



# MEDICAL MARKET



## Gastroenterologie



Revista profesioniștilor din Sănătate • 2023 - 2024 • Publicație creditată B+ conform



Prof. Univ.  
Dr. Anca Trifan

Președinte Congres SRGH 2023,  
UMF „Grigore T. Popa” din Iași



Prof. Univ.  
Dr. Cristian Gheorghe

Former SRGH President  
UMF „Carol Davila” din București



Prof. Univ. Dr.  
Dan-Ionuț Gheonea

Rector Universitatea de Medicină  
și Farmacie din Craiova



As. Univ. Dr. Ana  
Maria Ghiuchici

UMF „Victor Babeș”  
din Timișoara



As. Univ. Dr. Cosmin  
Alexandru Ciora

Medic primar gastroenterologie,  
IC Fundeni, București



Dr. Alexandra  
Georgiana Cocioagă

Student Drd., Medic rezident  
gastroenterolog, Universitatea de  
Medicină și Farmacie din Craiova

**ADYA**  
Green Pharma

**ZAZARIN  
NEUTRO®**

**ARSURI GASTRICE?  
NU LUA MĂSURI DRASTICE!  
IA ZAZARIN!**

cu aromă de mentă  
**ZAZARIN NEUTRO**  
REDUCE DISCOMFORTUL  
30  
supliment alimentar

cu aromă de zmeură  
**ZAZARIN NEUTRO**  
REDUCE DISCOMFORTUL ACIDIMIAL  
30  
supliment alimentar

# Spasmomen®

Bromură de otiloniu 40 mg



## Indicat în:

- ☉ **stări spastice și diskinezii funcționale ale tractului gastro-intestinal** cum sunt: colon iritabil, gastrite, gastro-duodenite, enterite, tulburări esofagiene;<sup>1</sup>
- ☉ **pregătirea pentru endoscopie** (esofago-gastro-duodenoscopie, colonoscopie, rectoscopie).<sup>1</sup>

**Doza recomandată este de 40 mg bromură de otiloniu (un comprimat filmat Spasmomen®), de 2-3 ori pe zi.<sup>1</sup>**

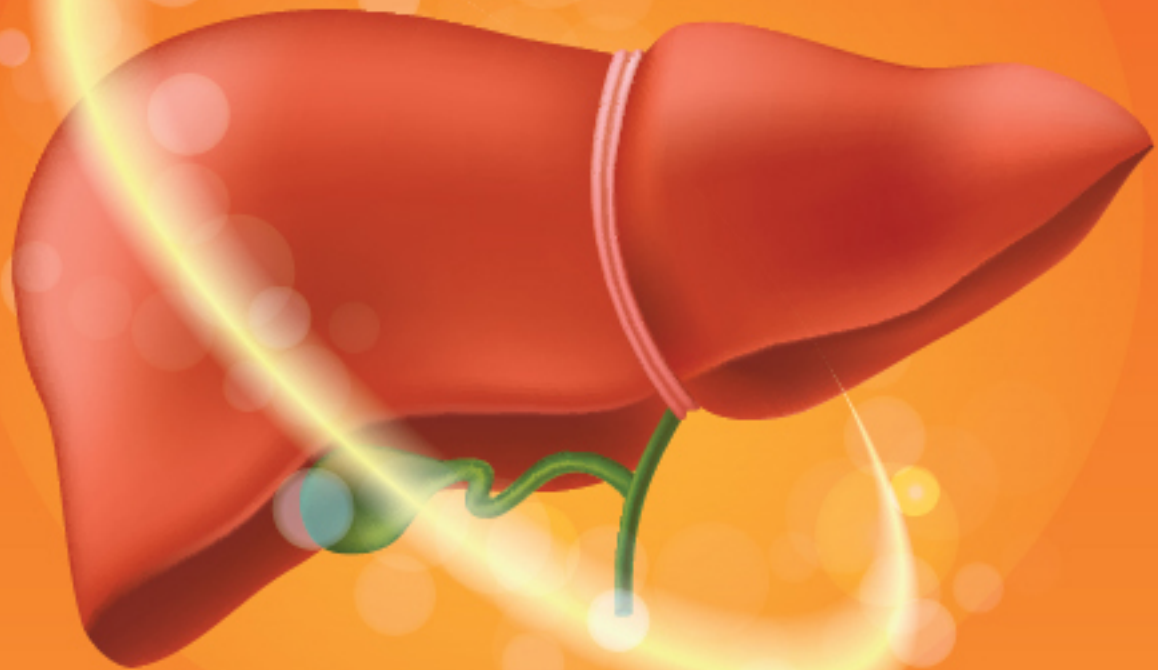






Floreasca Business Park,  
Calea Floreasca 169A, Corp A, Etaj 7, Sector 1, București  
Tel./Fax: 021 2323432/ 021 2330826  
[www.berlin-chemie.ro](http://www.berlin-chemie.ro)

1. Spasmomen®: Rezumatul Caracteristicilor Produsului, Decembrie 2019.  
Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală P6L.  
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului.  
Vă rugăm să consultați RCP-ul pentru lista completă a reacțiilor adverse, contraindicațiilor și precauțiilor de utilizare.

# HEPATARGINE FORTE

Aliatul indispensabil pentru sănătatea ficatului



-  Conține o combinație unică de doi aminoacizi esențiali pentru sănătatea ficatului- ARGININA și BETAINA
-  Contribuie la regenerarea și protejarea ficatului, având și un puternic efect antioxidant, detoxifiant (util în steatoza hepatică)
-  Un ajutor neprețuit în stările de astenie, fatigabilitate, stres și anxietate
-  Foarte eficient în reducerea oboselei funcționale și refacerea rezervelor de energie, din prima zi de utilizare.



„Gastroenterologia românească se va dezvolta în fiecare zi și va ține pasul cu ceea ce se întâmplă la nivel global“ <b>Interviu cu Prof. Univ. Dr. Anca Trifan</b>	6
„Programul Național de screening în cancerul colorectal!“ <b>Interviu cu Prof. Univ. Dr. Cristian Gheorghe</b>	10
Sindromul Lynch în gastroenterologie	16
Diareea acută la copil <b>Conf. Univ. Dr. Baciu Ginel, Asist. Univ. Dr. Baciu Alexandru Paul, Asist. Univ. Dr. Gavrilă Carmen</b>	20
Impactul screeningului pentru cancerul colorectal în regiunea Sud-Vest Oltenia <b>Prof. Univ. Dr. Dan-Ionuț Gheonea, Dr. Alexandra Georgiana Bocioagă</b>	24
Angiosarcomul hepatic – prezentare de caz <b>As. Univ. Dr. Ana Maria Ghiuchici, Conf. Univ. Dr. Mirela Danilă, Conf. Univ. Dr. Maria Cornianu, Dr. Nicoleta Iacob, Prof. Univ. Dr. Ioan Sporea</b>	28
Controlează efectele refluxului gastroesofagian la gravide	31
Caz rar de gastrită cu CMV imitând carcinomul gastric– prezentare de caz <b>As. Univ. Dr. Constantin Budin, As. Univ. Dr. Daniel Stăniloaie, Dr. Andreea Tănase, Dr. Alexandru Ilco, Dr. Tarek Ammar, Dr. Andrei Seceleanu, Dr. Raluca Petre, Dr. Anca Lăzăroiu, Dr. Diana Cișleanu, Dr. Diana Iacob,</b>	32
Tulburări de fertilitate asociate bolii celiace <b>As. Univ. Dr. Cosmin Alexandru Ciora</b>	36

Simpozion  
**GASTRO Centri X**

13 iunie  
Ora 13:30

Prof. Dr. Gheorghe Liliana  
Dr. Udrescu Mihaela

RoALD  
FORMARE MEDICALA

23 Iunie 2023  
Online

**Sindromul Lynch,**  
de la teorie la practică  
în Anatomie Patologică și Genetică

Organizator:  
MedWay Events

Coordonatori:  
Conf. Dr. Gabriel Becheanu și  
Asist. Dr. Oana Cristina Voinea

**15<sup>th</sup> National Symposium on Inflammatory Bowel Diseases**

Symposium 2023

6<sup>th</sup> Franco - Romanian Meeting  
Crowne Plaza Bucharest  
21<sup>st</sup> - 23<sup>rd</sup> of September

www.rccc.ro  
office.rccc@gmail.com



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie  
Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 01, et. 1, cam. 4  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



Copierea fără acordul scris al editurii a oricăror elemente de grafică sau conținut editorial apărute în revistele editurii sunt considerate furt de proprietate intelectuală și intră sub incidența legii.

# Testarea imunologică pentru afecțiunile tractului gastrointestinal

## SENTiFIT® 270



## SENTiFOB®



Sisteme automate special proiectate pentru testarea cantitativă, imunoturbidimetrică, din materii fecale



- Excluderea bolilor inflamatorii intestinale

### CALia Gold Calprotectină

Măsurarea calprotectinei din materii fecale



- Screeningul pacienților asimptomatici pentru cancerul colorectal
- Testarea pacienților simptomatici cu suspiciune de hemoragie digestivă

### FOB Gold Hemoragii oculte în fecale

Măsurarea hemoglobinei umane din materii fecale



# „Gastroenterologia românească se va dezvolta în fiecare zi și va ține pasul cu ceea ce se întâmplă la nivel global”

Interviu realizat cu doamna Prof. Univ. Dr. Anca Trifan,  
Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” din Iași



Anul acesta Congresul Național de Gastroenterologie, Hepatologie și Endoscopie Digestivă va avea loc în orașul marilor idealuri și împliniri ale românilor, la Iași, ce va asigura cu certitudine cadrul excepțional de desfășurare a manifestării științifice. Trecând în revistă edițiile anterioare, în calitate dvs. de Președinte al celui de-al 42-lea Congres, care ar fi noutatea absolută?

Toate congresele naționale de gastroenterologie au fost remarcabile, fiecare în felul său, fiecare având amprenta orașului, a echipei de organizare, a vremurilor în care s-au desfășurat. Inclusiv cele desfășurate în timpurile bântuite de COVID-19 au avut unicitate! Ca fiecare Președinte de Congres, și eu la rândul meu voi încerca să-l fac pe cel de la Iași de neuitat. Congresul se bucură de susținerea Organizației Mondiale de Gastroenterologie și va fi precedat de o zi de „Train the Trainers” teaser - un program unicat al acestei prestigioase societăți. Programul științific structurat cu ajutorul celorlalți profesori de gastroenterologie din țară este excelent, oferind participantului, într-o formă sintetică, toate progresele din domeniu, care îl vor ajuta la o mai bună îngrijire a pacientului. Avem peste 20 de lectori invitați din străinătate (Statele Unite, Canada, Portugalia, Italia, Grecia, Franța, Germania

etc.) și peste 80 de lectori din țară. Pe parcursul congresului, cu ajutorul Universității de Arte din Iași și a unei pleiade de artiști plastici recunoscuți în țară și străinătate, vom organiza o expoziție dedicată acestui congres, care va reaminti țării întregi că în Moldova, în Iași, au înflorit întotdeauna artele! Sper că medicii gastroenterologi, maeștri ai imaginii (endoscopice, ecoendoscopice, ecografice, histologice etc.) vor găsi inspirație în tablourile expuse!

În anul 1989 a fost descoperit virusul hepatitic C de către Profesorul Michael Houghton și colaboratorii săi, urmând aprobarea primului tratament pe bază de interferon în anul 1991. Cum ați descrie această descoperire?

Descoperirea virusului a fost etapa inițială care a identificat inamicul și a declanșat o avalanșă de cercetări ulterioare, care au dus într-un sfert de veac (timp scurt în cercetarea medicală) la inventarea primului tratament fără interferon cu vindecare virologică de aproape 100%. La nivelul pacientului infectat cu virus C înseamnă minunea vindecării! La nivelul medicului curant înseamnă satisfacția de a reuși să vindeci o infecție virală cronică și să modifice drastic prognosticul pacientului; răspunsul virologic susținut la un pacient diagnosticat în faze precirozice înseamnă stoparea evoluției spre ciroză și cancer hepatocelular, ameliorarea calității vieții, absența manifestărilor extrahepatice legate de virusul C. În plus, apariția acestor tratamente extrem de eficiente a făcut posibil planul OMS de a elimina hepatitele virale ca povară pentru sănătate. A aliniat toți gastroenterologii și infecționiștii din lume în spatele unei idei extrem de generoase și atractive, anume

aceea de a elimina în timpul vieții profesionale a acestei generații infecția virală C pentru toate generațiile care vin după noi. A mutat lupta cu boala din cabinet, din fața unui pacient în societate, oferind teste de screening și tratament tuturor în nevoie.

**Referindu-ne la vaccinologie, în cazul virusului hepatitic C, vaccinul nu există. Ce implicații cu consecințele aferente decurg din această situație?**

Înseamnă că singura metodă de prevenție adevărată este de a identifica și trata toți pacienții infectați pentru a îndepărta sursa de infecție! Din păcate, există infecții noi cu virusul C în întreaga lume, care perpetuează infecția! Descoperirea unui vaccin va rămâne așteptată în întreaga lume, dar momentan singura soluție rămâne testarea și tratarea.

**Se poate vorbi de strategii de eliminare a hepatitei cronice virale C, la nivel mondial? Care este situația în România?**

Așa cum am menționat, OMS a creionat o strategie globală în care a fixat ținte și o dată pentru îndeplinirea acestora, anume anul 2030. România are o strategie națională aprobată. Progresul imens în acest efort de eliminare a hepatitelor virale în România vine din cele trei proiecte europene LIVERO -1 și LIVERO -2 SUD și EST în cadrul cărora s-au desfășurat activități de formare, educație, testare, stadializare și direcționare spre tratament. În cele două proiecte LIVERO -2 au fost testați până acum peste 270 000 cetățeni, peste 60% din categoriile defavorizate și au fost evaluați complet peste 5000 pacienți pozitivi, fie cu virusul hepatitic B, fie cu virusul hepatitic C. Suntem departe de eliminare, dar suntem pe drumul cel bun. Trebuie să menționez că medicii de familie au fost extraordinari și s-au implicat în mod conștiincios, cu responsabilitate și înțelegere în aceste activități. Toți cei implicați în proiect, voluntari sau reprezentanți ai administrațiilor locale, au simțit că participă la un demers medical istoric!

**Clinica de Gastroenterologie din Iași a fost mulți ani „capitala” gastroenterologiei din România. Prin ce s-a remarcat?**

Mentorul meu și a multor gastroenterologi din România (de fapt a unor generații de gastroenterologi români) – dl. Prof. Dr. Carol Stanciu - numește întotdeauna Iașul capitala gastroenterologiei românești. Profesorul Carol Stanciu, figură extrem de luminoasă, cu experiență lungă a muncii în Marea Britanie în timpuri în care nu vedeai alte țări decât în cărți, cu examenele în Statele Unite la zi, este un deschizător de drumuri care a menținut Iașul o vreme drept capitală. A implementat endoscopia diagnostică și ceea ce reprezenta atunci endoscopia terapeutică, s-a preocupat permanent să introducă tot ceea ce apărea nou la Iași. Practic, toate metodele de endoscopie terapeutică au fost introduse în România, în premieră la Iași până la apariția noului val de endoscopiști de excepție care fac parte din noile generații! Pot spune însă că, astăzi, toate centrele de gastroenterologie din țară încearcă din răsuferință să fie competitive și să facă tot ce este posibil. Este greu să fie un centru capitala, în afară de capitală! Eu sunt mândră de generațiile foarte noi de gastroenterologi, endoscopiști din România care au revoluționat specialitatea noastră dar și chirurgia! Este o plăcere să-i vezi lucrând, să observi cum se zbat în aceste timpuri tot mai dificile să găsească fonduri pentru instrumentarul necesar pentru ultimele tehnici endoscopice apărute! Este minunat să observi că medicina, deși mult mai tehnică, mult mai apropiată de computere și curând influențată și de inteligența artificială rămâne aceeași profesie dedicată omului, în care empatia, pasiunea, dedicația însuflețesc pe fiecare slujitor al ei.

**Care este aportul subspecialității Neurogastroenterologiei în diagnosticare și tratament?**

Neurogastroenterologia este un fel de copil minune al gastroenterologiei care încearcă să elucideze numeroase afecțiuni considerate funcționale. Axa creier-intestin, implicațiile microbiotei în diverse afecțiuni, tulburările motorii ale diverselor segmente ale tubului digestiv, reprezintă preocupări ale acestei subspecialități. Avem șansa să avem alături doi specialiști de mare clasă, Prof. Dr. Reza Shaker (SUA) și Dr. Chloe Melchior (Marea Britanie) care vor prezida masa rotundă dedicată. Aș dori să menționez că în România se va desfășura anul acesta Congresul European de Neurogastroenterologie.

**Există programe de screening în depistarea precoce a diverselor infecții cu virusuri virale hepatice în rândul populației asimptomatice sau mai puțin simptomatice?**

Există proiectele europene menționate, inițiate locale în jurul universităților sau spitalelor. Un program articulat care să includă toată țara, finanțat adecvat este însă așteptat.

**Prezentările de excepție, de înaltă ținută științifică, expuse în cadrul Congresului, constituie un bun prilej de a fi informați la zi și de conectare la gastroenterologia românească și nu numai. Cum apreciați viitorul Gastroenterologiei românești?**

Congresele reprezintă un forum de informare, conectare, dezbateri care contribuie la „deschiderea minții” participanților și pentru a-i determina la aprofundarea cunoștințelor. Formarea medicilor tineri sau mai puțin tineri este un proces continuu, care se desfășoară uneori în cele mai diverse situații. Eu învăț de oriunde. Rezidenții noștri absorb cunoștințe de la asistente, medici, pacienți, cărți, reviste, etc. Un medic în fiecare zi este mai competent decât în ziua precedentă. Iar generațiile care vin sunt mai bune decât precedentele! Știința a evoluat, tehnologia a căpătat valențe neașteptate, terapiile au evoluat, țintele terapierilor s-au diversificat, dar bolile produc același tip de suferință pacienților și aceleași probleme medicilor dedicați.

Gastroenterologia românească se va dezvolta în fiecare zi și va ține pasul cu ceea ce se întâmplă la nivel global. Trebuie însă să remarc că în România este mai greu! Orice salt tehnologic se transferă mai greu, costurile legate de accesoriile de endoscopie sunt greu sau deloc decontate, fiecare tehnică nouă se introduce prin efort personal, instruirea pentru învățarea de tehnici foarte noi o face fiecare cum poate, într-un mod puțin organizat. Defectarea unui endoscop este o tragedie în fiecare serviciu. Dorința de a progresa trebuie să fie înzecită pentru a reuși să răzbați și să inițiezi evoluție într-un sistem care încă rămâne subfinanțat. Și totuși sunt optimistă! Viitorul gastroenterologiei este luminos, gastroenterologii viitorului vor fi mai competenți, mai entuziaști și poate mai inimoși!

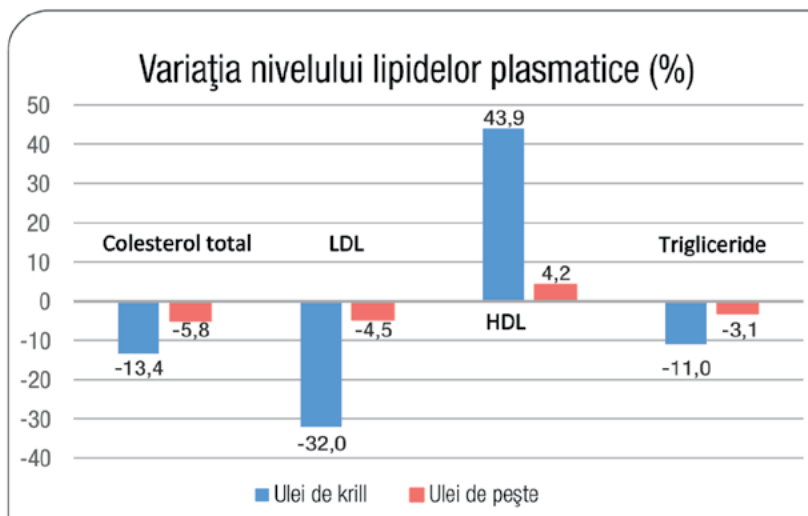


## CEL MAI PUR ULEI DE KRILL

Dovedit mai eficient decât uleiurile clasice de pește  
în **reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor**

### Eficacitate demonstrată clinic

Efectul pozitiv în reglarea nivelului lipidelor serice a fost demonstrat clinic într-un studiu dublu-orb, randomizat, efectuat pe 60 de pacienți cu dislipidemii (193-347 mg/dL colesterol total, trigliceridemie 203-354 mg/dL) cărora li s-au administrat timp de 3 luni doze de 2 capsule de Korill, respectiv 3 g ulei de pește zilnic<sup>1</sup>.



Într-un alt studiu<sup>2</sup> placebo controlat, realizat pe 300 de pacienți cu hipertrigliceridemie (150–499 mg/dL *à jeun*) s-a evidențiat o scădere a nivelului trigliceridelor cu 10,2% comparativ cu placebo la pacienții cărora li s-au administrat doze de 1–2 capsule de Korill, timp de 3 luni.

Ruxandra Bunea, MD; Khassan El Farrah, MD, MSc; Luisa Deutsch, MD. Evaluation of the Effects of Neptune Krill Oil on the Clinical Course of Hyperlipidemia, Alternative Medicine Review, 2004, vol.9, no.4, 420.

Kjetil Berge, Katrin Musa-Veloso, Melody Harwood, Nils Hoem, Lena Burri. Krill oil supplementation lowers serum triglycerides without increasing low-density lipoprotein cholesterol in adults with borderline high or high triglyceride levels, Nutrition Research 34 (2014) 126-133.

### Korill este recomandat în:

- ♥ Reglarea nivelului colesterolului și trigliceridelor;
- ♥ Reducerea riscului de apariție a evenimentelor cardiovasculare;
- ♥ Hepatoprotecție complementară pe termen lung;
- ♥ Refacerea necesarului de acizi grași esențiali și de antioxidanți naturali.

### Doza recomandată pentru adulți:

2 capsule pe zi, înainte sau în timpul meselor.  
Se recomandă administrarea Korill în cure de minimum 6 luni.  
Pentru menținere curele pot fi prelungite pe termen lung, sau repetate.  
A nu se depăși doza de 6 capsule pe zi.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.



Sanience



# Entecavirum

## Entecavir Sanience 0,5 mg comprimate filmate

### Alegerea eficientă și sigură pentru tratamentul hepatitei B cronice



Fabricat în Spania

- Preț de referință pe sublista C1, coplată ZERO pentru pacienții asigurați
- Studiu de Bioechivalență cu design „cross-over” realizat în Spania

Denumirea comercială a medicamentului: Entecavir 0,5 mg comprimate filmate. DCI – entecavir. Compoziția: un comprimat conține 0,5 mg entecavir. Grupa farmaceutică: antivirale de uz sistemic, inhibitori nucleozidici și nucleotidici ai revertranscriptazei, codul ATC: J05AF10. Indicații terapeutice: este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu virusul hepatitei B (VHB) la adulții cu: boală hepatică compensată și dovezi de replicare virală activă, valori serice persistente crescute ale alanin aminotransferazei (ALT) și dovezi histologice de inflamație activă și/sau fibroză; boală hepatică decompensată la pacienți netratați anterior cu nucleozide cu infecție cu VHB cu AgHBe pozitiv și AgHBe negativ. De asemenea, Entecavir Sanience este indicat pentru tratamentul infecției cronice cu VHB la pacienții copii și adolescenți netratați anterior cu nucleozide, cu vârsta între 2 și <18 ani și boală hepatică compensată care au dovezi de replicare virală activă și valori serice persistente crescute ale ALT sau dovezi histologice de inflamație moderată până la severă și/sau fibroză. Doze și mod de administrare: Boală hepatică compensată: Pacienți netratați anterior cu nucleozide: doza recomandată la adulți este 0,5 mg o dată pe zi, cu sau fără alimente. Pentru pacienții care nu răspund la tratament cu lamivudină: doza recomandată la adulți este de 1 mg în priză unică zilnică, care trebuie administrată în condiții de repaus alimentar. Boală hepatică decompensată: Doza recomandată pentru pacienții adulți cu boală hepatică decompensată este de 1 mg o dată pe zi, care trebuie luată fără alimente. Copii și adolescenți: La pacienții copii și adolescenți cu greutatea corporală de cel puțin 32,6 kg trebuie să se administreze un comprimat de 0,5 mg, o dată pe zi, cu sau fără alimente. Vârșnici: nu este necesară ajustarea dozei în funcție de vârstă. Doza trebuie ajustată în conformitate cu funcția renală a pacientului. Contraindicații: Hipersensibilitate la substanța activă sau la oricare dintre excipienți. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare Insuficiența renală: se recomandă ajustarea dozelor. Exacerbarea hepatitei: în cazul hepatitei cronice B, exacerbarea prin creșteri tranzitorii ale valorilor serice ale ALT. Pacienții cu boală hepatică decompensată: în special la cei cu boală Child-Turcot-te-Pugh (CTP) clasa C, s-a observat o frecvență mai mare a evenimentelor adverse hepatice grave (indiferent de cauzalitate), comparativ cu frecvența la pacienții cu funcție hepatică compensată. Acidoză lactică și hepatomegalie severă cu steatoză: în cazul utilizării analogilor nucleozidici, s-a raportat producerea acidozei lactice (în lipsa hipoxemiei), asociată, de regulă, cu hepatomegalie și steatoză hepatică. Rezistența și precauții specifice la pacienții care nu răspund la tratamentul cu lamivudină: Răspunsul virologic trebuie monitorizat frecvent la populația care nu a răspuns la lamivudină și trebuie efectuate teste adecvate de rezistență. Copii și adolescenți: S-a observat o rată mai mică de răspuns virologic. În cazul pacienților infectați concomitent cu HIV/VHB, tratamentul cu entecavir nu trebuie utilizat în lipsa administrării HAART. Fertilitatea, sarcina și alăptarea: Nu există date adecvate privind utilizarea entecavir la gravide. Nu trebuie utilizat în timpul sarcinii, cu excepția cazurilor în care este absolut necesar. Nu există date privind efectul entecavirului asupra transmisiei VHB de la mamă la nou-născut. Ca urmare, trebuie utilizate măsuri adecvate pentru a preveni infectarea neo-natală cu VHB. Alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu Entecavir Sanience. Reacții adverse: cele mai frecvente reacții adverse indiferent de severitate, cel puțin posibil legate de administrarea entecavirului, au fost cefaleea, fatigabilitatea, amețelile și greața. Exacerbarea hepatitei în timpul și după întreruperea terapiei cu entecavir a fost, de asemenea, raportată. Data autorizării: aprilie 2018.

Acest medicament se eliberează pe bază de prescripție medicală PR.  
Pentru informații complete consultați Rezumatul caracteristicilor produsului.  
Acest material promoțional este dedicat profesioniștilor din domeniul sănătății.

**Sanience S.R.L.**  
Str. Fr. Chopin nr. 14, Sect. 2, București  
info@sanience.ro

# „Programul Național de screening în cancerul colorectal!”

Interviu realizat cu domnul Prof. Univ. Dr. Cristian Gheorghe,  
UMF „Carol Davila” din București

Stimate domnule Profesor, care vor fi temele principale ale lucrărilor științifice pe care le veți prezenta la Congresul Național de Gastroenterologie, Hepatologie și Endoscopie Digestivă ce va avea loc la Iași în perioada 7-10 Iunie 2023?

La Congresul Național de Gastroenterologie, Hepatologie și Endoscopie Digestivă care va avea loc la Iași, în perioada 7-10 Iunie 2023 se vor desfășura cursurile precongres de Gastroenterologie, Hepatologie, Endoscopie digestivă și Ecografie. În afara acestor cursuri vor fi mese rotunde dedicate diferitelor patologii.

Referitor la Cursul de Gastroenterologie, l-am denumit Mistakes in Gastroenterology. Voi susține o prezentare legată de bolile inflamatorii intestinale și anume, cum să evităm greșelile, cum să stabilim un diagnostic cât mai corect și un tratament cât mai adecvat pacientului cu boli inflamatorii și boala Crohn.

În cadrul Cursului de endoscopie digestivă care va fi structurat pe afecțiuni ale tubului digestiv superior, inferior, pancreas, căi biliare și intestin subțire, voi avea 2 prezentări: una referitoare la rezecția endoscopică mucozală în special pentru cancerul gastric precoce dar nu numai, deci pacientul diagnosticat în stadii precoce cu cancer prin tehnici de vârf endoscopice care beneficiază de o rezec-



ție endoscopică, nu de o intervenție chirurgicală majoră, preservându-se astfel funcția de organ.

Tot în cadrul cursului de endoscopie digestivă voi avea o altă prezentare legată de ampulectomie. Sunt pacienți care la nivelul ampulei Vater au leziuni displazice, leziuni preneoplazice care pot fi rezecate endoscopic. Acești pacienți sunt de regulă diagnosticați cu boli rare cum ar fi polipoza adenomatoasă familială iar rezecția endoscopică este cea mai bună opțiune deoarece prezervă funcția organului; altfel, intervenția chirurgicală este una de mare amploare (duodenopancreatctomia cefalică cu mortalitate operativă și morbiditate crescută).

Va fi o masă rotundă dedicată pancreatitei acute, o boală în unele cazuri extrem de severă și cu mortalitate crescută. Există câteva noutăți iar prezentarea va fi dedicată tratamentului

agresiv sau mai puțin agresiv cu fluide, de reechilibrare electrolitică pentru acești pacienți. Este unul dintre domeniile extrem de importante pentru managementul pancreatitei, în special pentru pancreatita severă.

Pentru patologia rectală va fi o prezentare introductivă într-un cadru general al echipei multidisciplinare, dedicată cancerului de rect. Spre deosebire de cancerul de colon, prognosticul cancerului de rect este mult mai rezervat și atunci pacientul ar trebui să fie discutat de 2 ori de echipa multidisciplinară, la începutul și la sfârșitul tratamentului. O altă prezentare este legată de screeningul cancerului colorectal, o masă rotundă dedicată acestui subiect extrem de actual pe plan mondial și evident și în România. În acest sens, la final de an 2023 putem face un bilanț legat de numărul de pacienți care au venit în screening, ce patologie a fost identificată la pacienții la care hemoragiile oculte fecale au fost pozitive și cum au fost rezolvați aceștia. Este vorba despre particularitățile screeningului de cancer colorectal în România.

O altă temă extrem de importantă este cea legată de hemoragia digestivă inferioară severă. Recent a fost publicat un nou ghid al Societății Americane de Gastroenterologie - American College iar noutatea este terapia personalizată. Pe primul loc ca frecvență pentru HDI sunt diverticuli, apoi leziunile vasculare iar în funcție de pa-

tologie, de diagnosticul stabilit trebuie efectuată o anumită terapie endoscopică.

### Care sunt noutățile în Coloproctologie prin prisma abordării multidisciplinare?

De curând s-a încheiat Conferința Națională de Chirurgie de la Eforie Nord, ce a avut loc în perioada 24 – 27 Mai 2023, iar Coloproctologia a avut 2 sesiuni foarte importante: una dedicată patologiei benigne iar cealaltă dedicată patologiei maligne. În prima sesiune, printre noutăți, printre lucrările de mare interes au fost cele dedicate tulburărilor funcționale, investigarea pacientului cu incontinență anală, cu tulburări funcționale, cu dureri perianale, cu tulburări de evacuare a bolusului fecal de tipul disinerģismului. Dezbaterile au fost extrem de interesante deoarece evaluările pe care le fac gastroenterologul și imagistul respectiv endoscopie rectală, echo-endoscopie rectală, RMN de sfincter anal, de ecografie sunt extrem de importante pentru un management corespunzător al pacientului; aceste metode însă sunt puțin cunoscute și se efectuează în câteva centre medicale din România. Legat de management, patologia sfincterului anal cu intervenția chirurgicală pentru rupturile de sfincter anal care apar frecvent de exemplu în perioada postpartum, reprezintă o patologie importantă iar rezolvarea chirurgicală reprezintă un act de mare finețe cu puțini chirurģi specializați în acest domeniu.

În boala diverticulară complicată dar care nu necesită intervenție chirurgicală, din ce în ce mai mult se discută despre drenajul efectuat de un radiolog intervenționist al eventualelor abcese în funcție de dimensiunea abcesului (3-4 cm) deci drenajul nonchirurgical al abceselor care apar în boala diverticulară. Intervenția chirurgicală în boala diverticulară atunci când este indicată, este o intervenție care ar trebui să fie de cele mai multe ori laparoscopică. Legat de patologia malignă, unul dintre subiectele extrem de discutate a fost cel legat de modalitatea de detecție a polipilor rectocolonici care pot fi rezecați endoscopic chiar dacă există o invazie submucozală

superficială. Pentru chirurgie rămâne numai invazia submucozală profundă. Detecția unui asemenea polip este unul dintre dezideratele pe care îl avem în endoscopia digestivă, în colonoscopie iar pentru aceasta, aparatura de ultimă generație și educația medicilor pentru un diagnostic corespunzător sunt esențiale. Se poate face o rezecție endoscopică mucozală sau disecție endoscopică, cu rată mică de accidente și incidente în timpul procedurii.

### Cum definiți conceptul de watch and wait în cancerul rectal?

Una dintre problemele care a incitat o discuție între chirurģi și gastroenterologi a fost conceptul de watch and wait pentru cancerul rectal. Acest concept a început cu cca 2 decade în urmă și s-a extins cu studii și rezultate interesante dar și cu câteva concluzii. Se adresează numai cancerului de rect inferior și mediu, unei populații tarate cu risc mare chirurgical, vârstnică sau cu comorbidități, la care tumora nu este extinsă, nu este circumferențială, nu este stenoizantă, este limitată, fără metastaze și fără extensie dincolo de perete, o tumoră la care radioterapia și chimioterapia sunt elementele de bază pentru tratament. Monitorizarea pacientului după radiochimioterapie este costisitoare deoarece în afară de urmărirea endoscopică și clinică - tușeu rectal care arată semne clare de evoluție favorabilă sau de recidivă, este urmărirea făcută prin RMN și PET-CT care trebuie să fie extrem de agresivă în primul an, la 3 luni, la 6 luni în funcție de rezultate iar dacă se observă o lipsă de eficiență a terapiei atunci evident trebuie făcută intervenția chirurgicală.

### Care sunt cele mai întâlnite boli ale pancreasului și ce tratamente de ultimă oră există la dispoziția pacienților români?

Cea mai mare problemă o pune cancerul pancreatic, o tumoră extrem de agresivă cu un prognostic în faust, diagnosticat de obicei în stadii avansate de boală în care nu se mai poate discuta de vindecare. Pentru diagnostic precoce se poate discuta de o popu-

lație cu risc crescut, fumători, pacienți obezi, cu diabet non-insulinodependent cu debut la 50 de ani sau imediat după 50 de ani și cu scădere ponderală și pacienți cu pancreatită cronică. Ceea ce este extrem de important în cancerul de pancreas sunt afecțiunile genetice sau familiale. Este o problemă de anamneză minuțioasă cu efectuarea unui pedigree al pacientului, dar și de teste costisitoare genetice suportate în momentul de față doar de pacient. În ceea ce privește terapia, cea chirurgicală rămâne de bază, poate vindeca pacientul dar nu se poate face decât în stadiile precoce ale bolii sau borderline, de obicei precedată de o chimioterapie neoadjuvantă care face ca afecțiunea dintr-un stadiu avansat să poată fi convertită către chirurgie. În stadiul borderline dacă pacientul face chimioterapie adecvată neoadjuvantă, atunci rata de conversie către chirurgie este după unele statistici de 30%.

Tot legat de aceste afecțiuni pancreatice, pancreatita acută pune probleme mari, cu mortalitate crescută. Avem date recente legate de administrarea de fluide, de soluție Ringer ca fiind cea mai importantă terapie la pacientul cu pancreatită acută, administrarea agresivă de fluide, nu de antibiotice, administrarea de antibiotice doar atunci când este cazul și apoi intervenția endoscopică ERCP în urgență sau urgență întârziată. Aceasta înseamnă 24 sau 72 ore în pancreatita acută biliară cu colangită și respectiv pancreatita acută biliară severă.

### Se poate optimiza Managementul pacienților cu boli inflamatorii intestinale BII?

Numărul pacienților cu boli inflamatorii intestinale este în mare creștere în România iar statisticile arată o creștere de 8 ori mai mare în anul 2017 raportat la anii 2001 și 2002. În afară de determinismul genetic care poate fi dezvoltat, patogenia este multifactorială, sanitație, o dietă necorespunzătoare de tip fast food, super procesate, cu emulsificatori care schimbă microbiomul intestinal.

Legat de tratament, câmpul terapeutic s-a schimbat foarte mult, nu sunt rețete ci principii și anume se

administrează tratament personalizat. Renunțarea la un tratament biologic față de altul trebuie făcută cu grijă și cât mai târziu posibil. În acest câmp terapeutic se include și intervenția chirurgicală cu un rol foarte bine definit și care poate fi tratamentul indicat din start. Tratamentul, urmărirea și monitorizarea corespunzătoare a pacientului sunt esențiale deoarece bolile sunt incurabile, relația cu medicul este foarte importantă iar pacientul devine amicul tău pe viață. Problema cancerului se pune în bolile inflamatorii intestinale la pacienții cu risc crescut, care au o afectare extinsă a colonului, pancolita sau cel puțin colita stângă extinsă cu evoluție de peste 8-10 ani și care trebuie supuși unui screening colonoscopic periodic.

**Care sunt particularitățile Programului Național de screening privind cancerul colorectal CRC?**

Programul de screening pilot în cancerul colorectal în România a început în anul 2019 și continuă până în anul 2023. Practic, programele pilot sunt în județele din sudul țării, în București, Craiova, București-Ilfov și Constanța cu județele arondate

din zona respectivă. Paralel cu aceste programe pilot care înseamnă practic testarea pacienților prin testul de hemoragii oculte fecale FIT, iar cei FIT pozitiv sunt trimiși către colonoscopie; colonoscopic dacă sunt descoperiți polipi colonici aceștia se rezecă endoscopic în aceeași ședință. Ținta este de 50.000 de persoane cu vârsta între 50 și 75 ani (populație cu risc standard) care au efectuat screening, în populația defavorizată pe regiune (în total 200.000 de persoane). Ne apropiem de această țintă către finalul anului, estimăm aproximativ 2000 de pacienți per regiune trimiși pentru colonoscopie. Paralel cu acest proiect este proiectul Roccas I care are ca obiectiv de bază educația medicilor și pacienților cu tot ceea ce înseamnă ea. După anul 2023 sperăm în continuarea programelor Roccas, în partea de sud a țării, și extensia în Moldova, în Transilvania în partea de nord vest și vest a țării.

**Ce nu puteți spune despre Terapia inovatoare cu celule stem pentru tratamentul fistulelor anale în boala Crohn?**

Rezolvarea fistulelor perianale în boala Crohn este delicată și implică o

ochipă multidisciplinară. Terapia cu celule stem este cea mai nouă terapie pentru această patologie. Discuția este însă legată de pacienții care beneficiază de terapia cu celule stem. Este un segment restrâns deoarece pe de o parte nu se califică întrucât evoluează bine cu tratamentele biologice, cu antibiotice, cu tratamente chirurgicale de tipul drenajului iar pe de altă parte este costisitoare și nu este lipsită de efecte secundare. Practic, injectarea celulelor stem se obține în 2 centre din Europa iar dacă pacientul se califică atunci se amorsează procesul de implementare a terapiei prin comandă de celule stem care ajung în România. Injectarea o face chirurgul specializat în coloproctologie după o evaluare minuțioasă tip RMN a pelvisului, cu clasificarea și sitematizarea fistulelor. Trebuie să fie fistule complexe, să aibă un număr limitat de orificii interne și externe, să nu fie fistule oarbe: rectul nu trebuie să aibă leziuni severe, pacientul nu trebuie să aibă stenoze la nivelul rectului sau stenoze mai sus și nu trebuie să fi fost operat, cu excepția intervențiilor pentru abcese, de asemenea trebuie să fi eșuat la o terapie biologică sau/și terapie convențională, adică antibiotice sau anti TNF-uri.

**Bucharest PancreaticFest 2023**  
 Scientific coordinator Cristian Gheorghe  
 10<sup>th</sup> Pancreatic Diseases Course **September 8-9**  
 11<sup>th</sup> EUS Workshop in Pancreatic Diseases  
 This year with inaugural session **"Pancreatic Diseases and IBD"**  
 save the date  
 APPR  
 srgh  
 www.pancreas.ro  
 www.workshop-pancreas.ro  
 www.workshop-pancreas-pas.rs.ro



Inner balance for a quality life

# Sinergin<sup>®</sup>

inulină îmbogățită cu oligofructoză

Formulă unică  
(lanț molecular obținut prin hidroză parțială)

*1-2 plicuri/zi, minim 30 de zile*



## Indicații

- Hepatite cronice cu virus B și C, coinfecție VHB-Delta, VHB/VHC-HIV
- Consum excesiv de alcool
- Sindrom metabolic: insulinorezistență, obezitate, dislipidemie, HTA, diabet zaharat
- Bilanț hepatic perturbat
- Tranzaminaze normale, dar factori de risc metabolic prezenți
- Steatoză sau ficat gras depistate ecografic

FibroMax cuprinde 5 teste: FibroTest, ActiTest, SteatoTest, NashTest și AshTest

## Rolul evaluării fibrozei hepatice în hepatita cronică cu VHC

- ▶ FibroMax este un instrument de valoare a fibrozei hepatice la începutul tratamentului fără interferon, ce ghidează medicul în alegerea schemei și a duratei de tratament, dar și în privința monitorizării ulterioare a pacientului.  
(Aliment Pharmacol Ther. 2016)
- ▶ FibroMax este un test pentru identificarea cirozei sau a unui stadiu de fibroză avansat în cazul pacienților recent diagnosticați, fără evaluări anterioare și fără semne clinice (pacienți la risc).  
(BMJ Open 2015)
- ▶ FibroMax este un instrument de evaluare a regresiei fibrozei sau a riscului de a progresa. Chiar și după vindecarea virusologică a VHC, pacientul poate rămâne cu un risc de evoluție a fibrozei în prezența comorbidităților.  
(Aliment Pharmacol Ther. 2018)
- ▶ FibroMax este util în screeningul populației generale. La persoanele de 40 de ani, fără factori de risc identificați, prevalența observată a fibrozei hepatice avansate este de aproximativ 3%.  
(Lancet Gastroenterol. Hepatol 2017)
- ▶ Pacienții de sex masculin, cu ALD (boală hepatică alcoolică) sau NAFLD (ficat gras de cauză non-alcoolică), vârsta peste 30 ani, cu sau fără alte comorbidități, prezintă un risc crescut de progresie a fibrozei hepatice.  
(J. Hepatol 2012)

## FibroMax la inițierea tratamentului fără interferon permite:

Trierea pacienților cu VHC în vederea alegerii schemei terapeutice adecvate și a duratei tratamentului (stadiu F3F4 vs F0F1F2).

Identificarea pacienților cu fibroză avansată care necesită monitorizare post RVS.

Identificarea pacienților cu steatoză metabolică care vor necesita monitorizare ulterioară cu FibroMax.

## FibroMax pentru monitorizarea pacienților cu fibroză avansată:

Scopul principal al terapiei fără interferon este vindecarea infecției, respectiv obținerea unui răspuns virusologic susținut (RVS).

Un RVS este în general asociat cu normalizarea rapidă a enzimelor hepatice, îmbunătățirea sau dispariția activității necrotico-inflamatorii hepatice (evaluată cu ActiTest) și regresia fibrozei (evaluată cu FibroTest).

- ▶ Pacienții cu fibroză severă (scorul METAVIR F3) sau ciroză (F4) rămân cu risc de complicații majore, în principal cancerul primitiv hepatic, chiar și după RVS.  
(Aliment Pharmacol Ther. 2018)
- ▶ În comparație cu pacienții netratați sau non-responderi, riscul de cancer primitiv hepatic și mortalitatea hepatică sunt reduse în mod semnificativ după obținerea RVS, dar nu complet eliminate pentru pacienții cu RVS la stadiul de ciroză. (FibroTest stadiu F4 METAVIR).
- ▶ Cofactorii de morbiditate hepatică cum ar fi sindromul metabolic, consumul excesiv de alcool și/sau infecția concomitentă cu virusul hepatitei B (HBV), adaugă un risc de persistență a fibrozei severe care poate fi reevaluată prin FibroMax.

# Sindromul Lynch în gastroenterologie

**Abstract:** Evoluția înțelegerii susceptibilității genetice a neoplaziilor gastrointestinale, prin identificarea unor gene și corelarea genotip-fenotip conduce la o personalizare a mijloacelor de diagnostic, screening și tratament. Detectarea precoce a sindromului Lynch este vitală, deoarece strategiile de reducere a cancerului prin chimioprofilaxie, intervenții chirurgicale profilactice, screening și tratament individualizat au modificat substanțial prognosticul acestor pacienți, prin scăderea semnificativă a morbi-mortalității și implicit prin creșterea speranței de viață. La nivel internațional, recent, s-au introdus noi criterii de testare, inclusiv screening-ul universal IHC pentru Sindromul Lynch în cancerele asociate. Un management optim implică strategii de tratament și de prevenție personalizate atât pentru pacient, cât și pentru familia acestuia, în funcție de mutația incriminată precum și de istoricul patologic familial și personal. Aceste strategii vizează tipul și momentul optim de intervenție chirurgicală, monitorizarea pe termen lung și examenele de screening pentru diferitele tipuri tumorale, ținta fiind o identificare precoce a celor care poartă variantele patogene definitorii sindromului Lynch, înainte de a dezvolta o patologie potențial fatală.

În ultimii 10 ani, endoscopia digestivă s-a dezvoltat fără precedent. Tehnici de înaltă performanță un permis caracterizarea cu precizia aproape histologică a leziunilor colorectale. Mai mult ca oricând pacienții cu predispoziție ereditară de a dezvolta cancer digestiv ar trebui să beneficieze în urma acestui avans tehnologic.

Cunoscut și sub denumirea de cancer colorectal ereditar non-polipozic, Sindromul Lynch este o afecțiune ereditară autozomal dominantă ce crește riscul indivizilor care îl poartă spre o constelație de leziuni maligne. Cancerul de colon apare la o vârstă mult mai tânără, cu precădere la nivelul colonului ascendent. Riscul cumulativ de a dezvolta un cancer colorectal variază de la 22 până la 74 %, în funcție de varianta patogenă incriminată în fiecare caz, iar riscul de a dezvolta o nouă tumoră în primii 10 ani după colectomie, raportat la extensia rezecției, variază între 4% după o colectomie radicală și 20% după o hemicolectomie.

Al doilea cel mai frecvent tip de cancer la femeile cu sindrom Lynch este cancerul endometrial, acestea având un risc între 5 și 55% în funcție de mutația patogenă incriminată.

## Caracteristici definitorii

Sindromul poartă numele medicului american Henry T. Lynch, care a cercetat sindromul cancerului de colon moștenit, intuit de predecesorul său, Whartin, în 1966. Abia în anii 90 s-au identificat mutațiile genetice care cauzează sindromul. Sindromul Lynch este cauzat de o mutație a uneia dintre următoarele gene: MLH1, MSH2, MSH6 sau PMS2. Persoanele care sunt predispușe genetic să dezvolte Sindromul Lynch au un



*Dăm vieții timp!*

risc mai mare de a dezvolta cancer de colon sau endometru. Nu toate persoanele cu sindrom Lynch au aceleași riscuri. Mutațiile cu cel mai important risc de malignitate sunt MLH1 și MSH6, însă purtătorii mutației PMS2 au un risc mai mic de cancer decât alți pacienți, iar femeile au un risc suplimentar pentru a dezvolta cancer mamar.

Sindromul Lynch urmează un model de transmitere autozomal dominant, așadar, atât bărbații, cât și femeile pot purta genele, iar toți copiii de la părinți purtători ai unei mutații au o șansă de 50% de a o moșteni.

Din punct de vedere molecular, Sindromul Lynch este definit prin transmiterea în descendența a unei variante patogene dintre proteinele de reparare al ADN-ului (sistemul MMR), respectiv MLH1, MSH2, PMS2, MSH6. Genele implicate sunt cele ale sistemului Mismatch Repair (MMR): MLH1, MSH2, MSH6, PMS2 sau o deleție a capătului 3' al genei EPCAM care duce la inactivarea MSH2. Acest sindrom este asociat cu un risc semnificativ crescut de cancer colorectal împreună cu carcinoamele de endometru, de tract urinar superior (în principal pelvisul renal și ureterul), ovar și intestin subțire, stomac, tumori sebacee (adenoame și neoplasme sebacee, keratoacantoame),

tumori cerebrale (glioame), tumori de pancreas și de căi biliare. Tumorile care se dezvoltă în cadrul sdr Lynch prezintă și o instabilitate a microsateleților (MSI) și pierderea expresiei uneia sau a două proteine MMR. Căutarea acestei deficiențe permite identificarea pacienților susceptibili de a fi purtători ai unei mutații ai unei gene MMR și ar trebui, prin urmare, ca toți pacienții suspecti să fie trimiși la un consult de oncogenetică.

## Epidemiologie

În categoria de risc înalt pentru leziuni maligne identificate endoscopic la nivelul colonului se află predispozițiile ereditare. Cea mai frecventă circumstanță genetică este Sindromul Lynch, dar polipoza adenomatoasă familială (FAP), polipoza asociată cu MUTYH (MAP) și alte sindroame de polipoză mai puțin frecvente cresc, de asemenea, riscul de a dezvolta cancer de colon. Studiile estimează că 15-30 % din cancerele colorectale se regăsesc într-un context familial, iar 5 % dintre ele au o predispoziție genetică definită.

Aproximativ 3% din toate cazurile de cancer de colon sunt cauzate de Sindromul Lynch, ceea ce îl face cel mai frecvent tip de cancer de colon ereditar.

Se estimează că 1 din 273 de indivizi poartă una din mutațiile caracteristice acestui sindrom.

## Diagnosticul sindromului Lynch

Criteriile Amsterdam și Bethesda, deși sunt lipsite de specificitate și sensibilitate absolută, reușesc să identifice un contingent important de pacienți care poartă acest sindrom.

De cele mai multe ori, Sindromul Lynch este identificat prin intermediul unui can-



# Cynarix

Extract uscat din frunză de anghinare

**...la fix!**



Efecte coleretice

Previne congestia canalelor biliare eferente

Favorizează secreția enzimelor pancreatice

Crește producția și secreția biliară



Cynarix este un medicament tradițional pe bază de plante indicat în ameliorarea simptomelor tulburărilor digestive de tip dispeptic cu senzație de plenitudine, balonare și flatulență.

Acest produs se eliberează fără prescripție medicală. Pentru mai multe informații <http://www.montavit.ro/ro/produse/Digestie/cynarix>

# Tasectan®

Gelatină tanat

Pentru tratamentul diareei acute

Oprește diareea

Protejează, Neutralizează, Elimină

Film mucoprotector

Restabilește funcția fiziologică a barierei intestinale



# Tasectan® DUO

+ Gelatină tanat  
+ Bacterii lactice tindalizate

+ Pentru tratamentul diareei acute  
+ Prevenirea disbiozelor, de exemplu în cadrul diareei cauzate de tratamentul cu antibiotice sau chimioterapie....

+ Oprește diareea  
+ Întărește sistemul de apărare al intestinului

+ Protejează, Neutralizează, Elimină  
+ Întărește

+ Film mucoprotector  
+ Bacterii lactice tindalizate

+ Restabilește funcția fiziologică a barierei intestinale  
+ Îmbunătățește capacitatea de regenerare a intestinului



Tasectan® DUO este utilizat pentru restabilirea funcției fiziologice a pereților intestinali, precum și pentru prevenirea și atenuarea disbacteriozelor de natură și origine diferite. Este indicat pentru prevenirea și tratamentul afecțiunilor digestive, cum ar fi diareea și alte simptome asociate precum balonarea și tensiunea abdominală ca rezultat, printre altele, al gastroenteritei infecțioase, al tratamentului cu antibiotice și al chimioterapiei, efectul apărând în primele 12 ore.

Tasectan și Tasectan duo sunt Dispozitive medicale marca CE. Pentru mai multe informații <https://montavit.ro/ro/produse/tasectan-duo>

Montavit Ges.m.b.H – Reprezentanța pentru România : Str.Poet Andrei Mureșanu, nr.5, Sector 1, tel/fax: +4021 230 33 51, e-mail: office@montavit.ro

cer colorectal ce prezintă instabilitate micro satelitară. Suspiciunea inițială este ridicată de prezența unei malignități la nivel colonic, în cazul unui pacient tânăr cu antecedente familiale, care îndeplinește criteriile Amsterdam sau Bethesda de diagnostic. În acest caz, pacientului i se recomandă consult genetic. Dacă o mutație a sistemului MMR este identificată prin testare NGS, se recomandă depistarea acestei mutații și în rândul rudelor sale de gradul întâi.

**Urmărirea pacienților:**

Este demonstrat că screening-ul endoscopic efectuat la intervale regulate este de o maximă importanță, deoarece permit reducerea riscului de cancer colorectal. În acest sindrom, adenoamele sunt de cele mai multe ori plane, predomină la nivelul colonului drept, iar tranziția adenom - carcinom este accelerată.

Persoanele diagnosticate cu sindrom Lynch au un risc crescut de tumori metacrone colorectale de 16% la 10 ani, 40% la 20 de ani și respectiv 60% la 30 de ani.

Riscul tumorilor metacrone colorectale la un pacient cu sindrom Lynch este crescut de:

- Vârsta înaintată
- Sexul masculin
- Mutația MLH1, MSH2
- Istoricul anterior de cancer colorectal sau de adenoame colorectale

Conform recomandărilor Societății Europene de Endoscopie Gastrointestinală se recomandă efectuarea colonoscopiei la vârsta de 25 de ani (sau cu 5 ani mai devreme decât vârsta celui mai tânăr membru al familiei atunci când a fost diagnosticat cu cancer colorectal) pentru mutațiile MLH1 și MSH2 la doi ani, în timp ce pentru purtătorii de mutație MSH6 și PMS2 se recomandă colonoscopia la vârsta de 35 de ani (sau cu 5 ani mai devreme

decât vârsta celui mai tânăr membru al familiei care a fost diagnosticat cu cancer colorectal) la doi ani.

În cursul urmăririi endoscopice a pacienților cu sindrom Lynch se recomandă criteriile de calitate ale colonoscopiei, precum și utilizarea în mod sistematic a endoscopiei cu indigo carmin. Riscul de apariție a cancerului de intestin subțire este între 4-8% la persoanele diagnosticate cu sindrom Lynch: 43 % la nivelul duodenului, 33% la nivelul jejunului și 7% la nivelul ileonului.

Se poate folosi videocapsula endoscopică - la persoanele cu istoric familial de cancer de intestin subțire.

**Recomandările practice ale ghidului ASCO din 2019 vizează:**

- Creșterea gradului de diagnostic al acestui sindrom prin testare universală IHC a tuturor cancerelor colorectale și endometriale pentru MMR sau testarea instabilității microsatelitare (MSI) prin tehnica IHC
- Potențialul revoluționar al tehnicilor NGS de testare pentru identificarea formelor patogene care astăzi au potențial prognostic incert și sunt recunoscute drept „VUS“ (Variant of Uncertain significance“)
- Tratatamentul cancerelor cu instabilitate microsatelitară, în stadii avansate, prin imunoterapie care duce la rate de control a bolii în 70% din cazuri, cu efecte durabile. Acest efect este explicat prin încălcarea mutațională ridicată a cancerelor colorectale cu instabilitate microsatelitară (MSI), având densitate crescută de limfocite intratumorale. Aceste caracteristici imunogene determină o sensibilitate sporită la tratamentul cu inhibitori de PDL-1.
- Profilaxia cu aspirina timp de 2 sau mai mulți ani pentru reducerea riscului de cancer colorectal, dar și scăderea cu până la 50% a șansei de apariție a altor cancere asociate

**Concluzii:**

În prezent, în România, Sindromul Lynch este subdiagnosticat. Identificarea și gestionarea optimă a pacienților cu sindrom Lynch și implică a familiilor acestora are o dinamică accelerată la nivel mondial. Programe standardizate de identificare moleculară, aderarea pacienților la un plan personalizat de screening, precum și introducerea imunoterapiei drept opțiune terapeutică de primă linie în cancerle colorectale care prezintă instabilitate microsatelitară au îmbunătățit semnificativ calitatea vieții precum și speranța de viață a acestor indivizi.

Societatea Română de Sindrom Lynch are ca principal obiectiv atenuarea discrepanțelor geografice în ceea ce privește șansa la viață a acestor pacienți și, printr-un efort conjugat, își susține realizarea obiectivelor atât printr-un ghid introductiv adresat medicilor, disponibil gratuit prin solicitarea acestuia pe adresa contact@srsr.ro precum și printr-o serie de cursuri intitulate „Sindromul Lynch, de la teorie la practică“, adresate diferitelor specialități implicate în diagnosticul, screening-ul sau tratamentul acestor pacienți. Primul curs din această serie vizează segmentul de diagnostic și se adresează medicilor anatomico-patologi și geneticieni, pe care îi încurajează să își prezinte propriul caz!

**Referințe bibliografice:**

1. Sorina Laura Diacon, Corina Pop- Sindromul Lynch in gastroenterologie - „Ghid introductiv in Sindromul Lynch“; Editura Universitară Carol Davila, București, 2023
2. S. Sănduleanu, R. Soetikno- Hereditary and Familial CRC Manual- A Mastery Learning and Expert Performance Approach
3. V. T. DeVita, T. S. Lawrence, S. A. Rosenberg- Cancer Principles and Practice of Oncology 11 th edition 2019
4. L. H. Biller, S. Syngal, M.B. Yurgelun- Recent advances in Lynch syndrome Fam Cancer 2020
5. Biller, L.H., Syngal, S. & Yurgelun, M.B. Recent advances in Lynch syndrome. Familial Cancer 18, 211–219 (2019). <https://doi.org/10.1007/s10689-018-00117-1>
6. Le DT, Uram JN, Wang H, et al. PD-1 blockade in tumors with mismatchrepair deficiency. N Engl J Med 2015;372:2509–2520.
7. Overman MJ, Lonardi S, Wong KY, et al. Durable clinical benefit with nivolumab plus ipilimumab in DNA mismatch repair-deficient/ microsatellite instability-high metastatic colorectal cancer. J Clin Oncol 2018;36:773–779
8. Andr e T, Shiu KK, Kim TW, et al. Pembrolizumab in microsatelliteinstability- high advanced colorectal cancer. N Engl J Med 2020;383: 2207–2218.
9. Stjepanovic N, Moreira L, Carneiro F, Balaguer F, Cervantes A, Balmaña J, Martinelli E; ESMO Guidelines Committee. Electronic address: clinicalguidelines@esmo.org. Hereditary gastrointestinal cancers: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol. 2019 Oct 1;30(10):1558-1571. doi: 10.1093/annonc/mdz233. PMID: 31378807.

Criteriile Amsterdam II (3-2-1)	Criteriile Bethesda revizuite
3 sau mai multe rude cu un cancer asociat ( <b>cancer colorectal, sau cancer al endometru,ovar, intestin subțire, keratoacantom, ureter sau pelvis renal</b> ); 2 sau mai multe generații succesive afectate; 1 sau mai multe rude diagnosticate înainte de vârsta de 50 de ani; 1 ar trebui să fie o rudă de gradul I a celorlalte două; Polipoză adenomatoasă familială (FAP) trebuie exclus în cazurile de carcinom colorectal; Tumorile trebuie verificate prin examen patologic.	Carcinom colorectal (CCR) diagnosticat la un pacient cu vârsta sub 50 de ani; Prezență sincronă sau metacronă a CCR sau alte tumori asociate sindromului Lynch, indiferent de vârstă; CCR cu instabilitate microsatelitară histologic diagnosticat la un pacient mai mic de 60 de ani; CCR diagnosticat la una sau mai multe rude de gradul I cu o tumoră asociată sindromului Lynch, unul dintre cancerele fiind diagnosticat la vârsta mai mică de 50 de ani; CCR diagnosticat la două sau mai multe rude de gradul I sau de gradul II cu tumori asociate sindromului Lynch, indiferent de vârstă.

# Estabiom®

## Consolidarea biologică a microbiomului



### SIMBIOTIC + Vitamina D<sub>3</sub>!

 Probioticele conferă beneficii pentru sănătate când sunt administrate în cantitate adecvată<sup>1</sup>

- ✓ BIFIDOBACTERIUM BREVE BR03 are efect pozitiv în ceea ce privește consistența scaunului și reduce durerile abdominale.
- ✓ BIFIDOBACTERIUM BREVE BR03 este eficient împotriva meteorismului și distensiei abdominale.
- ✓ LGG reduce durata și severitatea episodului diareic.
- ✓ LGG reduce frecvența scaunelor moi.

 Prebioticele stimulează creșterea și activitatea probioticelor<sup>2</sup>, reglează funcția metabolică și modulează sistemul imunitar<sup>3</sup>

 Vitamina D contribuie la buna funcționare a sistemului imunitar

<sup>1</sup> Hill C, Guarner F, Reid G, Gibson GR, Merenstein DJ, Pot B, et al. Expert consensus document. The International Scientific Association for Probiotics and Prebiotics consensus statement on the scope and appropriate use of the term probiotic. Nature Reviews Gastroenterology & Hepatology. 2014;11:506-514; <sup>2</sup> Gibson GR, Roberfroid MD. Dietary modulation of the human colonic microbiota—Introducing the concept of prebiotics. The Journal of Nutrition. 1995;125:1401-1412; <sup>3</sup> Yoo JY, Kim SS. Probiotics and prebiotics: Present status and future perspectives on metabolic disorders. Nutrients. 2016;8(3):173.

Estabiom® Baby și Estabiom® Junior sunt suplimente alimentare.  
Acest material promoțional este destinat exclusiv specialiștilor din domeniul sănătății.

# Diareea acută la copil

Diareea acută este definită ca o scădere a consistenței și creștere a frecvenței eliminării scaunelor (în general, mai mult de trei pe zi), însoțite sau nu, de febră. Din punct de vedere cantitativ, este vorba de o eliminare de materii fecale mai mare de 10g/kg/zi la sugar sau 200g/kg/zi la copilul de peste 3 ani. Totuși, se consideră că scăderea consistenței materiilor fecale este un indicator mai fidel decât numărul de scaune, mai ales în prima lună de viață.



Conf. Univ. Dr. Baciu Ginel

Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Ioan” Galați

Asist. Univ. Dr. Baciu Alexandru Paul

Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Ioan” Galați

Asist. Univ. Dr. Gavrilă Carmen

Universitatea „Dunărea de Jos” Galați, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Sf. Ioan” Galați

**T**ermenul de acut se referă la o durată a simptomatologiei mai mică de două săptămâni<sup>1</sup>. În absența vărsăturilor (numai diaree) este mai corectă folosirea terminologiei de diaree acută decât cea de gastroenterită, termenul gastroenterită însemnând boală inflamatorie sau infecțioasă, existând și alte cauze, non-infecțioase, de diaree. Termenul gastroenterită acută este mai corect folosit când pacientul prezintă vărsături și diaree<sup>2</sup>.

## Etiologie

Diaree acută de cauză neinfecțioasă<sup>3</sup> poate apărea din următoarele cauze:

- indusă medicamentos (asociată antibioticelor, laxativelor, antiacidelor care conțin magneziu - atenție la anorexia nervoasă)
- alergii alimentare sau intoleranțe, greșeli alimentare (alergia la proteina din laptele de vacă, alergia la proteinele din soia, metilxantinele ca teobromina, teofilina, cafeina)

- deficite în procesul de absorbție (deficit congenital de sucrază-izomaltază, deficitul de lactază „de tip adult“)
- chimioterapie sau radioterapie
- chirurgical (apendicita acută, invaginație intestinală)
- deficit de vitamine (niacina sau folat)
- toxicitate vitaminică (vitamina C, niacina, vitamina B3),
- ingestie de metale grele (cupru, zinc).

## Diareea acută de cauză infecțioasă<sup>3</sup> poate fi determinată de

- **virusuri:** Rotavirus (25-40% dintre cazuri), Calicivirus (1-20%), Norovirus (10%), Adenovirus (2-4%), SARS-CoV-2 (2-50%)<sup>4</sup>
- **bacterii:** Campylobacter jejuni (6-8%), Salmonella (3-7%), Escherichia coli (3-5%), Shigella (0-3%), Yersinia enterocolitica (1-2%), Clostridium difficile (0-2%)
- **paraziți:** Cryptosporidium (1-3%), Giardia lamblia (1-3%).

Fiziopatologie<sup>1</sup>. Diareea apare ca urmare a dezechilibrului între procesele de absorbție și cele de secreție a apei și electrolitelor. Astfel, după mecanismul fiziopatologic se descriu:

- diareea osmotică
- diareea secretorie
- diareea prin alterarea motilității
- diareea inflamatorie.

Patogenia diareei generate de infecția SARS-CoV-2 încă este obiectul unor studii ample. Tipic, fiziopatologia se referă la două mecanisme separate. Primul se referă la efectul citopatic al coronavirusului asupra enterocitelor, rezultatul fiind reducerea suprafeței de absorbție și apariția diareei osmotice. Cel de al doilea mecanism se referă la afectarea funcțională prin secreția de enterotoxine ce conduce la secreția ac-

tivă a ionilor în lumenul intestinal (diaree secretorie), rezultatul fiind secreția de clor printr-un mecanism calciu-dependent. Pe lângă studiile efectuate pe implicarea patogenica a SARS-CoV-2 în mecanismul diareei, s-au studiat și efectele diosmectitei asupra secreției de anioni și asupra producției de radicali liberi de oxigen<sup>5</sup>.

Dozele de diosmectită utilizate în acest studiu au fost de 100mg/mL, similare cu cele utilizate pentru tratamentul diareei induse de Rotavirus<sup>6</sup>. Similar cu efectul diosmectitei în studiile cu Rotavirus ca agent etiologic, în acest studiu realizat pe același tip de model experimental, s-a observat reducerea secreției de clor și a stresului oxidativ. Diosmectita este utilizată pe scară largă ca agent anti-diareic în medii clinice, dar nu a fost efectuată anterior o evaluare directă a activității sale împotriva SARS-CoV-2. Captarea SARS-CoV-2 și efectele antiinflamatorii ale diosmectitei, demonstrate de acest model, oferă o justificare teoretică pentru eficacitatea diosmectitei în managementul pacienților cu diaree asociată COVID-196.

Aceste efecte sunt legate de proprietățile diosmectitei de a adsorbi virusul și enterotoxinele sale, prevenind astfel interacțiunile cu receptorii ACE2 de pe suprafața enterocitelor<sup>7</sup>.

Yonker și colab<sup>8</sup>. au demonstrat recent că pacienții pediatrici cu sindrom inflamator multisistemic (PIMS) prezintă valori persistente ale SARS-CoV-2 în scaun. Acest lucru sugerează că prezența prelungită a SARS-CoV-2 în intestin ar putea afecta permeabilitatea intestinală, și în principal zonulina, permițând astfel pătrunderea antigenelor SARS-CoV-2 în fluxul sanguin și dezvoltarea inflamației sistemice. Se emite astfel ipoteza asupra efectelor diosmectitei de legare a SARS-CoV-2, care ar putea reduce încărcătura

smecta® conține diosmectită,  
argilă terapeutică 100% naturală<sup>1</sup>

Purificată și perfecționată  
pentru a **OPRI** și **TRATA** simptomele diareei<sup>2</sup>

Formula originală,  
fabricată în Franța de peste 45 de ani<sup>3</sup>



Pentru întreaga familie,  
copii și adulți

Direct din NATURĂ\*. Perfecționată de ȘTIINȚĂ.  
\*Diosmectită - argilă 100% naturală, cu proprietăți remarcabile.

> **smecta®** conține diosmectită – argilă 100% naturală cu proprietăți remarcabile<sup>4-6</sup>:

Argila este un mineral format din silicați de aluminiu și magneziu, organizați în foi, compuși din particule foarte fine (1-3 μm)<sup>1</sup>.

Argilele au o structură bine definită pe 3 niveluri, fiecare particulă având o structură de tip foaie, care se dispersează ușor într-un film continuu:



**Proprietățile fizico-chimice remarcabile ale argilelor stau la baza modului lor de acțiune<sup>4-6</sup>:**

> **Plasticitate** - abilitatea argilelor de a se deforma, datorită dimensiunilor mici ale particulelor și structurii lor lamelare, ceea ce conduce la acoperirea și protecția mucoasei intestinale.

> **Adsorbție și putere de tamponare** – fixează diferite molecule, având acțiune pe suprafață mare și fiind active chimic. Această proprietate conduce la legarea de agenți patogeni, toxine, gaze.

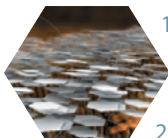


> **Absorbție și înglobare** - proprietatea argilei de a face schimburi cu moleculele de apă, datorită caracterului hidrofil. Astfel, argilele au capacitatea de a modifica comportamentul curgerii lichidelor: absorb molecule de apă (înglobare) sau eliberează molecule de apă (construcție).

> **Putere de acoperire** - capacitatea de a forma un strat izolant, deoarece particulele de argilă rămân în suspensie și păstrează posibilitatea agregării (interacțiunea între foi), ceea ce conduce la protecția mucoasei gastrice sau intestinale.

> **smecta®** – mecanism complex de acțiune, atât asupra cauzei, cât și asupra simptomelor diareei<sup>7-11</sup>:

Astfel, **smecta®** nu doar oprește diareea, dar și tratează simptomele acesteia, având acțiune completă:



1. Capacitate adsorbantă – activitatea adsorbantă intensă și o mare abilitate de a lega virusuri, bacterii și toxine, ajută la eliminarea acestora din organism.

2. Capacitate mare de acoperire a mucoasei intestinale - formează o barieră de protecție față de factori iritanți, ceea ce ajută la repararea mucoasei intestinale și la refacerea permeabilității acesteia.

3. Absoarbe excesul de apă prin intermediul particulelor de argilă și al straturilor dintre foi.

> **smecta®** este produsul original, fabricat în Franța printr-un proces riguros de purificare și control<sup>12</sup>

**smecta®** este produsul original pe bază de diosmectită, fabricat în Franța, în două unități de producție. Una dintre ele este situată în L'Isle-sur-la-Sorgue, în sudul Franței, iar cealaltă în Dreux, în regiunea Normandia.

Diosmectita trebuie izolată de celelalte minerale, de aceea IPSEN a dezvoltat un proces special riguros de fabricație pentru a prezerva calitățile naturale ale argilei și potențialul ei terapeutic.



Astfel, peste 90 de teste<sup>9</sup> și analize diferite sunt realizate începând din etapa de extracție, până în etapa finală de ambalare, asigurând calitățile terapeutice ale **smecta®** și siguranța în administrare.



> **smecta®** – alături de pacienți de peste 45 de ani

Doar brandurile puternice rezistă în timp.

**Din 1975:**

• Cel puțin **15 miliarde de plicuri** administrate de pacienți<sup>13</sup>

• **Eficacitatea și siguranța smecta®** au fost confirmate de numeroase studii clinice și meta-analize de-a lungul celor 45 de ani de utilizare<sup>14</sup>



> **smecta®** - proces de fabricație orientat spre reducerea amprentei de carbon

De-a lungul procesului de fabricație, am implementat măsuri pentru a minimiza impactul asupra naturii și a conserva mediul înconjurător.

Angajamentul IPSEN de a reduce amprenta de carbon asupra mediului constă și în reducerea consumului de apă, a consumului de energie, precum și în reciclarea deșeurilor.

Ambele unități de producție sunt certificate ISO 14001 (mediu) și OHSAS 18001 (siguranță și sănătate). La sfârșitul anului 2020, unitatea de producție de la Dreux a fost certificată ISO 50001 (reducerea consumului de energie).



## REFERINȚE:

1. Rautureau et al. Les argiles. Éditions Septima, 2004; 2. Surse interne; 3. Kow C, Hasan S. Letter to Editor. Elsevier. 2021;82(2); 4. Carretero MI, Pozo M. Applied Clay Science 200;46:73-80; 5. Ghadiri et al. RSC Adv. 2015;5:29467-81; 6. Rautureau et al. Argiles et santé. Propriétés et thérapies. Éditions Lavoisier, 2010; 7. RCP Smecta® 2019; 8. Droy et al. Gastroenterol Clin Biol 1985;12:119-21; 9. Mahraoui et al. Gut 1997;40:339-43; 10. Dupont et al. Gastroenterology and Nutrition 1992;14:413-9; 11. Brouillard MY, Rateau JG. Gastroenterol Clin Biol 1989;13(1):18-24; 12. Internal factory source; 13. Cumulatively, postmarketing exposure to diosmectite. PSUR on the 11 January 2019; 14. Pérez-Gaxiola G, et al. Cochrane Database Syst Rev 2018;4:CD011526.

## REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI – FORMA ABBREVIATĂ

### DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI Smecta 3 g/plic pulbere pentru suspensie orală COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ

Fiecare plic conține diosmectită 3 g. Excipient cu efect cunoscut: glucoză monohidrat 0,679 g. **FORMA FARMACEUTICĂ** Pulbere pentru suspensie orală. Pulbere alburie până la ușor bej, cu un ușor miros de portocală când se prepară suspensia. **Indicații terapeutice** Tratamentul simptomatic al diareei acute la copii, sugari (în asociere cu rehidratarea orală) și adulți. Tratamentul simptomatic al diareei cronice. Tratamentul simptomatic al durerii asociate afecțiunilor eso-gastro-duodenale și colice. **Doze și mod de administrare** Tratamentul diareei acute. Sugari cu vârsta sub 1 an și copii cu vârsta peste 1 an. Sugari cu vârsta sub 1 an: doza recomandată este de 2 plicuri pe zi, administrată timp de 3 zile, apoi 1 plic pe zi. Copii cu vârsta peste 1 an: doza recomandată este de 4 plicuri pe zi, administrată timp de 3 zile, apoi 2 plicuri pe zi. Adulți Doza zilnică recomandată este de 6 plicuri pe zi. Tratamentul altor indicații: Sugari cu vârsta sub 1 an și copii cu vârsta peste 1 an Sugari cu vârsta sub 1 an: 1 plic pe zi. Copii cu vârsta cuprinsă între 1 an și 2 ani: 1 până la 2 plicuri pe zi. Copii cu vârsta peste 2 ani: 2 până la 3 plicuri pe zi. Adulți: Doza zilnică recomandată este de 3 plicuri pe zi. Mod de administrare: Conținutul unui plic trebuie dizolvat înainte de administrare. Smecta se administrează de preferat după masă, în esofagită, între mese, în alte afecțiuni. Sugari și copii: Conținutul unui plic trebuie dizolvat într-un biberon cu 50 ml apă, care trebuie administrat în timpul zilei sau prin amestecarea cu alimente semilichide: supă, compot de fructe, pireu de legume, mâncare pentru copii. Adulți: Conținutul unui plic trebuie dizolvat într-o jumătate de pahar cu apă. **Contraindicații** Hipersensibilitate la diosmectită sau la oricare dintre excipienți. **Atenționări și precauții speciale pentru utilizare** Atenționări speciale: Se recomandă precauție în administrarea diosmectitei la pacienți cu antecedente de constipație cronică severă. La copii, tratamentul diareei acute trebuie administrat în asociere cu rehidratarea orală cu Soluții de Rehidratare Orală (SRO), pentru a evita deshidratarea. La adulți, tratamentul nu exclude rehidratarea, dacă este necesară. Cantitatea de Soluții de Rehidratare Orală care trebuie administrată oral sau intravenos trebuie ajustată în funcție de severitatea diareei, vârsta, starea generală a pacientului. Pacientul trebuie informat privind necesitatea rehidratării cu soluții saline sau lichide îndulcite (zaharoză), pentru a compensa pierderea de lichid datorată deshidratării (la adult, aportul mediu zilnic de apă este de 2 l); de asemenea, în timpul diareei regimul alimentar trebuie să excludă anumite alimente, în special, crudități, fructe și legume verzi, alimente picante, precum și alimente și băuturi reci și să conțină în special carne la grătar și orez. Un plic Smecta conține 0,679 g glucoză monohidrat. Pacienții cu sindrom rar de intoleranță la fructoză, malabsorbție la glucoză-galactoză sau insuficiență sucrază-izomaltază nu trebuie să utilizeze acest medicament. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune.** Deoarece absorbția medicamentului poate să interfere cu proporția și/sau gradul de absorbție ale altor substanțe, Smecta nu trebuie administrat în asociere cu alt medicament. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** Nu sunt date suficiente privind efectul teratogen la animale. Până în prezent, nu au fost raportate malformații sau efecte toxice fetale. Cu toate acestea, nu sunt date suficiente privind gravidele expuse la diosmectită pentru a exclude orice risc. În timpul sarcinii nu se administrează diosmectită decât la recomandarea medicului. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Diosmectita nu influențează capacitatea de a conduce vehicule și de a folosi utilaje. **Reacții adverse** Următoarele reacții adverse enumerate mai jos au fost raportate în timpul studiilor clinice la copii și adulți. Acestea sunt, în general, minore, tranzitorii și se produc în special la nivelul gastro-intestinal. Reacțiile adverse sunt clasificate în funcție de frecvență, astfel: foarte frecvente ( $\geq 1/10$ ); frecvente ( $\geq 1/100$  și  $< 1/10$ ); mai puțin frecvente ( $\geq 1/1000$  și  $< 1/100$ ); rare ( $\geq 1/10000$  și  $< 1/1000$ ); foarte rare ( $< 1/10000$ ), cu frecvență necunoscută (care nu poate fi estimată din datele disponibile). **Tulburări gastro-intestinale** Frecvente: constipație. Aceste episoade pot fi prevenite prin ajustarea individuală a dozelor. Mai puțin frecvente: meteorism, vărsături. După punerea pe piață au fost raportate reacții de hipersensibilitate (cu frecvență necunoscută), incluzând urticarie, erupții cutanate tranzitorii, prurit și angioedem. S-au raportat cazuri de agravare a constipației. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate.** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după autorizarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>. **Supradozaj** Supradozajul poate determina constipație cronică sau bezoar. **PROPRIETĂȚI FARMACEUTICE. Lista excipienților** Glucoză monohidrat Zaharină sodică Aromă de vanilie: maltodextrină, sucroză, triacetat de glicerol (E 1518), dioxid de siliciu (E 551), alcool etilic, lecitină de soia (E 322), excipienți de aromatizare (vanilină, etilvanilină, extract de vanilie, heliotropină, benzaldehidă, acetilbutiril, acid butiric, eter de rom) Aromă de portocală: maltodextrină, sucroză, Acacia (E 414), esterul acidului mono și diacetil tartaric cu mono și digliceridele acizilor grași (E 472 e), dioxid de siliciu (E 551), excipienți de aromatizare (ulei de portocală concentrat, ulei de portocală, ulei de portocală distilat, fracția bogată în aldehidă a uleiului de portocală, fracția concentrată a uleiului de portocală, terpeni din portocală, butirat de etil natural). **Incompatibilități** Nu este cazul. **Perioada de valabilitate** 3 ani. **Precauții speciale pentru păstrare** Nu sunt necesare condiții speciale de păstrare. **Natura și conținutul ambalajului.** Cutie cu 10 plicuri din hârtie/Al/PE a câte 3,76 g pulbere pentru suspensie orală. Cutie cu 18 plicuri din hârtie/Al/PE a câte 3,76 g pulbere pentru suspensie orală. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor** Fără cerințe speciale. **DEȚINĂTORUL APP.** IPSEN CONSUMER HEALTHCARE 65 Quai Georges Gorse 92100 Boulogne-Billancourt, Franța. **NUMĂRUL APP** 6706/2014/01-02. **DATA PRIMEI AUTORIZĂRI SAU A REÎNNOIRII AUTORIZAȚIEI** Reînnoirea autorizației – Iulie 2014. **DATA REVIZUIRII TEXTULUI** Februarie, 2020.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Medicament eliberat fără prescripție medicală. Este important să raportați orice reacție adversă suspectată. Aceasta permite monitorizarea continuă a raportului beneficiu/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze reacțiile adverse prin sistemul național de raportare la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, Str. Aviator Sănătescu nr. 48, sector 1, București 011478- RO, e-mail: [adr@anm.ro](mailto:adr@anm.ro), Website: [www.anm.ro](http://www.anm.ro). Totodată, reacțiile adverse suspectate se pot raporta și către reprezentanța locală a deținătorului autorizației de punere pe piață, la Ipsen Pharma Romania SRL, Str. Grigore Alexandrescu, Nr. 59, București, Sector 1. Telefon: +40 21 231 27 20, Fax: +40 21 231 13 23, e-mail: [pharmacovigilance.romania@ipsen.com](mailto:pharmacovigilance.romania@ipsen.com). Acesta este un sumar al recomandărilor de prescriere. Pentru informații complete vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului, disponibil la cerere. Pentru informații medicale suplimentare puteți folosi adresa [medinfo.ro@ipsen.com](mailto:medinfo.ro@ipsen.com). SCA-RO-000304 / Februarie 2023.





virală și eliberarea de virioni din celule infectate intestinale. Astfel, eliminarea eficientă a virusului, cu ajutorul diosmectitei din tractul gastro-intestinal ar putea reduce riscul de a dezvolta complicații sistemice precum PIMS.

### Manifestări clinice<sup>9</sup>

Majoritatea manifestărilor clinice sunt determinate de agentul etiologic precum și de doza infectantă. De asemenea, se mai pot adăuga simptomele ce apar în urma unor complicații, deshidratarea acută sau tulburări electrolitice, de loc rare la grupa de vârstă pediatrică care asociază diaree.

SARS-CoV-2 este recunoscut ca un fiind un virus cu tropism pentru mucoasa respiratorie, dar numărul de pacienți cu COVID-19 care se confruntă cu o simptome gastrointestinale nu este deloc neglijabil. Simptomatologia include anorexie, greață, vărsături, diaree și dureri abdominale<sup>10</sup>, diareea fiind cel mai frecvent simptom gastrointestinal. În unele studii aceste simptome sunt raportate la până la 50% dintre pacienții infectați cu SARS-COV-24. Diareea asociată este de obicei ușoară și caracterizată prin scaune moi sau apoase<sup>11</sup>, dar poate fi și mai severă, cu 18-30 de scaune diareice pe zi.

În general, ingestia toxinelor preformate (Shigella) este asociată cu debut brusc, cu greață și vărsături în primele 6 ore, cu posibilitatea apariției și a febrei, crampelor abdominale și diaree în 8 până la 72 de ore.

Durerile abdominale alături de scaunele diareice apoase, după o perioadă de incubatie de 16 până la 48 de ore, pot fi consecința infecției cu Norovirus, Rotavirus, virusul gripal sau Cryptosporidium.

Diareea acută bacteriană este frecvent trădată de prezenta scaunelor diareice care conțin produse patologice precum puroi sau sange. La aceste simptome se adaugă: crampe abdominale, tenesme, febră. Aceste simptome pot fi prezente în infecțiile cu Salmonella, Shigella, C. Jejuni, Yersinia enterocolitica, E. Coli enteroinvaziv sau enterohemoragic.

### Opțiuni terapeutice<sup>12</sup>

- **Abordarea non-farmacologică.** Diareea acută se asociază frecvent cu sindromul de deshidratare. De cele mai multe ori acesta are o formă ușoară (<5% din greutatea corporală) motiv pentru care sărurile de rehidratare orală (SRO) au eficiență în 95% din cazurile de deshidratare ușoară sau moderată. Rehidratarea orală nu este eficientă atunci când vorbim de un pacient cu deshidratare gravă (>10%), vărsături incoercibile sau ileus. SRO se administrează fracționat, cu lingurița sau seringă, inițial 5 mL la interval de 5 minute și se crește progresiv.

Dieta face parte din tratamentul pacientului pediatric cu diaree. Astfel, pentru sugarii eutrofici alimentați natural sau mixt, aceștia vor continua să primească lapte matern pe toată durata bolii. Cei alimentați artificial continuă alimentația lactată

pe care o primeau anterior debutului diareei. Pentru copiii cu vârstă peste 1 an se recomandă evitarea alimentelor cu glucide concentrate, sucuri de fructe cu conținut crescut de fructoză, zaharoză, sorbitol, bauturi carbogazoase (hiperosmolare).

- **Managementul farmacologic** poate cuprinde<sup>13</sup>: antisecretorii (racecadotril, inhibitor al enkefalinazei), inhibitori ai motilității (loperamid) contraindicați la sugar și copilul mic, flora de substituție (saccharomyces bouardii, lactobacillus rhamnosus GG), zinc, adsorbante și protectoare intestinale (diosmectita, gelatina tanat).

Este important de notat faptul că diosmectita<sup>14-16</sup> poate fi utilizată, cu aceeași eficacitate terapeutică, în ambele tipuri de diaree, neinfecțioasă și infecțioasă, având avantajul de a realiza, pe lângă citoprotecție și mucoprotecție, adsorbția bacteriilor, a virusurilor și a enterotoxinelor acestora, protejând astfel împotriva mecanismului prin care acești agenți etiologici sunt capabili să determine apariția scaunelor diareice. Diosmectita este argilă 100% naturală, formată din silicați de aluminiu și magneziu organizați într-o structură de tip foaie, ce se dispersează ușor într-un film continuu intraluminal, nu se absoarbe, nu se metabolizează, nu modifică microflora intestinală saprofită și respectă timpul fiziologic de tranzit intestinal.

### Bibliografie:

1. Doina Anca Plesca, *Tratat de Pediatrie 2021* Editura MedicHub;
2. Florea Iordachescu, *Tratat de Pediatrie 2019* Editura ALL;
3. Kleinman et al. *Walker's Pediatric Gastrointestinal Disease 2008*, 5th Edition, volume 2;
4. D'Amico et al. *Clin Gastroenterology and Hepatology*. 2020;18(8):1663-1672;
5. Poeta et al. *Heliyon*. 2022;8(8):e10246;
6. Poeta et al. *Sci Rep* 2021;11:21725;
7. Buccigrossi et al. *Sci. Rep.* 2020;10(1):7803;
8. Yonker et al. *J. Clin. Invest.* 2021;131(14):e149633;
9. Kliegman RM, *Nelson Textbook of Pediatrics 2019*, 21st Edition, volume 2, Editura Elsevier;
10. Zhang et al. *Gastrointestinal symptoms, pathophysiology, and treatment in COVID-19*, *Genes Dis* 8 2021;4:385-400;
11. Megyeri et al. *World J. Gastroenterol.* 2021; 27 (23): 3208-3222;
12. Doina Anca Plesca, *Protocoale de diagnostic si tratament in pediatrie 2020*, Editura Amaltea;
13. Schiller L.R. *Curr Gastroenterol Rep* 2017;19:18;
14. Dupont et al. *Clinical Gastroenterology And Hepatology* 2009;7:456-462;
15. Mahraoui et al. *Gut. March* 1997;40(3):339-343;
16. Rautureau et al. *Les argiles*. Éditions Septima, 2004.

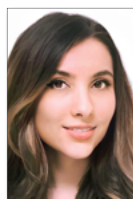
# Impactul screeningului pentru cancerul colorectal în regiunea Sud-Vest Oltenia

La nivel mondial, cancerul colorectal este unul dintre cele mai frecvent diagnosticate tipuri de cancer. Conform statisticilor din 2020 acesta reprezintă a treia neoplazie ca frecvență și a doua cauză de deces prin cancer din lume, fiind astfel o adevărată problemă de sănătate publică [1]. În România, conform datelor statistice furnizate de platforma Globocan acesta ocupă locul al treilea ca incidență și prevalență la bărbați și locul al doilea la femei, mortalitatea fiind similară cu cea raportată la nivel mondial.



Prof. Univ. Dr.  
Dan-Ionuț Gheonea

Rector Universitatea de Medicină  
și Farmacie din Craiova



Dr. Alexandra  
Georgiana Bocioagă

Medic rezident gastroenterologie,  
Universitatea de Medicină și  
Farmacie din Craiova

**S**-a dovedit că riscul de dezvoltare al cancerului de colon și rect crește semnificativ după vârsta de 50 de ani, însă în ultimii ani diagnosticarea acestuia la adulții tineri este din ce în ce mai frecventă în anumite regiuni.

Cancerul colorectal, spre deosebire de alte tipuri de cancer din sfera gastrointestinală, este unic prin posibilitatea implementării programelor de screening datorită existenței leziunilor cu potențial de transformare malignă (polipi adenomatoși sau serati) și posibilității de rezecție a acestora, prevenind astfel evoluția către cancer. Detecția precoce și rezecția acestora are ca efect reducerea incidenței și prevalenței cancerului de colon și rect, și prin urmare și a ratei de mortalitate prin cancer colorectal [2,3]. Valoarea clinică a screening-ului se reflectă atât în capacitatea sa de a preveni morbiditatea și mortalitatea prin cancer cât și în reducerea costurilor necesare tratamentului unui cancer diagnosticat într-un stadiu avansat.

Cu toate că este o neoplazie bine studiată, precedată de dezvoltarea de leziuni preneoplazice, cu factori de risc relativ bine cunoscuți și cu un ritm lent de dezvoltare (de aproximativ 10 ani de la apariția polipului adenomatos până la dezvoltarea unui cancer în stadiu avansat), cancerul colorectal este adesea diagnosticat tardiv. Acest fapt se poate datora și absenței simptomatologiei în stadiile incipiente ale bolii. Prin urmare, implementarea programelor de screening populațional poate avea un impact major asupra diagnosticului precoce și managementului terapeutic al acestei afecțiuni.

Prevenirea și depistarea timpurie a cancerului de colon și rect reprezintă în prezent o prioritate, astfel că în Româ-

nia, în regiunea Sud-Vest Oltenia a fost implementată în luna noiembrie a anului 2020, proiectul pilot „Servicii medicale performante de prevenție, diagnostic și tratament endoscopic în cancerul colorectal”. Scopul acestei acțiuni implementată de către Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova, constă în informarea, conștientizarea și participarea la programul de screening a populației cu domiciliu sau reședința în regiunea care include județele Dolj, Gorj, Olt, Mehedinți și Vâlcea.

Conform ghidurilor internaționale, programul de prevenție se adresează unei populații aparent sănătoase cu vârsta cuprinsă între 50 și 74 de ani din regiunea Sud-Vest Oltenia. Acest proiect și-a propus participarea a peste 50.000 de persoane și identificarea aceluia cu risc de cancer colorectal. O etapă a programului de screening a constat în completarea unui chestionar care evaluează riscul de dezvoltare al cancerului colorectal. În funcție de răspunsuri, pacienților fie li s-a oferit un test FIT de hemoragii oculte (FIT - Fecal Immunochemical Test), fie au fost îndrumați direct către efectuarea colonoscopiei deoarece prezentau un risc crescut de a dezvolta această neoplazie.

Pacienții cu test FIT pozitiv au fost programați pentru efectuarea endoscopiei digestive inferioare, iar cei cu rezultat negativ al testului FIT au primit recomandarea de a repeta testul de hemoragii oculte peste 2 ani.

La buna desfășurare a proiectului de screening, implementat de Universitatea de Medicină și Farmacie din Craiova și Asociația Mereu pentru







**PARTENERUL  
TĂU ÎN  
GESTIONAREA  
MALNUTRIȚIEI**

## CARACTERISTICI RESOURCE



**Dietă completă nutrițional**



**Hipercalorică** (Resource 2.0, Resource 2.0 cu fibre, Resource Protein), **aport sporit de proteine** (Resource Protein)



**Aport de antioxidanți:** vitaminele A, C, E, Seleniu, Zinc



**Fără gluten**



**6 arome disponibile:** Caise, Vanilie, Ananas-Mango, Căpșune, Cacao și Cafea



**Dietă lichidă polimerică gata preparată pentru consum**

**CUI SE RECOMANDĂ  
RESOURCE?**



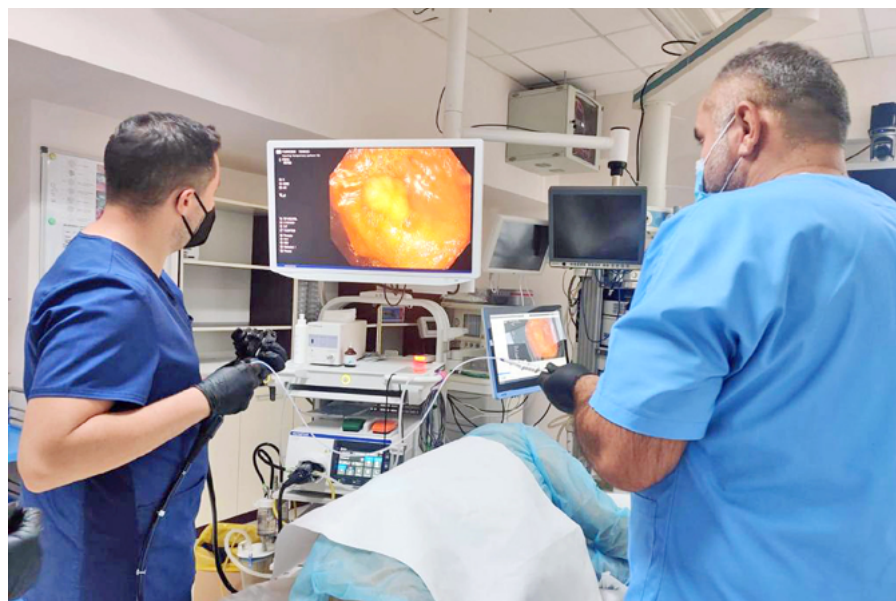
**Adulți și copii cu  
vârsta peste 3 ani**

Europa, au colaborat și un număr de aproximativ 200 de medici de familie din județele Olteniei.

Toate etapele de depistare, diagnostic și tratament au fost realizate de o echipă multidisciplinară formată din medici specialiști gastroenterologi, anatomopatologi, anesteziști, imagiști, oncologi și chirurghi. Colonoscopiile au fost realizate gratuit, cu echipamente de

cialiști anatomopatologi cu experiență. După confirmarea histopatologică a diagnosticului de cancer colorectal, pacientul a putut beneficia de explorări suplimentare necesare stabilirii extensiei locale și la distanță a bolii.

În ceea ce privește primele rezultate ale programului de prevenție a cancerului colorectal, până la finalul lunii aprilie a anului 2023, au fost înrolați în



ultimă generație, în cadrul Centrului de Prevenție din cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Craiova, de către medici specialiști gastroenterologi cu experiență în endoscopia digestivă diagnostică și terapeutică. Procedurile au fost efectuate cu sedare, sub atenta supraveghere a medicului anestezișt, cu excepția pacienților cu risc anestezic mare și a celor care și-au exprimat dorința de a face investigația fără sedare.

În cazul în care au fost depistate leziuni premaligne, acestea au fost rezecate endoscopic. Pacienții la care nu s-a putut efectua rezecția endoscopică a polipilor de la nivelul colonului și rectului în cursul aceleiași proceduri au fost reevaluați endoscopic ulterior prin sistemul public de sănătate. Dacă pe parcursul colonoscopiei au fost decelate formațiuni tumorale sau alte leziuni al căror diagnostic de certitudine necesită confirmare histopatologică, s-a prelevat material biptic ce a fost trimis către laboratorul de anatomie patologică din cadrul Universității de Medicină și Farmacie din Craiova, unde probele au fost examinate de către medici spe-

programul de screening 44.782 de persoane, dintre care 18.447 au fost bărbați (41,19%). Pe baza chestionarului care evaluează riscul de dezvoltare al cancerului colorectal, efectuat cu ajutorul medicului de familie, 50 dintre subiecții înrolați au fost îndrumați către efectuarea endoscopiei digestive inferioare și 38.610 au primit test FIT. Dintre pacienții care au primit testul de hemoragii oculte, 2447 (6,26%) au avut rezultat pozitiv al testului. În ceea ce privește distribuția testelor FIT pozitive pe sexe și mediul de proveniență: 1336 dintre pacienții cu test de hemoragii oculte pozitiv au fost bărbați (54,6%) iar 1312 dintre aceștia (53,62%) au provenit din mediul rural.

În total au fost efectuate 1273 de colonoscopii, 1011 pacienți au refuzat efectuarea procedurii (41,31% dintre cei cu test de hemoragii oculte pozitiv) și 199 de subiecți sunt programați pentru efectuarea endoscopiei digestive inferioare în următoarea perioadă. Analizând incidența pe categorii de vârstă s-a observat că procentul de teste FIT pozitive se corelează cu vârsta înaintată ( $p < 0,05$ ), întrucât la categoria de vârstă 70-74 de

ani incidența ajunge la o valoare de 8,28% (comparativ cu categoria de vârstă 50-54 unde incidența este de 4,51%). Șansa de a descoperi leziuni în timpul efectuării colonoscopiei se corelează cu valoarea testului FIT ( $p < 0,05$ ) și cu vârsta înaintată ( $p < 0,05$ ), fără a exista o corelație cu genul sau mediul de proveniență. La 851 dintre pacienții (66,85%) care au efectuat endoscopia digestivă inferioară s-a efectuat polipectomie endoscopică sau s-a prelevat material biptic de la nivelul leziunilor colonice sau rectale. Examenul histopatologic al probelor de biopsie a fost sugestiv pentru adenocarcinom sau carcinom in situ la 83 de pacienți, iar un pacient a fost diagnosticat cu carcinom scuamos. Din totalul de 84 de pacienți diagnosticați cu cancer colorectal (6,59%), 47 dintre aceștia sunt bărbați (55,95%).

Referitor la celelalte leziuni descoperite în timpul endoscopiei digestive inferioare, 1047 (82,25%) de pacienți au prezentat hemoroizi interni și/sau externi și la un număr de 6 pacienți a fost descoperită o boală inflamatorie intestinală ( $< 1\%$ ).

Ținând cont de procentul important de leziuni depistate la pacienții cu test FIT pozitiv pentru care s-a efectuat polipectomie sau au fost recoltate biopsii, impactul acestui program de screening asupra regiunii Sud-Vest Oltenia este unul semnificativ. Numărul mare de pacienți care au refuzat colonoscopia ar trebui să reprezinte un semnal de alarmă asupra necesității mari de a continua activitățile de informare, educare și conștientizare a populației cu privire la cancerul colorectal și la consecințele unui diagnostic tardiv al acestei neoplazii.

Screeningul cancerului colorectal continuă în regiunea Oltenia!

#### Bibliografie:

1. Jiang Y, Yuan H, Li Z, Ji X, Shen Q, Tuo J, Bi J, Li H, Xiang Y. Global pattern and trends of colorectal cancer survival: a systematic review of population-based registration data. *Cancer Biol Med.* 2021 Sep 6; 19(2):175-86.
2. Simon K. Colorectal cancer development and advances in screening. *Clin Interv Aging.* 2016 Jul 19; 11:967-76.
3. Shaikat A, Kahi CJ, Burke CA, Rabeneck L, Sauer BG, Rex DK. ACG Clinical Guidelines: Colorectal Cancer Screening 2021. *Am J Gastroenterol.* 2021 Mar 1; 116(3):458-479.



# QuikRead go<sup>®</sup> iFOB

Luați decizii de tratament informate pentru binele pacienților

- Testare imunochimică **cantitativă** realizată în imediata proximitate a pacientului (test FIT)
- Decizii optime privind tratamentul potrivit fiecărui pacient
- Gestionare optimă a resurselor în colonoscopii

Rezultate fiabile

- Reducerea potențialului de eroare umană
- Trasabilitatea rezultatelor datorită funcțiilor de conectivitate și memorare a rezultatelor
- Performanță a testării dovedită și fiabilă

Cu setul de recoltare QuikRead iFOB obțineți rezultate de screening îmbunătățite

- Procedura igienică de recoltare îmbunătățește conformitatea probelor
- Volumele de probă sunt ușor de recoltat datorită recoltorului furnizat
- **Rezultatele sunt aliniate la recomandările naționale privind testele de screening**

QuikRead go<sup>®</sup> este marcă înregistrată Aidian Oy (Finlanda). Aidian dezvoltă, produce și comercializează sisteme de diagnostic pentru profesioniștii din sănătate, cu peste 40 de ani de experiență în domeniu.

Distribuitor pe teritoriul României:

**AIDIAN**

**Jensen+**

Pentru informații suplimentare, vă rugăm accesați adresa:  
[www.aidian.eu](http://www.aidian.eu)

Jensen Pharma SRL, Tel. +40 771 464 977  
[www.jensenmed.ro](http://www.jensenmed.ro), [office@jensenmed.ro](mailto:office@jensenmed.ro)

# Angiosarcomul hepatic – prezentare de caz

Angiosarcomul hepatic primar (AHP) este o tumoră malignă hepatică primară rară, cu origine în țesutul mezenchimal, fiind caracterizat printr-o vascularizație bogată. Prevalența în rândul tuturor tumorilor maligne hepatice primare este estimată la doar 0.1-2%. AHP se dezvoltă mai frecvent la pacienții cu vârsta de peste 60 de ani. Prezentarea clinică a AHP poate varia considerabil, de la absența simptomelor până la semne de insuficiență hepatică. În majoritatea cazurilor, simptomatologia este nespecifică la momentul diagnosticului inițial, iar în ceea ce privește aspectul imagistic este dificil de diferențiat de alte tumori maligne hepatice, fapt ce conduce la un diagnostic tardiv și la un tratament întârziat.

## As. Univ. Dr. Ana Maria Ghiuchici

Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie, UMF „Victor Babeș” din Timișoara

## Conf. Univ. Dr. Mirela Danilă

Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

## Conf. Univ. Dr. Maria Cornianu

Clinica de Anatomie patologică, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

## Dr. Nicoleta Iacob

Neuromed - Centru de diagnostic Imagistic, Timișoara

## Prof. Univ. Dr. Ioan Sporea

Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” din Timișoara

## Prezentare caz clinic

Pacient în vârstă de 41 de ani, se prezintă în Ambulatorul de Gastroenterologie acuzând sindrom febril intermitent și dureri abdominale difuze. Nu prezintă antecedente personale patologice semnificative, iar istoricul familial este negativ. Nu este sub nici un tratament medicamentos, neagă consumul de toxice și nu se cunoaște alergic la nici o substanță. Se efectuează o ecografie abdominală la care se decelează: în lobul hepatic drept (LHD)

formațiune hipoecogenă, neomogenă, bine delimitată de aprox. 6/7 cm; altă formațiune în lobul hepatic stâng (LHS), subcapsular, cu componentă transonică de aprox. 5/6 cm și multiple formațiuni transonice/hipoecogene de aprox. 1-2 cm diseminate în LHS. Splenomegalie 15 cm cu o formațiune hiperecogenă de aprox. 6.5 cm. Fără lichid perihepatic sau în Douglas. Se decide internarea pacientului în Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie pentru investigații și tratament de specialitate. Testele de laborator evidențiază leucocitoză ușoară, markeri virusali HBV/HCV - negativi, markeri tumoral - negativi. Examinarea ecografică cu substanță de contrast (CEUS) a formațiunilor hepatice este concludentă pentru metastaze hipovasculare unele cu zonă de necroză extinsă. Comportamentul la CEUS al formațiunii splenice este sugestiv pentru diagnosticul de metastază splenică. S-a efectuat CT cu SDC la care aspectul formațiunilor a fost sugestiv pentru diagnosticul de abcese hepatice și splenice sau determinări secundare hepatice și splenice necrozate. În evoluție, aspectul leziunii din LHS s-a modificat ecografic, cu creșterea în dimensiuni și apariția lichidului de ascită perihepatic. S-a efectuat puncție aspirativă la nivelul formațiunii din LHS cu aspirarea a 20 ml lichid sanguinolent. Având în vedere evoluția nefavorabilă sub tratament conservator (pacient septic cu suspiciune de ruptură tumorală) se decide transferul pacientului în Clinica de Chirurgie în vederea intervenției chirurgicale.

Se intervine chirurgical pe cale laparoscopică și se constată un hematom organi-

zat perihepatic la nivelul LHS în contact cu fața anterioară gastrică și o formațiune tumorală hepatică în segmentul III-IV hemoragică de aproximativ 7/5 cm diametru. Se evacuează hematumul perihepatic și se practică rezecție atipică hepatică pentru tumora hemoragică din segmentul III-IV. Se excizează piesa de rezecție prin minilaparotomie în flancul stâng. Intraoperator s-au făcut următoarele observații: multiple leziuni hepatice diseminate în ambii lobi cu aspect de hemangioame și o formațiune la nivelul LHD segment VIII de aproximativ 8/6 cm în diametru cu aspect macroscopic de hemangiom; splina cu o formațiune macroscopic chistică localizată la polul superior de aproximativ 6/4 cm în diametru.

Raportul histopatologic și imunohistochimic al tumorii rezecate a fost concludent pentru diagnosticul de angiosarcom hepatic de grad înalt cu creștere multinodulară și pattern solid și sinusoidal/vascular cu zone largi confluențe de necroză tumorală și hemoragică și focare extinse de necroză supurativă.

**Diagnosticul pozitiv** a fost de angiosarcom hepatic de grad înalt complicat cu metastaze hepatice și splenice multiple.

## Evoluție și prognostic

Însămânțarea pe medii de cultură a lichidului de puncție a evidențiat infecție

## IMUNOANALIZOR ÎN FLUORESCENȚĂ

### NOVATREND PLUS

Analizorul este compatibil cu o gamă largă de 50 de teste care detectează **cantitativ** și calitativ markeri inflamatori, markeri tumorali, markeri cardiaci, factori de coagulare, markeri endocrinologici, nefrologici, diabetici, precum și boli infecțioase.



**Este ideal de utilizat în cabinete medicale, camere de urgență, laboratoare medicale și nu necesită condiții speciale de lucru.**



### Teste rapide IVD

pentru determinarea eficientă a unui diagnostic preliminar.

- Clostridium A+B, GDH
- Helicobacter Pylori
- Giardia
- Calprotectină
- Salmonella Typhi și Paratyphi
- Gripă-Influenza A, Influenza B, detecție simultană într-un singur test
- Covid-19 Antigen și anticorpi IgM și IgG



**DDS Diagnostic. Focași pe identificarea, dezvoltarea și comercializarea celor mai performante soluții de diagnostic și testare rapidă pentru laboratoare și cabinete medicale.**

### Contactează-ne!

Strada Vulcan Județul, Nr. 7, Sector 3, București  
Vânzări: 0722188 442 | Suport Tehnic: 0799 755 622  
sales@ddsdiagnostic.com | www.ddsdiagnostic.com





Fig. 1 Formațiune hipocogenă, neomogenă, bine delimitată de aprox. 6/7 cm în LHD

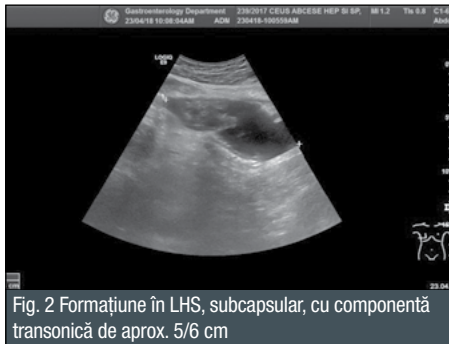


Fig. 2 Formațiune în LHS, subcapsular, cu componentă transonică de aprox. 5/6 cm

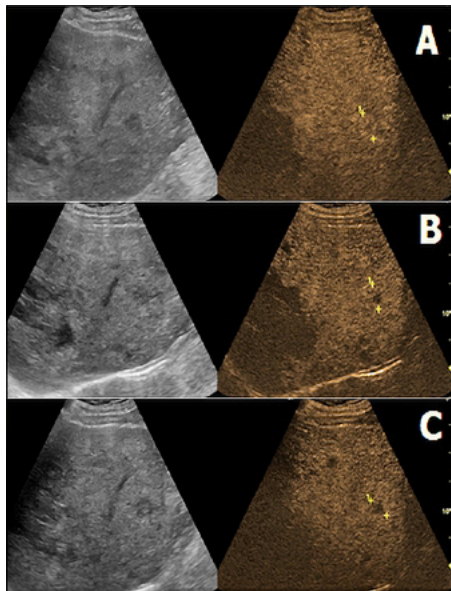


Fig. 3 Examinare CEUS. Comportamentul formațiunii de 2.3 cm din LHD în cele trei faze vasculare (A - faza arterială, B - faza portală, C - faza tardivă). Aspectul este sugestiv pentru metastază hepatică

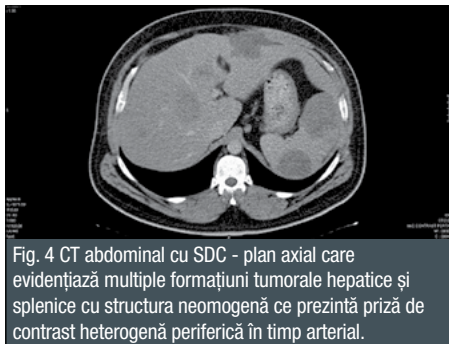


Fig. 4 CT abdominal cu SDC - plan axial care evidențiază multiple formațiuni tumorale hepatice și splenice cu structura neomogenă ce prezintă priză de contrast heterogenă periferică în timp arterial.

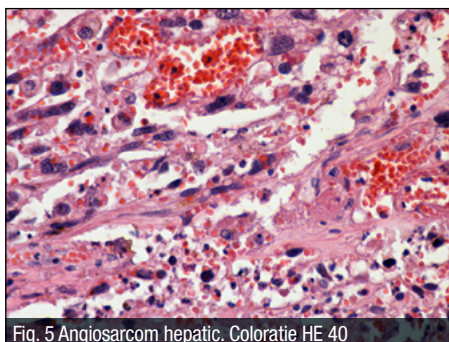


Fig. 5 Angiosarcom hepatic. Colorație HE 40

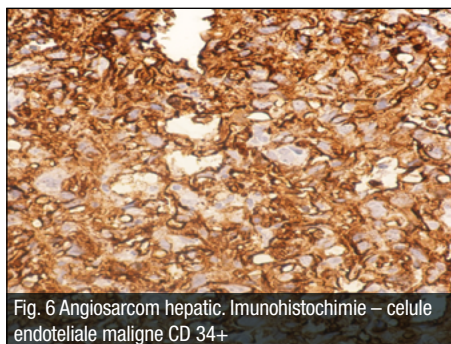


Fig. 6 Angiosarcom hepatic. Imunohistochimie – celule endoteliale maligne CD 34+

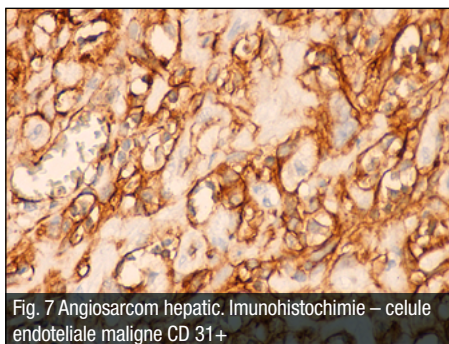


Fig. 7 Angiosarcom hepatic. Imunohistochimie – celule endoteliale maligne CD 31+

cu *Acinetobacter baumannii*. S-a inițiat terapia cu Colistin 1 mi U 3X3 mi U/zi + Meropenem 1 f 3X1 f/zi 10 zile conform antibiogramei, ulterior pacientul fiind referat către Clinica de Oncologie pentru tratament de specialitate. Evoluția a fost nefavorabilă cu exitus la 2 luni după operație.

## Discuții

Angiosarcomul hepatic primar este o tumoră primară malignă de origine me-

zenchimală care afectează mai frecvent pacienții vârstnici, simptomele în general sunt nespecifice. Diagnosticul este tardiv în majoritatea cazurilor, cu prognostic rezervat și supraviețuire medie fără tratament estimată la 6 luni.

Printre complicațiile frecvente sunt menționate ruptura spontană cu hemoragie intraperitoneală, necroze tumorale și supurative, cu metastazare precoce la distanță (splină, os, plămân). Aspectul în imagistica cu contrast este atipic, diagnosticul diferențial cu hemangioendote-

liomul epitelioid, metastazele hepatice sau abcesele hepatice este dificil. Tratamentul standard rămâne rezecția chirurgicală. Transplantul hepatic nu este indicat datorită ratei crescute de recurență și supraviețuire scăzută posttransplant.

## Concluzii

Angiosarcomul hepatic este tumoră malignă vasculară hepatică rară, agresivă cu opțiuni terapeutice limitate. Diagnosticul este dificil și necesită confirmare prin examen histopatologic. Particularitățile cazului sunt date de aspectul clinic al pacientului pe durata spravegherii în clinica noastră – pacient septic (angiosarcom complicat cu multiple microabcese) și diversele diagnostice vehiculate în imagistica superioară - abcese/hemangioame/formațiuni chistice/metastaze necrozate.

## Bibliografie:

1. Averbukh LD, Mavilia MG, Einstein MM. Hepatic Angiosarcoma: A Challenging Diagnosis. *Cureus*. 2018 Sep 11;10(9):e3283.
2. Chien CY, Hwang CC, Yeh CN, et al. Liver angiosarcoma, a rare liver malignancy, presented with intraabdominal bleeding due to rupture—a case report. *World J Surg Oncol*. 2012;10:23.
3. Rujeerapaiboon N, Wetwittayakhleng P. Primary Hepatic Angiosarcoma: A Rare Liver Malignancy - Varying Manifestations but Grave Prognosis. *Case Rep Gastroenterol*. 2020;14(1):137-149.
4. Sturm EC, Marasco IS, Katz SC. Multidisciplinary Management of Angiosarcoma - A Review. *J Surg Res*. 2021;257:213-220. doi:10.1016/j.jss.2020.07.026

# Controlează efectele refluxului gastroesofagian la gravide

## GASTROTUSS LIGHT DE LA DMG ITALIA UN PRODUS UNIC PE PIAȚA ROMÂNEASCĂ

Gastrotuss light se administrează copiilor peste 12 ani, la gravide, persoanelor cu obezitate și celor care țin dietă, persoanelor cu diabet zaharat, și celor care au restricție de sodiu, celor cu HTA sau litiaza renală.

Dispozitiv medical cu acțiune mecanică indicat pentru tratamentul refluxului reduce simptomele legate de aceasta, de exemplu: regurgitare, tuse, pirozis, esofagită, disfonie, flogoză rinofaringiană și în orice caz de boală fiind cauzată în principal sau secundar de refluxul gastroesofagian. Este destinat utilizării pe cale orală.

Este un produs sigur care poate fi administrat timp îndelungat: 3 luni sau după nevoile pacientului, la 2 luni reduce cu 90% simptomele.

Are în plus și Simeticona, D-panthanol și zinc: elimină gazele și asigură vindecarea mucoasei esofagiene

**PepsinO spray este SINGURUL SPRAY pentru răgușeală, tuse, corp străin din refluxul laringofaringian**

Pepsino Oral Reflux Spray 30ml este un spray pentru reflux gastro-esofagian care contracarează simptomele refluxului și lubrifică mucoasa faringiană.

Util în cazul simptomelor de reflux faringian, cum ar fi: globus hipofaringian (senzație de corp străin în gât), tuse, nevoia de a drege vocea, uscăciune sau iritație faringiană

- Asociat cu Gastrotuss light sirop combate tusea asociată refluxului gastroesofagian

**CONTROLEAZĂ  
EFECTELE  
REFLUXULUI  
GASTROESOFAGIAN**



Produsele noastre le găsiți în farmacii sau, la preț de importator, cu un singur click pe [farmaciile3f.ro](http://farmaciile3f.ro)






# Caz rar de gastrită cu CMV imitând carcinomul gastric – prezentare de caz

## Rare case of gastritis with CMV mimicking gastric carcinoma - case presentation

Patologia gastro-intestinală de etiologie infecțioasă nu prezintă caractere de specificitate și poate fi deseori neglijată. Vă prezentăm un caz al unei paciente de 61 ani, cu status biologic și imunitar precar, cu gastrită cu CMV și leziuni gastrice de neoplazie glandulară.

**As. Univ. Dr. Constantin Budin<sup>1</sup>,  
As. Univ. Dr. Daniel Stăniloae<sup>1</sup>,  
Dr. Andreea Tănase<sup>1</sup>, Dr. Alexandru Ilco<sup>1</sup>,  
Dr. Tarek Ammar<sup>1</sup>, Dr. Andrei Seceleanu<sup>1</sup>,  
Dr. Raluca Petre<sup>2</sup>, Dr. Anca Lăzăroiu<sup>3</sup>,  
Dr. Diana Cîșleanu<sup>4</sup>, Dr. Diana Iacob<sup>5</sup>,**

1 – Clinica Chirurgie Generală  
și de Urgență 1, Spitalul Universitar  
de Urgență, București

2 – Secția de Anestezie și Terapie  
Intensivă, Spitalul Universitar  
de Urgență, București

3 – Departamentul de Anatomie  
Patologică, Spitalul Universitar  
de Urgență, București

4 – Secția Hematologie, Spitalul  
Universitar de Urgență, București

5 – Boli Infecțioase, Spitalul  
Universitar de Urgență, București

### Prezentare de caz:

Pacienta în vârstă de 61 ani, de sex feminin, prezentată în multiple rânduri la Camera de Gardă pentru inapetență, durere abdominală în cadranul abdominal superior stâng, intoleranță digestivă (vărsături post-prandiale) și scădere ponderală involuntară importantă (aproximativ 15 kg în 3 săptămâni).

Din istoricul personal reținem: hepatită autoimună tratată cu Prednison, HTA în tratament, gangrenă gazoasă coapsă stângă operată în urmă cu 6 ani, TVP la nivelul membrului inferior stâng rezistentă la tratamentul anticoagulant oral, ITU recurente.

La prezentare – pacientă cu stare generală alterată, conștientă, cooperantă, OTS; tegumente și mucoase palide, intens deshidratate; cașexie; fără adenomegalii

superficiale decelabile la examenul clinic; torace fără particularități; abdomen cu panicul adipos slab reprezentat, pliu cutanat persistent, neduros spontan, sensibil la palpate în hipocondrul stâng, fără semne de iritație peritoneală; ficat cu marginea anterioară la 3 cm sub rebordul costal drept; polul inferior al splinei palpabil sub jumătatea distanței dintre rebord și creasta iliacă stângă, consistență fermă, sensibilă la palpate; tranzit intestinal prezent, încetinit.

EDS pune în evidență stomac cu mucoasă edemațiată, cartonată, cu multiple ulceratii în diferite stadii evolutive, de dimensiuni variabile, greu distensibil, cu pliuri gastrice șterse și ridică suspiciunea de linită gastrică. Se prelevează multiple fragmente biotice. Rezultatul histopatologic descrie mucoasa gastrică cu multiple microabcese, ulceratii parțial acoperite de detritus celular necrotic și exudat fibrino-leucocitar în contextul căruia se observă colonii polimicrobiene (inclusiv *Helicobacter Pylori*) – aspect sugestiv pentru o gastrită erozivă *Helicobacter Pylori* pozitivă, dar care nu poate exclude în totalitate un proces neoplazic.

Imagistic se pune în evidență stomac îngroșat mai ales la nivelul regiunii antro-pilorice, cu aspect edemațiat; hepato-splenomegalie (splină cu ax bipolar de 18 cm).

Având în vedere rezultatul histopatologic se decide administrarea de IPP în doze mari, tratament sub care pacienta nu își recapătă toleranța digestivă.

Se repetă EDS cu biopsii multiple, aspectul endoscopic nefiind modificat semnificativ față de investigația precedentă. Examenul HP pune în evidență aspect de ADK gastric moderat diferențiat, su-

prainfectat acut, cu zone de țesut de granulație.

Cu dignosticul de ADK gastric se pune indicația de gastrectomie totală radicală. Se intervine chirurgical și se constată – stomac de dimensiuni relativ normale, seroasă de aspect normal, perete îngroșat, fără determinări secundare macroscopice intraperitoneale sau la nivelul organelor parenchimotoase, fără lichid de ascită; splină de mari dimensiuni, în tensiune, cu vasele splenice mult dilatate.

Se practică splenectomia în hil și gastrectomia totală radicală cu eso-jejunoanastomoză mecanică T-L pe ansă exclusă în Y a la Roux.

Evoluție post-operatorie favorabilă în primele zile, marcată de alterarea stării generale și neurologică în ziua a 5-a post-operator. Pacienta devine dispneică, cu acidoză metabolică importantă, cu necesar de suport ventilator.

Se decide reinvestigarea prin CT toraco-abdomino-pelvin și se constată pneumoperitoneu în cantitate medie, dispus perihepatic și abdominopelvin anterior; revărsat pleural stâng ce asociază minima colabare pasivă a parenchimului adiacent.

Se decide relaparotomia, moment în care se pune în evidență dehiscenta totală de anastomoză eso-jejunală, cu retragerea capătului esofagian endotoracic. Prin toracotomie dreaptă se reface anastomoză eso-jejunală T-T manual, cu fire separate.

Post-operator pacienta rămâne cu stare generală gravă, cu necesar de suport ventilator și vasopresor, oligurică, cu elemente de insuficiență hepatică și renală.

Rezultatul HP al piesei de gastrectomie ridică suspiciunea de gastrită cronică activă, ulcerativă, difuză în contextual



# Beriplex® P/N 500 UI și 1000 UI

pulbere și solvent pentru soluție injectabilă  
**Complex protrombinic derivat din plasmă umană**



Beriplex P/N se utilizează în:

- Tratamentul hemoragiilor și profilaxia perioperatorie a sângerărilor la pacienți cu deficit dobândit al factorilor de coagulare din complexul protrombinic, cum este deficitul cauzat de tratamentul cu antagoniști de vitamină K sau în caz de supradozaj cu antagoniști de vitamină K, când este necesară corectarea rapidă a acestui deficit.
- Tratamentul hemoragiilor și profilaxia perioperatorie a sângerărilor la pacienți cu deficit congenital al oricăruia dintre factorii coagulării dependenți de vitamina K, atunci când medicamentele care conțin factorul de coagulare specific purificat nu sunt disponibile.



Fiecare flacon conține următoarele UI de factori umani de coagulare, ca în tabelul de mai jos:

Denumirea componentelor	Cantitate după reconstituire (UI/ml)	Beriplex P/N 500 UI conținut per flacon (UI)	Beriplex P/N 1000 UI conținut per flacon (UI)
<b>Substanțe active</b>			
Factor uman de coagulare II	20 – 48	400 – 960	800 – 1920
Factor uman de coagulare VII	10 – 25	200 – 500	400 – 1000
Factor uman de coagulare IX	20 – 31	400 – 620	800 – 1240
Factor uman de coagulare X	22 – 60	440 – 1200	880 – 2400
<b>Alte componente active</b>			
Proteină C	15 – 45	300 – 900	600 – 1800
Proteină S	12 - 38	240 - 760	480 - 1520

Beriplex conține sodiu până la 343 mg (aproximativ 15 mmol) per 100 ml.

Perioada de valabilitate: 3 ani. Precauții speciale pentru păstrare: A se păstra la temperaturi sub 25 °C. A nu se congela. A se păstra flaconul în ambalajul original, pentru a fi protejat de lumină. DAPP: CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Strasse 76, 35041 Marburg, Germania. Nr. APP: 11055/2018/01, 11056/2018/01. Pentru mai multe informații, consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (varianta Septembrie 2021).

Distribuit în România prin: **Prisum Healthcare SRL**, Clădirea Globalworth Square, Str. Gara Herăstrău nr. 6, et. 3, Sector 2, București, 020334 tel.: 021 322 0171/72, fax: 0213217064, E-mail: office@prisum.ro, www.prisum.ro

**Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.**  
Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.

infecției cu CMV și extinderea procesului inflamator la nivelul esofagului și duodenului, asociind elemente de vasculită și formare de microabcese, neoplazie intraepitelială glandulară gastrică focală de grad înalt și scăzut,

Infecția cu CMV a fost confirmată prin prezența în ser a Ac anti-CMV de tip IgM, motiv pentru care a fost instituit tratament antiviral.

În ciuda suportului funcțiilor vitale, a tratamentului antiviral, evoluția pacientei rămâne critică și se complică prin apariția de fistulă anastomotică, evidențiată prin apariția de drenaj cu aspect bilios de la nivelul hemitoracelui drept. Familia pacientei refuză reintervenția.

Starea pacientei se agravează și evoluează spre deces în ziua a 10-a după prima reintervenție.

### Discuții:

Membru al familiei Herpesviridae, citomegalovirusul (CMV) poate afecta persoane de orice vârstă și deseori infecția este asimptomatică<sup>[1, 2]</sup>. Tubul digestiv este unul dintre cele mai frecvent implicate sisteme de organe, iar în aproape o treime din cazuri infecția este asociată cu leziuni tisulare<sup>[3]</sup>.

Diagnosticul de boala gastro-intestinală datorată CMV se stabilește prin prezența simptomelor, punerea în evidență a leziunilor mucoase și confirmarea prezenței CMV histopatologic, imunohistochemic (IHC) cu anticorpi monoclonali anti-CMV, prin izolarea CMV sau prin tehnici de hibridizare a AND-ului<sup>[4]</sup>, tehnicile IHC prezentând o sensibilitate și specificitate mai mare, comparativ cu examenul HP prin colorațiile standard<sup>[5, 6]</sup>.

Considerată clasic afecțiune a persoanelor imunocompromise, CMV poate infecta și persoane cu status imunologic normal<sup>[7, 8, 9]</sup>. Vârsta înaintată, stările critice, diabetul zaharat, boala cronică de rinichi, neoplazia (în special cea hematologică), tratamentul corticosteroid pot fi considerați factori favorizanți pentru imunodepresie și, respectiv, pentru infecție cu CMV<sup>[9, 10]</sup>.

Leziunile la nivelul tractului digestiv nu au caracter de specificitate, diferitele grade de inflamație și ulcerării fiind principalele tipuri de leziuni evidențiate endoscopic<sup>[10, 11, 12]</sup>. Chiar dacă serologia ne poate orienta în diagnostic, aceasta nu se efectuează de rutină și nu se corelează cu

severitatea bolii, fiind necesară confirmarea HP.

Hipoalbuminemia<sup>[8]</sup>, trombocitopenia și hemoragia digestivă sunt factori de prognostic negativi pentru mortalitatea intra-spitalicească<sup>[13]</sup>.

Simptomatologia diferă în funcție de localizare (cea colonică fiind considerată cea mai frecventă) și severitatea bolii. Pacienții simptomatici acuză disfație sau odinofagie, durere epigastrică (în localizările esofagiene), greață și vărsături, durere abdominală, scădere ponderală în localizările gastro-duodenale<sup>[14, 15]</sup>.

Dezvoltarea unui neoplasm gastric pe un substrat inflamator cronic determinat de infecția cu CMV asociată cu prezența *H. pylori* a fost sugerată de studiul lui M. Ueno<sup>[16]</sup>.

Administrarea tratamentului antiviral (Ganciclovir) este recomandată pentru cel puțin 2-3 săptămâni, cu posibilitatea prelungirii în cazuri selecționate, forma secvențială de tratament (administrare i.v. urmată de administrare p.o.) fiind cea mai frecventă. Reducerea dozelor de preparate imunosupresoare precum și suportul nutrițional sunt elemente-cheie în obținerea unui rezultat favorabil.

### Concluzii:

Patologiile digestive de etiologie virală nu au caractere specifice și pot mima afecțiunile non-infecțioase și neoplazice, întârziind inițierea tratamentului țintit (antiviral) și afectând negativ evoluția pacienților.

Căutarea activă a substratului infecțios (mai ales la persoanele imunocompromise, dar nu numai) este esențială.

Întârzierea tratamentului specific poate duce la apariția complicațiilor locale și dezvoltarea neoplaziilor.

### Bibliografie:

1. Fakhreddine A.Y., Frenette C.T., Konijeti G.G. A practical review of cytomegalovirus in gastroenterology and hepatology. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2019;2019:6156581. doi: 10.1155/2019/6156581.
2. You D.M., Johnson M.D. Cytomegalovirus infection and the gastrointestinal tract. *Curr. Gastroenterol. Rep.* 2012;14:334-342. doi: 10.1007/s11894-012-0266-4.
3. Rafailidis P.I., Mourtzoukou E.G., Varbobitis I.C., Falagas M.E. Severe cytomegalovirus infection in apparently immunocompetent patients: A systematic review. *Virology*. 2008;5:47. doi: 10.1186/1743-422X-5-47.
4. Ljungman P., Boeckh M., Hirsch H.H., Josephson F., Lundgren J., Nichols G., Piskis A., Razonable R.R., Miller V., Griffiths P.D. Definitions of cytomegalovirus infection and disease in transplant patients for use in

clinical trials. *Clin. Infect. Dis.* 2016;64:87-91. doi: 10.1093/cid/ciw668.

5. Ross S.A., Novak Z., Pati S., Boppana S.B. Overview of the diagnosis of cytomegalovirus infection. *Infect. Disord.-Drug Targets.* 2011;11:466-474. doi: 10.2174/187152611797636703.
6. Liao X., Reed S.L., Lin G.Y. Immunostaining detection of cytomegalovirus in gastrointestinal biopsies: Clinicopathological correlation at a large academic health system. *Gastroenterol. Res.* 2016;9:92-98. doi: 10.14740/gr725e
7. Wetwittayakhlung P., Rujeerapiboon N., Wetwittayakhlung P., Sripongpon P., Pruphetkaew N., Jandee S., Chamroonkul N., Piratvisuth T. Clinical features, endoscopic findings, and predictive factors for mortality in tissue-invasive gastrointestinal cytomegalovirus disease between immunocompetent and immunocompromised patients. *Gastroenterol. Res. Pract.* 2021;2021:8886525. doi: 10.1155/2021/8886525.
8. Chaemsupaphan T., Limsrivilai J., Thongdee C., Sudcharoen A., Pongpaibul A., Pausawasdi N., Charatcharoenwithaya P. Patient characteristics, clinical manifestations, prognosis, and factors associated with gastrointestinal cytomegalovirus infection in immunocompetent patients. *BMC Gastroenterol.* 2020;20:22. doi: 10.1186/s12876-020-1174-y.
9. Marques S., Carmo J., Pinto D., Bispo M., Ramos S., Chagas C. Cytomegalovirus disease of the upper gastrointestinal tract: A 10-year retrospective study. *GE Port. J. Gastroenterol.* 2017;24:262-268. doi: 10.1159/000479232.
10. Yoon J., Lee J., Kim D.S., Lee J.W., Hong S.W., Hwang H.W., Hwang S.W., Park S.H., Yang D.-H., Ye B.D., et al. Endoscopic features and clinical outcomes of cytomegalovirus gastroenterocolitis in immunocompetent patients. *Sci. Rep.* 2021;11:6284. doi: 10.1038/s41598-021-85845-8.
11. Le P.-H., Kuo C.-J., Wu R.-C., Hsu J.-T., Su M.-Y., Lin C.-J., Chiu C.-T. Pancolitis associated with higher mortality risk of cytomegalovirus colitis in patients without inflammatory bowel disease. *Ther. Clin. Risk Manag.* 2018;14:1445-1451. doi: 10.2147/TCRM.S172071.
12. Lee J.S., Yun J., Ham S., Park H., Lee H., Kim J., Byeon J.-S., Jung H.-Y., Kim N., Kim D.H. Machine learning approach for differentiating cytomegalovirus esophagitis from herpes simplex virus esophagitis. *Sci. Rep.* 2021;11:3672. doi: 10.1038/s41598-020-78556-z.
13. Lee J.S., Yun J., Ham S., Park H., Lee H., Kim J., Byeon J.-S., Jung H.-Y., Kim N., Kim D.H. Machine learning approach for differentiating cytomegalovirus esophagitis from herpes simplex virus esophagitis. *Sci. Rep.* 2021;11:3672. doi: 10.1038/s41598-020-78556-z.
14. Wang HW, Kuo CJ, Lin WR, et al: The clinical characteristics and manifestations of cytomegalovirus esophagitis. *Dis Esophagus* 2016;29:392-399.
15. You DM, Johnson MD: Cytomegalovirus infection and the gastrointestinal tract. *Curr Gastroenterol Rep* 2012;14:334-342.
16. Ueno M, Shimodate Y, Yamamoto S, Yamamoto H, Mizuno M. Gastric cancer associated with refractory cytomegalovirus gastritis. *Clin J Gastroenterol.* 2017 Dec;10(6):498-502. doi: 10.1007/s12328-017-0773-9. Epub 2017 Sep 7. PMID: 28884453.



# ZirComBi

Favorizează și susține  
echilibrarea microbiotei intestinale!

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536® (4 miliarde per plic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per plic) și vitamina B6 (clorhidrat de piridoxină, 1,4 mg\*).

\*100% valoare nutritivă de referință.



# Zir-FOS®

Pentru reechilibrarea  
microbiotei intestinale

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB536® (5 miliarde per plic), fructo-oligozaharid Actilight și complex de vitamine B\* (B1=1,1 mg; B2=1,4 mg; B6=1,4 mg; B12=2,5 μg).

\*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și Zir-FOS sunt un suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectele și informațiile de pe ambalaje. Suplimentele alimentare nu înlocuiesc o dietă variată și echilibrată și un stil de viață sănătos. A nu se depăși doza recomandată pentru consumul zilnic. A nu se lăsa la îndemâna copiilor. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la aceste produse la adresa de e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro).

Alfasigma România S.R.L.  
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 

# Tulburări de fertilitate asociate bolii celiace

Boala celiacă este o afecțiune cunoscută și definită în medicină de mulți ani. Este cea mai frecventă cauză de malabsorbție. Celiachia afectează circa 1% din populație și poate debuta la orice vârstă. Cândva, a fost considerată o afecțiune rară dar acum se estimează că o persoană din 200 este afectată de această boală. În ciuda prevalenței mari, peste 95% din indivizi rămân nediagnosticați probabil datorită faptului că aproape 38% dintre aceștia au forme asimptomatice iar clinicienii adesea atribuie unele simptome altor boli <sup>(1,2)</sup>.



As. Univ. Dr. Cosmin  
Alexandru Ciora

Medic primar gastroenterologie,  
IC Fundeni, București

Consumul de gluten de către persoanele intolerante duce la apariția de leziuni la nivelul intestinului subțire, condiție numită enteropatie glutenică. Multă vreme boala celiacă a fost definită ca o afectare a intestinului subțire indusă de gluten, însă, actualmente ea este privită ca o boală sistemică, care afectează mai multe sisteme și organe: tractul gastrointestinal, sistemul nervos central, sistemul osteoarticular, pielea, ficatul, sistemul reproducător <sup>(3)</sup>.

## Prevalența bolii celiace la femeile cu tulburări de fertilitate

Am screenat femei cu avort spontan recurent de etiologie necunoscută (n=36), infertilitate inexplicabilă (n=46), și femei cu dispepsie funcțională (n=112), pentru anticorpii IGA anti-transglutaminază tisulară pentru a evalua prevalența bolii celiace nediagnosticate la aceste categorii. Studiul a fost efectuat în perioada 01 iulie 2013-01 octombrie 2014 pe femei cu tulburări de fertilitate (avort recurent și infertilitate idiopatică). Lotul martor a fost constituit din paciente internate în Clinica de Gastroenterologie și Hepatologie Fundeni internate în perioada 01 ianuarie 2013-01 octombrie 2014 cu diagnosticul de dispepsie funcțională.

Un număr de 194 de paciente au fost investigate, din care 112 martori sănătoși (fără boala celiacă) și 84 de paciente cu tulburări de fertilitate împărțite în două grupuri, 36 cu avort recurent de etiologie necunoscută (n = 36), infertilitate neexplicată (n = 46).

Femeile cu boală celiacă se pot prezenta cu amenoree, anemie feriprivă, avorturi recurente, nașteri premature, nașteri de copii cu greutate mică la naștere, dar de cele mai multe ori sunt complet asimptomatice. <sup>(4)</sup> În studiul prezentat nici una din femeile

diagnosticate cu boală celiacă nu prezenta simptome specifice bolii. Femeile cu tulburări de fertilitate au o șansă mai mică de a avea un copil în ciuda progreselor înregistrate de tehnicile de reproducere asistată. Investigatiile necesare unui diagnostic corect sunt costisitoare și chiar dacă tratamentele actuale reușesc a induce o sarcină, aceste femei au un risc crescut de complicații în timpul sarcinii. <sup>(5)</sup> Ele au mai frecvent anemie, nasc copii cu greutate mică la naștere iar durata sarcinii este redusă față de normal.

Din cauza că sarcina obținută prin tehnicile de reproducere asistată disponibile în prezent este de multe ori cu feți multiple, frecvent nașterea se produce înainte de termen iar copilul născut are greutate mică la naștere. Atât pentru mama cât și pentru copil implicațiile sunt negative. În lotul cu avorturi recurente prevalența bolii celiace a fost de 2.78% (un caz din 36), în lotul cu infertilitate idiopatică de 4.35% (2 cazuri din 46), iar în lotul control de 0.89% (un caz din 112).

Am definit ca tulburări de fertilitate atât avortul recurent cât și infertilitatea idiopatică. Întrucât numărul de paciente incluse în cele două loturi este relativ mic, am considerat că reunirea lor într-un singur lot este de natura de a întări concluzia acestui studiu. Prevalența bolii celiace este semnificativ mai mare în lotul cu tulburări de fertilitate 3.66% (3 cazuri din 82) comparativ cu lotul control unde prevalența este de 0.89% (un caz din 112); diferențele sunt semnificative statistic.

Vârsta la care se pune diagnosticul este foarte importantă, nu doar pentru refacerea potențialului reproductiv al femeii, cât și pentru prevenirea complicațiilor pe termen lung ale acesteia, unele cu potențial letal. Este cunoscut faptul că riscul de apariție al acestor complicații este proporțional cu durata bolii. Acest lucru se poate realiza prin mai buna cunoaștere a simptomatologiei din ce în ce mai nespecifice a bolii și a asocierilor clinice cunoscute.

Studiul realizat de noi conturează de asemenea tulburările de fertilitate asociate

cu boala celiacă, putând stabili astfel măsurile necesare pentru a recunoaște activ și precoce această patologie. Astfel se poate reface potențialul reproductiv și se previne apariția complicațiilor pe termen lung ale bolii, unele cu potențial letal.

S-au identificat două grupe de risc pentru boala celiacă în cadrul pacienților cu tulburări de fertilitate. Având în vedere costul ridicat al diagnosticului infertilității, și costul mic al screeningului pentru boala celiacă, recomand faptul ca boala celiacă să fie puternic luată în considerație. Cea mai mare prevalență pare a fi în grupul femeilor cu infertilitate idiopatică. Studiul arată că vârsta la care se poate pune diagnosticul de boala celiacă poate fi mult scăzută prin buna cunoaștere a simptomatologiei bolii. Acest fapt este esențial în creșterea duratei perioadei de fertilitate prin apariția menarhei la o vârstă normală. Apariția precoce a menarhei este un factor subclinic de infertilitate. <sup>(6)</sup>

În prezent, nu există ghiduri pentru screeningul bolii celiace la pacientele cu infertilitate sau tulburări asociate sarcinii, deși prevalența bolii s-a dovedit a fi mai mare în aceste grupuri decât în populația generală:

*Infertilitate anovulatorie*

*Menopauză precoce*

*Avort spontan*

*Restricție de creștere intra-uterină*

*Moarte fetală in utero*

*Anemie de cauză neexplicată*

*Deficit staturoponderal fetal la naștere*

*Gravide cu deficit staturoponderal (IMC<19)*

*Endometrioza*

## Bibliografie

1. P. Brar, G.Y. Kwon, J.I. Egbuna, S. Holleran, R. Ramakrishnan, G. Bhagat, P.H.R. Green, Lack of correlation of degree of villous atrophy with severity of clinical presentation of coeliac disease, *Digestive and Liver Disease*, 39 (2007), p. 26–29.
2. Vandana Nehra, Eric V. Marietta, Joseph A. Murray, Celiac Disease and its Therapy: Current
3. Jiang Xia, Elin Bergsgren, Burkhard Fleckenstein, Matthew Siegel, Chu-Young Kim, Chaitan Khosla and Ludvig M. Sollid, Cyclic and dimeric gluten peptide analogues inhibiting DQ2-mediated antigen presentation in celiac disease, *Bioorganic & Medicinal Chemistry*, 15 (2007) p. 6565–6573.
4. Prashant Singh, Govind K Makharia, Non-classical Celiac Disease: Often Missed, *International Journal of Celiac Disease*, Vol. 2, No. 3, (2014), p. 76–85.
5. ANDREW D. HOPPER, MARIOS HADJIVASSILOU, DAVID P. HURLSTONE, ALAN J. LOBO, MARK E. McALINDON, WILLIAM EGNER, GRAEME WILD, and DAVID S. SANDERS, What Is the Role of Serologic Testing in Celiac Disease? A Prospective, Biopsy-Confirmed Study With Economic Analysis, *CLINICAL GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY*, 6, (2008), p.314–320.
6. Sveta Shah and Daniel Leffler, Celiac disease: an underappreciated issue in women's health, *Womens Health (Lond Engl)*, 6(5), 2010 September, p.753–766, doi:10.2217/wh.10.57.



# DEZINFECȚIE AER & SUPRAFEȚE cu lumină UVC

Roboți mobili și autonomi | Dispozitive smart  
Servicii Abonament "DAaaS" | Platformă integrată  
Consultanță proiectare | Sesiuni Demo

CoBOT-Ultra  
WolfBOT  
WolfBOT-Mini  
CoBOT-Lite  
AER  
AER S  
AER 500+  
Breez  
Beam  
Lift  
Wolf-SENSE

Wolf-e Robotics S.R.L.  
Jud. Prahova, România  
+40 733 263 259  
office@wolfe.ro



[www.wolfe.ro](http://www.wolfe.ro)

# SEE THE FUTURE THROUGH EVERY ENDOSCOPE GENERATION



## **INSPIRA**

### **PENTAX Medical INSPIRA™ Video Processor**

The bridge for legacy endoscopes to  
next level image quality.

The gateway to tomorrow's cutting-edge  
technology in diagnosis and therapy.



## Get closure.

One-to-one rotation for precise placement and a tissue-grasping design for secure closure

Multiple anchoring tips on the clip to aid in dragging and holding tissue

Adjustable clip span that opens up to 16 mm wide

# Instinct Plus™

ENDOSCOPIC CLIPPING DEVICE

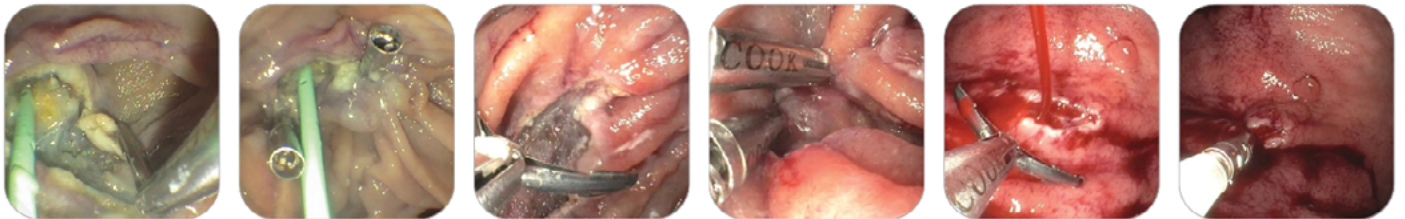
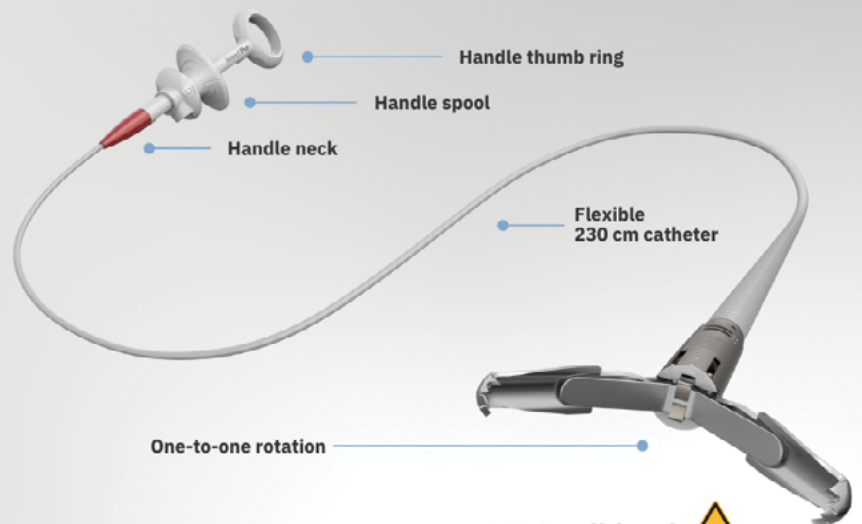


Image credit: Dr. Shou Jiang Tang, the University of Mississippi Medical Center, Jackson, MS



# Instinct Plus™



MR Conditional 



## Corectează disbioza prin modularea microbiotei intestinale!

Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Administrare orală. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului complet, disponibil la cerere sau pe site-ul [www.anm.ro](http://www.anm.ro). Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată sau reclamație cu privire la acest produs la adresa de e-mail: [Drugsafety.alfasigma@addenda.ro](mailto:Drugsafety.alfasigma@addenda.ro) sau la Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România [www.anm.ro](http://www.anm.ro). DAPP - Alfasigma S.p.A.

Alfasigma România S.R.L.  
str. Cluceru Udricani, nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
tel.: 031.805.35.26, 031.805.35.27; fax: 031.805.35.28.  
e-mail: [info.ro@alfasigma.com](mailto:info.ro@alfasigma.com)

ALFASIGMA 