

ALFASIGMA

Alvogen

B | BRAUN  
SHARING EXPERTISE

DIGIMEDICAL

Genekor  
Committed to Biotechnological Innovation

Aboca

log.nim

medfarm.ro

Nestlé  
OptiFibrePONDERA MEDICAL  
Alteptorii, mai mult decât un ecograf

P

Sanience

SIAD

SMART  
MEDICAL  
SOLUTIONS (+)<sup>3</sup>

SOFMEDICA

STORZ  
KARL STORZ - ENDOSCOPE

TOP DIAGNOSTICS

VAVIAN  
TRADINGVEDRA  
INTERNATIONALNORWAG  
PHARMAMEDICAL  
MARKET20 de ani de presă medicală sub egida Fini Watch  
20  
DE ANI

# Gastroenterologie

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate

2019



Prof. Univ. Dr. Carol Stanciu

Membru de Onoare al Academiei



Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

UMF "Grigore T. Popa" Iași,  
Președinte SRGH

Prof. Univ. Dr. Ciprian Duță

Președinte Societatea Română  
de ColoproctologieProf. Univ.  
Dr. Mariana JingaSpitalul Universitar de Urgență  
Militar Central Dr. Carol DavilaProf. Univ.  
Dr. Dan DumitrașcuUMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca,  
Co-președinte CEURGEM 2019Prof. Univ.  
Dr. Liana GheorgheUMF „Carol Davila”,  
Institutul Clinic Fundeni

<b>"X"</b>	<b>Lagosa</b>
Extract comun de silimarină.	Extract standardizat de silimarină, conform Farmacopeei Europene.
Supliment alimentar.	Medicament.
Avizat de Ministerul Agriculturii.	Avizat de Ministerul Sănătății.

Silimarinele nu sunt create egal.  
Diferența nu se vede cu ochiul liber,  
însă se simte la ficat.

Alege Lagosa – extract **standardizat** de silimarină și ai certitudinea unui produs eficient. În plus, află de ce Lagosa este de 10 ani cea mai recomandată silimarină din România.

NORWAG  
PHARMA

# Diagnostic rapid și sigur al tulburărilor gastro-intestinale

## Teste respiratorii și analizoare

- Detecția sindromului de malabsorbție de carbohidrați
- Malabsorbția/intoleranța la lactoză
- Intoleranța la fructoză, glucoză, lactuloză, sorbitol, sucroză, d-xyloză, xylitol
- Diagnostic SIBO (Small Intestinal Bacterial Overgrowth)
- Diagnostic al timpului de tranzit



- Detecția prezenței H. Pylori (Urea breath test)

- Teste metabolice
- Test de golire gastrica
- Test pentru diagnosticarea insuficienței pancreatice
- Teste de evaluare a funcțiilor hepatice



## Teste ultra rapide pentru depistarea Hpylori din mucoasă

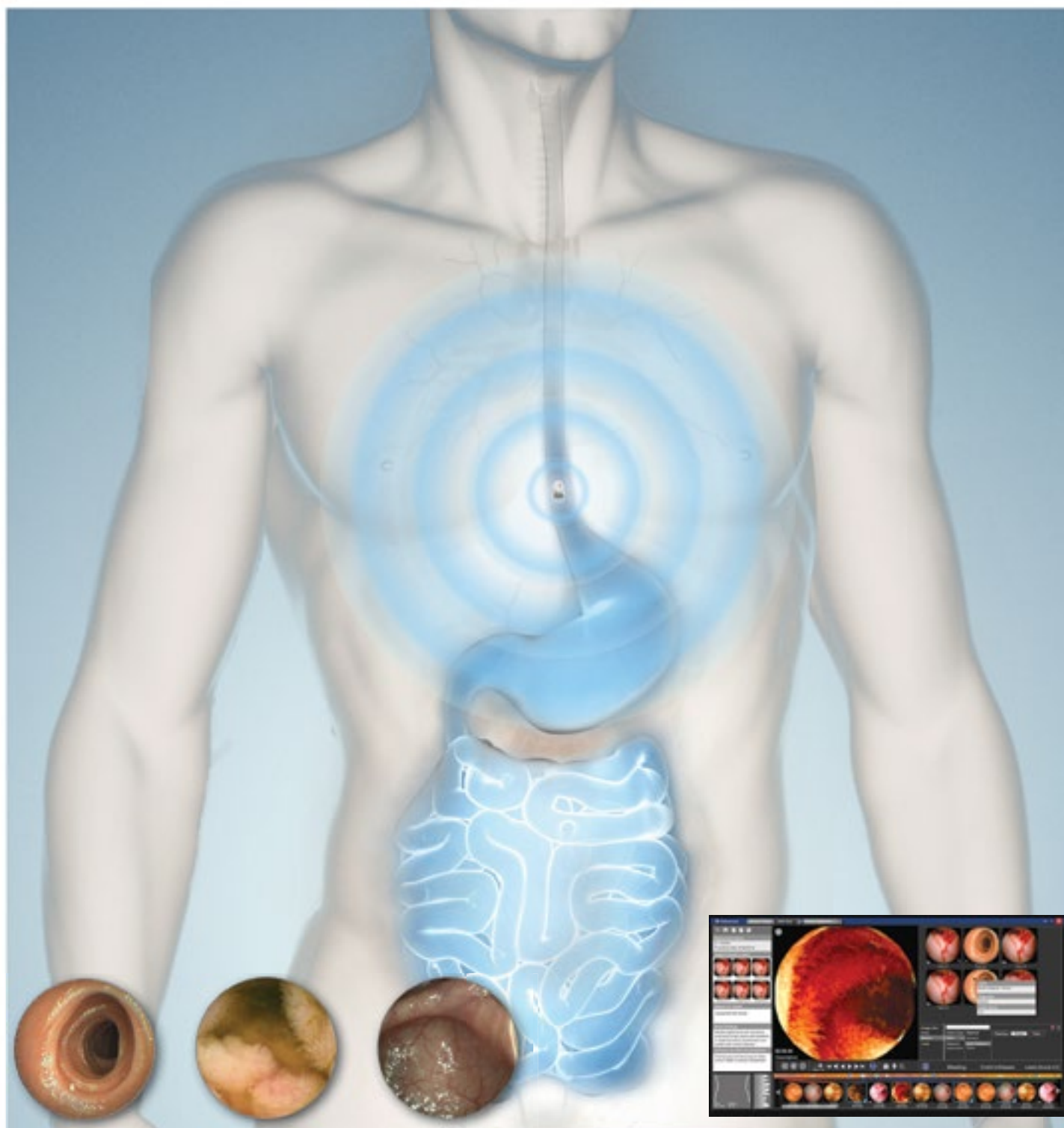
- Test uscat de urează Pronto Dry
- Test lichid Bio Fast



Distribuitor: LOGARITM SRL, Str. Pridvorului 13,  
Bl. 13, Ap. 3, sector 4, București 041202  
Tel./fax 021-3305069, GSM 0726.671.010,

e-mail: log@logaritm.ro, www.testrespiratorhp.ro, www.pronto-drz.ro





## Sistem de videocapsulă endoscopică OMOM

Pentru un diagnostic complet



Distribuitor: LOGARITM SRL, Str. Pridvorului 13,  
Bl. 13, Ap. 3, sector 4, București 041202  
Tel./fax 021-3305069, GSM 0726.671.010,  
e-mail: log@logaritm.ro



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Medic specialist gastroenterolog,  
Dr. în științe medicale



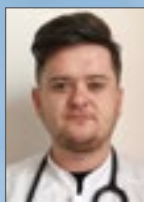
Asist. Univ. Dr. Cătălin Sfarti

Doctor în științe medicale,  
Medic primar Gastroenterologie



Șef de lucrari  
Dr. Irina Gîrleanu

UMF Iași, doctor în medicină,  
m. sp. Gastroenterologie, m. sp. Med. Internă,  
Spitalul Clinic de Urgență, „Sf. Spiridon”



As. Univ. Dr. Ștefan Brăila

Medic gastroenterolog,  
dr. în științe medicale



As. Univ.  
Dr. Ana Maria Sîngeap

Doctor în științe medicale,  
medic gastroenterolog



Conf. Dr Gabriel Constantinescu

Șef secție Departament Gastroenterologie  
Sp Urgență Floreasca



Editor  
Calea Rahovei, nr. 266-268,  
Sector 5, București,  
Electromagnetica Business Park,  
Corp 60, et. 1, cam. 19  
Tel: 021.321.61.23  
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



Noutăți în patologia colorectală <b>Prof. Dr. Ciprian Duță</b>	6
Transplantul fecal de microbiotă intestinală	8
Colonoscopia - investigatie de mare utilitate in prevenția cancerului rectocolonic <b>Conf. Dr Gabriel Constantinescu</b>	12
Noutăți de la CEURGEM 2019	16
Bucharest Live Endoscopy	20
Rolul ecoendoscopiei în tumorile neuroendocrine <b>Dr. Mariana Jinga, Dr. Daniel Vasile Balaban</b>	26
Cardiomiopatia cirotică de la teorie la practica curentă	32
Cursul de Hepatologie de la București - a 6-a ediție <b>Liana Gheorghe M.D. PhD</b>	36
Populația vârstnică și sistemul de sănătate	38

NEW

# ELUXEO Lite

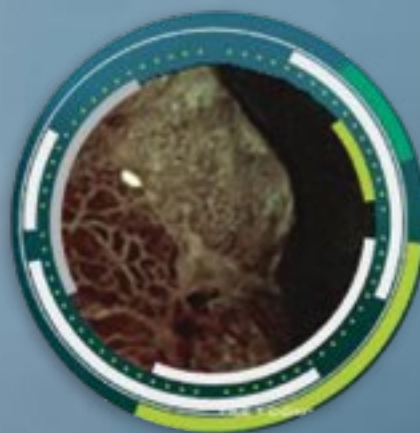
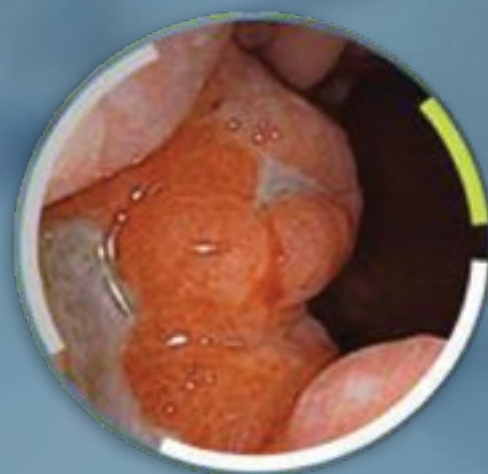
**FUJIFILM**  
Value from Innovation

ELUXEO™ Lite EP-6000 CEA MAI NOUA INOVAȚIE ÎN  
ENDOSCOPIE

PROCESOR VIDEO CU SURSĂ DE LUMINĂ LED ÎNCORPORATĂ



- Sursă de lumină fiabilă cu Tehnologie
- Multi LED
- Imagini și clipuri video de calitate în
- format
- Full HD
- Modul automat de back-up pentru stocarea datelor integrat
- Procesor compatibil cu DICOM



 **SOFMEDICA**  
LIFE SAVING INNOVATION

Calea Bucureștilor, nr.87-91,  
Otopeni, jud. Ilfov  
Tel: 021.308.21.00  
[www.sofmedica.com](http://www.sofmedica.com)  
[info.ro@sofmedica.com](mailto:info.ro@sofmedica.com)



# Noutăți în patologia colorectală

Patologia colorectală ocupă un procent important al activității serviciilor medicale din țară. Acest procent se află în creștere de mai bine de un deceniu. De la banalul „colon iritabil”, trecând prin patologia benignă și ajungând bineînțeles la patologia malignă, toate au crescut ca frecvență anual.



Prof. Univ. Dr. Ciprian Duță

Președintele  
Societății Române  
de Coloproctologie

**C**ancerul colorectal reprezintă cel mai frecvent cancer digestiv și a treia cauză de mortalitate prin cancer după cancerul pulmonar și cancerul genital. Cercetările desfășurate au determinat numeroase îmbunătățiri legate atât de diagnosticul acestor afecțiuni, cât mai ales în tratamentul cancerului colorectal.

Studiile genetice legate de morfologia celulelor tumorale au arătat o diversitate impresionantă a mutațiilor cromozomiale responsabile de apariția tumorilor colorectale. Ca atare, există actualmente o tendință de introducere a tratamentului individualizat a cancerului colorectal, în funcție de determinările genetice ale pacienților.

Tratamentul chirurgical este în continuă perfecționare și adaptare. Chirurgia minim invazivă, laparoscopică și robotică, își găsește locul, atât în diagnosticul cât și în sancțiunea chirurgicală a tumorilor maligne. Protocoalele diagnostice și terapeutice ale Societății Europene de Chirurgie Endoscopică precum și ale Societății Americane de Chirurgie Oncologică recunosc aportul abordului minim invaziv în tratamentul bolnavilor oncologici, cu impact direct asupra complicațiilor postoperatorii, a zilelor de spitalizare și asupra supraviețuirii pacientului. În România procentul intervențiilor minim invazive adresate patologiei colorectale a crescut an de an. Dacă în 2008 numărul intervențiilor prin abord minim invaziv reprezenta 1% din totalul intervențiilor, astăzi acest procent a ajuns

la circa 10 %. Există centre specializate în țară, unde acest procent este mult mai mare, între 20-95 %. Suntem încă departe de tendința europeană, unde acest procent a ajuns să fie mult mai mare, în multe țări depășind procentul intervențiilor clasice.

Societatea Română de Coloproctologie (RSCP) a fost înființată la 7 mai 2010 la Timișoara, apărând ca o necesitate în coordonarea eforturilor specialiștilor în domeniul, chirurgii și gastroenterologii.

Tradițional, congresele acestei societăți se desfășoară în luna martie. Anul acesta, Congresul Societății Române de Coloproctologie se va desfășura în perioada 14-16 martie la Iași. Este pentru a doua oară când acest congres este organizat la Iași de către Prof. Dr. Viorel Scripcariu, Rectorul Universității Gr. T. Popa, Iași, unul dintre fondatori și fost președinte al acestei societăți.

Programul congresului este unul deosebit. În preziua deschiderii congresului se vor desfășura 5 cursuri de pregătire a tinerilor chirurghi și gastroenterologi. Lucrările congresului se vor desfășura de-a lungul a două zile, în 3 săli, având și o sesiune dedicată asistenților medicali.

În cadrul congresului, vor susține prelegeri o serie de 10 lectori invitați, personalități binecunoscute din Europa în patologia colorectală, alături de specialiști din țară, chirurghi și gastroenterologi.

Adăugând acestui program faptul că acest congres se va desfășura la Iași, orașul celor șapte coline, orașul marilor idei, al primei mari Uniri, al primului spectacol de teatru în limba română și al primului muzeu literar memorial, sunt premise ale unui eveniment de excepție unde sunt așteptați toți gastroenterologii și chirurghii interesați de patologia colorectală.

CONGRESUL NAȚIONAL AL  
SOCIETĂȚII ROMÂNE DE  
**COLOPROCTOLOGIE**

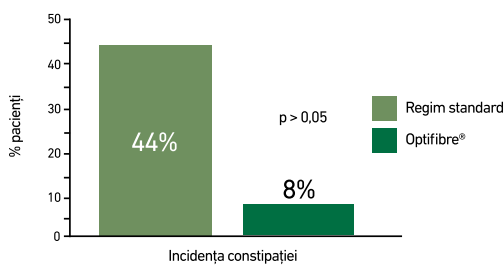
IAȘI, HOTEL INTERNAȚIONAL

14-16  
MARTIE  
2019

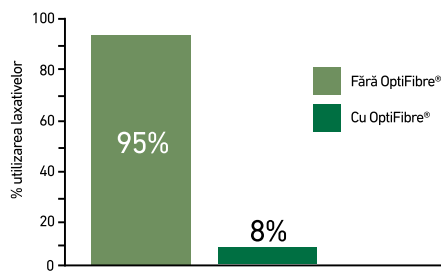
RSCP  
Romanian Society of Coloproctology

**OptiFibre® conține 100% gumă de guar parțial hidrolizată (PHGG) și este dovedit clinic că reduce constipația și ajută la reglarea tranzitului intestinal.** <sup>1,2</sup>

OptiFibre® stimulează peristaltismul și frecvența mișcărilor intestinale, fără a determina diaree.<sup>3</sup>



Consumul de OptiFibre® reduce nevoia utilizării de laxative.<sup>4</sup>



60% dintre pacienți au observat o îmbunătățire a tranzitului intestinal după primele 2-3 zile, iar 87% în mai puțin de o săptămână.<sup>5</sup>

## Cui se recomandă OptiFibre®



Adulți și copii cu vârsta peste 3 ani



Femei însărcinate



Vârstnici

## Recomandare de administrare

Se recomandă administrarea de OptiFibre® treptat, începând cu 1 măsură pe zi. Dacă este necesar, se crește consumul treptat, cu o măsură la fiecare 3 zile. Odată ce tranzitul intestinal s-a reglat, nu mai creșteți numărul de măsuri pe zi.

	Număr de lingurițe de OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-10 ani	
Ziua	Dimineața	Prânz	Seara	Dimineața	Seara
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la ziua 7	1	1	1	1	1
	Doză maximă 5/zi			Doză maximă 3/zi	

Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 3 săptămâni, pentru un efect susținut

OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.<sup>6,7</sup>

## Avantajele OptiFibre®



### 100% din plante

OptiFibre® este 100% de origine vegetală, nu conține gluten, aditivi, arome sau îndulcitori artificiali.



### Gust neutru

OptiFibre® se dizolvă complet și nu are gust sau miros.



### Ușor de utilizat

OptiFibre® poate fi amestecat în lichide sau alimente moi, calde sau reci (ex: apă, iaurt, piure).

### Bibliografie:

1. Giaccari S, et al. La Clinical Therapeutica. 2001;152(1):21-25. 2. Kapoor MP, et al. J Functional Foods. 2017;33:52-66. 3. Homann HH, et al. Clinical Nutrition Supplements 2004. 4. Patrick PG, et al. J Am Diet Ass. 1998; 98; 912-914. 5. Ipsos research, May 2012. 6. Sariano C et al. Long-term fiber intervention program. Journal of the American Dietetic Association 2000s. 100(9):A82. 7. Kasper H et al. Ernährungsmedizin und Diätetik. 12., überarb. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer; 2014.

# Transplantul fecal de microbiotă intestinală

Totalitatea microorganismelor de la nivelul tractului gastrointestinal poartă denumirea de microbiotă. Microbiota intestinală a unui adult reprezintă un ecosistem complex care include în jur de  $10^{14}$  specii de bacterii predominant anaerobe, alături de alte microorganisme precum fungi, paraziți, virusuri și archaea (1). În circumstanțe normale, între gazdă și microbiota intestinală există o relație de tip simbiotic, micro-mediul intestinal conferind protecție printr-o serie de mecanisme de apărare ale mucoasei alături de educarea și maturarea sistemului imun al gazdei, cu un rol central în rezistența la colonizarea de către alte microorganisme. Orice alterare a microbiotei normale poate duce la un dezechilibru între aceasta și gazdă cu repercusiuni asupra gazdei, fenomen ce poartă numele de *disbioză* (2). Se consideră că disbioza este responsabilă de reducerea rezistenței față de colonizarea de către diferiți agenți patogeni, de promovarea proliferării microorganismelor oportuniste și de dezvoltarea unui răspuns imun înăscut și adaptativ modificat (3).



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Medic specialist gastroenterolog,  
Dr. în științe medicale



Prof. Univ.  
Dr. Carol Stanciu

Membru de onoare  
al Academiei Medicale Române



Asist. Univ. Dr. Cătălin Sfarti

Doctor în științe medicale,  
Medic primar Gastroenterologie



Prof. Univ.  
Dr. Anca Trifan

Președinte al Societății Române  
de Gastroenterologie și Hepatologie

**T**ransplantul de materii fecale constă în restabilirea compoziției și a diversității microbiotei intestinale prin instilarea de materii fecale de la un donor sănătos la nivelul tractului digestiv al pacienților cu diverse afecțiuni determinate de disbioza intestinală (4).

Pornind de la rolul deținut de microbiota intestinală în patogenizarea infecției cu *Clostridium difficile* (ICD), prin mecanismul de rezistență la colonizare, numeroase studii au adus în prim plan posibilitatea efectuării transplantului de microbiotă la pacienții cu ICD în vederea ameliorării simptomatologiei digestive. De asemenea, ratele crescute de recurență ale ICD au impus necesitatea identificării unor noi alternative terapeutice, motiv pentru care transplantul de materii fecale s-a dovedit o abordare rațională și de viitor (5).

Deși reprezintă o tehnică preluată din medicina veterinară, s-a demonstrat că utilizarea acestei abordări a determinat o îmbogățire a speciilor bacteriene comensale și, implicit, o creștere a capacității de rezistență la colonizare, cu rezoluția

simptomelor determinate de ICD și prevenirea recurențelor aferente acestei infecții (6).

Eficacitatea transplantului fecal a fost dovedită de multiple și variate studii clinice, aproximativ 92% dintre pacienții incluși în aceste studii, cu o medie între 81-100%, au prezentat remiterea simptomatologiei digestive determinată de ICD. Mai mult decât atât, se pare că transplantul de materii fecale și-a dovedit utilitatea și în tratamentul altor afecțiuni considerate a fi determinate de alterarea microbiotei intestinale, afecțiuni precum bolile inflamatorii intestinale, diabetul zaharat, obezitatea sau sindromul de intestin iritabil (7-11).

Deși interesul pentru această metodă terapeutică este în continuă ascensiune, pentru practica clinică se impune stabilirea cu exactitate a principalelor indicații ale efectuării transplantului fecal de microbiotă intestinală, alături de identificarea donatorului potrivit sau chiar ideal, screening-ul infecțios corespunzător al acestuia și stabilirea metodologiei adecvate de prelevare, procesare și efectuare a transplantului fecal. Conform reco-





## Gaze și amestecuri de gaze pentru uz medical

Oferta SIAD Romania de gaze medicinale este în continuă dezvoltare datorită cooperării cu companiile grupului SIAD din divizia Medicală: Medigas, Magaldi Life și SIAD Healthcare. SIAD, datorită experienței și expertizei sale în domeniul sănătății, este un partener de încredere în furnizarea de soluții medicale globale: gazele, sistemele, echipamentele, tehnologiile și serviciile îndeplinesc cerințele celor mai ridicate standarde de calitate.

The SIAD Group  
Technical gases, Engineering,  
Healthcare, LPG and Natural Gas.

[siad.ro](http://siad.ro)

The SIAD logo consists of a green grid pattern followed by the word 'SIAD' in a bold, green, sans-serif font.

mandărilor actuale, transplantul fecal de microbiotă intestinală este indicat ca opțiune terapeutică în cazul pacienților cu ICD recurentă, precum și în formele de ICD refractare la antibioterapie (12).

Screening-ul donatorilor reprezintă o etapă importantă în realizarea transplantului fecal datorită riscului de transmitere a unor variați agenți patogeni. De regulă, materiile fecale sunt prelevate de la membrii familiei, prieteni apropiați sau de la donatori anonimi, fără înregistrarea unor diferențe notabile legate de eficiență (13). În general se recomandă selecția unor donatori fără istoric de afecțiuni autoimune, metabolice sau neoplazice. De asemenea, potențialii donatori sunt excluși dacă au urmat antibioterapie cu 3 luni anterior procedurii sau primesc tratament cu agenți imunosupresivi sau chimioterapici (14).

Ghidurile actuale recomandă identificarea unui *donator ideal*, care ar trebui să întrunească criterii precum: vârstă între 18-65 de ani, indice de masă corporală <30 kg/m<sup>2</sup>, cu absența unui istoric de boli cronice, spitalizări sau călătorii în regiuni cu risc infecțios, alături de un screening infecțios negativ. Mai mult decât atât, dacă la aceste criterii se adaugă și prezența unei biodiversități microbiene ridicate, eficiența transplantului fecal este mai mare și vorbim despre conceptul de *super-donor* (12).

Este decisivă excluderea hepatitelor virale, a sifilisului, a tuberculozei, precum și expunerea la virusul imunodeficienței umane. Prezența obezității morbide, a sindromului de intestin iritabil, a bolilor inflamatorii intestinale, a afecțiunilor psihiatrice, autoimune sau a neoplaziilor digestive, reprezintă contraindicații pentru selecția viitorilor donatori (12).

Procedura de pregătire a materiilor fecale este relativ simplă și constă în suspendarea acestora în soluții saline, apă sau lapte. Ulterior, se omogenizează amestecul prin utilizarea unui blender, apoi se filtrează pentru îndepărtarea particulelor mari.

Cantitatea de scaun folosită pentru preparare variază între 30 și 50 de grame, iar volumul suspensiei obținute ce va fi întrebuințat pentru transplantul fecal este de 200-500 ml, date recente indicând un prognostic mai bun în cazul folosirii unei cantități mai mari de suspensie (15). Amestecul obținut poate fi administrat la nivelul tractului digestiv superior prin intermediul sondei nasogastrice/nasoduodenale și al endoscopiei digestive superioare, iar la nivelul tubului digestiv inferior cu ajutorul colonoscopiei, rectosigmoidoscopiei sau al clismei.

Nu există un consens cu privire la modalitatea de administrare a microbiotei fecale. Studiile actuale indică faptul

că realizarea transplantului fecal prin intermediul colonoscopiei este sigur, bine tolerat și ușor de efectuat (16). De asemenea, endoscopic, tehnica rămâne la fel de facilă, dar implică un disconfort al pacienților, alături de riscul de vărsături și de aspirație (17).

Totuși, această metodă terapeutică nu este lipsită de efecte adverse, atât pe termen scurt cât și pe termen lung (18). Printre efectele adverse imediate se numără diareea, constipația, flatulența, durerile abdominale, vărsăturile și febra tranzitorie (19,20). Aceste simptome sunt limitate și se remit după 48 de ore de la efectuarea transplantului fecal.

În ceea ce privește efectele pe termen lung ale transplantului fecal, acestea pot fi de natură autoimună sau infecțioasă. Un studiu relativ recent în cadrul căruia pacienții au fost urmăriți timp de peste 3 luni după efectuarea transplantului fecal, a raportat apariția unor afecțiuni precum neuropatia periferică, sindromul Sjogren, purpură trombocitopenică idiopatică și artrita reumatoidă (21).

Cu toate că transplantul fecal de microbiotă reprezintă o terapie promițătoare pe viitor, dovedindu-și eficiența la pacienții cu ICD recurentă, sunt necesare noi studii care să ateste siguranța efectuării acestei tehnici și în alte afecțiuni asociate cu perturbări ale microbiotei intestinale.



# Nutricomp®

Partener de nutriție pentru îmbunătățirea  
calității vieții





# Colonoscopia - investigație de mare utilitate în prevenția cancerului rectocolonic

În ultima decadă foarte mulți pacienți (nu neapărat medici) se adresează nouă cu solicitarea efectuării unei colonoscopii, invocând faptul că deja au „o vârstă” și deși nu au simptome, vor să fie expertizați pe linia cancerului de colon.



**Conf. Dr Gabriel Constantinescu**

Șef secție Departament  
Gastroenterologie Sp Urgență  
Floreasca

## Problemele actuale ale cancerului recto-colonic.

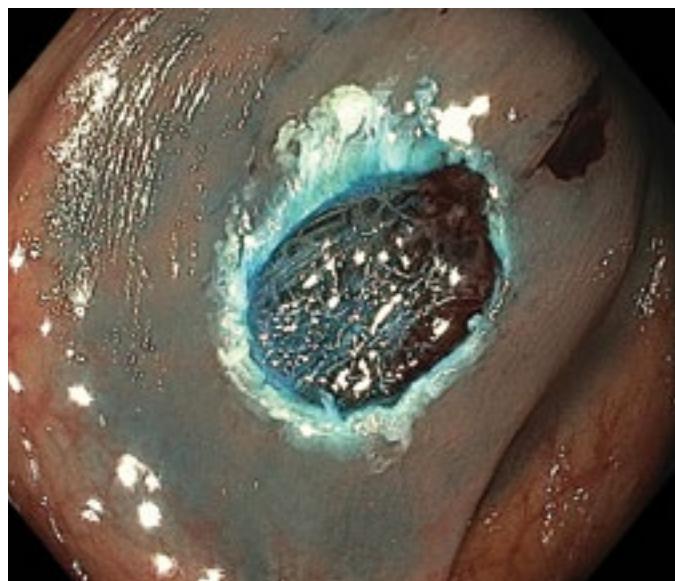
La ora actuală țările cu un mod de viață european sau vest-atlantic au un scor al mortalității prin malignități aproape egal cu acela provocat de bolile cardiace. Mai mult, în decadele 4, 5, 6, 7 și 8 bolile maligne sunt în fruntea listei de decese în populația generală. Cancerul rectocolonic contribuie „din plin” la această statistică funestă, fiind pe locul

4 la capitolul prevalență a malignităților după cele de plămân, sân, prostată.

Dincolo de aceste realități concrete, există și posibilitatea de a ne lupta cu succes cu această afecțiune. Cancerul colorectal are precursori - polipii colonici, ce pot fi diagnosticați cu câțiva ani înainte și atunci când sunt identificați și eliminați - cancerul nu se mai produce. Mai mult vârful de prevalență a cancerului rectocolonic este poziționat relativ grupat după 50-55 de ani, așa încât, dacă investighezi colonul și elimini polipii înainte de această vârstă, reduci considerabil dimensiunea malignității ce se poate dezvolta mai târziu. În țările cu o medicină dezvoltată soluționarea aceste probleme a impus lansarea de screening-uri în populația generală și în special efectuarea cu o regularitate de 5 ani de colonoscopii totale după vârsta de 45-50 de ani.

## Ce trebuie să facem noi în România, pacienți și medici, în lipsa unei strategii pentru depistarea cancelului colorectal?

Este evident că sistemul nostru medical nu dispune la ora actuală de resurse pentru screening-ul populației generale bazat pe colonoscopie - lipsurile fiind la toate capitolele: bani, laboratoare, personal medical etc. Dat fiind acest impediment administrativ, oamenii apelează la metode de screening „individual” - au aflat din diverse surse de informare, inclusiv de la medicii curanți, că după 50 de ani este bine să îți faci o colonoscopie. Prin urmare problema se dezvoltă în



**EchoLaser Thermotherapy:  
Ultrasound Guided Laser Ablation**  
**Micro-invasive,  
Innovative,  
Fast,  
Precise.**

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

**Advantages**

- Micro-invasive approach with very fine needles
- No general anesthesia
- No hospitalization
- Short recovery time
- No marks and scars on the body

**Core Applications**

-  **MODiLite™** Neck lesions (in particular benign thyroid nodules)
-  **SORACTELite™** Kidney and Prostate (mainly BPH)
-  **PBLite™** Liver cancer (primary and metastatic lesions)



Disposable Optical Fibre Kit



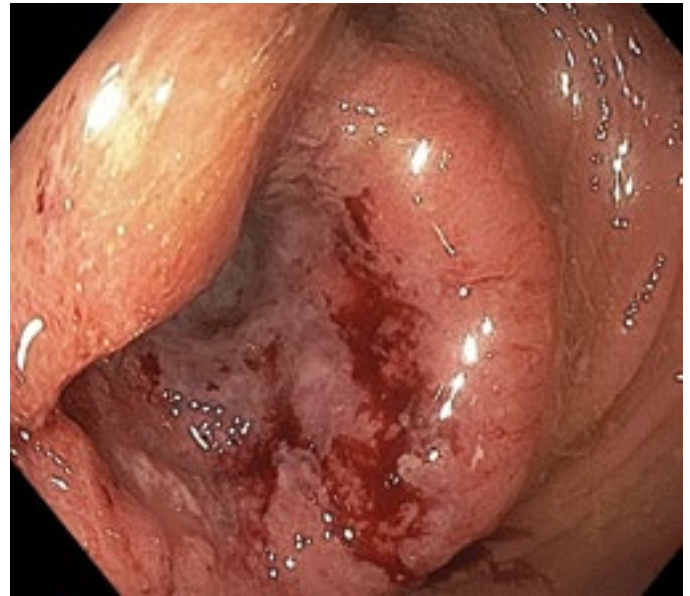
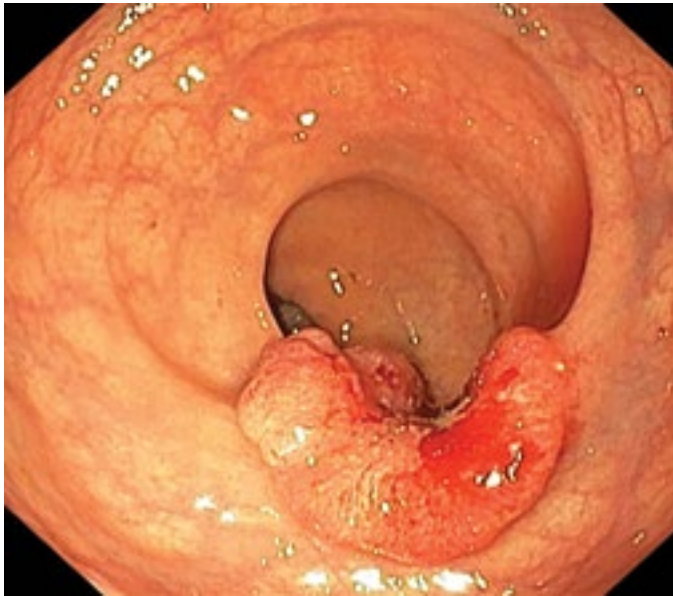
Multi-fibre Biopsy Software



Multi-fibre Guiding System







special pe direcția ambulatoriilor private ce utilizează fonduri directe de la pacient sau rambursate prin casa de asigurări de sănătate. În ultimii ani dezvoltarea ambulatoriilor spitalelor publice pe contracte finanțate de „Casă” a surmontat într-o oarecare( dar promițătoare) măsură lipsa colonoscopiilor de prevenție.

## Ce este examenul colonoscopic ?

Se utilizează un instrument complex, colonoscopul și sistemul video aferent. Colonoscopul explorează toată lungimea rectocolonului cu o magnificație de 20 - 60x. Sunt identificate leziuni mari cum ar fi cancerul rectal și colonic dar și modificările incipiente: polipii și leziunile polipoide plate. Datorită canalului de lucru, leziunile descrise se pot biopsia sau chiar îndepărta prin exereză totală în cazul în care nu sunt din categoria malignităților invazive. În România examenul colonoscopic este efectuat în special de gastroenterologi - care primesc încă din rezidențiat educație în acest sens; într-o mai mică măsură alte specialități practică această examinare - mai ales acolo unde sunt resurse medicale deficitare.

## Cum se efectuează colonoscopia?

Dat fiind că explorarea este una de tip optic, este o necesitate stringentă ca mediul în care aparatul lăunează să fie curat. Practic intestinul se curăță cu substanțe speciale - cele mai utilizate pe bază de po-

lietilenglicol - și astfel vizibilitatea creată permite o explorare de acuratețe. Practic pregătirea pentru colonoscopie presupune pentru câteva zile administrarea unei diete fără rezidii. Cu circa 12-20 de ore înaintea explorării(asta depinde dacă investigația se efectuează dimineața sau seara) pacientul ține post alimentar strict și cu 2-4 ore și post hidric. În acest interval de timp singura ingestie este, evident, substanța de curățare a colonului, fapt ceea ce face ca în cele mai multe cazuri, pregătirea colonoscopiei să fie mai dificilă decât investigația însăși. Prefațez cu aceasta una dintre cele

mai mari probleme ale examenului colonoscopic: dorința, adesea exprimată chiar de pacient chiar de la început, de a nu avea dureri, de „a nu simți nimic”. Actualmente există tehnici diverse de analgesedare cu Midazolam, cu Propofol - medicamente care permit efectuarea acestei proceduri în condiții confortabile atât pentru pacient dar și pentru medic. În plus utilizarea ca agent de insuflare a bioxidului de carbon(în loc de aer) reduce semnificativ disconfortul subiectului. Practic pacientul vine la explorare în condiții de ambulator și pleacă după 1-3 ore tot „pe picioare”.

## În final cum îl ajutăm pe pacient în direcția prevenirii sau diagnosticării cancerului rectocolonic?

Așa cum am spus pacientul poate să solicite efectuarea unei colonoscopii fie că are simptome fie că este asimptomatic dar are o vârstă de peste 45-50 de ani, are antecedente familiale de cancer colorectal sau alți factori de risc. În principiu logica colonoscopiei preventive (screening) este identificarea și exereza leziunilor aflate în avanscena cancerului colorectal: polipii rectocolonici. Rezeția endoscopică este relativ simplă, cu o bună curabilitate, puține complicații și este cert cost-eficientă. La ora actuală medicii endoscopiști cu experiență efectuează polipectomie „din prima” fără prelevare de biopsie, rezeția leziunii polipoidale fiind un gest diagnostic și terapeutic în același timp(figurile 1.1 și 1.2). În momentul în care la examenul colonoscopic găsești o leziune malignă invazivă(figurile 2 și 3) ea poate să fie curabilă prin chirurgie sau nu. Oricum în momentul în care ajungi într-o fază chirurgicală te afli deja într-o etapă în care controlul bolii, costurile ei, complicațiile precum și sechelele funcționale sunt semnificativ mai importante decât dacă se reușește identificarea patologiei în faza incipientă de curabilitate pe cale endoscopică.

Pentru a sumariza: dacă dorim să „prindem” cancerul rectocolonic în faza incipientă de leziune polipoidă curabilă endoscopic, trebuie să facem screening după vârsta de 45-50 de ani fie că avem simptome sau nu. Este bine ca pacientul să discute cu medicul endoscopist și să fie de acord, în măsura posibilului, cu exereza polipilor în aceeași sesiune în care sunt identificați. Abordarea în această manieră, la nivel de screeninguri naționale a scăzut de peste 2x prevalența și fatalitatea cancerului colonic într-o țară ca SUA.



## Imagini HD

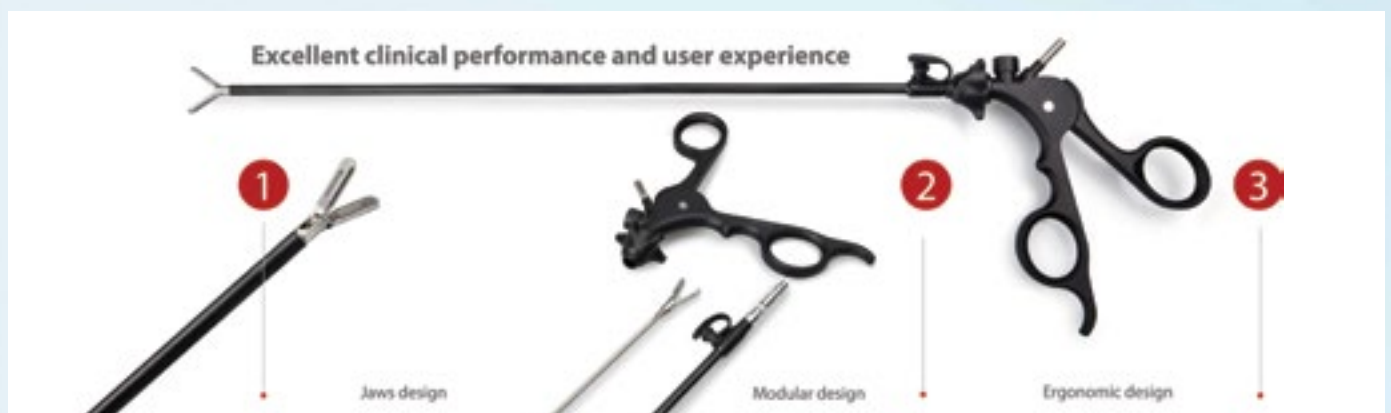
Procesorul de imagini AQ-100 este echipat cu tehnologie avansată CCD pentru filtrarea imaginilor. Acesta poate proteja culoarea endoscopică și prezintă imagini de calitate superioară.



## Compound Band Imaging, CBI



Poate realiza colorarea optică la vasele de sânge și structura superficială a fibrelor, utilizând ieșiri de lungime de undă de 420 nm și 520 nm. Tehnologia poate îmbunătăți în mod semnificativ detectarea timpurie a cancerului și face posibil ca tratamentul inițial precoce să fie găsit. În prezent, CBI a fost aplicată pe scară largă diagnosticului esofag Barrett, descoperirea cancerului gastric timpuriu și clasificarea NICE a cancerului intestinal, cancerul pulmonar precoce și cancerul de gât.



**Digi Medical Tehnic:** Str. Doctor Aurel Lazăr, Alba Iulia, Jud. Alba, Tel: 0774.036.877, office@digi-medical.ro, www.digi-medical.ro

**Aparatură medicală și service**

# Noutăți de la CEURGEM 2019

**Interviu cu Prof. Dan Dumitrașcu, UMF "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca, Co-președinte al Congresului Central European de Gastroenterologie CEURGEM 2019**

**Domnule profesor, tocmai s-a încheiat la Timișoara un eveniment important pentru gastroenterologii din Europa Centrală. Despre ce este vorba?**

De fapt este un eveniment care a înglobat două manifestări științifice simultane. Este vorba despre organizarea împreună a Congresului Central European de Gastroenterologie CEURGEM 2019, urmat imediat de Cursul Postgraduat despre Îmbătrânire și Bolile digestive. Manifestările s-au deschis în 13 februarie și s-au încheiat în 16 februarie, beneficiind de peste 100 audienți înscriși.

**Vă rog să ne spuneți ce este CEURGEM?**

Congresul Central European de Gastroenterologie având acest acronim reprezintă o serie de manifestări biennale care s-au deschis în anul 2000 la Portoroz, Slovenia, ca rezultat al dorinței câtorva gastroenterologi din Europa Centrală (Peter Ferenci, Viena, refugiat din Ungaria cu părinții în 1957), Ferenc Szallai din Budapesta și Saša Markovic din Ljubljana. Era perioada de afirmare a țărilor emergente ale fostului bloc din Est și inițiativa (care în acea perioadă nu includea România!) a fost binevenită. Inițiativa acestor reuniuni a fost preluată de binecunoscuta personalitate Guenter Krejs din Graz, care ne-a încredințat organizarea pentru prima dată la noi în țară la Cluj-Napoca în 2012. A fost un succes, așa încât după ce alte reuniuni s-au desfășurat la Gdansk și Budapesta, am fost solicitați din nou să o găzduim. Cu colaborarea și sprijinul deosebit al Profesorului Ioan Sporea și al echipei sale, iată țara noastră gazda



unui nou CEURGEM, încununat din nou de aprecieri deosebite din partea invitaților și audienței. Timișoara este orașul central-european model și mă bucur că am organizat reuniunea aici. Ce am adus nou a fost extinderea spre Est, având invitați din Bulgaria și din Moldova.

**Ce s-a discutat la această conferință?**

Programul a inclus mai multe sesiuni tematice de mare interes, așa încât participanții au preluat informații din diverse subdomenii ale gastroenterologiei. Programul științific a fost de mare valoare și a permis participanților (peste 100 de medici înscriși și prezenți în sală) să beneficieze de prezentări foarte utile și de actualitate. Aș menționa calitatea și diversitatea lectorilor. Din țara noastră au fost reprezentate toate centrele importante de gastroenterologie, cu liderii de opinie și cu juniorii.

Au mai susținut prelegeri oaspeți din Ungaria, Austria, Croația, Polonia, Cehia, Serbia. Amintim din cuprins mai multe prezentări: Hegyi, Szeged: Rolul medicinei translaționale în gastroenterologie, chiar la deschidere; Agata Mulak, Wrocław: Dispepsia funcțională; Heinz Hammer, Graz: Erori în intoleranțele alimentare, cu accent pe deosebirea dintre intoleranță și alergie; Istvan Altorjay, Debrecen: Nutriție și cancerul digestiv. Hepatologia a continuat cu o sesiune moderată de Liana Gheorghe, București și Ioan Sporea, Timișoara. A doua zi am mai avut o sesiune de hepatologie moderată de Carmen Fierbințeanu, București și Laszlo Herszenyi Budapesta. La sesiunea de endoscopie moderată de Andrada Seicean, Cluj-Napoca și Tomas Hucl, Praga s-au discutat probleme de endoscopie intervențională de mare interes. Nu a lipsit sesiunea de boli inflamatorii intestinale moderată de profesorii Anca Trifan, Iași și Mircea Diculescu,



# Regulatpro® Intotdeauna sănătos!



## Regulatpro Bio

Regulatpro Bio este produs prin fermentare în cascadă - o metodă unică patentată în anul 2004. Reprezintă concentrat bioactiv care conține fragmente enzimatiche: di-, tri- și oligopeptide, precum și polifenoli, flavonoide și componente probiotice din fructe, miezuri și legume, cultivate în condiții ecologice semănțe. Regulatpro Bio reface sinteza enzimelor din organism și mărește producerea de ATP în celule.

- ✓ Reglează procesele biochimice normale din corp
- ✓ Duce la detoxifiere rapidă și eficientă
- ✓ Reduce stresul oxidativ
- ✓ Menține echilibrul acido-bazic în limite fiziologice
- ✓ Stimulează imunitatea nespecifică
- ✓ Reglează și menține flora intestinală normală

## Regulatpro Metabolic

Regulatpro Metabolic este un supliment alimentar care activează procesele enzimatiche din corp. La concentratul bioactiv de fragmente enzimatiche din Regulatpro Bio sunt adăugate vitamine din grupul B, vitamina C, vitamina D, minerale și microelemente, care acționează ca și cofactori naturali ai enzimelor sistemice.

- ✓ Influențează metabolismul glucozei
- ✓ Normalizează metabolismul proteinelor
- ✓ Consolidează imunitatea
- ✓ Ajută funcționarea mușchilor și a țesutului conjunctiv
- ✓ Creează o protecție puternică antioxidantă
- ✓ Menține echilibrul electrolitic
- ✓ Elimină oboseala
- ✓ Ajută la reducerea greutateii

Regulatpro Bio și Regulatpro Metabolic nu conțin coloranți, conservanți, alcool, zahar, gluten, lapte sau potențiatori de aromă, potrivite pentru vegani. O doză de 100 ml Regulatpro Metabolic este egală cu o unitate de pâine.





Profesorii Guenter Kreijs, Graz, Dan Dumitrașcu Cluj-Napoca și Ioan Sporea, Timișoara, organizatorii CEURGEM 2019



În audiență: Heinz Hammer, Graz, Shirin Charles secretarea EAGEN, Agata Mulak, Wrocław; rândul 2 Peter Hegyi Szeged; în spate Marko Banic, Zagreb



În pauză: Peter Malfertheiner, Muenchen și Alexandru Babin, Chișinău

București. A fost organizată și o bogată sesiune de postere, care a cuprins peste 30 de e-postere.

### Ce ne puteți relatea despre cursul de geriatrie gastroenterologică?

Într-adevăr, la 2 ore după terminarea CEURGEM și anunțarea ediției următoare la Belgrad, a urmat Cursul Postgraduat despre Îmbătrânire și bolile digestive sponsorizat parțial de Uniunea Europeană de Gastroenterologie. Cursul a fost organizat de EAGEN (Asociația Europeană de Gastroenterologie, Endoscopie și Nutriție, Prof. Peter Malfertheiner, Muenchen); Societatea Română de Gastroenterologie și Hepatologie (prin Dan L Dumitrașcu și Ioan Sporea) și cu colaborarea Grupului European de Studiu al H. pylori și al Microbiotei (reprezentat de Francis Megraud, Bordeaux) și al Societății Europene de Gastroenterologie în Îngrijirea Primară reprezentată de Pierluigi Fracasso, Roma și Pali Hungin (Dunham). Este a doua oară după Budapesta că CEURGEM este cuplat cu un curs postgraduat EAGEN. Acest curs de o zi a adus nume mari ale gastroenterologiei europene. Iată subiectele prezentate: Îmbătrânirea la interfața dintre biologie și cultură (Piero Portincasa, Bari); Mecanisme moleculare ale îmbătrânirii (Luigi Ricciardiello, Bologna); Sănătate și boală la vârstnici: provocările gastroenterologului (Carol Stanciu, Iași); Constipația la vârstnici (Amritpal P. Hungin, Dunham); Diverticuloza la vârstnici (Pierluigi Fracasso, Roma); Modularea microbiotei (Peter Malfertheiner, Magdeburg și Muenchen); Gabriel Prada (București), a prezentat perspectiva epidemiologică a bolilor digestive. În ultima zi au fost organizate sesiuni interactive de prezentare de cazuri precum și o masă rotundă de oncologie digestivă, la care au participat Dominik Noerenberg (Muenchen) ca radioterapeut, Jaroslaw Regula (Varșovia) ca oncolog digestiv și Cătălin Vasilescu (București) chirurg. Iar pentru încheiere, Profesorul Regula a susținut pentru cei tineri o lecție despre cum să faci o prezentare frumoasă.

**Mulțumim pentru interviu și felicitări pentru reușita lor!**

# CREAT PENTRU A FI UN + NOU STANDARD

Dezvoltat in colaborare cu o agentie de design industrial recunoscuta in lume, platforma Aixplorer MACH 30 dispune de inovatii create pentru a oferi utilizatorului solutii revolutionare si de a crea fluxuri intuitive de examinare si inovatoare pentru diagnostic mult mai usor de realizat.



Mai multa  
productivitate si  
confort vizual...

- Formatul imaginii s-a marit (1)
- Ecrane mai mari (2)
- Panou tactil inclinabil (3)
- Inaltime reglabila motorizata (4)
- 4 conectori fara pini (5)
- Franare centrala in trei pozitii (6)
- Flexibilitatea miscarilor panoului de comanda

...pentru performante in  
diagnostic si fluxuri optime  
de examinare .



# Bucharest Live Endoscopy

Endoscopia digestivă a devenit esențială în curricula de pregătire a tinerilor gastroenterologi. Luând în considerare evoluția rapidă a procedurilor și invetiilor endoscopice, acest eveniment vine ca raspuns la nevoia de a fii mereu la curent cu noutatile în lumea endoscopiei. Conferinta Bucharest Live Endoscopy poate fi atat o initiere în lumea endoscopiei pentru tinerii rezidenti sau o actualizare a cunostintelor și punere în temă a noilor proceduri sau ghiduri în cazul medicilor experimentați. Bucharest Live Endoscopy este structurată în 2 părți: prezentări live ținute de experți în domeniu din diferite țări (Statele Unite ale Americii, Belgia, Japonia, Cehia), respectiv cazuri clinice și transmisiuni live cu proceduri diagnostice și terapeutice de actualitate sau inovatoare. Prezentările de caz și modalitățile diferite de management ale diferitor situații clinice pot fi utile în practica de zi cu zi a medicilor. Sesiunile live permit interacțiunile în timp real cu experții și posibilitatea de adresa orice tip de întrebare, fiind un eveniment de tip educațional.

**S**copul acestei conferințe este actualizarea cunostinelor medicale prin prezentări științifice orale și intervenții endoscopice de profil efectuate de experți în domeniu din toată lumea.

Majoritatea deciziilor medicale sunt luate în echipa multidisciplinara, astfel Bucharest Live Endoscopy se adresează atat medicilor gastroenterologi, cât și medicilor cu diferite specializări: chirurgie, radiologie și oncologie.

Evenimentul se va desfășura sub egida Societății Române de Gastroenterologie (SRGE), Uniunea Europeană de Gastroenterologie (UEG), Societatea Europeană de Gastroenterologie, Endoscopie și Nutriție (EAGEN), Grupul Român al Tinerilor Gastroenterologi (GRTG). Grupul Român al tinerilor Gastroenterologi, înființat în urmă cu un an urmărește dezvoltarea profesională a medicilor până în 40 de ani, oferind taxe reduse la Bucharest Live Endoscopy pentru membrii săi. Mai mult, GRTG intervine în

educația medicală a tinerilor medici. Cu țelul de a crește colaborarea între tinerii gastroenterologi și spitalele de prestigiu GRTG a organizat activități de tipul hands-on training în ERCP: ediție de 2 zile în care 2 tineri medici au avut oportunitatea de a învăța proceduri intervenționale în cadrul echipei de ERCP a Spitalului Clinic de Urgență București.

Ediția de anul acesta va fi cu totul deosebită prin organizarea unui curs precongres: Bucharest NutriGastro. Nutriția are un mare impact în prognosticul pacientului, căpătând din ce în ce mai multă importanță în strategiile de management al diferitelor patologii. Mai mult, studiile arată efectul benefic al diverselor scheme de nutriție în accelerarea vindecării sau chiar menținerea remisiunii diverselor boli. Scopul acestui curs pre-congres este de a pune în evidență strategii diverse de a aborda pacienții cu diverse patologii gastrointestinale (pancreatită sau post-intervenții chirurgicale pancreatice, post-intervenții bariatrice, obezitate, boli inflamatorii intestinale, sindrom de intestin

iritabil, necesitatea și pașii esențiali în montarea endoscopică a gastrostomelor, oncologia digestivă). Prof dr Davor Stimac și prof dr Heinz Hammer sunt experți în domeniu, participanți ai cursului NutriGastro ce vor împărtăși experiența lor vastă, acumulată în ani buni de activitate. Mai mult tinerii gastroenterologi vor avea începând cu anul acesta oportunitatea de a-și testa abilitățile practice pe simulatoare de endoscopie. Acestea vor fi disponibile la locația congresului (World Trade Center București) pentru orice doritor, cu condiția înscrierii pe o listă provizorie în ziua respectivă.

Bucharest Live Endoscopy se va desfășura pe parcursul a 2 zile: 10-11 mai 2019, precedat de cursul Bucharest NutriGastro pe 9 mai 2019 (curs centrat pe nutriție). Ambele evenimente vor avea loc la World Trade Center București, amfiteatrul New York, în zilele 9-11 mai 2019, începând cu ora 8:30 cu ajutorul AGOMedia. Transmisiunile live vor fi înregistrate din cadrul sălilor de endoscopie ale Spitalului Clinic de Urgență București.

Vă așteptăm cu ospitalitate și căldură la a doua ediție a conferinței Bucharest Live Endoscopy și la cursul pre-congres Bucharest NutriGastro pentru un nou val de intervenții endoscopice efectuate de experți internaționali din domeniu și prezentări orale din subiectele „fierbinți” din lumea gastroenterologiei.

Mai multe informații găsiți la [www.bucharestliveendoscopy.ro/](http://www.bucharestliveendoscopy.ro/)





REFLUX

ACIDITATE

DIGESTIE  
DIFICILĂ

# Bianacid<sup>neo</sup>

Îți cunoaște și are grijă de stomacul tău



Cu  
poliprotect



Din Cercetarea Aboca, Poliprotect,  
un complex molecular vegetal  
și mineral care combate rapid  
arsurile și calmează refluxul.



WITH INGREDIENTS  
FROM ORGANIC  
FARMING



POATE FI ADMINISTRAT ÎN  
TIMPUL SARCINI  
ȘI ALĂPTĂRII



gluten  
free

ESTE UN DISPOZITIV MEDICAL CE 0373  
Citiți cu atenție avertizările și instrucțiunile de utilizare

Producător: Aboca S.p.A. Società Agricola - Loc. Aboca, 20 - 52037 Sansepolcro (AR) - Italia  
Distribuitor: SC Green Net SA, Str. Malul Roșu nr. 4, com. Balotești, jud. Ilfov, cod poștal 077015, România  
[www.aboca.com](http://www.aboca.com)

*Aboca*  
Inovație pentru sănătate

# Heredigene

## Cea mai sigură metodă de analiză a sindroamelor cancerului ereditar

### Verificat cu date incluzând pacienți Români.

Laboratorul Genekor Medical SA, înființat la începutul anilor 2000, deține mulți ani de experiență în domeniul geneticii oncologice și a efectuat mii de teste de-a lungul timpului în ceea ce privește sindroamele cancerului ereditar. Testul performat în cadrul laboratoarelor central-europene pentru patologiile ereditare (HerediGENE) este conceput pentru a oferi informații complete și sigure atât pacienților, cât și medicilor în vederea implementării unui tratament individualizat fiecărui pacient. Acest panel este conceput pentru atingerea nivelului maxim de sensibilitate și specificitate. Heredigene este validat și dezvoltat având ca suport ghidurile societăților internaționale de oncologie.

Toate descoperirile sunt clasificate prin utilizarea celor mai sigure și actualizate baze de date, prin algoritmi analizei în silico. Secvențierea de Ultimă Generație (Next Generation Sequencing -NGS) este utilizată pentru analiza în totalitate a acestui panel de 36 de gene implicate în sindroamele cancerelor ereditare. Amplificarea cu probe de înaltă specificitate a regiunii cromozomiale de interes (MLPA) este o tehnică inclusă de asemenea în panelul HerediGENE, această metodă fiind utilizată pentru detecția anumitor anomalii la nivel genic, fiind o metodă de biologie moleculară înalt performantă practică în laboratoarele de vârf la nivel mondial.

Predispoziția pentru tumorile ereditare este răspunzătoare pentru aproximativ 5-10% din toate cazurile diagnosticate cu cancer. Sindromul ereditar pentru carcinomul mamar și ovarian este cel mai frecvent diagnosticat atunci când există mai multe cazuri de patologie mamară și/sau ovariană într-o singură familie. De asemenea, persoanele eligibile pentru testările ce au ca scop determinarea riscului ereditar sunt persoane care au dezvoltat o afecțiune tumorală la o vârstă fragedă, persoane cu multiple tumori primare, generații consecutive ale unei familii cu patologii dezvoltate, incidență tumorală rară la orice vârstă, persoane afectate de diagnostic tumoral bilateral, etc. În trecut, analiza unei singure gene era utilizată pentru determinarea cauzei moștenirii genetice a cancerului în anumite familii. În cadrul unora dintre aceste familii, cauza genetică care stă la bază nu este cunoscută; totuși, multe dintre aceste cazuri sunt



declanșate de modificări (mutații) în genele BRCA1, BRCA2, PTEN, TP53, CDH1 sau STK11 (care sunt asociate sindromului patologic ereditar). Genele suplimentare, precum CHECK2, BRIP1, RĂD51 și ATM, sunt asociate carcinomului mamar și/sau familiei de patologii maligne ginecologice în anumite cazuri. Aproximativ 15-20% din femeile diagnosticate cu tumori la nivelul sânelor au un istoric familial semnificativ (două sau mai multe rude de gradul I sau de gradul II cu diagnostic de carcinom mamar). Aplicarea tehnologiei NGS (Secvențiere de Ultimă Generație) a facilitat analiza panelurilor multigene și este adesea utilizată în practica medicală, pentru identificarea indivizilor cu afecțiuni tumorale predispuși la mutații ale genelor.

În ultimii ani a fost înregistrată o creștere importantă a numărului de examinări ale persoanelor cu risc crescut din cauza anomaliilor genetice ereditare, acest fapt reducând la minimum șansele de apariție a bolii.

Un studiu efectuat recent de către GeneKor Medical SA a investigat 1197 de indivizi din Grecia, România și Turcia, cărora le-a fost recomandat laboratorul recunoscut la nivel central-european pentru testări genetice. Analiza genelor implicate în predispoziția ereditară a fost efectuată prin utilizarea metodei NGS care secvențiază ADN-ul acestor gene, permițând citirea la scară largă. Cele 36 de gene care alcătuiesc panelul Heredigene (APC, BMPR1A, BRCA1, BRCA2, CDH1, CDK4, CDKN2A, EPCAM, MEN1, MLH1, MSH2, MSH6, MUTYH, PALB2, PMS2, PTEN, RET, SMAD4, STK11, TP53,





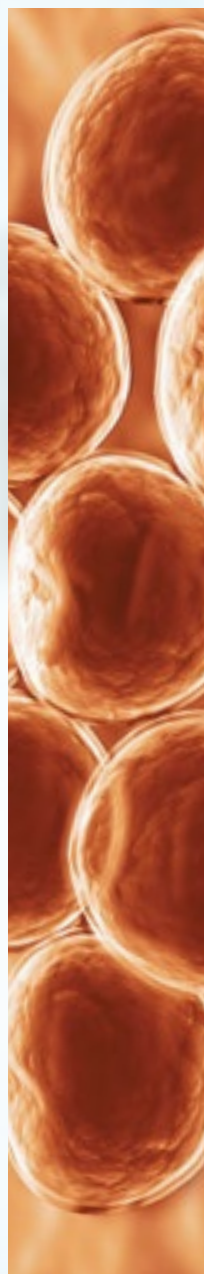


VHL, ATM, BRIP1, CHEK2, NBN, RAD51C, RAD51D, BARD1, BLM, CHEK1, ABRAXAS1, MRE11, NF1, RAD50, RAD51B, XRCC2) au fost secvențiate în întregime folosind tehnologia NGS Illumina și, mai mult, prezența rearanamentelor genomice mari (LGRs) a fost investigată prin analiza de calcul și prin utilizarea tehnicii MLPA, respectiv Amplificarea cu probe de înalta specificitate a regiunii cromozomiale de interes, această tehnică fiind



utilă în identificarea persoanelor care prezintă suspiciune cu privire la posibile mutații ale genelor BRCA1 și BRCA2, mutații ce nu au fost captate prin secvențiere, având ca rezultat final implementarea unui tratament individualizat.

Studiul efectuat a arătat că o mutație patogenă a fost identificată în rândul a 264 din cei 1197 (22.1%) de indivizi analizați, în timp ce o variantă cu semnificație clinică incertă (VUS) a fost identificată în 34.8% din cazuri. Alte mutații cu semnificație clinică au fost identificate în 29 din cele 36 de gene analizate. În ceea ce privește distribuția mutațiilor în rândul indivizilor descoperiți pozitiv, 43.6% au fost localizate în genele BRCA1/2, respectiv 21.6%, 19.9% și 15% în genele cu risc crescut, mediu sau scăzut. În special, 25 (9.5%) din cei



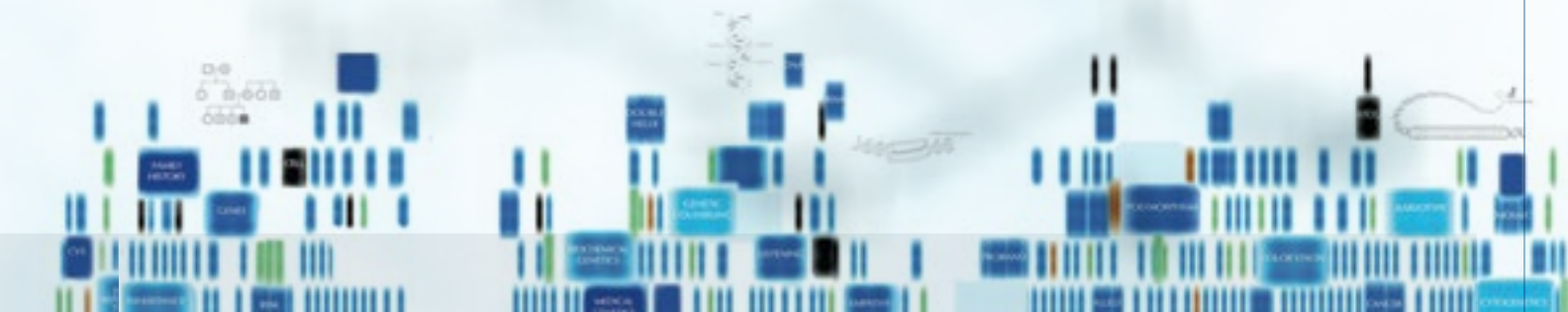
264 de indivizi testați pozitiv erau purtători de mutații cu semnificație clinică în două gene diferite, iar 6.1% dintre ei aveau LGR.

În acest studiu, 631 dintre indivizi erau de naționalitate Greacă (52.7%), 408 de naționalitate Română (34.1%) și 158 de naționalitate Turcă (13.2%). Ceea ce este mai interesant este faptul că în rândul indivizilor Români s-a identificat un procent de 27% reprezentând deținători ai unei mutații patogene care îi poziționează în fața riscului crescut de dobândire a cancerului ereditar, comparativ cu indivizii Greci (20.4%) și cei Turci (15.8%). Mai mult de atât, în rândul indivizilor determinați pozitiv din toate țările, genele implicate în patologia colorectală sunt cele mai frecvent modificate, în proporție de 27%, urmate de genele răspunzătoare pentru patologii ale sânelui (24.7%), genele cancerului ovarian (19%), și genele implicate în alte tipuri de cancer (21.3%).

Rezultatele acestui studiu confirmă faptul că utilizarea panelului HerediGENE este vitală în diagnosticarea și stabilirea adenocarcinomului ereditar Colorectal, precum și a carcinoamelor Mamare și/sau Ovariene. Prin combinarea acestor informații cu actualizările ghidurilor internaționale, se evidențiază ca fiind singura modalitate pentru individualizarea managementului și tratamentului pacienților expuși riscului de cancer ereditar.

*„Genele tale vorbesc, noi doar traducem!”*

**For questions and references  
please email to [ro@genekor.com](mailto:ro@genekor.com)**

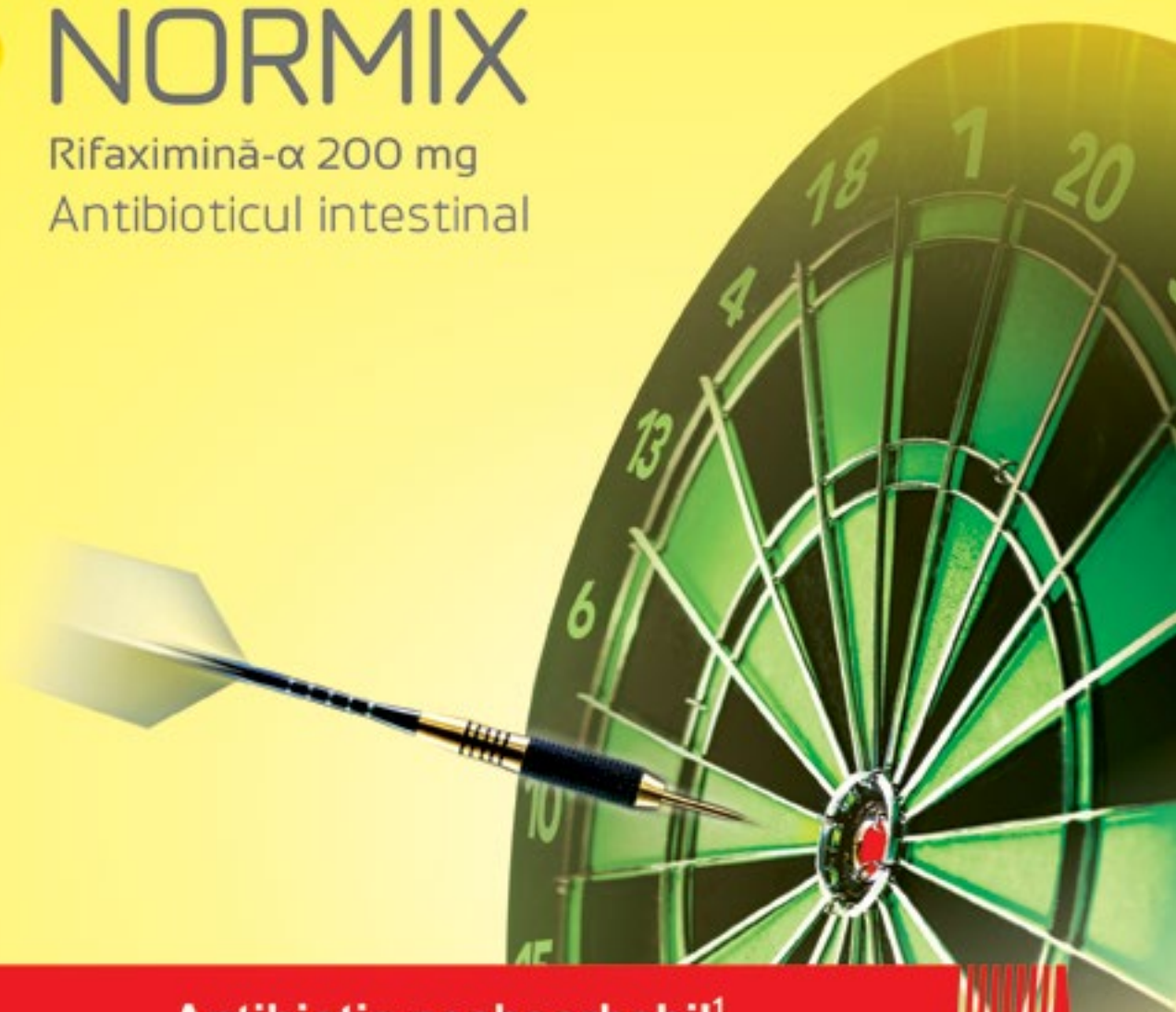






# NORMIX

Rifaximină- $\alpha$  200 mg  
Antibioticul intestinal



**Antibiotic neabsorbabil<sup>1</sup>**

**Acoperă un spectru larg  
(Gram+, Gram-, aerobi și anaerobi)<sup>1</sup>**

**Acțiune modulatorie asupra  
microbiotei intestinale<sup>2,3</sup>**

**Gratuit în ciroza hepatică și HIV-SIDA<sup>4</sup>**

**Adaptat după:** 1. Rezumatul caracteristicilor produsului Normix 200 mg comprimate filmate. 2. Bajaj J.S. et al. Modulation of the metabiome by rifaximin in patients with cirrhosis and minimal HE. PLoS One. 2013; 8(4): e60042. doi:10.1371/journal.pone.0060042. 3. Soldi S. et al. Modulation of the gut microbiota composition by rifaximin in non-constipated irritable bowel syndrome patients: a molecular approach. Clinical and Experimental Gastroenterology 2015; 8:309-325. 4. [www.onas.ro/category/lista-medicamentelor.html](http://www.onas.ro/category/lista-medicamentelor.html)  
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Normix 200 mg comprimate filmate se eliberează pe bază de prescripție medicală PRF. Pentru informații suplimentare vă rugăm să consultați rezumatul caracteristicilor produsului, disponibil la cerere. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adverse suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com) sau Agenția Națională a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale





**ZirComBi®**  
Simbiotic vitaminizat

## Expertul în refacerea microbiotei intestinale la pacienții cu sindrom de intestin iritabil

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®**  
Simbiotic vitaminizat

## Expertul în refacerea microbiotei intestinale post-antibioterapie sistemică

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (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 Zirfos sunt suplimente alimentare. Citiți cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: [drugsafety.ro@alfasigma.com](mailto:drugsafety.ro@alfasigma.com)

# Rolul ecoendoscopiei în tumorile neuroendocrine

Tumorile neuroendocrine (TNE) reprezintă o patologie la granița între mai multe specialități - oncologie, endocrinologie și gastroenterologie/pneumologie, dacă avem în vedere faptul că aproximativ 3/4 dintre cazuri sunt localizate la nivelul tractului digestiv și organelor anexe, iar restul la nivel bronșic; alte localizări foarte rare sunt tiroida, glandele suprarenale sau organele genitale interne.



**Dr. Mariana Jinga**

Profesor universitar, medic primar gastroenterologie și medicină internă, doctor în medicină U.M.F. "Carol Davila", București, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila, București



**Dr. Daniel Vasile Balaban**

Asistent universitar, medic specialist gastroenterologie, doctor în medicină U. M. F. "Carol Davila", București, Spitalul Universitar de Urgență Militar Central Dr. Carol Davila, București

La nivelul tractului digestiv, localizările cele mai frecvente sunt la nivelul intestinului subțire și pancreasului, dar TNE pot fi regăsite și la nivel gastric, colorectal sau apendiceal.

Deși constituie o patologie rară (incidență 2.5-5/100.000 și prevalență 35/100.000)<sup>1</sup>, TNE nu sunt leziuni chiar atât de rare într-un serviciu de ecoendoscopie - într-un studiu de screening la pacienți asimptomatici dar la risc înalt pentru can-

cer de pancreas, ecoendoscopia a identificat 1.3% TNE pancreatice<sup>2</sup>.

## Ecoendoscopia - detecție, diagnostic și stadializare

Ecoendoscopia digestivă (EUS, endoscopic ultrasound) are cea mai bună rată de detecție pentru tumorile neuroendocrine pancreatice<sup>3</sup>, în special pentru leziunile de mici dimensiuni, aducând proba de ultrasunete în contact foarte apropiat cu parenchimul pancreatic - Figura 1. Performanța diagnostică a EUS se remarcă în special la pacienții cu rezultate neconcludente la examinarea CT sau IRM, la care rata detecției de leziuni neoplazice este de 8-21%<sup>4,5,6,7</sup>. Din acest motiv, în consensul ENETS din 2016, EUS este recomandată drept investigația imagistică de elecție în caz de rezultat negativ la alte teste imagistice<sup>8</sup>.

Similar, EUS este de elecție pentru diagnosticul dar și pentru stadializarea TNE gastrice, duodenale, pancreatice și rectale<sup>9</sup>.

Algoritmul de evaluare EUS a unei leziuni focale cuprinde mai multe etape: examinarea în mod B (pentru caracterizarea morfologică a leziunii), elastografia (calitativă sau cantitativă), examinarea cu substanță de contrast și puncția fin aspirativă (FNA, fine needle aspiration) sau puncția bi-

opsie (fine needle biopsy) pentru tipizare histopatologică.

## Examinarea în mod B

Examinarea în mod B oferă posibilitatea caracterizării morfologice a leziunii - dacă este solidă/chistică/mixtă, evaluarea dimensiunilor, raportului cu vasele și cu parenchimul adiacent. TNE solide pancreatice sunt de obicei leziuni hipocogene, rotunde, bine delimitate (uneori pot avea dimensiuni mari, pot fi izo-hiperecogene și pot avea margini neregulate, care pot indica un fenotip malign) - Figura 2. Diagnosticul diferențial trebuie făcut cu adenocarcinomul de pancreas, pancreatita focală, pancreatita autoimună, metastazele pancreatice, limfom, tumora solidă pseudopapilară (SPEN) sau splenosis. TNE chistice pancreatice reprezintă o proporție mică din totalul TNE pancreatice și comparativ cu cele solide sunt dimensional mai mari, sunt mai frecvent simptomatice și asociate cu sindromul MEN-1. În fața unei leziuni chistice, ne interesează dacă este uni/multiloculată, dacă prezintă septele sau componentă solidă, care este grosimea peretelui/septelor și dacă acestea sunt vascularizate, precum și dacă leziunea prezintă comunicare cu sistemul ductal pancreatic - Figura 3.

Pe lângă caracterizarea leziunii, examinarea în mod B este de utilitate și pentru detecția metastazelor mici în stațiile mediastinale, celiacă sau la nivel pleural/peritoneal.

Pentru TNE dezvoltate ca leziuni subepitețiale la nivelul tractului digestiv, EUS caracterizează structura și ecogenitatea leziunii, stratul de origine (cel mai adesea 2 sau 3, respectiv musculara mucoasei sau submucoasa) și prezența adenopatiilor perilezionale.



**Figura 1.** Imagine de ecoendoscopie radială, care evidențiază contactul intim dintre transductor și parenchimul pancreatic



# cymbio

Simbiotic natural pentru toată familia  
Singura gamă elvețiană completă de probiotice



Formule originale fabricate exclusiv în Europa, în condiții GMP farmaceutice  
Tulpini probiotice naturale produse în Europa, cu eficacitate dovedită clinic



**KIDS**

**Masticabile**



**FORMULA PEDIATRICĂ, eficace în:**

- Refacerea florei intestinale afectate de antibiotice
- Tulburări digestive și reglarea tranzitului
- Dermatita atopică, întărirea imunității
- Tulburări asociate sistemului imunitar

**FORMULA UNICĂ, eficace în:**

- Tulburări la nivelul cavității bucale
- Prevenția și reducerea recurenței infecțiilor ORL și respiratorii superioare
- Halenă, carii, paradontoză
- Gingivită, afte, candidoze bucale



**Capsule**



**ECOL**

**cu Saccharomyces**

**FORMULA CONCENTRATĂ, eficace în:**

- Reglarea tulburărilor de tranzit
- Colon iritabil, balonare
- Refacerea florei intestinale afectate de antibioterapie
- Susținerea sistemului imunitar

**FORMULA UNICĂ, eficace în:**

- Episoade diareice infecțioase
- Echilibrarea tranzitului după tratamentul cu antibiotice
- Reducerea activității și eradicarea bacteriei Clostridium difficile



Acestea sunt suplimente alimentare.  
Material destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.  
Email: [office@sanience.ro](mailto:office@sanience.ro)

**sanience**

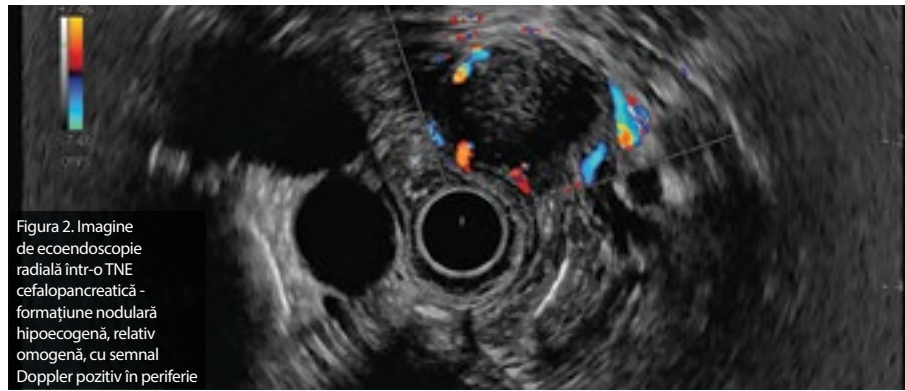


Figura 2. Imagine de ecoendoscopie radială într-o TNE cefalopancreatică - formațiune nodulară hipocogenă, relativ omogenă, cu semnal Doppler pozitiv în periferie



Figura 3. Imagine de ecoendoscopie liniară prezentând TNE chistică corporeopancreatică - formațiune chistică cu pereți interni groși, neregulați

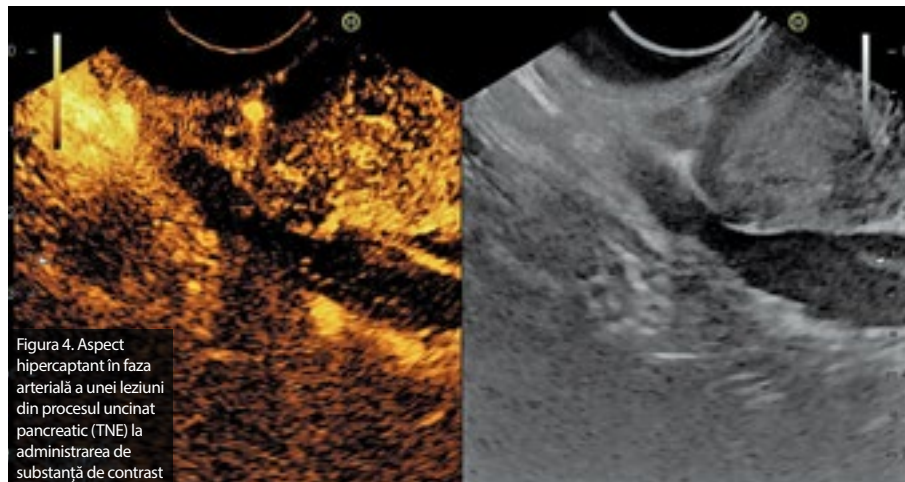


Figura 4. Aspect hipercaptant în faza arterială a unei leziuni din procesul uncinat pancreatic (TNE) la administrarea de substanță de contrast

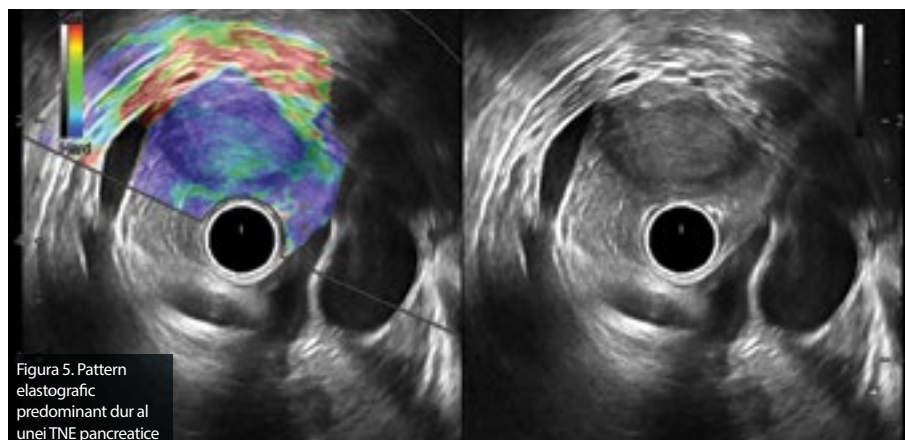


Figura 5. Pattern elastografic predominant dur al unei TNE pancreatice

## Examinarea cu substanță de contrast

Utilizarea substanței de contrast în ecoendoscopie a pornit de la aplicațiile contrastului în ecografia transabdominală. Cea mai des folosită substanță pentru contrast în România este SonoVue (Bracco, Milan, Italy). Administrat la nivelul unei vene periferice, contrastul permite evaluarea în timp real a microvascularizației leziunilor focale, eliminând artefactele care pot apărea la examinarea Doppler. TNE sunt de obicei leziuni hipervascularare, acest pattern fiind de utilitate pentru diagnosticul diferențial cu adenocarcinomul de pancreas, care este hipovascular (sensibilitate 67-79%)<sup>10,11</sup> - Figura 4.

## Elastografia

Elastografia a cunoscut un interes deosebit în ultimele decenii, de la patologia tumorală la hepatologie și este larg utilizată și în ecoendoscopie. Tehnica folosită la EUS este strain-elastography, care evaluează duritatea țesutului examinat prin aprecierea compresibilității lui. Cel mai adesea este utilizată o evaluare calitativă, pe baza unor coduri de culoare, în care nuanțele de roșu/verde definesc țesuturile „soft” (moi), iar cele de albastru țesuturile „hard” (dure). Pentru leziunile pancreatice a fost dezvoltată o scală cu scoruri de elasticitate, corespunzător diferitelor tipuri de leziuni<sup>12</sup>. Pe lângă evaluarea calitativă, există și tehnici semicantitative sau cantitative de elastografie, iar studiile utilizând astfel de tehnici au arătat că TNE sunt leziuni dure<sup>13,14</sup> - Figura 5. Elastografia EUS este aplicabilă și TNE localizate la nivelul tractului digestiv - Figura 6.

## Puncția fin-aspirativă ecoendoscopică

Puncția fin-aspirativă ghidată EUS (EUS-FNA) oferă posibilitatea prelevării de material citologic/histologic de la nivelul unei leziuni țintă care se află în câmpul de examinare ecoendoscopic - Figura 7. EUS-FNA are o sensibilitate diagnostică de 87% pentru TNE pancreatice<sup>15,16</sup>. Pentru leziunile chistice pancreatice, întrucât celularitatea fluidului intrachistic este redusă și aspirarea lui are acuratețe diagnostică limitată, este recomandată țintirea peretelui chistului; în acest scop se pot folosi micropense de biop-



# Enterium

capsule 2 mg

## ENTERIUM 2 mg capsule

### Loperamidă clorhidrat

... Există un antidiareic potrivit?  
cu Enterium ești mereu pregătit

- Efect rapid, soluția preferată în diareea acută neinfecțioasă
- Recomandat de NICE (UK), ca antipropulsiv de elecție în sindromul de colon iritabil<sup>1</sup>
- Prima alegere recomandată de ghidul NICE pentru incontinența fecală (4-12 mg/zi)<sup>2</sup>



Bibliografie 1) NICE (National Institute for Health and Care Excellence) Ghidul clinic pentru managementul sindromului de colon iritabil CG61 - 2008, rev. 2015;  
2) NICE Ghidul clinic pentru managementul incontinenței fecale CG49 - iunie 2007;

Denumirea comercială a medicamentului: Enterium 2 mg capsule. Denumirea comună internațională (DCI) - loperamidă. Compoziția: o capsulă conține clorhidrat de loperamidă 2 mg. Indicații terapeutice: Tratamentul simptomatic al diareei acute la adulți și adolescenți cu vârsta peste 12 ani. Tratamentul simptomatic al episoadelor acute de diaree asociată cu sindromul colonului iritabil la adulți, după confirmarea diagnosticului. Doza și mod de administrare: Diaree acută. Adulți și adolescenți cu vârsta peste 12 ani - Doza inițială recomandată este de 2 capsule Enterium, urmată de 1 capsulă Enterium după fiecare scaun diareic. Doza maximă zilnică nu trebuie să depășească 6 capsule Enterium. Diaree acută asociată cu sindromul colonului iritabil. Adulți Doza inițială recomandată este de 2 capsule Enterium, urmată de 1 capsulă Enterium după fiecare scaun diareic, sau la recomandarea medicului. Doza maximă zilnică nu trebuie să depășească 6 capsule Enterium. Contraindicații: Hipersensibilitate la clorhidrat de loperamidă sau la oricare dintre excipienți. Copii cu vârsta sub 12 ani (datorită formei farmaceutice și concentrației). Loperamida nu trebuie utilizată ca tratament de bază în diareea infecțioasă sau în cazul în care trebuie evitată inhibarea peristaltismului, datorită riscului de complicații semnificative, incluzând: ileus, megacolon și megacolon toxic. Administrarea loperamidei trebuie întreruptă prompt dacă apar: constipație, distensie abdominală sau ileus. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Tratamentul diareei cu loperamidă este simptomatic. În cazul diareei acute, dacă nu se observă nici o ameliorare în 48 ore de la începerea tratamentului, trebuie întreruptă administrarea loperamidei și se va reevalua schema de tratament. Fertilitatea, sarcina și alăptarea: administrarea medicamentului în timpul sarcinii, în special în cursul primului trimestru și în timpul alăptării nu este recomandată. Grupa farmacoterapeutică: inhibitori ai peristaltismului, antipropulsive, codul ATC: A07DA03. APP 6467/2014/01. Data primei autorizări: mai 2014

Acest medicament se poate elibera și fără prescripție medicală.  
Pentru informații complete consultați rezumatul caracteristicilor produsului.  
Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Sanience

Sanience S.R.L.  
Str. Fr. Chopin nr. 1A, Sect 2, București  
info@sanience.ro



Figura 6. Formațiuni subepiteliale duodenale cu substrat neuroendocrin, dure la elastografie, hipercaptante la contrast

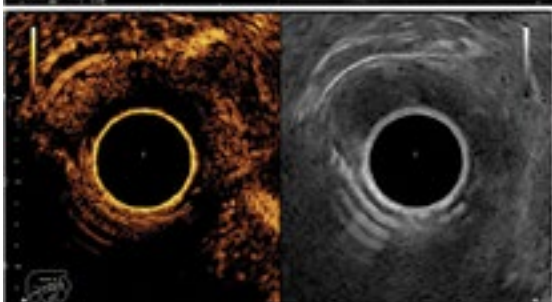
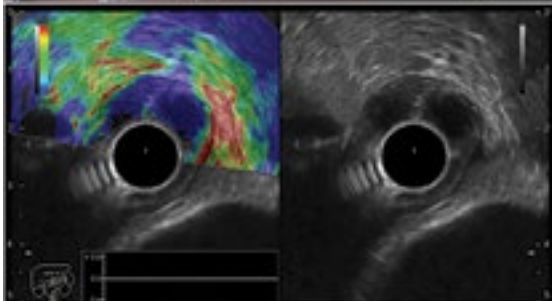


Figura 7. Puncție-fin aspirativă ecoendoscopică într-o leziune nodulară pancreatică (care la examenul histopatologic și imunohistochimic s-a confirmat TNE)



Figura 8. Imagine de ecoendoscopie liniară cu puncție într-un chist corporeopancreatic și micropensa de biopsie care țintește peretele chistului

sie care se introduc pe acul de puncție și permit obținerea de fragmente de microhistologie din peretele chistului. - Figura 8.

## Ecoendoscopia - terapie

În ceea ce privește terapia TNE, ecoendoscopia este utilă în TNE subepiteliale pentru selecția pacienților care se pretează la tratamentul endoscopic, iar în TNE pancreatice pentru tatuarea leziunilor (care permit chirurgului o abordare laparoscopică cu crucea parenchimului și evitarea rezecțiilor majore)<sup>17</sup> și pentru proceduri ablativă (cu alcool pentru chiste sau radiofrecvență pentru tumorile solide) la pacienții care nu sunt candidați chirurgicali<sup>18,19</sup>.

În concluzie, ecoendoscopia este o explorare de mare valoare diagnostică, dar și cu valențe terapeutice, în tumorile neuroendocrine digestive. Este important ca managementul acestor pacienți să fie realizat în echipă multidisciplinară din care să facă parte oncologul, endocrinologul, gastroenterologul, imagistul dar și ecoendoscopistul.

## Bibliografie

- Oberg K, Castellano D. Current knowledge on diagnosis and staging of neuroendocrine tumors. *Cancer Metastasis Rev* 2011; 30 Suppl 1:3-7.
- Canto MI, Hruban RH, Fishman EK, et al. Frequent detection of pancreatic lesions in asymptomatic high-risk individuals. *Gastroenterology* 2012; 142(4): 796-804.
- Attili F, Capurso G, Vanella G, et al. Diagnostic and therapeutic role of endoscopy in gastroenteropancreatic neuroendocrine neoplasms. *Dig Liver Dis*. 2014; 46: 9-17.
- Agarwal B, Krishna NB, Labundy JL, Safdar R, Akduman EI. EUS and/or EUS-guided FNA in patients with CT and/or magnetic resonance imaging findings of enlarged pancreatic head or dilated pancreatic duct with or without a dilated common bile duct. *Gastrointest Endosc*. 2008; 68:237-242.
- Ho S, Bonasera RJ, Pollack BJ, Grendell J, Feuerman M, Gress F. A single-center experience of endoscopic ultrasonography for enlarged pancreas on computed tomography. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2006; 4:98-103.
- Singh S, Reddymasu S, Waheed S, et al. Endoscopic ultrasonography findings in patients with non-specific changes of the pancreas on computed tomography: a single-center experience. *Dig*

Dis Sci. 2008; 53: 2799-2804.

- Horwhat JD, Gerke H, Acosta RD et al. Focal or diffuse "fullness" of the pancreas on CT. Usually benign, but EUS plus/minus FNA is warranted to identify malignancy. *JOP*. 2009; 10: 37-42
- Falconi M, Eriksson B, Kaltsas G., et al. ENETS Consensus Guidelines Update for the management of patients with functional pancreatic neuroendocrine tumors and non-functional pancreatic neuroendocrine tumors. *Neuroendocrinology* 2016; 103: 153-171
- Zilli A, Arcidiacono PG, Conte D, Massironi S. Clinical impact of endoscopic ultrasonography on the management of neuroendocrine tumors: lights and shadows. *Digestive and Liver Dis*. 2018; 50 (1): 6-14.
- Yamashita Y, Kato J, Ueda K, et al. Contrast-enhanced endoscopic ultrasonography for pancreatic tumors. *Biomed Res Int* 2015. 2015 491782.
- Fusaroli P, Spada A, Mancino MG, Caletti G. Contrast harmonic echo-endoscopic ultrasound improves accuracy in diagnosis of solid pancreatic masses. *Clin Gastroenterol Hepatol*. 2010; 8:629-34.e1-2.
- Giovannini M, Hookey LC, Bories E, Pesenti C, Monges G, Delpero JR. Endoscopic ultrasound elastography: the first step towards virtual biopsy? Preliminary results in 49 patients. *Endoscopy*. 2006; 38:344-348.
- Iglesias-Garcia J, Larino-Noia J, Abdulkader I et al. Quantitative endoscopic ultrasound elastography: an accurate method for the differentiation of solid pancreatic masses. *Gastroenterology* 2010; 139: 1172-1180
- Balaban DV, Ciocina M, Zoican A, et al. Role of semiquantitative elastography by strain ratio in predicting malignancy of pancreatic masses. *Endoscopy* 2018; 50(04): S116
- Pais SA, Al-Haddad M, Mohamadnejad M et al. EUS for pancreatic neuroendocrine tumors: a single-center, 11-year experience. *Gastrointest Endosc* 2010; 71: 1185-1193
- Puli SR, Kalva N, Bechtold ML, et al. Diagnostic accuracy of endoscopic ultrasound in pancreatic neuroendocrine tumors: a systematic review and meta analysis. *World J Gastroenterol*. 2013; 19: 3678-3684
- Leelasingaroen P, Manatsathit W, Berri R, Barawi M, Gress FG. Role of preoperative endoscopic ultrasound-guided fine-needle tattooing of a pancreatic head insulinoma. *World J Gastrointest Endosc*. 2014; 6:506-509
- Pai M, Habib N, Senturk H, et al. Endoscopic ultrasound guided radiofrequency ablation, for pancreatic cystic neoplasms and neuroendocrine tumors. *World J Gastrointest Surg*. 2015; 7:52-59.
- Barthel M, Giovannini M, Lesavre N, et al. Endoscopic ultrasound-guided radiofrequency ablation for pancreatic neuroendocrine tumors and pancreatic cystic neoplasms: a prospective multicenter study. *Endoscopy* 2019; [Epub ahead of print]

## **Analizor Markeri Tumoral microTAS i30**



- Determină trei markeri specifici pentru carcinomul hepatocelular: AFP / AFP-L3 și DCP
- Determinarea combinată a markerilor AFP-L3 și DCP permite detectarea a 45% din cazuri în tumorile mici la pacienții cu AFP <20ng/mL și îmbunătățește considerabil sensibilitatea pentru detectarea HCC, chiar și în stadii incipiente

## **Ecograf HS 50 Samsung**



Dual Live Mode, Quick Scan B-Mode PW-Mode, Doppler Pulsat, Tissue Harmonic, Tissue Doppler, Color Motion Mode, Calcule automate în timp real.

**Aplicații:** abdomen, obstetrică-ginecologie, urologie, părți moi, neonatologie, transcranial, pediatrie, cardiologie.

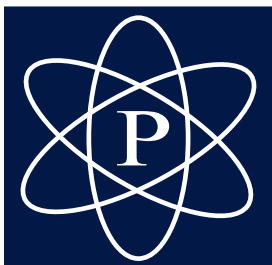
**Opțiuni:** Panoramic View, Spatial Coumpound Image (SCI) pentru sonde lineare, Elastografie, Conectivitate DICOM.

## **Ecograf RS85 Samsung**



Sistem Premium pentru investigații de abdomen, obstetrică-ginecologie, urologie, vascular, pediatrie, neonatologie, musculoscheletal, etc.

**Funcții:** MV-Flow, S-Shearwave Imaging, CEUS+, S-Fusion



În România prin:

**Proton Impex 2000 SRL** - 63, Trilului str., 030401 Bucharest;  
**Tel/Fax:**+40.743.237.003; +40.21.224.5281; +40.31.425.0893;  
**E-mail:** support\_sales@proton.com.ro;  
**Website:** www.proton.com.ro



# Cardiomiopatia cirotică de la teorie la practica curentă

Cordul este printre primele organe care răspunde în mod compensator în fața tulburărilor hemodinamice induse de ciroza hepatică, totalitatea modificărilor cardiace structurale, presionale și electrofiziologice asociate cirozei hepatice purtând denumirea de cardiomiopatie cirotică <sup>(1)</sup>.



Șef de lucrări  
Dr. Irina Gîrleanu

UMF Iași, doctor în medicină, m. sp. Gastroenterologie, m. sp. Med. Internă, Spitalul Clinic de Urgență, „Sf. Spiridon”



Prof. Univ. Dr. Anca Trifan

UMF Iași, Președinte SRGH, m.pr. medicină internă, m.pr. gastroenterologie, Șef Clinica II Medicală Gastroenterologie



As. Univ.  
Dr. Ana Maria Sîngeap

Doctor în științe medicale, medic gastroenterolog

**C**ardiomiopatia cirotică este definită ca prezența tulburărilor de contractilitate, a hipertrofiei de ventricul stâng, disfuncție diastolice, asociate cu creșterea debitului cardiac și modificări electrofiziologice în absența altor patologii cardiace (tabel 1)<sup>(2)</sup>. Diagnosticul precoce al cardiomiopatiei cirotice este important în contextul în care prezența acestei patologii poate sta la baza dezvoltării sindromului hepato-renal, a hiponatremiei și a ascitei refractare <sup>(3)</sup>.

## Repere fiziopatologice

Ciroza hepatică este caracterizată printr-un deficit de oxid nitric la nivel hepatic sinusoidal, în contrast cu o cantitate

excesivă de oxid nitric de la nivel sistemic periferic, fapt care determină apariția vasodilatației splahnice și periferice <sup>(4)</sup>. La pacienții cu boală hepatică în stadiul avansat se observă redistribuirea volumului circulant ceea ce determină instalarea unui status relativ de hipovolemie. Combinația dintre scăderea rezistenței vasculare periferice și statusul hipovolemie centrală determină apariția statusului hiperdinamic. Statusul hiperdinamic se asociază cu creșterea fluxului la nivel pulmonar și sistemic, cu menținerea unei presiuni normale sau crescute la nivelul

ventriculului drept, a arterei pulmonare și a capilarelor pulmonare. Acest profil hemodinamic, întâlnit la aproximativ 40-50% dintre ciroții adulți <sup>(5)</sup>.

Unul dintre elementele caracteristice ale afectării cardiace asociate cirozei hepatice este reprezentat de afectarea răspunsului hemodinamic la stres în absența unei afecțiuni cardiace primare. Disfuncția latentă a ventriculului stâng este rezultanta combinației dintre scăderea densității și funcției receptorilor beta-adrenergici și efectului inotrop negativ al oxidului nitric și a endocanbinoizilor <sup>(6)</sup>.

**Tabel 1** Disfuncția cardiacă la pacienții cirolici

<p>Criterii de diagnostic</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-disfuncție sistolică</li> <li>-creșterea debitului cardiac</li> <li>-FE&lt;55%</li> <li>-Disfuncție diastolică</li> <li>-E/A&lt;1</li> <li>-prelungirea timpului de decelerare (&gt;200 msec)</li> <li>-prelungirea timpului de relaxare izovolumetrică (&lt;80 msec)</li> </ul>
<p>Criterii secundare</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-modificări electrofiziologice</li> <li>-incompetența cronotropică</li> <li>-interval QT prelungit</li> <li>-dilatare de atriu stâng</li> <li>-creșterea masei miocardice</li> <li>-creșterea BNP și pro-BNP</li> <li>-creșterea Troponinei</li> </ul>

## Testare imunologică din materii fecale

### SENTIFIT 270

Sistem automat proiectat special pentru testarea imunologică din materii fecale



### Excluderea bolilor inflamatorii intestinale



CALia Gold -  
Calprotectină

Măsurarea cantitativă prin metoda imunoturbidimetrică a **calprotectinei** din materii fecale

### Screeningul cancerului colorectal



FOB Gold -  
Hemoragii oculte  
în fecale

Măsurarea cantitativă prin metoda imunoturbidimetrică a **hemoglobinei** din materii fecale



Disfuncția diastolică, modificările structurale și electrice miocardice se asociază disfuncției sistolice latente și pot influența morbiditatea și mortalitatea pacienților cirofici. Creșterea rigidității miocardice întâlnită la pacienții cirofici pare să reflecte combinația dintre hipertrofia ventriculară stângă, fibroza miocardică și edemul subendotelial secundar cirozei hepatice <sup>(7)</sup>. Hipertrofia ventriculară ușoară este frecvent asociată cardiomiopatiei cirofice. Cu toate că mecanismul de apariție este incomplet înțeles, se presupune că rezultă secundar combinației dintre supraîncărcarea de volum în condițiile unui debit cardiac crescut în mod cronic și activarea sistemului neuroendocrin, mai ales în condițiile asocierii ascitei <sup>(8)</sup>.

Pacienții cu cardiomiopatie cirofică sunt mai puțin stabili din punct de vedere hemodinamic deoarece debitul cardiac este crescut, însă răspunsul contractil la stres este diminuat, funcția diastolică este modificată și frecvent se asociază modificări electrofiziologice precum alungirea intervalului QT <sup>(9)</sup>. Transplantul hepatic poate îmbunătăți funcția cardiacă cu toate că s-au relatat cazuri în care disfuncția cardiovasculară a persistat câțiva ani după transplantul hepatic <sup>(10)</sup>.

## Particularități ECG în ciroza hepatică

Disfuncția electrocardiografică/electrofiziologică la pacientul cirofic implică: prelungirea intervalului QT, incompetența cronotropică și disociație electromecanică. Aproximativ 50% dintre pacienții cirofici asociază un interval QT prelungit <sup>(11)</sup>. Aceasta modificare ECG este în corelație directă cu severitatea bolii hepatice, nivelului seric de noradrenalină și gradul de hipertensiune portală, fiind un factor de risc pentru moartea subită. Mecanismul care stă la baza acestor modificări este reprezentat de disfuncția canalelor de potasiu care determină alungirea potențialului de acțiune și implicit a intervalului QT. Un studiu retrospectiv a demonstrat faptul că prelungirea intervalului QT peste 463 msec reprezintă un factor de risc pentru sângerare variceală <sup>(12)</sup>. Prelungirea intervalului QT este în mare apanajul bolii hepatice severe fapt care este demonstrat și de reversibilitatea acestuia, cu normalizare după transplant hepatic <sup>(13)</sup>.

## Particularități ecocardiografice în ciroza hepatică

Afectarea cardiacă la pacienții cirofici poate fi secundară bolii hepatice în stadiul final sau poate masca o patologie cardiovasculară preexistentă.

În acest context imagistica cardiacă are ca scop identificarea modificărilor structurale cardiace care ar putea influența în mod negativ evoluția pacientului întreprins sau post transplant. Ecocardiografia rămâne metoda de elecție în evaluarea bazală a pacienților cirofici, fiind o metoda neinvazivă, disponibilă și reproductibilă de evaluare a ciroficilor.

Cel mai frecvent pacienții cirofici își păstrează funcția sistolică a ventriculului stâng, în condiții de repaus, indiferent de severitatea bolii. O scăderea a fracției de ejeție ca marker al disfuncției ventriculare stângi trebuie să ridice suspiciunea unei cardiomiopatii subiacente sau a unei afectări coronariene motiv pentru care pacientul necesită evaluare suplimentare <sup>(14)</sup>. Alte posibilități de evaluare sunt reprezentate de computer tomografie cu emisie de fotoni, angiografia computer tomografică sau evaluare prin rezonanță magnetică cardiacă <sup>(15)</sup>.

Prezența ascitei în cantitate mare poate influența evaluarea ecocardiografică prin limitarea imaginilor din secțiunile subcostale și modificarea axei cardiace secundar compresiunii și ascensionării diafragmului și poate distorsiona corturul ventriculului stâng cu descrierea pseudo-diskineziei <sup>(16)</sup>.

Testul de stres ecocardiografic cu dobutamină este indicat pacienților cirofici care asociază factori de risc cardiovasculari precum: diabetul, fumatul, boala arterială periferică, sau etiologia steatozică a bolii hepatice. Pacienții cu test la dobutamină pozitiv asociază o rată mai mare de mortalitate postoperatorie, deoarece, în special în condiții de sângerare importantă sau sepsis, rezerva cardiacă este scăzută iar funcția miocardică este deprimată, fără a se obține un răspuns adaptativ prompt. Valoare prognostică a testului de stres cu dobutamină a fost examinată de Umphrey și colab. care au demonstrat că frecvența cardiacă maximă atinsă în timpul testului poate fi un predictor de evenimente adverse cardiovasculare <sup>(17)</sup>.

Evaluările angio-, coro-CT sau IRM sunt grevate de o serie de inconveniente legate de imposibilitate menținerii apneei în condițiile prezenței ascitei sau a dispneei accentuate de clinostatism (platipnee) caracteristice pacienților cirofici <sup>(18)</sup>.

## Abordarea terapeutică a cardiomiopatiei cirofice

În prezent există puține studii care să aibă ca scop evaluarea opțiunilor terapeutice ale cardiomiopatiei cirofice, motiv pentru care nu există un tratament specific al acestei afecțiuni. Modificările cardiace asociate cardiomiopatiei cirofice sunt identificate frecvent în condiții de stres precum intervenții chirurgicale, hemoragii cu hipovolemie importantă, montarea șuntului porto-sistemic transjugular, infecții, transplant hepatic, paracenteze voluminoase. Aceste situații trebuie evitate pentru a preveni apariția simptomatologiei asociate cardiomiopatiei cirofice. Episodul de decompensare cardiacă se tratează după aceleași principii folosite în tratamentul insuficienței cardiace non-cirofice cu două meșoni importante: digitalicele sunt ineficiente în cazul pacienților cirofici, iar inhibitorii de enzimă de conversie trebuie evitați deoarece pot precipita dezvoltarea ascitei refractare și a sindromului hepato-renal <sup>(19)</sup>. Betablocantele utilizate în prevenția primară sau secundară a hemoragiei variceale nu ameliorează funcția și morfologia cardiacă în cazul cardiomiopatiei cirofice, iar tratamentul ar trebui recomandat cu precauție în cazul pacienților cu ascită refractară, hipovolemici și care asociază hiponatremie <sup>(20)</sup>.

În concluzie cardiomiopatie cirofică reprezintă o complicație a cirozei hepatice, uneori dificil de diagnosticat în condiții de repaus, dar care poate influența în mod negativ prognosticul pacienților cirofici.



## AOHUA PHOTOELECTRICITY

reddot design award  
transmisie laser  
full HD 1080P60 / CMOS  
CBI PLUS PIP RFID





# Cursul de Hepatologie de la București - a 6-a ediție

Am inițiat cursul Actualități în hepatologie (Update on Hepatology Course) în anul 2014, având alături un grup de colegi gastroenterologi cu expertiză și interes major în hepatologie ca domeniu de cercetare și activitate clinică. Inițierea acestei manifestări anuale a făcut parte dintr-un proiect strategic al Societății Române de Gastroenterologie și Hepatologie (SRGH) denumit Redescoperirea hepatologiei pentru gastroenterologi, al cărui obiectiv major a fost creșterea interesului gastroenterologilor pentru hepatologie – domeniu din ce în ce mai viguros, dinamic și diversificat al gastroenterologiei. Propunerea a fost primită cu entuziasm în Grupul de Acțiune Concertată Central și Est European (CEE-CAG) al Asociației Europene pentru Studiul Ficatului - European Association for the Study of the Liver (EASL) și susținută de către secretarul general al EASL la acel moment, Markus Peck-Radosavljevic. Secretarul general al EASL, precum și o bună parte dintre colegii din CEE-CAG au fost prezenți în București la prima ediție a cursului, participând în mese rotunde și ateliere dedicate problemelor generale și specifice de hepatologie în aria noastră geografică. În anii care au urmat, acest curs, susținut de EASL, a crescut în vizibilitate și interes, devenind un eveniment educațional major în domeniul gastroenterologiei și hepatologiei în România.



Prof. Univ.  
Dr. Liana Gheorghe

UMF "Carol Davila",  
medic gastroenterolog,  
Institutul Clinic Fundeni

**A**vând în centrul preocupărilor pacientul cu afecțiuni hepatice - acest la *raison d'être* al activității noastre, spiritul cursului este actualizarea cunoștințelor, interacțiunea în activitatea clinică și de cercetare științifică, promovarea ghidurilor de bună practică medicală și creșterea calității actului medical în practica clinică de hepatologie în România. În final, toate aceste obiective converg către beneficiul imediat și pe termen lung, creșterea calității vieții și supraviețuirii pacienților cu afecțiuni hepatice din România.

În cele două zile de curs din acest an, 5 și 6 aprilie 2019, sub denumirea „From theory to practice in liver diseases”, lectorii și participanții, într-o formulă interactivă, vor încerca să identifice provocările și problemele nerezolvate din practica clinică curentă și să integreze cele mai recente date din cercetarea clinică în managementul curent al pacienților cu afecțiuni hepatice.

În sesiunea *Persisting therapeutic challenges in liver cirrhosis* din prima zi a manifestării vor fi abordate subiecte actuale într-o condiție frecvent întâlnită – ciroza hepatică: tratamentul anticoagulant (o condiție predispusă la sângerare), rolul administrării de albumină, tratamentul cu beta-blocante ne-

selective și terapiile complementare (extracte de plante, suplimente dietetice, consumul de cafea) - prieteni sau inamici pentru pacientul cu ciroză hepatică.

Cea de a doua sesiune a primei zile, *Pregnancy & liver disease*, abordează patologia hepatică în sarcină: diagnosticul, tratamentul și prognosticul materno-fetal al acestor condiții, în timp ce în ultima sesiune, *The increasing role of molecular biology techniques in hepatology*, participanții vor avea ocazia să audieze lectori internaționali de elită vorbind despre mecanisme și terapii inovatoare în hepatologie.

Prima zi se încheie cu o conferință tip *State-of-the-Art - The road to viral hepatitis elimination*, ce aduce în prim plan hepatitele virale ca problemă de sănătate publică globală.

În cea de a doua zi, alte trei sesiuni științifice au ca subiecte: rolul endoscopiei în hepatologie - *Endo-Hepatology: Optimizing endoscopy in patients with cirrhosis/liver disease*; progrese în transplantul hepatic și tratamentul hepatocarcinomului - *HCC and liver transplantation* și actualități în hepatitele virale B, D, E și interesarea ficatului în afecțiuni sistemice (sarcoidoza) - *What's new in viral hepatitis?*

Cea de a doua conferință tip *State of the Art* are ca subiect *Acute on Chronic Liver Failure 2019* - o condiție terminală a pacienților cu afecțiuni cronice hepatice în care persistă o serie de controverse terapeutice.

Participanții vor avea ocazia în acest an de a participa la un workshop hands-on de evaluare a fibrozei hepatice prin elastografie

sub îndrumarea unor experți în domeniu, asociat unui workshop privind utilizarea biomarkerilor pentru evaluarea fibrozei hepatice (indicații, interpretare, acuratețe, limite), pregătit, de asemenea, de experți în această metodologie.

În formatul cursului sunt incluse și simpozioane satelite, organizate de companii farmaceutice, destinate expunerii progreselor științifice în domeniul industriei medicale, terapiilor inovatoare și integrării lor critice în buna practică medicală.

În cadrul sesiunii de postere continuăm să încurajăm tinerii specialiști să își prezinte activitatea de cercetare în hepatologie; un comitet științific va evalua și în acest an lucrările și va acorda premiile celor mai valoroase contribuții științifice în domeniu.

Un număr impresionant de lectori din țară și din străinătate, unii dintre ei aflați deja pe lista speaker-ilor permanenți ai cursului, vor fi prezenți la București și în acest an, aducându-și contribuția, în domeniul lor de expertiză, la succesul manifestării.

Prin acest format complex și dinamic, prin lectorii prestigioși și promovarea interacțiunii, *Update on Hepatology Course* conține în sine toate ingredientele unei manifestări de valoare. Succesul final însă se corelează direct cu numărul de participanți și cu aplicarea cunoștințelor dobândite în practica clinică curentă, de aceea invităm specialiștii din diferite domenii, implicați în diagnosticul și managementul complex al pacienților cu afecțiuni hepatice, să participe în număr cât mai mare la această manifestare.

# VIROFOB 245 mg

COMPRIMATE FILMATE  
TENOFIVIR DISOPROXIL

Soluția eficientă  
pentru o boală severă prin consecințele ei





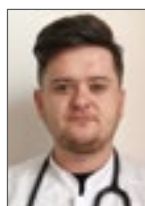
# Populația vârstnică și sistemul de sănătate

În țara noastră, la o populație de aproximativ 20 milioane de locuitori, peste 3 milioane au vârsta peste 65 de ani (definiți în continuare vârstnici), însemnând că 16 % din populația țării este vârstnică, o proporție mai redusă comparativ cu alte țări europene, cum ar fi Italia, care are cea mai ridicată proporție de vârstnici din Europa (21 %). Este important de subliniat că proporția populației vârstnice este în continuă creștere în următoarele decade peste tot în lume. Astfel, în proiecția demografică pentru anul 2030, populația vârstnică a României va crește la un procent de 22% iar a Italiei la 26%. În ansamblu, Organizația Mondială a Sănătății estimează că numărul persoanelor vârstnice va depăși un miliard și jumătate în anul 2050.



Prof. Univ.  
Dr. Carol Stanciu

Membru de onoare  
al Academiei Medicale Române



As. Univ. Dr. Ștefan Brăila

Medic gastroenterolog,  
dr. în științe medicale

**O**dată cu această continuă creștere a ponderei populației vârstnice vor apărea și schimbări majore în sistemul de sănătate, inclusiv creșteri semnificative ale costurilor necesare asistenței acestui important grup de populație. Un exemplu ilustrativ este cel al Statelor Unite ale Americii unde costurile îngrijirii pentru populația vârstnică depășesc 65 miliarde de dolari anual.

Întrebarea care se pune este dacă sistemul de sănătate din țara noastră este pregătit să facă față acestei schimbări majore în proiecția demografică a populației în următoarea decadă, în situația în care avem puține azile și spitale de geriatrie iar numărul vârstnicilor care necesită spitalizare se dublează sau chiar se triplează.

Bătrânețea (vârsta înaintată) reprezintă cel mai important factor de risc pentru cele mai multe boli. Dintre cele aproximativ 150.000 decese zilnice pe glob, 2/3 au cauze legate de vârsta înaintată. Pentru prima oară în istorie, populația vârstnică a schimbat cauza principală de mortalitate de la infecții la boli cronice netransmisibile. Bolile cardio-vasculare și cancerul reprezintă afecțiunile cronice cu impactul cel mai mare la populația vârstnică. Dacă numărul de vârstnici cu cancer în lume va fi de aproximativ 17 milioane la sfârșitul acestui an, se estimează că acesta va depăși cifra de 27 milioane în 2030.

Vârsta înaintată este asociată cu stări de sănătate complexe numite sindroame geriatrice, care nu se încadrează într-o categorie de boli specifice și care includ mai multe condiții cronice de la hipoacuzie, cataractă, artroze la depresie, demență etc. Prezența acestor sindroame geriatrice a condus la apariția medicinei geriatrice, o specialitate bine dezvoltată și recunoscută în România. În acest context, România a avut un rol important în dezvoltarea acestei specialități. Este de datoria mea să amintesc că Prof. Dr. Ana Aslan este considerată pionierul gerontologiei și geriatriei din România. Ana Aslan a descoperit efectul de anti-îmbătrânire al procainei și a dezvoltat două medicamente inovatoare care au devenit faimoase pe întreg mapamondul: Gerovital H3 și Aslavit, ambele neaprobat de FDA dar care au primit o atenție internațională neobișnuit de mare. Prof. Dr. Ana Aslan a fondat Institutul Geriatric din București, primul de acest fel din lume, recunoscut de Organizația Mondială a Sănătății. În acest institut au fost tratate unele dintre cele mai cunoscute personalități ale timpului, de la președintele SUA – John F. Kennedy la președintele Chinei - Mao-Tse-Tung, de la Winston Churchill la președintele Franței - Charles de Gaulle, de la Salvador Dali la Charlie Chaplin și mulți, mulți alții.

Pentru diagnosticul și tratamentul bolilor la vârstnici, este important de subliniat ca medicii să cunoască modificările fiziologice asociate cu înaintarea în vârstă. În general bolile digestive la vârstnici sunt aceleași cu cele întâlnite la persoanele mai tinere, adulte, dar unele sunt mai frecvent întâlnite la vârstnici, ca de exemplu: tulburările de deglutiție, constipația, diverticuloza colonică, precum și unele infecții gastro-intestinale. Este cunoscut că vârstnicii reprezintă un grup cu risc crescut pentru infecții printre care cea cu *Clostridium difficile* este mai frecventă la pacienții vârstnici spitalizați, element confirmat de noi în 2018 (A. Trifan et al “C difficile infection in hospitalized octogenarian patients” Geriatr Gerontol Int 2018).

Gerontologia este o ramură dificilă a medicinei. Pacientul vârstnic, cu sindroame geriatrice, are o anamneză foarte dificilă (hipoacuzie, nevoia sporită de atenție). În plus, simptomele bolilor digestive la vârstnici pot fi atipice și interpretate eronat (de exemplu: reflux gastro-esofagian interpretat ca angină pectorală sau, catastrofal, interpretare inversă). De reținut că cele mai multe teste de laborator (inclusiv testele funcționale hepatice) nu sunt influențate de vârsta pacientului.

Pentru gastroenterolog, este important de menționat că endoscopia digestivă superioară (esofago-gastro-duodenoscopia) și inferioară (colonoscopia) este sigură. Deși unii gastroenterologi evită să efectueze colangiopancreatografia retrogradă endoscopică (CRPE) la persoanele în vârstă de frica riscurilor ridicate de complicații comparativ cu populația tânără, nu există evidențe de a susține această concepție. Desigur, supravegherea specializată în timpul și după procedură este mandatorie.

Este necesar de a monitoriza cu atenție efectele interacțiunilor medicamentelor având în vedere polipragmazia la această grupă de populație. Necomplianța este frecventă la această categorie iar efectele secundare sunt frecvente și adesea severe. Exemplu tipic este utilizarea terapiei cu interferon și ribavirină pentru hepatita cronică virală C, care a fost refuzată la vârstnici doar în baza vârstei lor înaintate. Din fericire, tratamentul actual cu Direct-Acting-Antiviral prezintă siguranță și eficacitate după cum am arătat și noi în studiul prospectiv publicat recent în *Medicine*.

Îmbătrânirea este inevitabilă. Face parte din viața celor norocoși, care trăiesc o viață lungă. Modificările sociale, creșterea nivelului de trai, progresele medicinei au contribuit la o speranță de viață prelungită față de secolul trecut. Bătrânețea trebuie să fie însă un timp al împlinirii unei vieți și nu o suferință pentru individ sau familie. Pentru acest deziderat societatea, populația încă tânără, medicii, educatorii trebuie să înțeleagă fenomenul, să se pregătească pentru acesta și să creeze, pe cât posibil, premisele unei vieți cât mai lungi, mai sănătoase și mai independente.



**Eficiență și  
siguranță  
pe termen  
lung**





srgh  
1958



UMFT  
Universitatea de  
Medicină și Farmacie  
"Victor Babeș"  
de Timișoara

2021  
Timișoara - Capitala de Est

# GASTRO 2019



[gastro2019.ro](http://gastro2019.ro)

Al 39-lea Congres Național  
de Gastroenterologie, Hepatologie  
și Endoscopie Digestivă

**TIMIȘOARA / 6-8 Iunie 2019**

CENTRUL DE AFACERI TIMIȘOARA CRAFT

PROFESSIONAL CONGRESS  
ORGANIZER












## 6<sup>th</sup> Update on Hepatology Course Bucharest Romania 2019

**COURSE DIRECTORS**  
 Liana GHEORGHE  
 Ioan SPOREA  
 Anca TRIFAN

5<sup>th</sup> - 6<sup>th</sup> April 2019  
 Bucharest  
 Crowne Plaza Hotel  
[www.roald.ro](http://www.roald.ro)  
[www.hepatologycourse.ro](http://www.hepatologycourse.ro)




You can now download the dedicated application by scanning the above QR code.

Tel: 0724 056 526  
 office@emmerwall.ro





HOTEL CALIMĂNEȘTI CĂCIULATA

11-14 aprilie 2019

# Congresul Național DE MEDICINĂ INTERNĂ

ÎNSCRIERI  
[www.srmi.ro/cnmi2019](http://www.srmi.ro/cnmi2019)



Secretariat organizatoric  
**ELLA Congress&Events**  
 tel.: 021.315.6511

CONTACT

WEBSITE: [www.cnmi.ro](http://www.cnmi.ro)  
 PERSONA DE CONTACT: Bianca Filip  
 PHONE: 0748.100.284  
 EMAIL: [bianca.filip@ella.ro](mailto:bianca.filip@ella.ro)







## XI<sup>th</sup> National Symposium on Inflammatory Bowel Diseases

II<sup>nd</sup> Franco - Romanian Meeting



12<sup>th</sup> - 14<sup>th</sup> of September 2019  
 Crowne Plaza Hotel  
 Bucharest

tel: 0724056526 • office.rccc@gmail.com • [www.rccc-congress.ro](http://www.rccc-congress.ro)





## The 8<sup>th</sup> Oncodigest Conference

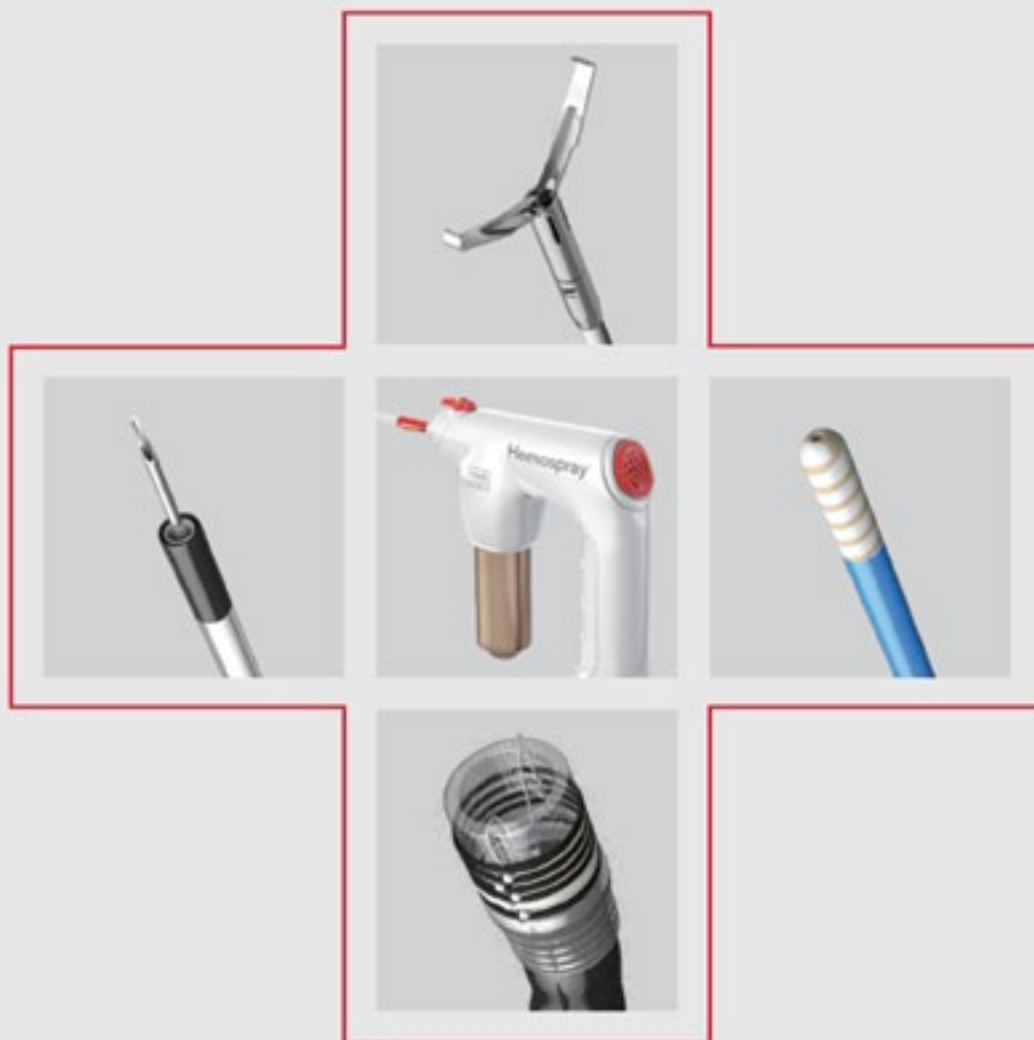


7 - 9 NOVEMBER 2019  
**Timișoara**

E-MAIL: [soustrfranco.FO@unao.ro](mailto:soustrfranco.FO@unao.ro)



# Simplify all your hemostasis procedures.



[www.cookmedical.com](http://www.cookmedical.com)

Str. Nisipari, nr. 27, sector 1, București; tel/fax 021.317.91.88/89, e-mail: [office@vavian.ro](mailto:office@vavian.ro)

**VAVIAN**  
TRADING

## PlasmaTYPHOON

The unique solution for fast drying  
and active storage of endoscopes



### Cycles

Drying 2 min 30  
Storage 6 sec

Total 2 min 36

PLASMABIOTICS





CE 26 2.1 01/2010A-E-RO

## Impossible to brush the elevator wire channel of a Duodenoscope?

- Detachable elevator module with the wire
- Enables brushing of the elevator wire channel
- Easy access to contaminated areas

**STORZ**  
KARL STORZ — ENDOSKOPI  
THE DIAMOND STANDARD