

# CONFERINȚA

DE  
DERMATOLOGIE

„ZILELE GH. NĂSTASE”

Ediția a XV-a

# Rezumate

IAȘI  
11-12 Iunie 2009  
Sala de Conferință, Hotel „Unirea”



**SPONSORI PRINCIPALI**

**ASTELAS**

**ABBOTT**

**SANOFIAVENTIS/TRAVELHOUSE**

**GSK**

**L'OREAL**

**LC RHEA MEDICAL CARE**

**SCHERING PLOUGH**

**Sponsori**

**J&D Aesthetics**

**Bayer**

**Beiersdorf**

**Pro Life Pharma**

**Worwag Pharma**

**Rofarma**

**Servier**

**EIMed**

**Valmedica**

**Leo Pharma**

**Nitech Medical**

**Gedeon Richter**

**Alpha Wasserman**

**Bioderma**

**Nepentes**

**CD Beauty Sistem**

**AEIA**

**Avene**

**Zentiva**

**Zepter**

**EstetiQ Magazine**



## **COMITETUL DE ORGANIZARE**

### **PREȘEDINTE DE ONOARE:**

Prof. Dr. Zenaida PETRESCU

### **INVITAȚI SPECIALI**

Prof dr. Vasile ASTĂRĂSTOAE,  
*Rector UMF "Gr. T. Popa" Iași*

Prof dr. Doina AZOICĂI  
*Decan Facultatea de Medicină UMF Iași*

Prof dr. Virgil FEIER  
*Președinte Societatea Română de Dermatologie*

### **COMITAT ȘTIINȚIFIC ȘI ORGANIZATORIC:**

#### **DIRECTOR EXECUTIV:**

Conf. dr. Laura GHEUCĂ-SOLOVĂSTRU

#### **MEMBRI:**

Conf. dr. Daciana BRĂNIȘTEANU

Conf. dr. Tatiana ȚĂRANU

Prof dr. Anca ZBRANCA

Șef lucr. dr. Alexandru NICULESCU

Dr. Dorin MIHALACHE

Dr. Titiana CONSTANTIN,

Dr. Adrian VASILCA

Dr. Corneliu DOBRE

#### **SECRETARIAT:**

Asist univ dr. Gabriela STOLERIU,

Asist univ dr. Laura STĂTESCU

Asist univ dr. Dan VÂȚĂ

Prep univ.dr. Paula TOADER

Prep univ.dr. Diana DIACONU



# I. CLASIC ȘI MODERN ÎN PSORIAZIS

## 1. INTERACȚIUNI CELULARE ÎN PSORIAZIS. IMPLICAȚII TERAPEUTICE

Tatiana Țăranu,

Disciplina Dermatologie, U.M.F. „Gr. T. Popa” Iași

## **2. PSORIAZISUL VULGAR – MAI MULT DECÂT O BOALĂ INFLAMATORIE CUTANATĂ**

Ana M. Ciurea

Department of Dermatology MD Anderson Cancer Center, The University of Texas

Psoriazisul vulgar, este o boală cu afectare cutanată asociată frecvent cu un impact negativ asupra calității vieții și cu numeroase comorbidități.

Specific, pacienții cu psoriazis sever au o frecvență crescută a artritei psoriazice, bolilor cardiovasculare, hipertensiune, obezitate și diabet, cu un risc crescut de mortalitate. Mai mult pacienții cu psoriazis suferă frecvent de depresie, și fumează și consumă alcool în exces cu un impact negativ asupra sănătății lor.

Dermatologii trebuie să fie conștienți de aceste asociații și trebuie să îndrume pacienții către specialiști. Asocierea dintre psoriazis, obezitate și boli cardiovasculare ca și testele de screening utile vor fi discutate pe larg.

## **3. INSTRUMENTE MODERNE DE EVALUARE ÎN PSORIAZIS**

Gh. Mușet, B. Nedelciuc

Clinica Dermatovenerologie, USMF “Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Dincolo de investigațiile biochimice, imunologice și histologice, există o gamă vastă de criterii clinice, radiologice și psihologice, care permit o evaluare rapidă și complexă a severității psoriazisului, pe de o parte, a calității vieții pacienților, pe de altă parte. Iată câteva din aceste instrumente: PASI, DAS, PARS, BASDAI, BASRI, DLQI, CDLQI, FDLQI. Recent, The Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis a propus și alte instrumente utile pentru monitorizarea bolii: HAQ, BASFI, MASES etc.

Cele mai răspândite sunt, totuși, PASI și DLQI. Conform PASI (Psoriasis Area and Severity Index), suprafața afectată include 4 regiuni de afectare (capul – h, trunchiul – t, extremitățile superioare – u, extremitățile inferioare – l) și se calculează pe o scară de la 1 la 6 puncte: <math><10\%</math>=1 p., <math>10-29\%</math>=2 p., <math>30-49\%</math>=3 p., <math>50-69\%</math>=4 p., <math>70-89\%</math>=5 p., <math>90-100\%</math>=6 p. Caracterul afectării acestor regiuni: prezența eritemului – E, prezența infiltratului – I, descuamarea – D, suprafața afectată – A. Gradele de severitate se calculează pe o scară de la 0 la 4 puncte: semnele clinice lipsesc = 0 p., sunt ușoare



= 1 p., sunt moderate = 2 p., sunt marcate/grave = 3 p., foarte grave = 4 p. Deoarece capul, extremitățile superioare, trunchiul și extremitățile inferioare alcătuiesc aproximativ 10%, 20%, 30% și 40% din suprafața corpului, indicele PASI se calculează după formula:

$$\text{PASI} = 0,1(\text{Eh} + \text{Ih} + \text{Dh})\text{Ah} + 0,2(\text{Eu} + \text{Iu} + \text{Du})\text{Au} + 0,3(\text{Et} + \text{It} + \text{Dt})\text{At} + 0,4(\text{EI} + \text{II} + \text{DI})\text{AI}$$

Conform DLQI (The Dermatology Life Quality Index), impactul psoriazisului asupra calității vieții se evaluează în baza unui chestionar, care combină întrebări despre cele mai importante aspecte ale bolii: 1. Cât de mult ați simțit senzații de mâncărime, înțepături sau dureri la nivelul pielii? 2. Cât de mult ați fost jenat de boala dv? 3. Cât de mult a influențat boala mersul la cumpărături sau îngrijirea casei? 4. Cât de mult a influențat boala alegerea hainelor? 5. Cât de mult a influențat boala activitățile sociale sau cele de relaxare? 6. Cât de mult v-a împiedicat boala să practicați un sport? 7. Cât de mult v-a împiedicat boala la serviciu sau studii? 8. Cât de mult v-a creat boala dificultăți de comunicare cu partenerul/partenera sau oricare din rude, prieteni apropiați? 9. Cât de mult v-a creat boala dificultăți sexuale? 10. Cât de mult a fost o problemă tratamentul pentru afecțiunea dv? Cele 10 răspunsuri ale fiecărui chestionar, obținute direct de la pacient sau de la familia acestuia, punctate de la 1 la 4 (deloc = 1, puțin = 2, mult = 3, foarte mult = 4), sunt utilizate pentru a testa ipoteze sau pentru a calcula indicele de calitate a vieții în psoriazis.

#### **4. ROLUL INVESTIGAȚIILOR PARACLINICE ÎN DIAGNOSTICUL PSORIAZISULUI**

Laura Stătescu, Zenaida Petrescu, Daciana Brănișteanu, Laura Gheucă Solovăstru, Georgiana Mihăilă

Disciplina Dermatologie, Facultatea de Medicină, UMF „Gr. T. Popa” Iași

Diagnosticul psoriazisului este în principal clinic, majoritatea cazurilor beneficiind, din punctul de vedere al investigațiilor paraclinice, doar de un examen de rutină. Acest examen este necesar pentru a evalua starea generală de sănătate a pacientului (HLG, ex urină etc.), dar și pentru a depista eventualele patologii asociate (lipidograma, glicemia, proteinele totale, uree, creatinină etc.), cu sau fără legătură etiologică și evolutivă cu psoriazisul.

Examenul histopatologic al biopsiei din leziune este investigația ce asigură certitudinea diagnosticului.

În ultimul timp s-a recurs totuși și la investigații mult mai laborioase, ce încearcă să verifice și să susțină diversele teorii implicate în fiziopatologia psoriazisului, cum ar fi de exemplu studiile imunologice (Th1, Th2, IL22, IL17, TNF $\alpha$ , IFN $\alpha$  etc.), studii genetice (rolul HLA-C) etc.

Dacă studiile laborioase (imunologice, genetice) nu pot fi aplicate la scară largă, rolul biomarkerilor, generali și specifici bolii, în diagnosticul și monitorizarea pacienților cu psoriazis a devenit tot mai evident, subliniind faptul ca pacienții diagnosticați cu psoriazis trebuie investigați periodic, cât mai complet, pentru un bun management pe termen lung al bolii.

## **5. FENOMENUL IZOMORFIC ÎN PSORIAZIS**

D. Vâță, Laura Gheucă Solovăstru, Diana Diaconu

Disciplina Dermatologie, Facultatea de Medicină, UMF „Gr. T. Popa” Iași

Fenomenul izomorfic a fost descris de Heinrich Köebner în 1877 care a observat că la un pacient cu psoriazis se pot reproduce leziunile pe tegumentul indemn supus unui traumatism. Fenomenul Köebner este unul din semnele caracteristice ale psoriazisului deși poate apărea și în alte afecțiuni (lichen plan, lichen nitidus, vitiligo).

Fenomenul Köebner nu apare la toți pacienții cu psoriazis. Gradul afectării cutanate nu influențează apariția lui. Fenomenul izomorfic nu apare preferențial în anumite zone putându-se localiza atât pe ariile clasice ale psoriazisului (scalp, genunchi, coate) cât și pe cele care sunt de obicei cruțate (fața). Nu toate formele de traumatisme vor induce reacție Köebner ci doar cele care produc predominant injurie celulară epidermică și inflamație dermică. Perioada de latență este diferită chiar și la același pacient reflectând gradul de sensibilitate (care este o caracteristică unică a pielii pacientului) pentru dezvoltarea răspunsului Köebner

Fenomenul izomorfic sugerează că psoriazisul este o afecțiune sistemică ce poate fi declanșată local, la nivelul pielii.

## **6. ASPECTE CLINICO-EVOLUTIVE ALE PSORIAZISULUI LA COPII ȘI ADOLESCENȚI**

V.Sturza<sup>1</sup>, Gh.Mușet<sup>1</sup>, Nina Fiodorov<sup>1</sup>, D.Rubanovici<sup>2</sup>, Rodica Golban<sup>1</sup>, M.Bețiu<sup>1</sup>, V.Gogu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 135 pacienți cu vârste între 8 luni și 16 ani cu psoriazis, asistați în secția copii a Dispensarului Dermatovenerologic Republican în perioada anilor 2005-2008. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive.

**Rezultate.** Totalul bolnavilor – 135 pacienți, inclusiv 96 fete și 39 băieți (raport M/F 1/2,5). Din punct de vedere al vârstei pacienții au format următoarea distribuție: până la 3 ani – 7 (5,2%); 4-7 ani – 17 (12,6%); 8-11 ani – 36 (26,7%); 12-16 ani – 75 (55,5%) pacienți, inclusiv din mediul rural – 83 (61,5%) și cel urban – 52 (38,5%) cazuri.

Predispoziția ereditară s-a constatat la 32 (23,7%) pacienți, inclusiv 18 dintre ei având unul din părinți bolnav (mama – 13, tata – 5). La 14 pacienți s-a raportat psoriazis la rudele apropiate. Asocierea cu alte patologii s-a menționat în 43 (31,9%) cazuri: neuroze și stări neuro-astenice - în 12 cazuri; pielonefrită cronică – 5; colecistită și pancreatită cronică – 4; anemie – 5; hipertensiune intracraniană – 4; tonsilita cronică – 4; gastrita cronică – 3; dischinezii ale căilor biliare – 4; enterobioză – 2 cazuri.

Vârsta de debut al psoriazisului la pacienții luați în studiu s-a repartizat în felul următor: 1-4 ani – 21 (15,6%) cazuri; 5-8 ani – 44 (32,6%); 9-12 – 40 (29,6%); 13-16 – 30 (22,2%) cazuri. Frecvența mai înaltă a debutului maladiei s-a constatat la vârste de 10 ani (16 cazuri), 6 ani (14 cazuri), 11 și 8 ani (a câte 12 cazuri), 14 ani (11) și 3 ani (10 cazuri). Durata maladiei a fost variată: de la câteva săptămâni la 19,3% pacienți și câteva luni la 34,8% până la 2 și mai mulți ani la 45,9% pacienți. Variații sezoniere s-au stabilit și privind instalarea s-au exacerbarea maladiei: primăvara – la 39 (29%) bolnavi; toamna – la 52 (38,5%); iarna – la 33 (24,4%) și vara – la 11 (8,1%) pacienți. Leziunile psoriazice inițiale s-au observat pe scalp la 29 (21,5%) bolnavi, pe coate și genunchi – la 21 (15,6%), pe toracele anterior și posterior – la 18 (13,3%), pe regiunea lombosacrală – la 10 (7,4%), în plici – la 5 (3,7%), pe palme și plante – la 4 (3%), pe față – la 3 (2,2%) bolnavi. Instalarea primară multifocală a leziunilor (scalp, torace, coate, genuchi etc.) s-a relevat la 45 (33,3%) pacienți.

Examenul obiectiv a constatat psoriazis vulgar diseminat la 103 (76,3%) pacienți, inclusiv: papulos (lenticular și numular) – 57 (42,2%) cazuri; în placarde (5-10 cm și mai mari) – 17 (12,6%), iar la 29 (21,5%) au fost evidențiate leziuni papuloase și în placarde. La spitalizare stadiul de avansare s-a constatat la 102 (75,6%) pacienți,

ceilalți fiind în stadiul de stagnare. Zonele clasice psoriazice au fost atinse după cum urmează: scalpul în 71 (52,6%) cazuri; coatele și genunchii, precum și fețele de extensie ale membrilor – în 67 (49,6%), spatele și zona lombo-sacrală – în 29 (21,5%) cazuri. Alte localizări raportate au fost cele de pe față (pleoape, frunte, obraji) – la 21 (15,6%) pacienți, gât – la 9 (6,7%), trunchi – la 52 (38,5%) pacienți. Psoriazisul inversat cu localizări flexorii, în pliuri și implicarea zonei genitale și retroauriculare s-a constatat la 16 (11,9%) pacienți.

Atingeri izolate palmo-plantare au fost remarcate în 8 (5,9%) cazuri. De asemenea, psoriazisul izolat al pielii capului, cu aspect de sebopsoriazis, s-a semnalat la 7 (5,2%) pacienți. Artropatia psoriazică (spondilita) a fost documentată la 1 (0,7%) pacient. Afectarea unghială s-a notat la 16 (11,8%) pacienți, remarcându-se frecvent depresiuni punctiforme, striții și, mult mai rar, hiperkeratoza subunghială și onicoliza. Pruritul a marcat evoluția psoriazisului la 36 (26,7%) pacienți.

**Concluzii.** În studiul efectuat se constată o prevalență crescută a psoriazisului la fetițe. Adresabilitatea rurală a depășit indicii urbani. La o pătrime din pacienți se raportează antecedente familiare de psoriazis, cât și asocierea psoriazisului cu alte maladii, în marea majoritate prezentând focare cronice de infecție. Vârsta caracteristică de debut este cea de 5-8 și 9-12 ani. Predomină pacienții cu un istoric de durată al maladiei. Variațiile sezoniere constatate sunt tipice, debutul și exacerbările instalându-se preponderent în perioada rece a anului. Mai frecvent se evidențiază psoriazisul papulos, placardele extinse fiind mai rare. La o pătrime din pacienți se observă afectarea feței și prezența pruritului. Psoriazisul inversat, palmo-plantar, unghial și sebopsoriazisul sunt mult mai rare, forma artropatică fiind ca și o excepție.

## 7. TRATAMENTUL PSORIAZISULUI LA COPIL

Alexandru Oanță

Universitatea Transilvania Brașov

Psoriazisul reprezintă o afecțiune care poate avea un profund impact fizic, emoțional și social cu repercursiuni asupra calității vieții. Majoritatea cazurilor de psoriazis apărute la copil reprezintă forme ușoare, cu răspuns bun la medicația topică. Doar o minoritate dintre copiii cu psoriazis prezintă forme severe, cu evoluție rapidă, necesitând terapie sistemică.

Alegerea tratamentului psoriazisului la copil este determinată, la fel ca și la adult, de activitatea afecțiunii, de morfologia și distribuția leziunilor, severitate și prezența stărilor comorbide precum psoriazisul artropatic. Considerații practice precum: confortul utilizării, acceptabilitatea pacientului, accesibilitatea, raportul risc/beneficiu, costul, percepția individului asupra afecțiunii și indicele de calitate al vieții sunt factori de decizie în alegerea tratamentului.

La copil raportul greutate/suprafață trebuie avut în vedere în cazul administrării pe cale generală, ca și în cazul administrării topice, cu posibilitatea absorbției percutane și a apariției unor efecte secundare asupra organelor.

În fața unui copil cu psoriazis situația nu trebuie dramatizată considerând psoriazisul o boală incurabilă și de asemenea trebuie înlăturat sentimentul de culpabilitate al părintelui cu psoriazis.

## **8. TRATAMENTUL PSORIAZIULUI FLEXURAL SI ANO-GENITAL**

Dan Forsea, Catalin Popescu

UMF Carol Davila, Clinica I Dermatologie

Localizarile flexurale si ano-genitale ale psoriazisului pun probleme speciale de tratament, fie din considerente care tin de aria tratata, fie din cauza limitarii optiunilor terapeutice in aceste zone.

Lucrarea prezinta tratamentul psoriaziului flexural si ano-genital. Cea din urma localizare reprezinta o importanta problema medicala pentru ca poate afecta dramatic calitatea vietii. La aceasta deterioare a calitatii vietii contribuie atat factorii emotionali care insotesc o eruptie psoriazica cu aceasta localizare cat si simptome (durere, iritatie) care pot inhiba sexualitatea.

Cateva dintre tratamentele foarte eficiente in localizarile clasice ale psoriazisului (keratolitice, cignolin, corticosteorizi foarte potenti) nu pot fi utilizate in zonele flexurilor si in aria ano-genitala.

Fototerapia, desi eficiente, nu este recomandata pentru zona genitala din cauza riscului carcinogenic crescut. Dermatocorticoizii de potentia mica, asociati de obicei cu antimicotice sau antibiotice pot fi o alternativa terapeutica, dar utilizarea lor prelungita este limitata de riscul atrofiei cutanate. Imunomodulatorii (tacrolimus, pimecrolimus) pot controla foarte bine eruptia si nu au riscul atrofogenic al corticoizilor. Tratamentele sistemice (metotrexat, retinoizi, biologice) trebuie utilizate cu precautie, numai in cazuri

selectionate, cu leziuni extinse, care nu raspund la alte mijloace terapeutice.

## **9. PATOLOGIA UNGHIILOR ÎN PSORIAZIS**

Prof.dr. Alexandru Tătaru  
UMF I.Hațieganu Cluj

Autorul prezintă modificările unghiilor care pot fi prezente în psoriazis, cu descrierea inițială a semiologiei acestor modificări, urmează o scurtă prezentare fiziopatologică a onicodistrofiilor din psoriazis cu ilustrarea pe imagini a acestora și câteva sugestii terapeutice.

## **10. PSORIAZISUL ARTROPATIC**

Gabriela Stoleriu<sup>1</sup>, Laura Gheuca-Solovastru<sup>1</sup>, Andreea-Luiza Petrariu<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Disciplina Dermatologie, UMF „Gr. T. Popa”, Iasi

<sup>2</sup> Clinica Reumatologie, Sp. Recuperare, Iasi

Psoriazisul artropatic este reprezentat de artropatie inflamatorie a articulatiilor interfalangiene distale ale mainilor, metatarso-falangiene si intervertebrale, asociata leziunilor cutaneo-mucoase caracteristice psoriazisului. Psoriazisul are o frecventa de 1-3% in populatia generala, iar psoriazisul artropatic reprezinta 6-39% din cazurile de psoriazis.

Diagnosticul precoce al psoriazisului artropatic este important pentru prevenirea progresiei bolii si a distrugerii articulare. Majoritatea pacientilor dezvolta artropatia multi ani dupa debutul leziunilor cutanate. De aceea, dermatologii au un rol important in recunoasterea semnelor de artrita, in diagnosticarea precoce a cazurilor de psoriazic artropatic si indrumarea acestora catre reumatologi, in scopul prevenirii potentialei distructii ireversibile a articulatiilor interesate. Vom realiza o trecere in revista a instalarii in timp a psoriazisului artropatic, diagnosticului, clasificarii si managementului acestei forme clinice de psoriazis.

## **11. PSORIAZIS ARTROPATIC – PREZENTARE DE CAZ**

Dumitrascu Mariana Madalina, Irina Stoicescu, Alina Maria Vilcea,  
UMF Craiova, Clinica Dermatologică

Psoriazisul artropatic definește acea formă de psoriazis tegumentar sau unghial care se asociază cu o artrită periferică sau axială seronegativă, fiind întâlnit la 5-7% dintre psoriaziaci.

Autorii prezintă cazul unei paciente de 44 de ani, diagnosticată cu psoriazis în 1991 și la care manifestările articulare au debutat în urmă cu 5 ani, inițial la nivelul picioarelor, ulterior la mâini și la coloana vertebrală. Tratamentul de fond a fost sporadic, boala evoluând progresiv, până la deformări articulare importante, cu anchiloze.

Sunt prezentate aspecte privind date clinice, investigații paraclinice, factori de risc, diagnostic diferențial și modalități de tratament, fiind subliniat efectul favorabil al retinoizilor.

În concluzie, am considerat interesant cazul pentru că:

- deși rar, psoriazisul artropatic reprezintă o formă gravă de psoriazis ce necesită o atenție deosebită din partea medicului în privința terapiei;
- polimorfismul simptomatologiei articulare pune probleme de diagnostic diferențial cu alte forme de artrită;
- tratamentul general este esențial în formele grave de psoriazis;
- caracterul negativ al bolii asupra calității vieții pacienților, ceea ce impune o atitudine terapeutică promptă.

## 12. SINTEZE PRIVIND UNELE ASPECTE CLINICE ÎN ERITRODERMIA PSORIAZICĂ

Gh.Mușet<sup>1</sup>, M.Bețiu<sup>1</sup>, G.Morcov<sup>1</sup>, L.Gugulan<sup>1</sup>, V.Sturza<sup>1</sup>, V.Gogu<sup>1</sup>, B.Nedelciuc<sup>1</sup>, V.Caproș<sup>1</sup>, Nina Fiodorov<sup>1</sup>, Ludmila Cazac<sup>2</sup>, Iu.Oltu<sup>2</sup>, Natalia Jardan<sup>2</sup>, Angela Savin-Grosu<sup>2</sup>, T.Bumbac<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 65 pacienți în vârste între 32 și 79 ani cu eritrodermie psoriazică observați în Dispensarul Dermatovenerologic Republican în perioada anilor 1990-2009. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, paraclinice și cele terapeutice.

**Rezultate.** Distribuția M/F a fost de 2,4/1 (barbați – 46, femei – 19), aceiași fiind și proveniența R/U (rural – 46, urban – 19), iar cea de vârste după cum urmează: 32-40 ani – 15 (23,1%); 41-50 ani – 22 (33,8%); 51-60 ani – 17 (26,1%); peste 60 ani – 11 (16,9%) pacienți. Vârsta medie a pacienților a fost de 48 ani. Durata maladiei a oscilat

între 6 luni și 42 ani. S-a constatat un grad înalt de asociere cu maladii cronice: gastro-intestinale – 27 (41,5%) cazuri; cardio-vasculare – 21 (32,3%); bronho-pulmonare – 20 (30,8%); endocrine – 7 (10,8%) și ale sistemului nervos central – 6 (9,2%) cazuri. Micoze palmo-plantare provocate de *Trich. rubrum* s-au depistat la 14 (21,5%) pacienți. Eritrodermia combinată cu artrita psoriazică s-a relevat la 43 (66,15%) pacienți. Afectarea unghiilor a fost semnalată la 38 (58,5%) pacienți, iar alopecia difuză – în 18 (27,7%) cazuri.

A fost evaluat dinamicul de eritrodermizare la pacienții luați în studiu. Astfel, universalizarea psoriazică s-a produs prin:

transformare bruscă a psoriazisului vulgar în eritrodermie secundară la 28 (43,1%) pacienți, incluzând deficiențe ale tratamentului sistemic și fizioterapeutic. Factorii trigger stabiliți au fost RUV și tratamentul balneo-sanatorial în stadiul de avansare în 18,5% cazuri; corticoterapia sistemică și/sau întreruperea bruscă – în 10,8%; tratamente cu antipaludice de sinteză – în 6,15%; infecții bacteriene tratate cu antibiotice – în 3,1%; stresul emoțional – în 3,1% și tratamente cu beta-blocanți – în 1,5% cazuri;

inducție iatrogenă, datorită utilizării intempestive și/sau greșite a tratamentului topic – la 30 (46,15%) pacienți tratați cu plante medicinale în 15,4% cazuri; urină – în 7,7%; gudron și/sau acid salicilic în concentrații agresive – în 20%, dermatocorticoizi cu potență înaltă – în 4,6% cazuri;

debutare primară – la 7 (10,8%) pacienți.

Tabloul clinic s-a manifestat cu tegumente în totalitate eritematoase, scuamoase, infiltrate, la nivelul plicilor având aspect exudativ. Alterarea stării generale s-a semnalat la 51 (78,5%) pacienți, încadrând febră, frisoane, anorexie, scădere în greutate, oligurie. Limfadenopatia s-a observat la 39 (60%) pacienți, hepatomegalia – la 19 (29,2%), splenomegalia – la 4 (6,2%) pacienți. Comun pentru stadiul de avansare a fost pruritul, în mare majoritatea cazurilor calificat ca „intens”.

Datele paraclinice au relevat anemie în 36 cazuri, leucocitoza – în 33, eozinofilie – în 12, VSH accelerat – în 19, hiperbilirubinemie – în 29 și hipoalbuminemie – în 21 cazuri.

Planul curativ comun pentru toți pacienții a cuprins corecția terapeutică a pierderilor hidroelectrolitice, administrarea de cantități mari de vitamine din grupul B, antihistaminice, tratament simptomatic și topic – emoliente ușoare.

În funcție de program curativ special bolnavii au fost monitorizați în 2 loturi:



- I lot (35) – asistați inițial cu 5-8 ședințe de plasmafereză, urmate de metotrexat 17,5 mg/săptămână (3-4 ture săptămânale);
- II lot (30) – tratați cu metotrexat 17,5 mg/săptămână (3-4 ture).

Răspunsul terapeutic eficient în I lot s-a constatat în 27 (77,1%) cazuri, iar în al II-lea lot – la 18 (60%) cazuri. Corticoterapia generală a fost exclusă din considerentele unei eventuale transformări în psoriazis pustulos generalizat.

**Concluzii.** Analizând cazurile de eritrodermie psoriazică, am remarcat prevalența crescută a maladiei la bărbații cu vârste sub 60 ani, proveniți în majoritate din mediul rural, având o vechime psoriazică solidă. Eritrodermia psoriazică secundară s-a notat în majoritatea cazurilor, fiind atât iatrogenă, cât și provocată de deficiențe ale tratamentului sistemic și fizioterapeutic. La mare majoritatea din pacienți s-a constatat o evoluție gravă a maladiei, incluzând corelații semnificative ale eritrodermiei cu artropatia psoriazică, maladii concomitente, afectarea unghială și indici paraclinici patologici. Includerea plasmoferezei în combinație cu metotrexatul în programul de tratament a demonstrat un răspuns terapeutic relativ superior comparativ cu monoterapie citostatică.

### 13. PSORIAZIS ASOCIAT CU CUTIS VERTIGIS GYRATA

Irina Stoicescu, Madalina Mariana Dumitrascu, Laura Simona Ianos  
UMF Craiova, Clinica Dermatologica

*Cutis vertigis gyrata* (CVG) definește o îngroșare uniformă a tuturor componentelor pielii pe zone bine definite ale scalpului. Au fost descrise forme primitive și forme secundare unor dermatoze inflamatorii (eczeme, psoriazis, acantosis negricans, cilindroame, infiltrate leucemoide). Psoriazisul este o boală multifactorială cu predispoziție genetică, cu evoluție cronică, cu prognostic vital benign și care evoluează cu elemente eritemato-infiltrative, scuamoase, care pot fi localizate sau generalizate. Se pot asocia simptome articulare invalidante.

Autorii prezintă 3 pacienți - 48,70,76 ani - doi din mediul rural și unul din mediul urban, spitalizați în clinică dermatologică a UMF Craiova, pentru forme variate de psoriazis vulgar, cu evoluție de cel puțin 5 ani fiecare, care aveau de asemenea CVG pe scalp.

Pacienților li s-au făcut anamneza amănunțită, examen clinic general și dermatologic, investigații paraclinice standard, examen histopatologic din tegumentul scalpului și examen radiologic.

Autorii discută posibilitatea apariției CVG alături de psoriazis și compară datele cu cele din literatură.

În concluzie, deși rar întâlnit, CVG poate apărea mult mai des decât ne-am aștepta în evoluția psoriazisului.

#### **14. CLASIC ȘI MODERN ÎN TERAPIA PSORIAZISULUI**

Zenaida Petrescu, Laura Stătescu, Cristina Bârsan, Oana Siriac, Tiberiu Bonta

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași

Psoriazisul, dermatoză eritemato-scuamoasă cronică cu incidență de 1-2% în populație, are o patofiziologie și etiologie incomplet elucidate.

Deși nu există o terapie care să ducă la vindecarea bolii, în decursul timpului s-au făcut progrese importante, ajungându-se la ameliorări sau albirea leziunilor pentru perioade variabile ca durată, recăderile fiind însă oricând posibile.

Terapia psoriazisului variază de la medicațiile topice benefice în formele ușoare și medii de boală la fototerapie și tratament sistemic în formele severe.

Lucrarea discută terapiile clasice și noi în psoriazis prezentând mecanismele de acțiune, eficiența, efectele secundare, sinergia cu alte tratamente, pentru diversele medicamente prezentate.

Din terapiile topice sunt prezentate: emolientele, keratoliticele, reductoarele (gudroane, ditranol), corticosteroizii, analogii vitaminei D3 (calcipotriol, tacalcitol, paricalcitol), retinoizii (tazaroten), imunomodulatoarele și imunosupresivele (ciclosporină, tacrolimus, pimecrolimus), tratamentul ocluziv, hipertermia localizată, chirurgia și criochirurgia etc.

Fototerapia (UVB, laserul excimer) și fotochimioterapia (PUVA) sunt apoi prezentate.

Din terapiile sistemice sunt discutate: citotoxicele (metotrexat, hidroxiuree, 6-tioguanină), retinoizii (acitretin), ciclosporina A, macrolidele imunosupresive (tacrolimus, pimecrolimus), micofenolatul mofetil, esterii acidului fumaric, sulfasalazina, terapiile biologice (etanercept, alefacept, infliximab, adalimumab, IDEC-114, daclizumab, ustekimumab ș.a., efalizumabul fiind retras recent) ș.a. Corticosteroizii sistemici nu sunt indicați în tratamentul de rutină al psoriazisului.

Terapiile combinate, terapia rotațională, terapia secvențială topică sau sistemică, climatoterapia etc. sunt de asemenea prezentate.

## **15. MANAGEMENTUL PSORIAZISULUI VULGAR REBEL LA TRATAMENT**

Ana M. Ciurea, MD

Department of Dermatology MD Anderson Cancer Center, The University of Texas

Psoriasis vulgaris comprises a broad spectrum of different clinical courses among which the chronic stable psoriasis by far occurs most frequently. The clinical presentation ranges from mild disease to more serious forms involving large areas of skin and/or joint disease. A number of modifying factors may impact on treatment choice in individual cases (eg, location of lesions, disease phase, treatment history, response to previous treatments, comorbidities). Treatment of patients with severe psoriasis, pediatric cases, psoriasis during pregnancy, or in the setting of immunosuppression is always a challenge for the dermatologists. Aside from this consideration, there are special sites that remain some of the most difficult regions to control. Such entities are the scalp, nails, and intertriginous areas. A review of the current treatment options in special cases of psoriasis vulgaris will be discussed.

## **16. PSORIAZIS – IMPACTUL PSIHOLOGIC ȘI SOCIAL**

Alexandru Tătaru, Lia Manolache

UMF I.Hațieganu Cluj,

Spit. "S.Longhin" Bucuresti

Autorul prezintă date despre istoricul bolii numite psoriazis și continuă cu data de cercetare clinică și psihologică asupra gravității impactului bolii asupra vieții personale a pacienților cât și asupra problemelor de inserție, respectiv rejet social al acestora, bazate pe studiile efectuate de co-autor, încheind prin a sublinia importanța măsurilor ajutătoare actului medical propriu-zis, de tip consiliere psihologica, asistență între pacienți prin societăți dedicate psoriaticilor și alte măsuri sociale posibile.

## **17. ASPECTE BIOETICE ÎN PSORIAZIS**

Laura Gheucă Solovăstru, Diana Diaconu, D. Vâță  
Disciplina Dermatologie, UMF Gr. T. Popa Iasi

Psoriazisul este interpretat, înțeles și etichetat (imperfect, irațional și fals oricum) în diferite moduri, care nu pot fi ignorate sau evitate. Sociologii ar spune că diferența a fost transformată social într-o deviere. Prin urmare, există un sens real în care psoriazisul reprezintă o invaliditate construită social, iar cei afectați sunt într-o oarecare măsură invalizi. Ei descoperă că există bariere în calea implicării lor depline în mediul înconjurător, spre deosebire de oamenii normali, obișnuiți.

Efectul leziunilor de psoriazis la pacienți este foarte mare, având în vedere faptul că organul cutanat este o parte integrantă a fiecărei etape în dezvoltarea umană, pielea intervenind în arii culturale, interpersonale și personale, și are o importanță fundamentală în autoapreciere și în formarea identității individului

Psoriazisul are un impact semnificativ asupra calității vieții având și o puternică amprentă psihosocială și nu trebuie subestimată seriozitatea impactului pe care-l are asupra pacienților. Invaliditatea dată de psoriazis este comparabilă cu a altor boli cronice cum ar fi bolile de inimă, diabetul, cancerul și depresiile.

## II. VARIA

### 1. TESTE EPICUTANE POZITIVE: INTERPRETARE SI DILEME

Rozalia Olsavszky,  
Clinica Dermestet, Bucuresti

Testarea epicutana ramane testul standard de aur in dermatitele alergice de contact. Diagnosticul de eczema chiar in absenta unor semne evidente de contact extern, necesita aceasta testare, abord necesar mai ales in alergie. In aceasta situatie leziunile depasesc limitele zonei de contact la scurt timp dupa debut. Alergia de contact se poate suprapune peste alte forme de eczema, cum ar fi cea gravitationala (sau de staza), seboreica, numulara, sau atopica, unde bariera cutanata permite penetrarea mai facila a alergenilor.

In plus sensibilizarea intraterapeutica la ingredientii din topice medicamentoase intretine si exagerbeaza eczema initiala.

Un patch test pozitiv inca nu a rezolvat nici problema pacientului nici problema doctorului. Diferentierea intre un test slab pozitiv, alergic si un test iritativ nici cel mai experimentat profesionist nu il poate face. (Ficher AA, Contact Dermatitis 3rd Ed)  
In lucrarea de fata voi prezenta experienta personala in testarea epicutana si dilemele pe care le ridica un test pozitiv.

### 2. TRATAMENTUL CU ISOTRETINOIN SI DEPRESIA

Nita Tatiana, Ruscanu Cristina Laura, Rozalia Olsavszky  
Clinica Dermestet, Bucuresti

Acneea afecteaza multi tineri atat in perioada adolescentei cat si in viata adulta. Arsenalul terapeutic este relativ redus iar rezultatele nu sunt garantate de fiecare data. Tratamentul cu isotretinoin s-a dovedit tot mai benefic mai ales la cazurile rezistente la alte alternative.

Isotretinoinul are și reacții adverse care se pot manifesta sporadic la câte un pacient și tocmai din această cauză se recomandă monitorizarea tratamentului, a evoluției clinice și a reacțiilor adverse. Datorită acestor evenimente neplăcute au apărut în ultimile luni o serie de articole în presa prin care se acreditează ideea unei legături între tratament și depresie mai ales cu forma ei extremă suicidul. Acest lucru sperie pacienții mai puțin informați.

Vom prezenta în lucrarea de față subiectul prin prisma datelor din literatura de specialitate ilustrate cu cazistica proprie. De asemenea vom exemplifica modul în care informația distorsionată din presa afectează relația cu pacientul.

### **3. EXPRESIE TRIDERMATOMALĂ ÎN ZONA ZOSTER – CAZ CLINIC**

Gh.Mușet<sup>1</sup>, G.Morcov<sup>1</sup>, Natalia Jordan<sup>2</sup>, V.Țîbărnă<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra Dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Chișinău

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 25 ani cu leziuni veziculoase grupate, localizate pe mână stângă și însoțite de dureri importante. De aproximativ o săptămână pacienta a observat semne de disestezie la nivelul gâtului și membrului superior stâng, care peste câteva zile s-a transformat într-o durere de tip nevralgic, asociind apariția leziunilor cutanate. Anamneza pune în evidență o infecție respiratorie acută, tratament pe care îl urmează până la prezent. Examenul dermatologic constată zone eritematoase acoperite de vezicule cu conținut serocitrin, grupate în buchete, pe alocuri confluate. Dezagregarea dermatomală a erupției a relevat atingerea dermatoamelor C4, C5 și C6. Constantele biologice s-au dovedit normale, iar infecția HIV exclusă. S-a instituit tratamentul antiherpetic cu valaciclovir, antiinflamatoare nesteroidiene, laser He-Ne și antiseptice topice, care s-a soldat cu rezolvarea leziunilor și diminuarea semnificativă a sindromului algic.

Cazul este adus în discuție, ținând cont de faptul că expresia tridermatomală a zonei zoster este rară la pacienții imunocompetenți.

### **4. TRICOFIȚIA ZOO-ANTROPOFILĂ LA COPIII MICI ȘI PREȘCOLARI**

Nina Fiodorov<sup>1</sup>, Gh.Mușet<sup>1</sup>, V.Sturza<sup>1</sup>, Angela Savin-Grosu<sup>2</sup>, D.Rubanovici<sup>2</sup>, V.Grib<sup>1</sup>, M.Bețiu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 21 pacienți (fete – 8, băieți – 13), cu vârsta cuprinsă între 1-7 ani, tratați pentru tricofitii zoo-antropofilă (*Tinea capitis et corporis*) în secție micologie a Dispensarului Dermatovenerologic Republican în perioada anilor 2003-2008. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, paraclinice și de tratament.

**Rezultate.** Dezagregarea după vârsta a inclus 5 copii de 1-3 ani și 16 copii de 4-7 ani, vârsta medie constituind 5 ani. Din mediul rural au fost 18 pacienți. Durata maladiei a oscilat între 7-14 zile la 9 și 1-2 luni la 12 pacienți. Profilul sezonier de spitalizare a fost următorul: vara – 9 cazuri, iarna – 6 cazuri, primăvara și toamna a câte 3 cazuri. Spectrul clinic a inclus *Tinea capitis* (forma supurată, infiltrativ-purulentă) – 12 cazuri, *Tinea corporis* (forma infiltrativă) – 6 și *Tinea facies* – 3 cazuri.

Tabloul clinic la spitalizarea pacienților cu *Tinea capitis* (Kerion Celsi) a fost relevant printr-o formațiune pseudotumorală inflamatoare unică (5 cazuri), de 5 -10 cm în diametru, asociind foliculite/perifoliculite profunde și zemuire purulentă pronunțată. Leziuni multiple (3-5) de același aspect s-au constatat la 7 pacienți, prezentând un focar mare de 5-7 cm și multiple plăci satelite mici de 1-3 cm. *Tinea corporis* cu leziuni eritemato-scuamose multiple situate pe gât, antebrațe, partea superioară a toracelui, de la 1-3 cm până la 5-7 cm în diametru, cu margini elevate circinate, policiclice, pe alocuri cruste și pustule foliculare unice, comună fiind tendința de confluaire și creștere periferică a leziunilor. *Tinea facies* cu leziuni eritemato-scuamoase de 3-5 cm diametru, situate la nivelul sprâncenelor, genelor, fruntii, obrazilor cu aspect asemănător *Tinea corporis*.

Starea generală a fost perturbată la 6 pacienți cu febră 38-39 C și insomnie, adenopatia regională constatându-se la 12 pacienți. Examenul paraclinic a relevat prezența artrosporilor *ectotrix microides* și a culturii *Trichophyton mentagrophytes var.gypseum* pentru toate probele prelevate.

Durata tratamentului s-a inclus în limitele 3-6 săptămâni. Alopecia cicatriceală a stigmatizat evoluția bolii la 2 copii.

**Concluzii.** Cazurile studiate au fost aduse în discuție pentru a sublinia prezența formelor infiltrativ-purulente de *Tinea capitis, corporis* și *facies* la copiii mici și preșcolari, prezentând clinic în majoritatea cazurilor leziuni cutanate multiple. *Trichophyton mentagrophytes var.gypseum* este singurul agent cauzal în spectrul

etiologic depistat. La circă o jumătate din cazuri se constată depistarea tardivă a pacienților.

## 5. ZONA ZOSTER LA BOLNAVII HIV INFECTAȚI

M.Bețiu<sup>1</sup>, Ludmila Cazac<sup>2</sup>, Svetlana Popovici<sup>2</sup>, Nina Fiodorov<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 35 pacienți (femei – 16, bărbați – 17; copii cu vârstă 6 și 8 ani – 2) cu infecția HIV și Zona Zoster, tratați în secția infecțioasă a Dispensarului Dermato-Venerologic Republican în 2007-2008. S-au luat în considerație datele clinico-evolutive, epidemiologice, paraclinice și de tratament.

**Rezultate.** Vârsta media – 31 ani. Din mediul rural au fost 10 și cel urban – 25 pacienți. Durata HIV infecției între 10 luni și 12 ani.

Diagnosticul de bază s-a constatat în felul următor: infecția HIV simptomatică și infecția HIV simptomatică B1 – a câte 3 cazuri; infecția HIV simptomatică B2 – 8; infecția HIV simptomatică B3 – 12; infecția HIV simptomatică C2 – 4; infecția HIV simptomatică C3 și infecția HIV asimptomatică A2 – a câte 2 cazuri; infecția HIV asimptomatică – 1 caz. Calea de transmitere a infecției HIV: injectabilă – 6, verticală – 2 și sexuală – 27 cazuri. Asocieri cu alte patologii: HVB – 4 cazuri, HVC – 6, HVB și HVC – 4; tuberculoză pulmonară – 4; pielonefrită cronică – 9; colecistită și pancreatită cronică – 6; bronșită cronică – 6; candidoză orofaringeală – 8; anemie – 6; eczemă seboreică – 2; adnexită cronică – 2 cazuri și *wasting* sindrom – 1 caz.

Examenul obiectiv a constatat forme diverse de Zona Zoster: eritemato-papulo-veziculoasă – 12 cazuri, hemoragică – 12, necrotică – 8 și gangrenoasă – 3 cazuri. Dermatoamele interesate: C2 – 2 cazuri; C4-C6 – 5; T2 – 4; T3-T9 – 11; L2-L3 – 9, S2- S3 - 4 cazuri. La 19 pacienți în proces au fost implicate 2-3 dermatoame alăturate. Într-un caz de zoster toracic s-a constatat forma diseminată cutanată tip varicelă. Febra s-a asociat la 12 pacienți și a oscilat între 37,5–39°C. Dureri importante s-au evidențiat la 18 pacienți, dintre care la 6 sindromul algic a continuat mai mult de 1 lună, constatându-se astfel neuralgia postherpetică.

Indicii limfocitelor CD4 a oscilat de la minimul de 82 la maximul de 662. La majoritatea pacienților limfocitele CD4 s-au încadrat în limitele 200-400 celule în mm<sup>3</sup>. În terapie antiretrovirală



se aflau 14 pacienți, la 6 virusul reactivându-se la scurt timp după inițierea terapiei antiretrovirale. Toți pacienții au fost tratați cu aciclovir, cei cu CD4 sub 200 – pe cale intravenoasă.

**Concluzii.** Reactivarea virusului varicelo-zosterian este frecventă la pacienții imunocompromiși, în special la cei cu infecția HIV cu CD4 sub 200. Este comună afectarea a câteva dermatoame adiacente, fiind posibilă diseminarea cutanată și afectarea viscerală. Formele hemoragice, necrotice și gangrenoase complica evoluția zosteriană, iar sindromul algic și neuralgia postherpetică nu sunt mai frecvente decât la pacienții non-HIV.

## 6. CÂTEVA OPINII DESPRE SCLERODERMIE LOCALIZATĂ LA COPII

Nina Fiodorov<sup>1</sup>, V.Sturza<sup>1</sup>, Gh.Mușet<sup>1</sup>, Ludmila Cazac<sup>2</sup>, Elena Gurschi<sup>1</sup>, M.Bețiu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 56 pacienți (fetițe – 43 și băieți – 13) cu sclerodermie localizată, vârste între 4-15 ani, spitalizați în secția copii a Dispensarului Dermatovenerologic Republican (1998 – 2008).

**Rezultate.** În totalul de 56 pacienți selectați frontal raportul F/M a constituit 3,3/1. Din punct de vedere al vârstei pacienții s-au repartizat în modul următor: sub 5 ani – 12 (21,4%); 6-10 ani – 29 (51,8%) și 11-15 ani – 15 (26,8%) pacienți. S-au constatat diverse forme clinice ale maladiei: sclerodermia în plăci – 31 (55,4%) cazuri, sclerodermia liniară – 18 (32,1%), atrofodermia Pierini-Pasini – 4 (7,1%) și sclerodermie în picături (lichen sclero-atrofic Zumbush) – 3 (5,4%) cazuri. Durata maladiei la momentul stabilirii diagnosticului a oscilat între 1 lună și 3 ani. S-au raportat o serie de maladii concomitente: infecții respiratorii acute – în 16 cazuri, amigdalită cronică – 12, anemie – 8, pielonefrită cronică – 5, enterobioză – 5, gastroduodenită cronică – 4, dischinezie biliară – 3 și acnee vulgară – în 2 cazuri.

La pacienții cu sclerodermie în plăci leziunile unice s-au semnalat în 14 cazuri, iar cele multiple (2-5) în 17 cazuri. La 18 pacienți manifestările clinice prezentau în focare toate stadiile evolutive: în centru zona atrofică, la mijloc – zona scleroasă și periferic – eritematoasă. La 9 pacienți procesul cutanat s-a limitat la stadiul de indurație, la 4 pacienți s-a asociat cu hiperpigmentări și

telangiectazii. Dimensiunile mici ale erupției (3-6 cm) s-au evidențiat la 18 pacienți, cele mari (10-20 cm) – la 13 pacienți. În 17 cazuri procesul patologic a evoluat lateral pe torace și abdomen, suprascapular, axilar și lombo-sacral. În 10 cazuri s-a semnalat localizarea plăcilor la nivelul extremităților: membre superioare – 4, membre inferioare – 8 cazuri. În 3 cazuri de sclerodermie în plăci a fost implicată și fața, iar la 1 pacient – scalpul (cu alopecie cicatriceală).

În 8 cazuri de sclerodermie liniară manifestările clinice s-au evidențiat unilateral pe partea internă a membrelor inferioare, iar în 2 cazuri – inclusiv pe membrele superioare și toracele anterior, fiind constatată atrofia mușchilor, tendoanelor și prezența contracturilor. În 10 cazuri leziunile s-au observat în regiunea frontală cu dispunere para-mediană (aspect în lovitură de sabie).

La bolnavii cu atrofodermia Pierini-Pasini leziunile cutanate s-au dispus pe abdomen și coapse sub formă de plăci bine delimitate, hiperpigmentate, cu dimensiuni 10-15 cm, cu o netă depresiune a tegumentului, lipsa semnelor inflamatorii și de scleroză.

Sclerodermia în picături înregistrată la 3 bolnavi avea sediul pe gât și toracele superior. Clinic s-au evidențiat macule multiple de 3-5 mm, rotunde, alb-sidefii, ușor deprimite, pe alocuri grupate.

Investigațiile paraclinice au decelat eozinofilie în 19 (33,9%) cazuri, proteina C-reactivă pozitivă – în 7, VSH crescut – în 5 și anticorpi anti-*Borrelia* – în 4 cazuri.

Algoritmul terapeutic aplicat a inclus penicilino-terapie, angioprotectoare, vitamina E, enzime proteolitice, stimulatori biogeni, tratament fizioterapeutic în cure repetate.

**Concluzii.** Studiul efectuat constată prevalența evidentă a sclerodermiei la fetițe, cu forma în plăci, având un debut, de obicei, la vârstă școlară. Într-o treime din cazuri se constată sclerodermia liniară. La majoritatea bolnavilor cu sclerodermie în plăci s-a relevat un aspect clinic multifocal, plăcile având dimensiuni diverse. Focarele cronice infecțioase, asociate în majoritatea cazurilor, favorizează instalarea sclerodermiei la copii, ridicând problema unui management terapeutic mai complex.

## **7. EPIDERMOLIZA BULOASĂ DISTROFICĂ, FORMA POLIDISPLAZICĂ HALLOPEAU-SIEMENS – CAZ CLINIC**

Nina Fiodorov, M.Bețiu

Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Epidermoliza buloasă distrofică, forma polidisplazică Hallopeau-Siemens este o maladie ereditară transmisă autosomal-recesiv.

Se prezintă cazul unui pacient de 11 ani, care se află la evidență de la naștere în Dispensarul Dermato-venereologic Republicană (Chișinău) pentru epidermoliza buloasă distrofică, forma polidisplazică Hallopeau-Siemens, fiind spitalizat anual în secție copii. Istoricul bolii începe de la naștere. Obiectiv, s-au evidențiat bule mari cu conținut hemoragic, majoritatea fiind spontane, unele posttraumatice, dispuse predominant pe peribucal, mâini, spate, torace anterior, posterior și lateral, coate și genunchi, plante. Semnul Nikolski este pozitiv. De asemenea, în urma rezorbției leziunilor buloase s-au observat cicatrice atât atrofice și pigmentare, cât și mutilante. Prezența cicatricelor la nivelul gurii și organelor genitale evidențiază formarea stenozei parțiale ale orificiilor, iar la mâini și picioare – contracturi și acrosclerodactilie. S-au observat și formațiuni alb-sidefii, ușor proeminente, cu consistență elastică, multiple, de tip milium, situate la nivelul dosului mâinilor, gambelor, degetelor. S-a constatat lipsa unghiilor, distrofii dentare, hipotricoză, retard fizic și mental. Antecedente eredocolaterale fără importanță. Investigațiile curente de laborator au fost normale.

Cazul este adus în discuție pentru raritatea acestei maladii irecuperabile.

## **8. CONSIDERAȚII ASUPRA UNUI CAZ DE ERITEM FIX**

Gh.Mușet<sup>1</sup>, G.Morcov<sup>1</sup>, Natalia Jardan<sup>2</sup>, Iulia Emeț<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra Dermatovenerologie USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Chișinău

Eritemul fix este definit ca o reacție post-medimentoasă cu caracter repetitiv care apare în același loc atunci când medicamentul în cauză este administrat din nou. Clinic se prezintă sub forma unei plăci bine circumscrise, ovalare, de culoare roșie-violacee, eritematoasă, uneori veziculoasă sau buloasă. Erupția în general este rapidă, poate fi însoțită de senzație de prurit sau usturime.

Pacienta de 50 ani se prezintă în noembrie 2008 pentru leziuni pertinente depășind durata unui an localizate pe dosul mâinii stângi, fiind însoțite de usturimi și prurit. De aproximativ două săptămâni pacienta relatează reapariția leziunilor, care și-au menținut localizarea dar s-au prezentat mai extinse. Anamneza pune

în evidență folosirea epizodică pentru cefalee a unui preparat combinat cu acid acetilsalicilic, paracetamol și monohidrat de cofeină. Examenul local a constatat o zonă eritemato-edematoasă, ovalară-rotundă, bine delimitată, de aproximativ 7-8 cm în diametru, cu un halou cianotic periferic, acoperit de bule cu dimensiuni diverse, pline cu lichid serocitrin. Examenul micologic și bacteriologic s-au dovedit negative.

Clinic s-a stabilit diagnosticul de eritem fix, fiind incriminat ipotetic acidul acetilsalicilic sau paracetamolul. S-a instituit un tratament cu antihistaminice și dermatocorticoizi. Erupția s-a remis timp de 10 zile.

De remarcat evoluția formelor buloase în eritemul fix, acestea fiind mai rare decât cele eritematoase.

## 9. PARTICULARITĂȚILE SCABIEI LA COPII

V.Sturza<sup>1</sup>, Nina Fiodorov<sup>1</sup>, D.Rubanovici<sup>2</sup>, Cristina Pendus<sup>1</sup>, Tatiana Poiată<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>2</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Material și metode.** Studiul retrospectiv a fost efectuat pe un lot de 150 pacienți cu scabie, având vârste cuprinse între 1 lună și 7 ani tratați în secția copii a Dispensarului Dermatovenerologic Republican în perioada anilor 2006-2008. Diagnosticul s-a stabilit în baza datelor clinice, anamnestice și de laborator. La majoritatea pacienților s-a efectuat examenul microscopic direct al materialului recoltat care a evidențiat *Sarcoptes scabiae*.

**Rezultate.** Din 150 pacienți luați în studiu frecventau colectivitățile de copii doar 17 (11,3%), ceilalți fiind neantrenați instituțional – 133 (88,7%). Fetițele au constituit 77 (51,3%) și băieții – 73 (48,7%) cazuri. Vârsta bolnavilor a fost reprezentată astfel: până la 1 an – 58 (38,7%) copii, inclusiv până la 3 luni – 21 (14%), 4-6 luni – 15 (10%); 7- 9 luni – 12 (8%); 10-11 luni – 10 (6,7%). Pacienții cu vârsta 1-3 ani au constituit 40,7% (61 copii) și 4-7 ani – 20,7% (31 copii). Din mediul rural au fost 95 (63,3%), din cel urban – 55 (36,7%) pacienți.

Durata maladiei a oscilat de la câteva zile până la 3 luni: 7-10 zile la 12 (8%) copii, 2-3 săptămâni – 78 (52%), 1-3 luni – 60 (40%). În aspect sezonier spitalizarea bolnavilor cu scabie a fost aproximativ uniformă: vara – 46 (30,7%), toamna – 37 (24,7%), iarna – 32 (21,3%) și primăvara – 35 (23,3%) copii.

Examenul obiectiv a evidențiat manifestări clinice de scabie clasică la 22 (14,7%) pacienți. Scabie asociată cu dermatită de contact s-a constatat la 29 (19,3%) pacienți, cea complicată de o piodermie acută (impetigo contagios, impetigo vulgar, foliculite) – la 91 (60,7%), cu eczematizare – la 12 (8%) și cu pseudolimfoame – la 18 (12%) pacienți.

Formele diseminate au fost semnalate la majoritatea pacienților (92). La copiii până la un an (58 pacienți) s-au observat leziuni la palme, plante, față și scalp, precum și cu implicarea pliurilor (retroauriculare, axilare, inghinale etc). De menționat prezența leziunilor palmo-plantare de tip veziculo-pustulos la copiii sub 1 an, precum și existența pseudolimfoamelor la nivelul plicilor axilare, inghinale și a scrotului. Pruritul cu semnificație nocturnă s-a constatat la toți pacienții.

Maladii concomitente au fost raportate la 40 (26,7%) pacienți, inclusiv: anemie – 13, enterobioză – 11, infecții respiratorii acute – 7, dermatita atopică – 5 cazuri. Încercările paraclinice au relevat: eozinofilie în 12 cazuri, limfocitoză – 22 și anemie – 13 cazuri.

Pacienții cu scabie complicată în prealabil au primit tratament simptomatic (sistemic și topic): antibiotice, antihistaminice, vitamine etc. În funcție de programul curativ special bolnavii, 86 pacienți au fost tratați cu benzoat de benzil, restul 64 – cu unguent de sulf. Eficiența terapeutică în primul lot a constituit 90,6%, pentru lotul doi – 87,5%.

**Concluzii.** Studiul efectuat relevă o frecvență înaltă a scabiei la copiii neantrenați în colectivități provenind din mediul rural. O treime din cazuri au constituit pacienții cu vârste sub un an. S-a constatat depistarea tardivă a pacienților în majoritatea cazurilor, conducând la instalarea formelor complicate și diseminate.

## **10. ASPECTE CLINICE ȘI POSIBILITĂȚI TERAPEUTICE ÎN DEMODECIDOZĂ PALPEBRALĂ**

Doina Apostu<sup>1</sup>, Gh.Mușet<sup>2</sup>, Anjela Savin-Grosu<sup>3</sup>, Natalia Jardan<sup>3</sup>

<sup>1</sup>IMSP Dispensarul Municipal Dermatovenerologic, Chișinău

<sup>2</sup>Catedra dermatovenerologie USMF „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

<sup>3</sup>IMSP Dispensarul Dermatovenerologic Republican, Republica Moldova

**Generalități.** Demodecidoza este o dermatozoonoză cu o incidență sporită în ultimii ani. Este provocată de un parazit din genul

Demodex, tipul Arthropoda, clasa Arachnida, ordinul Acariformes, subordinul Trombidiformes, familia Demodecidae. Sunt descrise 143 specii, dintre care numai *Demodex folliculorum* și *Demodex brevis* se înregistrează în patologia umană. *D.folliculorum* parazitează în foliculii piloși, iar *D.brevis* predomină în glandele sebacee, inclusiv gl.Mebomius și gl.Zeis. Zonele de cantonament selectiv sunt pleoapele, fruntea, nasul, obrajii, bărbia, ductul auditiv extern, mai rar scalpul și partea superioară a trunchiului. Este discutabilă prezenta parazitului în calitate de rezident în cadrul microflorei saprofite. Poate afecta secundar tegumentul în rozacea (95%), acneea vulgară (30%), patologii oculare cronice (60-70%), dar se manifestă și ca afecțiune primară. Coloniile parazitare se multiplică rapid la temperaturi de +30-40°C, cu bioactivitatea accentuată noaptea, pe când la +14°C se stopează toate procesele vitale. Viteza de deplasare a parazitului este 8-16mm/oră. Dimensiunea lui variază la *D.folliculorum* 0,3-0,5mm, iar la *D.brevis* 0,13-0,18mm. Flora bacteriană coexistentă în focare, depistată la recoltarea materialului patologic și efectuarea bioculturii (*Staph.aureus*, *Propionibacterium acnes*, *Corinebacterium*), produce lipaze, care modifică structura chimică a secretului glandelor sebacee, astfel se crează lanțul alimentar favorabil în trofica demodexului. În rezultatul simbiozei dintre gazdă și parazit, se stabilește un echilibru convențional, care se califică ca portaj asimptomatic. Portajul este constatat în 39% cazuri: până la 10 ani - 3%, 11-20 ani - 12-29%, 21-40 ani - 30%, 41-60 ani - 50%, după 60 ani - 68-100%, în egală măsură la ambele sexe. Prezența parazitului declanșează reacții imunoalergice în teritoriu și provoacă frecvent apariția blefaritei sau blefaroconjunctivitei specifice (60-70%), cu demararea procesului patologic pe pielea feții sau viceversa. Afecțiunea are caracter sezonier, se agravează primăvara și toamna, concomitent cu acutizările patologiilor gastro-intestinale. Sunt afectate persoanele cu sistemul imun compromis, cu dereglări de metabolism, patologii ale tractului digestiv, maladii endocrine, în miopie, hipermetropie, etc. Se stabilește incidența crescută la adulți, dar morbiditatea este variată în dependență de vârstă: la copii și adolescenți - 4%; 20-50 ani - 26%; 60-79 ani - 31%; de la 80 ani - 47%. Sursa de infecție este persoana infectată, animalul domestic infectat, colbul din mediul ambiant. Formele clinice cutanate: eritematoasă, papuloasă, pustuloasă, combinată.

**Material și metode.** A fost efectuat un studiu în tratamentul demodecidozei pe baza unui lot de 20 pacienți cu blefarită

parazitară, asociată cu dermatită seboreică (femei/ bărbați a câte 10 cazuri, cu vârsta cuprinsă între 25-65 ani. S-au luat în considerație datele clinice, paraclinice și terapeutice.

**Rezultate.** Clinica prezentată de pacienți: inflamație palpebrală marginală, descumare fină asociată, maradoză (căderea progresivă a genelor), fatigabilitate oculară, prurit palpebral, senzație de nisip și usturime la ochi, tiloză (îngroșarea neregulată a marginii pleoapei), eliminări lipicioase unilaterale, cruste gălbui, dorință nestăvilă de a șterge ochii și concomitent fon seboreic. La acești pacienți prin proba microscopică au fost depistați 8-25 paraziți la 16 gene recoltate, cu prevalarea *D.folliculorum* 3:1 față de *D. brevis*.

Tratamentul aplicat a prevăzut subminarea condițiilor de dezvoltare și multiplicare a paraziților, cu respectarea riguroasă a igienei, dezinsecția totală la domiciliu (perne, plapume din penaj avicol, produse cosmetice uzuale, ochelari), instalarea unui regim alimentar strict, cu excluderea de produse condimentate, prăjite, fierbinți, cafea, alcool. În rațion s-au inclus în cantități mari fructe, legume, produse lactate. Au fost contramandate procedurile hipertermice (expunerea la soare, baia fierbinte, sauna), măștile și cremele nutritive (în special cu miere), medicația vasodilatatorie, expunerea la vânt, colb, etc.

Programul medicamentos a inclus: sulf depurat 1 g, 3 ori/zi, 20 zile; Decaris 0,15 N3; Metronidazol 1,5 gr/zi, 10 zile; enzime digestive și holeretice, 20 zile; probiotice Lacidofil-WM 1 caps, 3 ori/zi 20 zile; soluție oftalmică Neladex 2 pic. 4 ori/zi, 14 zile; gel Metrogyl 1%, 2-3 ori/zi, 20 zile.

După 20 zile de tratament, vindecarea clinică și eradicarea parazitului s-a confirmat prin testarea microscopică în 18 cazuri, iar în 2 cazuri s-a constatat o ameliorare clinică considerabilă. Reacții adverse sau complicații nu s-au constatat.

**Concluzie:** formula terapeutică propusă în demodicoză palpebrală, asociată cu dermatită seboreică, este eficientă și sigură.

## 11. PAPILOMAVIRUSURILE UMANE ȘI PATOLOGIA GENITALĂ

Vasile Benea<sup>1</sup>, Simona-Roxana Georgescu<sup>1</sup>, Otilia Elisabeta Benea<sup>2</sup>, Alice Rusu<sup>1</sup>, Alina-Elena Ilie<sup>1</sup>, Ionut Macavei<sup>1</sup>, Antoanela Bontoiu<sup>1</sup>, Anca, Mihaela Malin<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Centrul dermatovenerologic, Spitalul Clinic de Dermatovenerologie Scarlat Longhin București

<sup>2</sup>Institutul de Boli Infecțioase Matei Bals București

Până în prezent au identificate molecular în jur de 100 de tulpini de papilomavirusuri umane (HPV); dintre acestea, aproximativ 40 pot infecta regiunea ano-genitală. Se estimează că aproximativ 75% din populația activă sexual din Statele Unite se infectează la un moment dat cu HPV.

Cei mai mulți dintre pacienți se debarasează de virus fără ca acesta să determine apariția de manifestări clinice. În funcție de potențialul oncogen, HPV se clasifică în tulpini cu risc oncogen redus sau înalt, care pot determina leziuni intraepiteliale displazice ce pot progresa spre carcinoame ano-genitale. Tulpinile cu risc oncogen crescut (îndeosebi 16 și 18) sunt implicate în carcinomul de col uterin, carcinoame ale vaginului, vulvei, anusului și penisului, în papuloza bowenoidă, boala Bowen, eritroplazia Quezrat. Tulpinile cu risc oncogen redus (HPV 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 70, 72, 81 și CP6108) determină displazii epiteliale, rareori fiind implicate în apariția carcinoamelor. Tulpinile 6 și 11 sunt responsabile de apariția a 90% din vegetațiile veneriene.

Sunt disponibile două tipuri de vaccin împotriva HPV. Acestea oferă protecție față de tulpinile 16 și 18 (cel cvadivalent și față de tulpinile 6 și 11) și sunt indicate pentru pacientele de sex feminin cu vârsta între 9 și 26 de ani, preferabil înainte de începerea vieții sexuale.

## **12. STEATOCYSTOMA MULTIPLEX CU LOCALIZARE LA NIVELUL FEȚEI**

Alexandru Oanță, Marius Irimie  
Universitatea Transilvania Brașov

Steatocystoma multiplex este o afecțiune ereditară rară având o transmitere autosomal dominantă, uneori și cu apariție sporadică debutând la adolescență sau la adultul tânăr.

Caz clinic: Pacient în vârstă de 42 ani prezintă de la vârsta de 16 ani papule și noduli multipli, asimptomatici, de colorație gălbuie sau a pielii normale, localizați strict pe față. Histologic sunt prezente chiste dermale în peretele cărora se evidențiază lobuli ai glandelor sebacee iar conținutul este format dintr-un material cazeos stabilind diagnosticul de steatocystoma multiplex. Tratamentul a constat în mini-incizii cu extragerea chistelor mai mari.

Discuții: Steatocystoma multiplex se prezintă clinic sub formă de papule și noduli multipli localizați îndeosebi pe toracele anterior și



porțiunea proximală a membrilor dar și cu localizare pe față, ceafă, axile, scrot și chiar generalizate. Histologic este vorba de un chist încapsulat localizat în dermul mijlociu. Celulele sau glandele sebacee situate în sau lipite de peretele chistului sunt găsite în mod constant. Conținutul chistului este compus dintr-un material lichid uleios sau dintr-un material alb-gălbui cremos. Tratamentul este ineficient sau inestetic cele mai bune rezultate obținându-se prin mini-incizii cu extracția chistelor.

### **13. PEMFIGUS FOLIACEU- AFECTIUNE AUTOIMUNA BENIGNA, CRONICA DAR GREVATA DE O SEVERA AFECTARE A CALITATII VIETII**

Simona Roxana Georgescu, Vasile Benea, Anca Irina Agavriloaei, Madalina Avram, Lucia Dinu, Anca Podaru, Anca Malin, Viviana Branzoi

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

Pemfigusul foliaceu face parte din grupul bolilor autoimune buloase la care acantoliza se produce superficial in epiderm, in stratul granular sau chiar sub stratul cornos.

Pemfigusul foliaceu este mai puțin intalnit decat pemfigusul vulgar si reprezinta 10-20% din totalul cazurilor de pemfigus.

Prezentam cazul unei paciente in varsta de 48 ani, internata in clinica noastra cu suspiciunea de pemfigus foliaceu, la care se descriu leziuni extinse eritematoase, rotund-ovalare, dispuse in placarde de diferite dimensiuni, acoperite de scuamo-cruste serohematice, ce intereseaza scalpul, regiunea frontala, perioculara, trunchiul aproape in totalitate, regiunea genitla. La nivelul membrilor inferioare si superioare se remarca multe leziuni veziculo-buloase de mici dimensiuni, flasce, superficiale, care se rup foarte usor lasand suprafete denudate, intinse, dureroase. Debutul leziunilor a fost insidios, la nivelul toracelui posterior si scalpului , cu extindere lenta pe restul zonelor, cu tendinta la eritrodermizare. Nu prezinta afectarea mucoasei bucale. Leziunile au fost insotite de afectarea starii generale- astenie, subfebrilitate, frisoane, anorexie.

Pacienta a fost diagnosticata cu 2 luni in urma cu pemfigus foliaceu si a urmat o cura scurta cu doze mici de corticosteroizi, cu remiterea completa a leziunilor pentru o scurta perioada.

Investigatiile de laborator au pus in evidenta un sindrom biologic inflamator, cresteri ale transaminazelor cu markeri hepatici virali negativi, glicemiei, creatininei care s-au normalizat dupa

ameliorarea aspectului clinic. Examenul histopatologic confirma diagnosticul clinic de pemfigus foliaceu.

Tratamentului cu doze mari de corticosteroizi i s-au asociat ciclofosfamida, gastro si hepatoprotectoare si tratament local cu antibiotice si corticosteroizi pe o perioada de mai multe luni. Evolutia a fost lent favorabila. Pacienta ramane sub supraveghere periodica pentru a monitoriza evolutia bolii.

#### **14. SINTEZE EPONIMICE, TOPONIMICE ȘI ACRONIMICE ÎN DERMATOVENEROLOGIE**

B. Nedelciuc, Ana Valuța

Clinica Dermatovenerologie, USMF "Nicolae Testemițanu", Chișinău

Dermatovenerologia, ca ramură a științei medicale, înseamnă nu numai informații despre cauzele de apariție, mecanismele de dezvoltare, particularitățile clinice, oportunitățile de diagnostic, tratament și profilaxie ale bolilor dermatovenerice, dar și cunoștințe de cultură generală, inclusiv cunoștințe de eponimie, toponimie și acronimie.

În antichitate, eponim era magistratul care dădea numele său anului. În medicină, eponim este savantul, numele căruia îl poartă o boală, un sindrom, un test, o probă etc. Cu referință la dermatologie, noțiunile eponimice pot fi interpretate sub diferite aspecte: 1) unul și același autor cu referință la boli diferite (eritemul indurat Bazin și hidroa vacciniformă Bazin, pemfigusul foliaceu Cazenave și lupusul eritematos cronic Cazenave, boala Kerion Celsi și boala Area Celsi, diskeratoza foliculară Darier și prurigo-ul Darier etc.); 2) autori diferiți cu referință la una și aceeași boală (sindromul Adamandiades sau boala Behçet, boala Bannister sau edemul acut angioneurotic Quincke, acrodermatita enteropatică Danbolt-Closs sau sindromul Brandt, lichenificarea circumscrisă Vidal sau neurodermita Brocq etc.); 3) autori diferiți (având similitudini de scriere și/sau pronunțare) cu referință la boli diferite (pityriazisul rozat Gibert și boala Gilbert, celula Langhans și celula Langerhans, virusul Epstein-Barr și boala Ebstein, dermatita livedoidă Nicolau și testul Papanicolau etc.); 4) Cel mai vast aspect, totuși, îl constituie cel al autorilor diferiți cu referință la boli diferite fără vreo similitudine clinică, de scriere și/sau pronunțare.

Toponimia medicală este o ramură a științei care se ocupă cu studiul numelor proprii de locuri – orașe (Lyme, Chicago, Berlin, Coxsackie), râuri (Barcoo), insule (Meleda), regiuni (Madur, Morbihan) etc. – purtate de diferite afecțiuni.

În fine, acronimul este o abreviere sau prescurtare a unui cuvânt sau îmbinări de cuvinte. Se consideră că primul abreviator a fost un funcționar al cancelariei papale, care avea misiunea de a rezuma scrisorile Vaticanului, dar și cea de a codifica anumite secrete. În medicină și, implicit, în dermatologie, există acronime unanim acceptate în toată lumea (AIDS, LASER, SPA, HPV, PUVA etc.), dar există, în același timp, și acronime de uz local sau regional, inclusiv acronime improvizate de diferiți autori pentru a facilita scrierea sau expunerea unui text, curs (SAO – sistemul antioxidant, POL – peroxidarea lipidelor, MAB – medicația antibacteriană, MAF – medicația antifungică, MAV – medicația antivirală etc.).

## **15. MELANOMUL MALIGN – SEMNE DERMATOSCOPICE ȘI ALGORITME DIAGNOSTICE**

Paul Ionescu,  
București

În lucrare sunt prezentate semnele dermatoscopice ale melanomului malign: rețeaua pigmentară atipică, punctele negre și globulele brune neregulate, striurile și pseudopodele neregulate, vâlul albastru lăptos, pigmentația neregulată, elementele vasculare caracteristice. Ca o noutate, elementele diagnostice dermatoscopice sunt prezentate în cele două faze de evoluție ale melanomului malign: faza de creștere radiară și faza de creștere verticală. Apoi, sunt prezentate algoritmele diagnostice cele mai des folosite.

Lucrarea conține imagini și exemple de diagnosticare ale unor melanoame maligne clasificate după nivelul de invazie Clark.

## **16. METODE RECONSTRUCTIVE CHIRURGICALE ÎN TRATAMENTUL TUMORILOR MALIGNE CERVICO-FACIALE**

M.D. Cobzeanu , Daniela Rusu , I. Hantascu, C. Grozavu , A. Boboc .

Clinica ORL – Spitalul Clinic de Urgență “Sf. Spiridon” Iași .

Frecvența tumorilor maligne cervico-faciale reprezintă o localizare relativ frecventă în sfera ORL, cu posibilă identificare precoce , beneficiind astfel de un tratament chirurgical radical cu

posibila asociere radioterapie in anumite forme de carcinom spinocelular.

Tratamentul chirurgical necesita metode reconstructive de acoperire in cazul defectelor tisulare .

Autorii realizeaza un studiu retrospectiv pe 62 de cazuri operate in Clinica ORL – Spitalul Clinic de Urgenta “Sf. Spiridon” Iasi in perioada 2004 – 2008 .

Strategia chirurgicala folosita a cuprins excizia in limite de siguranta oncologica urmata de acoperirea defectului tisular.

In cazuri de carcinom spinocelular extins cu limite de exereza nesigure s-a aplicat radioterapie postoperatorie complementara.

Evolutia favorabila cu exceptia a 9 cazuri la care recidivele tumorale au necesitat reiterventie .

Cand resursele locale de utilizare a grefei sunt depasite se va recurge le unele tipuri la lambouri libere .

## **17. DIAGNOSTICUL PRECOCE ÎN SCLERODERMIE- PREZENTARE DE CAZ**

Ioana Dana Alexa<sup>1</sup>, Paula Burcă<sup>1</sup>, Anca Costache<sup>2</sup>

Universitatea de Medicină și Farmacie ”Gr.T.Popa” Iași

<sup>1</sup>Clinica IV Medicală-Nefrologie- Spitalul „DR. C. I. Parhon” Iași

<sup>2</sup>Clinica de Reumatologie- Spitalul Clinic de Recuperare Iași

Sclerodermia este o boală autoimună caracterizată prin apariția fibrozei la nivelul pielii și la nivel visceral și poate fi clasificată în:

- forma difuză, în care există afectare cutanată și viscerală;
- forma cutanată limitată, numita și sindrom CREST (condrocalcinoză, sindrom Raynaud, dismotilitate esofagiană, sclerodactilii și telangiectazii).

## **18. HEMIATROFIA FACIALĂ PROGRESIVĂ ȘI SCLERODERMIA LINIARĂ „EN COUP DE SABRE” – FORME CLINICE DIFERITE ALE ACELEIAȘI AFECȚIUNI?**

Alexandru Oanță

Hemiatrofia facială progresivă este o afecţiune displazică rară caracterizată prin atrofia facială a pielii, ţesutului subcutanat, muşchilor, cartilajelor şi oaselor subiacente cu extindere lentă.

Prezenţa induraţiei cutanate în hemiatrofia facială progresivă a sugerat existenţa a două subtipuri ale bolii: unul cu afectare iniţial cutanată sub forma induraţiei întâlnite în sclerodermia liniară „en coup de sabre”, şi cel de-al doilea cu afectare strict subcutanată la nivelul obrazului.

Hemiatrofia facială progresivă la fel ca şi sclerodermia liniară „en coup de sabre” au etiopatogenie neclară putând fi asociate cu anomalii neurologice şi oculare.

Sunt prezentate cazurile a trei pacienţi, doi de sex masculin şi unul de sex feminin, care pun în discuţie dacă hemiatrofia facială progresivă şi scleroza liniară „en coupe de sabre” sunt sau nu forme clinice ale aceleiaşi afecţiuni.

## **19. COSMETICELE ŞI MANIFESTĂRILE ALERGICE**

Georgeta Siniţchi

Clinica Alergologie şi Imunologie Spitalul de Urgenţă “Sf. Spiridon” Iaşi

Produsele cosmetice pot conduce la reacţii iritative sau pot determina sensibilizare: de tip imediat (urticarie de contact) sau tardivă (eczemă de contact şi fotosensibilizare).

Incidenţa reală a manifestărilor este dificil de apreciat, dar majoritatea statisticilor comunică 10-13% din populaţia testată.

Diagnosticul este susţinut pe baza anamnezei, a examenului clinic general şi local şi a testelor patch, ajutate şi de analiza etichetajului care este astăzi obligatoriu pentru studiul ingredientelor conform Nomenclatorului Internaţional al Ingredientelor Cosmetice („Internaţional Nomenclature of Cosmetics Ingredients”).

Alergenele cosmetice pot fi divizate în mai multe categorii: produse pentru piele, parfumuri, ape de toaletă, produse de curăţare, săpunuri, şampoane, demachiante, deodorante, antiperspirante, produse de machiaj (facial, ochi, ruj de buze), produse pentru ras (creme, loţiuni after-shave), produse pentru unghii (lacuri, diluanţi, unghii artificiale).

Noţiunea de „cosmeto-vigilenţă” trebuie cunoscută. Vigilenţa în dermato-cosmetologie este necesară deoarece cosmeticele pot

produce manifestări grave alergice cum este șocul anafilactic sau costisitoare cum sunt cele profesionale.

Comunicarea în domeniu a specialiștilor: alergolog, dermatolog, medic de medicina muncii, farmacist, chimist este necesară.

**Concluzii:**

Produsele cosmetice sunt numeroase și pot fi cauza manifestărilor alergice cutanate: urti-carii de contact, fotosensibilizări și dermatite de contact sau generale, șoc anafilactic, astm bronșic, rinită alergică, care pot surveni singure sau precedate de manifestările cutanate.

Cosmeto-vigilența și comunicarea alergolog, dermatolog, chimist, firme producătoare se impune.

## **20. CANDIDOZA OROFARINGIANA LA PACIENTII HIV POZITIVI**

Manciuc Carmen, Cristina Nicolau, Mihalache Doina, Liviu Prisecaru, Carmen Dorobăț,  
Spitalul Clinic de Boli Infectioase "Sf. Parascheva" Iasi  
UMF Gr.T. Popa Iași

Scopul studiului a fost de a releva incidenta candidozei la pacientii HIV pozitivi.

Material si metoda:s-au analizat foile de observatie ale pacientilor dispensarizati in Centrul regional HIV/SIDA IASI.

Rezultate:in perioada primelor 4 luni din anul 2009 au fost urmariti 1566 de pacienti infectati HIV ,din care 522 au prezentat candidoza orofaringiana .Reapartitia a fost urmatoarea:56% barbati,52% din mediul rural,82% cu varsta cuprinsa intre 18 si 25 de ani.Mediana CD4 a fost de 211/mmc,cu extreme intre 8 si 528/mmc si viremie maxima > 170.000/mmc.Terapia s-a realizat cu DIFLUCAN 150mg/zi ,intre 1 si 7 zile, la 72% dintre pacienti ,in rest cu STAMICIN oral si local cu badijonaj.

Concluzii: incidenta candidozei orofaringiene este concordanta cu scaderea CD4 si progresia bolii spre stadiul SIDA.

## **21. EFECTUL FOTOBIOLOGIC AL MEDICAMENTELOR**

Catalina Elena Lupusoru, Cristina Mihaela Ghiciuc  
Departamentul de Farmacologie, Facultatea de Medicină, UMF Gr.T.  
Popa Iași

Interactions between drugs and light (UVR or visible) results when a certain drug is applied topically or taken systemically at the

same time the person is exposed to light. These interactions are known as photobiological effects of drugs.

The aim of the paper was to review literature data on the interactions between drugs and light.

Photosensitivity (phototoxic reactions and photoallergic reactions) and are considered adverse cutaneous reaction to light. The mechanisms of photosensitivity reactions are complex. Phototoxic reactions are dose dependent and will occur in almost any one who takes or applies an adequate amount of the offending agent and UVR. Photoallergic reactions are determined by either delayed hypersensitivity responses or, more rarely, immediate hypersensitive reactions due to IgE response to UVR. Phototoxicity is much more common than photoallergy.

Photobiological effects of drugs can be useful for medicine as photodynamic therapy. The use of a drug, photosensitizer, and a particular type of light are indicated for the treatment of benign or malignant tumors.

## **22. METODE IN VITRO DE IDENTIFICARE A IRITANȚILOR ȘI SENSIBILIZANȚILOR CUTANAȚI**

Cristina Mihaela Ghiciuc, Liliana Tartau, Catalina Elena Lupusoru  
Departamentul de Farmacologie, Facultatea de Medicină, UMF Gr. T. Popa Iași

Information on the potential for new substances to cause cutaneous reactions (skin irritation or skin sensitization) is important when establishing procedures for the safe handling, packing and transport, as well as in the case of use as drugs. The determination of acute skin irritation or sensitizer potential is included in international regulatory requirements for the testing of new substances.

The aim of the paper was to present in vitro methods used to identify skin irritants and skin sensitizers.

There is in vitro skin models used to test the irritant or sensitizing potential: reconstituted human skin model (Epiderm, EPISKIN, PREDISKIN, and LabCyte EPI-MODEL), the pig-ear test, and animal skin model (the mouse skin integrity function test, SIFT). Although these models represent a major improvement over what was available just a few years ago, it is evident that no model is ideal. In general, each model exhibits advantages for a particular

kind of studies, but is also restricted by limitations that impede its use in other kind of studies.

More researches are needed to validate some of these models, or other models, for large scale studies.

## III Actualități terapeutice

**Joi**



## **ADVANTAN – DERMATOCORTICOIDUL CU BIOACTIVARE**

dr. Cristina Farțade  
Bayer Schering Pharma

Advantan ocupă un loc aparte în peisajul dermatocorticoizilor înregistrați în România, substanța sa activă (metilprednisolon aceponat) fiind de fapt un pro-drug. Aplicat pe o zonă de eczemă, el este bioactivat prin hidroliză enzimatică de către esteraze specifice, al căror titru local este crescut în eczeme. Astfel, Advantan urcă în clasa a III-a de putere iar rata de bioactivare depinde de severitatea eczemei. În termeni plastici, eczema își ia doar atât dermatocorticoizid puternic cât îi trebuie, rata de bioactivare scăzând pe măsura rezoluției dermatitei. Bioactivarea permite deci combinarea puterii clasei III cu o siguranță sporită, dată de scăderea cantității de corticoizid puternic biodisponibil, pe măsura scăderii severității dermatitei. Aceste considerații farmacologice se regăsesc în clinică prin studii efectuate în condiții de siguranță pe pacienți în vârstă de 2 luni și prin studii care confirmă siguranța în utilizare a Advantan pe față, perioral și scrot, zone considerate tradițional interzise pentru corticoizi.

Conform clasificării publicate de Societatea Germană de Dermatologie în 2004, prin raportul optim între putere și riscuri, Advantan se situează cel mai aproape de profilul dermatocorticoizidului ideal.

## **CUTERA - TERAPII BAZATE PE LUMINA INTELIGENTA - ACTUALITATI**

Dr. Luigi Calapod

CUTERA ROMANIA (LC Rhea Medical Care)

LC Rhea Medical Care multumeste pentru oportunitatea participarii la Conferinta de Dermatologie din iunie, de la Iasi.

Firma noastra continua astfel organizarea de prezentari, cursuri si traininguri pentru medicii dermatologi si plasticieni si de alte specialitati, tuturor celor preocupati de aplicatiile de ultima ora din medicina estetica.

Inca din 2006-2007, LC Rhea Medical Care a asigurat continuu traininguri gratuite precum si cursuri acreditate de Colegiul Medicilor prin Societatea Romana de Dermatologie si Asociatia Chirurgicali Plasticieni din Romania. Contactul permanent direct cu specialistii nostri si din lume a permis utilizatorilor de Cutera obtinerea unor

rezultate unice, spectaculoase in acest domeniu, prezentate la diferite congrese, mai ales in tratamentul noninvaziv al leziunilor vasculare: venectazii cu calibru mare (2-4mm), hemangiome plane si cavernoase, etc.

Aceste demonstratii si tratamente au fost efectuate in clinicile Cutera si impreuna cu clinicile Prof. Lascar si Prof. Enescu si prof. Bratu.

Pe langa Centrul de training din Bucuresti, anul acesta a fost inaugurat si Centrul de training pentru Moldova din Bacau, care va oferi medicilor din zona posibilitatea de a invata practic tehnologiile Cutera. Cele doua sisteme Cutera dotate full sunt puse la dispozitie de LC Rhea Medical Care, unic distribuitor al Cutera SUA in Romania, tuturor celor interesati in primul rand de rezultate.

Sistemele laser CUTERA, sunt deja binecunoscute in Romania prin cele 12 platforme instalate in cei aproape 3 ani de la lansare. Ele sunt apreciate ca fiind cele mai performante platforme laser din medicina estetica din Romania. Experienta celor aproximativ 50-60 de medici care cunosc aceste tehnologii performante se confirma prin rezultatele deosebite de care se bucura pacientii nostri.

Dupa cum stiti, CUTERA a dezvoltat sisteme configurabile functie de pacientura clinicii si upgradabile (platformele XEO). Cutera dezvolta in fiecare an noi tehnologii adaptate cerintelor pacientilor, cu cele mai bune rezultate. Cutera Xeo permite usor atasarea noilor module, valoarea in piata a sistemului detinut mentinandu-se in timp, la un pret/calitate/aplicatii foarte redus..

Aplicatiile propuse de Cutera sunt:

1. LASER NdYag 1064 nm, aceeaasi piesa de mana cu spot reglabil de 3,5,7,10 mm, pentru:

- epilare laser (inclusiv bronzati/negri)
- vascular/ hemangioame (venectazii fata si membre pana la 3.5mm calibru; hemangioame plane si cavernoase)
- rejuvenare genesis: cicatrici atroifice, rozaceea, textura fetei, riduri fine, pori dilatati

2. IPL (lumina intens pulsata):

- epilare IPL
- pete pigmentare (efelide, pete maronii de soare/ batranete), hemangioame plane

3. TITAN (infrarosu) pentru lifting nechirurgical

#### 4.LASER YSGG pentru skin resurfacing: PEARL si PEARL FRACTIONAT

Oferta noastra include un adevarat parteneriat intre CUTERA si clinicile interesate:

- clinicile au posibilitatea verificarii rezultatelor pe tratamente prin parteneriate inainte de achizitia sistemelor Cutera.
- vor primi gratuit know-how-ul si logistica necesara promovarii serviciilor: postere, flyere, filme de promovare, etc.
- vom participa impreuna la prezentari, manifestari stiintifice, congrese, etc. in vederea acumularii de pacienti si cunoasterii rezultatelor de catre medici
- training gratuit oricate persoane
- service garantie 1 an si postgarantie (in caz de defectiuni veti primi un sistem nou in loc pana la rezolvarea problemei dvs.
- prezenta in comunicari si manifestari internationale (clinical forumuri) din lume; schimb de experienta, cazuri deosebite, webinaruri, etc.
- CLINICAL FORUM in Romania cu utilizatorii Cutera din Romania
- etc.

Toate aceste propuneri ofera parteneriatului nostru cu medicii cele mai mari satisfactii.

Dr. Luigi Calapod  
0743 074 049  
021 230 8001  
www.lcrhea.ro  
[www.cutera.ro](http://www.cutera.ro); [www.cutera.com](http://www.cutera.com)  
Bucuresti: Str. Brazilia 11A  
Bacau: Str. Alexandru cel Bun 7

#### **GAMA EUCERIN DERMO PURIFYER - ADJUVANT CU ACID LACTIC IN TRATAMENTUL PIELII SEBOREICE**

Conf. dr. Tatiana Țăranu  
UMF Gr. T. Popa Iași (Beiersdorf)  
Gama Eucerin Dermo Purifyer -

Cercetatorii Eucerin se bazeaza pe o experienta de peste 125 de ani in tehnologia cosmetica a ingrijirii pielii si a tratamentelor

terapeutice. Printr-o colaborare stransa cu medicii dermatologi din intreaga lume, a fost dezvoltata gama Dermo PURIFYER.

Aceasta gama, formata din 4 produse, este destinata pacientilor:

cu piele seboreica, deteriorata ocazional sau predispusa la acnee care folosesc medicatie antiacneica care in urma medicatiei antiacneice au nevoie de hidratare si ingrijire cu acid lactic.

Datorita substantelor cu actiune neutra din componenta lor, produsele restabilesc echilibrul functional perturbat al pielii. Cu ajutorul sistemului unic de tintire a foliculului (Follicle Targeting System), ingredientul activ Acid Lactic, penetreaza direct in folicul si deschide ductul congestionat al glandei sebacee. A.L. are efect keratolitic asupra stratului cornos ingrosat din jurul foliculului si ajuta la penetrarea celorlalte ingrediente active in folicul.

In plus, Acidul Lactic este un factor natural de hidratare ca al pielii, care creste capacitatea de legare a apei la nivelul stratului cornos. Produsele speciale cu sistem de tintire a foliculului permit penetrarea acidului lactic direct in folicul, unde exercita si o actiune comedolitică si antibacteriana.

Produsele din gama Eucerin Dermo Purifyer sunt:

Eucerin Gel de curatare

(seboregulator, antibacterian, curatare in profunzime, pe baza de amfotenside 6%)

Eucerin Gel exfoliant (Scrub)

(formula cu dubla actiune ce contine microparticule pentru exfoliere si minisfere verzi de acid lactic cu actiune antibacteriana)

Eucerin Lotiune tonica purifianta

(comedolitic, antibacterian, actiune pe baza de acid lactic 2%)

Gel-crema reechilibranta

(keratoregulator, comedolitic, hidratant, reglator al PH-ului)

Pentru rezultate optime se recomandă utilizarea sinergică a celor 4 produse.

## Vineri

### **TRATAMENTUL CU ADALIMUMAB (HUMIRA) ÎN PSORIAZISUL MODERAT SAU SEVER**

Prof. Dr. Feier Virgil<sup>1</sup>, Prof. Dr. Zbranca Anca<sup>2</sup>, Prof. Dr. Mihăescu Traian<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Președinte al Societății Române de Dermatologie, UMF “Victor Babeș”, Șef Clinică Dermato-Venerologie, Spitalul Clinic Municipal, Timișoara, România

<sup>2</sup>UMF “Gr. T. Popa”, Clinica de Dermato-Venerologie RODERMA, Iași, România

<sup>3</sup>UMF “Gr. T. Popa”, Spitalul Clinic de Pneumoftiziologie, Iași, România

Psoriazisul moderat sau sever este o afecțiune inflamatorie cronică mediată imun, care afectează milioane de pacienți la nivel mondial. Această afecțiune are un impact semnificativ asupra pacienților și a calității vieții acestora, cauzând stres psihosocial și cu impact asupra situației financiare.

Introducerea terapiei biologice pentru tratamentul psoriazisului moderat spre sever, le conferă medicilor dermatologi o opțiune pentru tratamentul eficient al acestor leziuni.

Având în vedere că cererea pentru aceste terapii este din ce în ce mai mare, este nevoie de a evalua diferitele produse prezente pe piață și criteriile de eligibilitate pentru pacienții cu psoriazis moderat sau sever.

În România prescripția de biologice în psoriazis este ghidată de protocoalele de prescripție ale CNAS iar alegerea agentului anti-TNF $\alpha$  este determinată de fiecare caz în parte și de preferințele medicului curant.

Adalimumab, primul anticorp monoclonal 100% uman aprobat, reprezintă o soluție terapeutică optimă pentru pacienții cu psoriazis moderat sau sever. Răspunsul terapeutic rapid și susținut este demonstrat prin studii clinice de amploare, din care studiul CHAMPION este singurul studiu care a demonstrat superioritatea terapiei biologice cu Adalimumab comparativ cu terapia sistemică clasică cu metotrexat. Adalimumab a demonstrat un profil de siguranță bine definit în studiile clinice efectuate pentru toate

indicațiile aprobate: poliartrită reumatoidă, psoriazis artropatic, poliartrită reumatoidă juvenilă, boală Crohn, spondilită anchilozantă și psoriazis.

Screeningul TB este unul din pașii esențiali în evaluarea pacienților în vederea tratamentului cu agenți biologici având în vedere și incidența crescută a tuberculozei în România. Ghidurile internaționale din țările cu experiență în terapia biologică recomandă pași distincți pentru a proteja pacienții de riscul reactivării tuberculozei.

## **RETAPAMULIN - PRIMA PLEUROMUTILINA ANTIBACTERIANA IN TRATAMENTUL INFECTIILOR CUTANATE SUPERFICIALE**

Conf dr.Laura Gheucă Solovăstru<sup>1</sup>, Cristina Florea<sup>2</sup>

<sup>1</sup>UMF Gr. T. Popa Iași

<sup>2</sup>Brand Executive GSK

Altargo este un medicament de uz topic, aparținând unei clase noi de antibiotice: pleuromutilinele - care după cum arată studiile actuale nu se supun mecanismelor de rezistență la antibioticele uzuale, dezvoltate de principalii germeni implicați în infecțiile pielii (ex impetigo). Astfel retapamulin-ul s-a dovedit eficient (in studiile in vitro) pe tulpini care dezvoltaseră rezistență și la eritromicină, meticilină sau acid fucidic.

Altargo a dovedit eficiență în tratamentul formelor ușoare si moderate de impetigo si al altor infecții ale pielii, într-un interval de timp mult mai scurt (5 zile versus 10 zile necesare unui antibiotic oral)

Terapia topica este preferată de primă intenție în formele ușoare și medii de impetigo si în alte infecții cutanate terapiei orale si datorita siguranței si toleranței mai bune prin absorbția sistemică scăzută.

## **MANAGEMENTUL URTICARIEI**

Conf dr. Daciana Branisteanu

UMF Gr. T. Popa Iași (Schering Plough)

Tratamentul de prima linie in urticarie este reprezentat de antihistaminicele H1 de a doua generatie, non-sedative sau partial sedative.

Diferențele între diferitele antihistaminice includ:

- sedarea,
- potențialul pentru interacțiuni alimentare sau cu alte medicamente
- responsivitatea individuală a pacientului

Desloratadina este eficientă în tratamentul urticăriei:

- nu sedează
- potențial scăzut de interacțiuni medicamentoase sau cu alimentele
- indicat în toate formele de urticărie
- rată înaltă de răspuns la tratament

## **ICHTHYOLUL ALB DE PESTE 120 DE ANI EFICIENȚĂ ȘI ACTUALITATE PRO-LIFE**

Ichthyolul, un amoniu bituminosulfonat sau ( Ihtiosulfat de amoniu ) numit și ichthyol sau ichthammol este un lichid vâscos, brun închis, cu miros pătrunzător, produs cu origine naturală obținut prin distilarea uscată din unele roci sedimentare sist-like (biomasă marină în formă solidificată).

Utilizarea sa în dermatologie anunțată încă din 1886 o datorăm medicului german Paul Gerson Unna, acesta colaborând în timpul practicii sale medicale cu farmacistul Paul Carl Beiersdorf. Ichthyolul alb este deschis la culoare, are o vâscozitate mică, datorată moleculelor de mici dimensiuni, cu miros slab și lipsit de foto-toxicitate. Concentrațiile terapeutice sunt de cel puțin 5-10 ori mai mici (0,5 – 10%) decât cele ale Ichthyolului brun.

Proprietățile sale curative sunt bazate pe efectele antiinflamatorii, antibacteriene, (mai ales pe Gram +), antimicotice, antiproliferative și keratoplastice.

Mecanismele de acțiune identificate sunt: stimularea migrării directe a neutrofilelor, inhibarea migrării chemotactice – recrutarea neutrofilelor, inhibarea (cu 40%) a formării radicalilor liberi de Oxigen, inhibarea influxului de Ca în macrofage (în funcție de concentrație). Ichthyolul alb inhibă migrarea leucocitelor, inhibă formarea de leucotriene B<sub>4</sub>, reduce cantitativ edemul cu 1/3 în

comparație cu un lot control. CMI se situează între 0, 04% pentru unii gram + (*P. acnes*, *Sc Pyogenes*, *S. aureus*, *S. epidermidis*) și mai mult de 5% pentru unii gram – (*P. mirabilis*, *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *K. pneumonie*) (in vitro).

Efectul antimicotic se obține la CMI de 0,2 – 6 %.

Efectele antiproliferative la o concentrație de 2% sunt dovedite de reducerea semnificativă a frecvenței mitozelor celulelor epidemice în zonele tratate.

Ichthyolul alb are un foarte bun profil de siguranță și toxicitate.

Nu s-au semnalat reacții de fototoxicitate sau fotosensibilizare la concentrații de 1% în soluție și 3,5% în vaselină, în aplicație topică.

Gama ICMC cu Ichthyol alb include principalele domenii de utilizare: Mediket Ictamo (șampon), (ichthyol alb 3%, piritonat de zinc 0,5%), Vitella Ictamo (topic antiinflamator nesteroidian), (ichthyol alb 3%, oxid de zinc 10%) și altele.

Rezultate terapeutice foarte bune în dermatita atopică, dermatita seboreică, dermatita de contact, psoriazis, acnee, fără efecte secundare.

## **A-DERMA– RASPUNSUL LABOARATOARELOR DUCRAY PENTRU TRATAMENTUL DERMATITEI ATOPICE AVENE**

Dermatita atopica este cea mai comuna si cea mai importanta forma de eczema, incidenta acesteia fiind de 18% la nivel mondial, cu tendinta de crestere. Principalele simptome sunt pruritul, xeroza, roseata si sensibilitatea crescuta a pielii.

Tratamentul consta in evitarea factorilor agravanti sau declansatori, utilizarea corecta a bailor, aplicarea obligatorie a emolientelor si a hidratantelor topice pentru ameliorarea xerozei.

A-DERMA pune la dispozitia pacientilor primii emolienti cu activitate imunomodulatorie specifica pentru pielea atopica, ce imbunatatesc calitatea vietii si reduc consumul de dermocorticosteroizi, in contextul unei tolerante cutanate excelente.

A-DERMA Exomega este o gama de produse specializata in tratamentul pielii uscate atopice avand la baza un ingredient activ unic Ovazul Rhealba, cu proprietati anti-inflamatorii, anti-iritante si cicatrizante. Ingredientii activi din produsele A-DERMA (Omega 6,



Vitamina B3, acizi grași esențiali) acționează direct asupra deficiențelor inflamatorii specifice dermatitei atopice. În gama

Exomega pacientul regăsește un tratament personalizat pentru dermatita atopică, în funcție de intensitatea afecțiunii, obiceiul de consum al pacientului și anotimp: A-DERMA Exomega Crema sau A-DERMA Exomega Lapte.

Produsele dedicate igienei pielii atopice sunt create special în funcție de nevoile și preferințele fiecărui pacient: A-DERMA Sapun, A-DERMA Gel Spumant și A-DERMA Exomega Ulei de duș.

## **PROTOPIC® - EFICIENȚĂ ȘI SIGURANȚĂ DOVEDITE CLINIC**



Conf. Dr. Cătălin Popescu Dr. Raluca Popescu –  
U.M.F. București.  
Spitalul Clinic Colentina, Clinica I Dermatologie.

Dermatita atopică (D.A.) este o afecțiune cronică pruriginoasă, cu debut preponderent în copilărie, asociată frecvent cu istoric personal/familial de atopie și niveluri serice de IgE crescute.

Un rol important în succesul terapeutic îl deține complianța pacienților la tratament, deziderat de multe ori greu de realizat în afecțiunile dermatologice cronice. Astellas SkinSense™ reprezintă managementul optim al eczemei în general și al D.A. în mod particular, deoarece este o combinație de măsuri preventive ( emolientele Lipobase® Repair și Locobase™ ) , terapie simptomatică ( corticosteroid topic Locoid® și inhibitor topic de calcineurină Protopic® ) precum și servicii de educare a pacienților în vederea creșterii complianței la tratament.

Peste 20,000 de pacienți adulți și copii au fost implicați în numeroase studii, atât pe termen scurt cât și pe termen lung ( 6 luni ; 4 ani ) și care au evidențiat eficiența și siguranța produsului Protopic®.

În studiile clinice efectuate la pacienții copii și adulți s-a demonstrat faptul că tacrolimus unguent poate trata rapid și cu succes D.A. în forme de la moderate la severe.

Programul de dezvoltare clinică al Protopic® aduce de asemenea date importante în legătură cu siguranța administrării atât

la pacienții adulți cât și la copii. Studiile de farmacocinetică au demonstrat o expunere sistemică minimă în cazul terapiei cu Protopic®, fără să existe nici o dovadă a acumulării sistemice a substanței active după aplicări repetate. În realitate, expunerea sistemică la tacrolimus scade treptat, pe măsura vindecării leziunii.

Din aceste considerente, studiile clinice nu au arătat o creștere a incidenței limfomului cutanat sau al tumorilor epiteliale maligne la cei peste 5 milioane de pacienți din întreaga lume tratați cu Protopic® comparativ cu incidența acestor afecțiuni în cadrul populației generale.

În concluzie, Protopic® reprezintă un produs eficient și sigur în controlul optim pe termen lung al formelor moderate și severe de D.A. la pacienții adulți și copii începând cu vârsta de 2 ani.

## **VALMEDICA**

### **HEMODIN® UN COMPLEX ORIGINAL DE BIO-FLAVONOIDE DESTINAT PATOLOGIEI VENOASE PERIFERICE SI HEMOROIDALE**

Hemodin®:

- efect pozitiv asupra tonusului venos, crescând rezistența peretelui venos
- ingrediente naturale ce ajută în formele acute și cronice ale hemoroizilor.
- efect pozitiv asupra digestiei
- accelerarea tranzitului intestinal

Un complex original de bio-flavonoide :

1 tableta contine:

- Fractiune micronizata purificata de Diosmina:Hesperidina(9:1) 445mg
- Troxerutina.....15mg
- Aescullus hippocastanum.....60mg
- Lalmına Se (4,8 mcg Se).....25mg
- Inulina.....175mg

Hesperidina este principalul flavonoid în lămâi și portocale. Coaja și părțile membranoase ale acestor fructe conțin cea mai mare

concentrație de hesperidina. Hesperidina, în combinație cu glicozida flavonică numită diosmina, este folosită în Europa pentru tratamentul insuficienței venoase și al hemoroizilor.

Hesperidina reduce permeabilitatea capilară și are acțiune antiinflamatorie.

Deficitul de hesperidină din dieta a fost corelat cu funcționarea anormală a capilarelor (neetanșeită), precum și cu dureri la nivelul extremităților ce determină crampe dureroase nocturne, senzație de slăbiciune la nivelul membrelor inferioare. Nu au fost observate semne de toxicitate în cazul ingestiei excesive de hesperidină sau compuși similari.

Se administrează 1 comprimat zilnic în timpul mesei.

Beneficiile Hemodin<sup>®</sup>:

- prezintă proprietăți antioxidante și antiinflamatorii.
- acționează, de asemenea, ca vasodilatator, ce ar putea fi util în hipertensiune.
- efect pozitiv asupra tonusului venos, crescând rezistența peretelui venos

**SCHERING PLOUGH**

# SESIUNE REZIDENTI

## 1. MELANOM MALIGN EXTINS ÎN SUPRAFAȚĂ CU METASTAZE CUTANATE LOCOREGIONALE

Petronela Cozma, Nicoleta Iov, Corneliu Dobre,  
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Melanomul malign reprezintă una dintre cele mai agresive tumori maligne. Faptul că are un potențial metastazant înalt și o rezistență crescută la strategiile actuale de tratament fac ca melanomul metastatic să aibă un prognostic rezervat și o mortalitate ridicată.

Melanomul malign metastazează pe cale cutanată și limfatică. Metastazele cutanate reprezintă 15-20% din totalul metastazelor și sunt:

1. Metastaze satelite : localizate în jurul tumorii pe o suprafață de câțiva cm, diseminate limfatic, prin plexurile dermice și spațiile interstițiale;
2. Metastaze în tranzit: produse prin embolizare în limfaticile locoregionale hipodermice și dermice cu invadarea țesutului subcutanat și a pielii;
3. Limfangita melanomatoasă.

Prezentăm cazul unei femei în vârstă de 84 de ani care în momentul internării avea la nivelul gambei drepte o formațiune plană hiperpigmentată neomogen, cu margini neregulate, cu diametrul de aproximativ 5 cm, înconjurată de numeroase formațiuni tumorale cutanate cu diverse dimensiuni, unele cu ulceratii și sangerări importante.

Cazul readuce în discuție obligativitatea examinării periodice a tegumentului în vederea urmării evoluției leziunilor displazice, a descoperirii precoce a eventualelor leziuni neoplazice astfel încât pacientul să poată beneficia de terapie adecvată cât mai precoce.

## **2. STEATOCYSTOMA MULTIPLEX - PREZENTARE DE CAZ CLINIC**

Radu Monica Iuliana, Craciunescu Iuliana Viorica, Anca Zbranca  
Disciplina de Dermatologie, U.M.F. Gr.T.Popa  
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Steatocytoma multiplex (sebocistomatoza, chistul ductului sebaceu, maladie polichistica epidermica ereditara) este o afectiune familiala caracterizata prin formarea de chisturi multiple dermice care se dezvolta din structurile pilosebacee. Apare cu predilectie la varsta adolescentei, cu predominanta la sexul masculin. Aceasta afectiune se transmite ereditar dominant, dar exista si forme izolate, sporadice.

Aspectul clinic este caracteristic: chisturile sunt de obicei multiple, pana la mai multe sute. Sunt chisturi fie miliare si dure, fie renitente si alungite, avand dupa excizie aspectul unei vezicule inotatoare a pestelui. Continutul este lichid si uleios sau compact si sfaramicios; prin pielea intinsa ele pot avea un reflex galbui sau albastrui dupa natura continutului lor. Se localizeaza pe zonele seboreice (axilar, presternal, pe brate, fata).

Trasatura histologica caracteristica a acestor chisturi este prezenta glandelor sebacee sau a celulelor sebacee izolate strivite de peretele extern al chistului sau incluse in camasa sa; inconstant se pot gasi si foliculi pilosi sau fire de par tip lanugo sau glande sudoripare.

Boala are o evolutie cronica cu perioade de remisiune si acutizari. La 1/3 din cazuri evolutia este marcata de episoade inflamatorii si supurative care lasa cicatrici profunde precum cele din acneea conglobata sau hidrosadenita supurativa cronica.

Tratamentul se face cu derivati de acid retinoic (isotretinoin).

Caz clinic: Prezentam cazul a 2 pacienti, un baiat in varsta de 28 ani si o fata in varsta de 17 ani. Baiatul prezinta leziuni sub forma de chisturi dermice de marime variabila asociate cu noduli inflamatori si cicatrici vechi aparute consecutiv unor procese evolutive supurative ale bolii, localizate la nivelul fruntii si scalpului; debutul bolii a fost in urma cu aproximativ 7 ani. Fata prezinta leziuni de sebocistomatoza simpla la nivelul abdomenului si axilar aparute

de aproximativ o luna. Initial leziunile au fost prezente pe o zona redusa a abdomenului si ulterior s-au extins pe restul abdomenului, torace si axilar.

In familia pacientei nu exista cazuri similare, ea fiind singura cu aceasta afectiune, prezentand astfel o forma nefamiliala a bolii. In cazul baiatului, tatal acestuia este si el diagnosticat cu aceasta boala, cu dispozitia elementelor cutanate patologice la nivelul abdomenului, constituind forma de sebocistomatoza familiala.

Biopsia cutanata sustine diagnosticul prezumtiv clinic, examenul histopatologic evidentiind prezenta de glande sebacee si de foliculi pilosi in peretele chisturilor.

Tratamentul se face cu Roaccutane 5 mg/kgc/zi timp de 6 luni, evolutia leziunilor fiind favorabila; la baiat inainte de initierea tratamentului cu derivati de acid retinoic pe cale sistemica, s-a efectuat incizia si drenarea nodulilor pe cale de supuratie.

Concluzie: Steatocystoma multiplex este o afectiune rara familiala, dar pot exista si cazuri izolate. Boala are un puternic impact emotional negativ asupra calitatii vietii datorita leziunilor inestetice care au in general o evolutie cronica cu pusee de acutizare.

### **3. KERATODERMIA PUNCTATĂ PALMO-PLANTARĂ - OBSERVATII ASUPRA UNUI CAZ CLINIC**

Elda Ziu, Maia Pulbere, Diana Diaconu, Laura Gheucă Solovăstru

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Keratodermiile palmo-plantare sunt idiopatice, ereditare si secundare.

Caz clinic. Se prezintă cazul unui pacient, sex masculin, în vîrstă de 66 ani, din mediul rural, cu debutul afectiunii în urma cu 8 ani, nu au fost semnalate in familie antecedente de leziuni similare. Pacientul prezintă numeroase internari la clinica Dermatologie București și Suceava neputînd preciza tratamentele facute.

Examenul clinic obiectiv a evidențiat plăci hiperkeratozice palmare și plantare, relativ bine delimitate, de culoare galben-cenușiu, cu numeroase depresiuni punctiforme cu localizare predominant pe zonele de presiune. Examenul microscopic direct cu KOH a fost negativ, coloratia Gram din culturi-negativă. Examenul histopatologic al unei leziuni evidenziază un epiderm gros, cu marcată

hipergranuloză para si ortokeratozică compactă, la nivelul dermului superficial, perivascular un redus infiltrat inflamator cronic. Aspectele pot corespunde diagnosticului de keratodermie palmo-plantară. Pacientul a primit tratament topic cu keratolitice și dermatocorticoizi de potență crescută cu evoluție slab favorabilă.

Concluzii: Fiind vorba de un aspect clinic mai rar întâlnit, credem că acest caz reprezintă un bun pretext pentru o trecere în revista a principalelor forme clinice de keratodermii palmo-plantare.

Pacientul prezintă interes datorită răspunsului slab la terapia topică.

#### **4. LICHEN PLAN FOLICULAR – OBSERVAȚII ASUPRA UNUI CAZ CLINIC**

Ana Maria Saulea, Elena Andrei, A. Vasilca

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Lichenul planopilaris reprezintă varianta foliculotropă a lichenului plan, o dermatoză inflamatorie cronică papulo-scuoamoasă, intens pruriginoasă, a vârstei adulte, de cauză necunoscută.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 54 ani, din mediul rural, care pe lângă o patologie somatică și psihiatrică asociată, prezintă de aproximativ un an, o erupție cutanată sub formă de micropapule foliculare eritemato-violacee, cu dop keratozic central, aspre la palpare, intens pruriginoase dispuse la nivelul toracelui anterior, regiunii interscapulare, abdomenului și fețelor antero-laterale ale gambelor.

Paraclinic se remarcă: leucocitoză cu limfocitoză, anemie microcitară, sideremie scăzută, VSH accelerat, hipercolesterolemie.

Tratamentul a constat în corticoterapie sistemică în doze medii, alături de antipruriginoase și sedative, iar topic aplicații cu dermatocorticoizi asociați cu keratolitice, cu răspuns favorabil la șase săptămâni postterapie.

Concluzie: Lichenul planopilaris reprezintă o formă atipică, mai rar întâlnită, de lichen plan, aspectul clinic al acestei afecțiuni impune uneori probleme de diagnostic diferențial, examenul anatomo-patologic fiind modalitatea de stabilire a diagnosticului de certitudine.

## **5. LUPUS ERITEMATOS CU DEBUT ÎN SARCINĂ- PREZENTARE DE CAZ**

Iuliana Manole

Clinica I Obstetrică Ginecologie, Maternitatea "Cuza-Vodă"

Lupusul eritematos sistemic este o afecțiune cronică multisistemică autoimună care apare la femeile de vârstă fertilă. Un rol deosebit îl joacă anticorpii anti-ADN nativ, anticorpii anti-histone, anticorpii antiribonucleoproteine și anticorpii anti-Smith. Gravidele cu LES au un risc crescut de apariție a complicațiilor inclusiv infecții și deces.

Gravida B.M., în vârstă de 28 de ani din mediul urban, s-a internat în Clinica I Obstetrică-Ginecologie pentru varice gambă dreaptă, mărire în volum a membrului inferior drept, impotență funcțională, congestie și durere accentuată de ortostatism.

Examenle de laborator-prezența celulelor lupice -la dozări repetate. Manifestări cutanate de fotosensibilitate: rash malar și facial.

S-a stabilit diagnosticul de IIG Sarcină 26 săptămâni în evoluție, LES, Tromboză venoasă profundă membru inferior drept. S-a instituit tratament anticoagulant cu Enoxaparină 60mg X2/zi cu monitorizarea Ddimerilor .

### **DISCUȚII:**

Sarcina produce exacerbări ale lupusului: prin descreșterea activității de supresie imunologică, formarea complexelor immune, activarea antigenică sau policlonală a sistemului imun, prin activarea celulelor B policlonale de către antigenele fetale. În cazul nostru, gravida nu se știa suferind de LES. Diagnosticul a fost stabilit în cursul sarcinii cu ocazia apariției unei complicații (tromboza venoasă).

În postpartum, agravarea se explică prin eliminarea factorilor supresori imunologici din sarcină, scăderea nivelului de corticoizi, formarea complexelor imune, creșterea anticorpilor antilimfocitari datorită scăderii absorbției antigenilor trofoblastici. La pacienta de mai sus lehuizia decurge fără probleme deosebite.

Dezvoltarea testelor imunologice, alături de posibilitatea dozării produșilor de degradare ai fibrinei, a permis reconsiderarea criteriilor de diagnostic și monitorizare a sarcinii și lehuziei la femeile cu LES.

## **6. LUES SECUNDAR MALIGN**



Cristina Bîrsan, Tiberiu Bontea, Iris Frumuzache, Aida Bădescu,  
Camelia Ștefan, Eleonora Martiniuc, Zenaida Petrescu  
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon  
Iași

Luesul malign (rupioid, pustulo-ulcerativ) reprezintă o formă rară de lues secundar, ce apare la pacienții HIV pozitivi sau imunodeprimați, caracterizat prin apariția de sifilide papulo-pustuloase și ulcerate, însoțite de o stare generală alterată.

Leziunile se apropie prin caracterul lor distructiv de cele din perioada terțiară.

Prezentăm cazul unui pacient de 47 ani, fără antecedente patologice semnificative, care se internează pentru o erupție polimorfă, nepruriginoasă, diseminată, reprezentată de macule roz-roșii, papule roșii-arămii, papulo-cruste și câteva ulcerații acoperite de cruste rupioide, subfebrilitate, stare generală influențată, cu evoluție de aproximativ 2 săptămâni. Pacientul mai prezenta subicter sclero-tegumentar, eroziuni nedureroase la nivelul mucoasei linguale și palatului, ulcerație dureroasă la nivelul glandului complicată cu o fimoză, adenopatie inghinală bilaterală, de 1 cm, fermă la palpare, nedureroasă, ficat la rebordul costal.

Explorările de laborator au evidențiat: sindrom de citoliză hepatică, anemie, VSH accelerat, absența infecției HIV, AgHbs negativi, Ac anti HCV pozitivi. Echografia abdominală: ficat mărit de volum, steatozic, structură micronodulară, omogen. Serologia specifică pozitivă a confirmat diagnosticul.

S-a efectuat tratament cu Moldamin 2.400.000UI im, 2 doze la 5 zile interval, antiseptice și epitelizante locale, evoluția fiind favorabilă, cu diminuarea erupției cutanate.

Particularitatea cazului: evoluție mai accelerată, leziunile caracteristice perioadei tardive a bolii apărând la mai puțin de 6 luni de la contactul infectant (declarativ); aceasta formă rară de lues secundar a apărut în absența infecției HIV, la un organism tarat, consumator cronic de etanol, la care s-a decelat prezența Ac anti HCV.

## **7. ERITEMUL POLIMORF ATIPIC DE SARCINĂ**

Georgiana Mihăilă, Alina Alupoaei, Elena Ciubotariu, Daciana  
Elena Brănișteanu  
Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon  
Iași

În cursul sarcinii, modificările tegumentare sunt frecvente. Multe din acestea sunt normale, apărând ca un răspuns la modificările fiziologice specifice sarcinii și nu prezintă risc pentru mamă sau făt.

Eritemul polimorf de sarcina este o afecțiune relativ frecventă, de etiologie necunoscută, benignă și autolimitată, fără recidivă la sarcinile următoare.

Descriem cazul unei paciente de 29 de ani cu o sarcină în evoluție de 32 de săptămâni, primipară, prezentând de o săptămână o erupție de tip eritemato-papulos, cu rare cocarde, pruriginoasă localizată inițial pe flancurile abdominale, apoi pe coapse, gambe și brațe, cu distribuție simetrică. Diagnosticul de eritem polimorf a fost susținut de aspectele clinice, investigațiile paraclinice și confirmat de examenul histopatologic.

Suprapunerea unei dermatoze peste sarcină presupune supravegherea atentă a acesteia și administrarea cu precauție a tratamentului datorită potențialului risc teratogen a anumitor clase de medicamente, în special la aceasta pacientă care are istoric de avort terapeutic după consumul de medicamente cu teratogenitate dovedită.

Concluzii: Modificările la nivel cutanat în cursul sarcinii sunt multiple și complexe. Eritemul polimorf atipic de sarcină este deseori clinic dificil de diagnosticat datorită aspectului înșelător al leziunilor cutanate. Eritemul polimorf atipic de sarcină este manifestarea impactului dintre terenul alergic și terenul gravidic, factorul favorizant putând fi progesteronul endogen.

## **8. CARCINOMATOZA FACIALA MULTIPLA, RECIDIVATA**

Stincanu Alina, Al Adari Nadia, Pieptu Dragos

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Clinica de Chirurgie Plastica și Reconstructivă, Spitalul „Sf. Ioan” Iași

Carcinomul bazocelular, epiteliomul sau bazaliomul, este cea mai frecventă dintre tumorile cutanate maligne, caracterizată de dezvoltare lentă în timp, malignitate in situ (caracter extrem de recidivant și invadant local) și metastazare excepțională.

Prezentăm cazul unui pacient de sex masculin, în vârstă de 68 de ani, din mediul rural, care s-a prezentat la Clinica de Chirurgie Plastica și Reconstructivă a Spitalului „Sf. Ioan” Iași în iunie 2001,

pentru multiple formatiuni tumorale cu aspect nodular si plan cicatricial-infiltrativ,cu localizare geniana bilaterala, de dimensiuni variabile, relativ bine delimitate, unele avand culoarea tegumentului, altele cu suprafata eritematoasa, acoperita de telangiectazii si mici zone ulcerative cu secretii filamentoase, aderente la planul superficial si profund, greu mobilizabile, determinand ectropion secundar bilateral, mai accentuat la ochiul stang, si cu aspect de aderenta schiroasa cu infundarea rebordului osos maxilar drept. Anamneza evidentiaza in antecedentele personale evolutia leziunilor cutanate de aproximativ 15 ani, cu multiple interventii chirurgicale pentru excizia altor formatiuni similare si recidive frecvente la intervale variabile postoperatorii, iar heredocolateral un frate multiplu tratat pentru leziuni faciale similare. S-a practicat excizia tumorii geniene stangi cu rezectia peretelui anterior al sinusului maxilar stang, rezectia pleoapei inferioare, a mucoasei alveolare superioare si jugale, extractie 2.7, evidare ganglionara submandibulara, premasetarina si a glandei submandibulare, urmata de reconstructia mucoasei cu lambou pediculat de mare pectoral, reconstructia pleoapei inferioare stangi cu lambou frontal, blefarorafie si ancorarea pleoapei superioare, reconstructie geniana cu lambou radial liber transferat. Examenul anatomo-patologic a evidentiat epiteliom bazocelular keratinizat.Evolutia postoperatorie a fost nefavorabila, cu necrozarea lamboului radial ce a necesitat excizie si reconstructia zonei geniene stangi, cu evolutie locala favorabila. Pacientul a fost monitorizat ulterior in ambulatorul clinicii, prezentand recidiva la aproximativ un an ce a necesitat interventii chirurgicale in alte servicii de specialitate, soldate cu enucleerea globului ocular stang si afectarea fizionomiei pacientului.Evolutia pe termen lung a fost nefavorabila, cu invazie in profunzime si recidiva la locul de sutura.

Particularitatea cazului consta in caracterul intens recidivant si invaziv al carcinomului bazocelular, pacientul necesitand tratamente chirurgicale multiple, care insa au fost incomplete si tardiv aplicate, avand repercursiuni importante asupra fizionomiei acestuia.

## **9. HISTIOCITOZA CU CELULE LANGERHANS: FORMA HAND-SCHULLER-CHRISTIAN- PREZENTARE DE CAZ**

Oana Siriac, Roxana Frunza, Raluca Stefan, Laura Solovastru, D. Ferariu, Ingrid Miron, Anca Ivanov, N. Brânză

Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași

Sectia Hemato-Oncopediatrie, Spitalul Clinic de Urgenta "Sf. Maria" Iasi  
Anatomie patologica UMF GR T. Popa Iasi  
Clinica Pneumoftiziologie UMF "Gr. T. Popa", Iasi

Introducere: Sindroamele histiocitare cuprind un grup de afectiuni rare care descriu un număr de aspecte clinice variabile și se caracterizează prin infiltrarea și acumularea de celule aparținând liniei monocit-macrofag. Aceste sindroame sunt clasificate în trei clase.

Histiocitoza cu celule Langerhans (anterior numită histiocitoza X) este inclusă în clasa I și se caracterizează prin identificarea celulelor lezionale ca și celule Langerhans.

Prezentare de caz: copil 15 ani, sex masculin, internat în ianuarie 2009 în clinica de Dermatologie Iasi, prezentând cutanat la nivelul toracelui, abdomenului și scalpului papule eritematoase izolate și confluate, acoperite de scuamo-cruste cu aspect seboreic, meliceric, însoțite de plăci erodate și ulcerate la nivelul pliurilor axilare, retroauriculare și inghinale, polidipsie, poliurie, dispnee la eforturi medii, scădere ponderală. Dintre testele paraclinice decelăm: radiografie pulmonară cu desen reticulo-micronodular ambele arii pulmonare și opacitate discret omogenă lob mediu. Examenul histopatologic a pus în evident în dermul superficial multiple focare de proliferare formate din numeroase celule de tip histiocitar alături de limfocite dispuse în periferia leziunii și relative frecvente eozinofile. Imunohistochimic au fost evidențiate CD1a și S100 pozitiv în celulele cu aspect histiocitar. Coroborând datele am stabilit diagnosticul de histiocitoza cu celule Langerhans și am dirijat copilul spre clinica de oncologie pediatrică unde se inițiază tratament chimioterapic de inducție cu Vinblastină și corticoterapie cu Prednison timp de 12 săptămâni în prezent pacientul aflându-se în cursul celei de a 9-a cure. În urma tratamentului pacientul nu a mai prezentat leziuni noi cutanate iar cele existente sunt în curs de remisiune. Evoluția îndelungată fără tratament specific, leziunile cutanate și afectarea pulmonară ar putea încadra boala în forma acută Abt-Letterer-Siwe, dar faptul că a dezvoltat diabet insipid o clasifică în forma multisistemică Hand-Schuller-Christian.

Prognostic: bun având în vedere evoluția cronică, vârsta pacientului și răspunsul favorabil la tratament.

## **10. HISTIOCITOZA LANGERHANS-PARTICULARITATI DE EVOLUTIE LA PREMATUR SI ADOLESCENT**

Anca Ivanov<sup>1</sup>, Ingrid Miron<sup>1</sup>, Laura Gheuca-Solovăstru<sup>2</sup>, Oana Sîriac<sup>2</sup> Nicoleta Brînză<sup>3</sup>, D. Ferariu<sup>2</sup>, Doina Mihăilă<sup>1</sup>, Oana Miron I. Tansanu<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Spitalul Clinic de Urgențe pentru Copii "Sf. Maria", Iași, Secția Hemato-Oncologie și Laboratorul de anatomie patologică

<sup>2</sup>Clinica Dermatologică, Spitalul Clinic Județean de Urgență Sf. Spiridon Iași și Laboratorul de anatomie patologică

<sup>3</sup>Clinica de Pneumoftiziologie UMF "Gr. T. Popa", Iași

Afecțiunile histiocitare sunt rare și dintre ele, Histiocitoza Langerhans reprezintă un mozaic etiopatogenic și diagnostic descris de peste 100 de ani. Sunt intalnite 3 forme clinice în patologia copilului: forma acută diseminată, (numită Abt-Letterer-Siwe), granulomul eozinofil și Hand-Schüller-Christian.

Prevalența ei este de 5 cazuri la 200000 de copii astfel cele două cazuri pe care le prezentăm reprezintă o raritate mai ales prin faptul că s-au internat la interval de mai puțin de 1 lună, în secția noastră, fiecare bolnav având anumite particularități clinice de manifestare a bolii. Primul caz este un adolescent de 15 ani diagnosticat cu Histiocitoză la clinica de Dermatologie, în clinica noastră precizându-se forma: Hand-Schuller-Christian deoarece pacientul prezintă diabet insipid însă fără celelalte semne ale triadei caracteristice acestei forme. Altă particularitate a acestui caz este erupția cu aspect tipic formei acute diseminate a Histiocitozei Langerhans (apare la copilul sub 2 ani). Al II-lea caz este un prematur în vîrsta de 1 lună, care a prezentat de la naștere o erupție eritemato-hemoragiară generalizată și adeno-hepatosplenomegalie.

Evoluția celor două cazuri este diferită, fiind legată de vîrsta și condiția biologică a pacienților și de asemeni de forma clinică pe care o manifestă.

## **11. LICHENUL SCLEROATROFIC ÎN CONTEXTUL DEZORDINII IMUNITARE**

Irina Atudorei<sup>1</sup>, Irina Mihăilă<sup>1</sup>, Anca Zbranca<sup>2</sup> Irina Mititiuc<sup>3</sup>, Mirela Grigorovici<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Clinica Dermatologie Spitalul "Sf. Spiridon" Iași

<sup>2</sup>Ambulatorul Spitalului "Sf. Spiridon", Iași

<sup>3</sup>Clinica Nefrologie Spitalul "C.I. Parhon", Iași

<sup>4</sup>Secția anatomie patologică Spitalul CFR Iași

Lichenul scleroatrofic, descris pentru prima dată de Francais Henri Hallopeau în 1887, este o boală inflamatorie cu afectare genitală și extragenitală de cauză necunoscută și patogeneză incomplet elucidată. Genital, la sexul feminin, se manifestă prin apariția unor plăci eritematoase, bine delimitate, cu mici eroziuni pe suprafață, care devin ulterior hipopigmentate, scleroase, atrofice. Lichenul scleros, îndeosebi cel vulvar și mult mai rar cel penian prezintă riscul de transformare în carcinom scuamocelular.

Prezentăm cazul unei paciente de 76 ani care se prezintă la un consult interclinic în Ambulatorul Spitalului "Sf. Spiridon" , acuzând prurit genital intens, de aproximativ 3 ani și leziuni tipice de lichen scleroatrofic vulvar. Din antecedente reținem că pacienta este în evidența Clinicii Nefrologie din 2006, când a fost diagnosticată cu sindrom nefrotic impur și boală renală cronică, stadiu IV. De asemenea, asociază multiple afecțiuni cu mecanism posibil autoimun (vitiligo, tiroidită autoimună, gastrită cronică). Asocierea acestor afecțiuni cu mecanism autoimun susține teoria agresiunii autoimune în etiologia lichenului scleroatrofic.

## **12. TUMEFACȚIA DEGETELOR DE LA AMBELE MÂINI – AFECȚIUNE DERMATOLOGICĂ, REUMATOLOGICĂ SAU PSIHICĂ?**

Diana Diaconu<sup>1</sup>, Laura Gheucă Solovăstru<sup>1</sup>, D. Vâță<sup>1</sup>, Gabriela Dima<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Disciplina Dermatologie, UMF „Gr. T. Popa” Iași

<sup>2</sup> Clinica Radiologică, Spitalul „Sf. Spiridon” Iași

Prezentăm cazul unui băiat de 16 ani cu istoric de doi ani de tumefacție simetrică, asimptomatică, la nivelul fețelor laterale și mediale ale degetelor de la ambele mâini. Antecedentele familiale sau personale nu sunt semnificative. Copilul nu a declarat traumatisme locale anterioare. Radiografia mâinilor a arătat schelet osos și articulații normale, cu tumefierea țesuturilor moi. Examenul histopatologic al biopsiei cutanate a evidențiat hiperkeratoză și hipergranuloză, deasupra unui derm mult îngroșat, cu fibre de collagen numeroase, dispuse uneori dezorganizat. De asemeni, în derm s-a observat o ușoară proliferare a vaselor sangvine, un număr crescut de fibroblaști cu aspect normal și un ușor infiltrat limfocitar perivascular. Pe baza aspectului clinic și paraclinic (radiologic, histopatologic), a fost stabilit diagnosticul de...?

**13. SCLEROZA MULTIPLĂ ȘI PSORIAZISUL: DOUA BOLI AUTOIMUNE CU UN POSIBIL TRATAMENT COMUN – ESTERII ACIDULUI FUMARIC,**  
D. Alexa, R. Preda, C.D. Popescu  
Spitalul Clinic Recuperare Iași

Scleroza multiplă și psoriazisul reprezintă două boli autoimune în patogenia cărora limfocitul T joacă un rol central. Activarea specifică a limfocitului T de către celulele prezentatoare de antigen va declanșa o reacție inflamatorie întreținută în principal de limfocitele Th1 care va duce în final la apariția leziunilor cutanate în psoriazis și a plăcilor de demielinizare și a leziunilor axonale în scleroza multiplă. Esterii acidului fumaric sunt compuși cu proprietăți antiinflamatorii și imunomodulatorii care sunt capabili să modifice evoluția răspusului inflamator, diminuând rolul limfocitului Th1 (proinflamator) și crescând rolul limfocitului Th 2 (antiinflamator), determinând astfel o ameliorare a proceselor autoimune întâlnite în psoriazis și SM și o îmbunătățire a tabloului clinic al pacienților afectați de aceste maladii. În lucrarea de față vom prezenta rezultatele trialurilor și studiilor clinice privind eficacitatea și siguranța tratamentului cu esteri ai acidului fumaric în psoriazis și scleroza multiplă

## SECȚIUNEA POSTERE

**14. ACRODERMATITA CONTINUĂ HALLOPEAU-OBSERVAȚII ASUPRA UNUI CAZ CLINIC**

Ana Maria Saulea, Elena Andrei, Corneliu Dobre  
Clinica Dermatologie, Spital Clinic Sfântul Spiridon Iași, România

Acrodermatita continuă Hallopeau reprezintă o entitate rară, manifestată printr-o erupție pustuloasă sterilă cronică, cu localizare la nivelul degetelor membrelor superioare și inferioare, cu evoluție proximală, determinând în timp căderea unghiei (panarițiu psoriatic) și atrofia falangei distale. Afectează în special femeile de vârstă

medie și de obicei este declanșată de trauma sau de infecția unui deget.

Prezentăm cazul unei paciente în vârstă de 75 de ani, din mediul rural, cu antecedente de hipertensiune arterială, astm bronșic alergic, diabet zaharat tip II complicat cu neuropatie periferică ce prezintă de aproximativ 6 luni plăci eritemato-edematoase bine delimitate, acoperite de multiple pustule, unele confluate, aflate în diferite stadii de evoluție, cu cruste melicerice și fisuri dureroase, localizate la nivelul falangei distale a degetelor 1, 2 și 4 ale mâinii drepte. Paraclinic se constată hiperglicemie, VSH (viteza de sedimentare a hematiilor) accelerat; examenul bacteriologic și fungic al secreției din pustulă este pozitiv pentru stafilococ coagulaz negativ și dermatofiti. Diagnosticul a fost stabilit pe baza manifestărilor clinice și a examenului histopatologic care a evidențiat agregate de polimorfonucleare neutrofile cu localizare subcornasă.

Sub tratament local cu antiseptic și derivați de vitamina D3 și sistemic cu citostatice, acid folic, tratament antibiotic și antifungic, asociind terapia afecțiunilor asociate, evoluția a fost lent favorabilă. Concluzie: Acrodermatita continuă Hallopeau considerată de mulți autori o formă localizată de psoriazis pustulos se caracterizează în multe cazuri printr-o rezistență la tratamentul topic și sistemic, permițând evoluția spre generalizare, impunând necesitatea unei terapii mai agresive.

## **15. LUPUSUL ERITEMATOS LA INTERFATA DINTRE DERMATOLOGIE SI MEDICINA INTERNA**

Nanu Dimitrie Andrei<sup>1</sup> Dobritoiu Adina, Belmega Calin, Nita Tatiana Olsavszky Rozalia

Clinica de Dermatologie I Sp. Colentina Bucuresti

<sup>1</sup>linica de Medicina Interna II Sp. Colentina Bucuresti

Lupusul eritematos este o boala din categoria colagenozelor care afecteaza un grup de organe avand o evolutie acuta si/sau cronica si fiind acompaniata de leziuni cutanate caracteristice.

Asocierea semnelor clinice, histopatologice si biologice permite diferentierea urmatoarelor subgrupe de lupus eritematos (LE): LE cronic cutanat, LE subacut si LE sistemic.

Leziunile cutanate sunt caracteristice fiecărei subgrupe mai sus descrise dar asocierea cu afectarea sistemică care uneori este subclinică dictează prognosticul pacientului.



Acest lucru motiveaza necesitatea colaborarii interclinice pe tot parcursul urmaririi pacientului.

In lucrarea de fata ne propunem ca prin cazuistica proprie , sa ilustram rolul colaborarii interdisciplinare in boala lupica, intre dermatolog , internist , anatomopatolog si imunolog in beneficiul pacientului.

## **DERMATOCOSMETOLOGIA MEREU ÎN ACTUALITATE**

### **1. HIDRATAREA CUTANATĂ**

Zenaida Petrescu, Laura Stătescu, Cristina Bârsan

Clinica dermatologică, Spitalul Clinic de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași

Fiziologia hidratării stratului cornos al epidermului se înscrie ca o preocupare din anii `50, evidențiindu-se în aceste substanțe hidrosolubile capabile să fixeze apa (factori naturali de hidratare sau NMF = natural moisturizing factors). Mai târziu a fost demonstrat rolul lipidelor epidermice în funcția de barieră a stratului cornos și importanța lipidelor intercorneocitare (în particular ceramide) pentru menținerea unei hidratări normale cutanate.

Conținutul în apă al epitelului cornificat este un factor mai important decât conținutul în grăsimi în menținerea flexibilității acestui strat. De aceea, studiul factorilor care influențează umiditatea stratului cornos este necesar.

Aprecierea in vivo a hidratării cutanate (stratului cornos) se realizează prin metode directe (bazate pe spectroscopie), metode indirecte (mecanice și electrice) și măsurarea directă a pierderii de apă prin suprafața cutanată (TEWL = transepidermal water loss).

Filmul hidrolipidic de suprafață conține o fracțiune liposolubilă de origine sebacee și epidermică și o fracțiune hidrosolubilă, provenind din perspirația cutanată și secreția sudorală. Acest film are un rol protector față de uscarea sau umidifierea excesivă a pielii.

Uscarea excesivă a pielii (xeroză) poate fi legată uneori de factori constituționali (atopie, ihtioză), de vârstă sau poate fi secundară intervenției unor factori externi (casnici, profesionali, climatici, de igienă, etc.).

Substanțele care ajută în menținerea unui conținut normal în apă al stratului cornos sunt factorii de hidratare (moisturizers). Două tipuri de agenți hidratanți sunt clasice: agenții oclusivi (formează un

film lipidic de suprafață și limitează pierderea insensibilă de apă) și agenții umectanți (cu putere higroscopică mare).

## 2. ESTHÉLIS – FILLING TO PERFECTION

Cristina Dragușanu,  
General Manager J&D Aesthetics

Aflată la marginea Genevei, pe site-ul științific FONGIT (Geneva Foundation for Technological Development), **ANTEIS** se bazează pe cercetare și dezvoltare. Compania posedă deja o tehnologie unică în ceea ce privește tratamentul cu biopolimeri, având domenii variate de aplicare: medicina estetică, oftalmologie, reumatologie, eliberarea controlată a gelurilor...

În 2005, la mai puțin de doi ani de la înființare, **Anteis** lansează prima sa gamă de produse destinate medicinei estetice, **Esthélis**. Sunt geluri monofazice create pentru augmentarea țesutului cutanat realizate din acid hialuronic, obținut prin biofermentare.

Avansul tehnologic evident ce caracterizează gama Esthélis, fructificarea tehnologiei CPM\*, a adus tinerei companii elvețiene recunoșterea rapidă pe piața produselor injectabile.

**Anteis** este prezent în domeniul medicinei estetice cu trei game de produse: **Esthelis – filler**, destinat umplerii ridurilor și augmentării buzelor, **Fortelis –** pentru **modelarea** reliefulurilor feței și **Mesolis** destinat **rehidratării și revitalizării țesutului cutanat**.

### Ce este Esthélis ?

**Esthélis este** o gamă complet nouă de fillere, geluri cu acid hialuronic de ultimă generație, concepute pentru amplificarea țesutului cutanat (umplerea ridurilor, corecția cicatricilor, precum și mărirea buzelor). Injectat în derm, produsul are un efect imediat de lifting pentru întreaga zonă tratată.

**Esthélis** poate fi folosit de la prima prezentare a pacientului, fără teamă de reacții alergice și fără a fi necesară testare preliminară .



## 11 avantaje cheie ale Esthelis

- **Tehnologia unică CPM** – singura ce folosește 5 stadii (față de cea obișnuită care folosește 3 stadii), care va permite injectarea unui produs coeziv, dar în același timp foarte fluid, care poate fi administrat cu ace foarte fine, rezultatul fiind un aspect perfect natural pe termen lung.
- **Comportamentul extra celular al matricei** – Datorită structurii sale, conferite de tehnologia CPM, **Esthélis** este asimilat în matricea naturală a dermului, cu o optimă biointegrare la nivelul pielii. Asimilarea evită formarea de cordoane, prezente în cazul altor geluri monofazice.
- **Singuranță mărită – Esthélis** a demonstrat cel mai scăzut conținut de proteine și endotoxine (care pot conduce la risc inflamator). **Esthélis** este complet biointegrat fără reacții adverse de tipul granuloamelor, reacțiilor de hipersensibilitate (edem sau înroșirea pielii) sau a formării de "cordoane" la nivelul zonelor injectate. Datorită originii sale non animale (acid hialuronic obținut prin biofermentare) există risc minim de alergie și astfel, nu este necesar nici un test dermatologic anterior intervenției (față de celelalte fillere de origine animală).
- **Cele mai bune rezultate imediate - Esthélis** oferă cel mai bun rezultat estetic natural, prin efectul său unic de lifting din momentul injectării (dovada fiind un aspect mai uniform și natural, niciodată cu efect de "cordon").
- **Biodegradare lentă** – tehnologia CPM asigură un ritm stabil de absorbție, ceea ce oferă un rezultat considerabil mai bun în primele luni din punctul de vedere al creșterii volumului. În același timp, biodegradarea este mai uniformă și mai naturală comparativ cu alte produse monofazice.
- **Acțiunea pe termen lung** – Persistența efectului de umplere este cuprinsă între 9 și 12 luni, în funcție de zona tratată. Nu sunt necesare supracorecții (ca în cazul produselor bi-fazice) datorită biodegradării lente și ușurîței injectării, care permite distribuția uniformă a produsului.

- **Adaptarea la diferitele niveluri de volum** - Având o concentrație în acid hialuronic de 20 mg/ml (Esthelis Soft) și 22,5 mg/ml (Esthelis Basic) și fiind disponibil în diferite volume (0.6 ml și 1 ml) **Esthélis** este ușor de adaptat la procedurile de augmentare a țesuturilor. **Esthélis** oferă de asemenea, cantitatea maximă de gel per seringă ceea ce permite tratamentul complet folosind doar 1 seringă.
- **Complet biodegradabil** - **Esthélis** este un filler temporar complet biodegradabil, care permite adaptarea, în cel mai natural mod, la schimbările trăsăturilor fizionomice datorate vârstei (comparativ cu fillerele permanente).
- **Ușor de injectat** – Formulările produselor și designul seringilor contribuie la ușurința deosebită a injectării cu **Esthélis**, ceea ce asigură distribuirea uniformă a produsului. Grație fluidității deosebite, **Esthélisul** este ușor de injectat cu ace foarte fine, chiar și pentru concentrații mai mari în acid hialuronic. Dimensiunea redusă a seringii și design-ul său ergonomic contribuie la injectarea precisă și confortabilă.
- **Profunzimea injecției și cantitatea necesară** – asimilarea **Esthélis** la nivelul pielii permite injectarea superficială (în derm mijlociu și superficial pentru Esthelis Basic și în derm superficial pentru Esthelis Soft). **Esthélis este singurul filer care permite corectarea ridurilor fără efectul secundar de “cordon”**. Cantitatea de **Esthélis** injectat în derm este mai mică comparativ cu alte geluri monofazice.
- **Stabilitate ridicată și condiții optime de păstrare** - **Esthélis** singurul gel prezentat în seringă din sticlă, ceea ce oferă produsului o mai bună stabilitate în comparație cu cele din plastic. **Esthélis** poate fi păstrat 2 ani la temperatura camerei (2°C - 30°C), ceea ce este un avantaj important, comparativ cu alte produse care necesită refrigerare.

### 3. SANOFI AVENTIS Sculptra

#### **4. DE CE MICROCHIRURGIE MOHS IN TRATAMENTUL CARCINOAMELOR CUTANATE FACIALE?**

Mihaela Leventer

Clinica Dermastyle –Bucuresti

Microchirurgia Mohs reprezinta cea mai importanta tehnica utilizata in tratamentul carcinoamelor cutanate. Aceasta metoda este practicata de peste 70 de ani si asigura cea mai mare rata de vindecare pentru o mare parte a tumorilor maligne cutanate.

In chirurgia clasica a carcinoamelor cutanate, au fost stabilite anumite limite de siguranta care sa asigure o rata minima de recidiva poatoperator. Daca aceasta limita este usor de respectat pe corp, la nivelul fetei exista probleme legate de vecinatatea unor structuri importante din punct de vedere vital dar si cosmetic.

Microchirurgia Mohs este singura interventie care poate asigura vindecarea leziunilor cu un minim prejudiciu cosmetic. Aceasta reprezinta totodata interventia de electie in tumori de mari dimensiuni, in carcinoame recurente, a caror margine nu poate fi stabilita clinic cu certitudine sau in cazuri de leziuni cu dezvoltare rapida.

Lucrarea isi propune sa prezinte toate avantajele microchirurgiei Mohs cu cazuri tratate in clinica noastra.

#### **5. RADIOFRECVENTA TRIPOLARA IN REMODELAJUL FACIAL SI CORPORAL SI TERAPIA LAXITATII CUTANATE**

Prof. Dr. I. NEDELCU

CMI Dr. NEDELCU IOAN, Str. Veronica Micle Nr.15. Bucuresti, Romania

Radiofrecventa a fost utilizata de peste 30 de ani pentru chirurgia minim invaziva. In ultimii ani s-au dezvoltat multiple aplicatii ale radiofrecventei mono si bipolare pentru estetica medicala : cresterea tonusului cutanat, reintinerire, tratamentul depozitelor de grasime si remodelajul cutanat.

A treia generatie de dispozitive medicale cu RF = Radiofrecventa Tripolara a fost introdusa in 2006 de compania POLLOGEN din Israel = aparatul de RFT Apollo. Aceasta tehnologie

se caracterizeaza printr-o inalta focusare care genereaza o mare densitate de putere cu rezultate vizibile imediat cu un consum redus de putere ceea ce determina absenta durerii, tratamentul fiind deosebit de placut si fara a necesita sisteme de racire cutanata.

Sunt discutate mecanismele de actiune, metoda si tehnica terapiei prin aparatul de RFT Apollo produs de compania PIllogen, pentru remodelajul facial si corporal, terapia laxitatii cutanate a celulitei si depozitelor de grasime aberante, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative in lumina experientei personale.

## **6. REZULTATE OBTINUTE PRIN TRATAMENTUL CU LASERUL FRAXEL RE:STORE IN CICATRICILE REZIDUALE DUPA ACNE SI VERGETURI**

I. NEDELCU

CMI Dr. NEDELCU IOAN, Bucuresti, Romania

Cicatricile cutanate si in special cicatricile reziduale dupa vindecarea acneii ca si vergeturile reprezinta o piatra de incercare pentru fiecare dermatolog. Rezultatele obtinute prin diferite metode si tehnici terapeutice sunt, in majoritatea cazurilor, dezamagitoare. Laserul Fraxel reprezinta o tehnica de ultima ora care a determinat obtinerea de rezultate deosebit de promitatoare. Sunt discutate mecanismele de actiune, metoda si tehnica terapiei prin laserul” Fraxel re:store “ produs de compania Reliant Technologies din USA, pentru tratamentul cicatricilor reziduale dupa vindecarea acneii ca si pentru tratamentul vergeturilor, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative in lumina experientei personale.

## **7. TREATMENTUL MELASMEI CU LASERUL FRAXEL RE:STORE RELIANT TECHNOLOGIES**

I. NEDELCU

CMI Dr. NEDELCU IOAN Bucuresti, Romania

Tratamentele traditionale ale melasmei uzeaza de creme depigmentante, peeling-uri chimice, microdermabraziuni, mezoterapie, terapii laser, fotoprotectie interna si externa. Laserul Fraxel este o metoda de inalta tehnologie, aprobata de FDA, pentru tratamentul melasmei, care s-a dovedit a fi deosebit de eficienta, chiar si in cazurile in care terapiile traditionale au esuat.

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

## **8. TERAPIA ADJUVANTA PRIN DERMATO COSMETICE CU APA ECHILIBRATA IN DEUTERIU ” DEUTERIA LUX “IN DERMATOZELE UZUALE**

I. NEDELCU

CMI Dr. NEDELCU IOAN. Bucuresti, Romania

Dermatocosmeticele ” DEUTERIA LUX “ pe baza de Apa Echilibrata in Deuteriu si asociatii complexe de principii active naturale si-au dovedit efectul benefic adjuvant intr-o serie de dermatoze uzuale.

Sunt discutate mecanismele de actiune, metoda si tehnica utilizarii dermatocosmeticele DEUTERIA LUX in terapia adjuvanta a unor de dermatoze precum : psoriazisul, dermatita atopica, vitiligo, acnea, melanodermii, eczema, ten sensibil, cu exemplificarea prin cazuri clinice semnificative in lumina experientei personale.

## **9. LUMINA INTENS PULSATA – APLICATII CLINICE IN TRATAMENTUL ROZACEEI**

A. Tataru<sup>1</sup>, Irina Avram<sup>2</sup>, A. Avram<sup>2</sup>

<sup>1</sup>

<sup>2</sup> Centru EsthetiQ Line – Cluj - Napoca

Rozaceea este o afectiune cronica care poate fi bine tratata la ora actuala printr-o combinatie de terapie generala si locala specific dermatologica, urmata de tratamentul cu lumina intens pulsata pentru stergerea telangienctaziilor reziduale.

Lumina intens pulsata este o tehnologie aparuta in campul medical doar de cativa ani si a devenit foarte populara in tratamentul rozaceei dar si a altor probleme ale pielii (leziuni pigmentare, fotoaging-ul pielii sau reducerea parului nedorit). Autorii in aceasta lucrare prezinta experienta si rezultatele lor timp de un an in tratamentul rozaceei 48 de cazuri (media de 3 tratamente / caz) cu un sistem foarte performant de lumina intens pulsata. Un rezultat



foarte bun cu un numar minim de tratamente se obtine atat printr-o cunoastere a conditiilor medicale ale pielii (tipul de piele, aplicarea/consumul de substante fotosensibilizante, contraindicatiile acestui tratament, etc), cat si prin experienta medicului cu sistemele de lumina pulsata, la toate acestea adaugandu-se si puterea si calitatea aparatului cu care se face tratamentul.

## **10. TRATAMENTUL COMBINAT AL CICATRICILOR – EXPERIENTA NOASTRA !**

A. Tataru<sup>1</sup>, A. Avram<sup>2</sup>

<sup>1</sup>

<sup>2</sup>Centru EsthetiQ Line – Cluj - Napoca

Trei categorii de cicatrici pun probleme in practica clinica: cicatrici hipertrofice cicatrici cheloide dar si cicatrici atrofice (postacnee). Exista o abordare combinata prin injectii intracicatriciale cu diferiti agenti de la cei mai cunoscuti – corticoizii pana la citostatice (5FU, Bleomycin), aplicare topica de diferite substante (geluri siliconate, etc) sau mai nou tratamente laser si lumina intens pulsata care au ca principala tinta microvascularizatia cicatricii dar si stimularea colagenului nou-format. Exista numeroase protocoale care imbina toate aceste metode cu diferite rezultate si o rata de recidiva diferita. Autorii in acesta lucrare prezinta abordarea terapeutica in maniera proprie pentru toate aceste tipuri de cicatrici patologice imbinand metode traditionale (injectarea intracicatriciala, produse topice, etc) cu metode foarte moderne – laser non-ablativ fractionat dar si tratamentele mai noi cu lumina intens pulsata pentru cicatrici cheloide.

11. ....

Guido Cappare