REZUMATE

Conferința de Dermatologie

ZILELE "GH. NĂSTASE"

6 - 8 iunie 2013

Iași, Complex Bellaria

Sub egida

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE „GR. T. POPA" IAȘI 1879

SPITALUL CLINIC JUDEȚEAN DE URGENȚE SF. SPIRIDON IAȘI

SERVICII DE CALITATE PENTRU PACIENȚII NOȘTRI

UDI UNIUNEA DERMATOLOGILOR IEȘENI

IAȘI

ORGANIZATORI

- Președinte fondator al Conferinței de Dermatologie "Zilele Gh. Năstase"
  Prof dr. Zenaida PETRESCU

- Președinte de onoare al Conferinței
  Prof. Dr. Călin GIURCĂNEANU
  Președinte Societatea Română de Dermatologie

- Președinte conferință
  Conf. Dr. Laura Gheucă SOLOVĂSTRU
  UMF "Grigore T. Popa" Iași
  Șef Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

- Vicepreședinți

  Conf. dr. Tatiana ȚĂRANU
  UMF "Grigore T. Popa" Iași
  Șef Sectia Clinică de Dermatologie a Spitalului Universitar C.F. Iași
  Șef Cercul de Dermatologie a SMN

  Prof. dr. Anca ZBRANCA
  UMF "Grigore T. Popa" Iași
  Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

- **COMITETUL ȘTIINȚIFIC ȘI ORGANIZATORIC:**

Șef Lucrări Dr. Alexandru NICULESCU
UMF "Grigore T. Popa" Iași

Asist. Univ. Dr. Dan VÂȚĂ
UMF "Grigore T. Popa" Iași
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Asist. Univ. Dr. Laura STĂTESCU
UMF "Grigore T. Popa" Iași
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Asist. Univ. Dr. Gabriela STOLERIU
UMF "Grigore T. Popa" Iași
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Asist. Univ. Dr. Paula TOADER
UMF "Grigore T. Popa" Iași
Secția Clinica de Dermatologie a Spitalului Universitar C.F. Iași

Dr. Adrian VASILCA
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Dr. Cornel DOBRE
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Dr. Dorin MIHALACHE
Șef Compartiment Dermatologie Spitalul Militar Iași

Dr. Titiana CONSTANTIN
Cabinete Medicale Copou

JOI, 6 iunie 2013

9.00-12.40

DERMATOLOGIA: DE LA TEORIE LA PRACTICĂ. SESIUNE PREZENTĂRI CAZURI CLINICE I.

1. **Sindrom Sweet**

Economu Laura Ioana, Chirilă Roxana, Pînzaru Simona, Vasiliu Mihaela
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Sindromul Sweet, denumit și dermatoză neutrofilică febrilă acută, se caracterizează printr-o erupție cutanată, debutată brusc, însoțită de febră, leucocitoză. Cele mai frecvente leziuni cutanate sunt reprezentate de papule sau noduli eritemato și sau eritemato-violacei, unici sau multipli, distribuiți asimetric. Pot fi prezente leziuni de tip pseudo-veziculos, pseudopustulos, sau pustule, bule sau leziuni ulcerative. Apar frecvent asociate unei infecții acute sistemice sau în cadrul unei afecțiuni cronice sistemice, iar recurențele au fost deseori descrise.

Prezentăm cazul unui pacient, în varsta de 53 ani, cunoscut cu Aplazie Medulară, Diabet Zaharat tip 2 insulino-necesitant, care acuză debutul, de aproximativ 7 zile, unei erupții formate din papule și plăci eritemato- edematoase, bine delimitate, ce prezintă pe suprafață papule și pseudo-vezicule, asimptomatice, localizate pe toracele posterior, membre, regiunea occipito-cervicală. Nu au fost asociate și alte simptome.

Datele paraclinice au evidențiat anemie, leucopenie, trombocitopenie, în contextul, sindrom inflamator (PCR crescuta). Examenul anatomo-patologic a subliniat prezența, la nivelul dermului superficial (papilar), a unui infiltrat focal de neutrofile mature sau fragmentate, asociind și modificări de tipul vasculitei acute.

Prin coroborarea datelor clinice, paraclinice și examenului anatomo-patologic, s-au întrunit 2 criterii majore și 2 criterii minore de diagnostic pozitiv

pentru sindrom Sweet. S-a inițiat terapia sistemică și locală pe bază de corticoizi, cu răspuns excelent, la o săptămână de tratament, cu regresia treptată a leziunilor.

Particularitatea cazului prezentat este dată de asocierea aplaziei medulare, datorită căreia pacientul nu a prezentat la debut și nici în evoluție sindrom febril, leucocitoză.

---

2. **Psoriazisul eritrodermizat - consecinţă a tratamentului îndelungat cu dermatocorticoizi**

Eliza Mircea, Roxana Chirilă, Gabriela Vasiliu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Psoriazisul eritrodermic reprezintă 1-2% din cazurile de psoriazis. Se caracterizează prin apariţia progresivă sau subită a unui eritem difuz pe aproape toată suprafaţa pielii. Eritrodermia apare deseori la pacienţii cu psoriazis vulgar, datorită utilizării neadecvate a corticosteroizilor topici sau sistemici sau a fototerapiei.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 37 ani, cunoscut cu Psoriazis vulgar din 2000, pentru care a urmat tratament îndelungat cu dermatocorticoizi topici potenţi, s-a internat în clinică pentru apariţia unor plăci şi placarde eritemato- scuamoase diseminate, cu tendinta la generalizare. Puncţia biopsie efectuată a confirmat diagnosticul de psoriazis, inlaturand alte cauze posibile ale eritrodermiei. Analizele biochimice, hematologice şi markerii endocrini nu au semnalat modificări semnificative, în ciuda aspectului cushingoid al pacientului şi a prezenţei vergeturilor la nivelul toracelui şi axilelor. S-a administrat tratament topic cu decapante şi reductoare şi s-a propus iniţierea terapiei biologice cu infliximab.

Concluzii: Corticoterapia este una din indicatiile tratamentului topic in psoriazis, dar nu ca terapie unica si pentru perioade indelungate, datorita efectelor secundare ireversibile ce se pot instala, (atrofia cutanată, vergeturi) precum si a fenomenelor de rebound si eritrodermiei secundare.

---

3. Epidermoliza buloasa: aspecte clinice

Gabriela Vasiliu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Epidermoliza buloasă cuprinde un grup de afecțiuni buloase moștenite, caracterizate prin apariția de bule la joncțiunea dermo-epidermica, la actiunea unor traumatisme minore sau spontan. Este o afecțiune ereditară, dar poate avea și o formă dobândită. Din punct de vedere clinic, histopatologic și ultrastructural, ele se împart în trei mari grupe: epidermice/simple (clivaj intraepidermic), joncționale (separare la nivelul laminei lucida sau zona centrală a membranei bazale) și dermice/distrofice (separarea are loc la nivelul sublaminei densa).

Material și metodă: În această lucrare s-a analizat un lot de 15 pacienți diagnosticați cu EB moștenită, cu vârste cuprinse între 1 luna și 22 de ani, aflați în evidența Clinicii de Dermatologie a Spitalului "Sfântul Spiridon" Iași, la care, s-au urmărit în principal aspectele clinice ale bolii.

Discuții: Clinic, EB poate avea un aspect dramatic: pe lângă leziunile buloase caracteristice, în anumite forme apar afectări ale mucoaselor soldate ulterior cu stenoze, leziuni unghiale (onicodistrofie, onicoliză totală) și cicatrizarea distrofică a falangelor distale, fibroje și contractură musculară. De aceea, îngrijirea copilului cu epidermoliză buloasă necesită colaborarea strânsă a unei echipe multidisciplinare formată din neonatolog, dermatolog, pediatru, gastroenterolog, stomatolog, chirurg, anestezist, gastroenterolog, orl-ist, psiholog și alții.

Momentan, în absența unui tratament curativ, pacientul cu epidermoliză buloasă beneficiază doar de un o terapie adjuvantă, ce presupune îngrijirea leziunilor cutanate, corectarea carențelor nutriționale, prevenirea sau corectarea complicațiilor.

Concluzii : Pe lotul de cei 15 pacienți din arealul Moldovei, predomină forma distrofică de EB. Un există o corelație netă între sex și vârstă.

4. **Pioderma gangrenosum**

Ramona Curcă, Gabriela Vasiliu, Mircea Eliza
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Pioderma gangrenosum reprezintă o patologie rar întâlnită în practica medicală, fiind cuprinsă în patologia inflamatorie, caracterizată printr-un infiltrat neutrofilic în derm și distrucție tisulară. Peste 50% din cazuri au asociată o patologie sistemică, iar vârsta de incidență maximă este cuprinsă între 40 și 60 ani, cu predominanta sexului feminin.

***Caz clinic*:** Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 43 ani, ce declară apariția bruscă, cu aproximativ trei săptămâni în urma, a unui nodul inflamator, dureros, de aproximativ 0,5/1cm diametru, ce exprimă o secreție purulentă la digitopresiune. Traumatizarea repetată a leziunii a dus la extinderea acesteia, prin apariția unui placard eritemato edematos, cu pustule pe suprafață, intens dureros, motiv pentru care s-a prezentat într-un serviciu de chirurgie din teritoriu, unde, în urma debridării chirurgicale extensive, a persistat extinderea leziunii, motiv pentru care s-a suspicionat diagnosticul de pyoderma gangrenosum. Astfel pacienta a fost direcționată către clinica nostră. Pe baza examenului clinic și anamnezei s-a pus diagnosticul prezumtiv de pyoderma gangrenosum. Având în vedere starea generală alterată, cât și refuzul pacientei de a efectua biopsie cutanată de la nivelul leziunii, s-a instituit corticoterapie sistemică și antibioterapie topică cu evoluție rapid favorabilă.

Concluzii: Pyoderma gangrenosum este o boală subdiagnosticată, a cărei etiologie este incomplet elucidată, diagnosticul acesteia fiind unul de excludere, necesitând confirmare anatomo-patologică.

5. **Lichen plan pilaris**

Lavinia Zaiț, Roxana Gherasim, Mara Scutelnicu Roxana Chirilă, Ramona Curcă
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Lichenul plan este o manifestare inflamatorie papuloasă, mai frecventă la femei, între 30 şi 60 de ani. Etiopatogenia bolii e încă necunoscută, putând fi incriminate multiple ipoteze: neuropsihică, infecţioasă, metabolică,

autoimună, medicamentoasă, chimică. Boala cunoaşte manifestări clinice diverse, putând afecta pielea, mucoasele, unghiile şi părul.

Caz clinic: Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 42 de ani, internată în Clinica Dermatologică pentru o erupţie constituită din papule foliculare, poligonale, plane, eritemato- violacee, strălucitoare, izolate, pruriginoase, localizată la nivelul scalpului. Boala a debutat în urmă cu 2,5 ani cu leziuni pe trunchi, braţe şi scalp, pentru care a urmat tratament cu corticosteroizi sistemici, topici şi antihistaminice, cu persistenţa leziunilor de la nivelul scalpului. Examenul local a pus în evidenţă şi plăci albicioase, dispuse sub formă de reţea pe mucoasa bucală. Examenul bioptic de la nivelul leziunilor de pe scalp a confirmat suspiciunea clinică de lichen planopilaris. Explorările paraclinice au fost în limite normale. S-a iniţiat tratament sistemic cu antihistaminice şi desensibilizante nespecifice şi local cu dermatocorticoizi, cu evoluţie favorabilă.

Concluzii: Evoluţia bolii este variabilă, cu forme ce dispar în câteva săptămâni şi altele ce persistă mai mulţi ani, cu perioade lungi de remisiune, alternând cu puseuri acute. Formele cu localizare bucală involuează mai încet, iar la mai puţin de 5 % din pacienţi se pot transforma în CSC, astfel încât bolnavii trebuie urmăriţi la intervale regulate. Teoria psihogenă pare a avea un rol semnificativ în debutul bolii la acest caz, pacienta acuzând perioade de stres fizic şi emoţional la locul de muncă, în antecedente.

---

6. Consideraţii asupra unui caz de pemfigus vulgar

Alina Grăjdeanu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Pemfigusul reprezintă o dermatoză buloasă autoimună intraepidermică caracterizată prin prezenţa de autoanticorpi împotriva substanţei intercelulare, având ca substrat histologic acantoliza. Este o boală rară, cu evoluţie gravă, şi din punct de vedere clinic, leziunile mucoase, mai frecvent cele bucale, constituie semnul de debut. Diagnosticul pozitiv se bazează pe date clinice, examen citologic, examen histopatologic (bulă în stratul malpighian profund), imunofluorescenţă directă (Ig G în spaţiile intercelulare malpighiene) şi indirectă (Ac serici circulanţi anti SIC), ELISA. Tratamentele moderne (corticosteroizi, imunosupresoare, plasmafereză, agenţi biologici) sunt necesare pentru obţinerea

remisiunii de durată. Diagnosticul diferenţial al pemfigusului vulgar se face cu alte forme clinice de pemfigus, cu boli buloase intraepidermice cu/fără autoanticorpi, cu leziuni ulcerative acute şi cronice ale cavităţii orale.

Caz clinic: Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 32 ani, fără antecedente personale patologice semnificative, care este internat în Clinica Dermatologică pentru apariţia în urmă cu 4 luni a unor eroziuni dureroase la nivelul mucoasei orale, însoţite de subfebrilitate şi stare generală influenţată. Evoluţia leziunilor a fost nefavorabilă sub diferite tratamente locale şi sistemice, fiind greşit diagnosticate în alte servicii medicale drept alte boli cu leziuni eroziv-ulcerative ale cavităţii orale. Tabloul clinic a fost completat apoi de apariţia unor bule flasce, cu conţinut serocitrin, apărute pe tegument indemn pe antebraţul drept şi pe umeri, şi a conjunctivitei erozive bilaterale. Ipoteza de diagnostic a fost cea de pemfigus vulgar, confirmată prin citodiagnosticul Tzanck, biopsia mucoasei bucale şi prin imunofluorescenţă directă. S-a instituit tratament sistemic cu corticosteroizi şi topic cu antiseptice, pomezi cicatrizante, cu evoluţie favorabilă a leziunilor. În contextul terapiei cortizonice, s-au remarcat simptome încadrate în depresie în Serviciul de psihiatrie.

Concluzii: Pemfigusul vulgar ar trebui suspectat în cazul unor ulceraţii cronice ale mucoasei bucale, refractare la terapii topice necorespunzătoare. Formele severe de pemfigus necesită spitalizare urgentă şi instituirea rapidă a tratamentului sistemic cu urmărirea adecvată a efectelor adverse.

---

7. **Necrobiozalipoidica fără modificări glicemice**

Mădălina Bejan, Romulus Pruină, Laura Andres
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Necrobioza lipoidică reprezintă o afecțiune cutanată caracterizată prin degenerarea colagenului din derm cu raspuns granulomatos, modificări ale pereților vaselor si acumulare extracelulară de lipide la același nivel. Afecțiunea apare de obicei la pacienții diabetici, mai frecvent la femei și se manifestă sub forma unor plăci brun violacee cu centrul atrofic, telangiectazic și periferia reliefată. Histopatologic reprezintă o dermatoză granulomatoasă palisadică. Întrucât etiologia este incomplet elucidata,optiunile terapeutice actuale nu au o

eficacitate garantată. Tratamentul poate include corticosteroizii și pentoxifilin - sistemic, sau inhibitori de calcineurină topic.

Caz clinic: Pacienta în vârstă de 53 de ani care se prezintă în Clinica Dermatologică Iași acuzând prezența de aproximativ 9 ani a unor plăci rotund-ovalare galben-brune cu marginile ușor proeminente, cu centrul atrofic, telangiectazic, la nivelul fețelor anterioare ale gambelor, însoțite de simptomatologie pruriginoasă. Biopsiile efectuate au confirmat diagnosticul de necrobioză lipoidică. Menționăm că pacienta nu are modificări glicemice. Sub tratament cu venotrofice și vit. E sistemic, evoluția este lent favorabilă.

Discutii: Particularitatea cazului o reprezintă absența modificărilor glicemice la această pacientă, literatura de specialitate confirmand faptul că aproximativ o treime din cazurile de necrobioză lipoidică nu se însoțesc de astfel de modificări. Acest fapt pune sub semnul întrebării relația cauza - efect, din punct de vedere etiopatogenic, între cele două patologii.

---

8. Tumora Pinkus

Elena Crihan[1] , Delia Ciobanu[2]
[1]Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași
[2]*Spitalul "Sf. Spiridon" Iasi, Laboratorul de Anatomie Patologică*

Fibroepiteliomul Pinkus (FEP) reprezintă o variantă rară de carcinom bazocelular (CBC), dificil de diagnosticat clinic întrucât aspectul macroscopic este diferit de cel al CBC. Descris pentru prima dată în 1953 de Herman Pinkus ca o tumoră fibroepitelială premalignă, dar ulterior a fost încadrat în grupul carcinoamelor bazocelulare.

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin în vârstă de 32 de ani care solicită consult dermatologic pentru o formaţiune tumorală de aproximativ 1 cm, de culoare roz apărută la nivelul abdomenului superior care s-a dezvoltat în decursul a câtorva luni. Examenul clinic ridică suspiciunea unui nev dermic, practicându-se excizia formaţiunii în ţesut sănătos.

Examenul histopatologic descrie o proliferare celulară bazaloidă ce constituie travee celulare ce se anastomozează, cu stromă densă intens celularizată cu elemente vasculare de tip capilar central, focare de CBC tipic.

Conform elementelor anatomopatologice s-a stabilit diagnosticul de fibroepiteliom Pinkus.

FEP este un neoplasm pentru care diagnosticul clinic reprezintă o provocare. Fiind o variantă de CBC detecţia sa precoce si extirparea chirurgicală sunt de dorit. Deşi este citată o predispoziţie de dezvoltare în regiunea lombosacrată, la persoane peste 50 de ani, cazul prezentat este particular prin localizarea tumorii în regiunea abdomenului superior la o persoană tânără. Pacientul trebuie supravegheat pentru că există riscul recidivei şi chiar apariţiei a altor forme de carcinoame cutanate.

---

9. Pemfigoid bulos- caz clinic

Crețu Anca, Lăbonțu Andreea, Olinici Doinița, Voicu Cătălina
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Pemfigoidul bulos reprezintă o afecțiune autoimună cronică în care se dezvoltă bule subepidermice din cauza circulației autoanticorpilor de tip Ig G împotriva antigenilor în joncțiunea dermoepidermică.

Caz clinic: Pacient în vârsta de 78 ani, din mediul rural se prezintă în Clinica Dermatologică Iaşi pentru debutul cu o luna anterior internării unor leziuni buloase de dimensiuni variate, apărute pe tegument eritematos și edematos (plăci urticaria-like), precedate de durere și usturime, la nivelul coatelor, gambelor, zonei cervicale, cu extensia ulterioară pe restul corpului după 3 săptămâni. În evoluție, lasă eroziuni superficiale, cu gulerașul cupolei la periferie, de dimensiuni variate, unele fiind în curs de vindecare prin leziuni hiperpigmentare pe locul fostelor leziuni buloase.

Examenul paraclinic a decelat: eozinofilie; sindrom de hepatocitoliză; sindrom inflamator; examenul bacteriologic din leziune - prezenţa de Staphylococcus aureus meticilino-sensibil; citodiagnosticul Tzanck - celule epidermice absente, eozinofile prezente în lichidul din bulă; examenul histologic a confirmat diagnosticul de pemfigoid bulos.

În cursul internării a urmat tratament sistemic cu corticoizi, antihistaminic, antimicotic, antibiotic şi medicaţie pentru bolile cardiovasculare asociate, şi tratament local cu dermatocorticoid şi dezinfectant local.

Discuţii: Pemfigoidul bulos se produce cu predilecţie peste vârsta de 70 ani, dar poate afecta și tinerii și copiii, fără predominanță de rasă și sex. Prezintă predilecție pentru arii flexurale: axile, pliuri inghinale, fose antecubitale și poplitee, de obicei fața și scalpul nefiind afectate.

10. Tumora cu celule granulare a nou născutului sau epulis congenital

Timofte Andrei, Doina Mihăilă*, Petrică Plămădeală*, Ștefanachi Elena* *, Mioara Trandafirescu* * *, Munteanu Oana*, Stan Iulia*, Topciu Lucian*, Tancău Alina Carmen* * * **
*Anatomiepatologică Sp. Clinic de Urgență pentru Copii "Sf.Maria", Iași
**Morfopatologie UMF "Gr.T.Popa", Iași
***Histologie UMF "Gr.T.Popa", Iași
****Rezident dermato-venerologie, Iași

Tumora cu celule granulare a nou-născutului (sinonim: mioblastom congenital sau epulis congenital) își are originea în celulele crestelor neurale. Sunt tumori rare cu histologie benignă, diagnosticul diferențial principal făcându-se cu epignatus (teratomul oral). Descriem două cazuri de tumori congenitale rare cu localizare la nivelul cavităţii bucale care s-au prezentat în spitalul nostru la interval de zece zile. Primul caz a fost internat cu diagnosticul clinic de epignatus, iar al doilea caz cu epulis congenital gingival, diagnosticul final stabilit prin examenul histopatologic fiind de tumori cu celule granulare ale nou-născutului. În ambele cazuri tratamentul a fost chirurgical, cu evoluție favorabilă.

---

11. Psoriazis Vulgar tratat cu Ustekimumab

Roxana Chirilă, Laura Economu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Psoriazisul este o afecțiune inflamatorie cronică de etiologie neprecizată care beneficiază momentan doar de tratamentul leziunilor, indiferent de aspectul clinic sau de severitate, și nu de terapia bolii. O opțiune de tratament o reprezintă terapia biologică, mai ales în cazurile de psoriazis moderat și sever care nu răspund la tratamentul topic și sistemic convențional.

Unul din agenții biologici de actualitate în România este Ustekinumab, cu administrare facilă, crescând astfel complianta pacienților la tratament.

Prezentăm cazurile a 2 pacienți cu psoriazis vulgar formă severă aflați în tratament cu Ustekinumab 45 mg subcutanat administrat la 12 săptămâni. Primul este un bărbat în vârsta de 53 ani, din mediul urban, cunoscut cu psoriazis vulgar din 2002 pentru care a urmat diverse scheme terapeutice atât topice cât și sistemice, fără ameliorare. Se începe terapia cu Ustekinumab în iulie 2012, cu scor

PASI inițial de 50,1. După doar 2 administrări se remarcă o scădere considerabilă a scorului PASI, cu atingerea PASI 90.

Cel de-al doilea caz este al unei femei de 72 ani, din mediul rural, care acuză apariția primelor leziuni de psoriazis din decembrie 2011. Întrucât în urma terapiilor convenționale ameliorarea a fost minimă, s-a inițiat tratamentul cu Ustekinumab din iulie 2012, pornind de la un scor PASI de 28. La fel ca în primul caz, după doar 2 administrări atinge PASI 90, ajungând la scor 0.

Stelara (Ustekinumab), medicație sistemică din categoria terapiilor biologice pentru psoriazis, cu acțiune anti IL 12 si IL 23, dovedește o bună compliantă la tratament a pacienților si o evoluție favorabilă a leziunilor cutanate, încă de la primele administrări.

---

12. Pseudolimfom cutanat

Ioana Garbea, Adrian Patrascu, Virginia Kaperonis, Bogdan Ojog, Ramona Isopescu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Pseudolimfoamele cutanate înglobează o serie de afecţiuni inflamatorii, particularizate prin contrastul evoluţiei clinice benigne şi aspectul histopatologic malign, putând astfel simula, adesea limfoamele cutanate maligne. Clinic, leziunile cutanate nu sunt specifice, îmbrăcând aspect polimorf, iar diagnosticul nu poate fi stabilit decât prin coroborarea datelor anamnestice, clinice şi anatomopatologice (biopsii seriate).

Caz clinic: Pacient de 73 ani, în evidenţă medicală cu poliartrită reumatoidă din 2001,urmând diverse tratamente imunosupresoare şi terapii biologice, cu înţepătură de căpuşă în urmă cu 2 ani, neglijată terapeutic, se prezintă în clinica de dermatologie pentru prurit gneralizat, accentuat la nivelul toracelui şi membrelo, debutat în urmă unan, când biopsia cutanată nu a oferit date concludente asupra etiologiei pruriginoase. Datorită exacerbării pruritului, pacientul se adresează clinicii dermatologice a Spitalului „Sf. Spiridon”, prezentând câteva plăci discret eritematoase, relativ bine delimitate, uşor infiltrate, cu mici eroziuni rotund-ovalare, rezultate în urma gratajului, artalgii în marile articulaţii şi febră. Paraclinico-biologic se decelează prezenţa sindromului inflamator, anemie mixtă, iar serologic- creştere semnificativă a titrului Ac anti Borellia burgdorferi Ig G. Dacă examenul clinc nu a oferit suficiente elemente pentru diagnostic, interpretarea datelor anamnestice şi a investigaţiilor efectuate au susţinut diagnosticul de

pseudolimfomului cutanat, indus de înţepătura de insectă. Sub tratament antibiotic, antihistaminic, antiinflamator, evoluţia este staţionară.

Deşi la distanţă de momentul înţepăturii, aceasta nu a rămas fără răsunet simptomatic, chiar dacă pacientul nu a trecut prin stadiul tuturor perturbărilor tardive, pe care le-ar putea induce borelioza. Suprapunerea artralgiilor peste poliartrita reumatoidă sporeşte particularitatea cazului, fiind în acelaşi timp şi indicator al stadiului tardiv al infecţiei cu Borellia burgdorferi.

---

13. Xantoame eruptive

Ramona Isopescu[1,2], Virginia Kaperonis[1,2], Alexandra Pătraşcu[1,2], Bogdan Ojog[1,2], Ioana Gîrbea[1,2]
[1] Clinica Dermatologie, Spitalul Clinic de Urgenţă "Sf. Spiridon" Iaşi
[2] Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi

Xantoamele se prezintă sub forma unor plăci sau noduli cutanaţi constituiţi din depozite de lipide şi celule spumoase. De obicei nu reprezintă o boală în sine ci mai degrabă un simptom al unor anomalii metabolice subiacente, congenitale sau dobândite. Clinic xantoamele se clasifică în: eruptive, tuberoase, tendinoase şi plane.

Prezentăm cazul unui domn de 45 de ani, fără antecedente patologice heredo-colaterale sau personale deosebite care se adresează Clinicii de Dermatologie Iaşi pentru o erupţie monomorfă apărută brusc, sub forma unor papule roz-gălbui de 0,4 – 0,6 cm diametru, asimptomatice, dispuse predominant la nivelul feţelor de extensie ale coatelor şi genunchilor, în regiunea gluteală, sugestive pentru diagnosticul de xantoame eruptive. Paraclinic s-au decelat importante anomalii biochimice: hiperglicemie cu modificări importante ale lipidelor serice (hipercolesterolemie şi hipertrigliceridemie majore), ca expresie a diabetului zaharat nou-diagnosticat, dezechilibrat din punct de vedere metabolic. Examenul histopatologic de la nivelul unei leziuni cutanate a susţinut diagnosticul de xantom. Sub tratament specific antidiabetic se remarcă ameliorarea semnificativă a parametrilor biologici concomitent cu ştergerea leziunilor cutanate.

Erupţia cutanată a reprezentat singurul motiv al consultului medical şi s-a dovedit a fi un important semn clinic în cadrul unor anomalii metabolice majore. Valorile extreme ale colesterolului şi trigliceridelor serice nu au antrenat modificări

cardiovasculare sau pancreatice. Tratamentul etiologic a condus la echilibrare metabolică şi la ameliorarea fenomenelor cutanate secundare.

---

14. **Pahionichia congenital tipul Jadassohn-Lewandowsky**

Elena Manuela Florea, Beatrice AlinaCodău*, Simona Ştiuruc*, Raluca Sîrbu*, Andra Cristina Buduc*, Mihaela Paula Toader**, Tatiana Ţăranu***
Spitalul Clinic Univ. Căi Ferate Iaşi
** U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi, Facultatea de Medicină Dentară, Disciplina Dermatologie orală

Pahionichia congenital (PC) este o genodermatoză rară cu transmitere autosomal dominantă datorată mutaţiilor unora din cele patru gene ce codifică keratinele şi caracterizată prin leziuni distrofice unghiale şi keratodermie dureroasă plantară şi palmară.

Prezentăm cazul unui adult de ani cu manifestări clinice corespunzând tipului 1 (Jadassohn-Lewandowsky) de PC, forma cea mai comună a acestei dezordini.

Prezentare de caz

Pacientul D. C. în vârstă de 36 ani spitalizat în Clinica Dermatologică a Spitalului Clinic Universitar C. F. Iaşi pentru keratodermie exuberantă fisurară plantară, extrem de dureroasă, hiperhidroză, keratodermie palmară, distrofii unghiale severe (pahionichie, hiperkeratoză subunghială) interesând toate degetele picioarelor şi mâinilor, precum şi leziuni leucokeratozice ale mucoasei orale. Manifestări similare erau prezente la doi din cei patru copii (D. C. în vârstă de 7 ani şi D. D. A. în vârstă de 2 ani).

Discuţii

Genodermatoză rară, descrisă pentru prima dată în 1904, cu o incidenţă necunoscută (se estimează existenţa a 5000-10000 cazuri în lume), PC are un impact marcat asupra calităţii vieţii pacientului.

Tratamentul este eminamente simptomatic vizând keratodermia, durerea şi hiperhidroza.

15. De la sindromcoronarian acut la colagenoză

Rodica Radu[1,3], Nicoleta Pepene[1], Mitu Ovidiu[1], Luiza Dumitrof[1], Laura Stătescu[2,3], Cătălina Arsenescu-Georgescu[1,3]
1.Institutul de Boli Cardiovasculare "G.I.M. Georgescu" Iaşi
2.Clinica de Dermatologie, Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe "Sf. Spiridon" Iaşi
3.Universitatea de Medicină şi Farmacie " Gr.T. Popa" Iaşi

Ateroscleroza coronariană prematură, accelerată, este una dintre principalele cauze de morbiditate şi mortalitate la pacienţii cu LES. Infarctul miocardic acut este una dintre cele mai severe manifestări la pacienţii cu lupus eritematos sistemic (LES). Atât ateroscleroza coronariană cât şi vasculita lupică şi sindromul antifosfolipidic pot fi cauzele acestei complicaţii cu risc mare de deces. Apariţia unui infarct miocardic acut afectează prognosticul pacienţilor cu LES, de multe ori fiind vorba de pacienţi tineri (< 35 ani), fie ei bărbaţi sau femei. La pacienţii cu LES factorii de risc tradiţionali nu sunt asociaţi cu incidenţa bolii coronariene, iar factorii de risc legaţi de LES (incluzând tulburări ale oxidării lipidelor, inflamaţia şi autoimunitatea) accelerează evoluţia procesului aterosclerotic.

Această prezentare are ca scop să raporteze cazul unui bărbat tânăr, de 32 de ani, cu risc mic cardiovascular, cu overlap syndrome (LES şi sclerodermie) şi boală coronariană multivasculară ce a fost diagnosticată cu ocazia unui infarct miocardic acut. Deasemenea, diagnosticul şi documentarea biochimică, imunologică şi morfopatologică (bioptică) a colagenozei mixte s-au realizat tot cu ocazia acestei complicaţii cardiace majore. Pentru revascularizaţia miocardică a fost necesar dublu by-pass aortocoronarian. Ne propunem să discutăm posibilele mecanisme ale afectării coronariene precum şi particularităţile tratamentului medical şi chirurgical.

Depistarea precoce, în fază subclinică, a bolii coronariene este necesară şi posibilă la pacienţii cu LES, mai ales la cei tineri şi chiar în absenţa factorilor de risc tradiţionali.

16. Lues terţiar: discuţii pe marginea unui caz clinic

Andronic Cătălina, Hauca Luminiţa, Scutelnicu Mara, Bontea Tiberiu
Clinica Dermatologică Spitalul Clinic Județean de Urgențe Sf. Spiridon Iași

Introducere: Sifilisul este o boală cu transmitere sexuală majoră, cea mai cunoscută prin impactul pe care-l exercită pe plan social şi individual. Agentul etiologic este *Treponema pallidum*, cu o rezistenţă extrem de scăzută în mediul exterior, cu durată de supravieţuire de doar 3 zile în sângele conservat la 4°C. Transmiterea infecţiei este preponderent prin contact sexual. Trasmiterea neveneriană, deşi posibilă, este puţin probabilă. Netratat, sifilisul are o evoluţie cronică, cu perioade active alternând cu perioade de latenţă, asimptomatice. Sifilisul terţiar, ultima fază de evoluţie a afecţiunii, se poate manifesta doar la o mică parte din pacienţii netrataţi, după o perioadă de latenţă de 2-40 ani. Leziunile caracteristice fazei terţiare afectează diverse ţesuturi şi organe, cu efect distructiv local, conţinut treponemic redus, fiind puţin contagioasă, dar cu o vindecare sechelară.
Caz clinic: Pacient în vârstă de 49 ani, din mediul urban, se prezintă în Clinica Dermatologică a Spitalului "Sf.Spiridon" din Iaşi pentru apariţia a numeroase formaţiuni nodulare asimptomatice apărute în urmă cu aproximativ 1 lună, care s-au ulcerat spontan, eliminând un conţinut cazeos, situate pe scrot; papule arămii, rotunde, convexe, asimptomatice, unele cu guleraşul lui Biett prezent, diseminate pe trunchi şi membre; adenopatie monoganglionară, inghinală dreaptă, cu caracter neinflamator şi asimptomatică. Serologia a confirmat diagnosticul de sifilis: RPR pozitiv 1/16 şi TPHA pozitiv +++, iar VDRL negativ în LCR, TPHA pozitiv +++ în LCR, semnele clinice, absenţa simptomelor la debut şi anamneza au determinat încadrarea în forma clinică de sifilis terţiar.
Discuţii: Suprainfecţia tuberculilor scrotali ulceraţi în ultimele 10 zile a determinat pacientul să se adreseze medicului dermatolog. Pacientul declară o singură parteneră sexuală în ultimii 15 ani şi neefectuarea efectivă a RPR/ TPHA pentru căsătorie şi pentru angajare.
Concluzii: prezenţa unor leziuni papuloase arămii cu guleraş de descuamare, asimptomatice, precum şi a unor leziuni de tip nodular ulcerate, cu conţinut cazeos, iniţial asimptomatice, impun includerea sifilisului în algoritmul de diagnostic, deşi numărul cazurilor de sifilis este în scădere în ultimii ani în România.

12.40-13.00 ANTIBIOTICE

De la tradițional la modern în terapia topică

Prof. Dr. Monica Hăncianu

În 1950, Premiul Nobel pentru Fiziologie şi Medicină s-a acordat unui grup de cercetători: Tadeusz Reichstein, Edward Calvin Kendall şi Philip Showalter Hench, care au reuşit să izoleze cortizonul. 15 ani mai târziu, Antibiotice Iaşi este prima fabrică din România care oferă pacienţilor o formulă topică de Hidrocortizon unguent, medicament care a trecut proba timpului şi care este utilizat şi în momentul de faţă. Odată cu apariţia bolior civilizaţiei, a crescut şi incidenţa patologiei dermatologice induse de stres. Aceste afecţiuni îşi găsesc soluţii terapeutice în dermatocortocoizi, "cea mai utilizată clasă de medicamente în dermatologie, fiind indicaţi în majoritatea dermatozelor inflamatorii acute, subacute sau cronice".[1]

Utilizaţi corespunzător dermatocorticoizii sunt siguri şi eficienţi.[2] Aderenţa la tratamentul topic dermatologic este mai scăzută decât cea la tratamentul sistemic. [3] Marea majoritate a pacienţilor cu probleme dermatologice subdozează medicaţia topică la prima administrare. [4]

De-a lungul anilor, portofoliul de dermatocorticoizi Antibiotice s-a îmbogăţit, în 2013 piaţa farmaceutică beneficiind de gama Ekarzin, formată din trei medicamente: Ekarzin® cremă (betametazonă dipropionat 0.5 mg/g), Sal-Ekarzin® unguent (betametazonă dipropionat 0.5 mg/g şi acid salicilic 30 mg/g) şi CloEkarzin® cremă (betametazonă dipropionat 0.5 mg/g şi clotrimazol 10 mg/g). Medicamentele din gamă se pot folosi în terapie secvenţială în psoriazis, îmbunătăţind calitatea vieţii pacienţilor şi crescând aderenţa acestora la tratament, precum şi în alte afecţiuni inflamatorii ale pielii, fiecare medicament având un profil farmacologic specific, care oferă beneficii pentru diverse categorii de pacienţi. În iunie 2013, Clasei Derma Antibiotice i s-au adăugat două medicamente: Mometazonă Atb cremă şi Mometazonă Atb unguent. Furoatul de mometazonă este un corticosteroid clorurat, mai eficace şi mai sigur decât corticosteroizii fluoruraţi, în tratamentul psoriazisului. Datele din literatură sugerează o prezenţă persistentă a furoatului de mometazonă în piele, comparată cu un efect "rezervor"; datorită acestui efect, dacă este prezent suficient corticosteroid în "rezervor", sunt necesare aplicări mai rare, aderenţa la tratament fiind astfel mai mare. [5]

Bibliografie

1. Ghid privind administrarea dermatocorticoizilor, SRD

2. Expert consensus: Time for a change in the way we advise our patients to use topical corticosteroids, Anthony Bewley, The BMJ of dermatology, 2008; 158(5):917-920
3. Valia RG. Non-compliance in dermatologic diseases.Indian J Dermatol Venereol Leprol 2008;74:553-557
4. J Am Acad DErmatol 2008; 59;975-80
5. Bumbuluţ, C. – Consideratii asupra tratamentului cu dermatocorticozi in psoriazisul vulgar, Conexiuni medicale, 1-2, martie 2007

14.00- 15.50

DERMATOLOGIE ORALĂ

1. **Modalități de reconstrucție în carcinoamele de limbă și planșeu bucal**

VV Costan, Marilena Bădăluță, Otilia Boisteanu, Eugenia Popescu
U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi
Spitalul Clinic de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași

Carcinoamele de limbă și planșeu bucal reprezintă principala patologie malignă a mucoasei cavității orale. Deși diagnosticul ar trebui să fie facil, cei mai mulți dintre pacienți se prezintă în stadii avansate, atât în ceea ce privește tumora primară cât și în ceea ce privește adenopatiile cervicale.
Lucrarea își propune să prezinte dificultatea managementului tratamentului chirurgical al acestor pacienți, pentru a obține rezultate funcționale și morfologice cât mai bune, cu o calitate a vieții cât mai ridicată.

Dacă în cazul tumorilor în T1-T2, sutura directă a fost preferată, la pacienții cu tumori mai avansate au fost utilizate diverse lambouri, de la cele pediculate musculomucozale din limbă și până la asocieri de două lambouri libere. In timp ce lambourile pediculate sunt ușor de folosit și diminuează durata intervenției chirurgicale, sunt asociate cu o morbiditate postoperatorie destul de mare, care face de preferat, ori de câte ori starea generală a pacientului o permite, folosirea lambourilor libere, preferate fiind cele din radial sau din marele dorsal, ultimile fiinde folosite și cu două palete cutanate, în cazul unor defecte compozite, ce au interesat întreaga grosime a obrazului. Invazia osului mandibular a făcut necesară rezecția acesteia în continuitate, reconstrucția fiind asigurată cu lambouri din osul

peroneu livber transferat ori, mai simplu, cu atele de reconstrucție din titan, asociate cu lambouri musculo-cutanate libere sau pediculate din marele pectoral.

Tratamentul chirurgical al carcinoamelor de limbă și planșeului bucal este unul dificil, fiind necesară stăpânirea unui arsenal reconstructiv variat, adaptat fiecărui pacient. În acest mod rezultatele funcționale sunt optime, iar pacientul poate fi supus tratamentului asociat chimio-radioterapeutic.

---

2. **Sarcomul Kaposi la pacienții HIV –pozitivi experiența Clinicii de Boli Infecțioase Iași**

Carmen Manciuc, Cristina Nicolau, Ghibu Laura, Vâță Andrei, Juganariu Gabriela, Alexandra Largu, Carmen Dorobăț
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sf. Parascheva" Iași

Scopul studiului

Cercetarea de față își propune să evidențieze faptul că patologia dermatologică, chiar prin afecțiunile rare este relevanta de infecție HIV în stadiul avansat.

Material și metoda

Am analizat cazurile de sarcom Kaposi internate in Clinica de Boli Infectioase Iasi in perioada ianuarie 2008-30 aprilie 2013 la pacientii infectati HIV.

Rezultate

În perioada menționată au fost un numar de 6 spitalizari cu o durata medie de 7,3 zile pentru 3 pacienti diagnosticati cu infectie HIV si sarcom Kaposi. Pentru unul dintre acestia sarcomul Kaposi a fost relevant de infectie HIV, pacientul fiind naiv. Pentru ceilalti doi sarcomul Kaposi a aparut pe fondul imunodepresiei severe, ca urmare a nonaderentei si noncompliantei la terapie. Toti pacientii aveau valoarea CD4 sub 50/mmc si valoarea viremiei peste 100000 unitati. Pacientii au avut detrminare cutanata sau mucoasa, fara determinare viscerala; s-a initiat radioterapie si administrare de interferon γ, alături de terapia HAART. Nu s-a înregistrat niciun deces, evolutia fiind favorabilă în toate cazurile.

Concluzii

Deși o patologie rară, sarcomul Kaposi trebuie mereu suspicionat în condițiile leziunilor sugestive la pacientul imunodeprimat prin infecție HIV, iar această patologie poate fi relevantă a infecției cu retrovirus. Colaborarea infecționist-dermatolog-oncolog este cheia succesului în aceste cazuri.

3. Manifestările orale în HIV/SIDA – cazuri clinice

V. Gogu[1], M.Beţiu[1], Angela Nagîţ[2], Nina Fiodorov[1], V.Sturza[1], B.Nedelciuc[1], A.Baltă[2], Lilia Rezmeriţa[2], Tatiana Caisim[1]
[1]Catedra Dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemiţanu", Chişinău
[2]IMSP Spitalul Dermatologie și MaladiiComunicabile, Republica Moldova

Afectarea cavităţii orale este frecvent asociată cu infecţia dată de *Human Immunodeficiency Virus / Virusul Imunodeficienței Umane* (HIV) şi sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA). Deşi, o bună parte din leziuni la nivelul cavităţii orale asociate de infecţia HIV pot fi întâlnite şi în alte stări imunosupresive, manifestările la nivelul cavităţii orale sunt considerate printre cele mai timpurii şi importante expresii de infectare cu HIV. Printre leziunile orale cardinale, asociate de HIV/SIDA, se consideră candidoza recidivantă, leucoplazia păroasă a limbii, angiosarcomul Kapoşi, stomatitele, gingivitele sau periodontitele ulcerativ-necrotice, afecţiunile cutaneo-mucoase virale, etc. Constatarea acesor manifestări relatează clinic despre un anumit grad de imunosupresie și sporește vigilența pentru HIV. Leziunile orale în asociere cu HIV au o evoluţie îndelungată şi, de obicei, sunt refractare la tratamentul simptomatic sau tradiţional, fapt ce marchează atât fizic, cât şi psihic pacienţii şi, respectiv, reduce din calitatea vieţii acestora.

Pe marginea cazurilor clinice monitorizate de autori, lucrarea pune în discuţie importanţa leziunilor orale ca semne revelatoare ale infecţiei cu HIV şi a progresiei spre SIDA.

---

4. Boala mână-picior-gură

Al.Baltă[1], M.Beţiu[2], V.Gogu[2]
[1]IMSP Spitalul Dermatologie și MaladiiComunicabile, Republica Moldova
[2]Catedra Dermatovenerologie, USMF "NicolaeTestemiţanu", Chişinău

Generalităţi: boală infecțioasă provocată de enterovirusuri, în special Coxsakie A16, predomină la copiii cu vârsta cuprinsă între 3-7 ani; la adulți cazurile sunt rare, făcând forme ușoare ale bolii; frecvența crește vara și toamna; perioada de incubație constituie 3-6 zile, după care apare frecvent febra, veziule palmo-plantare și stomatită erozivă; uneori leziunile interesează fesele și perineul;

pleconarilul este un antienteroviral specific, apărut recent, adresat formelor grave ale maladiei.

Cazurile clinice: sunt prezentate o serie de cazuri cu referință la erupția epidemică a bolii din toamna 2011, fiind consultați 22 copii cu vărste de 2-9 ani, băieți – 15 și fetițe – 7; boala a evoluat clasic cu febră, leziuni veziculo-erozive palmo-plantare și bucale, iar la 9 copii s-a constatat extinderea fesieră și perineală; într-un caz mai grav a fost necesară monitorizarea neurologică (convulsii); cu tratament simptomatic rezolvarea s-a produs în 10-14 zile.

În concluzie: cazurile prezentate pun în evidenţă problema diagnosticului diferenţial în eczantemele şi enantemele virale, precum eventualitatea formelor grave cu gastroenterite, septicemii, hepatite, pneumonii și meningoencefalite.

---

5. **Lichenul plan bucal**

Floarea Sărac, Ilarie Brihan
Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie, Departamentul Dermatologie

Introducere

Lichenul cavităţii bucale poate fi localizat exclusiv pe mucoasa jugală sau se asociază în 50% din cazuri cu erupţia cutanată. Leziunile bucale se datorează formării aberante de strat granulos la nivelul mucoasei. Aspectul tipic constă într-o reţea dantelată de striuri liniare albicioase şi puncte albe (leucoenantem), comparate clasic cu nervurile frunzei de ferigă. Acest aspect reprezintă corespondentul mucos al reţelei Wickham de pe suprafaţa leziunilor cutanate. Localizarea de elecţie este pe mucoasa jugală în dreptul ultimilor doi molari, dar leziunile pot apărea şi pe buze (cheilita licheniană) sau pe gingii. Lichenul plan al mucoasei bucale poate îmbrăca aspecte morfologice foarte diverse: *erozive* (bulo-erozive) cu sediul de elecţie în regiunile mai traumatizate ale mucoasei limbii; *plăci leucokeratozice* cu aspectul unei hiperkeratoze albicioase, uşor proeminente, greu de diferenţiat de leucoplazie; *plăci atrofice* care se dispun preferenţial pe faţa dorsală şi marginile limbii; leziuni *eritematoase* mai ales la nivelul gingiilor sub forma unei gingivite descuamative, însoţite de o vulnerabilitate mare la solicitări mecanice (periajul dinţilor) etc. Localizarea lichenului în cavitatea bucală nu se asociază cu fenomene subiective deosebite.

Din punct de vedere histopatologic, la nivelul mucoasei bucale (unde, cu excepţia feţei dorsale a limbii şi palatului dur, stratul granulos şi cornos lipsesc în mod normal) leziunile de lichen plan au aspect diferit de cel cutanat: epidermul nu este acantozic ci subţiat şi predomină parakeratoza faţă de hiperkeratoză.

Diagnosticul diferenţial se face cu leucoplazia (dispusă de obicei strict retrocomisural, plăcile sunt albe-sidefii, triungiulare, uşor infiltrate), stomatita sau glosita candidozică (examen micologic pozitiv), sifilidele papulo-erozive (papule infiltrate de obicei diseminate), sifilidele opaline (dispuse de obicei pe palatul moale).

Am efectuat o observaţie sistematică a caracteristicilor clinice, histopatologice şi terapeutice la două cazuri de lichen oral.
Primul caz este al unui băiat de 12 ani, cu lichen plan oral forma leucokeratozică. În urmă cu 2 ani , pe părţile dorsale şi laterale ale limbii au apărut 2 plăci opalescente uşor proeminente , bine definite, cu margini neregulate şi suprafaţă relativ netedă. La început leziunile au fost punctiforme, după care ele au confluat în plăci omogene de culoare albă. Leziunile nu au fost şi nu sunt însoţite de leziuni cutanate. Pacientul a fost tratat ambulatoriu cu antibiotice, antiseptice, antifungice, administrate atat local cat şi sistemic.

Examenul histopatologic a evidenţiat : parakeratoză, hipergranuloză, acantoză neregulată alternând cu atrofie, degenerescenţa, lichefierea stratului bazal şi un infiltrat cu mononucleare în partea superioară a dermului. Testele serologige netreponemice şi examenul micologic au fost negative.
Tratamentul a constat în Betneval (de două ori pe zi) şi Diprophos (intralezional o dată la două săptămâni). După şase luni de tratament leziunile dispărut complet. În următorii trei ani, pacientul a fost examinat în mod constant, fără să apară semne sau simptome ale bolii.

2. Al doilea caz este al unei paciente de sex feminin cu varsta de 68 de ani, cu lichen bucal eroziv.Bolnava prezenta eroziuni persistente de 12 luni pe mucoasa interioară a buzei inferioare, fără simptomatologie subiectivă, fără semne cutanate şi nici un tratament anterior.
Histologia a pledat pentru diagnosticul de lichen bucal eroziv, alte axaminări paraclinice fiind negative. Tratamentul a constat în Betneval (o dată pe zi),

Tetracicline (2 gr/zi) şi Diprophos (intralezional o dată la două săptămâni). Datorită persistenţei leziunii după 2 luni de tratament, s-a administrat Tacrolimus (Protopic ung. 0,1% de două ori pe zi) pentru încă 2 luni. După o lună de tratament cu tacrolimus a existat o îmbunătăţire evidentă.

---

6. Cheilitele – aspect clinice şi histopatologice

Mihaela Paula Toader, Mirela Grigorovici**, Tatiana Ţăranu**
*U.M.F. "Gr. T. Popa" Iaşi, Facultatea de Medicină Dentară, Disciplina Dermatologie orală

Cheilitele reprezintă inflamaţii ale zonei vermilionare sau versantului cutanat al buzelor.

Sunt afecţiuni frecvente, care din punct de vedere etiologic se clasifică în cheilite secundare acţiunii unor factori externi şi cheilite secundare acţiunii unor factori interni.

I. Cheilitele induse de factori externi

1. Factorii climatici (vântul, frigul) sunt factori declanşatori ai unor cheilite descuamative, fisurare. Radiaţiile UV sunt răspunzătoare de modificările caracteristice ale buzei inferioare de cheilită actinică (descuamativă, keratozică fisurară sau leucoplazică), condiţie cu risc de transformare în carcinom epidermoid invaziv.
2. Cheilitele alergice se pot manifesta ca urticarie de contact sau ca eczeme acute sau cronice declanşate de numeroşi potenţiali factori: produse cosmetice, produse de igienă orală, proteze, aparate dentare.
3. Cheilitele traumatice au expresie clinică variată în funcţie de natura traumatismului: ticul lingerii buzelor determină o reacţie eczematoasă, piesele metalice ale instrumentelor de suflat induc o cheilită iritativă cronică.

II. Cheilitele secundare factorilor interni

1. Cheilita atopică este o inflamaţie eczematoasă cronică cu evoluţie în pusee.
2. Cheilitele medicamentoase pot fi induse de retinoizi sistemici (cheilite descuamative, fisurare şi erozive). Sindromul Stevens-Johnson şi

sindromul Lyell induse medicamentos (anticonvulsivante, AINS) asociază cheilite edematose, eroziv-crustoase şi leziuni ulcerate severe.

3. Cheilitele infecţioase sunt cel mai frecvent datorate virusului herpes simplex de tip 1. virusul Coxsackie A16, agentul etiologic al bolii mână-picior-gură poate determina o cheilită erozivă asociată stomatitei veziculoase şi leziunilor cutanate veziculoase. Alţi agenţi infecţioşi potenţial implicaţi în cheilite sunt streptococul de grup A, stafilococul patogen, Candida albicans (cheilită ce asociază obişnuit o stomatită levurică acută sau cronică şi/sau o cheilită angulară).
4. Cheilitele carenţiale – cel mai adesea descuamative, survin în caz de deficit de vitamine din grupul B, vitamină C, de zinc sau fier.
5. Cheilitele glandulare sunt expresia inflamaţiei glandelor salivare labiale şi a glandelor salivare heterotopice ale vermilionului.
6. Macrocheilitele constituie cel mai adesea manifestări ale unor procese histopatologice granulomatoase (sarcoidoză, boală Crohn).
7. Cheilite în condiţii morbide definite

a. Cheilita lupică se manifestă cu leziuni albe şi keratozice ale vermilionului sau, în forma sistemică, cu leziuni severe eroziv-crustoase.
b. Lichenul plan keratozic al buzelor – leziuni albe nedureroase sau lichen plan eroziv.
c. Cheilitele eroziv-ulcerative şi crustoase din maladiile buloase autoimune.

Diagnosticul pozitiv se bazează pe datele anamnestice, clinice şi examenul histopatologic obligatoriu în cazul cheilitelor cronice keratozice, al cheilitelor leucoplaziforme (pentru surprinderea modificărilor displazice) şi al macrocheilitelor (trăsături specifice sarcinii, granulomatozei oro-faciale sau celor nespecifice).

---

7. **Valoarea examenului histopatologic în diagnosticul lichenului plan oral versus reactive lichenoidă** (poster)

Ana Maria Filioreanu, Eugenia Popescu, Cristina Popa
Disciplina de Chirurgie Dento-Alveolară, Anesteziologie în Medicina Dentară, Medicină Orală
Departamentul Chirurgie Dento-Alveolară și Maxilo-Facială
Facultatea de Medicină Dentară
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași

Lichenul plan este o dermatoza cutaneo-mucoasa ce afecteaza adesea mucoasa orala inaintea tegumentului, mucoasei genitale, scalpului si fanerelor.

Reactiile lichenoide orale sunt variante ale lichenului plan oral ce pot fi considerate fie o entitate patologica in sine, fie o exacerbare a unui lichen plan existent, indusa de medicamente sau materiale dentare.

Dacă diagnosticul de lichen plan se poate stabili numai pe baza examenului clinic sau prin examen clinic confirmat histopatologic, in cazul reactiilor lichenoide,medicamentoase sau de contact, diagnosticul este dificil de pus datorita trasaturilor comune atat din punct de vedere clinic, cat si histopatologic cu cele ale lichenului plan.

Studiul prezent, desfășurat pe pacienții Clinicii de Chirurgie Orală și Maxilo-Facială a Spitalului Clinic de Urgență „Sf. Spiridon" Iași, în perioada 2008-2012, a realizat o analiză retrospectivă a particularităților histopatologice ale lichenului plan versus reacții lichenoide orale, medicamentoase sau alergice, și a încercat o corelare a acestora cu simptomatologia clinică.

Rezultatele au arătat ca în cazul lichenului plan modificările histopatologice caracteristice au fost: acantoza cu creste epiteliale în „dinți de fierăstrău", degenerescenta hidropica a celulelor epiteliale din stratul bazal, prezenta corpilor coloizi, hiperkeratoza si infiltratul inflamator cronic preponderent limfocitar cu dispoziție „ in banda".

Trasaturile histologice, considerate criterii de excludere ale lichenului plan: absența corpilor civatte, a keratinizării anormale, degenerescenței hidropice a celulelor din stratul bazal și a displaziei epiteliale au confirmat diagnosticul de reacție lichenoidă orală. Acesta a fost susținut și de prezența modificărilor histopatologice specifice țesutului conjunctiv precum: infiltrat inflamator heterogen bogat în eozinofile în corionul superficial și profund, infiltrat inflamator cronic limfo-plasmocitar cu dispoziție focală, perivascular.

Deși trăsăturile histopatologice și clinice ale lichenului plan idiopatic și ale reacțiilor lichenoide sunt sensibil asemănătoare, studiul a relevat câteva aspecte particulare care permit diferențierea celor două entități și totodată implică necesitatea utilizării și altor examene complementare ca imunofluorescență directă, indirectă și a patch test-ului.

Cuvinte cheie: reacție lichenoidă, lichen plan oral, modificări histopatologice.

8. Cadherin switching in oral squamous cell carcinoma: potential progression-related biomarkers and implications in monitoring evolution and therapy

Sabina Zurac
University of Medicine and Pharmacy Carol Davila Bucharest

Oral squamous cell carcinoma (OSCC) is the most frequent malignancy of the oral cavity. It is a highly invasive tumor with unfavourable prognosis (5-year survival rate less than 50%, practically unimproved for at least two decades). Identifying sensitive and specific biomarkers is mandatory to modulate and improve survival in OSCC.

Tumors can be better understood when considered as complex structures composed of a proliferative neoplastic compartment (genetically relatively homogeneous cells with further subclonal selection) and a stromal (microenviromental) compartment. In carcinomas, the mesenchymal component develops both by host response and due to tumor intervention; the latter consists in both producing bioactive molecules (stimulating local mesenchymal alterations) and tumor cell transformation from epithelial to mesenchymal phenotype (epithelial to mesenchymal transition (EMT)), up to the point of generating cells morphologically undistinguishable from genuine mesenchymal ones. The best known mechanism by which carcinomatous cells acquire the capability of local invasion and distant metastasis is cadherin switching (high expression of N-cadherin and low expression of E-cadherin).

Several studies have addressed the cadherin expression in OSCC in correlation with biologic behavior and prognosis. E-cadherin was identified as independent prognostic factor in univariate and multivariate analyses. Up-regulation of Snail and N-cadherin and down-regulation of E-cadherin (Cadherin switching) are correlated with OSCC progression.

E-cadherin is down-regulated in high grade OSCC, a feature also present in oral dysplasia (down-regulation of E-cadherin was associated with an increase of the grade of dysplasia). Down regulation of E-cadherin is most frequent in recurrent OSCC, statistically associated with recurrence and death or with de-differentiation and metastasis. E-cadherin expression may be variable within the tumor; its expression at the invasive tumor front is correlated with tumor thickness and poor survival of OSCC patients.

E-cadherin overexpression was associated with a very low probability to develop early or late cervical lymph nodes metastases and, conversely, loss of E-cadherin was correlated with delayed lymph node metastases in OSCC stage I/II. Also, down regulation of E-Cadherin expression is correlated with occult metastases in sentinel node biopsy in early OSCC. However, several studies failed to find an association between E-cadherin immunoreactivity and nodal metastasis. These differences may occur as a consequence of using different techniques of identification and interpretation of the results.

Overexpression of N-cadherin is correlated with malignant behavior and it is present in spindle cell carcinoma, most frequent in those with metastasis. Also, cytoplasmic expression N-Cadherin occurs significantly more often in poorly differentiated tumors.

Variation in expression of E-cadherin (loss of expression) or N-cadherin (overexpression) recommend cadherins as promising biomarkers for progression both from oral dysplasia to OSCC and for OSCC in sense of aggressive biologic behavior (local invasion, metastasis, short overall survival). However, the inhomogeneous results of the multitude of the studies involving cadherins indicate that methods of investigation, at least for E-cadherin, are of prime importance when prognostic utility has to be assessed.

---

9. **Aspecte comune și particulare în patologia orală și identificarea factorilor etiopatogenetici implicați**
   Maria Rotaru
   Facultatea de Medicină "Victor Papilian", Universitatea "Lucian Blaga" din Sibiu

---

CONCEPTUL DE MEDICINĂ PERSONALIZATĂ ÎN DERMATOLOGIE I

15.50-16.10 ANGELINI

Kitonail – terapie inovativă în managementul onicomicozelor
Conf. Dr. Tatiana Țăranu
Conf. Dr. Laura Gheucă Solovăstru

Onicomicoza constituie o problemă importantă de sănătate publică datorită prevalenței sale, cât și a morbidităților asociate.

La nivel mondial un procent de până la 18% din totalul populației se confruntă cu o micoză a unghiei fiind mai comună în rândul bărbaților.[1] Ghidurile curente recomandă ca și opțiuni de tratament medicația topică antimicotică, medicația sistemică antimicotică și avulsia unghiei.

Cel mai modern tratament topic al onicomicozei este KITONAIL® lac de unghii pe bază de ciclopirox 8%, care prin formularea farmaceutică inovatoare, schimbă direcția în tratamentul onicomicozei. Lacul de unghii medicamentos are o formulare farmaceutică bazată pe o tehnologie brevetată numită ONY-TEC, care crește gradul de penetrare al substanței active în unghie. Este prima optiune de tratament pentru infectiile fungale ușoare sau moderate. Un avantaj major este că acest lac medicamentos nu necesită îndepărtarea cu ajutorul unui solvent sau al unui produs abraziv, fiind suficientă doar spălarea unghiilor[2]. În cazul în care lunula este afectată sau este predictibil riscul unui eșec terapeutic, trebuie considerat tratamentul combinat în care tratamentul systemic este asociat celui local. Combinarea terapiei orale cu cea topică îmbunătățește rata de vindecare și reduce în același timp durata tratamentului.[3]

Toate aceste proprietăți anterior menționate, confer lacului de unghii pe bază de ciclopirox 8% cu tehnologie inovatoare ONY-TEC calitățile unui medicament remarcabil în terapia onicomicozei.

Surse:
1.Johnson M-LT, Burdick AE, Johnson KG, et al. Prevalence, morbidity and cost of dermatological diseases. J Invest Dermatol 1979; 73(suppl):395-401; 2. RCP produs.3.D.T.Roberts, W.D.Taylor and J.Boyle Guidelines for treatment of onychomycosis British Journal of Dermatology 2003; 148: 402–410.

16.10-16.30 Alfa Wassermann

Glicocalixul endotelial - o nouă țintă terapeutică în patologia vasculară

Prof. Dr. Anca Zbranca

Simpozionul își propune să contureze beneficiile produsului Vessel Due F (Sulodexid) în contextul patologiei venoase. Conform protocolului terapeutic publicat în iunie 2010 în Monitorul Oficial, Sulodexid este indicat în: **tratamentul**

bolii venoase cronice în oricare din stadiile CEAP (C0, C1, C2, C3, C4, C5, C6). Sulodexid ameliorează semnele clinice și simptomele, și în particular **accelerează vindecarea ulcerului**, când se asociază cu terapia compresivă; **tratamentul bolii ocluzive arteriale periferice** și în alte patologii care pot fi considerate ca o consecință a unui proces aterosclerotic; **prevenția recurenței trombozei venoase profunde**; ameliorarea semnificativă a factorilor de risc pentru afecțiunile vasculare și progresia bolii vasculare; recurența unor episoade ischemice fatale și nonfatale; tratamentul simptomatic al claudicației intermitente / tratamentul durerii în repaus; tratamentul leziunilor ischemice; **prevenția și întârzierea complicațiilor diabetului**: nefropatia diabetică, retinopatia diabetică și piciorul diabetic.

Vessel Due F face parte din grupa terapeutică a **antitromboticelor** fiind o moleculă cu identitate proprie (un glicozaminoglican compozit exogen ce conține în structura sa chimică : o fracție heparinică (80%) și dermatan sulfat (20%) și având în esență, ca principal avantaj față de heparină, acela că **nu necesită monitorizarea INR-ului** și nu prezintă risc de sângerare. Sulodexid are, pe lângă efectul său antitrombotic, un efect hemoreologic (reduce vâscozitatea sangvină) dar și efecte pleiotrope endoteliale. În ceea ce privește beneficiile sale endoteliale, acestea decurg în primul rând din proprietatea moleculei de Sulodexid de fixare 90% la nivelul endoteliului vascular conform datelor experimentale, beneficiile sale directe în refacerea glicocalixului endotelial fiind dovedite relativ recent într-un studiu clinic efectuat la pacienții diabetici (L. N. Broekhuizen, *Diabetologia* 2010) în care s-a reușit, pentru prima dată, măsurarea cu rigurozitate a nivelului glicocalixului endotelial la om, la nivelul unor paturi vasculare mai ușor accesibile (la nivel retinian și sublingual), **Sulodexid dovedind refacerea nivelului de glicocalix ($p<0.05$) și fiind recent descris în literatură ca precursor al glicocalixului endotelial.**

În mod particular pentru ulcerul venos de gambă sunt de reținut cel puțin două aspecte:

- NNT (numărul de pacienți care trebuie tratat pentru a vindeca / reepitaliza un ulcer venos în tratament cu Vessel Due F timp de 3 luni este: **NNT = 4**.
- Și de asemenea am putea reține faptul că ghidul american din 2011 al Societății de Chirurgie Vasculară si al Forumului American Venos ("The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum") recomandă Vessel Due F în tratamentul pacienților cu boală venoasă cronică și în tratamentul ulcerului venos

cronic în baza rezultatelor clinice pertinente pe care Vessel Due F le-a dovedit în vindecarea acestei patologii.

Recunoașterea internațională a Vessel Due F, prin intrarea recentă în unele dintre cele mai pretențioase ghiduri de terapie și prin includerea în trialuri internaționale multicentrice randomizate (de ex. studiul SURVET de prevenție secundară a trombozei venoase profunde - *on-going*) ne atrage atenția asupra unei medicații ce ar putea acoperi unele goluri în terapia curentă a patologiei vasculare periferice venoase și/sau arteriale, ținând cont de **acțiunea endotelială a Vessel Due F, atât la nivel venos cât și arterial**.

Cuvinte cheie: sulodexid, antitrombotic, acțiune endotelială, boală venoasă cronică, arteriopatie, complicațiile vasculare ale diabetului, recurența trombozei venoase profunde.

16.30-16.50 MEDA PHARMA

Imiquimod cremă 5% - singurul modulator al răspunsului imun în tratamentul cheratozei actinice, condiloamelor genitale externe și carcinomului bazocelular superficial

Conf. Dr. Tatiana Țăranu
Conf. Dr. Laura Gheucă Solovăstru

Simpozionul își propune să contureze beneficiile produsului Aldara cremă 5% ca și tratament non ablativ foarte bine acceptat de către pacienți în tratamentul keratozei actinice, carcinoamelor bazocelulare superficiale și condiloamelor genitale externe. Se dorește consolidarea poziției Aldara cremă 5% ca și mijloc eficient al vindecării totale, cu rate scăzute de recurență.

Simpozionul va aborda cele trei teme principale fiind structurat în 3 părți:

1.**Keratoza actinică- o provocare importantă.** Sunt prezentate date despre fiziopatologia keratozei actinice, factorii de risc implicați în carcinogeneza cutanata, keratoza actinică ca și conditie progresiv- evolutiva spre CSC invaziv, conceptul de "cancerizare în câmp"și opţiuni de tratament pentru KA.

Imiquimod cremă 5% (Aldara) are un mecanism de actiune unic fiind un modulator al răspunsului imun înnăscut prin intermediul receptorilor de tipToll 7

(TLR 7) inducand creșterea producției de citokine (IFNα, TNF, IL-1) care stimuleaza răspunsul mediat celular prin intermediul limfocitelor T-helper 1 şi, în consecinţă, distrugerea leziunilor. Aldara activează celulele Langerhans prezentatoare de antigene și stimulează proliferarea celulelor B. Imiquimod poseda astfe lo acțiune indirectă anti-virală și anti-tumorală.

Eficacitatea clinică a imiquimod a fost confirmată de studii histologice ce demonstreaza cea mai mică rată de recurenţă în tratamentul KA. Întrucât imiquimod acţionează nu doar asupra leziunilor vizibile ci și asupra celor subclinice, Aldara are un efect real asupra cancerizării în câmp. În KA Aldara a obținut și rezultate cosmetice excelente prin refacerea structurii epidermice.

2. Carcinomul bazocelular superficial (CBCs)-Este cea mai frecventă formă de cancer de piele non melanomatos la populația albă. Sunt expuse optiuni terapeutice pentru CBCs, motivele utilizării tratamentului topic în CBSs precum și raționamentul utilizarii Aldara cremă 5% în tratamentul CBCs. Imiquimod induce un răspuns celular adaptiv prin stimularea unor cytokine inclusiv a IFN și TFN. Imiquimod 5% cremă este eficace în tratmentul CBCs primar**,** ratele de răspuns histologic fiind mai mari decat cele observate clinic**.** Rata de răspuns complet histologic la Aldara este de 82% **.** Imiquimod are rate înalte de vindecare comparabil cu tratamentele convenționale, efectul menținandu-se după un an. Este considerat a fi o terapie non-invaziva, fară sechele cicatriciale, o terapie bine tolerată si cu rezultate cosmetice promițătoare.

3. Aldara crem 5% în tratamentul condiloamelor genitale externe (CGE). Vor fi prezentate câteva date de imunologie a infectiei cu HPVși opțiuni de tratament.

Ghidul European de tratament pentru CGE indica Aldara ca fiind singurul modulator al răspunsului imun cu efecte antivirale și antitumorale și primul modulator al răspunsului imun recomandat în tratamentul CGE, aplicabil de către pacient, cu o rată de vindecare de 50-61.8% și cu cele mai mici rate de recurenţă după trei luni.

16.50-17.50 ”WORKSHOP DEDICAT ESTETICII MEDICALE ȘI TERAPIILOR ANTI-AGING”.

- Fractional CO2 LASER**.**
- LASER for vascular and pigmented lesions- Tattoos

John Katsantonis *MD PhD,*
Atena, Grecia

17.50-18.30 TERAPIA RANBAXY

Managementul terapeutic modern al acneei
Prof. Dr. Anca Zbranca
Levofloxacină – fluorochinolona care dă noi dimensiuni antibioticelor
Prof. Dr. Călin Giurcăneanu

18.30-19.30 JOHNSON& JOHNSON

Obiective terapeutice în managementul pacientului cu psoriazis
Prof. Dr. Călin Giurcăneanu ; Dr. Alin Nicolescu

Psoriazisul este o boală cronică inflamatorie, mediată imun, care afectează semnificativ funcțiile fizice și mentale ale pacienților. Mai mult, pacienții pot prezenta comorbidități severe care contribuie la degradarea calității vieții. Cercetările continue ale mecanismelor fiziopatologice ale afecțiunii au dus la dezvoltarea de noi agenți terapeutici care pot ținti selectiv și întrerupe răspunsul imun anormal ce apare în această afecțiune. Cu toate acestea, terapia actuală nu satisface întru totul obiectivele terapeutice reprezentate de eficiență, tolerabilitate, administrare comodă și aderență crescută,mai ales pe termen lung.

Deși siguranța terapiilor sistemice convenționale a fost evaluată într-un interval semnificativ de timp, folosirea acestora pe termen lung poate fi limitată de toxicitatea cumulativă și de creșterea riscului de apariție a cancerului de piele.

Sunt deja 10 ani de când terapiile biologice au fost aprobate pentru tratamentul psoriazisului. Cu toate că pe termen scurt s-a demonstrat că balanța

beneficiu-risc este pozitivă, sunt necesare evaluări de siguranță pe termen lung pentru a putea identifica toate evenimentele adverse cu implicații în managementul pacienților cu psoriazis.

Ustekinumab este o terapie biologică cu un mecanism de acțiune nou și diferit față de cel al terapiilor biologice anti-TNF: blochează selectiv citokinele IL-12 și IL-23, care au un rol esențial în mecanismul fiziopatologic al psoriazisului, întrerupând astfel semnalizarea şi cascada de citokine care sunt importante în patologia acestei afecțiuni.

Cu un număr de 3117 pacienți tratați pe durata a 5 ani, reprezentând un total de aproximativ 9000 pacient-ani de urmărire, ustekinumab este agentul biologic cu cea mai mare durată de monitorizare în cadrul studiilor clinice până în prezent.În plus, ustekinumab a demonstrat eficacitate superioară terapiilor biologice cu administrare subcutanată. Datele clinice strânse în decursul ultimilor 5 ani, precum și experiența clinică demonstrează că ustekinumab răspunde obiectivelor terapeutice urmărite în abordarea pacienților cu psoriazis și că poate fi o opțiune terapeutică importantă pentru aceștia.

Referințe:

1. Rezumatul caracteristicilor produsului. Data ultimei actualizări: 01/2013
2. Nestle FO, et al. N Engl J Med. 2009;361:496-509
3. Leonardi CL, et al. Lancet. 2008;371:1665-74
4. Griffiths CE, et al. N Engl J Med. 2010;362(2):118-28
5. Papp KA, et al. Br J Dermatol. 2013 Jan 10. doi: 10.1111/bjd.12214 [Epubahead of print]

VINERI, 7 iunie 2013

8.00 – 9.00 CONCEPTUL DE MEDICINĂ PERSONALIZATĂ ÎN DERMATOLOGIE II

1. **Sindroame asociate carcinomului bazocelular**
   Raluca Manta, Cătălin Enachescu
   Bucureşti

---

2. **Răspuns excelent la crioterapie într-un caz de prurigo nodular**
   Simona Roxana Georgescu, VasileBenea, Mircea Tampa, Alice Rusu, MihaelaAncaBenea, Irina Ceban
   Clinica de Dermato-venerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecţioase „Victor Babeş" Bucureşti

Excellent results of criotherapy in nodular prurigo

Nodular prurigo is a chronic condition characterized by the presence of well-defined itchy red-brown nodules on the extensor surfaces of the limbs, secondary to rubbing. There are no specific histopathological changes, but most biopsies show signifiant hyperkeratosis and acanthosis with irregular papilomatosis; dense dermal cellular infiltrate (lymphocytes, eosinophils, mast cells); noumerous Merkel cells and occasionally nerve fiber hyperplasia. The condition can occur regardless of age, but is most common between 20 to 60 years of age; men and women are equaly. The aetiology is not elucidated, but seems to be related to complex interactions involving nerves, neuropeptides, neurotrophins, inflammatory cells, emotional stress or history of atopy. Underlying diseases that might explain the symptoms must be ruled out. The management of nodular prurigo is very challanging as the pruritus is intense and resilient. There are many treatment options: topical corticosteroids, capsaicine, D3 vitamin, calcipotriol, intralesional steroids, surgical excision, laser therapy, criotherapy, phototherapy,

oral antihistamines, acitretine, thalidomide, steriods, methotrexate, azathioprine, γ interferon etc., but none can guarantee a good symtomatic or aesthetic outcome.

We report on the case of a 63 year-old female patient addressing our clinic for several intensely pruritic purple-brown nodules on the dorsal surface of the right forearm. The local examination revealed numerous well circumscribed, dome-shaped oval firm nodules, measuring 1-2 cm in diameter; some had a smooth surface with hair follicles, while others were covered by haematic crusts due to repeated scratching. The lesions first appeared 3 years prior, but no treatment proved effective. Her family history was noncontributory; the medical history reveals only hysterectomy for uterine fibroma at the age of 41. The patient was not under any chronic medication and was otherwise healthy.

Lab tests were in normal range, except for high cholesterol (279 mg/dl). The clinical diagnosis could not exclude hypertrophic lichen planus, so one nodule was excised and sent for histopathology exam. It showed marked hyperkeratosis, parakeratosis, important irregular acanthosis and hypergranulosis; moderate spongiosis; moderate perivascular dermal inflammatory infiltrate with lymphocytes and monocytes. The diagnosis of nodular prurigo was consequently established. The treatment consisted of sequential liquid nitrogen applications and Doxepine po. Bullae developed secondary to criotherapy and pruritus ceased. The mechanical detachment of the bullae was followed by healing of the lesions without scarring or residual pruritus.

This case is particular because our patient developed specific lesions of nodular prurigo only on one forearm (while most cases have symmetric involvement) and the intense pruritus and nodules resolved after several liquid nitrogen applications- a simple, cheap method- with no down time or scarring.

---

3. Răspuns izotopic Wolf

Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu, Alice Rusu, Mircea Tampa, Diana Leahu, Cristina Răileanu, Anca Mihaela Mălin

Clinica de Dermato-venerologie, Spitalul clinic de Boli Infecţioase „Victor Babeş” Bucureşti

Răspunsul isotopic Wolf este definit ca o reacţie cutanată care apare la sediul unei afecţiuni cutanate deja vindecate, fără a avea legatură cu aceasta din

urma; boala preexistenta este de obicei o infectie cu herpesvirusuri. Cel mai frecvent tip de răspuns isotopic este reacţia de tip granulom inelar, dar au fost raportate şi alte manifestări, incluzând neoplasme, tulburari imunologice si infecţii.

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

Prezentăm cazul unui pacient în vârsta de 62 ani care s-a prezentat la consult pentru vezicule şi bule pruriginoase dezvoltate de aproximativ o săptamâna pe zonele cicatriciale după herpes zoster. Bulele erau în tensiune, cu diametre de 0,5-2,5 cm, cu un continut fluid clar si erau localizate in regiunea humerala, atat pe toracele anterior cat si posterior. Cu trei luni anterior, pacientul dezvoltase leziuni de herpes zoster în aceeaşi regiune a corpului, pentru care a urmat tratament cu brivudină, evolutia fiind fără complicaţii. Examenul histopatologic a pus în evidenţă bule subepidermice conţinând fibrină şi eozinofile, însoţite de infiltrat inflamator dermic compus din eozinofile şi celule mononucleare.

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

WOLF ISOTOPIC RESPONSE

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 nonscarring BP is one of these forms in whom the lesions are limited to certain regions such us 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 nonscarring 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.

---

4. **Bioregenerarea prp și prfm, tehnica viitorului**
Mihai Lupu, Cătălin Enachescu
Bucureşti

---

5. **Rolul terapiei fotodinamice în refacerea tegumentului facial foto îmbătrânit**
Carmen Sălăvăstru
UMF "Carol Davila"București

---

6. **Celulele stem, factorii de creștere și comunicare în formularea "cosmeticelor avansate"**
G-ral Mr (r). Prof. Dr. Nedelcu Ioan
CMI Nedelcu Ioan, București

Cele mai noi achiziții referitoare la fiziolgia cutanată și îndeosebi la mecanismele prin care pielea îmbătrânește sau genereaza suferinte degenerative au scos in evidenta 3 categorii de fapte:

a) - existenta celulelor stem epidermice

b) - existenta celulelor stem dermice
c) – interelatia functionala indispensabila pentru functia normala si patologica intre celulele stem epidermice si dermice si rolul major al factorilor de crestere si de comunicare epidrmici si dermici interconectati in fiziologia si patologia cutanata.

Se trec in revista ultimele noutati din domeniu si se discuta posibilitate incetinirii vitezei de imbatranire cutanata si de regenerare dermoepidrmicape 2 cai distincte :

a)- prin utilizarea celulelor stem si a hormonilor de crestere autologi obtinuti din sangele periferic uman

b)- prin utilizarea extractelor de celule stem si factori de crestere vegetali

În final sunt discutate, în lumina experienței personale, realizarea și efectele " cosmeticelor cu design avansat" care conțin cele două grupe de tipuri de celule stem și factori de creștere și comunicare: respectiv umani autologi și vegetali.

Formulările de cosmetice avansate cu celule stem și factorii de creștere autologi umani sunt cu eficacitate deosebită, sunt strict personalizate (pentru fiecare beneficiar folosindu-se extractele din sângele propriu) și sunt scumpe.

Formulările cu extracte de celule stem, factori de creștere și factori de comunicare vegetali reprezintă de departe cele mai avansate design-uri de "cosmetice avansate" cu efecte spectaculoase și preț de cost accesibil.

Sunt prezentate efectele clinice ale cosmeticelor din această categorie, realizate utilizându-se extrase din celulele stem de Argan, celulele stem de Trandafir din Munții Alpi, factorii de comunicare și creștere din C roccus Chrysanthum, Mognolia și Ginesteina din soia, extracte deplin caracterizate biologic prin studii și cercetări de mare acuratețe.

Se ilustrează cu rezultatele clinice obținute cu cosmetice cu formulări avansate cu extractele de celule stem, factori de creștere și de comunicare vegetali mai sus amintiți și introduși în crema antiririd anti-îmbătrânire cutanată, cremă de slăbit, cremă antivergeturi și cremă antiroșeață.

9.00-10.00 New developments in melanocytic neoplasia

Aleodor Andea, MD.

Associate Professor of Pathology and Dermatology Director, Dermatopathology Laboratory Director, Dermatopathology Fellowship Program Medical Director,
In-situ Hybridization Laboratory,
UAB Hospital University of Alabama at Birmingham

10.30-11.30 PFIZER

Terapia biologică - perspective asupra managementului optim al pacientului cu psoriazis
Terapia biologică – Aspecte practice
Dr. Alin Nicolescu

Sesiune interactivă – Aspecte practice ale terapiei biologice în practica medicală curentă
Dr. Maria Magdalena Constantin, Prof. Dr. Călin Giurcăneanu, Dr. Irinel Nedelcu, Dr. Alin Nicolescu

---

11.30-12.10 MSD

REMICADE. Experiență. Diferență: Subpopulațiile de pacienți cu psoriazis dificil de tratat

Prof. Dr. Calin Giurcăneanu, Dr. Alin Nicolescu – București - "Subpopulatii de pacienti cu psoriasis: psoriazis sever si pacienti supraponderali"

Conf. Dr. Laura Solovastru, Conf. Dr. Tatiana Taranu – Iasi - "Subpopulații de pacienți cu psoriazis: Psoriazisul vulgar cu afectare articulară – prezentare de caz clinic"

Psoriazisul în plăci poate afecta semnificativ starea de sănătate fizică şi psihică.
Exista in opinia expertilor 5 subpopulaţii de pacienţi cu psoriazis care pot necesita o atenţie specială:

- Boală severă
- Afectare unghială
- Afectarea articulaţiilor sau artrită psoriazică timpurie
- Exces de greutate
- Nonresponderi la tratament

Forma severă de psoriazis influenţează sănătatea fizică şi emoţională, iar curatarea pielii reprezintă obiectivul de tratament optim pentru pacienţii cu afecţiune severă. Eficacitatea terapiei cu Infliximab este independentă de severitatea afecţiunii, tratamentul fiind bine tolerat de majoritatea pacienţilor.

Supraponderabilitatea este asociată cu o creştere de două ori mai mare a riscului de apariţie a psoriazisului, o data cu cresterea BMI. Pacienţii obezi au tendinţa să sufere de o formă de psoriazis mai severă. Pacienţii cu o greutate ≥100 kg constituie ≈25% până la 30% dintre pacienţii din studiile clinice. Acesti pacienti ar putea obţine răspunsuri optime mai frecvent prin administrarea de agenţi biologici în doza adaptata pe kg/corp.

O alta subpopulatie de pacienti cu psoriasis provocator de tratat la interferenta dintre dermatologie si reumatologie: psoriazisul artropatic. Dermatologii ocupă o poziţie strategică pentru identificarea timpurie a pacienţilor cu AP. Diagnosticarea timpurie a pacientului este esenţiala în prevenirea evoluţiei AP şi a afecţiunii articulare, bazindu-se pe:

- Identificarea pacienţilor cu psoriazis predispuşi să dezvolte artrită.
- Înţelegerea instrumentului CASPAR.
- Administrarea terapiei timpurii şi agresive cel mai eficiente.

12.10-12.30 Astellas Pharma

Perspective în managementul acneei

Dr. Olsavszky Rozalia
București

Acneea vulgară reprezintă una dintre afecţiunile dermatologice cu care ne confruntăm frecvent în practica medicală. Etiologia este multifactorială şi ascunde încă secrete a căror elucidare este în continuă desfăşurare. De aceea, credem că, în continuare, ele stârnesc interesul dumneavoastră.

Acneea vulgară este cea mai frecventă afecţiune dermatologică. Se estimează că până la 80% dintre adolescenţi şi tineri sunt afectaţi de acnee. Adesea, chiar forme de severitate mică sau medie pot produce serioase implicaţii psihologice. Acneea poate persista ani şi poate produce cicatrici.

Patologia acneei este multifactorială şi tratamentul trebuie direcţionat împotriva principalelor verigi patogenice implicate. Alegerea metodei de tratament depinde de: tipul şi extinderea leziunilor, severitatea şi durata acneei, precum şi de impactul psihologic al bolii şi de profilul reacţiilor adverse ale tratamentelor utilizate.

În constelaţia de produse topice aflate la îndemâna medicului practician, Zineryt® s-a impus ca lider datorită beneficiilor sale incontestabile: eficienţă, rapiditate în acţiune, profil excelent de tolarabilitate şi siguranţă. La acestea se adaugă şi un element de loc de neglijat, acceptabilitatea cosmetică ridicată, care îmbunătăţeşte semnificativ complianţa pacienţilor la tratament.

12.30-12.50 SunWavePharma

Noi abordări terapeutice în Psoriazis

Prof. Dr. Călin Giurcăneanu; Dr. Alin Nicolescu

Simpozionul Sun WavePharma propune o discuție despre beneficiile produselor naturale, eficiente, fără risc și ușor de acceptat de către pacient!

Știm cu toții că Psoriazisul este o boală de piele cu multiple comorbidități care poate avea un impact major psihologic, emoțional și social asupra persoanei afectate dar și asupra familiei și a prietenilor.

În ultimii ani s-au făcut progrese remarcabile în tratamentele si terapiile oferite. Noile orizonturi terapeutice sunt strâns legate de înțelegerea rolului jucat de TNF ALFA în procesul inflamator cronic, ce a ajutat cercetătorii să descopere o terapie inovatoare, fără efecte adverse, care modulează producția de TNF alfa – Tinefcon.

Tinefcon este unicul modulator oral de TNF ALFA, 100% natural, din extract standardizat de Sphaeranthus Indicus.

Studiile clinice, datele înregistrate și experiența personală a speakeri-lor vă vor arăta eficiența Tinefcon și totodată vor poziționa exact această nouă terapie: ca alternativă la lipsa de răspuns în cazul tratementelor clasice; înainte și după terapia biologică și la cazurile nou descoperite.

12.50-13.10 LEO PHARMA

Daivobet®Gel - beneficii în sprijinul pacienților cu psoriazis

Prof. dr. Călin Giurcăneanu și Dr. Alin Nicolescu

Psoriazisul este o afecţiune cutanată cronică, determinată genetic, având componentă inflamatorie şi proliferativă, care afectează cca 2% din populaţia lumii. Este deja un lucru bine cunoscut faptul că în fiziopatologia acestei afecţiuni se evidenţiază hiperproliferarea și diferenţierea anormală a keratinocitelor însoțită de un important infiltrat inflamator. Ca urmare, un tratament topic eficient se adresează ambelor sub straturi enumerate mai sus.

Combinaţia unică calcipotriol/betametazonă dipropionat din Daivobet® gel întruneşte cu succes condiţiile necesare pentru o terapie eficientă cu aplicaţie topică. Cele două componente ale sale acţionează atât asupra inflamaţiei (betametazonadipropionat) cât şi asupra hiperproliferării și diferenţierii keratinocitelor (calcipotriol).

Această combinație, sub formă de gel lipofilic, datorită profilului de siguranță și eficienței remarcabile pe leziunile psoriatice, susține în egală măsură reintegrarea socială rapidă a pacienților. În plus formulația ,,gel,, asigură calitățile cosmetice și ușurința aplicării, atât de mult așteptate de pacienții cu psoriazis, pentru care, un timp mai scurt necesar aplicării topicului, este esențial.

Studii realizate în ultimii ani, în țări ale Europei de Vest, Canada și Statele Unite, vin să confirme o dată în plus factorii cu adevărat importanți pentru pacienți, în ceea ce privește calitățile necesare unui produs topic pentru psoriazis. Un tratament topic, ce nu necesită timp îndelungat pentru aplicare /ce se aplica de cât mai puține ori pe zi/un tratament cu siguranță și eficiență dovedite, poate crește calitatea vieții acestor pacienți.

În aprilie 2013 și OMS a dat publicității primul raport cu privire la psoriazis – menționând impactul afecțiunii asupra stării de sănătate, cu implicare în calitatea vieții siacțiunile cheie ce pot îmbunătăți îngrijirea persoanelor cu psoriazis.

13.10-13.30 SOLARTIUM GROUP

Linia Mask: o nouă abordare terapeutică a pacienților cu acnee vulgară, cu efecte rapide și complianță optimă

Conf. Univ. Dr. Laura Gheucă Solovăstru

Acneea vulgara reprezinta o afectiune cronica ce se caracterizeaza prin comedoane inchise sau deschise si leziuni inflamatorii precum papule, pustule, noduli sau chisturi. Acneea vulgara afecteaza preponderent adolescentii, dar si adultii intr-un procent foarte mare.

In general tratamentele curente vizeaza cel putin un factor patofiziologic care determina acneea vulgara, iar cel mai recent Ghid terapeutic recomanda combinarea retinoid topic cu agent bacterian ca tratament de prima intentie al acestei afectiuni.

Studii recente au demonstrat ca formulele sub forma de gel care combina cele doua principii active sunt mai eficiente decat principiile active singulare, oferind rezultate mai bune intr-un termen mai scurt (8 saptamani vs 12).

Pentru prima oară în Romania exista posibilitatea utilizarii topice a clindamicinei (Maskrym), un antibiotic cu actiune asupra microorganismelor Gram Pozitive, asupra Staphilococcus aureus, Staphilococcus epidermidis (inclusiv asupra tulpinilor producătoare de penicilinaze şi respectiv meticilinorezistenţi), extrem de eficient in tratamentul Propionibacterium acnes, o bacterie anaeroba care determina leziunile inflamatorii ale acneei si este extrem de sensibil la activitatea clindamicinei.

In plus datorita preparatului topic Mask Plus, care combina intr-un singur gel actiunea clindamicinei cu cea a tretinoinului, dermatologii au de acum la indemana un unic produs care actioneaza asupra a 3 din cei 4 factori patogeni care determina acneea: descuamarea anormala a stratului cornos, colonizarea cu P. Acnes si inflamatia. In plus datorita acidului glicolic din compozitie, cu actiune exfolianta si seboregulatoare, Mask Plus previne si dezvoltarea cicatricilor postacneice care pot afecta calitatea vietii pacientilor.

Complianta tratamentului cu produsele Mask este optima, studiile de permeabilitate cutanata efectuate în cadrul Departamentului de Științe Farmaceutice din cadrul Universității de Studii din Milano au demonstrat că, datorită alcoolului polivinilic din compozitie, niciuna din componentele produsului nu penetreaza in mod semnificativ bariera cutanata, iar studiile de citotoxicitate prin metoda contactului direct, de sensibilizare alergică și iritație cutanată nu au evidențiat nici o contraindicație pentru utilizarea produsului.

15.30-15.50 BIODERMA
Patologiile fotoinduse

Petronela Radu

Efectele razelor ultraviolete sunt cumulative și ireversibile. Anual în România sunt depistate peste 2.000 de cazuri noi de melanom. Sunt, de asemenea, semnalate anual tot mai multe cazuri de fotodermatoze.

În terapia tuturor acestor patologii fotoinduse este absolut necesară utilizarea celei mai sigure protecții solare - **Photoderm:**

- cea mai mare acoperire pe tot spectrul solar- **UVA SPF 50+, UVA 42**

- cea mai puternică protecție internă, care asigură imunitatea cutanatăși integritatea AND-ului - **Brevet Cellular Bioprotection®**
- cea mai bună **textură reofluidificatoare**, care asigură o dispersie omogenă pe întreg relieful cutanat
- cea mai mare **rezistență la apă, traspirație și frecare**
- cea mai **înaltă toleranță**: fără parabeni, alcool, octocrilenă, parfum

Lucita estivală benignă (LEB): Mecanism încă necunoscut - ORIGINE certă: UVA
Mecanismul acestui tip de fotodermatoză este încă necunoscut. Este foarte probabil ca pacienții cu LEB să prezinte o rezistență patogenică la imunosupresia indusă de UV,prezentă la persoanele sănătoase. Această eruptie corespunde unei hipersensibilități la antigenele endogene induse de UV.
LEB se declanșează în timpul primei expuneri prelungite la soare, la 12h de la prima expunere la UV, se diminuează cu fiecare expunere la soare și dispare odată cu instalarea bronzului. De multe ori intensitatea fotodermatozelor se agravează de la an la an, ca apoi să scadă în apropierea menopauzei. Zonele afectate sunt decolteul, mâinile, umerii, antebrațeleși gambele. Simptomele prezente sunt prurit, senzație de arsură, eritem, pustule.
Photoderm LEB SPF 30, UVA 30 este **soluția** oferită de Laboratoarele Dermatologice Bioderma, **pentru alergiile solare:**
Raport ideal de protecție SPF/UVA = 1
Permite pielii să se adapteze progresiv la soare
Reactivează imunitatea (celulele Langerhans)
Previne apariția și limitează severitatea LEB

15.50 -16.30 MSD

Dermatocorticoizii în tratamentul afecțiunilor dermatologice

Prof. Dr. Caius Solovan

16.30-17.30

"WORKSHOP DEDICAT ESTETICII MEDICALE ŞI TERAPIILOR ANTI-AGING".

- **Fillers**
  John Katsantonis *MD PhD*
  Atena, Grecia

17.30- 20.00

CONCEPTUL DE MEDICINĂ PERSONALIZATĂ ÎN DERMATOLOGIE III

1. **Progrese și promisiuni în terapia imunoinflamatorie**
   Caius Solovan
   UMF Timișoara

---

2. **Interferența Energie- Viu: efecte biologice , eficacitate și comentarii asupra raportului cost / beneficiu în patologie și în terapiile dermato –estetice**
   G-ral Mr (r). Prof. Dr. Nedelcu Ioan
   CMI Nedelcu Ioan, București

Organismul uman, ca oricare alt organism viu , este, în ultimă instanță, o structură energetică. Păstrarea valorilor nominale pe diferitele paliere –sistem, organ, țesut, celule, membrane intracelulare și sisteme de gradienți moleculari (proteici) funcționali -asigură starea de normalitate, adică de sănătate.

Dezechilibrele energetice pe diverse paliere generează starea de boală.

Vindecarea, adică restabilirea valorilor energetice normale pe palierele afectate, se realizează prin cel puțin 3 metode:
a)- ingestia anumitor alimente care în urma metabolizării vor genera cuantele energetice necesare;
b)-administrarea de substanțe chimice = medicamente care prin metabolizare sa restabilesc nivelele energetice caracteristice și necesare;
c)- administrarea din exterior de cuante energetice identice cu cele deficitare;

Administrarea de cuante energetice bioidentice pare a fi metoda cea mai fiziologica, eficace si lipsita de efecte secundare . Dificultatea a costat din identificarea trenurilor de nanocuante purtatoare de informatie utila si mai ales in constructia de aparate care să le genereze.

Astăzi există un mare număr de aparate (și aproape la fiecare congres internațional de marcă se tinde să se lanseze un aparat "nou"cu "efecte miraculoase") care fac sau pretind că fac, din punct de vedere energetic, ceea ce trebuie pentru restabilirea stării de sănătate fizică, psihică și estetică a organismului viu.

Avem în clinică un mare număr de dispozitive care funcționează pe baza emiterii de cuante energetice care să interfereze cu organismul.

O analiză critică asupra aparaturii de care dispunem de un numar suficient de mare de ani (între 20 și 1 an) ne-a permis să sintetizăm astfel efectele și interferențele energetic-viu:

a)-Interacțiunea între viu și cuantele cu energie înaltă=generează un efect termic lezional- distructiv care generează o pierdere de structură. În urma alterării de structură organismul este obligat să-și mobilizeze rezervele funcționale pentru a se regenera și vindeca. Aplicațiile cele mai frecvente ale acestui tip de interacțiune sunt:

- Laserele cu Co2 (si nu numai) de tip Bisturiu sau de tip Fraxel
- Radiofrecvența: Tripolara, E-Matrix, Endy-Med
- IPL

b)- Interacțiunea între viu și cuantele cu energie joasă (similare cu cuantele cu care funcționeaza celulele) = generează efecte biofotonice, metabolice, biochimice. Când o celulă vie interfera cu cuantele cu energie joasă comparabile ca magnitudine cu cuantele de la nivel celular (aceste cuante care au parametrii specifici modulați astfel încât să poarte un mesaj informațional cuantic) celula

decriptează mesajele informaționale purtate de cuanta de energie pe care apoi la execută. Astfel, energia fotochimică este transformată în limbaj specific celular concretizat în modificări redox, mișcări de ioni, deschiderea și închiderea de canale ionice (adică transferul mesajului informațional cuantic celular într-un mesaj informațional intracelular și de signaling intracelular).

Aplicațiile cele mai frecvente ale acestui tip de interacțiune sunt:

1-Electroterapia (pentru tratamentul hiperhidrozei)

2- Efect biofotonic :

- Razele UVA (PUVA), Razele UVB narrow band 311nm
- Laserele reci (low energy lasers) biostimulante (He-Ne)
- Lumina albastra
- Light Emmiting Diodes (“ LED TIWINGS”)

3-cu efecte metabolice /biochimice(pentru tratamentul obezității, Tratamentul sindromului X-metabolic, creșterea speranței de viață la cardiaci, detoxifiere, remodej corporal și tratamentul celulitei, îndepărtarea depozitelor aberante de grăsime). Există două tipuri distincte de aparate:

- Cu cuante modulate în domeniul magneticului “REDUSTIM “
- Cu extractia controlată de energie din țesuturile profunde: “LipoCryo”

c)- Interacțiunea între viu și cuante cu energie foarte joasă (nanocuante) (purtătoare de mesaje informaționale cuantice) = generează efecte de signaling intra și intercellular. Aceste dispozitive comandă funcționarea normală a celulelor prin semnale generate artificial și identice cu cele fiziologice generate de neuroni.

Aceste nanocuante identice cu signaling-ul fiziologic neuronal nu generează nici traume tisular-celulare inițiale și nici efecte fotobiochimice. Aplicațiile cele mai frecvente ale acestui tip de interacțiune sunt pentru regenerarea funcțiilor fiziologice de la îmbunătățirea funcțiilor reologice și de transport de oxigen pe cale sanguina, detoxifiere, reechilibrarea hormonală, sinteza de colagen, fibre elastice, acid hialuronic, substanta fundamentale, regenerarea celulelor epidermice și dermice, reconstrucție funcțională musculară cu anularea relaxării și flaciditații musculare și adipoase, creșterea tonusului muscular și cutanat și reducerea depozitelor de grăsime intra și periviscerale cu creșterea speranței de viață și nu în ultimul rând remodelajul facial si corporal cu aspect estetic de intinerire.

În clinică noi utilizăm cele mai noi dispozitive din această categorie: dispozitivul IELLIOS dedicat reîntineririi faciale și dispozitivul ION MAGNUM dedicat reconstruirii funcțiilor corpului.

Discutam, în lumina experienței personale cu aceste aparate, efecte biologice, eficacitatea lor și emitem comentarii asupra raportului cost/beneficiu în patologie și în terapiile dermato –estetice.

---

3. Aspecte de diagnostic și abordare terapeutică în Pityriasislichenoides

Daniel Boda, Adriana Diaconeasa**, Sabina Zurac**
*UMF Carol Davila București
**Spitalul Clinic de Urgenţă pentru Copii "Grigore Alexandrescu", București

Sub denumirea *Pityriasis lichenoides* (PL) sunt reunite un grup de afecțiuni cutanate cu trăsături morfologice comune și etiopatogenie considerată la ora actuală ca fenomen reactiv la diverși trigger-i antigenici sau/și răspuns imun la o discrazie a limfocitelor T. Clinic se definesc trei forme: *pityriasis lichenoides chronica* (PLC), *pityriasis lichenoides et varioliformis acuta* (PLEVA) și forma febrilă ulcero-necrotica *Mucha-Habermann*. Încadrarea într-una dintre forme se face în funcție de tabloul clinico-morfologic al leziunilor și nu se referă la evoluția bolii. PL sunt afecțiuni benigne dar există raportări ale asocierii PL cu afecțiuni limfoproliferative maligne. La ora actuală se acceptă ca cel puțin unele cazuri de PL (mai frecvent forme de PLEVA decat PLC) sunt afecțiuni clonale ale limfocitelor T citotoxice CD8+, rearanjamentele clonale de receptor de celula T caracterizând mai degrabă expansiuni clonale ale limfocitelor T care apar ca răspuns la un trigger încă neidentificat decat o neoplazie per se.

Abordarea diagnostică presupune confirmare histopatologică și screening pentru depistarea unor potențiali factori infecțiosi declanșatori. Tratamentul include mai multe linii terapeutice: antibiotice sistemice, fototerapie, imunomodulatoare sau imunosupresoare sistemice. Evaluarea obiectivă a răspunsului la terapie este dificilă din cauza tendinței bolii de a intra în remisiune spontană. Evoluția și prognosticul sunt variabile și imprevizibile, lăsând deschisă problema transformării/asocierii maligne sau a recurenței bolii.

4. **Epigenetică şi medicină personalizată**

Alecu Mihail[1,2], Gabriela Coman [1], Ionica Rădulescu[2], Alina Muşetescu[1,2]

1. Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Tropicale Dr. Victor Babeş, Bucureşti
2. Universitatea Titu Maiorescu, Facultatea de Medicină, Bucureşti

Medicina personalizată reprezintă un concept care îşi propune o abordare din punctul de vedere al unui singur individ/persoană, a metodelor de diagnostic şi tratament utilizate pentru abordarea unei afecţiuni.

Progresele realizate în genetică şi biologia moleculară permit într+o oarecare măsură evidenţierea variabilităţii genetice între indivizi cu stabilirea tratamentului optim pentru un anume individ sau grup restrâns de indivizi pentru o anume afecţiune.

În afară de genetică în accepţiunea clasică, ce se ocupă în special de secvenţa nucleotidelor în ADN, epigenetica este o ramură a geneticii orientată spre modificările genetice care nu implica modificări în secvenţa nucleotidelor.

O serie de modificări cum ar fi metilarea ADN, modificări ale histonelor, micro ARN, factori de transcripţie, transposoni, devin datorită importanţei lor în stabilirea variabilităţii individuale ţinte ale medicinei personalizate.

În prezent , în dermatologie, prin epigenetică şi medicină personalizată se deschid noi posibilităţi terapeutice în special în melanomul malign şi psoriazis.

5. **Keratoacantoame multiple asociate cu lupus eritematos discoid- prezentare de caz**

Vasile Benea, Simona Roxana Georgescu, Mircea Tampa, Alice Rusu, Monica Costescu, Diana Leahu, Cristina Răileanu, Anca Mihaela Mălin

Clinica de Dermato-venerologie, Spitalul clinic de Boli Infecţioase „Victor Babeş" Bucureşti

Keratoacantomul este o tumoră benignă cu originea în complexul pilo-sebaceu care trebuie diferenţiată de carcinomul spinocelular. Leziunea unică cu regresie spontana este cea mai frecvent întâlnită, dar exista şi forme cu leziuni multiple. Lupusul eritematos discoid este o dermatoza cronica caracterizata prin leziuni atrofice sau cicatriceale localizate sau difuze.

Prezentăm cazul unei paciente în varsta de 36 ani care s-a prezentat pentru numeroase leziuni tip noduli, plăci, placarde, bine delimitate, cu suprafaţa exofitică, verucoasă, situate pe faţa dorsala a mâinilor, antebrate şi faţă, care au debutat în urmă cu 18 luni simultan cu dezvoltarea unor plăci si placarde eritematoase şi/sau hipopigmentate, situate presternal şi la nivelul membrelor superioare. În aceasta perioadă de timp nu i s-a prelevat nicio biopsie si nu a urmat tratament. Pacienta a negat boli interne sau contactul cu substante chimice; istoricul familial era negativ pentru boli dermatologice.

Examenul clinic a pus în evidenţă numeroase leziuni situate la nivelul feţei, toracelui şi membrelor superioare; ele erau de două tipuri: unele sub forma unor placi si placarde hipopigmentate, cu zone eritematoase, situate presternal, braţe, antebraţe şi faţa dorsală a mâinilor, iar celălalt tip sub forma unor leziuni tumorale cu dimensiuni între 7 mm şi 6 cm, cu o margine eritematoasă şi o suprafaţa exofitică, verucoasă, gălbui-maronie, localizate pe antebraţe, faţa dorsală a mâinilor şi faţa. Nu existau alte modificări cutanate, mucoase sau ale unghiilor. Testele de laborator nu au pus in evidenta modificari 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 potenţă medie, iar keratoacantoamele cu creme keratolitice si aplicatii de azot lichid. După doua luni, leziunile aveau aspect îmbunătăţit.

MULTIPLE KERATOACANTHOMAS ASSOCIATED WITH DISCOID LUPUS ERYTHEMATOSUS - A CASE REPORT

Karatoacanthoma 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 hipopigmented-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 hipopigmented 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 kerathoacanthomas with keratolitic creams and liquid nitrogen applications. After two months, the lesions looked better.

---

6. **Aspecte clinice și histologice într-un caz de atrofodermea idiopatică progresivă**

Floarea Sărac, Corina Bud
Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie, Departamentul Dermatologie

Introducere

Atrofiile cutanate primitive reprezintă un capitol încă obscur al specialităţii noastre. Ignorând de cele mai multe ori etiopatogenia acestor afecţiuni suntem nevoiţi,

pentru identificarea şi încadrarea lor cât mai corectă, să ne mărginim la criteriul morfoclinic.

Coexistenţa simultană sau succesivă cu elemente de sclerodermie sau lichen sclero-atrofic au determinat pe unii autori, să considere atrofodermia progresivă ca o formă atipică, atrofică de sclerodermie circumscrisă. Opinia privind autonomia atrofodermiei idiopatice progresive este însă astăzi împărtăşită de tot mai mulţi autori europeni.

Prezentare de caz

Prezentăm cazul unei tinere de 22 ani, care de la vărsta de 3 luni prezintă plăci şi placarde brune la nivelul feţei anterioare şi posterioare a toracelui, diagnosticate anterior ca sclerodermie în plăci.

La examenul clinic se constată plăci şi placarde bine delimitate, de culoare maro, fără infiltraţie scleroasă dar cu o evidentă atrofie la nivelul acestora. Pacienta s-a adresat medicului datorită apariţiei unei leziuni noi la nivelul antebraţului. Menţionăm faptul că la examenul clinic obiectiv, leziunile noi nu prezentau nici o infiltraţie scleroasă, iar din anamneză rezultă că şi leziunile vechi şi-au păstrat caracteristicile clinice pe tot parcusul evoluţiei afecţiunii.

Examenul histopatologic evidenţiază un epiderm atrofic şi modificări ale ţesutului conjunctiv din derm, constând în omogenizarea acestuia în dermul superficial şi modificări sclerodermiforme minime şi izolate în dermul profund.

Examinările paraclinice au fost în limite normale

Datorită absenţei elementelor evidente de sclerodermie sau lichen sclero-atrofic, am interpretat cazul ca o formă pură de atrofodermie idiopatică progresivă, fără nici o imixtiune de elemente sclerodermiforme.

Discuţii

Afecţiunea apare mai frecvent la femei şi la adultul tânăr până la 20 de ani, dar poate fi întâlnită la orice vârstă. Leziunile cutanate apar sub forma unor placarde atrofodermice de coloraţie cenuşie brună, de diferite mărimi, foarte bine delimitate, cu o netă depresiune a tegumentului, cu vizibilitatea reţelei venoase, fără aspect cicatriceal şi fără „liliac ring”. Au formă ovală sau rotundă, rar mai multe plăci confluează în placarde cu contur geografic. La palpare, nu se produce hernierea tegumentului şi nici formarea de pliuri nu este posibilă. Localizarea dermatozei este aproape exclusiv pe trunchi, mult mai rar pe membre, erupţia îmbrăcând deseori un caracter sistematizat zoniform. În circa 50% din cazuri modificărilor atrofodermice li se adaugă leziuni de sclerodermie superficială ce pot precede sau succeda pe cele atrofice. Evoluţia dermatozei este cronică, lent

progresivă şi benignă. Uneori leziunile cutanate pot involua. Nu s-a constatat prinderea viscerelor.

Histopatologic, tabloul este necaracteristic: epidermul este rareori subţiat, de regulă normal. Alteraţiile ţesutului conjunctiv sunt discrete, parcelare, reduse la edem, omogenizarea colagenului, mai rar focare de scleroză uşoară.

Concluzii

1.Debutul la vârstă fragedă, aspectul clinic şi histopatologic, precum şi absenţa elementelor de sclerodermie sau lichen scleros, pledează, în cazul nostru pentru o atrofodermie idiopatică progresivă.

2.Considerăm că atrofodermia idiopatică progresivă este o afecţiune autonomă, iar discordanţele legate de încadrarea afecţiunii, datorită coexistenţei elementelor de sclerodermie nu scad cu nimic identitatea bolii.

---

7. **Alopecia difuză, un diagnostic de evitat**

Dr. Irinel Nedelcu
București

---

8. **Keratodermia palmo-plantară Papillon-Lefevre – caz clinic cu patern psoriaziform**

M.Bețiu, Nina Fiodorova, V.Sturza, V.Gogu
Catedra Dermatovenerologie, USMF "NicolaeTestemiţanu", Chişinău

Keratodermia Papillon-Lefevre (1924) este o genodermatoză rară (1-4 cazuri/1 mln.), cu transmiterea autosomal recesivă, debutând între 1-4 ani. Se constată mutaţii în gena catepsinei C cartată pe crom. 11q14-q21. În patogenia keratodermiilor ereditare mecanismul de bază constă într-o expresie majorată a antigenelor citokeratinei 16, involucrinei şi filagrinei, conducând la formarea stratului cornos în exces. Se caracterizează printr-o keratodermie palmo-plantară difuză, uneori extinsă pe suprafaţă dorsală ale mâinilor şi picioarelor (transgredientă), adesea asociată cu hiperhidroză şi plăci psoriaziforme pe coate şi genunchi. Al doilea semn major reprezintă periodontită recidivantă observată mai des la 3-4 ani. Dezvoltarea dinților temporari decurge în mod normal, ulterior se constată gingivita, distrugerea rapidă a parodontului, rezultând pierderea dinţilor

definitivi până la 16 ani. În cazuri avansate sunt evidente modificări unghiale (fisuri trasversale). Radiografia poate depista calcificări intracraniene. Examenul histopatologic relevă un patern psoriaziform cu hiperkeratoză, ocazional parakeratoză, acantoză şi infiltrat perivascular inflamator discret în derm.

Se prezintă cazul unei paciente de 14 ani pentru keratodermie palmo-plantară Papillon-Lefevre, fără antecedente familiale. Istoricul bolii începe de la 5 luni cu îngroşarea pielii la nivelul palmelor şi plantelor, maladia având o evoluţie cronică fără ameliorări semnificative în parcursul vieţii, la vârstă de 11 ani la nivelul cotului drept apare și o placă scuamoasă. Pacienta suferă de periodontită recidivantă de la vârsta de 4 ani. Obiectiv, se constatată leziuni keratozice difuze pe palme şi plante cu extindere transgredientă pe dosul mâinilor și picioarelor. Hiperkeratoza palmo-plantară este bine delimitată, de culoare galben-maronie, cu un halou eritematos periferic; se constată și o hiperhidroză palmo-plantară. Pe cotul drept se observă o placă eritemato-scuamoasă psoriaziformă de 3-4 cm, ovalară, bine delimitată. Maladia este asociată periodontită erozivă cronică și distrofii dentare, constatându-se lipsa incisivilor superiori şi caninului stâng. Examenul histomorfologic efectuat relevă un patern psoriaziform cu hiperkeratoză, parakeratoză, acantoză, papilomatoză și infiltrat perivascular inflamator. Investigaţiile curente de laborator s-au constatat normale. Tratamentul cu keratolitice şi emoliente a generat rezultate modeste.

Cazul descris este adus în discuţie pentru raritate în practică, afectare cutaneo-mucoasă cu distrofii dentare, precum și pentru paternul psoriaziform în contextul diagnosticului diferențial.

---

9. Cazuistica cu referinţă la epidermolizele buloase raportate în anii 2000-2012

M. Beţiu, Nina Fiodorova, V.Sturza
Catedra Dermatovenerologie, USMF "NicolaeTestemiţanu", Chişinău

Au fost analizate 41 cazuri de epidermolize buloase, vârste între 2 luni şi 52 ani, B/F –28/13, luați în evidență clinică pe parcursul 2000-2012.

Rezultate. Spectrul nozologic depistat s-a prezentat în felul următor: epidermoliza buloasă simplă (EBS) Koebner – 11; EBS Weber–Cockayne – 9; EBS asociată cu tulburări de pigmentare –1; epidermoliza buloasă joncţională – (EBJ) tip Herlitz – 1; epidermoliza buloasă distrofică dominantă (EBDD) Cockayne-Touraine –

12; EBDD tip Passini – 3; epidermoliza buloasă distrofică recesivă (EBDR) Hallopeau–Siemens – 4. Aşadar, EBS s-a constatat în 51,2% cazuri, EBJ – în 2,4% şi EBD – în 46,34% cazuri. Manifestările buloase de epidermoliză au fost completate în o treime din cazuri cu afectare unghială, iar hiperhidroza, keratodermia palmo-plantară, alopecia şi leziunile ichtioziforme au fost semnalate sporadic. La circa o jumătate din pacienți au fost constatate o serie de maladii concomitente (anemii, pneumonii, hepatite, pancreatite, pielonefrite). Comune au fost anomaliile dentare și afectarea mucoaselor raportate la o treime din pacienți, fiecare al zecelea pacient având și retard mental. La circa 20% bolnavi cu epidermolize buloase au fost raportate complicații cu agenți microbieni, acrosclerodactilie, contracturi, mutilaţii, stenoze esofagiene, precum și un caz de deces.

Concluzii. Profilul epidermolizei buloase constată predominarea sexului masculin, precum și a formelor clinice de EB dominante; asocierea cu afectare unghială și a mucoselor, cu distrofii dentare, anemii, complicații microbiene, în cazuri grave - acrosclerodactilie, mutilaţii, stenoză esofagiană.

---

10. Experiența Clinicii Dermatologice Iași în terapia biologică a psoriazisului

Dan Vâță, Alina Stîncanu, Laura Stătescu, Laura Gheucă Solovăstru
UMF Gr T Popa Iași

"Biologicele" sunt anticorpi monoclonali sau proteine de fuziune care au drept ţintă receptori ai limfocitelor T sau citokine implicate în patogeneza psoriazisului. Blocând diferite căi ale sistemului imun terapia biologică este o speranţă în tratamentul psoriazisului.

În Clinica Dermatologică din Iaşi au fost urmărite în perioada 2008-2012 - 81 cazuri cu psoriazis cu tratament biologic. Date epiemiologice au arătat o predominenţă a sexului masculin şi a mediului urban. Terapia psoriazisului cu biologice a inclus cele trei biologice decontate prin Programul national de psoriazis în proporţii aproximativ egale.Se observă un trend ascendent al prescrierilor de terapii biologice în psoriazis şi o creştere a experienţei dermatologilor în monitorizarea acestor pacienţi. Eficienţa este foarte bună corelată cu o îmbunătăţire semnificativă a calităţii vieţii acestor pacienţi.

SÂMBĂTĂ, 8 iunie 2013

8.00– 9 .00

DERMATOLOGIA: DE LA TEORIE LA PRACTICĂ. SESIUNE PREZENTĂRI CAZURI CLINICE II

1. **Erizipel bulos la un pacient imunodeprimat**

M. Pulbere, A. Aghinitei- Zbranca, E.Rudnic, C. Dorobat, C. Manciuc
Clinica Medicala JEAN REVUZ
Universitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa Iași
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „ Sfânta Parascheva" Iași

Erizipelul este o dermo-hipodermită acută care se datorează pătrunderii streptococului în rețeaua limfatică dermică, printr-o poartă de intrare de multe ori inaparentă. Este întâlnit mai frecvent la persoane trecute de vârsta de 40 de ani. Leziunile cutanate sunt constituite dintr-un placard eritemato-edematos, dureros, relativ bine delimitat, cu margine supradenivelată asociat cu o adenopatie regională dureroasă. Bolnavul prezintă frison solemn, febră (39-40 C), uneori vărsături, cefalee. Prezentăm cazul unui pacient de 35 de ani, obez cu situs inversus, spondilită anchilopoetică care se prezintă pentru un placard eritemato-edematos, acoperit de flictene cu conținut serosangvinolent ce cuprinde aproape în totalitate gamba stângă care a prezentat la domiciliu frison unic și febră (38,9 C) cu evoluție favorabilă sub tratament.

Cuvinte cheie: erizipel bulos, vârstă tânară, obezitate, spondilită anchilopoetică.

---

2. **Eritromelalgia – caz clinic particular**

Carmen Elena Bârcă[1], Raluca Curea[2], Gabriela Stoleriu[3]
1 Dispensare studenţeşti "T. Vladimirescu" Iaşi
2 Inspector Penitenciare Iaşi
3 Disciplina dermatologie, UMF "Gr. T. Popa", Iaşi

Introducere: Eritromelalgia (*erythros* = roşu, *melos* = membru, *algos* = durere), cunoscută şi sub denumirea de boala Mitchell, este o afecţiune neurovasculară funcţională rară, caracterizată printr-o vasodilataţie excesivă localizată la nivelul mâinilor sau picioarelor sau la ambele extremităţi, manifestată prin hiperemie, cu inflamaţie, căldură locală, durere, senzaţie de arsură locală.
Caz clinic: Pacientă în vârstă de 45 ani, fără antecedente personale sau heredo-colaterale semnificative, a fost internată în clinica de hematologie a Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă "Sf. Spiridon" din Iaşi şi a impus o colaborare multidisciplinară pentru diagnostic şi tratament. Semnele clinice au debutat în urmă cu câteva săptămâni, intermitent, doar la nivelul membrului superior stâng, secundar practicării meseriei de spălătoreasă/ călcătoreasă. Explorările paraclinice nu au decelat modificări organice sau funcţionale.
Discuţii: spre deosebire de eritromelalgia clasică, simetrică, acest caz a prezentat leziuni doar la nivelul membrului superior stâng, ceea ce-i determină o particularitate. O dificultate în stabilirea diagnosticului eritromelalgiei este lipsa oricăror modificări paraclinice.

---

3. Xantogranulomul adultului discutat în contextul familiei xantogranuloamelor

A Oanţă[1], Gabriela Stoleriu[2]
1 Disciplina dermatologie, Universitatea "Transilvania", Braşov
2 Disciplina dermatologie, UMF "Gr. T. Popa", Iaşi

Introducere: o serie de afecţiuni precum: xantogranulomul juvenil (XGJ), xantogranulomul adultului, histiocitoza cefalică benignă, xantomul papulos etc, au fost regrupate de Zelger în familia "Xantogranuloamelor". Histologic, aceste afecţiuni sunt caracterizate de prezenţa histiocitelor cu aspect variat (vacuolizat, spumos, fusiform, dantelat) şi celulelor gigante (tip Touton, tip Langhans). Prototipul histologic este XGJ. Imunohistochimia este pozitivă pentru CD68, CD163 şi factorul XIII a, rareori pentru PS 100, dar niciodată pentru CD1a şi CD207.
Caz clinic: Pacient în vârstă de 60 de ani este consultat pentru prezenţa a doi noduli de coloraţie roşu gălbui, cu dimensiuni de 4 respectiv 6 mm, asimptomatici, localizaţi pe glandul penisului. Biopsia efectuată dintr-un nodul a evidenţiat un infiltrat format din numeroase histiocite spumoase şi limfocite. Imunohistochimia a

fost pozitivă pentru vimentina, CD68 şi factorul XIII a. Analizele hematologice şi biochimice au fost normale. S-a stabilit diagnosticul de xantogranulom al adultului. Leziunile au dispărut spontan după două luni de la efectuarea biopsiei.

Discutii: Xantogranulomul adultului prezintă aspect clinic, histologic şi imunohistochimic identic cu XGJ. Spre deosebire de acesta, xantogranulomul adultului nu prezintă afectare sistemică, iar dispariţia leziunilor este excepţională. Localizarea granulomului la nivelul penisului este excepţională citându-se doar patru cazuri în literatura de specialitate.

Concluzii: Xantogranulomul trebuie luat în discuţia leziunilor papulo-nodulare localizate pe penis.

---

4. **Parapsoriazis în plăci mari versus psoriazis vulgar. Consideraţii pe seama unui caz clinic**

Irina Iuliana Mihailă, Anca Zbranca Aghiniţei
Clinica Roderma Iaşi

Parapsoriazisul în plăci mari, descris pentru prima dată de Brocq în 1902, se caracterizează prin leziuni eritematoase acoperite de scuame fine, uneori atrofice, care au în comun prezenţa unui infiltrat limfocitar la nivel dermo-epidermic. In 10-35% din cazuri reprezintă punctul de pornire al unui limfom cutanat cu celule T de tip micozis fungoid.

Psoriazisul în plăci este o dermatoză predispoziţională, manifestată clinic prin leziuni eritematoscuamoase , infiltrate, care apar ca rezultat al creşterii activităţii mitotice şi al unei keratinizări anormale în teritoriile cutanate afectate. Deşi diagnosticul celor două afecţiuni este, în general, facil există şi situaţii în care leziunile sunt asemănătoare din punct de vedere clinic, iar diferenţierea lor necesită criterii de excludere histopatologice. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 83 de ani, care se adresează clinicii noastre pentru existenţa de aproximativ doi ani a două plăci eritematoscuamoase, de aspect psoriaziform, discret pruriginoase cu localizare lombară şi la nivelul coapsei stângi. A fost diagnosticat eronat cu psoriazis vulgar şi a urmat tratamente topice repetate cu dermatocorticoizi, derivaţi de vitamină D2 şi creme emoliente fără remiterea simptomatologiei. Examenul micologic al ambelor leziuni a fost negativ. S-a realizat o reevaluare a leziunilor şi s-a efectuat biopsia cutanată al carui examen

anatomopatologic a confirmat suspiciunea de parapsoriazis în plăci mari. Pacientul a primit tratament topic cu dermatocorticoizi superpotenţi rămânând sub supraveghere clinico-biologică şi histopatologică.

---

5. **Probleme de diagnostic diferențial asupra unui caz de telangiectazie benignă ereditară**

A. Oanță
Universitatea Transilvania Brașov

Introducere:Telangiectazia benignă ereditară (HBT) este o afecțiune clinică rară decrisă de Ryan și Wells în 1971. HBT este diagnosticată prin prezența telangiectaziilor cutanate, antencedentelor familiale, absența afectării mucoaselor și absența hemoragiilor.
Caz clinic: Pacient în vârstă de 30 de ani prezintă de la vârsta de 10 ani telangiectazi și angioame localizate pe față, gât, torace anterior și posterior, brațe cu dispariția la presiune. Pacientul nu prezenta sângerări cutanate și mucoase.
Anamneza a evidențiat leziuni cutanate similare și la alți membrii ai familiei.
Examinările de laborator: sânge, urină, timp de coagulare au fost normale iar examenul histopatologic a evidențiat un epiderm normal, iar examenul histologic a evidențiat un epiderm normal cu dilatarea plexului subpapilar.
S-a propus electrocoagularea sau laser terapia leziunilor cutanate.

Discuții: HBT este o afecțiune care impune diagnosticul diferențial în principal cu telangiectazia hemoragică ereditară în care telagiectaziile sunt localizate cutanat pe mucoase sau visceral iar sângerăriile sunt prezente sub formă de epistaxis, hematurie, hemoragii intestinale și sângerări cutanate.
Alte afecțiuni cu care se face diagnosticul diferențial al HBT sunt: telangiectazia esențială generalizată, telangiectazia nevoidă unilaterală, telangiectazia macularis eruptivă perstans și aquired portwine stain.
Concluzie: HBT impune a fi cunoscută în contextul diagnosticului diferențial al afecțiunilor caracterizate prin telangiectazii.

---

6. **Lupus eritematos subacut – prezentare de caz**

Zlei Irina, Mihaila Irina*, Pulbere Maia*, Zbranca Anca***

*Clinica ,,Roderma'', Iași
** U.M.F.,,Gr.T.Popa'', Iași

Lupusul eritematos subacut este o forma de lupus eritematos ce prezintă caractere clinice și biologice intermediare între forma acută și cea cronică, un procent important putând dezvolta LES în evoluție.

Prezentăm cazul unei paciente D.S., în vârsta de 48 ani, mediul rural, ce se prezintă pentru investigarea unei erupții constituite din plăci eritematoase, cu contur policiclic, cu periferia mai activă, cu veziculo-cruste și leziuni reziduale hipopigmentate și telangiectazii, localizate la nivelul zonelor fotoexpuse (față, latero-cervical, părți de extensie brațe, fața dorsală mâini). Din anamneza reținem debutul afectiunii primăvara, cu ameliorare parțiala în timpul sezonului rece și începerea administrării unui IECA, în contextul HTA, cu 6 luni anterior debutului bolii; de asemenea, se remarcă adăugarea la tabloul clinic a stării de oboseală și a artralgiilor moderate.

Examenul anatomopatologic și investigațiile paraclinice (Ac antiRo si ANA pozitivi) confirma diagnosticul, iar Ac antihistone negativi exclud posibilitatea unui lupus indus medicamentos. Evolutia clinica a fost lent favorabila sub tratament sistemic cu antipaludice, topic cu corticoizi, creme cu SPF 50, necesitand si adaugarea de cortizon sistemic, in doza moderata, pe o perioada mai scurta, pentru rezolvarea simptomatologiei generale.

Particularitatea cazului consta în apariția erupției după administrarea de IECA, necesitând efectuarea diagnosticului diferențial cu lupusul indus medicamentos.

9.00 -9.20 BERLIN CHEMIE

Borenar – noul antialergic nesedativ original

Asist univ Dr. Laura Stătescu

9.20 -9.40 Avene
Protecţia Solară Avene: Standard de eficacitate şi siguranţă pentru orice tip de piele sensibilă

Dr. Mirela Cherciu

Laboratoarele Dermatologice Avène au elaborat formule noi şi texturi noi cu obiectivul de a îmbunătăţi toleranţa şi preparatele galenice, menţinând standarde de eficacitate şi siguranţă înalte.

Aceste produse au fost elaborate pe bază de formule fără octocrilen, fără silicon şi sunt transparente la aplicare pentru a satisface cât mai bine aşteptările de pe piaţă.

1. Sistem de fotoprotecţie nou

Pentru noua gamă de protecţie solară 2013, Laboratoarele Dermatologice Avène au dus optimizarea sistemului său fotoprotector cu un pas înainte.

Laboratoarele Dermatologice Avène au reuşit să conserve proprietăţile protectoare ale gamei de protecţie solară Avène (fotostabilitate, protecţie ridicata impotriva UVB-UVA, etc.), reducând în acelaşi timp numărul de agenţi de protecţie solară (patru în loc de cinci).

2. Compoziţie

- Ecran organic Tinosorb M 1
- Tinosorb S
- Parsol 1789
- Uvasorb HEB

} 3 filtre chimice

Studiile farmacologice au arătat că noile formule Avene Spf 50+ protejează pielea eficient împotriva efectele nocive ale radiației solare:

- Reducerea citotoxicității - MTT testul de viabilitate celulară (metil tetrazoliu tiazol)
- Reducerea apoptoza celulelor - Determinarea caspase-3
- Diminuarea leziunilor ADN-ului

9.40-10.00 BAYER
Managementul eficient al pruritului

Conf. Dr. Tatiana Țăranu

Pruritul este un factor cheie în patologia progresivă a dermatitei atopice și a multor afecțuni dermatologice!

Pruritul inițiază ciclul "prurit - scarpinare" ceea ce poate duce la cronicizarea bolii!

Fără tratament adecvat, pruritul poate avea un impact profund asupra calității vieții pacienților, conducând la tulburări de somn, anxietate, stres, precum și izolarea de colegi și de familie.

Inutil să spunem că toate aceste complicații derivate din prurit se traduc de multe ori în probleme de management al terapiei pe termen lung și de complianta la tratament.

De aceea, controlul rapid al puritului ar trebui să fie primordial în terapie.

Este plăcerea noastră să vă invitam să revizuim și să discutam cele mai recente descoperiri în ceea ce privește fiziopatologia dermatitei atopice asociată cu prurit, impactul psiho-emoțional al bolii și terapia optimă pentru realizarea controlului rapid al pruritului!

10.20-11.20 CONCEPTUL DE MEDICINĂ PERSONALIZATĂ ÎN DERMATOLOGIE IV

1. **Tratamentul modern al ulcerelor venoase de gambă prin scleroterapie echoghidată**

[1]R.F.Popa, [1]Genoveva Baroi, [2]Cristina Strobescu ,[2]A.Raza , [2]I.Cazan, [2]Oana Apopei
[1.]Universitatea de Medicină "Grigore.T.Popa" Iași
[2.]Spitalul "Sf .Spiridon" Iași, Clinica de Chirurgie Vascularp "Robert van Gestel"

---

2. **Terapia insuficienței venoase cronice cu fibră de laser "Venex Sphere" și "Venex 3600"**

[1]R.F.Popa, [1]Genoveva Baroi, [2]Cristina Strobescu ,[2]A.Raza , [2]I.Cazan, [2]Oana Apopei[1.]
Universitatea de Medicină "Grigore.T.Popa" Iași
[2.]Spitalul "Sf .Spiridon" Iași, Clinica de Chirurgie Vasculară "Robert van Gestel"

11.20-11.40 NATINUEL

Complexul Natinuel în tratamentul acneei

Stîncanu Alina, Vâță Dan, Andrese Elena, Laura Gheucă Solovăstru
Clinica Lauderma Iași

Acneea este o afectiune cutanata cronica polimorfa, inflamatorie a unitatii pilosebacee cu dezvoltare la nivelul zonelor seboreice. Desi debutul este obisnuit in perioada adolescentei, legat de modificarile hormonale ale pubertatii, poate afecta orice varsta. Etiopatogenic sunt descrisi patru factori primari implicati in acnee: hiperseboreea, hiperkeratinizarea infrainfundibulara, colonizarea foliculara bacteriana cu P. acnes si eliberarea mediatorilor inflamatiei. Interactiunea dintre acesti factori este responsabila de polimorfismul lezional al bolii, cuprinzand seboree, leziuni retentionale, inflamatorii si cicatrici. Diagnosticul clinic al acneei permite incadrarea pacientului in una din cele 4 clase de recomandari terapeutice

conform Ghidului European de Tratament al Acneei, pe baza caruia se stabileste schema optima de tratament, topic si/sau sistemic.

Complexul ***Natinuel*** pentru tratamentul acneei cuprinde patru produse in compozitia carora sunt cuprinsi multipli agenti activi cu actiune pe fiecare dintre factorii etiopatogenici, permitand astfel tratamentul topic complex al tuturor formelor de acnee. ***Cleanser Strog*** este un produs de curatare cu rol antibacterian, antiinflamator, comedolitic si sebostatic prin alfa- si beta-hidroxi acizii din compozitie, fiind totodata emolient si protector al barierei hidrolipidice cutanate. ***Seba Fluid 12*** prin alfahidroxiacizii (acid glicolic, acid mandelic, acid piruvic) si betahidroxiacizii (acid salicilic) din structura asigura rolul sebostatic, keratolitic, antiinflamator si antibacterian, precum si stimularea sintezei de colagen, favorizand vindecarea fara cicatrici a leziunilor acneice. De asemenea, acidul azelaic cu cele 2 molecule de glicerina atasate asigura suplimentar hidratare optima, stabilitate si compatibilitate cu produsul cosmetic in care este incorporat, favorizand astfel complianta pacientilor la tratament. ***Ance Stop***, avand la baza vitamina B3 si retinalul, cu rol antiinflamator si seboreglator, precum si betahidroxiacizi cu rol exfoliativ si antibacterian, este indicat in formele inflamatorii de boala. ***Acne Mask*** cu rol calmant, antiinflamator, seboreglator, favorizand repararea cutanata si realizand hidratare optima, este recomandat in toate formele de acnee, indiferent de alte tratamente topice aplicate, asigurand rezultate favorabile si de durata.

Prin complexitatea agentilor din structura, cu activitate pe toate ramurile patogenice implicate in aparitia leziunilor acneice, complexul Natinuel reprezinta o recomandare terapeutica topica eficienta in toate formele de acnee. Aceasta recomandare este sustinuta de evolutia favorabila si mentinerea efectelor benefice la pacientii tratati astfel.

Cu și despre fotoprotecție

Andrese Elena, Stîncanu Alina, Vâță Dan, Laura Gheucă Solovăstru
Clinica Lauderma Iași

Expunerea la radiațiile ultraviolete (UV) este asociată cu o varietate de efecte secundare începând de la fotoîmbătrânire până la cancerul de piele. Radiațiile UVB sunt principala cauză de arsură solară, ele afectând, în același timp, în mod direct ADN-ul celular.

Radiațiile de tip UVA pătrund mai adânc la nivelul pielii și afectează ADN-ul celular în mod indirect, prin fazorizarea producerii de radicali liberi de oxigen.

Pentru a reduce din efectele nedorite ale expunerii la astfel de radiații, subliniem din nou importanța fotoprotecției, tipurie de fotoprotecție, cât și principiile de bază ale acesteia. De asemenea aducem în discuție noutățile din acest domeniu prezentând o opțiune,o noutate pe piața dermatologică din România, crema ***Protector SPF 50***.

11.40 VARIA

1. **Opțiuni atoderm în tratamentul adjuvant al dermatitei atopice**

M.Bețiu, Nina Fiodorova, Nadejda Dolma, Irina Batîr
Catedra Dermatovenerologie, USMF "NicolaeTestemiţanu", Chişinău

Pentru dermatita atopică este caracteristică pierderea transepidermică crescută de apă şi deficitul protector cutanat determinat de dereglări în sinteză ceramidelor de tip I-III, involucrinei şi, respectiv, filagrinei, rezultând sporirea inflamaţiei şi sensibilităţii cutanate. Astfel, xeroza la pacienţii cu dermatita atopică este cauzată de mutaţii în gena care controlează sinteza filagrinei situată pe locusul 1q21.3.

Obiectiv. Urmărirea eficienţei cremei Atoderm PP şi Atoderm Gel în tratamentul anti-xerozic al bolnavilor cu dermatita atopică.

Material şi metode. Lotul de studii a cuprins 25 pacienţi cu dermatita atopică în vârste 1-6 ani. La 15 pacienţi (lotul I) s-a constatat forma uşoară (media SCORAD – 12,3), ceilalți 10 au constituit lotul II cu o forma moderată (media SCORAD – 29,4). Produsele Atoderm au fost aplicate în calitate de adjuvanți la terapia de bază cu dermatocorticoizi și antihistaminice: crema Atoderm PP s-a administrat de 2-3 ori în zi, seara – duş cu Atoderm gel. Tratamentul adjuvant zilnic a fost aplicat pentru 4 săptămâni, urmat de un tratament anti-recidivă de 2-3 ori pe săptămână pe parcursul a următoarelor 2 luni.

Rezultate. La 14 (93,3%) pacienţi din lotul I peste 2-3 săptămâni s-a constatat dispariţia xerozei şi instalarea remisiunii clinice (efect foarte bun). La 7 (70%) bolnavi din lotul II s-a stabilit involuţia eritemului şi păstrarea xerozei discrete la 3-4 săptămâni, media SCORAD micșorându-se de 2 ori (efect bun). Evoluție stagnantă s-a raportat la 4 (16%) din totalul pacienţilor din studiu (efect insuficient).

Recurenţe eritemato-xerozice pe parcursul a 3 luni de tratament s-au observat în 6 (24%) cazuri.

Concluzii. Gama Atoderm este eficientă în tratamentul adjuvant de combatere a xerozei la atopici, facilitează micşorarea indicelui SCORAD, având contribuţie anti-recidivă majoră în menţinerea remisiunii clinice.

---

2. **Sindromul Afroditei**

Georgeta Siniţchi
Universitatea „Apollonia" din Iaşi
Centrul Medical Alergologic „Atopia" Iaşi

Sindromul Afroditei este un sindrom oral alergic alimentar care este o manifestare de hipersensibilizare cu localizare orală.Manifestarile alergice la nivelul mucoasei bucale din punct de vedere **fiziopatologic** pot fi immediate de tip I după Clasificarea Gell-Coombs şi întârziate (de tip IV) Alergenii cauzali pot fi numeroşi: extradentare si dentare Dintre factorii extradentari enumeram alimentare Manifestarile clinice sunt polimorfe ; urticaria de contact,eczema mucoasei .Diagnosticul este susţinut pe următoarele date: anamneza minuţioasă ,antecedentele personale care să cuprindă alte manifestări alergice, în speciale rinită şi astm bronşic, manifestări alergice sezoniere la polenuri, teren ereditar alergic identificarea alergenului alimentar cauzal: test prick pneumoalergeni, trofalergeni test cutanat cu fructul proaspăt - scarificare, I_gE specifice - dacă nu putem efectua teste cutanate, test provocare orală.
Alimentele incriminate în sindromul oral alergic sunt: fructe şi legume frecvent: .
fructe şi legume frecvent: fructe exotice, frecvent sensibilizare încrucişată: polen - fructe, legume, frcvent polisensibilizare.
Material si metoda Studiul nostru a cuprins un număr de 127 de persoane pe o perioadă de doi ani de zile, cu manifestări clinice de sindrom oral alergic Bolnavii au fost diagnosticaţi şi urmăriţi periodic pe baza unor fise tip alergologic. Diagnosticul a fost susţinut pe baza unei anamneze amănunţite şi a unui examen clinic atent, urmat de investigaţiile pentru evidenţierea cauzei. Testări cutanate pentru evidenţierea alergenilor cauzali şi a determinărilor anticorpice (I_gE) prin determinări serice. Sensibilizarea la alimente a predominat la capsuni, zmeura, telina, soia, nuci, alune și semințe. Reactii incrucisate cu sensibilizarea la **polenuri** am întâlnit la un

număr de 65 persoane Asocierea sensibilizarea latex/fructe exotice a fost la 9 persoane din 25 Cea ce rezultă din studiul nostru Dutau şi colab corespunde datelor din literatură: Amilot si colab Dutau şi Ortolani C. , Nowak-Wegrzyn, Ma Si, Sicherer S.H.

În **concluzie** Sindromul oral alergic face parte din reacţiile de hipersensibilitate cu localizare ala nivel oral care sunt reacţii de tip imediat şi întârziat Alimentele frecvent cauzatoare sunt fructele şi legumele reacţii încrucişate sunt frecvente: fructe, legume, polenuri. Asocierea latex/fructe este intalnita fructe şi legume cu frecvent sensizibilizare la manifestare atât orală cât şi alergicii responsabili la polenuri fac respiratorie. Manifestări generale sunt posibile şi grave: şoc alergic; Diagnosticul a fost susţinut de date anamnestice, regimurile de eliminare (jurnal alergic alimentar, teste cutanate Prick) determinările I_gE specifice nu au fost suficient de concludente. Cunoaşterea sindromului olar alergic este importantă pentru frecvenţe, pentru că poate fi primul clopoţel al sensibilizării şi pentru prevenirea sensibilizării la multiplele substanţe cu care lucrează medicul dentist.

---

3. **Corelaţii între leziunile cutaneo-mucoase şi afecţiunile interne**

Florina Filip-Ciubotaru[1], Gabriela Stoleriu[2], Carmen Manciuc[3]
1 UMF "Gr. T. Popa", Disciplina Medicină de Familie Adulţi
2 UMF "Gr. T. Popa", Disciplina Dermatologie
3 UMF "Gr. T. Popa", Disciplina Boli Infecţioase

Examenul clinic general are atât de multă greutate în practica de ambulator, încât el nu trebuie să lipsească din rutina nici unei specialităţi. Această afirmaţie este întărită, o dată în plus, de faptul că anumite expresii cutanate sunt, dacă nu patogomonice în anumite cazuri, măcar înalt sugestive pentru precizarea acestor boli. În acest sens, putem afirma că sunt patognomonice petele café-au-lait pentru neurofibromatoza von Recklinghausen tip I sau fibroamele periunghiale pentru scleroza tuberoasă Bourneville, şi sunt înalt sugestive pentru ateroscelroza sistemică şi/sau dislipidemii, şanţul coronarian, gerontoxonul, xantelasma; alteori, semne precum eritemul cutanat generalizat pot apărea şi în cadrul infecţiei HIV/SIDA. Se vor expune situaţii sugestive în acest sens, întâlnite adesea din practica medicală.

Cuvinte cheie: leziuni cutanate, afecţiuni interne, diagnostic clinic.

4. Opinii privind riscul ereditar înalt de atopie la copiii sub 2 ani

Nadejda Dolma, Mircea Beţiu
Catedra Dermatovenerologie, USMF "Nicolae Testemiţanu", Chişinău

S-a efectuat un studiu descriptiv pe un lot de 28 copii (băieţi/fetiţe – 12/16), în vârste sub 2 ani, consultaţi pentru dermatita atopică în IMSP ICŞDOSMşiC pe parcursul 2011-2012. La ţoţi pacienţii s-au constatat antecedente familiale atopice.

Rezultate. Durata medie a maladiei este 7 luni. Anamneza familială s-a dovedit pozitivă din partea mamei în 19 (67,85%) cazuri, din partea tatei – în 5 (17,85%) şi din partea ambilor părinţi – în 4 (14,28%) cazuri. Prezenţa semnelor atopice în 3 generaţii s-a constatat în 6 (21,4%) cazuri. Spectrul maladiilor atopice familiale prezintă următoarea distribuție: din partea mamei – dermatita atopică în toate cazurile; din partea tatei – dermatita atopică/astm bronşic a câte 4 cazuri şi rinita/conjunctivita alergică – 1 caz. Maladiile atopice la rudele de gradul I-II a părinţilor au fost raportate în 11 (39,3%) cazuri, asociind una sau mai multe expresii atopice: dermatita atopică – 7 cazuri, astm bronşic – 5 şi rinita/conjuctivita alergică – 2 cazuri.

Debutul dermatitei atopice la pacienţii luaţi în studiu s-a instalat la 1-18 luni (media 4,1 luni), fiind mai frecvent semnalat până la 3 luni (43% cazuri). La 20 (71,4%) copii debutul maladiei s-a constatat pe parcursul alaptării. Factorii declanşatori comuni s-au prezentat în felul următor: introducerea în alimentaţie a produselor neconforme vârstei – în 15 (53,6%) cazuri, alimentaţia artificială – în 7 (25%) şi utilizarea medicamentelor – în 6 (21,4%) cazuri. Caracterul evolutiv a fost continuu în 12 (42,9%) cazuri, cu 1-3 acutizări anuale – în 7 (25%) și cu 4 și mai multe – în 5 (17,9%) cazuri.

Clinic, în majoritatea cazurilor se observă plăci eritemato-scuamoase, uneori cu caracter exudativ, pe faţă, ulterior diseminând în alte zone, iar după primul an leziunile devin lichenificate țintind în special pliurile, articulaţiile şi gâtul. Forma gravă de dermatita atopică (media SCORAD – 57,9) s-a evidenţiat în 15 (53,6%) cazuri, forma moderată (media SCORAD – 31,4) – în 9 (32,1%) şi cea uşoară (media SCORAD – 19,4) – în 3 (11,1%) cazuri. Din maladiile asociate de menţionat: disbioza – 9 (32,1%) cazuri; infecţiile respiratorii acute – 10 (35,7%); anemia – 8 (28,6%); piodermitele acute – 6 (21,5%), pneumoniile și bronşitele acute – 4 (14,3%), encefalopatia perinatală – 3 (10,7%) și hepatopatiile – 2 (7,1%) cazuri.

Concluzii. Pentru dermatita atopică cu risc ereditar înalt este caracteristic un debut timpuriu, o evoluţie gravă/moderată, o evoluție continuă fără ameliorări și o gamă de patologii asociate; de remarcat instalarea atopiei cutanate pe parcursul alaptării în majoritatea cazurilor.

---

5. **Demodex: comensal sau patogen?**

Aida Corina Bădescu, Laura Stătescu
U.M.F.,,Gr.T.Popa'', Iași

Demodex este un acarian ce face parte din familia *Demodicidae*, superfamilia *Cheyletoidea*, subclasa *Acarieni*. Speciile prezente la om sunt *Demodex folliculorum* si *Demodex brevis*, specia *D. folliculorum* fiind cea mai raspândită.

Implicarea sa in patologie este incă subiectul unor controverse. Este considerat de mulţi cercetători un microorganism comensal ce habitează în glanda sebacee şi foliculul pilos normal. Deşi acest acarian poate fi găsit peste tot pe tegument, el predomină la nivelul feţei, mai ales în zonele cu o densitate mare a foliculilor pilosebacei, cum ar fi aripile nazale, şantul naso-genian, obraji, frunte sau bărbie. *D. folliculorum* poate fi găsit atât la nivelul foliculilor piloşi cât şi a ductului glandelor sebacee/meibomiene, în schimb *D. brevis* poate fi depistat doar în profunzimea foliculilor sebacei.

Alţi cercetători îl consideră un parazit obligatoriu. Infestarea cu *Demodex* este un factor de risc asociat cu leziunile de acnee rozacee, dermatită seboreică, dermatite periorale, pigmentaţii, blefarita şi chiar leziuni de tip adenom sebaceu sau epiteliom. Unele studii raportează asocierea sa mai frecventă la pacienţii cu diabet sau creşterea nivelului său la pacieţii cu deficit imun important.

In momentul de faţă se consideră că trecerea de la comensalism la parazitism este legată de alterarea răspunsului imun al gazdei. Creşterea numărului de paraziţi sau penetrarea lor intradermică se insoţeşte de răspuns inflamator nespecific şi răspuns imun specific ce conduce în final la apariţia iritaţiei şi a diferitelor leziuni cutanate. Termenul de demodecidoză defineşte leziunile cutanate secundare infestării cu *Demodex*.

În ceea ce priveşte tratamentul, nu există un regim standard unanim acceptat. Opţiunile terapeutice includ terapia topică (eficienţă documentată pentru

permethrin, crotamiton, lindane, acidul salicilic, retinoizi, metronidazol) şi sistemică (agenţii utilizaţi curent fiind retinoizii, ivermectinul şi metronidazolul).

Lucrarea vă prezintă rezultatele unui studiu descriptiv, retrospectiv pe un lot de pacienţi cu diverse leziuni dermatologice faciale la care am urmarit prevalenţa infecţiei la pacienţii din lotul de studiu comparativ cu un lot martor. Am urmărit asocierea infecţiei cu *Demodex* cu vârsta şi sexul pacienţilor, forma clinică a bolii şi cu tipul de prelevat.

---

6. Microsporia – aspecte clinice, diagnostice şi de tratament

V. Sturza, M.Beţiu,Nina Fiodorova, Iulia Emeț
Catedra Dermatovenerologie, USMF "NicolaeTestemiţanu", Chişinău

Studiul retrospectiv a cuprins un lot de 50 pacienţi cu microsporie asistaţi în Clinica Dermatologie și Maladii Comunicabile pe parcursul aa. 2011-2012 (băieţi/fetițe – 14/36, M/F – 3/1), cu vârste cuprinse între 8 luni și 16 ani. Au fost evaluate aspectele clinice, diagnostice și de tratament.

Rezultate. Repartizarea în funcție de vârstă a pacienților din studiu: sub 1 an – 5 (10%), 1-3 ani – 11 (22%), 4-7 – 18 (36%), 8-12 – 13 (26%), 13-16 – 3 (6%) cazuri, dintre care 30 (60%) pacienţi proveneau din mediu rural. Durata maladiei s-a constatat a fi între o săptămână şi 2-3 luni. Adresabilitatea precoce de 2-3 săptămâni a fost sub 80% cazuri. Cea mai frecventă maladie asociată a fost enterobioza (18%). S-au evidenţiat următoarele forme clinice: *Tinea capitis* – 31 (62%), *Tinea capitis* et *Tinea corporis* – 10 (20%) şi *Tinea corporis* – 9 (18%) cazuri (inclusiv *Tinea facies* – 6 cazuri). Diagnosticul clinic s-a confirmat la toţi pacienţii, fiind identificată cultura *Microsporum canis*. Majoritatea pacienţilor – 40 (80%) au primit tratament sistemic cu grizeofulvină, 6 (12%) – cu ketoconazol şi 4 (8%) – cu terbinafina. Durata medie de tratament sistemic pentru *Tinea capitis* a constituit pentru grizeofulvină 3-4 săptămâni, pentru ketoconazol – 4-6; pentru terbinafină 8-10 săptămâni, iar pentru *Tinea corporis* durata de tratament a fost cu 1-2 săptămâni mai mică.

Concluzii. Microsporia se înregistrează în special la copiii din mediu rural; este de 3 ori mai frecventă la băieţi; predomină *Tinea capitis* cu forme clinice superficiale şi diseminate; unicul agent cauzal depistat este *Microsporum canis*; grizeofulvina este în topul preferințelor terapeutice pentru această maladie, îndeosebi pentru *Tinea capitis.*

---

7. Opțiuni actuale de modelare biologică a pemfigusului vulgar

O.Macagonova[1], A.Nacu[1], Gh.Mușet[2]
[1]Laboratorul Inginerie tisulară și culturi celulare, USMF „Nicolae Testemițanu"
[2]Catedra Dermatovenerologie, USMF „Nicolae Testemițanu", Republica Moldova

De câteva decenii, animalele au fost folosite ca modele pentru a studia maladiile umane. În esență, animalele mici de laborator, în special șoarecii, sunt luate în calitate de etalon. În scop de a dezvolta strategii noi terapeutice în conduita pemfigusului vulgar se prezintă sintezele bibliografice privind modelarea pemfigusului vulgar pe animale experimentale. Modelele pe animale ale maladiilor autoimune buloase cutanate ar putea reproduce și semnele clinico-morfologice ale pemfigusului vulgar. Sunt descrise modelele obținute prin transfer pasiv de anticorpi, precum și modele de maladie activă. Acestea includ transferul de limfocite autoreactive, modelele transgenice și modelele forțat imunizate. Reproducerea pemfigusului la animale ne va permite să testăm un algoritm original de terapie celulară cu celulele stem.

---

8. HPV și Cancerul de col uterin

Mohamed Daoud, Monica Luţuc Holicov, Laura Gheucă Solovăstru, Zenaida Petrescu, Mircea Onofriescu
U.M.F.,,Gr.T.Popa'', Iași

Condilomatoza genitala a fost descrisă încă din antichitate și reprezintă una dintre cele mai răspândite Infecții cu Transmitere Sexuală.
La femei această infecție este considerată principala cauză a cancerului de col uterin.
Această infecție se mai numește și "vegetație veneriană", "creastă de cocoș" sau pur și simplu "negi genitali".

Ce este HPV?

HPV, numit, de asemenea, papiloma virus umane, sunt un grup de mai mult de 100 (dupa unui autori 300) de virusuri înrudite. Mai mult de 40 dintre aceste virusuri pot fi ușor răspândit prin contact direct piele-la-piele in timpul sexului vaginal, anal și oral.

Infectiilor cu HPV sunt cele mai frecvente infectii cu transmitere sexuala in Statele Unite. De fapt, mai mult de jumătate din persoanele active sexual sunt infectate cu unul sau mai multe tipuri de HPV la un moment dat in viata lor.
Cercetări recente arată că, în orice moment, 42,5 la suta dintre femei au infectii genitale cu HPV, în timp ce mai putin de 7 la suta din adulti au infectiilor cu HPV pe cale orala.
HPV cu transmitere sexuală se împart în două categorii:
- HPV cu risc scăzut, care nu cauzeaza cancer, dar poate provoca negi pielii (punct de vedere tehnic cunoscut sub numele de condylomata acuminata) de pe sau în jurul organelor genitale sau anus. De exemplu, HPV tipurile 6 si 11 determina 90% din toate verucilor genitale.
- HPV cu risc ridicat sau oncogene, care pot cauza cancer. Au fost identificate cel puțin o duzină de tipuri de HPV cu risc ridicat. Două dintre acestea, tipuri de HPV 16 si 18, sunt responsabile pentru majoritatea cancerelor HPV-provocate.
- Infectiei cu HPV cu risc ridicat reprezintă aproximativ 5 la suta din toate cazurile de cancer la nivel mondial.
Cancerul de col uterin este o boală periculoasă a ultimei porțiuni a uterului denumită col uterin și care netratată la timp duce la pierderea vieții. Apariția acestui cancer este precedata de leziuni denumite displazii sau "transformari anormale" ale colului uterin, aceste displazii pot fi depistate din timp si pot fi tratate, evitandu-se astfel evolutia spre cancer.
Recunoașterea rolului etiologic al papilomavirus (HPV), infectie la om in cancerul de col uterin a condus la recomandarea de a adăuga testare HPV la regimul de screening la toate femeile care incep viata sexuala si care trebuie sa efectueze periodic examenul Babes Papanicolau (PAP), Acest test se face cu regularitate de la 1/examen pe an - 1/examen la 5 ani, in functie de recomandarea ginecologului.
Tratarea cancerului cervical variază cu stadiul bolii. De cancer invaziv precoce, chirurgia este tratamentul de alegere. În cazuri mai avansate, radiatii combinat cu chimioterapie este standardul actual de ingrijire.

Care sunt cauzele cancerului de col uterin?
Majoritate de cancer de col uterin sunt cauzate de infectia cu oncogene, sau de mare risc, tipuri de papilomavirus uman, sau HPV. Există aproximativ 12 de tipuri de HPV cu risc ridicat. Infecțiile cu aceste virusuri cu transmitere sexuala provoca, de asemenea, tipuri de cancer anal, mai multe vaginale, vulvare, anal și unele forme de cancer orofaringian.

Aceste infectii tranzitorii pot provoca modificări temporare în celulele de col uterin. În cazul în care o infectie de col uterin cu un tip de HPV cu risc ridicat persistă, modificările celulare pot dezvolta în cele din urmă în mai multe leziuni precanceroase severe.
Dacă leziunile precanceroase nu sunt tratate, ele pot progresa la cancer.

Ce este screening-ul cancerului de col uterin?
Screening-ul cancerului de col uterin este o parte esențială a îngrijirii unei femei de sanatate de rutina. Acesta este un mod de a detecta celulele anormale de col uterin, inclusiv leziuni precanceroase cervicale, precum cancerul cervical anticipate. Ambele leziuni precanceroase si cancerul de col uterin precoce poate fi tratata cu succes. Screening-ul cervical de rutina a fost demonstrat de a reduce foarte mult atât numărul de noi tipuri de cancer de col uterin diagnosticate in fiecare an si de decese de la boala.
Screening-ul cancerului de col uterin include doua tipuri de teste de screening: screening citologie pe baza de, cunoscut sub numele de testul Papanicolau sau frotiu Papanicolau, si testarea HPV. Scopul principal al screening-ul cu testul Papanicolau este de a detecta celulele anormale care pot evolua spre cancer daca este lasata netratata.
Testul Papanicolau se poate găsi, de asemenea, condiții necanceroase, cum ar fi infectii si inflamatii. Se pot găsi, de asemenea, celulele canceroase. În populațiile analizate in mod regulat, testul Papanicolau identifică cele mai multe celule anormale inainte ca acestea sa devina de cancer.
Testarea HPV este folosit pentru a cauta prezenta de ADN sau ARN de tipuri de HPV cu risc ridicat în celulele de col uterin. Aceste teste pot detecta uneori infectiilor cu HPV înainte de anomalii celulare sunt evidente. Cea mai comună Testare detectează ADN de la tipurile de HPV cu risc ridicat, dar nu se poate identifica tipul specific sau tipuri care sunt prezente. Un alt test este specific pentru ADN-ul de HPV tipurile 16 si 18, cele două tipuri care cauzeaza cele mai multe forme de cancer HPV-asociate. Un al treilea test poate detecta ADN de la mai multe tipuri de HPV cu risc ridicat și poate indica dacă HPV-16 sau HPV-18 este prezent. Un al patrulea testare detecteaza ARN-ului de la cele mai frecvente tipuri de HPV cu risc ridicat.

Vaccinul impotriva virusului HPV
Vaccinul previne cancerul de col uterin, leziunile precanceroase, verucile genitale şi alte afecţiuni cauzate de 4 tipuri de HPV implicate in dezvoltarea cancerului de col

uterin (6, 11, 16, 18). Silgard are o eficienta de 100% daca este administrat copiilor intre 9 şi 15 ani şi femeilor tinere cu varste intre 16 şi 26 de ani. Nu s-a demonstrat eficacitatea protectiei la barbati. Vaccinul nu elimina examenul preventiv de rutina deoarece nu asigura protectie impotriva tuturor tulpinilor de HPV ci doar impotriva acelora existente in vaccin.

---

9. **Anti-Aging lessons**
   Dr. Guido Cappare
   Italian Association of Anti-Aging Physicians (AMIA Milano)

---

10. **Supravegherea ITS – o necesitate?**
    Laura Stătescu, Didona Scripcariu, Elena Duca, Laura Gheucă Solovăstru
    U.M.F.,,Gr.T.Popa'', Iași

Infecţiile majore cu transmitere sexuală reprezintă o continuă provocare pentru medicul practician dermatovenerolog, dar şi pentu epidemiologi, având în vedere profilul în continuă schimbare a datelor epidemiologice la nivel mondial, dar şi datorită modificării sensiblităţii germenilor la antibiotice.

Din grupul veneriilor majore, cu declarare obligatorie, fac parte sifilisul, sifilisul congenital, infecţia gonococică şi infecţia cu Chlamydia trachomatis. Aceste afecţiuni sunt supravegheate strict atât la nivel naţional, cât şi la nivel european şi mondial. Raportarea se face pe caz de boală, prin fişa de declarare obligatoriu întocmită fiecărui caz nou depistat. Corectitudinea datelor clinice, paraclinice şi a celor adunate din ancheta epidemiologică sunt cele ce influenţează veridicitatea rapoartelor naţionale şi internaţionale. Din acest motiv, responsabilitatea medicilor din reţeaua de dermatovenerologie este maximă, de calitatea informaţiilor furnizate depinzând veridicitatea datelor raportate la nivel european şi internaţional.

Prezentăm datele referitoare la cazurile nou diagnosticate de lues, lues congenital, infecţie gonococică şi infecţie cu Chlamydia trachomatis şi raportate în reţeaua dermatovenerologie a judeţului Iaşi. Conform datelor centralizate la nivelul Clinicii Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Urgenţă „Sf. Spiridon" Iaşi şi DSP Iaşi există un trend ascendent în ceea ce priveşte numărul cazurilor noi de lues, lues congenital, infecţie cu Chlamydia trachomatis, şi o situaţie staţionară legată de infecţiile gonococice. Aceste date sunt comparabile cu cele din Europa, dar totuşi

incomplete datorită pierderii unor cazuri ce nu sunt adresate serviciului de dermatovenerologie în vederea diagnosticului, tratamentului şi declarării corecte, conform ghidurilor internaţionale.

Oameni și Companii

connecting leaders. spreading ideas. changing minds.

Oameni și Companii

connecting leaders. spreading ideas. changing minds.

Bucureşti: Grand Offices,
Calea 13 Septembrie 90, et. 8, camera 8.16,
sector 5, 050726
tel: +4031.805.36.23

Iaşi: Str. Spital Paşcanu 15, 700373
tel/fax: +40232.240630, 410012
office@oamenisicompanii.ro
www.oamenisicompanii.ro