VOLUM REZUMATE ZGN 2016

COMITETUL STIINTIFIC SI ORGANIZATORIC

ZGN 2016

Prof. Dr. Calin Giurcăneanu,
Preşedinte de onoare al conferinţei

Conf. Dr. Tatiana Ţăranu,
Preşedinte conferinţă

Prof. Dr. Anca Zbranca,
Vicepreşedinte conferinţă

Prof. Dr. Laura Gheucă Solovăstru,
Vicepreşedinte conferinţă, Coordonator Ştiinţific şi Director Executiv

Prof. Dr. Zenaida Petrescu,
Preşedinte fondator al Conferinţei de dermatologie Zilele "Gh. Năstase"

Conf. Dr. Titiana Constantin
Şef Lucrări Dr. Dan Vâţă
Şef Lucrări Dr. Alexandru Niculescu
Şef Lucrări Dr. Paula Toader
Asist. Univ. Dr. Laura Stătescu
Asist. Univ. Dr. Elena Andrese
Dr. Adriana Pătraşcu
Dr Alina Stâncanu
Dr. Corneliu Dobre
Dr. Adrian Vasilca
Dr. Dorin Mihalache
Prof. Dr. Cornelia Amălinei
Prof. Dr. Irina Căruntu
Conf. Dr. Raluca Bălan

COMITET ORGANIZATORIC SECTIUNEA REZIDENTI

Dr. Ioana-Alina Grăjdeanu
Dr. Mădălina Bejan
Dr. Mara Scutelnicu
Dr. Laura Andreș
Dr. Cătălina Jacotă
Dr. Oana Apreutesei
Dr. Cristina Grinea
Dr. Andreea Anton
Dr. Gabriela Mihaela Adam
Dr. Carmen Beatrice Podoleanu
Dr. Bianca Cloșca
Dr. Constantin Răzvan Șerban
Dr. Amalia-Alexandra Mihăică
Dr. Alina Butuc
Dr. Doina Șoimu
Dr. Ana Zgîrcea

JOI
12.05.2016

9.00
PRIMIREA PARTICIPANȚILOR

11.00-13.00
SESIUNE PREZENTARI CAZURI CLINICE

13.00-14.00
ASPECTE INTEGRATIVE ÎN DERMATO-CHIRURGIE

14.30- 19.00
NOUTĂȚI TERAPEUTICE
(ALFA WASSERMAN, BAYER, GALENICA, FARMEC, GSK, BIODERMA, BERLIN CHEMIE, IVATHERM, NOVARTIS-ONCOLOGY, ALVOGEN, AD PHARMA, AVENE, SANDOZ, PFIZER)

19.00
CEREMONIE INAUGURALĂ
"O SEARĂ LA PALAT"

ASPECTE DIN PATRIMONIUL UMF - "GRIGORE T. POPA"- IN COLECTIILE BIBLIOTECII PROF.VIORICA SCUTARIU

DERMATOLOGIA: ȘTIINȚĂ ȘI ARTĂ

OPERĂ ȘI VALS

MIOARA CORTEZ – soprană
FLORENTINA ONICĂ- mezzosoprană
MALINA CIOBANU – vioara
ORCHESTRA LIBER ARTIS

DIRIJOR ANCA SARBU

COCKTAIL

PROGRAMUL SCURT

VINERI
13.05.2016

8.00-10.00
DERMATOLOGIA ÎN IMAGINI
part. I

10.20-12.00
DERMATOLOGIA ÎN IMAGINI
part II

12.00-16.20
TERAPII MODERNE
12.00-13.00 SERVIER
15.00-16.00 ABBVIE
16.00-16.20 MEDA

16.20-18.00
VARIA PARTEA I

18.00
TERAPIE PRIN ARTA CU
HORAȚIU MĂLĂELE

20.30
CINA FESTIVA
Hotel Internațional, Sala Magnum Ballroom

SÂMBĂTĂ
14.05.2016

8.30-10.30
WORKSHOP REUMATOLOGIC
ROLUL CAPILAROSCOPIEI IN DIAGNOSTICUL
SI TRATAMENTUL SCLERODERMIEI
SISTEMICE

10.30
VARIA PARTEA II

13.00
ELIBERARE DIPLOME

SESIUNE PREZENTARI CAZURI CLINICE

1. POROKERATOZA ACTINICĂ– PREZENTARE DE CAZ

ANDREEA ANTON,CĂTĂLINA JACOTĂ, BIANCA CLOȘCĂ, LAURA STĂTESCU
Clinică Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon" Iași
Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie 'Grigore T.Popa' - Iaşi

Termenul de porokeratoză grupează afecţiuni dermatologice cronice ce se caracterizează printr-o anomalie de keratinizare, având ca maker histopatologic lamela cornoidă.

Formele clinice de porokeratoză sunt:

- forma clasică Mibelli;
- forma liniară;
- forma palmo-plantară diseminată;
- forma actinică superficială diseminată.

Porokeratoza actinică superficială diseminată (PASD) face parte din grupul fotodermatozelor, fiind exacerbată de radiaţiile ultraviolete. A fost descrisă prima dată în 1967 de Chernosky şi Anderson. PASD este o genodermatoză cu transmitere autozomală dominantă şi apare în special la sexul feminin cu vârsta cuprinsă între 30 şi 60 de ani. Examenul clinic local relevă pe zonele fotoexpuse leziuni brune, rotunde, de 2-5 mm diametru, cu centrul deprimat şi periferia reprezentată de un chenar keratozic. Modificările cutanate sunt simetrice, predomină pe antebraţe şi gambe, aspect exacerbat vara şi ameliorat iarna. În literatură este documentată asocierea porokeratozei actinice superficiale diseminate cu imunodepresie, prezentând astfel riscul dezvoltării carcinomului spinocelular.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 55 ani din mediul rural cu importantă patologie vasculară (Tromboză venoasă profundă membre inferioare, Varice hidrostatice membru inferior stâng operat, Insuficiență venoasă cronică clasa IV CEAP) și psihiatrică asociată (Tulburare afectivă depresivă recurentă sub tratament psihotrop), diagnosticată cu Porokeratoză actinică superficială diseminată gambe și Eczemă cronică hiperkeratozică plantar bilateral, aflată în tratament sistemic cu venotonice, venotrofice, capilarodilatatoare, antihistaminice și desensibilizante nespecifice, iar topic cu pomadă emolientă la nivelul gambelor, pomadă decapantă și aplicații cu antimicotice la nivel plantar bilateral, cu evoluție clinică lent favorabilă. Debutul afecțiunii a fost prin apariția unei erupții cutanate de tip macule rotund-ovalare, de diferite dimensiuni, bine delimitate, de culoare maronie, cu centrul deprimat, cu suprafața keratozică, aspră la palpare și scuame albicioase ușor detașabile, moderat pruriginoase, cu diseminare la nivelul gambelor; simptomatologie cu evoluție cronică de peste 2 ani. Biopsia cutanată a evidențiat modifi-

cări histopatologice sugestive diagnosticului de Porokeratoză actinică superficială diseminată (lamela cornoidă - coloană verticală îngustă deparakeratoză în stratul cornos epidermic, caracteristică porokeratozei), diagnostic susținut și de aspectul clinic.

Odată ce PASD a fost diagnosticată, se impune adoptarea măsurilor de fotoprotecţie, mecanice și chimice (creme cu SPF 50+). Din păcate, tratamentul PASD nu a dat rezultate satisfăcătoare. Tratamentul topic cu retinoizi, 5-fluorouracil sau imiquimod duce doar la o ușoară ameliorare. O altă variantă de tratament ar fi criochirurgia, dar pot rezulta zone hipopigmentare. Terapia fotodinamică a fost folosită, cu rezultate mixte. Majoritatea dermatologilor recomandă supravegherea bianuală a leziunilor cutanate. Pentru cele mai mari si mai atipice leziuni se poate folosi crioterapia cu nitrogen lichid.

2. ISTORICUL EDEMULUI FETEI (EDEM HISTAMINERGIC, ANGIOEDEM NEUROTIC CIRCUMSCRIS ACUT, EDEM QUINCKE, ANGIOEDEM EREDITAR)

GEORGETA SINIŢCHI
Universitatea "Apollonia" din Iași
Institutul de Cercetări „Academician Ioan Hăulică"
Centrul Medical Alergologic "Atopia" Iași

Rezumat: Angioedemul este un simptom asociat uneori urticariei, care precede anafilaxia sau este un simptom izolat. Angioedemul poate fi al buzelor sau asociat laringean. Angioedemul localizat afecteaza tesutul subcutanat si submucos, clasic fiind alb-roz, ferm, putin pruriginos, evoluand in medie 1 pana la 5 zile. Histologic clasic se produce vasodilatatie si infiltrat perivascular. Angioedemul poate fi alergic sau nonalergic. Cel alergic se produce prin degranularea mastocitara specifica prin mecanism IgE dependent, iar dupa clasificarea in functie de mediatori este de tip histaminic. Cel nonalergic este prin tulburarea metabolismului bradikininei si modificare genetica. Mai exista angioedem prin tulburarea de metabolism al leukotrienelor. Coexistenta angioedemului cu manifestarile cutanate tip urticarian sunt cunoscute de mult timp. Astfel este cunoscut cazul regelui Richard al III-lea care prezenta urticarie si angioedem dupa consumul de fragi sau al urticariei si eczemei si al angioedemului fetei a farmacistilor din Evul Mediu care prezentau manifestarile prin contactul repetat la producerea parfumului de trandafiri (roze). Marcello Donati este acela care descrie in anul 1586 angioedem prin ingestia de oua, iar la 1650 au fost descrise cazuri de angioedem la miere de albine si la fructe de mare. In anul 1882 profesorul H. Quincke indruma o teza de doctorat a lui Eugen Dinkelaker care cuprindea un numar de 14 cazuri din care angioedem insotite de urticarie fiind 12 cazuri, iar celelalte doua aveau angioedem ereditar. Termenul initial folosit a fost „angioedem circumscris acut", ulterior denumit „edem Quincke". Osler, in anul 1888 a introdus terme-

nul de „angioedem ereditar”, iar Griffiths a raportat mai tarziu moartea unui pacient si a fiicei sale prin angioedem. Cercetarile ulterioare de biochimie si genetica au descris angioedemul ereditar prin inhibitia C1 esterazei, iar apoi prin modificarile bradikininei. S-au clasificat edemele „histaminice” in alergice si nonalergice. Angioedemele bradikininice au fost clasificate in trei tipuri: efractie vasculara prin hiperpermeabilitate vasculara si prin transmitere ereditara autosomala recesiva cu C1inh scazut sau modificat, legat de activitatea kininoxige-nazei. Pluridisciplinaritatea in studierea angioedemului este necesara: alergolog-imunolog, dermatolog, genetician, biochimist, medic de familie. In concluzie, studiind si valorificand istoria intelegem mecanismele fiziopatologice, noile clasificari diagnostice si logica terapeuticei moder-ne in angioedem.
Cuvinte cheie: edem histaminergic, angioedem neurotic circumscris acut, edem Quincke, angioedem ereditar, istoric.

3. MELANOMUL MALIGN – O CONTINUĂ PROVOCARE

ŞERBAN RAZVAN CONSTANTIN[1], BUTUC ALINA DORINA[1], SCUTELNICU MARA-ELENA[1], GHEUCA-SOLOVASTRU LAURA[1,2]
[1] Clinică Dermato-Venerologie– Spitalul Clinic de Urgenţe ‘Sf. Spiridon´ Iaşi
[2]Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie ‘Grigore T.Popa’ - Iaşi

Melanomul malign reprezintă o tumoră dezovoltată primar din celule melanocitare ce poate surveni oriunde pe piele sau mucoase, cu o evoluţie severă şi risc de metastazare precoce. Incidenţa acestui tip de neoplazie este în creştere la nivel mondial, iar în alte ţări cu climat tropic fiind responsabil de >70% de decesele prin cancer.

Există 4 categorii majore clinico-patologice de melanom cutanat primitiv : melanom extensiv în suprafaţă, melanom nodular, melanom pe lentigo malign şi melanom lentiginos acral.

Histopatologic un melanom este clasat în funcţie de indicele Breslow şi nivelul de invazie Clark, iar imunohistochimic se utilizează tehnici pentru linia melanocitară(S100, HMB45, melanA), markeri ai proliferării Ki67 cât şi efectuarea analizei BRAF V600 pentru detecţia mutaţiei şi eventual o posibilă conduită terapeutică ţintită in cazul pacienţilor cu metastaze.

Vom prezenta cazul unui pacient în vârstă de 63 de ani fără antecedente personale patologice semnificative, care se prezintă în Clinica de Dermatologie datorită apariţiei unei formaţiuni tumorale de forma ovoidală, cu Ø~4/3cm, bine delimitată, consistenţă elastică, ce prezintă pe suprafaţă zone sângerânde la traumă minimă şi zone brun-negricioase, neomogene, cu tegumentul peri-lezional inflamat, indurat, uşor dureroasă, cu localizare la nivelul toracelui posterior (regiune scapulară dreaptă). Pe parcursul internării s-a efectuat excizia chirurgicală în limite oncologice a formaţiunii tumorale, piesa

fiind trimisă pentru examen anatomopatologic şi imunohistochimic, confirmându-se prezumţia iniţială de Melanom Malign nodular ulcerat (pT4bNx, L0V0Pn) cu un indice Breslow de 7 şi un nivel de invazie Clark IV, iar imunohistochimic HMB45 difuz pozitiv si Ki67 + şi testul BRAF a evidenţiat mutaţie pe gena V600M. Supravieţuirea unui pacient diagnosticat cu melanom este strâns legată de stadiul bolii în momentul diagnosticării fiind una dintre cele mai agresive neoplazii cu risc crescut de metastazare.

4. PREZENTARE DE CAZ. MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN TULBURĂRILE PSIHICE ȘI NECESITATEA ABORDĂRII COMPLEXE MULTIDISCIPLINARE

ANDREEA SILVANA SZALONTAY, ELENA UNGUREANU, MANUELA PARASCHIV, ALEXANDRA BOLOȘ
Disciplina Psihiatrie, Universitatea de Medicina si Farmacie "Grigore T. Popa" Iasi
Institutul de Psihiatrie Socola Iasi

Psihiatria și dermatologia sunt două discipline medicale între care există o strînsă conexiune și interrelaționare, ceea ce a dat naștere termenului de psihodermatologie, ce subliniază tocmai această interacțiune complexă dintre piele și creier. Peste o treime din pacienții cu afecțiuni dermatologice necesită și o evaluare psihiatrică, ca urmare a implicării factorilor psihosociali în apariția acestor manifestări. Pe de altă parte, în multe tulburări psihice apar leziuni cutanate care necesită o abordare complexă, multidisciplinară a cazului.

În această lucrare, vom prezenta cazul unui pacient, de sex masculin, de 48 de ani, aflat în evidența Institutului de Psihiatrie Socola Iași de la vârsta de 7 ani, cînd a fost internat cu diagnosticul "Enurezis nocturn cu demodulari EEG pe fond de intelect liminal".

Din anul 2011, pacientul a prezentat parestezii, sub formă de amorțeli și durere la nivelul mîinilor, susținând că are ceva sub piele, care îi provoacă durere. În urma examenului clinic se remarcă la nivelul feței dorsale a mâinilor zone eritematoase cu leziuni de grataj, motiv pentru care se recomanda consult dermatologic și a urmat tratament local, evoluția fiind favorabilă.

În noiembrie 2013, pacientul a fost din nou consultat în Clinica de Dermatologie pentru că prezenta o ulcerație, ce ocupa fața dorso-laterală a mâinii drepte și fața dorsală a auricularului drept pentru care primește tratament local, ulcerația evoluând trenant spre epitelizare parțială, diagnosticul fiind de "Dermatitis artefacte". În prezent, s-a putut observa cicatrizarea leziunilor de la nivelul mâinilor, nu a mai avut dureri și amorțeli, dar susține că, simptomatologia s-a ameliorat ca urmare a propriilor sale intervenții asupra leziunilor cu o unghieră. Avîndu-se în vedere polimorfismul simptomelor psihice a fost necesară administrarea de stabilizatori de

dispoziție de tipul Valproatului de Sodiu și de doze mici de antipsihotice atipice (Risperidonum). Diagnosticul stabilit a fost de "Tulburare a personalității de tip instabil-emoțional". Starea clinică a pacientului a fost evaluată periodic utilizînd următoarele modalități: testul P.A (Karl Leonhard), ce evaluează trăsăturile accentuate ale personalităţii, chestionarul WM (Woodworth Mathews), care evaluează tendinţele psihonevrotice ale unei persoane, scala Hamilton pentru depresie și SF36 de evaluare a calității vieții.

Dermatitis artefacta este un termen care se referă la situația acestor pacienți care utilizează diferite instrumente, cum ar fi instrumentele tăioase, țigara sau substanțele chimice pentru a-și provoca leziuni la nivel tegumentar și se asociază cu diferite tulburări psihice, cum ar fi tulburările de personalitate sau psihozele. În concluzie, un astfel de caz va necesita o colaborare și cu alte specialități medicale, o abordare complexă, într-o echipă multidisciplinară.

Cuvinte cheie:leziuni cutanate, tulburare psihică, multidisciplinaritate

5. LEZIUNI CUTANATE-MARKERI CLINICO-EVOLUTIVI ÎN CADRUL NEOPLASMELOR PROFUNDE

AMALIA-ALEXANDRA MIHAICĂ, MADĂLINA BEJAN, LAURA GHEUCĂ-SOLOVĂSTRU, DAN VÂȚĂ
Clinică Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași
Disciplina Dermatologie, Universitatea de Medicină şi Farmacie 'Grigore T.Popa' - Iaşi

Introducere. Pielea, cel mai mare organ ca suprafață este și unul dintre cele mai importante datorită funcțiilor specifice pe care aceasta le realizează: protecție, secreție, pilogeneză, funcții fizico-mecanice, metabolice, termoreglative si reactive. Datorită accesibilității clinice, acest organ poate reflecta gradul de funcționalitate al organismului, permițând încă din stadiile incipiente „demascarea" unor disfuncții interne sau procese neoplazice, a căror diagnosticare precoce permite inițierea rapidă a tratamentului adecvat cu influențarea în mod pragmatic a evoluției și prognosticului bolii de bază.

Uneori singurile manifestări de boală, leziunile cutanate din cadrul neoplasmelor profunde, pot îmbrăca varii aspecte clinice dintre acestea primând metastazele cutanate si dermatozele paraneoplazice. Deși reprezintă leziuni cu incidență redusă, importanța nu poate fi reprimată datorită implicațiilor clinico-evolutive.

Pielea este un site mai puțin frecvent pentru metastazele la distanța în comparație cu organe precum plamân, ficat, sistem osos, dar cu toate acestea studiile arată că 9% dintre pacienții cu neoplasme interne au metastaze cutanate și 10% dintre pacienții cu cancere metastazate au și metastaze cutanate.

Prezentare de caz. Prezentăm cazurile a 3 pacienți, doi cu adenocarcinom de prostată(ACP), având ca expresie cutanată pemfigoidul bulos paraneoplazic(PB) și metastaza cutanată forma ulcerativă, precum și o pacientă cu neoplasm gastric manifestat secundar prin metastaze cutanate.

Discuții. Literatură de specialitate consemnă că incidența PB asociat cu malignități este de 4,5% (în mare parte cu hemopatii maligne), dar acest subiect rămâne intens controversat, ridicându-se întrebarea dacă PB-dermatoză buloasă poate fi clasată în grupul SPN. În privința metastazelor cutanate, marea provocare constă în distingerea acestora de tumora primară, precum și identificarea situsului primar. Totuși, trăsături precum prezența celulelor canceroase în calea limfatică, hematogenă, în dermul reticular cu respectarea epidermului, sunt elemente distinctive care coroborate cu examenul clinic local, investigațiile de laborator și imagistice ajută la tranșarea diagnosticului.

6. DERMATITA SEBOREICA SAU BOALA SISTEMICA MALIGNA?

INGRITH MIRON, OANA TESLARIU, SMARANDA DIACONESCU, OTILIA FRASINARIU, LAURA TRANDAFIR

Spitalul clinic de urgență pentru copii "Sf. Maria" Iasi

Disciplina de Pediatrie, UMF Gr. T. Popa, Iași

Date teoretice Afectarea cutanată poate fi în pediatrie primul semn al unei afecțiuni sistemice. Erupțiile cutanate care îmbracă aspectul dermatitei seboreice sunt caracterizate prin cruste, leziuni papulo-squamoase, brun roșiatice, care se pot organiza in plăci mari, aderente , cu o anumită topografie; leziunile pot progresa și spre ulcerații. Scalpul este regiunea cea mai des afectată**. Material si metodă** Un pacient de 5 ani, de sex masculin, aflat in evidența serviciului de endocrinologie pentru diabet insipid a fost biopsiat in serviciul de oftalmologie pentru protruzie oculară, având suspiciunea de tumoră retroorbitară, fară a se putea obține un dignostic anatomopatologic.**Rezultate** Examenul clinic a relevat înafara elementelor clinice deja cunoscute, o erupție minoră, de tip dermatită seboreică cu topografie pe scalp și retroauriculară. Examenul histopatologic si imunohistochimia din proba bioptică a scalpului au stabilit acumularea de histiocite Langerhans CD1a pozitive. Cazul a fost incadrat in forma rară de histiocitoză Langerhans, tip Hand Schuller Christian, fară afectare osoasă, de tip cronic multilocular. Terapia cu citostatice din protocolul internațional a fost instituită și dermatita seboreică s-a ameliorat, odată cu protruzia oculară.

Discuții Histiocitoza Langerhans este o patologie rară, greu de recunoscut, caracterizată printr-o proliferare clonală anormală de celule dendritice care infiltrează diferite organe. La pacienții pediatrici leziunile pielii din histiocitoza

Langerhans (LCH) pot îmbrăca aspectul dermatitei seboreice. Rareori erupția cutanată din LCH poate mima o infectie bacteriana stafilococică, fungică sau virală, un psoriazis, eczemă de contact. Este necesară confirmarea imunohistochimică a prelevatului bioptic pentru instituirea terapiei curative.

7. PIOSTOMATITA VEGETANTA - MANIFESTARE RARA IN BOLILE INTESTINALE INFLAMATORII *(9')*

MIHAELA PAULA TOADER[1], VERONICA ARIADNA MARDARI[2], CORNEL GANTATUC[2], MIRELA GRIGOROVICI[3], TATIANA TARANU[1]

[1]UMF Gr. T. Popa Iași, Facultatea Medicină Dentară Disciplina Dermatologie orală

[2]Spitalul Clinic C.F. Iași, Clinica Dermatologie

[3]Spitalul Clinic C.F. Iași, Laboratorul de Anatomie Patologică

Introducere

Piostomatita vegetantă (PV) este o dezordine orală cronică rară, cu evoluție episodică și tablou clinic polimorf (plăci reliefate cu suprafaţa gălbuie constituite dintr-o membrană uşor decolabilă, ulceraţii superficiale sau arii erozive, leziuni pustuloase intraorale, leucokeratoze în benzi neregulate asociate cu acuze subiective) ce survine obișnuit la pacienți cu boli intestinale inflamatorii.

Prezentare de caz

Pacientă în vârstă de 40 ani în evidența unui serviciu de gastro-enterologie pentru colon iritabil de aproximativ un an, sub tratament antidepresiv de aproximativ 6 luni, a fost spitalizată pentru o simptomatologie orală constituită din dureri și dificultăți la masticație și elocuțiuni corelabile cu multiple mici exulcerații prezente pe fața dorsală a limbii, alternând cu zone de îngroșare a mucoasei și aspect leucokeratozic. Tabloul histopatologic a evidențiat epiteliu cu parakeratoză, acantoză, papilomatoză, necroză superficială și colecții de neutrofile intraepiteliale, iar în corion infiltrat inflamator cu limfocite și neutrofile și intensă congestie, modificări care, corelate cu datele clinice au condus spre diagnosticul de piostomatita vegetantă. Simptomatologia s-a remis semnificativ sub tratament cu Dapsonă 100 mg/zi.

Discuții

Piostomatita vegetantă poate constitui un marker al unei boli intestinale inflamatorii subclinice. Colita ulcerativă poate precede cu luni sau ani debutul leziunilor orale, dar poate rămâne ocultă, asimptomatică perioade lungi de timp. Natura acestei asocieri este încă neelucidată, dar pare să fie atribuită unor anticorpi ce reacționează încrucișat cu antigene din piele și mucoase. Există cazuri de PV cu autoanticorpi circulanţi faţă de AgPB 230kDa. Tratamentul cu Dapsonă ameliorează rapid simptomatologia. Alte tratamente cu eficienţă probată sunt corticoterapie topică/sistemică, Infliximab, Metotrexat (în cazul asocierii cu boala Crohn). Pacienții trebuie monitorizați gastro-enterologic indiferent de evoluția leziunilor orale.

8. SCLEREDEMA DIABETICORUM

TATIANA TARANU[1], VERONICA ARIADNA MARDARI[2], CORNEL GANTATUC[2], MIRELA GRIGOROVICI[3], MIHAELA PAULA TOADER[1]

[1]UMF Gr. T. Popa Iași, Facultatea Medicină Dentară Disciplina Dermatologie orală

[2]Spitalul Clinic C.F. Iași, Clinica Dermatologie

[3]Spitalul Clinic C.F. Iași, Laboratorul de Anatomie Patologică

Introducere

Scleredema diabeticorum (SD) este o condiție rară, un tip de scleredem cu debut insidios, caracterizat prin indurație simetrică a pielii, obișnuit la nivelul toracelui postero-superior, umerilor și gâtului.

Prezentare de caz

Pacient în vârstă de 65 ani, supraponderal, hipertensiv, cunoscut cu diabet zaharat tip 2 insulino-necesitant din 2009 cu control ineficient al glicemiei (glicemie bazală = 241 mg/dl și Hb glicozilată = 9,6%) a fost spitalizat pentru o foliculită recurentă a toracelui posterior. Examenul fizic decelează o infiltrare dură, difuză a regiunii cervicale posterioare, toracelui postero-superior cu extensie pe toracele antero-median, cu instalare insidioasă.

Examenul histopatologic relevă îngroșarea dermului prin bandelete de colagen lărgite cu spații clare între ele, inconstant umplute cu mucină, modificări compatibile cu diagnosticul de scleredem.

Sub tratament cu Colchicină în asociere cu fototerapie NB-UVB evoluția a fost spre ameliorare.

Discuții

SD este o dezordine rară corelată cu durata prelungită a diabetului zaharat, obezitatea, microangiopatia diabetică, tratamentul cu insulină, și controlul ineficient al glicemiei. Conform unei ipoteze patogenice glicozilarea nonenzimatică a fibrelor de colagen ar determina degradarea acestora. Boala nu beneficiază de un tratament standard, dar fototerapia (UVA tip 1, PUVA, NB-UVB) în combinație cu Colchicina, Tamoxifen, prostaglandina E1 sunt citate ca având eficiență în diferite raportări.

9. TOXOPLASMA GONDII, POSIBIL AGENT ETIOLOGIC ÎNTR-UN CAZ DE VASCULITĂ CU LEZIUNI GENERALIZATE

MIHAELA CHERCULA, DIANA SABINA RADASCHIN*, ANCA ILEAN*, LILIANA GABRIELA POPA**, CĂLIN. GIURCĂNEANU***

**Spitalul Universitar de Urgență „Elias" – Secția Dermatologie, București*

***Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*

Vaculitele reprezintă procese inflamatorii ce interesează pereții vasculari, cu o etiologie vastă (infecțioasă, medicamentoasă, alergică, asociată sindroamelor disimunitare, limfoproliferative, cancerelor).

Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 60 de ani, care s-a prezentat în clinica noastră pentru o erupție polimorfă, alcatuită din nodozități cu diametrul cuprins între 2 și 10 cm, leziuni papulo-pustuloase diseminate la nivelul extremității cefalice și trunchiului, precum și bule cu conținut serosangvinolent situate acral (la nivelul degetelor și feței dorsale a mâinilor și picioarelor), debutate în urmă cu aproximativ 1 an, cu evoluție ondulantă, cu exacerbări frecvente, în absența unui factor declanșator evident. Examenul histopatologic al biopsiei cutanate a confirmat suspiciunea clinică de vasculită nodulară. Screening-ul pentru focare infecțioase, afecțiuni metabolice, de țesut conjunctiv și eventuale neoplazii subiacente a fost negativ, cu excepția unui titru ridicat al anticorpilor antiToxoplasma Gondii. Corticoterapia sistemică, asociată tratamentului antibiotic și antiparazitar au dus la remiterea leziunilor cutanate.

Cu toate ca agenții infectioși reprezintă frecvent cauza vasculitelor, Toxoplasma Gondii este rareori citată ca factor etiologic. Totuși, considerăm necesară determinarea statusului infecției cu Toxoplasma Gondii la pacienții diagnosticați cu vasculită de etiologie neprecizată, administrarea tratamentului antiparazitar în cazuri selectate crescând șansa obținerii unei remisiuni complete a patologiei vasculare.

10. NONADERENȚA ȘI NONCOMPLIANȚA LA TERAPIA ANTIRETROVIRALĂ – FACTOR FAVORIZANT PENTRU BOALĂ DERMATOLOGICĂ GRAVĂ. PREZENTARE DE CAZ

PULBERE MAIA, LARGU MARIA ALEXANDRA, NICOLAU CRISTINA, FILIP CIUBOTARU FLORINA*, MANCIUC DOINA CARMEN**
Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „Sf. Parascheva” Iași
**Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa” Iași*

Obiective: Lucrarea e față își propune să evidențieze impactul nonaderenței și noncomplianței pacienților infectați HIV la terapia antiretroirală (ARV) asupra statusului de imunocompetență cu apariția de entități grave oncologice cu răsunet dermatologic.

Material si metode: Am analizat retrospectiv foile de observație ale internărilor succesive ale pacientului RD în vârstă de 29 ani, luat în evidența Centrul Regional de HIV/SIDA Iași cu diagnosticul de boală SIDA stadiul C3.

Caz clinic: Pacientul RD a fost internat în serviciul nostru în decembrie 2015 cu diagnosticul de infecție HIV, cu o stare de imunosupresie severă, sindrom de slăbire, CD4 1 celula/mmc, viremie HIV >10.000.000 copii/mmc. Pacientul a fost diagnosticat cu infecție HIV in urmă cu 8 ani, cu o schemă antiretrovirală pe care nu o poate preciza, terapie pe care nu a luat-o niciodată. Actualmente este in terapie cu Trizivir (zidovudina + lamivudină + abacavir). La internare a prezentat multiple comorbidități asociate: encefalopatie și mielită HIV, leucopenie și anemie secundară, hepatopatie HIV, episoade depresive cu paroxisme anxioase și candidoza orofarigiană A primit profilaxie a pneumocistozei

cu biseptol, tablete 2 la 2 zile. A fost diagnosticat, de asemenea, cu neurosifilis în timpul internării din luna decembrie, și tratat conform schemei de tratament OMS. La nivel tegumentar și mucos, prezintă noduli violacei izolați și confluați în plăci, dureroși, leziuni cutanate diseminate, preponderent la nivelul membrelor și vălului palatin, ce au fost diagnosticate clinic ca sarcom Kaposi diseminat, confirmat anatomopatologic.

Rezultate: Pe parcursul internării din luna decembrie, pacientul a avut parte de numeroase ședințe de consiliere psihologică și de discuții cu medicul curant, având ca urmare o modificare în atitudinea sa față de terapie. Consecința aderenței la ARV este creșterea CD4 laa 17 celule/mmc și scăderea viremiei la 223 copii/mmc, la internarea din martie 2016. De asemenea, sub tratamentul instituit cu trofice cerebrale, semnele neurologice s-au diminuat, pacientul a crescut în greutate și a continuat profilaxia pneumocistozei. La indicația medicului oncolog se va inița terapie citostatică pentru sarcom Kaposi, în luna aprilie 2016.

Concluzii: Imunosupresia severă datorată nonaderenței și noncomplianței la ARV, a creat contextul clinic de apariție a sarcomului Kaposi diseminat și a neurosifilisului. Pentru rezolvarea acestui caz s-a dovedit esențială colaborarea între specialistul infecționist, dermatolog, neurolog, chirurg și psiholog.

Cuvinte cheie: nonaderență, noncomplianță, sarcom Kaposi, terapie antiretrovirală

11. MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN HEPATITA CRONICĂ DETERMINATĂ DE VIRUSUL HEPATITIC C

MIHAELA CĂTĂLINA LUCA, IOANA ALINA ALEXA, CARMEN MANCIUC, ANDREI VÂȚĂ

Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Sfânta Paraschieva", Iași, România

Abstract: Virusul hepatitic C este o cauză importantă a suferinţei hepatice cronice atât în România, cât şi în lume, infecţia cronică cu virusul hepatitic C represent\nd principala cauză a cirozei hepatice, a carcinomului hepatocelular şi a mortalităţii de cauză hepatica. Manifestări extrahepatice importante au fost raportate în istoria naturală a infecției cu virusul hepatitic C (VHC), 40-74% dintre pacienții infectați cu VHC putand dezvolta cel puțin o manifestare extrahepatică, intre care manifestările manifestările cutanate au un rol important. Modificările cutanate care apar în cadrul afectării hepatice, deși sunt comune, nu sunt specifice. Disfuncțiile hepatice sunt în concordanță cu modificările întâlnite la nivel cutanat. Identificarea acestor modificări cât mai devreme poate să conducă la un diagnostic și tratament prompt al bolilor hepatice subiacente. Modificările cutanate care apar în cadrul afectării hepatice, deși sunt comune, nu sunt specifice. Infecția cu VHC este asociată cu afectări dermatologice cum ar fi porfiria cutanată tardivă, lichenul plan, prurigo nodu-

lar, vasculita prin crioglobulinemie, precum și eritemul nodos, pruritul, icterul si porfiria cutanată tardiva . Răspunsul la terapia cu interferon alpha în afectările cutanate este imprevizibil la pacienții a căror simptomatologie se ameliorează, o parte rămânand staționari și altii deteriorandu-se.

In concluzie: toate manifestările tegumentare din cadrul bolilor hepatice variază de la individ la individ, în funcție de tipul de tegument, rezistența vasculară, gradul afectării hepatice și de alți factori cu determinism genetic.

12. ASPECTE DERMATOLOGICE ÎN INFECȚIA HIV

CARMEN MANCIUC, FLORINA FILIP- CIUBOTARU, ALEXANDRA LARGU
Universitatea de Medicină și Farmacie „Gr. T. Popa" Iași

În literatura de specialitate este recunoscut faptul că infectia HIV are aspectul unei adevarate pandemii și că dintr-o boală cu speranță mică de viață, grație terapiei antiretrovirale, a devenit o boală cronică. Pe parcursul vieții pacienților, leziunile dermatologice pot fi numeroase, unele evocatoare ale infecției HIV la debut, altele apărând odată cu scăderea imunității, respectiv valorii CD4, și creșterea viremiei HIV. Prezentarea își propune evaluarea clinico-biologică și viro-imunologică a leziunilor dermatologice HIV-related. Vor fi trecute în revistă candidozele, *Molluscum contagiosum*, sarcomul Kaposi, leucoplazia păroasă a limbii, dermatita seboreică, sifilisul, precum și evoluția bolilor clasice infecțioase cu expresie dermatologică.

Concluzie: In condițiile unei patologii borderline intricate, colaborarea specialist infecționist – specialist dermatolog trebuie sa fie o constantă a activității medicale cotidiene.

13. UN CAZ CLINIC DE BOALA BEHCET

ALEXANDRU BALTA, MIRCEA BETIU, IU.OLTU
USMF "Nicolae Testemiţanu", Chișinău, Republica Moldova

Date generale. Boala Bechcet (Sindromul Bechcet) este o maladie autoimună sistemică inflamatorie cronică, rară. Este cunoscută încă de pe timpul lui Hipocrate. Boala poate debuta la orice vîrstă, mai frecvent la persoanele de 20-30 ani, în deosebi la bărbați și mai rar la femei. Pentru prima dată sindromul și simptomele maladiei au fost descrise de celebrul medic dermatolog Huluși Bechcet în anul 1937. Semnele clinice clasice caracteristice bolii sunt prezentate prin: leziunile ulcerative la nivel bucal, leziuni necrotice a organelor genitale, leziuni oculare, probleme la nivel gastro-intestinal, tulburări vasculare, afectarea sistemului nervos, erupții cutanate și afectarea articulațiilor. Cauzele Bolii Bechcet până în prezent nu sunt cunoscute. De bază se incriminează factorii genetici și a mediului înconjurător care duc la

declanșarea maladiei. Infecțiile virale și bacteriene deasemenea pot declanșa simptomele bolii.

Obiectivul: Evidențierea aspectelor cinico-evolutive și terapeutice a Bolii Bechcet.

Prezentare de caz: pacient cu vîrsta de 60 ani din mediul urban, angajat în instituție bugetară, inginer de profesie. Bolnav timp de 2 luni. Debutul bolii acut, cu temperatura corpului pînă la 38^0C, dureri în articulațiile genunchilor, gleznelor și dereglări gastro-intestinale. S-a adresat la reumatolog și a fost internat în secția reumatologie cu diagnoza: Artrită reumatoidă. Spondiloartrită seronegativă. HTA gr. II.

Tratamentul indicat de reumatolog a fost fără succes și peste 1,5 luni de la debutul bolii au apărut erupții cutanate pe membe, corp și în regiunea organelor genitale. Pacientul a fost îndreptat la consultația medicului dermatolog în secția consultativă a IMSP SDșiMC, unde a fost stabilit diagnosticul de: Boala Bechcet.

Tratament: A fost instituit tratament sistemic cu: Prednison 1 mg/ kgc/zi, până la dispariția erupțiilor și ameliorarea simptomelor articulare și gastrointestinale, cu micșorarea treptată a dozei de Prednison la fiecare 5 zile; antiinflamatorii nesteroidiene pe durată scurtă, Calii orotat 0,5X3 ori/zi; desensibilizante și hepatoprotectoare. Tratament local: Corticoizi soluție și antibiotic.

Concluzii: Sindromul Bechcet fiind o afecțiune multisistemică este dificil de diagnosticat în stadiul incipient. Lipsa erupțiilor cutanate și pe mucoase în stadiu de debut pune probleme de diagnostic și tratament.

ASPECTE INTEGRATIVE ÎN DERMATO-CHIRURGIE

- **TRATAMENTUL MINIM INVAZIV AL PARALIZIEI DE FACIAL**

V.V. COSTAN, M.L. CIOFU, OTILIA BOISTEANU, EUGENIA POPESCU
Sp. Cl. Judetean de Urgenta "Sf. Spiridon" Iasi, Clinica de Chirurgie Oro-maxilo-faciala

Introducere

Paralizia periferica a nervului facial reprezinta o diformitate care scade semnificativ calitatea vietii pacientilor afectati. O mare parte dintre acesti pacienti au prezentat tumori maligne parotidiene si au o serie de comorbiditati care contraindica formal interventiile chirurgicale de mare amploare.

Material si metode

In studiu a fost inclus un numar de 31 de pacienti cu paralizie de nerv facial. Cei mai multi au fost reprezentati de cei cu tumori maligne parotidiene (19 cazuri), umati de cei cu neurinom de acustic operat (8 cazuri) si de cei la care etiologia a fost traumatica (4 cazuri). De asemeni, la 24 dintre pacienti au fost interesate toate ramurile nervului facial iar la restul de 7 pacienti au fost interesate doar ramurile inferioare. La cazurile cu lagoftalmie paralitica tratamentul a constat in plasarea unei greutati de aur in pleoapa superioara si in tratarea ectropionului pleoapei inferioare. La toti pacientii inclusi in studiu a fost efectuata suspensia partilor moi de la nivelul hemifaciesului afectat prin fire neresorbabile (16 pacienti) ori cu fire de suspensie resorbabile la 15 pacienti.

Rezultate

S-a obtinut o crestere semnificativa a confortului pacientului, prin diminuarea durerilor la nivelul ochilor afectati, prin refacerea unei bune ocluzii oculare. Firele de suspensie au realizat nu numai refacerea simetriei faciale, dar ridicarea comisurii bucale de pe partea afectata asociata cu ranforsarea regiunii geniene, au permis alimentarea pacientilor fara dificultate.

Concluzie

Prin tehnici rapide si minim invazive, se poate creste semnificativ calitatea vietii unor pacienti la care comorbiditatile impiedica realizarea unor tehnici complexe de reanimare faciala dinamica

- **TUMORI CUTANATE LA NIVELUL FETEI – TRATAMENT CHIRURGICAL**

B. IOSIP [(1)], OXANA GROSU[(1)], R. ISSA [(1)], T. HRISCA [(1)],_GEORGIANA STOICA [(1)], DANIELA BOTEZ [(1)], GEORGIANA MOCANU [(2)], MIHAELA PERŢEA [(1, 2)]

[1.] Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe „Sf. Spiridon", Iaşi, Clinica de Chirurgie Plastică şi Microchirurgie Reconstructivă

[2.] Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" Iaşi

Obiective: Obiectivul acestei lucrări este de a exemplifica posibilităţile si metodele de bază în reconstrucţia funcţională cât şi estetică a defectelor tridimensionale de la nivelul feţei, folosind modalităţi tehnice de la simplu la complex, cu un algoritm decizional centrat pe patologia cauzală şi cu scopul obţinerii unui rezultat maximal şi individualizat pentru fiecare pacient.

Material şi metodă: Studiul are la bază un lot de 20 de pacienţi diagnosticaţi cu formaţiuni tumorale cutanate în regiunea feţei, dintre care 9 cu leziuni la nivelul pleoapei inferioare, în 2 cazuri la nivelul cantusului extern al ochiului, 3 cazuri cu formaţiuni tumorale localizate la nivelul aripii nazale şi 6 cazuri cu localizare la nivelul regiunii geniene. Ĭn toate situaţiile s-a practicat excizia chirurgicală in limite oncologice a formaţiunilor. Reconstrucţia defectelor cutanate postexcizionale s-a bazat pe tehnici cu grad de complexitate variat, de la sutura directă, la plastia cu grefe de piele (5 cazuri), lambouri cutanate locale de avansare (3 cazuri), lambouri de rotaţie (2 cazuri) sau lambouri de transpoziţie (4 cazuri). Reconstrucţia cu respectarea unităţilor estetice, plasarea inciziilor in pliurile fiziologice de flexie, inlocuirea ţesutului excizat cu unul identic, similar ca volum si apropiat ca structură, precum şi redarea funcţionalităţii fac tema cazurilor prezentate.

Rezultate: Ĭn toate cele 20 de cazuri luate in studiu rezultatele obţinute au fost conforme cu indicaţiile procedurii efectuate, viza oncologica a tratamentului fiind principalul obiectiv. Grefele de piele reprezintă o opţiune terapeutică bună pentru acoperirea defectelor in cazul leziunilor cu risc mare de recidiva, permiţând urmărirea evoluţiei locale. Lambourile cutanate bazate pe circulatie intâmplatoare sunt o opţiune terapeutică de elecţie in cazurile cu risc scăzut de recidivă tumorală deoarece au un rezultat funcţional şi estetic net superior, sunt independente de vascularizaţia situsului primitor, cicatrizarea este de o calitate superioara în comparaţie cu cea a grefelor de piele sau vindecării secundare prin epitelizare dirijată.

Concluzii: Chirurgia plastică dispune de o variata gamă de tehnici in ceea ce priveste tratamentul chirurgical al diferitelor formaţiuni cutanate benigne sau maligne de la nivelul feţei. Acoperirea defectelor cutanate postexcizionale are la baza o multitudine de principii care au ca scop obţinerea unor rezultate funcţionale cat şi estetice excelente. Rezultatele obţinute in cazul utilizării lambourilor locale sunt net superioare celor rezultate in urma utilizării celorlalte varinate tehnice. In ceea ce priveste utilizarea grefelor de piele acestea şi-au

dovedit necesitatea si utilitatea în reconstrucţia defectelor cu risc oncologic crescut, fără prejudicii de ordin estetic şi funcţional majore.

- **VALOAREA TOXINEI BOTULINICE IN REMODELAREA FACIALA**

V.V. COSTAN, TATIANA TARANU**, EUGENIA POPESCU*, MIHAELA PAULA TOADER***
**UMF "Gr. T. Popa" Iasi, Disciplina Chirurgie Oro-maxilo-faciala*
*** UMF "Gr. T. Popa" Iasi, Disciplina Dermatologie Orala*

Una dintre cauzele de asimetrie faciala este reprezentata de aparitia hiperfunctiilor musculare, in general limitate numai la anumite grupe. Intr-o prima etapa este evidenta modificarea volumului muscular dar ulterior apare si o modificare a structurilor osoase pe care se insera musculatura, cu aparitia de osteofiti si chiar hipertrofii osoase.

Poate principala cauza incriminata este bruxismul care, in forme extreme, poate conduce la deformari semnificative ale faciesului. Tratamentul acestor afectiuni presupune diminuarea hiperfunctiei muschilor maseteri si temporali prin injectarea toxinei botulinice. Simultan trebuie deconditionat pacientul prin kineziterapie. Administrarea reptetata de toxina duce la remodelarea faciala nu numai prin diminuarea volumului muscular, dar modificand in acelasi timp si forma oaselor maxilare.

Paralizia nervului facial care afecteaza numai anumite fibre nervoase determina aparitia unor asimetrii faciale dificil de corectat fara utilizarea toxinei botulinice. Prin injectarea in partea contralaterala, se obtine o simetrizare a faciesului pacientilor afectati.

Nu in ultimul rand, toxina botulinica este utila pentru diminuarea aspectului de "gummy smile". Injectarea are rolul de a ptoza buza superioara diminuand astfel suprafata vizibila a fibromucoasei gingivale.

- **POSIBILITĂŢI DE ACOPERIRE A DEFECTELOR DE PĂRŢI MOI RESTANTE DUPĂ EXCIZIA UNOR LEZIUNI CUTANATE**

MIHAELA PERŢEA [1, 2], OXANA GROSU [1], R. ISSA [1], B. IOSIP [1]

[1.] Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe „Sf. Spiridon", Iaşi, Clinica de Chirurgie Plastică şi Microchirurgie Reconstructivă
[2.] Universitatea de Medicină şi Farmacie „Gr. T. Popa" Iaşi, Departamentul de Chirurgie

Obiective: Obiectivul acestui studiu este de a enumera şi exemplifica, prin prezentarea unor cazuri clinice, a posibilităţilor de care dispune chirurgia plastică pentru acoperirea şi/sau reconstrucţia defectelor de părţi moi rezultate după excizia leziunilor cutanate benigne sau maligne, cu dimensiuni şi localizări variate. Metodele exemplificate includ variante tehnice cu complexitate

diferită, de la cele simple cum ar fi plastia de piele liberă despicată până la diferitele tipuri de lambouri.
Material şi metodă: Studiu are la baza un lot de 60 de pacienti care au beneficiat de tratament chirurgical pentru excizia unor leziuni cutanate benigne sau maligne cu dimensiuni cu prinse între 0,5 şi 10 cm în diametru, având diferite localizări (faţă, braţ, torace anterior şi posterior, gambă). Tratamentul chirurgical al acestor leziuni cutanate constă în excizia lor urmată de acoperirea sau reconstrucţia defectului restant. Plastia cu piele liberă despicată este o soluţie tehnică atunci când avem un pat receptor bine vascularizat, când excizia nu a lăsat denudat os, tendon, vase sau nervi. Grefa de piele recoltată cu electrodermatomul de la nivelul coapsei este utilizată în cazul unor defecte cutanate de dimensiuni relativ mari, atunci când nu este posibilă sutura directă sau cicatrizarea dirijată. Pentru acoperirea defectelor mici la faţă se utilizează plastii cu piele liberă toată grosimea recoltată de pe zone cu tegument asemănător ca textură şi culoare (retroauricular sau supraclavicular). Când defectele postexcizionale au dimensiuni mari se utilizează diferite tipuri de lambouri cutanate, care au la bază diferite principii: avansare, transpoziţie, translaţie, rotaţie, etc. Aceste lambouri sunt bazate pe o circulaţie întâmplătoare neavând în grosimea lor nici un ax vascular.
Rezultate: Rezultatele obţinute folosind lambourile cutanate sunt net superioare din punct de vedere funcţional dar şi estetic. Acestea sunt utilizate atunci când riscul de recidivă este mic sau avem un diagnostic de certitudine printr-o biopsie anterioară exciziei.
Concluzii: Chirurgia plastică dispune de o serie de metode de acoperire a defectelor restante după excizia unor leziuni cutanate benigne sau maligne, de dimensiuni şi cu localizări variate care se bazează pe proprietăţile anatomo-fiziologice ale pielii şi pe particularităţile caracteristice fiecărei regiuni anatomice, aceste tehnici având rezultate funcţionale şi estetice bune.

- **CARCINOM BAZOCELULAR DE DIMENSIUNI MARI - METODA DE TRATAMENT CHIRURGICAL. PREZENTARE DE CAZ**

GEORGIANA STOICA (1), DANIELA BOTEZ (1), OXANA GROSU (1), B. IOSIP (1),T. HRISCA (1), MIHAELA PERTEA (1,2)
1.Clinica de Chirurgie Plastică şi Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Clinic Judeţean de Urgenţe "Sf. Spiridon " Iaşi
2.Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr. T. Popa" Iaşi

Obiective: Deoarece un numar mare de pacienţi se prezintă cu leziuni cutanate benigne sau maligne la un interval de timp mare de la momentul apariţiei lor, de multe ori ne confruntăm cu prezenta unor tumori de dimensiuni mari. Obiectivul acestei prezentări este de a exemplifica una dintre posibilităţile tehnice de care dispune chirurgia plastică în ceea ce priveşte acoperirea

unui defect restant după excizia unui carcinom bazocelular situat pe fata externă, în treimea medie a braţului.
Materiale si metoda: Prezentăm cazul unui pacient în varsta de 68 ani, care se adreseaza la aproximativ 2 luni de la aparitia unei leziuni cutanate prezente la nivelul treimii medii a feţei externe a braţului stâng. Leziunea se remarcă prin dimensiunea relative mare, având un diametru de aproximativ 7 cm, pruriginoasă şi sângerândă cu evoluţie rapidă. Având in vedere toate cele enumerate anterior este indicată excizia în limite oncologice, fapt care duce la obţinerea unui defect postexcizional de dimensiuni mari. Pentru a putea obţine un rezultat atât funcţional, dar şi esthetic bun se optează pentru o plastie de tip Limberg. Aceasta decizie a fost luată pentru a evita crearea unei zone donatoare de grefă, pentru a face posibilă o îngrijire postoperatorie mai facilă pentru pacient (acesta fiind vârstnic) şi nu în ultimul rând pentru un rezultat estetic mai bun.
Rezultate: Folosirea acestui tip de plastie a evitat utilizarea unei grefe de piele carea urma a fi recolatată de la nivelul feţei anterioare a coapsei pentru care era necesară un alt tip de anestezie. Îngrijirea zonei donatoare de grefă ar fi fost mai greu de suportat de către un pacient vârstic, iar spitalizarea postoperatorie ar fi fost de mai lungă durată. Utilizând tehnica propusă de noi s-a putut efectua excizia în limite oncologice, utilizarea aceluiaşi camp operator (fără o anestezie suplimentară), evitarea unei zone donatoare de grefă, o sutură simplă, facil de îngrijit de către pacient şi la domiciliu cu o spitalizare de 24 de ore şi cu un rezultat estetic foarte bun.
Concluzii: Chirurgia plastică dispune de gama variată de tehnici chirurgicale pentru acoperirea unor defecte postexcizionale mari cu rezultate funcţionale şi estetice foarte bune.

- **UTILIZAREA LAMBOURILOR BI- ŞI TRILOBATE PENTRU ACOPERIREA DEFECTELOR DE PĂRȚI MOI**

DIANA CHEAITO (1), R. ISSA (1), O. RUSU (1), T. C. ŢINICA (3), A. CHEAITO (2), PERTEA MIHAELA(1,2)

1. *Clinica de Chirurgie Plastică şi Microchirurgie Reconstructivă, Spitalul Clinic de Urgențe Iaşi,*
2. *Universitatea de Medicină şi Farmacie 'Gr. T. Popa" Iaşi*
3. *Centrul de Medicină de Familie Iaşi*

Obiectiv: Scopul lucrării este de a prezenta o variantă de acoperire a defectelor mici şi medii de părți moi folosind un lambou cutanat simplu, eficient şi estetic, atunci cand nu există un exces cutanat care permite sutura directă sau folosirea unui lambou unilobat de rotatie.

Material şi metode: Am studiat un lot de 15 pacienți, dintre care 7 cazuri de carcinoame bazocelulare localizate la nivelul feței, în 5 cazuri cu acelasi tip de leziuni cu localizare la nivelul feței dorsale a măinii, iar 3 cazuri cu clavus plan-

tar şi interdigital. In toate cele 15 cazuri localizarea leziunii nu a permis sutura directă şi nici lambou de vecinătate, grefa de piele neavând indicații chirurgicală. Având in vedere toate cele menționate s-a optat pentru utilizarea unei tehnici chirurgicale cu lambouri bi- sau trilobate. Această variantă tehnică a permis atât acoperirea defectului cutanat cât şi obținerea unei cicatrici de bună calitate.

Rezultate: In toate cazurile rezultatele atât funcționale cât şi estetice au fost bune cu satisfacția pacienților. In ceea ce priveşte complicațiile s-au remarcat urmatoarele: într-unul dintre cazurile în care a fost utilizat lamboul trilobat s-a înregistrat necroza celei de-a treia palete cutanate, iar în 2 cazuri de utilizare a lamboului bilobat a fost prezentă suferința venoasa a uneia dintre paletele cutanate a lamboului, suferință care s-a remis spontan.

Concluzie: Lambourile bi- si trilobat oferă o opțiune facilă de acoperire a defectelor de păți moi, când nu există exces cutanat de vecinătate, acestea bazându-se pe vascularizație întâmplătoare. Sunt tehnici cu rată mare de succes şi riscuri intra- si postoperatorii scăzute şi înregistrează un timp operator redus.

- **4 ANI DE TERAPIE ENDOVENOASA CU LASER ÎN INSUFICIENTA VENOASĂ CRONICĂ**

CRISTINA STROBESCU-CIOBANU[1], LIVIA GENOVEVA BAROI [1, 2], I. M. CAZAN[1], R. F. POPA [1, 2]
Spitalul Clinic Județean de Urgențe "Sf. Spiridon", Iași – Clinica de Chirurgie Vasculară
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași

În ultimele decenii terapia endovenoasă LASER (EVLT) tinde să devină tratamentul de elecţie în insuficienţa venoasă cronică. Aceasta este minim invazivă, evitând incizia şi disecţia din regiunea inghinală pentru ligatura joncţiunii şi colateralelor venei safene interne (VSI), este estetică, prezintă un grad crescut de acceptabilitate şi satisfacţie a pacienţilor şi o rată redusă a complicaţiilor. O serie de studii au evidențiat absența diferenței semnificative statistic între intervenția clasică și EVLT în ceea ce privește închiderea VSI. Închiderea VSI prin EVLT este asociată frecvent cu flebectomiile etajate. În anumite circumstanţe însă, cum este insuficienţa venoasă cronică clasa IV, V, VI, flebectomiile sau întreruperea perforantelor devine extrem de dificilă. În aceste cazuri scleroterapia ecoghidată asociată EVLT este opţiunea de elecţie.

Lucrarea noastră urmăreşte evidenţierea beneficiilor estetice şi curative ale tratamentului combinat al EVLT cu scleroterapia ecoghidată a dilataţiilor venoase şi perforantelor.

Dintre cele 334 de cazuri de pacienţi cu insuficienţă venoasă cronică tratate în clinica noastră în ultimii 4 ani 115 au beneficiat de EVLT, iar dintre aceștia 27 au fost tratați prin terapie combinată EVLT și scleroterapie. O mare parte dintre pacienți au fost tratați fără nici o incizie.

Pacienții au fost chemați la control la 1 săptămână, 1 lună, 6 luni și 1 an constatându-se dispariţia completă a durerilor locale cu evidenţierea ecografică a închiderii VSI, colateralelor şi perforantelor venoase, rezultate estetice foarte bune şi absența complicaţiilor (celulită, flebită superficială, tromboză venoasă profundă). Suplimentar recuperarea pacienților a fost rapidă permițând practicarea terapiei ca "one day surgery"

Evoluţia imediată şi la distanţă favorabilă dovedesc eficiența tehnicii și susțin continuarea aplicării ei.

- **"MICA" CHIRURGIE NU PRESUPUNE MICA RASPUNDERE - BETER SAFE THAN SORRY**

DRAGOȘ PIEPTU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

POSTERE

CRIOTERAPIA ÎN TRATAMENTUL KERATOZELOR ACTINICE EXTINSE DE NATURA PROFESIONALĂ (Poster)

CORINA CRIȘAN[1], BADEA MIHAIL-ALEXANDRU[2], MORARIU SILVIU-HORIA[2]
[1]UMF Tîrgu Mureș
[2]Clinica de Dermatologie Tîrgu Mureș

Introducere*:* Keratozele actinice (sin. Keratoze solare, keratoze senile) sunt leziuni hiperkeratozice ce apar pe zonle cu degradare actinică cronică și care prezintă un risc scăzut de transformare în carcinom spinocelular. Prevalența keratozelor actinice în diferite zone geografice se corelează cu clima, distribuția persoanelor vârstnice în populația generală, fototipul cutanat Fizzpatrick.

Scop*:* Evaluarea optiunilor terapeutice, a rezultatelor cosmetice în urma acestora precum și determinarea compliantei pacienților la diverse metode de terapie a keratozelor actinice.

Material și Metodă: Vom prezenta aspecte clinice și terapeutice precum și rezultatele acestora în keratozele actinice la pacienții vârstnici cu expunere solară cronică de natură profesională.

Rezultate și Discuții*:* Tratamentul keratozelor actinice are ca și deziderat stabilirea unui diagnostic corect care vizează în principal excluderea unui carcinom spinocelular. Anumite aspect clinice cum ar fi infiltrarea leziunii, creșterea bruscă în dimensiuni, sângerarea, caracterul ulcerat ne vor determina sa recomanadăm excizia chirurgicala a leziunii cu analiza histopatologică. În lipsa acstor elemente clinice tratamentul va viza în primul rând componenta estetică ținând cont de faptul că aceste leziuni se localizează mai ales la nivelul feței. Trebuie luată în considerare și dorința pacientului precum și tratamentul profilactic deoarece nu este rară situația în care un pacient cu multiple keratoze actinice tratat corespunzator se prezintă ulterior, de multe ori după doar cateva luni, cu noi leziuni. Metodele terapeutice includ excizia chirurgicală, electrocauterizarea, aplicarea topică de substanțe decapante sau chimioterapice, laserterapia, crioterapia.

Concluzii*:* Crioterapia reprezintă metoda cu rezultatele cele mai estetice în tratamentul keratozelor actinice. Este o metoda nedureroasă, ușor acceptată de către pacienți și care are rezulatate cosmetice excelente.

Cuvinte cheie*: keratoze actinice, expunere solară, crioterapie*

ORAL CANDIDIASIS IN AN HIV-INFECTED PATIENT – CASE REPORT (Poster)

MANCIUC CARMEN, TURTĂ ELENA, NICOLAU CRISTINA, LUCA CĂTĂLINA*, PULBERE MAIA, LARGU ALEXANDRA**
"Sf. Parascheva" Infectious Diseases Clinical Hospital, Iași, Romania
**"Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași, Romania*

Background and aim: Oral candidiasis is the most important and frequent fungal infection in HIV-positive patients. This case study aims to present an interesting case of oral candidiasis in an HIV-infected patient.
Material and method: The study retrospectively evaluates the medical files of a patient admitted to the HIV/AIDS Regional Center in Iași, Romania.
Case description: The female patient, age 34, diagnosed with HIV in April 2006, was admitted to the Infectious Diseases Hospital with a low body mass index (BMI), with wasting syndrome, micropoliandenopathy, and a massive white deposit on the tongue and all oral mucosa. The patient had been out of record since 2007, and she reports having stopped taking antiretroviral (ARV) medication for the last 24 months. Her CD4 cell count was 17 cells/mmc, with a viral load of 7.030.000 copies/mmc. The tongue scraper revealed *Candida albicans*, with high sensitivity to fluconazole, according to the antifungigrame. The patient was administered a new ARV therapeutic regimen – raltegravir and etravirine, whit intravenous fluconazole.
Results: The patient was admitted to hospital for 11 days. Her response to the antifungal treatment was successful, her candida deposit having cleared completely. The patient had repeated counseling sessions with the hospital psychologist, as well as discussions with the infectious diseases doctor. This led to a change in her attitude towards adherence to therapy.
Conclusions: Oral candidiasis is a frequent status in HIV-infected patients with a low CD4 cell count. Adequate antifungal therapies, accompanied by a last generation antiretroviral regimen, medical and psychological support, have proven to be the key to therapeutic success.
Key-words: HIV infected patient, oral candidiasis, fungal therapy, antiretroviral therapy

TUFTED HAIR FOLICULITIS – CAZ CLINIC (Poster)

MIHAELA ANTOHE, RALUCA POPESCU*,**, CĂTĂLIN MIHAI POPESCU*,**, ANASTASIA HODOROGEA*, ANDREEA CALINESCU*, MIHAELA BALABAN**
**Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie I, București*
*** Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", București*

Obiective. Tufted hair foliculitis este o foliculită rară a scalpului care se vindecă cu plăci alopecice ciatriceale, pe suprafața cărora se găsesc smocuri

de păr ce emerg din orificii foliculare dilatate. Smocurile de păr apar datorită grupării unităților foliculare adiacente în urma unui proces fibros și a retenției firelor de păr într-un orificiu folicular dilatat, aflate în faza telogenă. Acest proces este de obicei limitat la o singură placă la nivelul scalpului, cu creștere progresivă.

Materiale și metode. Prezentăm cazul unui pacient în vârstă de 28 de ani care s-a adresat clinicii pentru o placă cicatriceală la nivelul scalpului, temporo-parietal stâng, eritemato-edematoasă, cu dimensiuni de 5/3 cm, bine delimitată, pe suprafața căreia se puteau observa numeroase smocuri de câte 8-10 fire de păr ce ieșeau din câte un singur orificiu folicular. La nivelul orificiilor foliculare erau prezente pustule si cruste aderente de firele de păr. Din anamneză reținem că a apărut în urmă cu un an și a crescut progresiv, cu evoluție ondulantă. Aspectul clinic era sugestiv pentru diagnosticul de tufted hair foliculitis și s-a instituit tratament antibiotic. După 10 zile de tratament s-a produs o ameliorare a eritemului, dispariția edemului și a pustulelor.

Rezultate și concluzii. Tufted hair foliculitis este o afecțiune cronică cu un succes modest după tratamentul antibiotic. Din acest motiv pacientul cu această afecțiune necesită control periodic pe termen lung. Diagnosticul diferențial se face cel mai fecvent cu acneea cheloidiană a cefei, celulita disecantă a scalpului, foliculita decalvantă și lichenul plan.

TRATAMENTUL ECZEMEI CRONICE PALMARE CU FOTOTERAPIE UVB DE BANDĂ ÎNGUSTĂ (Poster)

LAURA-ALINA OLARIU[1], IULIANA ELENA NIȚĂ [2]
[1] Arcadia – Centrul Medical Bucovina, Suceava
[2] Spitalul Clinic Colentina, Clinica Dermatologie II, București

Obiectivul studiului: Raportarea unui caz de eczemă cronică palmară tratată cu raze UVB de bandă îngustă.

Material și metodă: S-a luat în evidență cazul unei paciente în vârstă de 52 de ani diagnosticată cu eczemă cronică palmară. În tratarea afecțiunii refractare la terapia topică locală de primă linie cu dermatocorticoizi, s-a utilizat lampa UVB cu sprectru îngust de 311 nm. Conform protocolului, doza inițială a fost de 0,20 J/cm2, timpul de expunere trei minute și 20 de secunde, iar intensitate de 1 mW/cm2. Doza de raze UVB a fost crescută treptat la fiecare ședință cu 0,5 J/cm2. S-a efectuat un număr de 15 ședințe, respectiv 3 ședințe /săptămâna în zile alternative, timp de 5 săptămâni.

Rezultate: Leziunile sub formă de plăci ușor eritematoase, acoperite de scuame şi însoțite de prurit s-au remis total după 15 ședințe.

Concluzii: Eczema cronică palmară este o dermatoză inflamatorie datorată sensibilizării la diferiți alergeni din mediu. Pacienta din cazul de față a fost tratată pe o perioadă de 10 ani cu dermatocorticoizi de potența mare, însă fără răspuns la tratament în ultimii 2 ani. Terapia UVB bine cunoscută pentru

efectul imunosupresor asupra celulelor epidermice a fost utilizată cu success în tratatmentul acestui caz.

HOT TUB FOLICULITIS – PREZENTARE DE CAZ (Poster)

MIHAELA ANTOHE, RALUCA POPESCU*,**, CĂTĂLIN MIHAI POPESCU*,**, ANASTASIA HODOROGEA*, ANDREEA CALINESCU*, MIHAELA BALABAN**

**Spitalul Clinic Colentina, Dermatologie I, București*

*** Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", București*

Obiective. Hot tub foliculitis sau foliculita cu *Pseudomonas aeruginosa* este o infecție cutanată dobândită ce apare în urma colonizării bacteriene a foliculilor piloși după expunerea la apă contaminată, insuficient clorinată. A fost descrisă și în urma utilizării de costume de scufundare contaminate și mai puțin frecvent după folosirea de obiecte de baie contaminate (ex. bureți naturali sau sintetici) sau după depilare.

Materiale și metode. Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 36 de ani care s-a adresat clinicii pentru o erupție generalizată alcătuită din papule eritematoase și papulo-pustule foliculare, cu dimensiuni de 1-3 mm, dispuse predominant la nivelul trunchiului, pruriginoase, apărute în urmă cu o zi. Pacienta era afebrilă și nu prezenta adenopatii loco-regionale. În urma unei anamneze amănunțite aflăm ca aceasta a fost în urmă cu o zi anterior prezentării la jacuzzi. Aspectul clinic al leziunilor și anamneza au fost sugestive pentru diagnosticul de foliculită cu Pseudomonas. Acesta a fost confirmat cu ajutorul culturilor bacteriene de la nivelul unei pustule foliculare.

Rezultate și concluzii. Deoarece evoluția foliculitei cu Pseudomonas este de obicei autolimitată și datorită faptului că nu s-au observat beneficii ale tratamentului antibiotic sistemic la infecțiile necomplicate, în cazul pacientei noastre, nu s-a instituit tratament cu antibiotic sistemic. Leziunile s-au remis complet după aproximativ 10 zile, fără apariția de complicații.

BOALA GROVER- PREZENTARE DE CAZ (Poster)

MIHAELA BALABAN, CATALIN MIHAI POPESCU*, **, RALUCA POPESCU*, **, ANDREEA CALINESCU*, ANASTASIA HODOROGEA*, MIHAELA ANTOHE**

**Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti*

*** Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti*

Obiective

Boala Grover (dermatoză acantolitică tranzitorie) este o afecțiune cutanată de etiologie necunoscută, care afectează în principal bărbații peste 40 ani și care asociază semne de fotoîmbătrânire semnificativă. Erupția este alcătuită din vezicule și papule eritematoase, pruriginoase și leziuni de grataj, localizată în

special pe trunchi (99%) și extremități proximale (35%). Leziunile pot fi exacerbate de expunerea la soare, căldură, transpirație, xeroză, fricțiune. Histopatologic poate mima 4 dermatoze: boala Darier, boala Hailey-Hailey, pemfigusul vulgar/foliaceu și dermatita spongiocitară.

Materiale și metode

Prezentam cazul unui pacient de 76 ani, care s-a prezentat pentru o erupție localizată la pe toracele posterior, cu debut în urmă cu 2 ani, alcatuită din papule eritematoase și vezicule, dintre care unele escoriate, acoperite de crustă hematică, intens pruriginoase, însoțite de cicatrici atrofice alb-sidefii, rotund-ovalare, bine delimitate, pe fond de xeroză cutanată. Pacientul afirma că erupția se agravează în timpul iernii. Aspectul clinic era sugestiv pentru boala Grover. Pe langa cele mentionate, pacientul prezenta si semne cutanate de fotoîmbătrânire, reprezentate de macule brun-violacee pe partea anterio-laterala a brațelor și laterocervical stâng, pe fond de tegument atrofic, sugestive pentru purpură solară Bateman. La nivel facial, pacientul prezenta elastoză solară. S-a prelevat o punch biopsie dintr-o papula eritematoasa de pe toracele posterior.

Rezultate

Examenul histopatologic a evidențiat patternul de dermatită spongiotică subacută, confirmând, astfel, diagnosticul clinic de boala Grover. S-a instituit tratament cu dermatocorticoid (Dermovate) și antihistaminic oral (Aerius) timp de 2 săptămâni, cu evoluție favorabilă, cu dispariția pruritului și remiterea papulelor și veziculelor. Aspectul cicatricilor atrofice a rămas nemodificat.

Concluzii

Am ilustrat un caz de boală Grover la un pacient vârstnic, care asocia, pe lângă erupția tipică, alte semne de fotoîmbătrânire cutanată, precum purpura solară Bateman și elastoza solară facială și care a avut o evoluție favorabilă dupa tratamentul cu dermatocorticoid și antihistaminic oral.

ERITEMUL INFECȚIOS (A 5-A BOALA) - PREZENTARE DE CAZ

(Poster)

MIHAELA BALABAN, CATALIN MIHAI POPESCU*, **, RALUCA POPESCU*, **, ANDREEA CALINESCU*, ANASTASIA HODOROGEA*, MIHAELA ANTOHE**

**Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti*

*** Universitatea de Medicina si Farmacie "Carol Davila", Bucuresti*

Obiective

Eritemul infecțios ("boala obrajilor pălmuiți", "a cincea boală") este o afecțiune cutanată cauzată de infecția cu parvovirusul B19, transmisă pe cale respirato-

rie și prin saliva. Afecteaza cel mai frecvent, copiii cu vârsta cuprinsă între 4-10 ani și foarte rar adulții. Erupția cutanată se caracterizează prin eritem macular localizat pe obraji și prin leziuni maculo-papuloase distribuite în special pe membre sau pe trunchi. Eruptia poate fi însoțită de stare generală alterată, simptome respiratorii, febră, mialgii și artralgii. Diagnosticul este clinic și poate fi confirmat prin măsurarea Ac serici de tip Ig M anti-B19.

Materiale și metode

Prezentam cazul unui pacient de 6 ani, care s-a prezentat pentru o erupție diseminată la afectand extremitățile, bilateral, și toracele antero-posterior, care a debutase cu 2 zile anterior prezentării. Examenul clinic a evidențiat macule și papule eritematoase, dispuse sub forma unei rețele fine, dantelate, cu tendință la confluare, pe fața laterală a extremităților superioare bilateral, membre inferioare bilateral și trunchi, asimptomatice. De asemenea, pacientul avea de aproximativ 5 zile un eritem macular pe ambii obraji, care respecta regiunea periorală, cu aspect de "obraji pălmuiți".. Starea generală era bună, fără alte simptome asociate.

Rezultate

Aspectul clinic caracteristic al erupției, alcătuită din macule și papule eritematoase, cu pattern reticulat, localizată pe membre și trunchi și eritem malar macular, însoțită de stare generală bună și lipsa altor manifestări sistemice, la un copil preșcolar, au dus la diagnosticul clinic de eritem înfecțios, infecție cauzată de parvovirusul B19. Evoluția ulterioară a fost favorabilă și erupția s-a remis spontan în decurs de 2 săptămâni, fără complicații.

Concluzii

Eritemul infecțios ("boala obrajilor pălmuiți") este o afecțiune cutanată cu aspect tipic, care afectează în special copiii preșcolari și care poate se poate asocia cu simptome respiratorii, febră și artralgii, dar care au lipsit în cazul pacientului nostru, la care evoluția a fost favorabilă, cu remiterea spontană a leziunilor.

CONDRODERMATITA NODULARĂ CRONICĂ A URECHII: PREZENTARE DE CAZ (Poster)

MIHAELA BALABAN, CATALIN MIHAI POPESCU*, **, RALUCA POPESCU*, **, ANDREEA CALINESCU*, ANASTASIA HODOROGEA*, MIHAELA ANTOHE**

**Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti*

***UMF "Carol Davila", Bucuresti*

Obiective

Condrodermatita nodulară cronică a urechii este o afecțiune cutanată benignă a cartilajului urechii, care apare cel mai frecvent la barbații de vârstă medie, sub forma unui nodul solitar, dureros, pe helixul urechii și mai rar pe antehelix. Leziunea este cauzată de inflamația cartilajului, în contextul unor factori favorizanți, ca traumatismul cronic, presiunea crescută, temperatura scăzută și fo-

toexpunerea prelungită. Pot apărea complicații ca necroza cartilajului și ulcerație. Ca tratament, se poate opta pentru excizie chirurgicală, dar există riscul de infecție, recurență (11-31%) și rezultat estetic nesatisfăcător. Au fost încercate electroterapia, chiuretajul, injectarea intralezională de corticoizi, cu rezultate modeste.

Materiale și metode

Prezentăm cazul unei paciente de 63 ani, care avea, de aproximativ 2 luni, un nodul dureros pe pavilionul urechii drepte, cu evoluție rapidă în prima luna, apoi aspect staționar. Examenul clinic a evidențiat pe antehelixul drept un nodul eritematos, ferm, bine delimitat, rotund, cu diametru de 3 mm, dureros la palpare și în timpul somnului, secundar presiunii locale crescute.

Rezultate

Apariția unui nodul dureros care afectează cartilajul urechii, cu evoluție rapidă, la o pacientă de vârstă medie, a dus la diagnosticul clinic de condrodermatită nodulară cronică a urechii. Pacienta a fost asigurată de caracterul benign al leziunii și i-au fost propuse o serie de opțiuni terapeutice, printre care excizia chirurgicală și electroterapia, însă aceasta a refuzat. S-a recomandat folosirea unei perne din material textil, cu gaură centrală, cu scopul de a diminua presiunea locală crescută din timpul somnului, opțiune care a fost acceptată de pacientă. La 3 luni, s-a observat o evoluție favorabilă, cu dispariția durerii și palidarea eritemului, iar nodulul a căpătat culoarea tegumentului normal.

Concluzii

Am ilustrat un caz tipic de condrodermatită nodulară cronică a urechii, cu evolutie rapidă în decurs de 1 lună. Se remarcă apariția la o pacientă de sex feminin și afectarea antehelixului, întrucât, cel mai frecvent, afecțiunea cutanată se întâlnește la barbați, cu dispunere pe helix.

NOUTĂȚI TERAPEUTICE

★ PREZENT ȘI VIITOR ÎN PROFILAXIA COMPLICAȚIILOR TVP (ALFA WASSERMAN)

TATIANA ȚĂRANU, LAURA GHEUCA SOLOVĂSTRU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

Simpozionul își propune, să contureze identitatea produsului Vessel Due F în patologia venoasă. Vessel due F face parte din grupa terapeutică a **antitromboticelor** din care fac parte și inhibitorii de agregare plachetară (aspirina, clopidogrelul) și heparinele fiind însă o clasă terapeutică cu identitate proprie (un glicozaminoglican compozit cu 80 % fracție heparinică și 20% fracție dermatan sulfat) și având în esență, ca principal avantaj față de heparină, acela că **nu necesită monitorizarea INR-ului**.

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

Pentru ulcerul venos de gambă sunt de reținut cel puțin două aspecte: NNT (numărul de pacienți care trebuie tratat pentru a vindeca / cicatriza un ulcer venos în tratament cu Vessel Due F timp de 3 luni în asociere cu terapia compresivă este: **NNT = 4**. Și de asemenea am putea reține faptul că atât Ghidul American SVS/AVF 2011, cât și Ghidul European EVF/IUA/IUP 2014 și Ghidului Național de Boală Venoasă Cronică recomandă Vessel Due F încă din stadii precoce de durere / edem, respectiv ca pe unul din cele mai documentate tratamente pentru ulcerul venos.

O noutate absolută în ceea ce privește Vessel Due F este studiul internațional SURVET, studiu multicentric, randomizat, dublu orb la pacienții cu tromboză venoasă profundă și la a participat și România. Conform datelor din literatură, incidența recurențelor tromboembolismului venos este de cca 18% după 2 ani (în absența tratamentului), rezultatele studiului arătând faptul că Vessel Due F reduce incidența recurențelor cu 51%.

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 ne atrage atenția asupra unei medicații ce ar putea acoperi unele goluri în terapia curentă atât a patologiei arteriale

cât și a celei venoase, 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.

★ **MANAGEMENTUL DERMATITEI ATOPICE – ABC TERAPEUTIC** (BAYER)

MIRELA CHERCIU
Coordonator Centrul de Dermatologie şi Estetică Medicală Arcadia

CORTICOID TOPIC POTENT
ADVANTAN
Pentru controlul rapid al inflamatiei tegumentare

EMOLIENT
BEPANTHEN sensiderm
Pentru repararea barierei epidermale

ANTIHISTAMINIC ANTI H1
CLARITINE
Pentru limitarea pruritului

CLARITINE
Comprimate: 1 comprimat/zi
Sirop: 10 ml/zi copii > 30 kg
5 ml/zi copii < 30 kg

★ **TRATAMENT INOVATOR IN URTICARIE – TAMALIS** (GALENICA)

LAURA GHEUCA SOLOVĂSTRU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Rupatadina este o entitate chimică noua, ce prezintă un **efect antihistaminic și efect anti PAF** prin interacțiunea cu receptori specifici și nu prin antagonism fiziologic, cu un profil mai larg asupra proprietăților anti-inflamatorii(J. Mullol . Allergy 2008; 63 (Suppl 87): 5-28)

Antihistaminic de generația a doua, antagonist selectiv,pe termen lung al histaminei, cu activitate periferică la nivelul receptorilor H1, rupatadina dovedește și efectele clinice de blocare PAF (factor de agregare plachetara) –

cu efect de peste 1000 ori mai puternic decât histamina în creșterea permeabilității vasculare, asociat cu hiperreactivitate bronșică, a cărui activare inițiază faza vasculară a procesului inflamator acut, prin eliberarea numeroșilor mediatori ce agravează reacția alergică.

Rupatadina prezintă nivel maxim de eficiență - fiind cel mai puternic blocant selectiv H1, și cel mai putenic blocant PAF,dar și nivel maxim de siguranță!
Într-un studiu controlat cu placebo efectuat la pacienți cu urticarie idiopatică cronică, rupatadina a fost eficace în ameliorarea scorului mediu de **prurit** față de nivelul de referință, după o perioadă de 4 săptămâni de tratament (modificare faţă de nivelul de referinţă: rupatadină 57,5%, placebo 44,9%) şi scădere a numărului mediu de **leziuni cutanate** (54,3% faţă de 39,7%).
În studiu comparativ cu levocetirizina, rupatadina a demonstrat superioritatea, atât în reducerea scorului mediu al numărului de **papule**(rupatadina 19.3%,levocetizina 4.3%) și a dimensiunii acestora(19.10% rupatadina, 17.10% levocetirizina) cât și în **reducerea scorului mediu de prurit** (32.4%rupatadina, 26.8%levocetizina), ameliorând scorul simptomatologiei totale și îmbunătățind calitatea vieții.
Rupatadina, prezintă un profil de eficiență și toleranță și la pacienții cu simptomatologie marcată de **"Cold Urticaria"** dar și la pacienții cu alergie la **mușcătura de insecte**.

Cele mai frecvente reacții adverse în studiile clinice controlate au fost somnolența (9,5%), cefalea (6,9%) și oboseala (3,2%). Majoritatea reacțiilor adverse observate în studiile clinice au fost ușoare până la moderate ca severitate și, de obicei, nu au necesitat oprirea terapiei.
Siguranța la nivel cardiac a rupatadinei a fost evaluată într-un studiu QT/QT aprofundat, prin urmare, nu ridică probleme de siguranţă la nivel cardiac.

Moleculă inovatoare, cu un mecanism complet și complex, rupatadina nu interferă cu alimentația, se poate asocia concomitent cu azitromicina, fluoxetina, lorazepam și alcool, fără a demonstra efecte cognitive negative sau psihomotorii (inclusiv capacitatea de a conduce).

★ **GH3 DERMA+ INOVATIE SI TRADITIE IN TRATAMENTELE DERMATO-COSMETICE**
(FARMEC)

ANCA ZBRANCA
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

GH3 Derma+ prima gama de produse dermato-cosmetice a companiei Farmec prezinta in cadrul Conferintei de Dermatologie Zilele "Gh Nastase" solutiile pe care le ofera in abordarea tratarii diferitelor afectiuni dermatologice.

Traditia si notorietatea de care se bucura brandul Gerovital au condus la fireasca aparitei a aceastei game ce a afost creata in stransa legatura cu specialisti din domeniu, avand la baza studii de eficacitate si toleranta cu rezulate excelente."

★ **COMBINAȚATIA FIXA DE CLINDAMICINA SI PEROXID DE BENZOIL IN MANAGEMENTUL ACNEEI**
(GSK)

DANIEL IANCU MISU

★ **FOTOPROTECTIA- PROCES ESENTIAL IN TERAPIA SPECIFICA**
(BIODERMA)

PETRONELA RADU
Trainer Laboratoire Bioderma Romania

Ca urmare a accentului pus pe inovatie si tehnologie in cercetarea medicala, multe afectiuni pot fi diagnosticate si tratate foarte specific. Se poate vorbi de terapie personalizata, tratamente cu adresabilitate exacta in functie de specificatiile genetice ale pacientilor, dar si de nevoi specifice in ce priveste produsele complementare la terapie.

Statisticile ingrijoratoare in ce priveste incidenta leziunilor maligne asociate cu expunerea la UV, precum si studiile clinice care au evidentiat potentialul agravant al UV-urilor in multe patologii, au tras un semnal de alarma asupra importantei fotoprotectiei, aceasta devenind o etapa foarte importanta in tratarea multor patologii dar si un proces obligatoriu post-terapeutic in unele afectiuni.

Fiind cunoscut faptul ca mecanismul natural de protectie al pielii foloseste glutationul, un antioxidant foarte puternic, in lupta cu radicalii liberi, o provocare importanta a fost gasirea unui mod in care aceasta substanta sa fie protejata. Pielea tanara are rezerva de glutation intacta, dar odata cu varsta, s-a demonsrtat prin masuratori, ca aceasta scade, iar pielea devine vulnerabila, neputand sa isi foloseasca mecanismele proprii de protectie impotriva radicalilor liberi. Orice modificare a AND-ului celular sub actiunea radicalilor liberi indusi de expunerea la UV, poate degenera catre imbatranire prematura sau chiar catre melanom.

In acest context asigurarea unei fotoprotectii externe, dar si stimularea mecanismelor fotoprotectoare naturale ale pielii prin protejarea rezervei de glutation, precum si securizarea AND-ului celular au devenit obiective terapeutice cheie pentru produsele de fotoprotectie.

Ca raspuns la aceste provocari, **Laboratoarele Dermatologice Bioderma** au dezvoltat brevetul **CELLULAR BIOPROTECTION®** care protejeaza ADN-ul celular, stimuland sinteza de proteine de soc termic, componente ale

mecanismului natural de protectie a organismului. Totodata, brevetul protejeaza celulele Langerhans si le mentine active diminuand migrarea acestora in profunzime, sub actiunea UVA/UVB. Teste recente, au demonstrat capacitatea brevetului de a pastra rezervele de glutation ale pielii, asigurand actiunea puternic antioxidanta a acestuia la cote maximale, chiar si in timpul expunerii la UV.

Gama Photoderm raspunde nevoilor specifice patologiilor cutanate cu incidenta crescuta si contine formule cu proprietati terapeutice si texturi adaptate oferind o fotoprotectie foarte inalta, cu acoperire pe spectrul invizibil, dar si vizibil acolo unde patologia o cere.

Indiferent de texturile produselor, adaptarea galenica si paleta pigmentara, o caracteristica de baza a gamei **Photoderm**, o reprezinta prezenta brevetului **CELLULAR BIOPROTECTION®** care pastreaza rezerva de glutation caracteristica pielii tinere.

★ ALEGEREA ANTIHISTAMINICULUI POTRIVIT

(BERLIN CHEMIE)

DAN VÂȚĂ
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

Bilastina, artihistaminic nesedativ de generatia a doua, este aprobat pentru tratamentul simptomatic al rinoconjunctivitei si urticariei.

Ghidurile CONGA (Consensus Group On New-Generation Antihistamines) stipuleaza ca un antihistaminic este clasificat ca nesedativ, in urma evaluarii a cel puțin 3 factori importanți: autoraportarea somnolenței la persoanele tratate cu antihistaminice (nu are valoare științifică utilizarea exclusiva a acestei evaluări pentru a defini proprietățile sedative ale antihistaminicelor); evaluarea obiectivă a performanțelor psihomotorii și a funcțiilor cognitive cu ajutorul unor teste ca determinarea frecvenței critice de fuziune a luminii intermitente, a timpului de reacție pentru alegere și DSST(testul de substitutie a simbolurilor digitale).; si evaluarea prin PET a H1RO care oferă o masura sensibilă și absolută a penetrării barierei hemato-encefalice and PET assessment of H1RO. Este recunoscut ca H1RO <20% este o conditie pentru incadrarea unui antihistaminic nesedativ.

Concluzia „Bilastine vs. hydroxyzine:occupation of brain histamine H1-receptors evaluated by positronemission tomography in healthy volunteers” *Farré M, et al. Br J Clin Pharmacol. 2014 May 15* indica faptul ca bilastina 20 mg nu penetreaza bariera hemato-encefalica si nu atinge nivel suficient pentru a concura cu [11C]-doxepin in legarea de receptorii H1 in oricare regiune cerebrala de interes. Aceste rezultate, scot in evidenta lipsa activitatii bilatinei asupra SNC , si sunt coroborate cu datele de siguranta din obiectivele secundare. Bilastina nu a fost asociata cu reactii adverse ca somnolenta sau sedarea considerate posibile sau probabile asociate tratamentului. Datele din alte studii au indicat de asemenea lipsa efectului asupra performantelor psi-

homotorii sau a capacitatii de a conduce vehicule chiar si la doza dubla maxim recomandata.

Deci, bilastina 20 mg satisface criteriile subiective si obiective pentru a fi considerata un antihistaminic nesedativ de incredere.

★ PROTECŢIA SOLARĂ COMPLETĂ 360° – O NECESITATE REALĂ (IVATHERM)

LAURA GHEUCA SOLOVĂSTRU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

Protecţie solară foarte ridicată 360°- SPF50+

Ivatherm, prima companie românească de dermocosmetice şi-a propus încă de la început să creeze produse cu adevărat eficiente și foarte bine tolerate. Produsele Ivatherm sunt formule originale ce conțin Apă Termală Herculane și ingrediente active inovatoare, reprezentând ultimele descoperiri științifice în cosmetologie.

În 2016, Ivatherm lansează :

SUNLIGHT produse solare (cremă hidratantă pentru față și spray adulți și copii) cu protecţie 360º SPF 50+: UVA,UVB, IR,VIZ pentru toate tipurile de piele sensibilă.

Acestea protejează ADN-ul, au proprietăţi anti-inflamatorii şi imuno-modulatoare, efect hidratant şi protejează împotriva îmbătrânirii premature a pielii. Cu texturi lejere, nu lasă urme albe sau lipicioase şi se aplică uşor,chiar pe pielea umedă şi sunt rezistente la apă și transpirație.

Calitățile deosebite ale ingredientelor active folosite de Ivatherm şi filtrele de ultimă generaţie, în concordanţă cu reglementările europene, asigura pielii sensibile o protecţie solară completă.

★ TERAPIA TINTITA IN MANAGEMENTUL MELANOMULUI MALIGN (NOVARTIS-ONCOLOGY)

DANA CLEMENT
Institutul Regional de Oncologie Iasi

Introducere: Melanomul reprezinta sub 2% din cancerele cutanate dar este responsabil de majoritatea deceselor cauzate de cancerele cutanate. Aproximativ 20% din pacientii cu melanom dezvolta boala metastatica,

supravietuirea la 5 ani in stadiul IV fiind de 10-20%. Factorii care tin de gazda precum fenotipul caracteristic, prezenta nevilor multipli sau displazici dar si factorii de mediu precum expunerea intensa la radiatii UV, arsurile solare au fost asociati cu risc crescut de aparitie a melanomului. Istoricul familial de melanom este un alt factor de risc care creste riscul de aparitie a melanomului. Calea de semnalizare RAF/MEK/ERK este un mediator important al proliferarii celulelor tumorale in melanomul malign. Aproximativ 50% din melanoamele cutanate prezinta mutatia genei BRAF, activarea caii MAPK avand un rol important in progresia bolii.

Metoda si rezultate: Abordarea terapeutica a pacientilor cu melanom depinde de stadiul bolii. Excizia chirurgicala reprezinta atitudinea terapeutica primara in melanom, tipul interventiei depinzand de localizarea si stadiul bolii. Managementul pacientilor cu boala metastatica ramane o problema dificila; chimioterapia este recomandata pentru tratamentul pacientilor cu melanom metastatic sau nerezecabil dar rata de raspuns este, in general, sub 15% . Terapia tintita cu inhibitori BRAF sau MEK la pacientii ale caror tumori exprima mutatia genei BRAF reprezinta o optiune terapeutica la pacientii cu melanom metastatic. Dabrafenib, un inhibitor selectiv al BRAF, a demonstrat activitate antitumorala semnificativa comparativ cu terapia cu dacarbazina intr-un studiu clinic de faza III la pacientii cu boala avansata ale caror tumori au exprimat mutatie BRAF V600E. 250 pacienti cu melanom in stadiul III nerezecabil si stadiul IV au fost randomizati sa primeasca intr-un raport de 3:1 fie dabrafenib (150 mg de doua ori pe zi) fie dacarbazina (1000 mg/m^2 i.v. la fiecare 3 saptamani). Obiectivul primar al studiului a fost evaluarea supravietuirii fara semne de progresie a bolii detrminata de investigatori. Dabrafenib a crescut semnificativ supravietuirea fara semne de progresie a bolii comparativ cu dacarbazina (6,9 luni vs 2,7 luni, HR=0,37, p<0.0001), reducand cu 63% riscul de progresie al bolii. Rata raspunsului general a fost de 50% la pacientii din bratul de studiu cu dabrafenib vs 24% in bratul de studiu cu dacarbazina (95% interval de incredere). Rata de supravietuire generala la 3 ani a fost de 31% la pacientii tratati cu dabrafenib vs. 28% in bratul cu dacarbazina, cu o mediana a supravietuirii generale de 20,1 luni in bratul cu dabrafenib vs 15,6 luni in bratul cu dacarbazina (nesemnificativa statistic), 59% din pacientii din bratul de studiu cu dacarbazina trecand in bratul de tratament cu dabrafenib la progresia bolii. Cele mai frecvente reactii adverse la dabrafenib au fost reactiile adverse cutanate, febra, fatigabilitatea, artralgii si cefalee.

Concluzii: Dabrafenib reprezinta o optiune terapeutica eficienta la pacientii cu melanom malign in stadiul III nerezecabil sau stadiul IV cu mutatie BRAF prezenta, reducand cu 63% riscul de progresie a bolii.

★ INFLECTRA IN PRACTICA TERAPEUTICĂ CURENTĂ

(ALVOGEN)

LAURA GHEUCA SOLOVĂSTRU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

"Psoriazisul poate debuta la orice varsta, cu diferite forme de severitate. Aceasta afectiune are o evolutie cronica, cu exacerbari si remisiuni imprevizibile.

Una dintre cele mai noi posibilitati de tratament in cazul acestei boli cronice o reprezinta biosimilarul Inflectra, produs cu un profil de siguranta si eficienta comparabile cu originalul.

In aceasta lucrare sunt prezentate date care sa sustina biosimilaritatea dintre Inflectra si produsul de referinta Remicade, precum si date obtinute de la pacienti romani, care confirma rezultatele din studiile desfasurate pentru autorizarea produsului de catre Agentia Europeana a Medicamentului."

★ BIO-OIL - O NOUA OPTIUNE TERAPEUTICA IN DERMATOLOGIE

(AD PHARMA)

ALIN NICOLESCU
Secretar general al Societății Române de Dermatologie

La inceputul anilor '70 Dieter Bauer, in urma unei mai putin placute experiente personale, are idea de a dezvolta un produs pe baza de uleiuri imbunatatit cu vitamine, pentru ingrijirea pielii uscate, pruriginoase. Dupa ani de cercetare ajunge la formula actuala care include un amestec de vitamine si extracte naturale din plante incluse intr-o baza de uleiuri. Valoarea terapeutica a uleiurilor era cunoscuta inca din cele mai vechi timpuri. Erau frecvent utilizate in medicina chineza iar mai tarziu Hipocrate recomanda aromoterapia (baile cu ulei) sau masajul cu ulei in tratamentele sale. Forma finala a produsului Bio-Oil presupune insa mai mult decat atat. Aceasta contine uleiuri, extracte de plante, vitamina A, vitamina E, substante antiinflamatoare si antioxidante. Uleiurile minerale din compozitie au un grad crescut de puritate. Ele au o dubla actiune, avand un rol emolient (inmoaie pielea) dar si hidratant (impiedica uscarea pielii) prin realizarea unui strat protector al pielii care impiedica pierderea de apa. In plus stimuleaza penetrarea in profunzime a ingredientelor active din compozitia Bio-Oil.
Efectele terapeutice ale vitaminelor A si E sunt binecunoscute. Este important de stiut ca vitamina A provine din extracte naturale iar vitamina E este produsa sintetic.

Bio-Oil contine practic toate cele patru tipuri de ingrediente recunoscute si agreate la nivel mondial de autoritatile din domeniu: naturale, derivate din produse naturale, identice cu cele naturale (produse in laborator dar cu o compozitie identica cu produsele naturale) si sintetice.
Bio-Oil are multiple indicatii terapeutice pentru care s-au efectuat numeroase studii in centre de renume din tari precum Germania, Africa de Sud, Marea Britanie, China, etc. Este utilizat cu succes la pacientii cu tegumente uscate indifferent ca este vorba despre o xeroza cutanata constitutionala (cum se intalneste deseori la persoanele cu dermatita atopica, ihtioza si alte asemenea afectiuni) sau despre un tegument uscat determinat de factori de mediu (frig, vant, variatii mari de temperatura, etc), cosmetice (unele sapunuri, geluri de dus, detergenti), medicamente, etc. Se recomanda utilizarea lui si in tratamentele antiaging unde incetineste aparitia ridurilor si in general modificarile tegumentare determinate de procesul de imbatranire al pielii. In toate aceste situatii compozitia complexa a produsului Bio-Oil permite refacerea tegumentului astfel incat acesta sa redevina moale, hidratat, elastic. In plus el este foarte bine acceptat cosmetic deoarece se absoarbe rapid, nu este lipicios, nu miroase urat asa cum se intampla uneori in cazul unor uleiuri simple. Produsul este incadrat in clasa hipoalergenic deoarece in niciunul din studiile efectuate nu s-a raportat vreo reactie alergica. Se recomanda aplicarea sa de doua ori pe zi minim trei luni de zile printr-un masaj circular pana cand se absoarbe in totalitate.
O alta indicatie a produsului Bio-oil este in cazul cicatricilor indiferent daca este vorba despre unele noi sau vechi. Se aplica pe cicatrice indiferent de zona in care se afla sau de modul in care s-a produs (arsura, interventie chirurgicala, acne, traumatism s.a.m.d.).
S-au efectuat mai multe studii clinice dublu orb placebo controlat pentru a evidential rolul si valoarea terapeutica a produsului Bio-Oil in tratamentul cicatricilor. Au fost tratate cicatrici vechi de pana la trei ani de zile situate in orice segment al corpului prin aplicare de Bio-Oil de doua ori pe zi. Evaluarile au fost la 0, 2, 4, 8 uneori la 10 saptamani si de fiecare data s-a urmarit reducerea pigmentarii, a culorii, diminuarea cicatricii (in special in inaltime) dar si cresterea elasticitatii. In studiul proDerm s-au observat imbunatatiri la peste 90% din pacientii inrolati. Un aspect interesant a fost observant in studiul desfasurat in Peking University pe cicatrici de acnee, cand s-au observant clar imbunatatiri ale leziunilor (eritem, hiperpigmentare, excoriatii, elasticitate), insa fara a se accentua leziunile de acnee (comedoane) sau secretia de sebum asa cum poate ne-am fi asteptat dat fiind ca baza acestui produs este de uleiuri. Acest lucru demonstreaza o data in plus ca Bio-Oil nu este un simplu ulei care face ocluzie ci un produs mult mai complex care are printre alte calitati si proprietatile curative ale uleiurilor dar fara efectele neplacute ale acestora.
Bio-Oil este utilizat cu succes in cazul vergeturilor. Se recomanda aplicarea sa pentru a incerca sa prevenim aparitia vergeturilor cand exista un risc crescut (diabet zaharat, boli endocrine) dar si pentru îmbunătățirea aspectului vergetu-

rilor deja existente indiferent de stadiul acestora (incipient sau matur). In studiul proDerm efectuat in Hamburg toti pacientii au raportat imbunatatiri ale leziunilor. S-au urmarit mai multi parametri dintre care amintim culoarea, dimensiunea, elasticitatea. Au fost pacienti cu vergeturi postsarcina, pacienti care au dezvoltat vergeturi dupa ce s-au ingrasat sau au slabit brusc si care au aplicat Bio-Oil de doua ori pe zi minim opt saptamani. Au fost si alte afectiuni in care dupa aplicarea Bio-Oil s-au observant diverse grade de imbunatatire fara insa a se putea explica destul de clar prin ce mecanism a actionat. Este cazul unor leziuni hiperpigmentare (probabil mecanism combinat antioxidant si de inhibare a tirozinazei) sau cand se aplica dupa expunerea la soare (scade inflamatia, roseata, deshidratarea).

1. *Bibliografie:Bio-Oil Product Manual*
2. *Exploratory clinical study to evaluate the efficacy of Bio-Oil in improving the appearance of facial acne scars (Peking University, 2012, Beijing)*
3. *Placebo controlled double-blind study to test the efficacy of Bio-Oil against scars (proDerm, 2010 Hamburg)*
4. *Placebo controlled double-blind study to test te efficacy of Bio-Oil against striae (proderm, 2010 Hamburg)*
5. *Scar study (Medunsa, 2005 Africa de Sud)*
6. *Striae study (Medunsa, 2005 Africa de Sud)*
7. *Bio-Oil scar user-trial (Ayton-Moon, 2002, Somerset, United Kingdom)*

★ SUN CARE

(AVENE)

CĂTĂLIN POPESCU

Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti

Universitatea de Medicina si Farmacie “Carol Davila”, Bucuresti

Fotoprotectia presupune mai mult decat evitarea arsurii solare. Chiar si la doze suberitematogene, ultravioletele favorizeaza aparitia de dimeri de timina, implicati in oncogeneza. O parte sunt reparati, dar pot scapa si mutatii "nereparate". De aceea este important ça fotoprotectorul sa protejeze ADN-ul de modificarile induse de ultraviolete.

Stabilitatea preparatului fotoprotector este importanta, pentru ca acesta sa fie la fel de eficient si atunci cand va fi folosit in conditii extreme.

Nu putem evita soarele la modul absolut pentru ca:
1) exista expuneri solare inevitabile;

2) in epidemia actuala de obezitate si diabet, populatia ar trebui incurajata sa faca sport, iar majoritatea activitatilor sportive au loc in aer liber. Din aceste motive, fotoprotectoarele sunt indispensabile unui stil de viata sanatos.

Dermatologii pot contribui semnificativ la educarea publicului in privinta utilizarii corecte a fotoprotectoarelor.

★ **EXCILOR : O NOUA OPTIUNE TERAPEUTICA IN ONICOMICOZA** (SANDOZ)

ALIN NICOLESCU
Secretar general al Societății Române de Dermatologie

Excilor este o solutie terapeutica moderna si inovatoare, cu un mod de actiune diferit asupra onicomicozei. Excilor modifica pH-ul unghial si opreste dezvoltarea fungilor, si se poate aplica pe unghiile adiacente cu risc de infectare.

★ **IMUNOGENICITATEA – UN CONCEPT PUR TEORETIC SAU CU APLICABILITATE IN PRACTICA CLINICA?**
(PFIZER)

LAURA GHEUCA SOLOVASTRU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

★ **AVANTAJELE ENBREL IN TRATAMENTUL CRONIC AL PACIENTILOR CU PSORIASIS.**
(PFIZER)

ALIN NICOLESCU
Secretar general al Societății Române de Dermatologie

ASPECTE DIN PATRIMONIUL UMF - GR T POPA- IN COLECTIILE BIBLIOTECII –,,GHEORGHE DEMETRIADE -CREATOR DE SCOALA DERMATOLOGICA SI COLECTIONAR DE CARTE RARA '

PROF.VIORICA SCUTARIU
Director Biblioteca Centrala UMF-GR T POPA –IASI

DERMATOLOGIA: ŞTIINŢĂ ŞI ARTĂ

LAURA STĂTESCU ŞI COMITETUL DE ORGANIZARE ZGN

„Din bube, mucegaiuri şi noroi…"

Din cele mai vechi timpuri ştiinţele medicale şi arta vizuală au fost strâns interconectate. Medicina nu poate exista fără artă: arta descrierii, arta

comunicării, dar şi arta de a pune un diagnostic corect, de a trata bolnavul, de a inţelege bolnavul etc.

Dermatologia, ca şi ramură a medicinei, nu poate exista fără artă. Dermatologia înseamnă iagine, culoare, descriere.

Istoria artei este plină de repere dermatologice. De la cele mai vechi scrieri medicale (Papirusul Ebers), la pictori, sculptori ce au reprezentat în opere celebre diverse afecţiuni dermatologice.

DERMATOLOGIA ÎN IMAGINI

✓ KERATINOCITUL – ÎNTRE ŞTIINŢĂ ŞI ARTĂ

IRINA-DRAGA CĂRUNTU, SIMONA ELIZA GIUŞCĂ, CORNELIA AMĂLINEI, RALUCA BALAN
Departamentul de Științe Morfofuncționale
Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași, Romania

Structura keratinocitului – principala celulă componentă a epidermului – concentrează un ansamblu molecular perfect integrat, care fundamentează secvenţele procesului de diferenţiere de la celula suşă până la celula superficială descuamantă, proces considerat o formă specializată de apoptoză. Aspectele de morfologie microscopică clasică ale keratinocitului, în succesiunea straturilor bazal, spinos, granulos, lucios şi cornos, reflectă modificările biochimice ale panelului de molecule care, prin interacţiunea lor, asigură menţinerea funcţiei de barieră a pielii. Prezentarea este axată asupra evoluţiei keratinocitului în paralel cu organizarea tonofilamentelor, tonofibrilelor, granulelor de keratohialină şi a corpilor lamelari, precum şi a joncţiunilor desmozomale specifice, şi este dublată de suport informaţional aferent istoriei medicinei şi artei.

✓ MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN TULBURĂRILE EREDITARE ALE ȚESUTULUI CONJUNCTIV- SUBSTRAT MORFOLOGIC ȘI MOLECULAR

CORNELIA AMĂLINEI, RALUCA BALAN, IRINA-DRAGA CĂRUNTU
Departamentul de Științe Morfofuncționale
Universitatea de Medicină și Farmacie "Grigore T. Popa" Iași, Romania

Tulburările ereditare ale țesutului conjunctiv reprezintă maladii relativ nou identificate, datorită noilor tehnici de moleculare, fiind caracterizate prin mutații care afectează proteinele matriceale, cum ar fi: colagenul, proteoglicanii, elastina, fibrilina și laminina. La începutul secolului XX, Edvard Ehlers și *Henri-Alexandre* Danlos au descris un spectru de afecțiuni cu hipermobilitate articulară și hiperelasticitate cutanată. De atunci, s-au individualizat subtipurile Sindromului Ehlers-Danlos și s-au identificat mutațiile specifice ale genelor colagenului. La acest sindrom, s-au adaugat treptat și alte afecțiuni, cărora li s-au identificat genele mutante corespunzătoare, cum ar fi Sindromul Marfan, MASS, Displaziile scheletale, Epidermoliza buloasă, Artro-oftalmii ereditare, Sindromul Alport, Sindromul Kindler, Cutis laxa, Pseudoxanthoma Elasticum și altele. Tabloul clinic al tulburărilor ereditare ale țesutului conjunctiv este caracterizat prin afectarea cutanată, musculo-

scheletală, articulară, cardio-vasculară, oculară; variabil, se pot adăuga manifestări renale, respiratorii și neurologice. Lucrarea își propune o trecere în revistă a substratului morfologic și molecular al acestor maladii, în corelație cu manifestările clinice, cu accent pe cele cutanate. În general, mutațiile grave se asociază cu forme clinice severe, cu diverse grade de handicap fizic care necesită corecții chirurgicale. Importanța cunoașterii acestor afecțiuni este determinată de faptul că unele tulburari sunt discrete din punct de vedere al aspectului clinic și, deși permit pacienților o viață normală, dificultatea unui diagnostic adecvat poate agrava evoluția și crește riscul transmiterii lor ereditare la descendenți. Portalul electronic al bolilor rare constituie un suport util pentru depistarea acestor maladii și oferă perspective de cercetare pentru dezvoltarea de noi terapii revoluționare.

✓ MODIFICĂRI HISTOPATOLOGICE ALE SENESCENȚEI CUTANATE

RALUCA BALAN, IRINA- DRAGA CĂRUNTU, CORNELIA AMĂLINEI
Departamentul de Științe Morfofuncționale
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași, Romania

Îmbătrânirea pielii reprezintă un proces polivalent, pe de o parte intrinsec sau programat, ca o consecință naturală a modificărilor fiziologice datorate factorilor genetici, pe de altă parte prematur, datorat expunerii cumulative a pielii la radiațiile ultraviolete, cu repercursiuni funcționale și estetice. Deși mecanismele moleculare ale îmbătrânirii pielii sunt incomplet elucidate, se consideră că modificările histologice reprezintă consecința unor fenomene complexe ce includ căi de semnalizare celulare inflamatorii, interacțiuni între diverse citokine (IL-1, IL-6, IL-8, GM-CSF), mutații ale ADN mitocondrial, inducția și activitatea metaloproteinazelor matriceale (MMP) și capacitatea de autoreparare celulară. Scopul acestei lucrări este de a reactualiza mecanismele moleculare și modificările histologice caracteristice fenomenului de senescență cutanată, subliniind diferențele semnificative clinic dintre procesul intrinsec și fotoîmbătrânirea cutanată. Literatura de specialitate atribuie fotosenescenței modificări specifice, elastoza fiind marca histopatologică a acesteia. Spectrul larg al modificărilor cutanate datorate înaintării în vârstă presupune pierderea elasticității și a funcției de protecție a pielii, aspectele hipertrofice (ridarea profundă, prin alterarea fibrelor de colagen) sau atrofice, cu depigmentare focală, afectarea sistemului imun local, atrofia vascularizației și inervației cu efect asupra termoreglării și a percepției senzoriale, perturbarea producerii și diferențierii keratinocitelor, scăderea melanocitelor cu reducerea protecției față de radiațiile ultraviolete, alterarea sistemului anexelor cutanate sau chiar dezvoltarea unor modificări displazice. Variabilitatea alterărilor histologice amintite reflectă și diferențele morfofuncționale cutanate în funcție de rasă. Studii ulte-

rioare în acest domeniu sunt justificate de aprofundarea complexității impactului genetic și a factorilor de mediu asupra mecanismelor histopatologice, ca prim pas spre stabilirea de noi strategii de prevenție și tratament.

✓ INTERESTING DERMATOPATHOLOGY CASES FROM US

ALEODOR ANDEA
University of Michigan

Proliferative nodules

Proliferative (cellular) nodules (PN) are dermal nodular proliferation of melanocytes typically occurring within a giant congenital melanocytic nevus (CMN). [1] They present at birth or develop in childhood as isolated or rarely multiple papules or nodules and are characterized histologically by increased cellularity and distinct morphology (usually larger cell size) compared to the background nevus. [2,3] Occasionally PNs may exhibit worrisome clinical features such as rapid growth, hemorrhage, and ulceration as well as atypical histology including nuclear pleomorphism, and expansile growth. [4] These clinical and histological features often raise suspicion for melanoma evolving in a CMN especially since patients with CMNs are reported to have increased risk of developing melanoma, with the highest risk occurring in those with garment-type nevi or nevi larger than 40 cm in diameter. Even for PNs presenting at birth there may be reasons for concern as there have been several reported cases of neonatal melanomas arising from giant CMNs. [5] The distinction between melanoma and PN is extremely important because, when diagnosed correctly, PNs are characterized by a benign behavior and will often regress spontaneously. [1] Criteria to differentiate PN from melanoma are summarized below. [6]

Proliferative nodule	Melanoma
Blends with surrounding nevus	Destructive expansile, well circumscribed or infiltrative border
Usually mild atypia	Severe atypia
Rare mitoses or absent	Numerous mitoses
Atypical mitoses absent	Atypical mitoses present
Necrosis absent	Necrosis present
Maturation present	Maturation absent
Minimal MIB-1 expression	Often brisk MIB-1 expression

It is important to be aware that proliferative nodules in neonates can demonstrate prominent mitotic activity and a primitive cytology with large nuclei and small amount of cytoplasm. [7] These lesions can diagnostically challenging and CGH/ SNP array studies may be employed. PNs demonstrate either no chromosomal abnormalities, have gains and/or losses of entire chromosomes (except losses of chromosome 9) or show polyploidy. [7,8]

References

1. *Herron MD, Vanderhooft SL, Smock K, Zhou H, Leachman SA, Coffin C. Proliferative nodules in congenital melanocytic nevi: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis. The American journal of surgical pathology. 2004;28(8):1017-1025.*
2. *Borbujo J, Jara M, Cortes L, Sanchez de Leon L. A newborn with nodular ulcerated lesion on a giant congenital nevus. Pediatr Dermatol. 2000;17(4):299-301.*
3. *Leech SN, Bell H, Leonard N, et al. Neonatal giant congenital nevi with proliferative nodules: a clinicopathologic study and literature review of neonatal melanoma. Archives of dermatology. 2004;140(1):83-88.*
4. *Phadke PA, Rakheja D, Le LP, et al. Proliferative nodules arising within congenital melanocytic nevi: a histologic, immunohistochemical, and molecular analyses of 43 cases. The American journal of surgical pathology. 2011;35(5):656-669.*
5. *Paradela S, Fonseca E, Prieto VG. Melanoma in children. Arch Pathol Lab Med. 2011;135(3):307-316.*
6. *McKee P, Calonje E. Congenital Nevus. In: McKee P, Calonje E, eds. Diagnostic Atlas of Melanocytic Pathology. Vol 1. 1 ed: Mosby Elsevier; 2009:65-75.*
7. *Nguyen TL, Theos A, Kelly DR, Busam K, Andea AA. Mitotically active proliferative nodule arising in a giant congenital melanocytic nevus: a diagnostic pitfall. Am J Dermatopathol. 2013;35(1):e16-21.*
8. *Bastian BC, Xiong J, Frieden IJ, et al. Genetic changes in neoplasms arising in congenital melanocytic nevi: differences between nodular proliferations and melanomas. Am J Pathol. 2002;161(4):1163-1169.*

3. Cellular blue nevi and malignant blue nevi

Blue nevi are dermal proliferations of dendritic or spindle melanocytes, thought to result from arrest of melanocytic precursors in their migration from the neural crest to the epidermis. The name stems from the bluish clinical appearance of these lesions caused by the Tyndall phenomenon (longer red wavelengths are absorbed while shorter blue ones are scattered back). Classification of blue nevi is based on clinical appearance and histologic features such as relative predominance of dendritic melanocytes (common blue nevus), spindle cells (cellular blue nevus) or epithelioid cells (epithelioid blue nevus), presence of a prominent sclerotic stroma (sclerosing blue nevus) or lack of pigmentation (amelanotic blue nevus). The two main types are conventional and cellular blue nevus. Conventional blue nevus is composed of dermal dendritic melanocytes with pigmented cytoplasm percolating between sclerotic dermal collagen. Cellular blue nevus (CBN) is a tumor of children or young adults with a female predilection and presents as a 1-2 cm bluish nodule usually involving

the buttocks, sacral area or scalp. Histologic examination shows a dermal nodular lesion with a lobular or plexiform architecture, lacking a junctional component. The lesion is symmetric and has a rounded, well-demarcated inferior margin that often bulges into the subcutaneous fat, imparting a dumbbell appearance. CBNs are composed of nests or bundles of cells surrounded and separated by fibrous trabeculae often containing pigmented dendritic melanocytes and abundant melanophages. The cells of CBN are ovoid to spindle with pale, mostly amelanotic cytoplasm. Nuclei are round to fusiform, somewhat enlarged but with minimal pleomorphism and absent or only isolated mitotic figures. A biphasic pattern is encountered in about two thirds of CBNs in which the cellular component is accompanied by a dendritic melanocytic component in the superficial dermis or at the periphery of the lobules indistinguishable from common blue nevus. Other histologic presentations may include fascicles of spindle cells oriented in all directions without compartmentalization and the presence of central cystic degeneration with the cellular nests separated by edema and myxoid stroma. The tumor cells are diffusely positive for Mart-1, HMB 45 and S100. CBNs demonstrate a very low proliferative activity, which translates into a low labeling index with Ki-67 marker. Atypical cellular blue nevus (ACBN) is a CBN with significant atypia concerning for but short of a definitive diagnosis of malignancy. Atypical features in ACBN include infiltrative margins, asymmetry, hypercellularity, nuclear pleomorphism, hyperchromasia, increased mitotic activity, and even necrosis. [1] These lesions are commonly regarded as ambiguous or 'borderline' tumors of uncertain biologic potential. Malignant blue nevus (MBN) is a rare variant of melanoma characterized by an overtly malignant component that either resembles a CBN, it is associated with a CBN component or arises in a background of CBN (melanoma ex blue nevus). [2] It is distinguished from CBN by a larger size, asymmetry, necrosis, expansile or infiltrative growth pattern, greater cellular density, sheet-like dermal architecture, overt cytologic atypia, and increased mitotic activity. MBNs are characterized by an aggressive behavior with high incidence of distant metastases to lung and liver and increased mortality. In contrast, ACBNs behave in an indolent manner similar to CBNs. Accurate classification of a lesion as ACBN or MBN is extremely important in predicting clinical outcome; however it is often challenging even among experts in the field as no clear cut morphologic criteria can be applied. [3]

Recent studies have showed that copy number aberrations (identified by SNP microarrays) are more common and often more complex in malignant blue nevi compared with cellular and atypical cellular blue nevi. [4] Similar to other melanocytic tumors, analysis of copy number changes by SNP microarray can be used to differentiate malignant blue nevi from CBNs and ACBNs. In one recent study, copy number aberrations were detected in 0% of cellular blue nevi, 25% of atypical cellular blue nevi (one aberration/ case), and 67% melanomas ex blue nevi (4 or more aberrations/ case). Common abnormalities were gains of 1q, 4p, 6p, and 8q, and losses of 1p and 4q.

References

1. *Tran TA, Carlson JA, Basaca PC, Mihm MC. Cellular blue nevus with atypia (atypical cellular blue nevus): a clinicopathologic study of nine cases. Journal of cutaneous pathology. 1998;25(5):252-258.*
2. *Granter SR, McKee PH, Calonje E, Mihm MC, Jr., Busam K. Melanoma associated with blue nevus and melanoma mimicking cellular blue nevus: a clinicopathologic study of 10 cases on the spectrum of so-called 'malignant blue nevus'. The American journal of surgical pathology. 2001;25(3):316-323.*
3. *Barnhill RL, Argenyi Z, Berwick M, et al. Atypical cellular blue nevi (cellular blue nevi with atypical features): lack of consensus for diagnosis and distinction from cellular blue nevi and malignant melanoma ("malignant blue nevus"). The American journal of surgical pathology. 2008;32(1):36-44.*
4. *Chan MP, Andea AA, Harms PW, et al. Genomic copy number analysis of a spectrum of blue nevi identifies recurrent aberrations of entire chromosomal arms in melanoma ex blue nevus. Mod Pathol. 2016;29(3):227-239.*

4. Spitzoid neoplasms

Spitzoid neoplasms comprise a morphologically distinct but heterogeneous group of melanocytic neoplasms characterized by the presence of epithelioid and spindle cells with abundant eosinophilic cytoplasm and large vesicular nuclei with prominent nucleoli. The spectrum of spitzoid tumors include benign tumors (Spitz nevi and atypical Spitz nevi), tumors with borderline histopathologic features (atypical Spitz tumors) and malignant tumors (spitzoid melanomas). Due to their inherent cytologic atypia, spitzoid tumors are notoriously difficult to classify. They represent one of the groups of melanocytic lesions in which ancillary molecular studies are most commonly employed to refine the diagnosis.

Most Spitz nevi show no genomic abnormalities by CGH. However, a subset of Spitz nevi is characterized by isolated gains of 11p. [1] This area of the genome spans the locus for the HRAS gene and these cases also harbor activating HRAS mutations. [2] Histologically, these nevi are larger, predominantly intradermal, have an infiltrative growth pattern and are associated with a stromal desmoplastic response (desmoplastic Spitz nevi) similar to the presented case. [2] More recently a subset of Spitz tumors (including benign nevi, borderline atypical Spitz tumors and spitzoid melanomas) have been found to harbor protein kinase fusion products. [3] By CGH/SNP microarray some of these cases with unbalanced rearrangements may show genomic aberrations within the translocated gene. Spitzoid melanomas do not have isolated gains of 11p and exhibit multiple abnormalities involving segments of chromosomes and entire chromosomes. [4]

References

1. *Bastian BC, Wesselmann U, Pinkel D, Leboit PE. Molecular cytogenetic analysis of Spitz nevi shows clear differences to melanoma. J Invest Dermatol. 1999;113(6):1065-1069.*
2. *Bastian BC, LeBoit PE, Pinkel D. Mutations and copy number increase of HRAS in Spitz nevi with distinctive histopathological features. Am J Pathol. 2000;157(3):967-972.*
3. *Wiesner T, He J, Yelenski R et al. Kinase fusions are frequent in Spitz tumours and spitzoid melanomas. Nat Commun. 2014; 5:3116*
4. *Wiesner T, Kutzner H, Cerroni L, Mihm M, Busam K, Murali R. Genomic aberrations in spitzoid melanocytic tumorus and their implications for diagnosis, prognosis and therapy. Pathology. 2016;48(2):113-131*

5. Nevoid melanoma

Nevoid melanoma is an uncommon variant of melanoma that closely resembles a benign nevus on histology. Confusing histological features include symmetrical silhouette, circumscription, maturation and an inconspicuous junctional component. Clues to the diagnosis of melanoma include presence of dermal mitotic figures including deeply located and atypical mitoses, a sheet-like growth pattern, prominent nucleoli at the base of the lesion and lack of complete maturation. [1] New molecular techniques such as comparative genomic hybridization and FISH can aid in establishing a correct diagnosis. [2] CGH/ SNP arrays usually will show multiple abnormalities. *MYC* gene amplifications are a common occurrence in nevoid melanoma.

References

1. *DiCaudo DJ, McCalmont TH, Wick MR. Selected diagnostic problems in neoplastic dermatopathology. Arch Pathol Lab Med. 2007;131(3):434-439.*
2. *Gerami P, Wass A, Mafee M, Fang Y, Pulitzer MP, Busam KJ. Fluorescence in situ hybridization for distinguishing nevoid melanomas from mitotically active nevi. The American journal of surgical pathology. 2009;33(12):1783-1788.*

✓ IMAGES IN DERMATOLOGY: LESSONS FROM GREAT CASES

ANA M. CIUREA
Departamentul Dermatologie, The University of Texas MD Anderson Cancer Center

This interactive session will be focusing on selected original cases from a cancer center, mainly from a practical point of view. Audiences will be kept up to date regarding the latest therapy, genetic testing and/or molecular biology to improve patient care as well as current and future applications of new diagnostic tests and tools. A wide-spectrum of infectious diseases, malignant disorders and paraneoplastic syndromes will be covered in this lecture. The format will be presentations that will be augmented with audience questions and discussions.

✓ ERUPȚII ERITEMATO-SCUAMOASE LA COPIL- ORIENTARE DE DIAGNOSTIC

ALEXANDRU TĂTARU
Universitatea de Medicina si Farmacie "Iuliu Haţieganu"Cluj-Napoca

✓ PERLE DIAGNOSTICE ȘI TERAPEUTICE

CATALIN POPESCU, RALUCA POPESCU
Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti
Universitatea de Medicina si Farmacie"Carol Davila", Bucuresti

Discutarea unor cazuri clinice mai neobișnuite a fost întotdeauna apreciată de dermatologi. Mai mult decât altor specialiști, dermatologilor le place provocarea diagnosticului clinic. De multe ori, observarea unui semn clinic particular permite stabilirea rapidă a unui diagnostic fără a se recurge la investigații sofisticate și costisitoare.
Și în privința terapiei, sunt situații în care tratamentele clasice „din tratate" dau greș și poți fi nevoit să recurgi la intervenții mai puțin obișnuite.

Vom prezenta câteva perle diagnostice și terapeutice culese din practică.

✓ DIAGNOSTICUL DIFERENTIAL DERMATOSCOPIC AL MELANOMULUI MALIGN ACRAL SI AL MUCOASELOR

PAUL ILARIAN IONESCU
CMI DR. IONESCU PAUL ILARIAN – Bucuresti

Lucrarea vine sa puncteze criteriile dermatoscopice de diagnostic pozitiv al melanomul malign acral si al mucoaselor si criteriile dermatoscopice de diferentiere de alte leziuni.

Lucrarea contine imagini exemplificatoare avand un caracter didactic.

✓ CURRENT STATUS OF CGH/SNP MICROARRAY TESTING IN DIAGNOSING DIFFICULT MELANOCYTIC TUMORS

ALEODOR ANDEA
University of Michigan

1. Background

Melanoma is the leading cause of death among cutaneous neoplasms. To date, the only effective therapy relies on early detection followed by excision with negative margins. Appropriate patient management relies heavily on accurate pathologic diagnosis. For the great majority of melanocytic tumors histopathologic examination can reliably distinguish nevi from melanomas. There is however, a subset of melanocytic tumors that cannot be definitively classified as benign or malignant using histopathological criteria alone. Such lesions are usually diagnosed using terms that imply various degrees of uncertainty in regard to their malignant potential and create the possibility for mismanagement including either over or under treatment. For such lesions additional ancillary tests would be beneficial in adjudicating a more firm diagnosis. Conventional ancillary studies such as immunohistochemistry have only a limited utility in distinguishing an atypical nevus from melanoma. In recent years molecular ancillary tests based on the identification of genomic copy number changes have been developed to help guide the diagnosis of ambiguous melanocytic proliferations.

It has been previously found that most melanomas have an unstable genome with numerous clonal DNA abnormalities including segmental losses of chromosomes 6q, 8p, 9p, 9q, 10p, 10q and 11q along with gains involve ng chromosomes 1q, 2, 4q, 5p, 6p, 7p, 7q, 8q, 11q, 17q and 20q; whereas the majority of benign melanocytic nevi have no chromosomal aberrations or may show specific isolated abnormalities (such as 11p gains in Spitz nevi, gains or losses of whole chromosomes in proliferative nodules or losses of 3p in BAP-negative nevi) which are not found in melanomas. [1-7] Melanomas will also commonly display homozygous deletions of tumor suppressor genes such as CDKN2A and PTEN and/or amplifications of oncogenes (BRAF, MITF).

This non-overlapping pattern of chromosomal aberrations between nevi and melanomas provided an opportunity for diagnostic strategies based on tests evaluating DNA copy number alterations such as microarray Comparative Genomic Hybridization (CGH) or Single Nucleotide Polymorphism (SNP). An initial study investigated the performance of CGH in differentiating melanomas from nevi found that the assay would work well with a sensitivity of 96% and specificity of 98%. [2] In recent years, array CGH testing has been employed increasingly in clinical setting as an ancillary test for histologically ambiguous melanocytic lesion.

CGH is a technique that evaluates the entire genome for areas of copy number alterations (CNA). In the initial iteration of this technique CNAs were evaluated using competitive hybridization of equal amounts of tumor and normal or reference DNA to normal human metaphases. The isolated tumor and normal DNA is fragmented and then labelled with either a red or greed fluorochrome. The labeled DNA is mixed in a 1:1 ratio and co-hybridized to metaphase chromosomes. Since the labeled tumor and normal DNA compete for hybridization, areas with less tumor (DNA loss) with mark with the color of normal DNA, areas with more tumor (DNA gain) will label with the color of the tumor and areas with no gains or losses will mark yellow. Further developments of this test replaced the chromosome metaphases with microarrays (array CGH). These are glass sides or other types of solid surfaces that are spotted with fragments of DNA from a specific genomic area. The number of dots corresponds to the resolution of the array and ranges from few thousands in the original arrays manufactured using bacterial artificial chromosomes (BAC arrays) up to 4 million. For some of the arrays, the tumor DNA is hybridized directly to the array (instead of being first mixed with normal DNA). The results are then compared to those from a pool of reference DNA.

A variation of this technique is using probes on the array corresponding to regions of single nucleotide polymorphism (SNP). For these SNP arrays, each area of the genome that is investigated is represented by two or more probes corresponding to the various genotypes in the normal population. SNP arrays provide, in addition to CNAs, information about allelic ratio and help identify areas of loss of heterozygosity in the genome. SNP arrays will identify areas of copy neutral loss of heterozygosity (CN-LOH) which are missed by the conventional array CGH.

There are two significant barriers to the routine use of CGH/SNP arrays for melanocytic lesions: formalin fixation and the amount of required sample DNA input. DNA from formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) tissue is usually degraded and fragmented. Depending on the platform, CGH can work reasonably well on FFPE tissue. However, severe DNA fragmentation (occurring in old or over fixed FFPE tissue) will increase the background noise of the assay and render the results uninterpretable. Also the required DNA input ranges from 250-2000 ng for various platforms. This requirement limits the use of

array CGH in small biopsies from which this amount of tumor DNA might be difficult to extract.
More recently SNP microarray platforms using protocols specifically developed for degraded DNA from formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue and based on molecular inversion probes (MIPs) have been developed. [8,9] Due to the fact that the probe interrogation site is just 40 base pairs, this test can use highly fragmented and degraded DNA. The test uses a mix of ~220,000 MIPs, each of them specific for a SNP site in the genome. Briefly, the isolated patient DNA is annealed to the MIP probe panel. Annealed MIPs are circularized, followed by enzymatic removal of any un-ligated and un-circularized probes and of the linear template DNA. This enzymatic removal step greatly reduces the noise for FFPE samples. Remaining MIPs are linearized, amplified, enzymatically fragmented, and hybridized to oligonucleotide microarrays. The arrays are washed, scanned, and the results are analyzed and interpreted. For copy number analysis the assay has a resolution of 50-100 kb in genomic regions spanning selected 900 cancer genes and of 300 kb outside of these regions. This platform can also provide mutational data for a limited number of genes.
Although SNP Array is a powerful diagnostic tool for the evaluation of chromosomal copy number changes, this assay will not detect balanced chromosomal aberrations, unbalanced genomic aberrations of regions or point mutations not represented on the microarray, or a tetraploid genome resulted from duplication of a diploid genome. The test may not detect genomic imbalances in samples with less than 25% tumor burden or mosaicism changes.
Fluorescence in situ hybridization (FISH) testing for melanoma has evolved in the last years as an alternative to CGH/ SNP microarrays. An initial study investigated the performance of 14 FISH probes targeting the loci most commonly altered in melanoma on a cohort of 97 melanomas and 97 nevi. [10] A panel of probes targeting 6p25 (RREB1), centromere 6, 6q23 (MYB) and 11q13 (CCND1) provided the higher discrimination of nevi from melanomas with 86.7% sensitivity and 95.4% specificity. In the last years a number of studies have re-evaluated the performance of this assay. The sensitivity of the assay was found to vary from 82% to 100% while the specificity ranges from 89% to 100%. Due to the relative poor performance in the subsets of spitzoid and spindle melanomas a second generation of the probe set was developed that included probes for 9p21 (CDKN2A) and 8q24 (MYC). [11] Adding these probes to the original probe set increases sensitivity to 94% and specificity to 98%. Compared with FISH, CGH/ SNP microarray is a more sensitive technique; however it is more labor-intensive, costly and requires more material compared to FISH. Below is a comparison of SNP/CGH and FISH advantages and disadvantages.

SNP/ CGH	FISH
Advantages	Disadvantages
- Scans entire genome - Positive aberrations are likely significant (good specificity)	- Evaluates only 5 loci (will miss abnormalities outside probed loci) - Higher probability of false positive (lower specificity) - Lack of experience in counting - Tetraploidy - Different cutoff points
Disadvantages	**Advantages**
- Technically difficult - Needs tumor enrichment (25-50% tumor purity) - Cannot be used in thin lesions - No histologic correlations - Can miss changes in subpopulations (low sensitivity) - Significance of certain abnormalities is not well established	- Technically easier - Does not need tumor enrichment - Can be used in thin lesions - Allows some histologic correlations - Will detect focal changes (high sensitivity)

One issue that still needs more clarification is the number and pattern of genomic abnormalities detected by CGH that would allow a definitive diagnosis of nevus or melanoma. Melanocytic tumors with numerous segmental gains or losses including commonly affected areas are easy to classify by CGH; however, these can be usually diagnosed by conventional histology. Borderline melanocytic tumors usually show a lower number of aberrations that are at times difficult to classify. On the other hand, using high resolution arrays, clearly benign nevi may show small areas of gains and/or losses that are not biologically significant and should not be over interpreted.
The entities presented below are examples of challenging melanocytic tumors for which ancillary molecular studies can be contributory. Results of CGH studies should be always interpreted in conjunction with histology and immunohistochemistry. CGH results should never overturn a definitive diagnosis of nevus or melanoma and should not be employed for cases that can be definitively diagnosed. They are best used to assign a risk of malignant behavior in borderline melanocytic tumors.

References

1. *Bastian BC, LeBoit PE, Hamm H, Brocker EB, Pinkel D. Chromosomal gains and losses in primary cutaneous melanomas*

detected by comparative genomic hybridization. Cancer Res. May 15 1998;58(10):2170-2175.

2. *Bastian BC, Olshen AB, LeBoit PE, Pinkel D. Classifying melanocytic tumors based on DNA copy number changes. Am J Pathol. Nov 2003;163(5):1765-1770.*

3. *Bastian BC, Wesselmann U, Pinkel D, Leboit PE. Molecular cytogenetic analysis of Spitz nevi shows clear differences to melanoma. J Invest Dermatol. Dec 1999;113(6):1065-1069.*

4. *Bastian BC, Xiong J, Frieden IJ, et al. Genetic changes in neoplasms arising in congenital melanocytic nevi: differences between nodular proliferations and melanomas. Am J Pathol. Oct 2002;161(4):1163-1169.*

5. *Wiesner T, Murali R, Fried I, et al. A distinct subset of atypical Spitz tumors is characterized by BRAF mutation and loss of BAP1 expression. The American journal of surgical pathology. 2012;36(6):818-830.*

6. *Chan MP, Andea AA, Harms PW, et al. Genomic copy number analysis of a spectrum of blue nevi identifies recurrent aberrations of entire chromosomal arms in melanoma ex blue nevus. Mod Pathol. 2016;29(3):227-239.*

7. *Nguyen TL, Theos A, Kelly DR, Busam K, Andea AA. Mitotically active proliferative nodule arising in a giant congenital melanocytic nevus: a diagnostic pitfall. Am J Dermatopathol. 2013;35(1):e16-21.*

8. *Wang Y, Carlton VE, Karlin-Neumann G, et al. High quality copy number and genotype data from FFPE samples using Molecular Inversion Probe (MIP) microarrays. BMC Med Genomics. 2009;2:8.*

9. *Chandler WM, Rowe LR, Florell SR, Jahromi MS, Schiffman JD, South ST. Differentiation of malignant melanoma from benign nevus using a novel genomic microarray with low specimen requirements. Arch Pathol Lab Med. Aug 2012;136(8):947-955.*

10. *Gerami P, Jewell SS, Morrison LE, et al. Fluorescence in situ hybridization (FISH) as an ancillary diagnostic tool in the diagnosis of melanoma. The American journal of surgical pathology. Aug 2009;33(8):1146-1156.*

11. *Gerami P, Li G, Pouryazdanparast P, et al. A highly specific and discriminatory FISH assay for distinguishing between benign and malignant melanocytic neoplasms. The American journal of surgical pathology. Jun 2012;36(6):808-817.*

✓ FACTORI INFECȚIOȘI IMPLICAȚI ÎN ETIOLOGIA CANCERELOR CUTANATE

CAIUS SOLOVAN
Universitatea de Medicina si Farmacie,"Victor Babes", Timisoara
Centrul Clinic pt. Studiul Morfologic al Pielii

Microbiomul uman

- *Studii microscopice ale corpului uman sanatos – celule microbiene /celule umane = 10/1*
- *Majoritatea acestor microorganisme*
    - *nestudiate => lipsa de cunostinte legate de rolul acestora in dezvoltarea umana, imunologie si nutritie*
    - *Nu au putut fi izolate pe medii de cultura artificiale*
    - *Datorita evolutiei tehnologiei de secventializare AND => posibilitatea analizarii materialului genetic direct din coloniile microbiene existente asociate corpului uman (METAGENOMICA)*
- *Transcriptomica, proteomica, metabolomica – analizarea interactiunii intre microbiom si gazda*

Concluzii

- *Infectiile cronice – factori implicati in aparitia cancerelor*
- *Neoplasmele asociate factorilor infectios pot fi prevenite prin eradicarea infectiei*
- *Dieta rol important in oncogeneza*
- *Virusuri modificate – o noua speranta in terapia antitumorala*

✓ CELULELE STEM ADIPOASE (ADSC) TEHNICA DE IZOLARE REGEN STEM SI APLICATII CLINCE

NEDELCU IOAN, NEDELCU LAURA ELENA, PANA CRISTINA, PETRESCU INA
CMI Nedelcu Ioan, Bucuresti

By definition stem cells are cells capable of:
1-Self renewal: The ability to go through numerous cycles of division while maintaining the undifferentiated state
2-Diferentiation: The capacity to change morphology into specialized cells
3-Expres potency at different levels

STEM CELLS POTENCY

- Totipotent stem cells can differentiate into embryonic and extra embryonic cell types
- Pluripotent stem cells are the descendents of totipotent cells and can differentiate into nearly all cells
- Multipotent stem cells can differentiate into a number of cells, but only those of a closely related family of cells
- Oligopotent stem cells can differentiate into only a few cells, such as lymphoid or myeloid stem cells
- Unipotent cells can produce only one cell type - their own, but have the property of self renewal, which distinguishes them from non stem cells (e.g .muscle stem cells)

TYPES OF STEM CELLS

- Embryonic stem cells
- Adult mesenchymal stem cells
- Hematopoetic stem cells
- iPS cells (induced pluripotent stem cells)
- Very Small Embryonic Stem Cells(VSEL)
- MUSE-AT cells (multi –lineage stress-enduring stem cells)

EMBRYONIC STEM CELLS
Pluripotency
Unlimited growth in culture
Model to study cure for disease
Moral and Ethical Considerations (are using embryos that are considered a living human being)

MESENCHYMAL STEM CELLS

MSC can be isolated from almost any tissue of body, but usually from adult bone marrow and adipose tissue.
MSC can replicate as undifferentiated cells and have the potential to differentiate to lineages of mesenchimal tissues.
MSC can be expanded and induced, either in vitro or in vivo, to terminally differentiate into osteoblasts, chondrocytes, adipocytes, neural cells and hematopoetic-supporting stroma.
The Multipotent MSC from adipose tissue and bone marrow can by easily harvested, isolated and cultured and their high ex vivo expansive potential make these cells an attractive therapeutic tool.

HEMATOPOIETIC STEM CELLS
Up-regulating cytokine release stimulated additional HSC and MSCs from intact bone to the site of damage (Jung et al. 2008)
Releasing BMPs (e.g. BMP-2 and BMP-6) (Jung et al.)
Up-regulating production of VEGF and other cytokines that support angiogenesis and vasculogenesis (Mifune et al. 2008)

Directly forming bone by differentiating into MSC and then osteoblasts (Matsumoto et al. 2006)(Matsumoto et al. 2008)
Cells that don`t mark for CD34+ or MSC are extremely potent stem – like cells

iPS CELLS
Adult somatic cells forced (by enzymatic or viral means) to reprogram to Embryonic stem state in vitro
Due to manipulation the Telomers on these cells are shortened (old Dolly the sheep)
There is a possibility of activating oncogenes thus producing teratomas or tumors upon implantation

MUSE-AT cells (multi –lineage stress-enduring stem cells) can by isolated exclusively from adipose tissue. MUSE-AT are mew population of primitive stress-resistant human pluripotent stem cells that are easily derived from fat tissue and are able to differentiate into virtually every cell type in the human body without genetic modification
MUSE-AT lies dormant in the fat tissue until it is subject to very harsh conditions. These cells can survive in conditions in which usually, only cancer cells can live

VERY SMALL EMBRYONIC STEM CELLS
Are primitive embryonic stem cells (VSEL)

ADIPOSE DERIVED STEM CELLS (ADSC)

ADSC are a mixture of Mesenchymal Multipotent stem cells and MUSE-AT cells (multi –lineage stress-enduring stem cells)

Adipose tissue
Integral unit development begins during gestation
Complex, highly active metabolic and endocrine organ
Contains connective tissue matrix, stromal vascular cells and Immune cells
Valuable source of MSC and MUSE-AT cells

ISOLATION METHOD

1- Tumescent Liposuction which produces finely minced tissue fragments dependent of size of cannula
2- Chemical digestion of adipose stroma
3- Centrifugation to separate SVF
4- Isolation of SVF
5- Activation of SVF by Low level Laser Light and Platelet Rich Plasma (PRP)
6- Reintegration of SVF containing activated ADSC-into body

STROMAL VASCULAR FrRACTION (SVF) COMPOSITION
Hematopetic CD 45 cells = 9%
Monocytic CD 13 cells = 11%
Hematopoietic / Connective tissue CD 90 cells =29%
Endotelial progenitors CD31, CD105,CD146 cells = 47%
Early lymphohematopeotic progenitors CD34/CD133 =7%
Note: The CFU-F assay was used to evaluate the frequency of mesenchymal progenitors in the VSF estimating a frequency of 1/4880, a value about seven times greater than the reported data for bone marrow and comparable with the data reported for umbilical cord blood

Fate of activated ADSC/PRP/LLL –SVF after implantation:
1-Disperse into the adjacent tissue and become smooth muscle, fibroblast, striated muscle, urothelium, blood vessel, fat and hair follicle
2-Differentiate into component cell types andintegrated with the target tissue
3-Secrete a plethora of growth factors
4- Attract the growth of blood vesels towargs them – facilitate tissue formation

Clinical Applications

Alopecia
Vitiligo
Rejuvenation (face, body, hands,)
Antaging
Rheumatoid Arthritis
Chronic Limb Insufficiency with wounds
Lupus paniculitis
Erectyle Dysfunction
Arteriopaties Lerich Fontaine class III or IV
Critical Limb Ischemia
Diabetes
Macular degenerescence
Chronic Obstructive Pulmonary Disease
Intracoronary Transplant in myocardial Infactition
Cell Assisted fat Lipotransfer
Chronic cerebral degenerescency
Limphoedema

We discuss the Regen Stem Technique for Harvesting, isolation, activation, reintegration and clinical applications of ADSC in chronic degenerative diseases.

✓ MONITORIZAREA MODIFICĂRILOR NEVILOR MELANOCITARI ATIPICI ŞI COMUNI IN DERMATOSCOPIA DIGITALĂ

MARIA ROTARU
Clinica Dermatologie din Sibiu
Facultatea de Medicină, Universitatea „ Lucian Blaga „ din Sibiu

Introducere: Utilizarea dermatoscopiei, metoda accesibilă complementară de diagnostic, in special pentru leziunile pigmentare creste acurateţea diagnosticului dermatologic. Persoanele cu nevi melanocitari multipli, in special cu nevi atipici, au un risc crescut pentru aparitia melanomului, fiind recomandată urmarirea dermatoscopica a leziunilor melanocitare pigmentare. Evolutia naturala a nevilor este influentata de perioade fiziologice (cresterea, adolescenta, sarcina) şi de expunerea la radiatia UV.

Obiective: Monitorizarea dermatoscopica periodica a nevilor melanocitari cu scopul de a surprinde modificarile semnificative ale acestora, pentru diagnosticul melanomului in situ, dar si de a scădea numarul de excizii inutile ale nevilor.

Material si metode: În studiul efectuat pe un lot de 100 pacienţi diagnosticul clinic de nev atipic s-a pus pe prezenta a cel putin 3 criterii din 5: asimetrie, margini neregulate, culori multiple, diametru > 5mm si prezenta componentei maculare si papulare, la care s-a adăugat evoluţia leziunii nevice urmărite într două examinari atat clinic cât şi dermatoscopic.

Rezultate: Dermatoscopic am stabilit diagnosticul de nev atipic versus nev comun prin prezenta caracteristicilor dermatoscopice ale nevii atipici, cu retea pigmentara atipica, întrerupta brusc, cu zone de depigmentare neregulate si periferice, pigmentare cu heterogenitate centrală si globule maro de diferite forme si mărimi, cu distributie neregulată. Vizitele de urmarire au fost efectuate în general la 12 luni, variind in functie de aspectul leziunilor melanocitare si de complianta pacientilor. Astfel, pentru leziunile suspecte, s-a recomandat dermatoscopia de control la 3, respectiv la 6 luni, iar la pacienţii care au acceptat ca prima atitudine excizia chirurgicală urmată de examen histopatologic s-a procedat la îndepartarea nevului. S-au urmarit modificarile dimensiunii, pigmentatiei si culorii leziunilor nevice, modificarile de retea pigmentara si aparitia de noi structuri dermatoscopice. In studiul nostru pe perioada monitorizarii aproximativ 1/3 din nevii atipici au suferit modificari dermatoscopice, respectiv cresterea în dimensiune, modificari ale pigmentatiei si culorii, modificari de retea pigmentara si aparitia de structuri dermatoscopice noi. La adolescenti sau copii in crestere cei mai multi nevi prezinta pattern reticular central inconjurat de un inel periferic din globule , fiind un semn de crestere a nevului.

Concluzii Monitorizarea dermatoscopica a leziunilor melanocitare pigmentare este importanta pentru identificarea leziunilor atipice modificate, identificarea altor noi leziuni aparute "de novo" printre multiplele leziuni, vizand depistarea precoce a leziunilor suspecte si reducerea în consecintă a mortalitătii asociate cu melanomul.

TERAPII MODERNE

INFLAMATIA VENOASA–COMPONENTA CU ROL ESENTIAL IN PROGRESIA BVC (SERVIER)

1. ***CE SE ASCUNDE IN SPATELE BOLII VENOASE CRONICE? –***
ANCA ZBRANCA
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa", Iași

2. ***MANAGEMENTUL INFLAMATIEI IN BVC -***
CATALIN POPESCU
Sectia Dermatologie I, Spitalul Clinic Colentina, Bucuresti
Universitatea de Medicina si Farmacie"Carol Davila", Bucuresti

BOALA VENOASA CRONICA – de la teorie la practica

O afectiune ce poate trece frecvent nediagnosticata, boala venoasa cronica se afla in plina ascensiune la nivel mondial. Impactul socioeconomic considerabil al bolii venoase cronice este datorat numărului crescut de indivizi afectaţi, costului investigaţiilor, morbidităţii şi suferinţei, aspecte traduse prin disconfortul crescut resimtit de catre pacienti şi pierderea unui număr mare de zile productive. Asadar, pe langa o importanta problema de sanatate publica - daca ne gandim la prevalenta crescuta, la dificultatile privind tratamentul si gestionarea recidivelor - aceasta afectiune reprezinta si o problema de sanatate individuala, care afecteaza considerabil calitatea vietii pacientilor suferinzi.
Ghidurile recente internationale atrag atentia asupra faptului ca simptomele din boala venoasa cronica sunt primele semne de alarma ale unei boli venoase progresive. Acest lucru este cu atat mai important cu cat vorbim despre o patologie cronica prin definitie, prin urmare o patologie care progreseaza de-a lungul vietii pacientului, de la simptome incipiente pana la aparitia complicatiilor. Iata de ce este foarte important sa se diagnosticheze aceasta afectiune cat mai precoce cu putinta, diagnosticul precoce fiind considerat un punct deosebit de important in managementul eficient al bolii venoase cronice.
Astazi putem susţine că înţelegem mai bine boala şi mecanismul ei de acţiune, ceea ce ne permite să tratăm mai bine pacienţii cu aceasta afectiune. Boala venoasa cronica este o boala inflamatorie. Evenimentul cheie al patogenezei insuficienţei venoase cronice de la nivelul membrelor inferioare este

procesul inflamator generat de infiltrarea cu leucocite a peretelui venos şi a valvelor venoase.
Repercursiunile refluxului venos asupra valvelor şi microcirculaţiei conduc la alte evenimente inflamatorii asemănătoare, incriminate în progresia bolii venoase cronice.
In consecinta tratamentul bolii venoase cronice trebuie să vizeze în primul rând inflamaţia (ţinta terapeutică în BVC). Acesta trebuie să fie principalul obiectiv când se decide prescrierea unui medicament.
Fracţiunea flavonoidică purificată micronizată (FFPM), prin efectul său analgezic specific la nivel venos acţionează la baza bolii venoase cronice. Prin acţiunea noradrenergică la nivelul peretelui venos FFPM creşte tonusul venos încă din primele ore de la administrare, reduce staza venoasă, imbunătăţeşte drenajul limfatic şi protejeaza atât micro, cât şi macrocirculaţia. Există numeroase dovezi ştiintifice care demonstrează că efectul protector al FFPM apare ca rezultat al acţiunii la nivelul interacţiunii leucocit – endoteliu. Cercetările au demonstrat că prin inhibarea reacţiei inflamatorii determinate de hipertensiunea venoasă, FFPM întârzie apariţia refluxului venos şi reduce deteriorarea venelor venoase şi a peretelui venos, oferind eficacitate clinică rapidă prin reducerea simptomelor şi semnelor venoase. Toate aceste dovezi ştiinţifice poziţionează FFPM, în ghidul international de management al BVC, cu nivel puternic de recomandare, poziţie recunoscută şi confirmată de ‘American Vein Book’ şi ‘American Heart Association’

TERAPIA ANTI TNF – ALEGEREA CE RĂSPUNDE NEVOILOR PACIENȚILOR CU PSORIAZIS MODERAT SEVER (ABBVIE)

CALIN GIURCANEANU, ALIN NICOLESCU***
**Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila", București*
***Secretar general al Societății Române de Dermatologie*

Simpozionul ştiinţific sponsorizat de AbbVie dorește să aducă în atenția auditoriului subiecte de actualitate privind rolul terapiei anti TNF in managementul optim al psoriazisului moderat sever.

Psoriazisul este o afecţiune inflamatorie, multifațetată, sistemică, necontagioasă, care provoacă autoagresiunea organismului.

Psoriazis înseamnă mai mult decât leziuni cutanate dureroase, cunoştinţele de până în prezent sugerând şi o asociere cu alte stări patologice, inclusiv cu artrită psoriazică, sindrom metabolic, boli cardiovasculare.

Pacienţii pot suferi şi de depresie, izolare socială şi au o imagine de sine scăzută. În acest sens, specialistul trebuie sa identifice terapia adecvată fiecărui pacient, şi să-l consilieze în managementul ,,social" al bolii. În psoriazis, nu este necesar doar managementul unei boli sau al unui „caz", ci şi managementul pacientului.

Adalimumab este un produs dezvoltat pentru a intercepta şi a controla excesul de TNF-α. Are o acţiune ţintită şi susţinută de control asupra TNF-α. În studii clinice și în practica curentă, adalimumab a demonstrat un control eficient şi susţinut asupra bolii.

MANAGEMENTUL ACTUAL AL ACNEEI (MEDA)

TATIANA ȚĂRANU
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

În prezent, complianța la tratamentele pentru acnee este redusă: se estimează că aproximativ 50% dintre pacienții cu acnee prezintă o complianță redusă. Există mai multe motive pentru care complianța la tratamentele pentru acnee este scăzută. O parte dintre acestea se referă la tratamentul în sine, cum ar fi eficacitatea și promptitudinea instituirii acestuia, formularea și ușurința de aplicare, frecvența de administrare, precum și efectele secundare asociate tratamentului.

Tratamentele topice pentru acnee constând într-o combinație cu doză fixă au multe avantaje față de monoterapiile topice, cum ar fi acoperirea mai multor agenți patogeni, fiind mai eficiente în vindecarea leziunilor provocate de acnee și mai convenabile pentru pacienți decât administrarea a două medicamente separat.

Clin- RA (clindamicină 1%/ tretinoin 0,025%) este un nou tratament pentru acnee, care poate contribui la îmbunătățirea complianței pacienților. Tratamentul cu combinație cu doză fixă este eficient atât împotriva leziunilor inflamatorii cât și a celor non-inflamatorii și acționează rapid. A îmbunătățit tolerabilitatea, comparativ cu retinoizii tradiționali, și este ușor de utilizat pentru pacienți.

Studii aprofundate vor duce, probabil, la o reducere a complexității complianței la tratamentul pentru acnee și, implicit, o creștere a aderenței la tratament va duce la o rată mai mare de succes a tratamentului și la satisfacția pacientului.

VARIA

✓ LIMFANGITA SCLEROZANTĂ A PENISULUI

ALEXANDRU OANTA
Facultatea de Medicină, Universitatea Transilvania Brasov

Limfangita sclerozantă a penisului (LSP) este o afecțiune subestimată datorită caracterului asimptomatic si regresiei spontane. A fost descrisă de Hoffman în 1923, în apariția ei incriminându-se îndeosebi traumatismele mecanice din timpul contactelor sexuale prelungite sau brutale. La ora actuală există disputa dacă LSP si boala Mondor reprezintă aceeasi entitate sau două entități diferite precum si dispute asupra originii vaselor implicate: limfatice sau venoase. Ipoteza originii venoase este cea care domină actual fiind susținută de marcajul pozitiv CD 31 si CD 34 al vaselor afectate.

Clinic, LSP apare ca un cordon dur liniar sau serpiginos localizat sub sanțul balano-prepuțial si paralel cu acesta, cel mai adesea pe fața dorsală a penisului. Diagnosticul LSP este clinic, putându-se completa cu ecografia Doppler a penisului, biopsia fiind rareori necesară. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu boala Mondor, limfangita veneriană dorsală a penisului, chistul epidermoid inflamat, granulomul inelar, etc. În evoluție, LSP retrocedează spontan, de obicei în 2-3 săptămâni, în cazul persistenței cordonului limfatic sau recidivelor frecvente acesta putând fi excizat chirurgical.

✓ "BIOSIMILARELE- IN SI DINCOLO DE PRACTICA MEDICALA

RODICA OLTEANU
Secția 2 Dermato-Venerologie, Spitalul Colentina Bucuresti

Introducerea biosimilarelor pe piata tratamentelor biologice raspunde unei necesitati actuale de reducere a costurilor tratmentelor pentru bolile cronice, acest lucru fiind posibil doar prin aplicarea unei tehnologii high-tech de fabricare. In Europa sunt aprobate mai multe biosimilare pentru care au fost efectuate studii complexe de bioechivalenta: Remsima, Inflectra(biosimilare Remicade) deja pe piata romaneasca si, Benepali (biosimilar pentru Enbrel) si Adfrar(biosimilar adalimumab) ce urmeaza a fi aprobate.

Este important de diferentiat intre notiunile de orginal, generic si biosimilar precum si definirea unor termeni noi ca: extrapolare, "interchangeability", substitutie, trasabilitate, imunogenicitate. Toate aceste noi concepte arata de fapt complexitatea procesului de productie care poate ocoli studiile pe pacienti.

Inainte insa de orice decizie terapeutica, medicul trebuie sa cunoasca toate datele privind eficienta, profilul de siguranta si aderenta pacientilor care trebuie urmarite pe termen lung.

Prezentarea de fata urmareste sintetizarea datelor din literatura precum si experienta clinica pesonala in ceea ce priveste biosimilarele.

✓ TRANSMITEREA MATERNO-FETALA A SIFILISULUI - DEFINITII DE CAZ

MIRCEA BETIU
USMF "Nicolae Testemiţanu", Chișinău, Republica Moldova

Este abordată problema sifilisului congenital în Republica Moldova. Se constată că în Republica Moldova incidența sifilisului dobândit este pe o panta lent descendenta, aceasta fiind, totuși, net superioara mediei din Uniunea Europeana. În același timp, rata sifilisului congenital este cu mult sub pragul de eliminare propus de OMS, fiind un indicator al eficienței sistemului sanitar în depistarea și tratarea gravidelor în termeni rezonabili pentru asigurarea prevenirii cazurilor de sifilis congenital.

În acest context, sunt puse în discuție definițiile de caz ale sifilisului congenital, menite să asigure o percepere adecvată a cazurilor, inclusiv a celor produse prin mortinatalitate atribuită sifilisului. Pentru aceasta a fost propusă o definiție duală: una pentru cazurile de sifilis congenital fetal produse prin mortinatalitate atribuită sifilisului și alta pentru cazurile de nou-născuți cu sifilis congenital. În cazul mortinatalității, diagnosticul respectiv este stabilit de către morfopatolog în baza stabilirii unui sifilis netratat la mamă în termenul stabilit de sarcină, fără confirmare microbiologică. În cazul copilului născut, diagnosticul de sifilis congenital se stabilește de către medicul dermatovenerolog conform statutului epidemiologic al mamei, dar și având o confirmare microbiologică dovedită fie serologic, fie prin depistare directă a agentului patogen.

Astfel, numărul de cazuri luat în calcul pentru deducerea ratei sifilisului congenital, este unul care însumează mortinatalitatea atribuită sifilisului, precum și sifilisul congenital precoce.

✓ MECANISME FIZIOPATOLOGICE ÎN INFECȚIA CU HPV

REMUS ORASAN, MEDA SANDA ORASAN
UMF "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca

Infectia cu HPV reprezinta una din provocarile medicinei moderne.

Cu peste 200 de tipuri de virus HPV din care 40 cu risc crescut, cancerul anogenital si de col uterin reprezinta principala cauza de mortalitate. Romania este pe locul I la mortalitatea prin cancer de col uterin din Europa, cu peste 24 de cazuri la suta de mii de locuitori.

Sunt extreme de multe semne de intrebare cu privire la infectia HPV:

1. De ce acest virus declanseaza cancer cutanat si genital;
2. De ce unitatea umorala (vaccinarea HPV) reprezinta o mare deziluzie;
3. De ce imunitatea celulara nu reuseste sa resolve aceasta infectie
4. De ce intreaga populatie este purtatoare de virus HPV dupa inceperea activitatii sexual
5. De ce numai o mica parte din acesti purtatori de virus declanseaza carcinogeneza

In prezentarea fiziopatologica a infectiei cu HPV incercam sa raspundem la aceste 5 intrebari care explica virulenta HPV si efectul terapeutic extrem de redus astazi.

✓ IMPLANTUL DE PAR CA ABORDARE MEDICALA

IRINEL NEDELCU
Bucuresti

In practica esteticii medicale si a tratamentelor anti aging implantul de par isi ocupa un loc binemeritat, atat prin efectul important pe care il ofera impactului fizic in general cat si datorita evolutiei tehnicii operatorii, care in prezent permite un aspect identic natural parului implantat.

Dupa 20 de ani de experienta in aceasta interventie impartasim observatii asupra diverselor abordari ale implantului de par, cat si despre atitudini de evitat in aceasta tehnica de restaurare a podoabei capilare"

✓GRANULOM INELAR DISEMINAT SITUAT PE ZONELE FOTO-EXPUSE

VASILE BENEA[1], SIMONA-ROXANA GEORGESCU[1], MIRCEA TAMPA[1], VIOREL PĂTRAŞCU[2], ALICE RUSU[1], MIHAELA-ANCA BENEA[1], DIANA LEAHU[1], CRISTINA MARIA SAFTA [1].
[1]Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Clinic de Boli Infecţioase şi Tropicale „Victor Babeş" Bucureşti.
[2]CMI Piteşti

Granulomul inelar este o afecţiune cutanată de etiologie necunoscută, cu evoluţie benignă. Forma diseminată (10-15% din cazuri), întâlnită în special la adulţi, are o evoluţie cronică, recidivantă. Poate apărea în asociere cu alte afecţiuni, cum ar fi diabetul zaharat, neoplazii (limfoame hodgkiniene, cancer ovarian sau de sân etc.), tiroidita autoimună etc., infecţii (HIV/SIDA, hepatita cronică cu VHB sau VHC, etc.), medicamente (alopurinol, diclofenac, etc.), traumatisme locale etc. Granulomul inelar situat la nivelul zonelor foto-expuse a fost descris rareori.

Pentru tratamentul granuloamelor inelare diseminate au fost încercate, cu rezultate variabile, diverse metode (antipaludice, retinoizi, corticoterapie,

alte imunosupresoare, pentoxifilin, dapsonă, fototerapie, inhibitori ai TNF-alpha etc.).

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 74 de ani, care s-a prezentat pentru o erupţie asimptomatică alcătuită din numeroase plăci şi papule eritematoase, cu dispoziţie inelară situate pe zonele foto-expuse: torace superior şi membre (îndeosebi feţele dorsale ale antebraţelor şi mâinilor) şi care evolua de 2 ani. Iniţial, erupţia a apărut în anotimpul cald prin papule roşietice care au confluat în plăci inelare, cu margini proeminente şi evoluţie centrifugă, agravându-se după foto-expunere.

Investigaţiile de laborator (hematologice, biochimice, VSH, serologia HIV, IDR la PPD, radiografia pulmonară) au fost în limite normale. Din antecedentele patologice am reţinut HTA, glaucom şi dislipidemie. Examenul histopatologic a confirmat suspiciunea clinică de granulom inelar.

Tratamentul topic cu corticosteroizi, crioterapia şi fotoprotecţia adecvată au condus la o amelorare a erupţiei după o perioadă de un an.

✓DIVIDED NAEVUS – CAZURI CLINICE

FEKETE GY L, FEKETE L**
*Clinica Dermatovenerologie, UMF Târgu Mureş **

Introducere: Kissing naevusul este o formă rară de nev nevocelular congenital care a fost descris pentru prima dată la nivelul pleoapei superioare şi inferioare ale aceluiaşi ochi, în aşa fel încât la închiderea ochiului aspectul să devină al unui singur nev nevocelular. Foarte rar poate să apară și în alte locuri.

Cazuri clinice: Prezentăm cinci cazuri clinice. Cazul 1. Fetiţă de 9 ani, care prezintă de la naştere la nivelul ochiului drept o formaţiune omogen pigmentată, rotund ovalară, cu suprafaţă proeminentă, simetric dispusă la nivelul celor două pleoape. Cazul 2: pacientă în vârstă de 36 de ani care prezintă în regiunea interfesieră o formațiune pigmentată, nodulară, rotund ovalară. Cazul 3: fetiță de 5 ani, cu o formațiune congenitală pigmentată, rotund ovalară, plată, la nivelul coapsei interne. Cazul 4 și 5 prezintă aceleași aspect similar cu cazul 3, de mărimi diferite localizate la nivelul obrajilor și respectiv feței dorsale a mâinilor. Ulterior leziunile au crescut treptat în dimensiuni, devenind uşor proeminente.

Discuții: Termenul de „Kissing naevus” defineşte un nev nevocelular congenital care include două părți mobile adiacente al corpului astfel încât acesta de fapt este formată din două leziuni care apar ca una singură când aceste părți sunt juxtapuse. Dezvoltarea componentelor nevului de pe pleoapa superioară şi de pe cea inferioară respectiv hemicorp drept și hemicorp stâng este independentă una de alta, astfel că simetria iniţială se poate pierde în decursul anilor.

Concluzii: Kissing naevusul reprezintă o formă rară de nev nevocelular congenital interesant prin originea sa şi prin problemele terapeutice pe care le prezintă.

Cuvinte cheie: kissing naevus, divided naevus.

✓ TEHNICA NEINVAZIVA DE CUANTIFICARE A INTOXICATIEI CRONICE TISULARE CU METALE GRELE, A DEZECHILIBRELOR OLIGOMINERALELOR, ACIDOZEI, AGRESIUNII OXIDATIVE SI A ALTOR 10 PARAMETRI FUNCTIONALI BIOLOGICI TISULARI*(8')*

NEDELCU LAURA ELENA, NEDELCU IOAN, PANA CRISTINA
CMI Nedelcu Ioan, Bucuresti

Implicarea metalelor grele dar si a unor oligoelemente in patologia umana cu caracter de intoxicatie acuta, de multe ori cu final dramatic, este binecunoscuta. Mai putin cunoscuta este patologia generata de intoxicatia cronica cu metale grele si de dezechilibrele cronice in plus sau in minus ale oligomeneralelor

Ca urmare a poluarii mediului ambiant, alimentele, aerul si apa contin cantitati semnificative de metale grele. Aceste metale grele patrund in organism si ne otravesc lent.

Prezenta metalelor grele in organism conduce, in functie de gradul de intoxicare, la aparitia unor suferinte grave, greu de diagnosticat si de tratat.

Toleranta organismului nostru la intoxicatia cu metale grele este foarte redusa (unii o apreciaza ca fiind nula).

Prezenta metalelor grele in organism si in special a **Mercurului, Plumbului, Aluminiului, Cadmiului si Arsenicului,** chiar si in dozele considerate "admisibile" este daunatoare sanatatii, avand un efect de otravire efectiva a organismului, cu aparitia de:

- **oboseala cronica**
- **dureri dentare cu microbcese si inflamatii gingivale cu pierderea dintilor**
  (paradontopatia marginala)
- **disfunctionalitati in activitatea creierului** :
  - -lipsa de concentrare,
  - - dificultati de comunicare si socializare,
  - - scaderea memoriei,
  - - scaderea capacitatilor cognitive si de invatare,
  - - hiperkinetism, autism, Alzheimer,
  - - insomnie,
  - - depresie,
  - - anxietate
- **tulburari digestive** (crampe, meteorism, diaree, deficit de metabolizare si absorbtie a principilor active din alimente)

- **afectiuni cardiovasculare :**
  - extrasistole
  - aritmii
  - tulburari de conducere
  - anevrisme
  - afectiuni cardiace grave

Pentru diagnosticarea si tratarea suferintelor determinate de intoxicatia cu metale grele este esentiala determinrea cantitatilor de metale grele depuse in tesuturi.

Deoarece simptomatologia este cu manifestari zise “comune”, diagnosticul starii de intoxicare cu metale grele este dificil, scump si de multe ori cu rezultate incerte deoarece niciuna dintre modalitatile clasice de explorare (teste biochimice din sange sau urina) **NU arata cantitatea de metale grele depozitate in tesuturi,** acolo unde ele isi manifesta actiunea otravitoare.

Determinarea **cantitatii de metale grele depozitate in tesuturi este esentiala in stabilirea diagnosticului si a gravitatii suferintei precum si a tipului si duratei terapiei**

Testele clasice de explorare a metalelor grele se efectueaza prin **dozarea concentratiei lor in sange, in urina sau in firul de par.**
Aceste determinari au valoare diagnostica redusa privind gravitatea otravirii cu metale grele, deoarece:

a) Dozarea metalelor grele in sange arata doar cantitatea care circula in sange in momentul recoltarii analizei si nu da nicio informatie directa despre cantitatea depusa in tesuturi;
b) Aceeasi este situatia si pentru oligomineralele benefice ale caror concentratii sanguine sunt supuse interventei mecanismelor de control homeostzic, astfel incat nivelul lor sanguin si/sau urinar Nu reflecta situatia reala de la nivelul tesuturilor, acolo unde isi manifesta actiunea.
c) Dozarea metalelor grele in urina arata doar cantitatea de metale grele eliminata in urina in momentul efectuarii analizei si nu cantitatea de metale grele depuse in tesuturi
d) Determinarea metalelor grele in firul de par da informatii despre ceea ce s-a intamplat in ultimele luni, adica doar in perioada de crestere a firului de par recoltat si analizat si NU ne spune care este cantitatea depusa in tesuturile corpului din momentul inceperii intoxicarii si pana in momentul efectuarii analizei.

Recent au fost concepute aparate pentru dozarea, prin spectrofotometrie, deci neinvaziv, netraumatic si foarte exact a cantitatilor de metale grele depuse in tesuturi. Dar si a concentratiilor tisulare ale oligomineralelor.
Aparatele permit ca intr-o singura determinare sa obtinem informatii extrem de complexe cantitativ si functional astfel:

- dozeaza concentratiile din tesuturi pentru **20 minerale si oligoelemente** din organisn (Calciu, Magneziu, Fosfor, Siliciu, Potasiu, Sodiu, cupru, Zinc, Fier, Mangan, Crom, Vanadiu,Bor, Cobalt, Molibden, Iod, Litiu, Germaniu, Seleniu si Sulf);
- Determina **deficitele si excesele din balanta oligoelementelor** si mineralelor si implicatiile lor pentru functionarea normala si patologica a organismului;
- Calculeaza rapoartele dintre oligoelementele si mineralele esentiale si defineste implicarea lor in patologia organismului;
- **Dozeaza 14 metale grele depuse in tesuturi** (Mercur, Aluminiu, Plumb, Arsenic, Cadmiu, Argint, Bariu, Beriliu, Bismut, Antimoniu, Nikel, Platina, Taliu, Toriu);
- **Analizeaza semnificatia intoxicatiei cu metale grele din organism**
- **Analizeaza stress-ul oxiadtiv al organismului** stabilind **nivelul stress-ului oxidativ** dar si nivelul de **eficienta al protectei oxidative** a organismului si implicit nevoile de diferiti antioxidanti;
- Permite dozarea si controlul eficientei terapiei cu antioxidanti;
- Apreciaza predispozitia la diabet;
- Analizeaza nivelul acidozei si nevoia terapiei si dietei alcalinizante;
- Analizeaza predispozitia la alergii legata de oligoelemente si minerale;
- Analizeaza statusul enzimatic al organismului;
- Analizeaza nivelul asimilatiei alimentelor;
- Analizeaza nivelul metabolismului;
- Arata statusul sistemului imun;
- Analizeaza nivelul functiilor cognitive;
- Arata statusul hormonal;
- Analizeaza capacitatea tesuturilor de vindecare si autoreparatie;
- Arata statusul emotional;
- Analizeaza nivelul functional al sistemului cardiovascular;
- Arata funtia globala a sistemului nervos;

Discutam aspecte practice, in lumina experientei personale, privind utilizarea dispozitivelor spectrofotometrice, neinvazive in caracterizarea cantitativa a parametrilor minerali si functionali tisulari in caracterizarea patogenica si implicatiile terapeutice in dermatologie.

✓ STUDIU ULTRASONOGRAFIC AL TUMORILOR CUTANATE: INDEX ULTRASONOGRAFIC VERSUS INDICE BRESLOW HISTOLOGIC*(8')*

MARIA CRISAN, DELIA BUGNAR, AMALIA ORAC
Universitatea de Medicina si Farmacie "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca

Ultrasonografia cutanata este o abordare moderna, neinvaziva care ofera informatii 'in vivo" a structurilor cutanate si a patologiei asociate. Studiul

a fost efectuat pe subiecti cu tumori cutanate: carcinoame bazocelulare si melanoame.

Tumorile cutanate au fost apreciate prin ultrasonografie conventionala si ultrasonografie de inalta frecventa. Diagnosticul a fost confirmat histologic prin coloratii uzuale si imunohistochimie pentru aprecierea celulelor tumorale din infiltratul inflamator. S-au comparat valorile sonografice ale grosimii tumorale cu indexul histologic.

Datele au fost prelucrate statistic si s-au obtinut valori semnificative. Astfel indexul ultrasonografic poate fi considerat un marker obiectiv, neinvaziv pentru tumorile cutanate, comparabil cu indexul Breslow.

✓ ASPECTE ALE AGRESIUNII OXIDATIVE, ANTIOXIDANTILOR SI ACIDOZEI TISULARE IN ALERGII, CU EXTRAPOLARI TERAPEUTICE - STUDIU PRELIMINAR

NEDELCU LAURA ELENA, NEDELCU IOAN
CMI Nedelcu Ioan, Bucuresti

Recent au fost concepute aparate pentru dozarea in tesuturi, prin spectrofotometrie, neinvaziv, netraumatic si foarte exact a unui numar de parametri biologici care pot fi implicati in patologia alergica cutanata.

Scop Ne-am propus o prima cercetare cu aceste dispozitive, la un numar de cazuri cu alergii cu expresie cutanata, pentru analiza urmatorilor parametri:

- stress-ul oxiadtiv tisular
- eficienta protectei oxidative si implicit nevoile terapeutice de antioxidanti;
- analiza nivelului acidozei si implicatiile terapeutice (terapia si dieta alcalinizante)
- controlul eficientei terapiei cu antioxidanti si alcalinizante;

Material Lotul a fost alcatuit din 19 pacienti, 10 femei si 9 barbati, cu varsta medie de 41,54 ani (21-75 ani).

Structura lotului pe patologia alergica a fost urticarie cronica 7 cazuri, alergie de
contact 7 cazuri, dermografism 5 cazuri,

Metoda Determinarea spectrofotometrica neinvaziva si netraumatica a parametrilor analizati la momentul primului consult, in timpul tratmentului si post-tratament

Tehnica metodei

- Nivelul agresiunii oxidative a fost determint de aparat, in mod automat, printr-un algoritm care a inclus masurarea spectrofotometrica a carotenoizilor, nivelului glutation peroxidazei, a tireoxin reductazei si a nivelului fierului oxidat
- Nivelul protectei oxidative a rezultat dintr-un algorim care a inclus concentratiile tisulare de Zn, Cu, Mn, Se,si Ge

- Acidoza tisulara a fost expresia unui algoritm ce a inclus disbalanta concentratiilor tisulare pentru P, Mg, Ca, Si, Zn
- Rezultatele au fost exprimate grafic prin scala de culori si procentual (%)

Rezultate personale

In lotul cercetat nivelul agresiunii oxidative a fost de 40,1%, nivelul protectiei oxidative a avut valoarea de 73,7% iar acidoza tisulara s- a situat 53,7%

Discutii

Un nivel al agresiunii oxidative peste 33% al scaderii protectiei antioxidative sub 66% si al acidozei tisulare peste 33% defineste o stare de suferinta pe care organismul trebuie sa o managerieze utilizand resursele sale biologice si metabolice (necesare contrabalansarii ROS si in special activarea sistemului antioxidantilor naturali).

Nivelul crescut al agresiunii oxidative in alergii este o expresie a inflamatiei alergice. Explorarea spectrofotometrica cantitativa procentuala a nivelului agresiunii oxidative, a rezervelor protectiei oxidative si a nivelului acidozei tisulare orienteaza asupra nivelului, tipului si intensitatii (doze) terapiei antioxidante, antiinflamatoare steroidiene si/sau nonsteroidiene precum si a nivelului terapieie alcalinizante de administrata in alergii.

Nivelurile agresiunii oxidative, al protectiei naturale antioxidative de momemt si al acidozei tisulare de insotire relevate de explorarea spectrofotometrica poate fi folosit si ca:
- indicator de gravitate privind nivelul inflamatiei alergice in cazul dat
- indicator de gravitate al intensitatii de manifestare a simptomelor (prutit, exudatie, anxietate, insomnie)
- indicator al nivelului de disconfort existential (calitatea vietii, reducerea capacitatii de munca si de socializare, de invatare, etc)
- indicator asupra nivelului de solicitare a rezervelor functionale ale organismului pentru controlul agresiunii oxidative inflamatorii alergice
- reflecta oportunitatea de a ajuta efortul organismului atacat de alergie prin adaugarea la terapia clasica cu antihistaminice si a unor antioxidante eficace si/sau antiinflamaaaore steroidiene/nesteroidiene

Nivelul acidozei tisulare generate de inflamatia secundara agresiunii alergice se constitie intr-un argument extrem de solid pentru fundamentarea asocierii la teapia clasica antialergica si antinflamatorie si a unei terapii alcalinizante (dieta, medicamente alaclinizante)

Concluzii

Explorarea spectrofotometrica a nivelului unor parametrii precum agresiunea oxidativa, nivelul protectiei fata de agresiunea oxidantiva precum si nivelul acidozei tisulare reprezinta un pas inainte in fundamentarea intelegerii teoretice a mecanismelor implicate in fiziopatologia inflamatiei alergice.

Posibilitatea de cuantificare a nivelului acestor parametrii adauga un excelent corolar practic terapeutic privin necesitatea terapiei antioxidante si an-

tiinflamatorii si ofera o modalitate de cuantificare obiectiva a dozelor terapeutice.

Decelarea cantitativa a nivelului acidozei tisulare pe care tehnica spectrofotometrica o aduce in inflamatia alergica fundamenteaza necesitatea introducerii terapiei alcalinizante in acest capitol de patologie.

Posibilitatea de cuantificare a nivelui acidozei tisulare din alergii ofera si criterii practice obiective privind nivelul interventei alcalinizante (dozare si ritmul de administrare)

Repetarea explorarii pe parcursul terapiei si /sau dupa la anumite intervale de timp se constitue intr-un criteriu practic valoros privind eficienta si dozarea terapiei cronice alcalinizate si antioxidante in tratmentul alergiilor.

Studiul nostru preliminar este primul de acest fel in literatura de specialitate .

Extensia acestui studiu pe un numar mare de cazuri, semnificativ statistic va aduce informatii pentru intelegerea corelatiilor funtionale si terapeutice in acest capitol de patologie

Implicarea terapeutica : La pacientii cu alergii si inflamatie alergica acidotica, terapia clasica dermatologica trebuie dublata de o terapie antioxidanta si alcalinizanta cronica si/sau o dieta specifica in vederea compensarii modificarilor evidentiate la nivelul parametrilor explorati prin tehnica spectrofotometrica (nivelul agresiunii oxidative, nivelul protectiei antioxidative , nivelul acidozei tisulare asociate alergiilor)

WORKSHOP REUMATOLOGIC

ROLUL CAPILAROSCOPIEI IN DIAGNOSTICUL SI TRATAMENTUL SCLERODERMIEI SISTEMICE

ELENA REZUȘ și colab.
Universitatea de Medicina si Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași

1. ***ELENA REZUS*: NOI RECOMANDARI EULAR IN TRATAMENTUL SCLERODERMIEI SISTEMICE**
2. ***LUANA MACOVEI*: ROLUL CAPILAROSCOPIEI IN DIAGNOSTICUL SI MONITORIZAREA EVOLUTIEI PACIENTILOR CU SCLERODERMIE SISTEMICA**
3. ***GEORGIANA STAMATE:* MANAGEMENTUL ULCERATIILOR DIGITALE IN SLERODERMIA SISTEMICA**
4. ***ALEXANDRA BURLUI, ANCA CARDONEANU:* CAZURI CLINICE: APLICATII PRACTICE**

VARIA PARTEA II

✳ IMPLICAREA AGRESIUNII OXIDATIVE, PROTECTEI PRIN ANTIOXIDANTI SI ACIDOZEI TISULARE IN BOLI AUTOIMUNE CU EXPRESIE CUTANATA SI COROLAR TERAPEUTIC- STUDIU PRELIMINAR

NEDELCU LAURA ELENA, NEDELCU IOAN
CMI Nedelcu Ioan, Bucuresti

Recent au fost concepute aparate pentru dozarea in tesuturi, prin spectrofotometrie, neinvaziv, netraumatic si foarte exact a unui numar de parametrii biologici care pot fi implicati in patologia autoimuna cu expresie cutanata.

Scop Ne-am propus o prima cercetare cu aceste dispozitive, pentru analiza, la un numar de cazuri cu alergii cu expresie cutanata, a urmatorilor parametrii

- stress-ul oxiadtiv tisular
- eficienta protectei oxidative si implicit nevoile terapeutice de antioxidanti si alcalinizante;
- controlul eficientei terapiei cu antioxidanti;
- analiza nivelului acidozei si implicatiile terapeutice (terapia si dieta alcalinizante)

Material Lotul a fost alcatuit din 9 pacienti, 6 femei si 3 barbati, cu varsta medie de 43,15 ani (18-67 ani).
Structura lotului pe patologia alergica a fost sclerodermie sistemica 2 cazuri, vitiligo 4 cazuri, alopecie areata 3 cazuri

Metoda Determinarea spectrofotometrica neinvaziva si netraumatica a parametrilor analizati la momentul primului consult, in timpul tratmentului si post-tratament

Tehnica metodei

-Nivelul agresiunii oxidative a fost determint de aparat, in mod automat, printr-un algoritm care a inclus masurarea spectrofotometrica a carotenoizilor, nivelului glutation peroxidazei, a tireoxin reductazei si a nivelului fierului oxidat

-Nivelul protectei oxidative a rezultat dintr-un algorim care a inclus concentratiile tisulare de Zn, Cu, Mn, Se,si Ge

-Acidoza tisulara a fost expresia unui algoritm ce a inclus disbalanta concentratiilor tisulare pentru P, Mg, Ca, Si, Zn

-Rezultatele au fost exprimate grafic prin scala de culori si procentual (%)

Rezultate personale

In lotul cercetat nivelul agresiunii oxidative a fost de 37%, nivelul protectiei oxidative a avut valoarea de 65,6% iar acidoza tisulara s- a situat 61,1%

Discutii

Un nivel al agresiunii oxidative peste 33%, al scaderii protectiei antioxidative sub 66% si al acidozei tisulare peste 33% defineste o stare de suferinta

pe care organismul trebuie sa o managerieze utilizand resursele sale biologice si metabolice si in special activarea sistemului antioxidantilor naturali.

Nivelul crescut al agresiunii oxidative in boli autoimune cu expresie cutanata este o expresie a inflamatiei imune ce rezulta in urma conflictului autoimun care genereaza, printre altele si aparitia de radicali activi de oxigen – ROS.

Explorarea spectrofotometrica cantitativa procentuala a nivelului agresiunii oxidative, a rezervelor protectiei oxidative si a nivelului acidozei tisulare orienteaza asupra nivelului, tipului si intensitatii (doze) terapiei antioxidante, antiinflamatoare steroidiene si/sau nonsteroidiene precum si a nivelului terapieie alcalinizante de administrata in boli autoimiune cu expresie cutanata.

Nivelurile agresiunii oxidative, al protectiei naturale antioxidative de moment si al acidozei tisulare de insotire relevate de explorarea spectrofotometrica poate fi folosit si ca

- indicator de gravitate privind nivelul inflamatiei autoimune in cazul dat
- indicator de gravitate al intensitatii de manifestare a simptomelor
- indicator al nivelului de disconfort existential (calitatea vietii, reducerea capacitatii de munca si de socializare, de invatare , etc)
- indicator asupra nivelului de solicitare a rezervelor functionale ale organismului pentru a manageria agresiunea oxidativa inflamatorie autoimuna
- reflecta oportunitatea de a ajuta efortul organismului atacat de autoimunitate prin adaugarea la terapia clasica pentru suferitele autoimune si a unor antioxidante eficace si/sau antiinflamatoare steroidiene/nesteroidiene

Nivelul acidozei tisulare generate de inflamatia secundara agresiunii autoimune se constituie intr-un argument extrem de solid pentru fundamentarea asocierii la teapia clasica a autoimunitatii si a unei terapii alcalinizante cronice (dieta, medicamente alaclinizante)

Concluzii

Explorarea spectrofotometrica a nivelului unor parametri precum agresiunea oxidativa, nivelul protectiei fata de agresiunea oxidantiva precum si nivelul acidozei tisulare reprezinta un pas inainte in fundamentarea intelegerii teoretice a mecanismelor implicate in fiziopatologia inflamatiei autoimune

Posibilitatea de cuantificare a nivelului acestor parametri adauga un excelent corolar practic terapeutic privin necesitatea terapiei antioxidante si antiinflamatorii si ofera o modalitate de cuantificare obiectiva a dozelor terapeutice

Decelarea cantitativa a nivelului acidozei tisulare pe care tehnica spectrofotometrica o aduce in inflamatia autoimuna fundamenteaza necesitatea introducerii terapiei alcalinizante in acest capitol de patologie.

Posibilitatea de cuantificare a nivelui acidozei tisulare din bolile autoimune ofera si criterii practice obiective privind nivelul interventei alcalinizante (dozare si ritmul de administrare)

Repetarea explorarii pe parcursul terapiei si /sau dupa la anumite intervale de timp se constituie intr-un criteriu practic valoros privind eficienta si dozarea terapiei alcalinizate si antioxidante in tratmentul bolilor autoimune.

Studiul nostru preliminar este primul de acest fel in literatura de specialitate.

Extensia acestui studiu pe un numar mare de cazuri, semnificativ statistic, va aduce informatii pentru intelegerea unor noi corelatii funtionale si terapeutice in acest capitol de patologie.

Implicarea terapeutica: La pacientii cu boli autoimune si inflamatie cronica acidotica, terapia clasica dermatologica trebuie dublata de o terapie antioxidanta si alcalinizanta si/sau o dieta specifica in vederea compensarii modificarilor evidentiate la nivelul parametrilor explorati prin tehnica spectrofotometrica (nivelul agresiunii oxidative, nivelul protectiei antioxidative , nivelul acidozei tisulare)

✳ APLICATII ALE ULTRASONOGRAFIEI DE INALTA FRECVENTA IN COSMETOLOGIE

MARIA CRISAN, AMALIA CIOBANU, LARISA MURESAN, TOMA VLAD MALINESCU, FRATILA TEODORA, DELIA BUGNAR
Universitatea de Medicina si Farmacie "Iuliu Hatieganu" Cluj-Napoca

Estetica cutanata reprezinta o preocupare continua pentru medici, dar si pentru pacienti. Asistam in ultimii ani la o crestere a numarului de proceduri cosmetice cu scopul de a corecta, si ameliora semnele de imbatranire cutanata mai ales la nivel facial. Desi sunt numeroase proceduri si preparate utilizate in scop estetic cu rezultate spectaculoase, numarul reactiilor adverse si a complicatiilor este in crestere. Acestea se manifesta prin reactii locale nespecifice, sau pot mima anumite dermatoze. Deoarece biopsia este o tehnica invaziva, dureroasa si cu risc cicatricial, pacientii prefera metodele neinvazive. Astfel ultrasonografia se impune ca un instrument modern, neinvaziv de diagnostic in "timp real" si de monitorizare a potentialelor complicatii associate cu manoperele cosmetice.

✳ *MEDICAL REHABILITATION – WATER MOLECULES TRANSPORT PROTEIC CHANNELS (AQUAPORIN) - THEIR TISSUE DISTRIBUTION AND ROLE*

IOAN-SORIN STRATULAT (1,2,3,4,5)
1. Rehabilitation Department, Clinic Hospital C.F. Iasi, Romania
2. Faculty of Medicine, University of Medicine and Pharmacy "Grigore T. Popa" Iasi, Romania
3. Atmosphere Optics, Spectroscopy and Lasers Laboratory, Faculty of Physics, "Alexandru Ioan Cuza" University of Iasi, Romania
4. Center for Advanced Research in Bionanoconjugate and Biopolimers /Intel Centru/ Macromolecular Chemistry Institute „Petru Poni" Iasi, Romania
5. Emergency Military Hospital „Dr. Jacob Czihak" Iasi, Romania

The recent discovery of water channels, the so-called „water-transporting molecules" at the level of biological structures and ultrastructure, opens up new directions in medical rehabilitation research concerning the role of these channels in cell function.

There are various number of water channels in the body, wich were analyzed from an ultramolecular point of view and also by their phisiological role. Concerning the brain and the connection with Alzheimer's disease, the role of these channels are crucial.

From the perspective of an ageing society, preventing disease is one of the key points and, for this reason, the water channels, as we call them „aquaporins" have a crucial role.

✳ CONSIDERATII DIAGNOSTICE IN PATOMIMIA CUTANATA

ALEXANDRU BALTA, MIRCEA BETIU, IU.PAVLOV, CHRISTOS SAPATINAS
USMF "Nicolae Testemiţanu", Chișinău, Republica Moldova

Date generale. Patomimia sau Boala Morghelions este o stare de teamă persistentă a pacientului de a avea o boală severă, atunci cînd în realitate, aceasta din urmă lipsește. Pacientul, însă nu conștientizează acest lucru. Teama este însoțită de o neîncredere în ceia ce spune medicul, pacientul fiind în căutare de noi metode de diagnostic, fără a insista la noi tratamente. Patomimia de obicei se întîlnește la persoanele cu vîrsta cuprinsă între 20-30 ani, mai rar la copii și la persoanele după 50 ani. Specialiștii în domeniul, medicii psihiatrii descriu două mecanizme de transmitere: unul - de tip genetic; altul- de învățare socială.

Cauzele apariției acestor tulburări nu sunt cunoscute cu exactitate, debutul maladiei fiind însoțit de un eveniment sau de o stare neplăcută în viața

pacientului, fapt care îl determină să facă investigații medicale pe cont propriu. Unii autori descriu o mulțime de alți factori, care pot provoca boala, cum ar fi: toxinele din mediu, bacteriile, virușii, paraziții, diferite plante, etc., însă nici o cauză până în prezent nu a fost confirmată științific.

Material și metodă: Studiul a fost realizat timp de trei ani pe un lot de 14 pacienți diagnosticați și tratați în Secția consultativă a IMSP Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile și IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, Chișinău, Republica Moldova. Lotul prezentat cuprinde 9 femei cu vîrsta între 24 și 58 ani și 5 bărbați cu vîrsta între 9 și 62 ani. Debutul maladiei de la 6-8 luni până la 5-6 ani.

Concluzii: Pînă în prezent nu s-a demonstrat: Patomimia este o maladie dermatologică sau o stare psihică patologică.

Patomimia și Boala Morghelions sunt boli aparte ca nosologie sau una și aceiași boală interpretată în alt mod de diferiți autori.

Tratamentul fără implicarea medicului psihiatru practic nu poate fi finisat cu succes, fiind un tratament de durată sub supraveghere permanentă.

✳ EXPRESII CUTANATE ÎN DIVERSE AFECȚIUNI MEDICALE

FLORINA FILIP-CIUBOTARU, ANA MARIA HOLICOV*, GABRIELA STOLERIU**, CARMEN MANCIUC****

**Disciplina Medicină de Familie Adulți, UMF "Grigore T. Popa", Iași*

***Disciplina Dermatologie, UMF "Grigore T. Popa", Iași*

****Disciplina Boli Infecțioase, UMF "Grigore T. Popa", Iași*

Rezumat: În materialul prezent subliniem importanța semnelor și simptomelor cutanate pentru diagnosticul clinic al unor afecțiuni interne. Nu suntem singurii și nu este pentru prima dată când se dorește marcarea importanței examenului clinic în general, a tegumentelor și mucoaselor în special. Această examinare trebuie să fie efectuată atent și complet, chiar dacă pacientul nu se adresează pentru o leziune cutanată; inspecția și palparea trebuie efectuate pentru orice pacient; ba mai mult, tegumentele, mucoasele și fanerele trebuie controlate anual sau cu frecvența stabilită de către dermatolog (de exemplu pentru întocmirea hărții nevilor și pentru urmărirea nevilor atipici în timp, la 6 luni, primăvara și toamna). Din perspectiva bolilor interne, pielea rămâne o sursă imensă de informații care sugerează afecțiuni ale unor organe și sisteme. În acest sens, este sugestiv să amintim faptul că un eritem cutanat poate orienta către boala HIV/ SIDA, dar poate fi și efectul tratamentului cu medicamente calcium blocante. Purpura fulminans sau Waterhouse-Friderichsen trebuie să fie semn de alarmă pentru prezența unei infecții severe cu meningococ, dar nu sunt excluse și alte infecții care se pot exprima similar, precum infecția cu streptococ, stafilococ, citomegalovirus, pseudomonas, haemofilus, mycobacterii. Candidozele cutanate/ mucoase, mai ales cele recurente sau rezistente la tratament, impun o explorare în sensul unei imunodeficiențe prezente în diabetul zaharat, leucemii sau limfoame, tratament

cronic imunosupresiv. Prezența unei nevralgii/ dureri la nivelul țesuturilor moi, fără nici o leziune poate fi debutul unui herpes zoster, în care durerea precede câteva ore sau zile erupția cutanată; pacientul trebuie controlat periodic pentru a observa fazele evolutive și pentru a nota instalarea succesivă a unor noi elemente de diagnostic. Din perspectiva informațiilor pe care le oferă organul cutanat, credem că examenul atent și avizat al acestuia se impune a fi efectuat indiferent de motivul adresării pacientului către cabinetul medical.

✳ AGRESIUNEA OXIDATIVA, ANTIOXIDANTII SI ACIDOZA TISULARA IN PSORIAZIS SI IMPLICATII TERAPEUTICE - STUDIU PRELIMINAR

NEDELCU LAURA ELENA, NEDELCU IOAN
CMI Nedelcu Ioan, Bucuresti

Recent au fost concepute aparate pentru dozarea in tesuturi, prin spectrofotometrie, neinvaziv, netraumatic si foarte exact a unui numar de parametri biologici care pot fi implicati in patogenia psoriazisului.

Scop Ne-am propus o prima cercetare cu aceste dispozitive, pentru analiza, la un numar de cazuri cu psoriazis, a urmatorilor parametrii

- stress-ul oxidativ tisular
- eficienta protectei oxidative si implicit nevoile terapeutice de antioxidanti si alcalinizante;
- controlul eficientei terapiei cu antioxidanti;
- analiza nivelului acidozei si implicatiile terapeutice (terapia si dieta alcalinizante)

Material Lotul a fost alcatuit din 6 pacienti, cu psoriazis vulgar in placi si placarde diseminate pe corp si cap, 4 femei si 2 barbati, cu varsta medie de 42,15 ani (20-69 ani).

Metoda Determinarea spectrofotometrica neinvaziva si netraumatica a parametrilor tisulari analizati la momentul primului consult, in timpul tratmentului si posttratament

Tehnica metodei

-Nivelul agresiunii oxidative a fost determint de aparat, in mod automat, printr-un algoritm care a inclus masurarea spectrofotometrica a carotenoizilor, nivelului glutation peroxidazei, a tireoxin reductazei si a nivelului fierului oxidat

-Nivelul protectei oxidative a rezultat dintr-un algorim carea inclus concentratiile tisulare de Zn, Cu, Mn, Se,si Ge

-Acidoza tisulara a fost expresia unui algoritm ce a inclus disbalanta concentratiilor tisulare pentru P, Mg, Ca, Si, Zn

-Rezultatele au fost exprimate grafic prin scala de culori si procentual (%)

Rezultate personale

In lotul cercetat nivelul agresiunii oxidative a fost de 53,5%, nivelul protectiei oxidative a avut valoarea de 50,5% iar acidoza tisulara s- a situat 65,8%

Discutii

Un nivel al agresiunii oxidative peste 33%, al scaderii protectiei antioxidative sub 66% si al acidozei tisulare peste 33% defineste o stare de suferinta pe care organismul trebuie sa o managerieze utilizand resursele biologice si metabolice (in special activarea sistemului antioxidantilor naturali).

Nivelul crescut al agresiunii oxidative in psoriazis este o expresie a inflamatiei cronice caracteristice patogeniei psoriazisului care genereaza, printre altele si aparitia de radicali activi de oxigen –ROS.

Explorarea spectrofotometrica cantitativa procentuala a nivelului agrsiunii oxidative tisulare, a rezervelor protectiei oxidative si a nivelului acidozei tisulare orienteaza asupra nivelului, tipului si intensitatii (doze) terapiei antioxidante, antiinflamatoare steroidiene si/sau nonsteroidiene (dermatocorticosteroizi, inhibitori de calcineurina, agenti citostatici, etc) precum si a nivelului terapiei alcalinizante de administrat in psoriazis.

Nivelurile agresiuni oxidative, al protectiei naturale antioxidative de momemt si al acidozei tisulare de insotire relevate de explorarea spectrofotometrica poate fi folosit si ca

- indicator de gravitate privind nivelul inflamatiei in cazul dat
- indicator de gravitate al intensitatii de manifestare a simptomelor
- indicator al nivelului de disconfort existential (calitatea vietii, reducerea capacitatii de munca si de socializare, de invatare, de sexualizare, etc)
- indicator asupra nivelului de solicitare a rezervelor functionale ale organismului pentru a manageria aceastei agresiuni oxidative inflmatorii
- reflecta oportunitatea de a ajuta efortul organismului atacat de inflamatie prin adaugarea la terapia clasica pentru psoriazis si a unor antioxidante eficace si/sau antiinflamatoare steroidiene/nesteroidiene

Nivelul acidozei tisulare generate de inflamatia cronica se constitie intr-un argument extrem de solid pentru fundamentarea asocierii la teapia clasica a psoriazisului si a unei terapii alcalinizante (dieta, medicamente alaclinizante)

Concluzii

Explorarea spectrofotometrica tisulara a nivelului unor parametri precum agresiunea oxidativa, nivelul protectiei fata de agresiunea oxidantiva, precum si a nivelului acidozei tisulare reprezinta un pas ianinte in fundamentarea intelegerii teoretice a mecanismelor implicate in fiziopatologia inflamatiei cronice din psoriazis.

Posibilitatea de cuantificare a nivelului acestor parametrii adauga un excelent corolar practic terapeutic privin necesitatea terapiei antioxiadnte si antiinflamatorii si ofera o modalitate de cuantificare obiectiva a dozelor terapeutice.

Decelarea cantitativa a nivelului acidozei tisulare pe care tehnica spectrofotometrica o aduce in inflamatia cronica fundamenteaza necesitatea introducerii terapiei alcalinizante in acest capitol de patologie.

Posibilitatea de cuantificare a nivelui acidozei tisulare din psoriazis ofera si criterii practice obiective privind nivelul interventei alcalinizante (dozare si ritmul de administrare)

Repetarea explorarii pe parcursul terapiei si /sau dupa la anumite intervale de timp se constitue intr-un criteriu practic valoros privind eficienta si dozarea terapiei alcalinizate si antioxidante in tratmentul psoriazisului.

Studiul nostru preliminar este primul de acest fel in literatura de specialitate.

Extensia acestui studiu pe un numar mare de cazuri, semnificativ statistic, cu analiza scorurilor PASI si a eventualei lor corelari cu nivelul parametrilor discutati va aduce informatii pentru intelegerea unor noi aspecte functionale, patogenice si terapeutice in acest capitol de patologie

Implicarea terapeutica: La pacientii cu psoriazis si inflamatie cronica acidotica tisulara, terapia clasica dermatologica trebuie dublata de o terapie antioxidanta si alcalinizanta si/sau o dieta specifica in vederea compensarii modificarilor evidentiate la nivelul parametrilor explorati prin tehnica spectrofotometrica (agresiune oxidativa, nivelul protectiei antioxidative, nivelul acidozei tisulare)

✳ LEZIUNI CUTANATE ASOCIATE INFECȚIEI HIV

IRINA MIHĂILĂ, ANCA ZBRANCA* **, LAURA MUNTEANU**
**Clinica Roderma Iași*
***UMF „Grigore T. Popa" Iași*

HIV este un virus de tip ARN din genul Lentivirus, familia Retroviridae care infectează, selectiv, anumite celule ale organismului uman asupra cărora produce efecte citopatice. Reacţia organismului diferă de la o persoană la alta în funcţie de cantitatea de virus pătrunsă în organism, virulenţa acestuia şi rezistenţa naturală a persoanei infectate. Majoritatea celor afectaţi trec prin mai multe stadii ale bolii: sindromul retroviral acut, infecţia HIV asimptomatică, limfadenopatie persistent generalizată şi SIDA.

Atingerea cutanată se intâlneşte în 59-80% din cazurile declarate şi este frecvent prima manifestare a infecţiei, constituind un simptom revelator, deosebit de important pentru depistarea bolii. Leziunile pot fi grupate în trei mari categorii: infecţii, tumori sau proliferări maligne şi manifestări cutanate nespecifice. Acestea pot afecta atât pielea cât şi mucoasele iar apariţia lor este strâns corelată cu statusul imunologic alterat. Cea mai precoce manifestare este reprezentată de apariţia unui exantem morbiliform, adesea, acompaniat de febră şi limfadenopatie.

Majoritatea infecţiilor sunt grave (infecţii oportuniste) şi produse de agenţi banali diverşi (bacterii, virusuri, fungi, protozoare). Uneori, la acelaşi bolnav se gasesc asociate două sau chiar trei infecţii simultane cu agenţi diferiţi.

Dintre tumorile cutanate sarcomul Kaposi este cel mai frecvent asociat infecţiei HIV , majoritatea cazurilor intâlnindu-se la pacienţii homosexuali. Limfoamele sunt mai rare dar predomină formele cu histologie agresivă.

Tratamentul este unul dual : trebuie sa combată infecţiile grave sau proliferările maligne şi să stimuleze capacitatea de apărare a organismului. In ciuda terapiei antivirale din ce în ce mai eficiente, mortalitatea este una ridicată, decesul survenind la 50% din persoanele afectate de aceasta maladie.

✳ EFECTELE ADVERSE CUTANATE ALE MEDICAŢIEI CU VIZĂ CARDIOVASCULARĂ LA PACIENTUL VÂRSTNIC

CRISTIANA-ELENA VLAD[1], IOANA BURUIANĂ[1],ADRIANA MITITELU[1], IOANA-DANA ALEXA[1,2]
Spitalul Clinic "Dr. C.I.Parhon" Iaşi[1] ,
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa" Iaşi[2]

Procesul de îmbatrânire este determinat de numeroşi factori intrinseci şi extrinseci care afectează ţesuturile, inclusiv pielea. Leziunile cutanate pot reflecta o afecţiune subiacenta, fiind corelate cu medicaţia administrata, ce poate genera probleme ale pielii mai frecvente la vârstnici, determinate de multe patologii coexistente şi medicamente luate simultan.

Modificările cutanate la pacientul geriatric sunt de obicei asociate cu afectarea vascularizaţiei şi apariţia proceselor autoimune, infecţiilor virale şi bacteriene.

In literatura de specialitate interacţiunile medicamentoase şi efectele adverse ale polimedicaţiei la pacientul geriatric sunt puţin documentate, fapt care a dus la efectuarea de studii pentru a stabili frecvenţa apariţiei leziunilor cutanate şi patternul pacientilor.

Reacţiile medicamentoase fixe sunt responsabile de aproximativ 10% din toate reacţiile adverse. Cele mai frecvente medicamente ce cauzeaza erupţia cutanata sunt analgezicele, antibioticele, relaxantele musculare şi anticonvulsivantele. Efecte adverse cutanate au aparut şi dupa administrarea medicaţiei cu viză cardiovasculară (antiaritmicele- amiodarona, anticoagulantele - warfarina,coumadin ,clopidogrel), deşi frecventa acestora este mai rară .

Erupţia medicamentoasă prezintă ca reacţii frecvente (urticaria, angioedemul, exantemul maculopapular , fotosensibilitatea, echimozele, petesiile , bulele hemoragice, hiperpigmentarile, eritemul nodos) şi rare (sindromul Steven –Johson, necroliza epidermică toxică, pseudoporfiria, eritemul polimorf sever, leziunile de necroza, dermatoza buloasa cu Ig A).

Cele mai multe reacţii apar în 30 minute pană la 1 zi din momentul administrarii medicamentelor şi pot persista de la câteva zile până la câteva saptamani.

Leziunile pot fi solitare sau multiple, iar cele mai frecvente localizări sunt reprezentate la nivelul organelor genitale la bărbaţi şi a extremitaţilor la femei.

Farmacovigilenţa medicilor clinicieni, a medicilor generalişti şi a medicilor de familie pentru detectarea şi diagnosticarea reacţiilor cutanate medicamentoase este un armament esenţial al perspicacităţii clinice. De asemenea, este important să se raporteze reacţiile adverse, care pot ajuta la detectarea şi prevenirea lor.

Cuvinte cheie : reacţii adverse, medicamente, vârstnic

✳ MODALITĂȚI DE ABORDARE CLINICO-TERAPEUTICĂ ALE EFECTELOR SECUNDARE DERMATOLOGICE ALE MEDICAȚIEI PSIHOTROPE

ALEXANDRA BOLOȘ, ELENA UNGUREANU, ANDREEA SILVANA SZALONTAY
UMF Grigore T.Popa Iași,
Institutul de Psihiatrie Socola Iași

Medicația psihotropă are o largă utilizare, nu numai în cazul tulburărilor psihice, dar, antipsihoticele, de exemplu, se utilizează și pentru alte tipuri de afecțiuni. Este cunoscut faptul că, medicația psihotropă are o serie întreagă de efecte secundare, printre care cele dermatologice sunt mai puțin evidențiate și tratate corespunzător, aceasta și poate din cauza faptului că, sunt considerate rare, benigne și autolimitative. La aceasta se adaugă și complianța terapeutică mai redusă a pacienților cu tulburări psihice, care nu declară toate efectele adverse ale medicației psihotrope, pe care preferă să o întrerupă singuri și nu se mai prezintă la evaluările ulterioare.

Cele mai frecvente efecte secundare ale medicației psihotrope, cu manifestări la nivel cutanat au fost urticaria, pruritul, hiperpigmentările, fotosenzitivitatea, alopecia și erupțiile acneiforme. Dar, au fost evidențiate și efecte secundare cutanate serioase cum ar fi sindromul Stevens Johnson, necroliza toxică cutanată, dermatita exfoliativă sau vasculitele. Adeseori, aceste efecte secundare cutanate au fost evidențiate în cazul utilizării stabilizatorilor de dispoziție. Riscul efectelor secundare dermatologice poate fi crescut și de asocierea diferitelor clase de psihotrope la același pacient, de existența unor manifestări sistemice, cum ar fi febra, discraziile sangvine sau de prezența anterioară a unor manifestări secundare cutanate, la administrarea aceleiași medicații. Astfel, înaintea inițierii oricărei medicații psihotrope, ar fi necesar și o informare adecvată a pacientului asupra posibilelor efecte secundare dermatologice, precum și o anamneză mai atentă referitoare la un eventual istoric anterior de manifestări secundare cutanate induse de psihotrope. De asemenea, apariția oricăror manifetări cutanate necesită evaluare dermatologică și schimbarea medicației psihotrope, cu o alta dintr-o altă clasă.

De aceea, prin această lucrare, dorim să evidențiem principalele efecte secundare dermatologice ale medicației psihotrope, în vederea asigurării unor abordări multidisciplinare a acestor cazuri, cară să implice psihi-

atrul, dermatologul, psihologul și probabil și alte specialități, în funcție de complexitatea cazului.
Cuvinte cheie: medicație psihotropă, manifestări cutanate, multidisciplinaritate

✳ ASPECTE ALE TOXICITATII DERMATOLOGICE A CHIMIOTERAPIEI LA COPIL

INGRITH MIRON, LAURA TRANDAFIR

Spitalul clinic de urgență pentru copii Sf Maria

Disciplina de Pediatrie, UMF Gr.T.Popa, Iași

Tratamentele sistemice în neoplaziile pediatrice pot provoca o serie de modificări ale pielii, mucoaselor și fanerelor. Diagnosticul și managementul efectelor secundare asociate chimioterapiei cer informare și experiență din partea hemato-oncologului pediatru, precum și consultul în echipă cu specialistul dermatolog pentru recunoașterea și terapia precoce a acestor sindroame. Cele mai întâlnite efecte adverse cutanate sunt reacțiile de sensibilizare , alergic (L-Asparaginază, Etopozid), alopecia, mucozita, necrozele cutanate post extravazări accidentale de citostatice paravenos, hiperpigmentarea produsă de bleomicină. Primele trei sunt reversibile prin terapii, dar, in funcție de gradul de gravitate OMS afectarea mucoasei bucală, esofagiană, vaginală, anorectală poate avea complicații infecțioase amenințătoare de viață. Eritemul acral cunoscut și sub numele de eritrodisestezie palmoplantară sau sindromul mână-picior se întâlnește la administrarea de Citarabină, Doxorubicină, Fluorouracil, Ciclofosfamidă, Vincristină, Vinblastină, Etoposid, Mecaptopurină, Metotrexat. Fotosensibilitatea se descrie dupa utilizarea Metotrexatului, Fluorouracilului, Dacarbazinei. Ea se manifestă prin eritem, vezicule, hiperpigmentare şi descuamare și poate avea o evoluție de o gravitate extremă, așa cum a putut fi observată în 2 cazuri cu leucemie acuta limfoblastică spitalizate în Secția de hemato-oncologie pediatrică a Spitalului clinic de urgență pentru copii Sf Maria, Iași. Alopecia poate fi severă în cazul medicamentelor precum: doxorubicina, daunorubicina, paclitaxel, docetaxel, ciclofosfamida, ifosfamida și etoposid. Căderea părului indusă de chimioterapice are un mecanism non-androgenic și se poate manifesta ca alopecie totală, telogen effluvium sau, mai rar, alopecia areata.

Medicațiile citostatice, prin agresiunea pielii, mucoaselor și fanerelor, nasc o patologie ce trebuie recunoscută și tratată precoce, pentru a nu altera calitatea vieții și a nu limita supraviețuirea în neoplaziile copilului.

✳ MANIFESTĂRI CUTANATE ÎN ZOONOZE

EGIDIA MIFTODE, CRISTINA PETROVICI, ISABELA LOGHIN, RADU MIFTODE, CODRINA BEJAN
Universitatea de Medicină şi Farmacie „Grigore T. Popa" Iaşi
Disciplina de Boli Infecţioase

În ultimii ani, CDC a estimat că şase din zece boli infecţioase au caracter zoonotic. Cele mai multe dintre zoonoze sunt cauzate de bacterii, dar sunt binecunoscute şi virusurile, fungii sau paraziţii ca agenţi etiologici implicaţi.

Dintre zoonozele cu cele mai evocatoare leziuni cutanate sunt boala Lyme, trichineloza, leptospiroza, febra butonoasă, febra Q, psittacoza dar şi febrele hemoragice.

Cele trei manifestări dermatologice ale bolii Lyme sunt eritemul cronic migrator, limfocitomul boreliozic şi acrodermatita cronică atrofică dar există şi alte leziuni mai puţin caracteristice precum morfea, lichenul scleros şi limfomul cu celule B.

Manifestările cutaneo-mucoase din cadrul febrei butonoase cuprind « pata neagra » la nivelul zonei de inoculare, cu aspect eritematos/ necrotic şi o erupţie maculopapulară cu diametrul de 2-5 mm, cu margini imprecise, localizată pe membre şi ulterior cu generalizare şi cu transformarea papulelor în aspect butonos.

În cadrul febrei Q se întâlneşte eritemul nodos dar şi rash maculopapular sau punctiform. În infectia cu *Chlamydia psittaci* apar o serie de manifestari cutanate precum rash–ul macular, eritemul nodos, eritemul polimorf şi urticaria.

Febra hemoragică Crimeea Congo (CCHF) este una dintre cele mai severe forme de febră hemoragică, endemică în Africa, Asia, Europa de Est și Orientul Mijlociu. Aceasta este o boală virală zoonotică produsă de înţepătura de căpuşă care prezintă în faza hemoragică semne de hemoragie progresivă cu peteşii, hemoragia conjunctivală, etc.

Erupţia în trichineloză poate avea aspect urticarian, rujeoliform, scarlatiniform, mult mai rar peteșial. Acestea domină rar tabloul clinic, survin în unul sau mai multe puseuri, fiind întâlnite în formele medii de trichineloza în 79%.

Manifestările cutanate în leptospiroză includ icter, prurit şi erupții cutanate prezente la 58,8% din pacienți. Erupția este localizată la nivelul trunchiului având caracter maculo-papulos, hemoragic (peteșii, echimoze). Sindromul cutanat este descris mai frecvent în leptospirozele cu *L. pomona*, *L. autumnalis*.

In cazul bolii emergente în Europa – Chikungunya, rash-ul survine la aproximativ jumătate din pacienţi şi constă în apariţia pe trunchi a unei erupţii maculopapulare, eritematoase, pruriginoase.

Este recunoscut faptul că zoonozele sunt mai uşor de prevenit decât de tratat, de aceea strategiile de prevenţie, control şi diagnostic actuale justifică

abordări noi în cadrul studiilor de cercetare comparativă din medicina atât umană cât şi veterinară.

✳ SUSȚINEREA UNEI POSIBILE NOI ABORDĂRI TERAPEUTICE ÎN BOALA KAPOSI ÎN FUNCȚIE DE SUBTIPUL VIRAL AL HERPES VIRUSULUI 8. DESPRE 10 CAZURI CLINICE

BADEA MIHAIL-ALEXANDRU, MORARIU SILVIU-HORIA
Clinica Dermatovenerologie Tg. Mureş, Spitalul Clinic Judeţean Mureş

Introducere:
Sarcomul Kaposi reprezintă o proliferarare malignă a ţesutului conjunctiv dezvoltatată pe baza celulelor endoteliale ale vasele sanguine. A fost descris în 1872 de către Moritz Kaposi sub numele de *idiopathic multiple pigment sarcoma*. Această primă descriere reprezintă forma clasică a bolii, în timp conturându-se celelalte trei forme, cu aspecte clinice, etiologice şi evolutive diferite (endemică, epidemică, iatrogenă).
Material și metodă:
Vom prezenta aspectele clinico-evolutive ale sarcomului Kaposi-forma clasică la o serie de 10 pacienți.
Discuții:
Etiologia bolii a fost lămurită în 1994 când Chang și Moore pun în evidență prin tehnica PCR particulele unui nou virus din familia Herpes virusurilor, HHV 8. Forma clasică are în general o evoluţie benignă, cu evoluţie proximală lentă. Forma clasică a sarcomului Kaposi se caracterizează prin apariţia la persoane vârstnice, lipsa asocierii unui factor imunosupresiv, localizare la nivelul extremităţilor, evolutie în general benignă cu avansare proximală lentă. Au fost descrise mai multe subtipuri ale Herpes Virusului 8, acestea fiind caracterizate prin distribuție geografică particulară și evoluţie clinică diferită a bolii. În Europa predomină subtipurile A și C. Subtipul A a fost asociat în mai multe studii cu o evoluţie mai rapidă şi leziuni mai extinse pe când subtipul C are evoluţie lentă.
Concluzii:
Leziunile din forma clasică a sarcomului Kaposi pot avea aspecte clinice și evoluție diferită fără o corelație cu statusul pacientului.

Cuvinte cheie: sarcom Kaposi mediteranean, aspecte clinico-evolutive, subtipuri de herpes virus 8

✳ ALOPECIA AREATA: CE ȘTIM ȘI CE E NOU? REZULTATE ACTUALE CONCLUDENTE ȘI POSIBILE DIRECȚII TERAPEUTICE

CRISTINA GRINEA, OANA APREUTESEI*, LAURA GHEUCĂ SOLOVĂSTRU**.*

**Clinica de Dermatovenerologie, Spitalul Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași*

***Disciplina Dermatologie, Facultatea de Medicină, UMF „Grigore T. Popa" Iași*

Alopecia areata (AA) reprezintă o manifestare autoimună caracterizată prin alopecie necicatricială, circumscrisă și neinflamatorie localizată în general la nivelul scalpului sau a bărbii, ce poate însă atinge întregul scalp (AA totalis) sau întregul corp (AA universalis).

AA prezintă o importantă heterogenitate clinică, numărul și pattern-ul leziunilor la debut necorelându-se cu evoluția ulterioară a bolii. Incidența în populația generală a fost recent estimată la 2%, cu o distribuție relativ egală la ambele sexe. Boala poate debuta la orice vârstă iar prevalența cea mai ridicată a fost raportată în decadele a treia și a patra de viață.

Etiopatogenia AA este complexă și incomplet elucidată. Studii actuale avansează ipoteza că în patogenia bolii este implicată pierderea privilegiului imun relativ a foliculului pilos iar rolul important jucat de către vasopeptidul intestinal (VIP) în această ecuație imunologică urmează a fi speculat din punct de vedere terapeutic.

AA se poate asocia cu importante comorbidităţi cu substrat imun sau genetic (dermatita atopică, vitiligo, tiroidită autoimună, colagenoze, sindrom Down, afectare oculară etc.) iar impactul psihologic asupra pacientului poate avea ca expresie clinică depresia, anxietatea, tulburarea de personalitate sau psihoza.

Nu s-a ajuns la un consens cu privire la terapia topică și sistemică în AA, ghidurile terapeutice recente incluzând doar recomandări de clasa C și D. Strategia terapeutică se orientează în funcție de debutul și evoluția episoadelor de peladă, extensia leziunilor, vârsta și comorbiditățile pacientului și nu în ultimul rând experiența medicului curant. Deși opțiunile sunt multiple, pornind de la psihoterapie și tratamente topice până la intens discutata terapie biologică, studii actualizate arată că niciuna dintre modalitățile de tratament nu s-a dovedit până în prezent pe deplin eficientă în inducerea și menținerea remisiunii bolii, lăsând o poartă deschisă pentru direcțiile de cercetare care au la bază mecanismul imunologic.

✳ NOUTĂȚI ÎN HIDRADENITA SUPURATIVĂ / ACNE INVERSA

ANCA CREȚU[1], CARMEN BEATRICE PODOLEANU[1], MIHAELA GABRIELA ADAM[1],
LAURA GHEUCĂ SOLOVĂSTRU[1,2]
1. Clinica Dermato-venerologie, Spitalul Clinic Județean de Urgență "Sf. Spiridon" Iași
2. Disciplina Dermatologie, UMF „Grigore T. Popa", Iași

Hidradenita supurativă sau acne inversa reprezintă o afecţiune inflamatorie cronică, recurentă, care se manifestă prin leziuni dureroase, supurative, care în evoluție pot duce la formarea de traiecte fistuloase, cicatrici. Localizarea de elecție este la nivelul zonelor intertriginoase bogate în glande apocrine și se descriu 3 stadii de severitate (Hurley I, II și III).

De la prima descriere a bolii, în 1839 de către Velpeau, nivelul cunoașterii în HS a evoluat, astfel încât astăzi este considerată o boală cauzată de ocluzia foliculară, ulterior apărând și afectarea glandelor apocrine. Se întâlnește mai frecvent la femei, iar fumatul și obezitatea sunt considerați factori agravanți. Este o patologie care influențează semnificativ calitatea vieții pacienților, încă de la primele stadii ale bolii. Etiologia bolii este incomplet elucidată, însă putem incrimina o serie de factori cum ar fi: obezitatea, fumatul, diabetul zaharat, factorii de mediu, factorii genetici, dar şi răspunsul imun înnăscut adaptativ al fiecărui individ în parte. Patogenia acestei boli este complexă, datele recente demonstrează că multe dintre cazurile familiale de hidradenită prezintă mutaţii la nivelul complexului γ-secretazei (mai exact a nicastrinei, presenilinei), aceasta din urmă fiind o protează care scindează receptorii intramembranari şi reglează keratinizarea foliculară, relevând astfel rolul pe care îl are ocluzia foliculară în mecanismul patogenic al acestei boli. Însă aceste mutații nu s-au întâlnit la toți membrii aceleiași familii, ci au fost doar sporadice.

Diagnosticul se bazează pe triada - aspect clinic caracteristic, localizare specifică și evoluție cronică, recidivantă - fiind rar nevoie de examen anatomopatologic. Din punct de vedere terapeutic sunt prevăzute măsuri de ordin general – renunțarea la fumat, scăderea în greutate, evitarea microtraumatismelor repetate (epilare prin radere sau smulgere), purtarea de haine lejere din materiale naturale – și tratament topic, sistemic, laser sau chirurgical. Tratamentul este de obicei unul de lungă durată, recomandându-se și suport psihologic pacienților.

✳ IMPACTUL STRESULUI OXIDATIV ASUPRA PROCESULUI DE ÎMBĂTRÂNIRE A PIELII

TCACI IRINA, VIȘNEVSCHI ANATOLIE
Catedra de Medicină de laborator
USMF "Nicolae Testemiţanu", Chișinău, Republica Moldova

Introducere. Cunoasterea mecanismelor patogenetice implicate în procesul de îmbătrânire a pielii este importantă pentru dezvoltarea produselor de îngrijire a pielii prin suplinirea cu remedii care acționează asupra verigelor patogenetice de bază ale procesului de îmbătrânire a pielii, respectiv reduc efectele nocive ale procesului respectiv.

Obiectivul studiului. Evaluarea markerilor stresului oxidativ și a sistemului antioxidant în serul sanguin la femeile din diferite categorii de vârstă cu modificări cronologice ale pielii.

Material și metode. Grupul de studiu a inclus 90 de femei cu vârsta în limitele 25-60 de ani, cu modificări cutanate cronologice bilaterale. Lotul general de studiu a fost divizat în 3 grupuri de vârstă: Grupul I - 30 de femei în vârstă de 25-35 de ani; Grupul II - 30 de femei în vârstă de 36-50 de ani; Grupul III - 30 de femei în vârstă de 51-60 ani.

Examenul biochimic complex în serul sanguin prin micrometode spectrofotometrice a inclus determinarea indicilor POL (HPL timpurii (un/ml), HPL intermediari (un/ml), HPL tardivi (un/ml) și dialdehida malonică (DAM (nmol/l)) și indicilor sistemului antioxidant (SAO): activitatea antioxidantă totală (AAT (mM/L)), activitatea superoxiddismutazei (SOD (un/L)), activitatea ceruloplasminei (mg/L), activitatea glutation reductazei (GR (nmol/s.L)) și activitatea glutation-S -transferazei (GST (nmol/ s.L)).

Rezultate. Estimarea modificărilor POL în funcție de vârstă a demonstrat o creștere statistic semnificativă a HPL timpurii hidrofobi odata cu înaintarea în vârstă: de la 20,12±0,5 un/ml la vârsta de 35-50 de ani până la 21,71±0,3 un/ml la vârsta de 51-60 de ani, a HPL intermediari hidrofobi de la 4,69±0,1 un/ml la vârsta de 25-34 de ani până la 5,30±0,2 un/ml la vârsta de 51-60 de ani ($p<0,05$). Nivelul DAM a crescut veridic: de la 7,05±1,2 nmol/l la vârsta de 25-34 de ani până la 15,95±1,1 nmol/l la vârsta de 51-60 de ani ($p<0,001$) și de la 12,47±1,4 nmol/l la vârsta de 35-50 de ani până la 15,95±1,1 nmol/l la vârsta de 51-60 de ani ($p<0,05$).

Activitatea glutation-S-transferazei crește de la 82,17±4,9 nmol/ s.L la vârsta de 25-34 de ani până la 116,12±7,5 nmol/ s.L la vârsta de 35-50 de ani ($p<0,01$), de la 82,17±4,9 nmol/ s.L la vârsta de 25-34 de ani până la 144,28±6,8 nmol/ s.L la vârsta de 51-60 de ani ($p<0,001$) și de la 116,12±7,5 nmol/ s.L la vârsta de 35-50 de ani până la 144,28±6,8 nmol/ s.L la vârsta de 51-60 de ani ($p<0,05$). Activitatea ceruloplasminei se majorează de la 415,54±12,6 mg/L la vârsta de 25-34 de ani până la 467,48±11,5 mg/L la vârsta de 35-50 de ani ($p<0,05$). La femeile din grupul de vârstă de 51-60 ani, s-a constatat o creștere a activității GR, care depășea cu 32% valorile înregis-

trate la femeile cu limita de vârstă 25-34 ani și cu 60% la femeile cu vârstă cuprinsă între 35-50 ani, dar aceste modificări nu aveau relevanță statistică.

Concluzii. Procesul de îmbătrânire a pielii odată cu vârsta a fost asociat la femeile din studiu cu modificarea unor markeri iminenți activității stresului oxidativ și a sistemului antioxidant. De menționat elevarea practic dublă a dialdehidei malonice în sânge la femeile cu vârsta cuprinsă între 35-50 ani comparativ cu vârsta 25-34 ani, care a continuat veritabil la femeile cu vârsta 51-60% la o cotă medie de 30%. Componentele sistemului antioxidant evaluate nu s-au impus prin modificări semnificative în raport cu vârsta, cu excepția GST, care a avut o dinamică ascendentă veritabilă de la grupul de vârstă I la grupul de vârstă II (43,9%) și de la grupul de vârstă II la grupul de vârstă III (20,3%); ceruloplasmina care a aprecait o crestere cu 12% în grupl de vârstă II comparativ cu grupul de vârsta I.

✳ AFECŢIUNI CUTANATE RESPINGĂTOARE ȘI BĂTRÂNEȚEA MENŢIONATE ÎN BIBLIE: RESPONSABILITATEA UMANĂ DEDICATĂ VÂRSTEI A TREIA.

IOSIF TAMAŞ, ANCA AGHINIŢEI-ZBRANCA**, CAMELIA TAMAŞ**, IOANA TAMAŞ***

**Facultatea de Teologie Romano Catolică, Universitatea Alexandru Ioan Cuza Iași*

***UMF „Grigore T. Popa", Iași*

În data de 24 martie 2014, Papa Francisc a primit în audienţă pe participanţii la Adunarea Plenară a Consiliului Pontifical pentru *Lucrătorii Sanitari*, iar în 28 septembrie, același an, la iniţiativa Consiliului Pontifical pentru Familie, a participat la Ziua dedicată *vârstei a treia*. A fost subliniată cerinţa de a ţine cont, mereu, de trupul lui Isus Cristos prezent în cei suferinzi, în cei săraci, în copii, chiar nedoriţi, în persoanele cu handicap fizic sau psihic, în bătrâni. Asistenţa medicală trebuie să privească persoana ca întreg, cu trup, spirit şi suflet nemuritor şi să unească de asemenea sprijinul uman, psihologic şi social cu sprijinul pentru familia persoanei bolnave. Întâlnirile au avut loc la Roma, unde au fost prezenţi zeci de mii de bătâni şi bunici, cu familiile lor, provenind din numeroase ţări. Cei prezenţi îşi aminteau de gestul făcut de către actualul Papă Francisc, la 6 noiembrie 2013, când l-a îmbrăţişat fără rezerve pe Vincio Riva de 53 de ani, prezent în Piaţa Sfântul Petru din Roma, care suferă de neurofibromatoză genetică. A fost susţinută morala creștină, chemată să contrasteze cultura otrăvitoare a „rebutului", potrivit căreia se face mult rău lumii noastre. Se aruncă pruncii, se aruncă tinerii, pentru că nu au loc de muncă, se aruncă şi bătrânii cu pretenţia de a menţine un sistem economic „echilibrat", în centrul căruia nu se regăseşte persoana umană, ci banul. Creştinii, împreună cu toţi oamenii de bunăvoinţă, suntem chemaţi să construim cu răbdare o societate diferită: primitoare, umană, inclusivă, care nu are nevoie să-l arunce pe cel slab în trup şi în minte, o societate care să-şi măsoare propriul „pas"

tocmai după această vârstă a treia. Este indispensabil să acordăm atenţie bătrânilor tot mai singuri şi abandonaţi și să privim îmbătrânirea cutanată, în problematica îngrijire a vârstnicilor, cu o responsabilitate fundamentată ontologic. În lucrarea de faţă vom urmări următoarele puncte: înţelegerea biblică a afecţiunilor cutanate respingătoare, numite generic *lepră* şi vom aprofunda conceptul *curăţiei* (pur-impur), ca dispoziţie necesară de lucru în dermatologie şi vom dezvolta câteva consideraţii asupra situaţiei medicale actuale româneşti, în domeniul tratamentului şi al integrării sociale a unor astfel de bolnavi.

Cuvinte cheie: *corp, bătrâneţe, boală, responsabilitate, curăţie, morală, social, credinţă, înţelepciune.*

✳ NATINUEL ÎN PORTOFOLIUL DERMATOLOGULUI *(8')*

ELENA ANDRESE
Disciplina Dermatologie, UMF „Grigore T. Popa", Iași

Acneea vulgară este o dermatoză cronică autolimitată ce apare pe un teren predispus genetic. La nivel global, în anul 2015, aceasta afecta 9,4% din populatie, acneea fiind astfel a VIII-a boală ca frecveță din lume.

Ghidurile terapeutice actuale includ: tratamentele topice (retinoizi, antibiotice, peeling cu acid glicolic sau salicilic, injecțiile intralezionale cu steroizi, fototerapia sau laserterapia) și tratamentele sistemice (hormonoterapia, antibioticoterapia, isotretinoinul). Varietatea opțiunilor terapeutice demonstrează faptul că nu există încă o terapia ideală, căutarea soluției optime pentru fiecare pacient reprezentând o continuă provocare pentru dermatolog.

Prezentăm în lucrarea de față rezultatele obținute pe un lot de studiu, prin utilizarea unor produse noi pe piața din România, din gama Natinuel. Aceste produse reprezintă un altfel de tratament topic și o soluție pentru cazurile grave de acnee. Rezultatele obținute de noi recomandă utilizarea gamei Natinuel pentru toate formele de acnee, indiferent de gravitatea acesteia sau de localizare.

✳ FULL FACE OPTIMIZE: FACE MEDICAL REJUVENATION

DR. GUIDO CAPPARÈ
Italy

The object of this new new methodology is the regeneration of all tissues of the face in the treatment of skin aging. The aging process of the face determines the reduction of the thickness of all the tissues that compose it with the appearance of wrinkles and fall of the skin by the action of the force of gravity. Today you can apply the principles of regenerative medicine to the aesthetic

improvement of the face. If we laugh volume to facial tissue we can restore his appearance to that youth. With the Medical Face Lifting can regenerate: • • The epidermis The dermis The hypodermis • • Bone For this we use the term Full Face Regeneration.
The medical protocol of the face rejuvenation, more current, is referred as Full Face Medical Rejuvination .
This includes:
The Skin Biostimulation and the Skin Improve able to the optimization of the skin physiology and the prevention of cronoaging and photoaging damage.
The Muscle Biostimulation that allows to the face muscles toning, improving the antigravity action.
The Muscle Relaxation that allows a transient paralysis, of certain muscles, with stretching of the same and the overlying skin .
The Bone Biostimulation that increases the bone volume at the level of the cheekbone allowing an improvement in the face Triangle of Beauty.
The Fat Apoptosis that allows to reduce the number of fat cells in the lower portion of the face allowing an improvement of the Triangle of Beauty.
The Skin Whitening that allows to decrease in the dermal and epidermal melanin concentration, improving the color of the skin and reducing skin spots.
The Skin Restructure that allows, through a dermal fibrosis, to stretch the areas that have lost of skin tissue tone .
The combination of these treatments allows us to get a total and physiological facial rejuvenation