanomas diagnosed in past 23 years, some with advanced histopathological, Clark level IV, Breslow index greater, without local/regional extension or at distance, with only one therapeutic attitude, surgical excision with oncological safety margin, no chemotherapy/immunomodulator treatment.

P 70

### ASPECTE PRIVIND METASTAZAREA ÎN MELANOMUL MALIGN (P)

Ilarie Brihan

Clinica de Dermatologie, Facultatea de Medicină și Farmacie, Oradea

#### Introducere:

Melanomul rămâne unul dintre cele mai agresive cancere cutanate, având o incidență în creștere și un potențial crescut de metastazare.

#### Material și metodă:

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 34 de ani, care prezintă un nodul violaceu de aproximativ 2 cm, situat la nivelul gambei drepte, apărut pe o formațiune pigmentară, congenitală, în urmă cu aproximativ 6 luni, după un traumatism fizic.

#### Rezultate:

Examenul dermatoscopic al leziunii relevă elemente vasculare atipice, prezența de striuri, pseudopode și prezența unui vâl alb – cenușiu la nivelul formațiunii. Examenul clinic al pacientului evidențiază prezența unei adenopatii ganglionare inghinale drepte, cu un ganglion mobil, dur la palpare, de aproximativ 3 cm diametru. Se stabilește diagnosticul de melanom malign cu metastaze ganglionare inghinale. Se practică excizia chirurgicală a formațiunii și limfadenectomie ganglionară după limfoscintigrafie cu Tc 99 radioactiv, urmat de examen histopatologic. Confirmarea histopatologică ganglionară a melanomului duce la limfadenectomie totală a ariei ganglionare drepte. La 3 luni de la intervenția chirurgicală, examenul clinic și paraclinic confirmă metastaze ganglionare parailiace. Se practică evadare ganglionară chirurgicală, urmată de chimioterapie cu Dacarbazin. Evoluția pacientului este nefavorabilă, prezentând multiple leziuni tumorale cutanate ulcerate, care invadează întreg membrul inferior drept și treimea inferioară a peretului abdominal. La 11 luni de la stabilirea diagnosticului de melanom, pacientul decedează.

#### Concluzii:

Abordarea terapeutică tardivă a nevilor traumatizați poate duce la complicații cu prognostic dezastruos pentru pacient. Melanomul rămâne o tumoră ale cărei complicații evolutive nu pot fi stăpânite în pofida progreselor diagnostice și de tratament. Abordarea în stadiile inițiale este singura modalitate benefică pentru pacient.

P 71

**EFECTE CUTANATE ADVERSE ALE TERAPIEI CU INTERFERON ȘI RIBAVIRINĂ (LA O PACIENTĂ CU HEPATITĂ CRONICĂ CU VHC)**

Daciana Brănișteanu\*, Vasile Drug\*\*, Nicoleta Iov\*  
Spitalul Clinic de Urgență "Sf. Spiridon" Iași  
\* UMF "Gr.T.Popa" Iași - Clinica Dermatologică  
\*\* Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași

Hepatita C reprezintă o problemă de sănătate majoră, fiind afectate cu aproximație 170 milioane de persoane în lumea întreagă. Persoanele care suferă de hepatita C cronică prezintă un risc ridicat de evoluție către ciroză și cancer hepatic.

Cea mai eficientă terapie pentru hepatita C o reprezintă asocierea dintre interferon și ribavirină (24 sau 48 de săptămâni). Această combinație are o eficacitate de trei ori mai mare decât cea a unui an de tratament doar cu interferon, dar determină la rândul ei o serie de efecte cutanate adverse, mai frecvente decât ar fi determinat fiecare agent antiviral separat și câteodată pot limita tratamentul.

Interferonul și ribavirina pot provoca reacții de hipersensibilizare (de tipul eczemei), alopecie (pierderea difuză a părului), schimbarea texturii părului, senzația de uscăciune a pielii (de la ușoară senzație de uscăciune până la iritații severe ale pielii), prurit (care poate fi foarte accentuat și poate afecta calitatea vieții), erupțiile cutanate (care nu sunt deosebit de periculoase, cu excepția cazurilor în care leziunile se suprainfectează post grataj).

Femeie, 41 ani, cu hepatită cronică cu VHC, fără antecedente alergice, se internează pentru plăci eritemato-crustoase rotund-ovalare, bine delimitate, diseminate pe trunchi și membre, pruriginoase, precum și tegumente uscate și importantă cădere a părului apărute la 3 luni după începerea terapiei cu interferon și ribavirina.

Sub tratament cu antihistaminice, desensibilizante nespecifice și local cu dermatocorticoizi precum și antibiotice pentru plăcile gratate evoluția a fost favorabilă, nefiind necesară întreruperea terapiei pentru hepatita cu VHC.

Concluzii: Incidența reacțiilor adverse cutanate principale la pacienții tratați cu interferon și ribavirină pentru hepatita cronică C este în prezent necunoscută, dar aceste efecte adverse trebuie să fie luate în considerare (iar pacienții trebuie să fie informați despre posibilitatea apariției acestora), deoarece poate duce la întreruperea temporară sau definitivă a tratamentului.

**CUTANEOUS ADVERSE EFFECTS OF INTERFERON AND RIBAVIRIN THERAPY (IN A PATIENT WITH HCV)**

Hepatitis C is a major health problem, being affected approximately 170 million people worldwide. People suffering from chronic hepatitis C are at high risk of evolution to cirrhosis and liver cancer.

The most effective therapy for hepatitis C is the combination of interferon and ribavirin (24 or 48 weeks). This combination has an efficiency three times higher than a year of treatment with interferon only, but it determines a series of cutaneous adverse effects more frequently than it would be determined separately by each antiviral agent and treatment can sometimes be limited.

Interferon and ribavirin can cause hypersensitivity reactions (such as eczema), alopecia (hair loss diffuse), changing the texture of hair, dry skin (from mild dryness to severe irritation of the skin), pruritus (which may be very pronounced and can affect quality of life), rash (not particularly dangerous, except cases when the injuries are infected post scratching).

Female, 41 years, HCV, no history of allergy, are presented for plates erythematous-crustated round-oval, well defined, disseminated on the trunk and limbs, itching and dry skin and significant hair loss occurred in 3 months after starting therapy with interferon and ribavirin.

Under treatment with antihistamines, nonspecific desensitizing and local steroids and antibiotic for scratching plates the evolution was due to favorable developments, not required discontinuation of therapy with HCV hepatitis.

Conclusions: The incidence of primary cutaneous adverse reactions in patients treated with interferon and ribavirin for chronic hepatitis C is currently unknown, but these effects must be taken into account (and patients should be informed about the possibility of such damages), because it can lead to interruption or discontinuation of treatment.

P 72

**VITILIGO INDUS DE TRATAMENTUL CU INTERFERON LA UN PACIENT CU HEPATITA C**

Cristina Florea  
C.M.I. Ioan Nedelcu

Vitiligo este o afecțiune hipomelanotică de cauză necunoscută în care ipoteza autoimună este tot mai susținută. Terapie pentru hepatita C este reprezentată de asocierea de interferon alpha-2 și ribavirina, considerată ca fiind cea mai eficientă. Deși interferonul este folosit în tratamentul mai multor afecțiuni, asocierea vitiligo-Interferon este rar raportată în literatură.

În această lucrare, prezint cazul unei paciente care în timpul tratamentului hepatitei C cu Interferon a dezvoltat leziuni de vitiligo.

P 73

**DERMATITA FOTOALERGICĂ LA UN PACIENT  
AFLAT PE TERAPIE CU ROSUVASTATINĂ**

Andreea Popescu, Smaranda Cristina Nica, Andra Cristea, Cristina Tibirna, Adina Dobritoiu, Rozalia Olsavszky  
Clinica I Dermatovenerologie, Spitalul Colentina, Bucuresti

Dermatozele fotosenzitive sunt boli cutanate cauzate sau agravate de expunerea la radiatii ultraviolete. Sunt implicati in patogenie factori extrinseci (medicamente) sau factori intrinseci si apar prin actiunea directa a medicamentului (dermatita fototoxica) sau prin mecanism imunologic (dermatita fotoalergica). Cele mai frecvente medicamente citate in etiologia dermatitelor fotoalergice sunt: antifungice (griseofulvin), antimalarice (chinina), tetraciline, AINS (ketoprofen, piroxicam) si antimicrobiene (chinolone, sulfonamide). Pacienta in varsta de 48 de ani s-a prezentat pentru eruptie localizata in zonele fotoexpuse, pruriginoasa, formata din placi polimorfe, cu tendinta la confluare in placarde. Ca antecedente personale patologice notam tiroidectomie totala in urma cu 3 ani si HTA esentiala diagnosticata in acelasi an cu interventia chirurgicala. Tot din aceasi perioada a inceput terapia cu Euthyrox, Enap, Tertensif si Lipantyl. Cu 2 saptamani anterior de prezentarea la dermatolog s-a adaugat la tratament si rosuvastatina, un hipolipemiant, inhibitor de HMG-CoA reductaza. Acesta din urma fiind cel mai recent introdus a ridicat suspiciunea implicarii in etiologia eruptiei si a fost intrerupt. La examenul obiectiv in momentul prezentarii avea placi si placarde eritemato-veziculoase, edematoase, supradenivelate, cu margini mai intens eritematoase si centrul mai clar, cu contur policiclic, cu limite precise fata de tesutul sanatos din jur, cu suprafata neteda, dispuse in zone fotoexpuse ca decolteul, membrele superioare, fata, nucal si cu respectarea ariilor acoperite de imbracaminte. S-a impus diagnostic diferential cu dermatita alergica de contact, eruptia polimorfa la lumina, lupus eritematos subacut, urticaria solara si dermatita actinica cronica. Ca tratament a necesitat, pe langa stoparea administrarii de rosuvastatina si terapie antihistaminica, corticoid topic, evitarea expunerii la soare si creme fotoprotectoare, cu disparitia treptata a leziunilor in decursul a doua saptamani.

Dermatita fotoalergica poate fi provocata de o gama larga de medicamente si lista ramane deschisa. Intrebarea fireasca care urmeaza este daca fotosensibilitatea poate fi adaugata pe lista de reactii adverse ale rosuvastatinei, fiind un medicament controversat.

**PACIENT ON ROSUVASTATIN WITH  
PHOTOALLERGIC DERMATITIS**

Photosensitivity is broadly divided into phototoxicity (the result of direct tissue injury) and photoallergy (an imun reaction to a UVA modified chemical). Most frequent systemic photoallergens are nonsteroidal anti-inflammatory (ketoprofen, piroxicam), antifungal (griseofulvin), antimalarial (quinine) and antimicrobials (quinolone, sulfonamides).

A 48 year old pacient presented with an itchy eruption limited to photoexposed areas. History revealed a thyroectomy 3 years before and arterial hypertension diagnosed at the same time with the intervention. She began treatment with Euthyrox, Enalapril, Indapamide and Lipanthyl in 2007. This year, two weeks before asking for dermatologic care, rosuvastatin was added to the therapy. This raised the suspicion that it might play an etiologic role and it was discontinued. The clinical exam revealed erythematous, vezicular and edematous plaques, with polycyclic edges, well delimited from surrounding skin, having the periphery erythematous with a center more clear, located in photoexposed areas. We made the differential with allergic contact dermatitis, polymorphous light eruption, solar urticaria, subacute cutaneous lupus, cronic actinic dermatitis. As treatment, besides disrupting rosuvastatin therapy, she received antihistamines, topical steroid, recommended her limited exposure to sun and to use sunscreens. We witnessed the progressive regression of lessions over the next 2 weeks.

In conclusion, in order to arrive at a correct diagnosis of phototoxicity or photoallergy, careful history taking is essential. The next question would be if photosensitivity can be added to the adverse reaction list of rosuvastatin, as this drug raises many controversies.

P 74

**THE CICATRIZATION AND REGENERATION ACTION  
OF A POWDER CONTAINING SILVER  
NANOPARTICLES**

Hagiu B.A.\*, Boca A.N.\*\*, Tura V.\*\*\*, Hagiu N.\*\*\*\*,  
Ungureanu L.B.\*\*\*\*\*, Neagu A.\*\*\*\*\*, Sandu I.\*\*\*\*\*,  
Sandu A.V.\*\*\*\*\*, Mangalagiu I.I.\*\*\*\*\*, Tamba B.\*\*\*\*\*,  
Mungiu O.C.\*\*\*\*\*

\* "Al. I. Cuza" University of Iasi, Faculty of Physical Education and Sports, Str. Toma Cozma nr. 3, 700554, Iasi, Romania

\*\* "I. Hatieganu" University of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Department of Clinical Pharmacology, Str. Babes, Nr. 8, 400012, Cluj-Napoca, Romania

\*\*\* "Al. I. Cuza" University of Iasi, Faculty of Physics, Bd. Carol I, Nr. 11, 700506, Iasi, Romania

\*\*\*\* "Ion Ionescu de la Brad" University of Agriculture and Veterinary Medicine, Faculty of Veterinary Medicine, Mihail Sadoveanu Alley, 700489, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* "Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Faculty of Medicine, Str. Universitatii nr.16, 700115, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* "Al. I. Cuza" University of Iasi, Faculty of Biology, Bd. Carol I, Nr. 22, 700506, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* "Al. I. Cuza" University of Iasi, Faculty of Orthodox Theology, Strada Closca 9, 700066, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* Romanian Inventors Forum, Str. Sf. Petru Movila 3, L11, III/3, 700089, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* "Al. I. Cuza" University of Iasi, Faculty of Chemistry, Bd. Carol I, Nr. 11, 700506, Iasi, Romania

\*\*\*\*\* "Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Central Drug Test Laboratory, Str. Mihail Kogalniceanu, Nr. 9, 700454, Iasi, Romania

The research was performed on rabbits which have been caused deep skin lesions with an area of 4 cm<sup>2</sup>. Control lot wounds were treated with a commercially available healing powder, and the treated lot using the same powder but with the addition of silver nanoparticles and fibrin. Because stimulation of hair follicle stem cells, mesenchymal stem cells, and fibroblasts dedifferentiation, the treated group wounds showed early formed granular tissue, were contracted rapidly and the resulting scar was thinner.

key words: silver nanoparticles, cicatrizant powder, skin lesions

P 75

**SECHELE MULTIPLE CA URMARE A  
RADIOTERAPIEI LOCALE PENTRU TINEA CAPITIS  
– PREZENTARE DE CAZ**

Emanuela Micu, Andreea Merticariu, C. Giurcaneanu  
Spitalul Universitar de Urgenta Elias, Sectia de Dermatologie  
Oncologica si Alergologie

Adulții care au efectuat radioterapie în copilărie pentru diverse afecțiuni medicale, cum ar fi acnea, psoriazis sau tinea capitis, prezintă un risc crescut de a dezvolta cancer cutanat pe zona de iradiere, altele decât

melanomul, dar și alte neoplazii, cum ar fi meningioamele.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 52 de ani, care se prezintă în Clinica noastră pentru epiteliomatoză recurentă (aspect clinic de "ulcus rodens") la nivelul hemicraniului stâng, aria parietală. La nivelul acestei zone, pacienta a efectuat radioterapie în copilărie pentru o infecție fungică, ulterior dezvoltând atrofie și alopecie cicatricială pe zona iradiată. Epiteliomul bazocelular s-a dezvoltat după o perioadă de latență destul de lungă, de aproximativ 35 de ani. Ca tratament, pacienta a urmat aplicații topice de 5-fluorouracil, bine tolerate și cu evoluție clinică favorabilă. Totuși, prognosticul vital al pacientei este complicat de patologia asociată și anume de epilepsie, diagnosticată la câțiva ani după radioterapie. Recent, a fost depistat un meningiom de lob frontal stâng, dar al cărui debut nu se poate preciza. Meningioamele sunt tumori frecvent induse de către radioterapie, totuși ele apar rar în copilărie și, de obicei, au un comportament agresiv.

Cazul de față evidențiază efectele cronice ale radioterapiei efectuate la o vârstă fragedă, care nu numai că poate induce modificări cicatriciale la nivel cutanat și promovează dezvoltarea cancerelor cutanate, dar poate afecta structurile cerebrale, ducând la apariția diverselor tumori cerebrale sau tulburări neurologice. Cazurile de genul acesta, cu mai mult de două efecte negative ale radioterapiei sunt destul de rare, deși este de luat în discuție și etiologia infecțioasă a alopeciei cicatriciale. Recomandăm urmărirea riguroasă, pe termen lung, a pacienților care au urmat tratamente cu radiații ionizante.

P 76

**ANALIZA FACTORILOR DE RISC CARCINOGENI  
RECUNOSCUȚI ÎN APARIȚIA ȘI DEZVOLTAREA  
CARCINOAMELOR BAZOCELULARE**

\* Gabriela Iancu, \* Maria Rotaru, \*\* Manuela Mihalache  
Universitatea Lucian Blaga, Facultatea de Medicină Victor  
Papiian, Sibiu

\* Disciplina Dermatologie

\*\* Disciplina Microbiologie

**Introducere.** Cunoașterea și prevenirea factorilor de risc implicați în carcinogeneza cutanată ar permite scăderea incidenței bolii și implicit costurile legate de terapia acestei neoplazii.

**Obiectivele studiului:** aprecierea incidenței CBC și investigarea factorilor favorizanți tumoralii recunoscuți cu stabilirea unor interconexiuni între aceștia.

**Material și metodă.** Am realizat un studiu retrospectiv a cazurilor de CBC internate în ultimii 2 ani. Datele au fost obținute prin examenul clinic al pacienților, din foile de observație, registrele Ambulatoriului de specialitate, fișele de urmărire oncologică, buletinele histopatologice

ale pieselor biopsiate și chestionarul de identificare a factorilor de risc.

**Rezultate.** În lotul nostru de pacienții CBC au reprezentat 63,43% din totalul tumorilor cutanate. Cele mai frecvente forme clinice de CBC au fost plan cicatricial și perlat ulcerat, forme clinice ce s-au corelat cu forma histopatologică de CBC solid și solid-adenoidchistic. Am constatat existența unei corelații între mai mulți factori de risc recunoscuți în inițierea carcinogenezei CBC: între expunerea prelungită la soare (47,87% au petrecut în medie 2 săptămâni de vacanță/an în vacanțe insorite, 40,34% aveau ocupații total sau parțial în aer liber, iar 90,36% aveau hobby-uri în aer liber), expunerea agresivă la soare (60,51% au relatat peste 2 episoade de arsuri solare și 96,26% au recunoscut lipsa fotoprotecției), vârsta înaintată (78,57% aveau peste 60 de ani în momentul diagnosticării), fototipul cutanat (60,51% prezentau fototipul II) și localizarea preponderentă la nivelul zonelor fotoexpuse (90,31%).

**Concluzii.** La lotul nostru de pacienți s-a observat existența unei corelații semnificative între factorii de risc recunoscuți în inițierea carcinogenezei cutanate a CBC.

P 77

#### PITYRIASIS LICHENOIDES ET VARIOLIFORMIS ACUTA ( BOALA MUCHA- HABERMANN) - PREZENTARE DE CAZ

Elena Chiticariu, Daciana Kashfi, Loredana Boghian, Loredana Barbu, Daniela Radivoi  
Sp. Cl. Municipal Timisoara, Clinica Dermatologie

Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta (PLEVA) este o boala inflamatorie cutanata de etiologie necunoscuta . Au fost incriminati mai multi factori (adenovirusuri, virusul Epstein-Barr, Toxoplasma gondii, parvovirus B19, Staphylococcus aureus sau Streptococcus pyogenes) dar rezultatele obtinute pana in acest moment sunt inconcludente .

Prezentam cazul unui pacient in varsta de 50 ani care s-a prezentat la consultatie cu o eruptie papulo-eritematoasa si veziculo-pustuloasa, diseminata la nivelul trunchiului si membrilor. Cateva leziuni erau ulcero-necrotice, acoperite de cruste aderente, hemoragice. Nu au fost implicate mucoasele si pacientul era afebril.

Examinările uzuale de laborator au fost în limite normale.

ASLO=100UI. Exudat faringian - negativ. Serologia pentru EBV, VHB, VHC, Treponema pallidum, adenovirus și picornavirus a fost negativă.

Examenul histologic a pus în evidență spongioza, necroza epidermică cu degenerare vacuolară la nivelul

membranei bazale și infiltrat limfocitar în porțiunea superioară a dermului papilar. În infiltrat s-au putut observa limfocite mici cu atipii nucleare prezente. Diagnosticul de PLEVA s-a stabilit pe baza aspectelor clinice și histologice.

S-a inițiat tratamentul cu Eritromicina 250 mg po și corticosteroizi topic în urma cărora s-a observat o ameliorare semnificativă a afecțiunii.

Am prezentat acest caz deoarece PLEVA este o afecțiune cutanată rară. Pacientul nostru a avut un debut tardiv față de cele raportate în mod obișnuit.

Pacienții cu varianta febrilă ulcero-necrotică de PLEVA trebuie monitorizați cu atenție și pot necesita un tratament agresiv în funcție de severitatea bolii.

Este necesară diferențierea clară de papuloza limfomatoasă și diferitele tipuri de limfoamele cutanate.

Bibliografie:

1. Cerroni L, Gatter K, Kerl H, An Illustrated guide to Skin Lymphoma, 2nd Ed. Blackwell Publishing, 2005.
2. Peter A Klein, Jeffrey P Callen, Pityriasis Lichenoides, Medscape's Continually Updated Clinical Reference, 2010.
3. Bowers S, Warshaw EM, Pityriasis lichenoides and its subtypes, J Am Acad Dermatol, Vol.55, 2006.

P 78

#### UN CAZ DE TUBERCULOZĂ CUTANATĂ

Monica Costescu, Simona Roxana Georgescu, Mlihaela ANnca Popescu, Mihail Alescu, Vasile Benea, Ana Faca, Corina Stăniloiu, Mădălina Geantă, Lucia Dumitru;  
Spitalul clinic dermato-venerologie "Prof. Dr. Scarlat Longhin" București

Va prezentăm cazul unui barbat, în vârstă de 36 de ani, fără antecedente personale patologice semnificative, care prezenta o stare de subfebrilitate prelungită, scădere ponderală, astenie și dureri abdominale difuze. La nivel perianal prezenta plăci erimatoase, fibroase și o fistulă prin care se exterioriza conținut purulent. A fost investigat în serviciile de chirurgie, chirurgie plastică, medicina internă cu următoarele rezultate: Radiografie pulmonară normală, examen sputa negativ, colonoscopie normală, test HIV negativ, analize uzuale de sânge în limite normale. Internat în clinica noastră de dermatologie a spitalului SCARLAT LONGHIN București se ridică suspiciunea de tuberculoză intestinală cu prindere orificială. Se efectuează examen bacteriologic colorat Zeihl-Neelsen și cultura pe mediul Lowenstein-Jensen din colecția purulentă, se izolează bacilul Koch și se pune diagnosticul de tuberculoză intestinală. Se începe terapia antituberculoasă cu rezultate favorabile.

We present you the case of an 36 years old caucasian male without any historical disease, who was loosing weight, had an abnormal body temperatue( 37.5 C), weekness and a few abdominal paines for a few weekes. In the perianal area he presented erytematosus plaques with some fibrosis and a purulent fistulae. He was investigated in the surgical departement, plastic surgical departement, internal madicine departement with the next results: Pulmonary RX normal, bacteriological exam of sputum normal, colonoscopy- normal, HIV

negative and usual blood tests normal. Brought in our clinic, SCARLAT LONGHIN DERMATOLOGY HOSPITAL, we had the suspicion of an intestinal and orificial tuberculosis. The purulent colection bacteriological exam with Zeehl- Neelsen coloration and on Lowenstein-Jensen medium established the presence of Koch bacillus and the diagnose was intestinal tuberculosis. The patient had a special treatment fot tuberculosis with very good results.

Conținutul științific și modul de prezentare aparțin în exclusivitate autorilor.