



# MEDICAL MARKET

## GASTROENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE ȘI ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ

Revista profesioniștilor din Sănătate

2020 - 2021



Prof. univ.  
dr. Cristian Gheorghe

UMF „Carol Davila”, IC Fundeni



Prof. univ.  
dr. Mircea Beuran

UMF „Carol Davila”, SCUB Floreasca



Prof. univ.  
dr. Ciprian Duță

UMF „Victor Babeș”,  
SCJU “Pius Brânzeu”, Timișoara



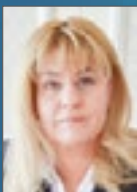
Prof. univ.  
dr. Silviu Constantinescu

UMF „Carol Davila”,  
Sp. „Sfânta Maria”, București



Prof. univ.  
dr. Dan Dumitrașcu

UMF „Iuliu Hațieganu”,  
SCJU Cluj-Napoca



Prof. univ.  
dr. Anca Trifan

UMF „Grigore T. Popa”,  
SCJU „Sf. Spiridon”, Iași



Prof. univ.  
dr. Mircea Diculescu

UMF „Carol Davila”, IC Fundeni



### NORMIX

Rifaximină-α 200 mg

Antibioticul Intestinal

Corectează disbioza prin  
modularea microbiotei intestinale!



Acest material profesional este distribuit în conformitate cu art. 10 din Legea nr. 36/2006 privind protejerea datelor personale și este destinat exclusiv utilizării în scopuri medicale. Pentru informații suplimentare vă rugăm să vizitați [www.alfasigma.ro](http://www.alfasigma.ro) sau să contactați direct departamentul de servicii al companiei noastre adresând suferința la adresă și număr de telefon indicat în acest material. Acest material este distribuit în conformitate cu Regulamentul (UE) 2016/679 privind protecția datelor.

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Clujului nr. 18, parter și etaj 5, sector 5, București  
Tel: +40 21 200 20 20 / Fax: +40 21 200 20 21 / E-mail: [info@alfasigma.ro](mailto:info@alfasigma.ro)  
E-mail: [drugquality@alfasigma.ro](mailto:drugquality@alfasigma.ro)

ALFASIGMA

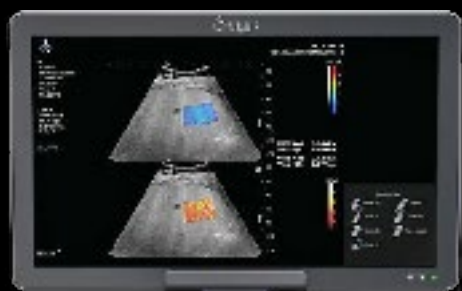


Silimarinele nu sunt create egal.  
Diferența nu se vede cu ochiul liber,  
însă se simte la ficat.

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

# TEHNOLOGIE ULTRAFAST™




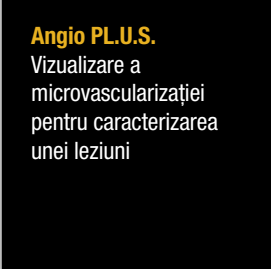
## ÎN DETERMINAREA MARKERILOR HEPATICI



**AIXPLORER-MACH.COM**


Indicații de folosire: Sistemele de diagnostic cu ultrasunete Aixplorer MACH® și transductorii de la SuperSonic Imagine sunt destinate pentru obținerea de imagini cu ultrasunete, imagini cu viscoelasticitate de țesuturi moi și analiza fluxurilor de fluide Doppler ale corpului uman. Sistemele de diagnostic Aixplorer MACH® sunt indicate pentru următoarele aplicații, imagini și măsurători ale structurilor anatomice: Abdominale, Organe mici, Musculoscheletal, Superficial Musculoscheletal, Vascular, Vascular periferic, Intraoperativ, OB-GIN, Pelvis, Pediatrie, Transrectal, Transvaginal, Urologie, Neonatal/Adult Cefalic și Cardiac Non-invasive. În plus, sistemele de diagnostic cu ultrasunete Aixplorer MACH® și transductorii asociați sunt destinați pentru: măsurări ale structurilor anatomice abdominale; măsurări ale vitezei de forfecare în bandă largă și rigiditatea țesutului în structurile interne ale ficatului și splinei; măsurători ale raportului de luminozitate între ficat și rinichi; vizualizare a vascularizației abdominal, a microvascularizației și perfuziei; cuantificare a vascularizației abdominale și perfuziei. Viteza de forfecare, atenuarea fascicolului, vîscozitatea și rigiditatea țesuturilor, raportul de luminozitate, vizualizarea vascularizației, microvascularizației și perfuziei, cuantificarea vascularizației și perfuziei pot fi utilizate ca un ajutor pentru managementul clinic al pacienților copii și adulți cu boli ficat. Este destinat pentru folosirea de către personalul autorizat de folosire a echipamentului de ultrasunete medicale conform: Certificat CE no. 26415, Clarificare FDA K180572.

### EVALUAREA BOLII CRONICE A FICATULUI MANAGEMENTUL NON-INVASIV AL BOLII FICATULUI PE ÎNTREG CICLUL DE ÎNGRIJIRE

STEATOZA	<b>Att PLUS și SSp PLUS</b> Măsurare a Atenuării și Vitezei Sunetului în parenchimul ficatului	
STEATOHEPATITA		<b>Vi PLUS</b> Vizualizare și cuantificare a Vascozității (inflamării) țesutului
CIROZA	<b>ShearWave™ PLUS</b> Măsurare a Elasticității (în kPa) pentru evaluarea fibrozei ficatului	
HHEPATO CARCINOM CELULAR	<b>Angio PL.U.S.</b> Vizualizare a microvascularizației pentru caracterizarea unei leziuni	

**Contact:** Str. Remus, nr. 1-3, sector 3, București,  
**Tel.:** +40 744 366 138; +40 727 774 689;  
**e-mail:** office@ponderamedical.ro; www.ponderamedical.ro

**SUPERSONIC**  
imagine  
prin  
**PONDERA MEDICAL**



**Prof. univ. dr. Liana Gheorghe**  
UMF "Carol Davila", IC Fundeni



**Prof. univ. dr. Carol Stanciu**  
UMF "Grigore T. Popa", SCJU "Sf. Spiridon", Iași



**Prof. univ. dr. Gabriela Radulian**  
UMF "Carol Davila", INDNBM "N. Paulescu", București




**Prof. Dr. Mircea Grigorescu**  
UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca




**As. Univ. dr. Oana Timofte**  
UMF „Grigore T. Popa”, SCJU „Sf. Spiridon”, Iași



**Conf. Univ. dr. Victoria Hurduc**  
UMF „Carol Davila”,  
Spitalul Clinic de Copii „dr. Victor Gomoiu”, București



**Conf. Univ. Paul Porr**  
Universitatea „Lucian Blaga”, Spitalul Polisano, Sibiu



**Conf. Univ. Dr. Ana-Maria Singeap**  
UMF "Grigore T. Popa", SCJU „Sf. Spiridon”, Iași

Interviu	Congresul Național de Coloproctologie are câteva prelegeri „state of art” de foarte mare interes <b>Interviu cu profesorul Cristian Gheorghe</b>	<b>6</b>
	Gastroenterologul acoperă azi toată patologia tubului digestiv necomplicată <b>Interviu cu profesorul Mircea Beuran</b>	<b>10</b>
	În patologia colorectală, așteptările vin de la screening și tratamentul minim invaziv <b>Interviu cu prof. univ. Ciprian Duță</b>	<b>16</b>
Segment digestiv superior	Patologia esofagului <b>Interviu cu profesorul dr. Silviu Constantinoiu</b>	<b>18</b>
	Rolul dietei asupra simptomelor din boala de reflux gastroesofagian la pacienții cu steatohepatită non-alcoolică - <b>Oana Timofte, Elena Gologan</b>	<b>22</b>
	Esofagita eozinofilică pediatrică – abordare clinicoterapeutică actuală - <b>Conf. dr. Victoria Hurduc, Dr. Luiza Elena Bordei, Dr. Lucica Luminița Galesș</b>	<b>24</b>
Segment digestiv median	Modificări digestive în schizofrenie <b>-Alexandra Lazar, Dan L. Dumitrașcu</b>	<b>28</b>
	Microbiota intestinală - implicații digestive și extradigestive - <b>Conf. Univ. Dr. Paul J. Porr</b>	<b>32</b>
Segment digestiv inferior	Colita microscopică – principii actuale de abordare clinică, <b>Conf. Univ. Dr. Ana-Maria Singeap, As. Univ. Laura Huiban, Prof. Dr. Anca Trifan, Prof. Dr. Carol Stanciu</b>	<b>36</b>
	Abordarea interdisciplinară a bolii Crohn perianale fistulizante - <b>Mircea Diculescu, Tudor Stroie, Corina Meianu, Ioana Stefan</b>	<b>42</b>
Hepatologie	7th UpDate on Hepatology Course <b>- Dr. Iulia Simionov, Prof. Dr. Liana Gheorghe</b>	<b>46</b>
	Embolizarea parțială splenică la bolnavii cu ciroză hepatică și hipersplenism trombocitopenic - <b>Cornelia Voiculeț, Octavian Dumitru Zară, Prof.Dr. Ion Dina</b>	<b>50</b>
	Steatoza hepatică non-alcoolică - provocări și perspective terapeutice - <b>Prof. univ. Dr. Gabriela Radulian, Dr. Anca Pietroșel, Dr. Grațiela Herness</b>	<b>54</b>



**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



# LUXUL ACCESIBIL

**DESIGN INOVATIV**

**FLUX DE LUCRU INTUITIV**

**TRANSDUCTORI CU  
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL**  
fara plini externe, cu plaja de frecvente 1-23 MHz

**CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)**

## MODURI DE LUCRU:

- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- YGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

# Congresul Național de Coloproctologie are câteva prelegeri „state of art” de foarte mare interes

Profesorul Cristian Gheorghe, șeful Secției de gastroenterologie din Institutul Clinic Fundeni vine la spital în jurul orei 7:00, consultă pacienți până la 8:30 când merge la raportul de gardă în care de obicei, cum spune profesorul „este vorba despre știință medicală”: referate, confruntări histologie cu endoscopie, prezentări de caz, discutii cazuri de oncologie digestivă. Pentru ziua de azi, când ne-am întâlnit pentru interviu la o oră a după-amiezii, profesorul Cristian Gheorghe, într-un scurt bilanț al activității, avea în fișa personală de serviciu 10 explorări colorectale (inclusiv cu rezecții de polipi), o puncție ghidată ecoendoscopic într-o tumoră de pancreas și un ERCP la un pacient cu transplant hepatic, consultul mai multor pacienți cu boli inflamatorii și la 15.30, contravizită împreună cu rezidenții din nou la pacienții din saloane. Apoi a urmat acest interviu, scurtat la maximum ca să poată să prindă avionul spre Viena, unde este așteptat la un schimb de experiență / idei privind inteligența artificială în endoscopia digestivă inferioară și superioară într-o clinică privată din capitala valsului.

**Medical Market:** Domnule Profesor, vă rog ca în dubla calitate pe care o aveți de președinte al Congresului de Coloproctologie și al Societății Naționale de Gastroenterologie și Hepatologie, să ne vorbiți în avanpremieră despre evenimentul care începe peste 10 zile.

**Prof. dr. Cristian Gheorghe:** A 10-a ediție a Congresului Național de Coloproctologie iese puțin din sfera strictă a Societății de Coloproctologie, având un caracter multidisciplinar mai evident. În afară de chirurgii cu preocupări în coloproctologie, gastroenterologi și endoscopiști, la acest eveniment participă gastroenterologi experți în tulburări de motilitate, oncologi, anesteziști, radiologi și anatomopatologi.

Ideea specială a acestui Congres o constituie discuțiile în echipe multidisciplinare, pentru rezolvarea patologiilor complexe din sfera coloproctologiei.

În prima zi sunt organizate o serie de cursuri precongres: de endoscopie digestivă (colonoscopie), de chirurgie coloproctologică, inclusiv tehnici de hands-on.

Un curs extrem de important este acela de ecografie transabdominală pentru tubul digestiv (pentru boală Crohn, colite și diverticulite). Ecografia transabdominală pentru aceste patologii a intrat foarte mult



în practică, sunt proceduri repetabile, relativ ușor de efectuat dacă ai instruirea și aparatura adecvate. Este o tehnică promovată de toate ghidurile internaționale pentru că nu este iradiantă, este ieftină și oricând repetabilă (în comparație cu CT-ul). Rezonanța magnetică, care poate fi folosită în asemenea afecțiuni, are limitări legate de consturi și timp de examinare crescut. La acest curs de ecografie transabdominală cu hands-on, avem doar 20 de locuri pentru cursanți. Cursul va fi ținut de doi reputați specialiști, Profesorul Radu Badea și Profesorul Giovanni Maconi.

Următorul curs din prima zi este un curs de motilitate, de manometrie anorectală, un curs în care pot participa numai 8 sau 10 cursanți, curs ținut de profesorul Radu

Tutuianu, unul din cei mai cunoscuți specialiști în domeniu. Procedura se adresează pacienților cu incontinență sfincteriană, tulburări de evacuare a scaunului (disinergism), în contextul afecțiunilor de planșeu pelvin; tehnica are și un aspect terapeutic (tehnica de bio-feedback, adică de reeducare a sfincterului anal) pentru acești pacienți. Este o tehnică extrem de utilă, care ar trebui să nu lipsească din nici o unitate care se ocupă de patologie colorectală, inclusiv chirurgia rectului.

Urmează apoi, tot în prima zi, cursul de anatomie patologică pentru non-anatomopatologi, în care discutăm despre piesa de rezecție endoscopică sau chirurgicală, calitatea, standardele acesteia, în vederea unui diagnostic și tratament corespunzător.

Alt curs este despre infecțiile în terapie intensivă, care pot fi prevenite și tratate corespunzător iar în caz contrar pot compromite respectiva intervenție endoscopică sau chirurgicală și rareori pot duce chiar la decesul pacientului.

Cursurile se desfășoară sub emblema calității în coloproctologie, atât în colonoscopie cât și în chirurgia coloproctologică. Criteriile de calitate în colonoscopie, spre exemplu, se referă la pregătirea cât mai adecvată a colonului pentru a permite observarea tuturor detaliilor în timpul examinării și diagnosticul corespunzător al leziunilor. Calitate înseamnă printre altele o



# EZICLEN<sup>®</sup>

— Kit pentru pregătirea colonoscopiei —

## VEZI TOT CE AI NEVOIE SĂ VEZI!

### Când complianța devine eficacitate în practica medicală



**Complianță optimă a pacienților, dovedită în practica medicală, de până la 96,8%<sup>1</sup>**



**Eficacitate dovedită inclusiv la nivelul colonului drept, mai dificil de investigat<sup>2-3</sup>**



**Profil de siguranță dovedit în practica medicală, inclusiv la pacienții vârstnici<sup>2-3</sup>**



### UȘOR DE ADMINISTRAT<sup>1</sup>



• **2 flacoane** al cărui conținut se diluează cu apă  
Conține sulfat de sodiu, magneziu și potasiu



• **Kit complet** de pregătire intestinală, ce include  
pahar dozator pentru o pregătire corectă



• **1L de soluție reconstituită** - preparat LOW VOLUME  
• 2L de lichide limpezi  
• Gust placut de cocktail de fructe

EZC-RO-001035



1. ENCEPP 2019. Data on file and available at <http://www.encepp.eu/encepp/viewResource.html?id=30186>. Last access on July 2019. 2. Di Palma JA et al. Am J Gastroenterol. 2009;104:2275-84. 3. Rex DK et al. Gastrointest Endosc. 2010;72:328-36. 4. EZICLEN<sup>®</sup> Product SmPC. 5. J. Regula; M.C.W. Spaander; S. Suchanek; A. Komowski; V. Perrot; W. Fischbach; and the DUS investigators. European, multicentre, observational, post-authorisation safety study of Oral Sulphate Solution: compliance and safety. Endoscopy International Open 2019; accepted manuscript in press.

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



CONSUMER  
HEALTHCARE

## REZUMATUL CARACTERISTICILOR PRODUSULUI - FORMA ABREVIATĂ

**DENUMIREA COMERCIALĂ A MEDICAMENTULUI** Eziden concentrat pentru soluție orală. **COMPOZIȚIA CALITATIVĂ ȘI CANTITATIVĂ** Acest medicament este o soluție orală concentrată pe bază de apă la care lianțele de administrare trebuie diluate suplimentar cu apă. O cantitate de tratament conține de ingesta conținutul și două flacoane. Conținutul flacoanelor dintr-o doză dublă flacoane este identic. Cantitatea de substanțe active din cele două flacoane: 1 flacon care conține concentrat pentru soluție orală aproximativ 175 ml (195,375 g) Sulfat de sodiu anhidru 17,510 g, Sulfat de magneziu heptahidrat 3,275 g, Sulfat de potasiu 3,130 g. **FORMA FARMACEUTICĂ** Concentrat pentru soluție orală. Soluție limpede sau ușor turbidă. **Indicații terapeutice** Eziden este indicat la adulți pentru golierea intestinală, tratarea oriloror proceduri clinice care necesită un intestin curat (de exemplu, vizualizare intestinală, inclusiv endoscopie și radiologie sau o procedură chirurgicală). Eziden nu este un tratament pentru constipație. **Doză și mod de administrare, Aduți** Pentru golierea corectă și pentru a intestinelor sunt necesare două flacoane de Eziden. Înainte de administrare, conținutul flacoanelor trebuie diluat cu apă, folosind paharul furnizat, până se obține un volum total de aproximativ 0,5 litri; după administrarea volumului de aproximativ 0,5 litri trebuie ingerată o cantitate suplimentară de 1 litru de apă sau lichide limpezi. În decurs de 2 ore. Lichidele limpezi permise sunt: apă, sucul sau cofeala (fără lapte sau înlocuitori din lactate), băuturile răcoroase acidulate (sorbogazose) sau plată (non-sorbogazose), sucurile de fructe fără zahăr (nu fructe de culoare roșie sau violet), supa limpede sau supa pasată pentru a elimina orice materii solide. În total, volumul de lichide ingerate necesar pentru golierea intestinală este de aproximativ 3 litri, administrat oral înainte de procedură. Acest medicament poate fi administrat fie ca doză divizată (pe durata a două zile, primul flacon fiind administrat în seara precedentă efectuării procedurii, iar al doilea urmând să fie utilizat în dimineața următoare) sau poate fi administrat oral în decursul unei zile, așa cum este descris mai jos (vezi Mod de administrare). Schema terapeutică exactă și frecvența de administrare a Eziden vor fi stabilite de către medic. De la momentul procedurii o permișă, oare administrată în doză divizată este de preferat față de cea de o zi. Schema terapeutică pe durata unei zile reprezintă o alternativă pentru pacienții cu **După procedură** Pentru a fi însoțit lichidul purtat în timpul pregătirii pentru procedură, pacienții trebuie încurajați să consume ulterior o cantitate suficientă de lichide, pentru a menține o hidratare adecvată. **Reacții adverse la doză** Cu o zi înainte de procedură, se poate consuma un mic dejun ușor. Ulterior procedurii trebuie să consume doar lichide limpezi de dejun, cină, peam și la orice altă masă, până la efectuarea procedurii. Trebuie evitate lichidele de culoare roșie și violet, dar și laptele și băuturile alcoolice. **Grupa specială de pacienți (pacienți vârstnici)** Nu s-au observat diferențe semnificative în ceea ce privește siguranța și eficacitatea între pacienții vârstnici și alți pacienți în timpul evaluării clinice a Eziden (vezi pct. 5.1). Nu este necesară ajustarea dozei la pacienți vârstnici, cu toate acestea, la această categorie de pacienți trebuie luată precauție specială pentru utilizare, la fel ca pentru orice categorie de vârstă crescută. **Pacienți cu insuficiență renală** Nu sunt disponibile date suficiente pentru această grupă de pacienți. Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu insuficiență renală ușoară până la moderată, cu toate acestea, la această grupă de pacienți trebuie luată măsuri speciale de precauție la fel ca pentru orice categorie cu risc crescut. Eziden nu trebuie utilizat la pacienți cu insuficiență renală severă. **Echivalenți sau înlocuitori topici** Nu sunt disponibile date suficiente pentru echivalenți topici de pacienți. Nu este necesară ajustarea dozei la pacienții cu insuficiență hepatică, cu toate acestea, la această grupă de pacienți trebuie luată măsuri speciale de precauție, la fel ca pentru orice categorie cu risc crescut. **Grupul de adolescenți** Siguranța și eficacitatea Eziden la copii și adolescenți (adică pacienți cu vârstă sub 18 ani) nu au fost încă stabilite. Nu sunt disponibile date. **Contraindicații** Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienți, insuficiență cardiacă congestivă, Deteriorări grave ale sistemului genitourinar, cum ar fi dischidatoza severă, Faza acută a inflamației tractului intestinal inclusiv Crohn și colita ulcerativă, Tulburări abdominale acute supuse unei intervenții chirurgicale, sau orifluidă acută. Pacienții care prezintă sau prezintă o istorie de obstrucție gastro-intestinală sau stenoză, Porfiziile gastro-intestinale diagnosticate sau suspectate, Tulburări legate de golierea gastrică (de exemplu: gastropareză, stază gastrică), Pacienții care pot prezenta sau prezintă deja iluzii, Colici biliari sau neoplazie biliară, Căștig și pierdere în greutate, Insuficiență renală severă (rata filtrării glomerulare < 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup>). **Avertisment și precauții speciale pentru utilizare** **Tulburări electrolitice și dehidratare** Având în vedere riscul potențial de tulburări electrolitice severe, raportul beneficiar/risc al Eziden trebuie evaluat cu atenție înainte de inițierea tratamentului la pacienți care prezintă risc. O atenție deosebită trebuie acordată la pacienții care prezintă Eziden anterior pacienți, în ceea ce privește contraindicațiile cunoscute și precauțiile speciale pentru utilizare, inclusiv importanța menținerii unei hidratare adecvate. Toți pacienții trebuie sfătuiți să se hidrateze corect înainte, în timpul și după utilizarea Eziden. Dacă un pacient prezintă vârstă semnificativă sau semne de dehidratare după utilizarea medicamentului, trebuie inițiate măsuri de rehidratare, pentru a evita potențialele riscuri de apariție a unor complicații grave asociate cu dezechilibrul hidroelectrolitic (cum sunt convulsiile și aritmiile cardiace). În plus, trebuie luată în considerare efectuarea unor analize de laborator înainte de procedură (concentrațiile plasmatică de electroliți, creatinină și glicemie). Pacientul trebuie sfătuit să bea o cantitate suplimentară de apă sau lichide limpezi pentru a menține la nivel adecvat de hidratare. **Pacienți cu risc crescut** La pacienți debilitați, cu statură scăzută, pacienți vârstnici, pacienți cu insuficiență renală, insuficiență hepatică sau insuficiență cardiacă semnificativă dintr-o cauză cu risc de dezechilibru electrolitic, medicul trebuie să ia în considerare efectuarea unor teste care evaluează concentrația plasmatică de electroliți și funcția renală, la momentul inițial și post-tratament. La pacienții care prezintă dehidratare sau la pacienții cu dezechilibru electrolitic, aceste efecte trebuie corectate înainte de administrarea medicamentului indicat pentru golierea intestinală. În plus, se recomandă prudență la pacienții care implică dezechilibrul hidroelectrolitic sau care utilizează medicamente care cresc riscul de tulburări hidroelectrolitice (inclusiv hipocalcemia și hiponatremia) sau care pot crește riscul unor probleme cardiace. În acest caz, pacienții trebuie monitorizați corect. Există un risc teoretic de apariție a prelungirii intervalului QT, ca rezultat al dezechilibrului electrolitic. **Se recomandă precauție la pacienții cu:** Ritmul cardiac deficitar și la pacienți predispuși la regurgitare sau apneea. Adulții de pacienți trebuie supravegheați în timpul administrării medicamentului indicat pentru golierea intestinală. Tulburări de hipotensiune gastro-intestinală sau antecedente de afecțiuni medicale sau intervenții chirurgicale gastro-intestinale care predispun la tulburări de hipotensiune. **Hipersensibilitate** Eziden poate provoca o creștere temporară, ușoară până la moderată a valorilor acidului uric. Potențialul de creștere a valorilor acidului uric trebuie luat în considerare înainte de administrarea Eziden la pacienții cu antecedente de gută manifestă clinic sau hiperuricemie. **Informații suplimentare** Eziden nu este indicat pentru ingestie directă. Ingerarea directă a soluției nediluate poate crește riscul de greață, vârstă, dehidratare și tulburări electrolitice. Fiecare flacon trebuie diluat cu apă și trebuie consumată cantitatea de apă suplimentară recomandată, pentru a se asigura toleranța pacientului la tratament. Acest medicament conține sodiu 247,2 mmol (sau 5,683 g) per flacon. Acest lucru trebuie luat în considerare la pacienții care suferă de dietă cu conținut scăzut de sodiu. Acest medicament conține potasiu 35,9 mmol (sau 1,405 g) per flacon. Acest lucru trebuie luat în considerare la pacienții cu funcție renală redusă sau la pacienții care urmează o dietă cu conținut scăzut de potasiu. **Interacțiuni cu alte medicamente și alte forme de interacțiune** La fel ca și în cazul altor medicamente indicate pentru golierea intestinală, este necesară prudență la pacienții care utilizează bicarbonate de calciu, diuretice, medicamente care conțin fier sau medicamente care ar putea influența concentrația plasmatică de electroliți. De asemenea, se recomandă prudență în cazul utilizării concomitente de medicamente care pot prelungi intervalul QT. Dacă este cazul, evaluarea coajului de sânge, administrarea orărilor concomitente de medicamente în decurs de 1 până la 3 ore de la începutul tratamentului și până la sfârșitul procedurii de goliere intestinală poate evita unele interacțiuni. În cazul eliminării acestor medicamente din tractul gastro-intestinal, astfel, medicamentele nu se vor absorbi în mod corect. Efectul terapeutic al medicamentelor administrate oral în mod regulat, care au un indice terapeutic îngust sau un timp de înjumătățire plasmatică prin eliminarea sa (de exemplu, contraceptive orale, medicamente antiepileptice, antidiabetice, antibiotice, levodopa, digoxin) poate fi influențat în mod special. **Fertilitatea, sarcina și alăptarea** Nu s-a efectuat studii cu sulfat de sodiu, magneziu și potasiu asupra funcției de reproducere la omiale. Nu sunt disponibile date privind utilizarea acestui medicament la femeile gravide. Eziden nu este recomandat în timpul sarcinii. Nu se cunoaște dacă Eziden se excretă în laptele matern uman. Nu se poate exclude riscul pentru nou-născuții. Alăptarea trebuie întreruptă în timpul tratamentului cu Eziden și până la 48 de ore după administrarea celei de-a doua doze de Eziden. Nu sunt disponibile date privind fertilitatea. **Efecte asupra capacității de a conduce vehicule și de a folosi utilaje** Eziden nu are nici o influență asupra capacității de a conduce vehicule sau de a folosi utilaje. **Reacții adverse** Din cauza rezultatului obținut al administrării medicamentului la pacienți pentru golierea intestinală, prin urmare, acest lucru se întâmplă după ingerarea Eziden. La fel ca și în cazul oricărei intervenții de acest tip, reacțiile adverse apar la majoritatea pacienților. Reacțiile adverse raportate cel mai frecvent în studiile clinice și după punerea pe piață sunt: diaree abdominală, dureri abdominale, greață și vârstă. În timpul studiilor clinice, pacienții au raportat mai frecvent vârstă și dureri abdominale decât Eziden a fost administrat în cursul de studiu decât atunci când fost utilizată oare ca doză divizată. Frecvența reacțiilor adverse la Eziden: Necunoscută (date după punerea pe piață) Hipersensibilitate (inclusiv urticarie, prurit, erupții cutanate tranzitorii, eritem, dureri, dureri în gât). Mai puțin frecvente (< 1/1000 și > 1/100): Cefalee, amețeli, Disconfort abdominal, xerostomie, Fraconi, Creșterea a valorilor serice ale aspartat aminotransferazei, creșterea a concentrației plasmatică a creatinină binate, creșterea a concentrației plasmatică a lactat dehidrogenazei, creșterea a fosfatazei, hipotensiune, hipotensiune, hipotensiune, modificări ale compoziției chimice a sângelui, inclusiv hiponatremie, hipocalcemie, hipocalcemia și hiponatremia. Foarte frecvente (> 1/10) Dureri abdominale, dureri abdominale, greață, vârstă, dureri. **Informații suplimentare privind anumite grupe speciale de pacienți** În timpul studiilor clinice s-au observat creșteri temporare ale concentrației plasmatică a acidului uric. Pentru pacienții cu antecedente de gută manifestă clinic sau cu hiperuricemie, Nu s-au observat diferențe semnificative în ceea ce privește siguranța și eficacitatea între pacienții vârstnici și alți pacienți în timpul evaluării clinice a Eziden. Cu toate acestea, la pacienții vârstnici trebuie luată precauție specială pentru utilizare, la fel ca pentru orice categorie cu risc crescut. **Raportarea reacțiilor adverse suspectate** Raportarea reacțiilor adverse suspectate după administrarea medicamentului este importantă. Acest lucru permite monitorizarea continuă a raportului beneficiar/risc al medicamentului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărui detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România, [www.ana.ro](http://www.ana.ro), Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale din România Str. Aviatorilor Elisabetei nr. 48, sector 1 București 011478-RO Tel. + 4 (0)21 117 259 Fax: +4 (0)21 163 497 e-mail: [ada@anm.ro](mailto:ada@anm.ro). **Suprafață** În caz de suprațoare sau de utilizare necorespunzătoare (de exemplu administrarea medicamentului nediluat și/sau consum insuficient de apă) se anticipă apariția greții, vârstă și tulburări electrolitice. De obicei, măsura corectă este a corectării și a hidratare, trebuie administrată terapie de rehidratare orală. În cazurile severe de suprațoare care deranjează dezechilibrul metabolic sever, trebuie să se recurgă la rehidratare intravenoasă. **Lista excipienților** Benzoin de sodiu (E 211) Acid citric anhidru Acid malic Sulfat de sodiu purificat Anonid de coloranți de fructe. **Compoziția apei de coloranți de fructe** Aroma naturală și sintetică, propilenglicol E 1520, alcool etilic, acid octoic și acid benzic E 210. **Incompatibilități** În absența studiilor de compatibilitate, acest medicament nu trebuie amestecat cu alte medicamente. **Perioada de valabilitate** 3 ani. După prima deschidere a flaconului și/sau diluarea cu apă, soluția trebuie utilizată imediat. **Precauții speciale pentru păstrare** Acest medicament nu necesită condiții speciale de temperatură de păstrare. A se păstra în ambalajul original, pentru a fi protejat de lumină. **Natură și conținutul ambalajului** Aproximativ 175 ml de concentrat în flacon de culoare brun deschis (polietilen teroflat), susținute de lichidele necesare pentru copii (polietilen de înaltă densitate). Împreună cu flacoanele este furnizat un pahar (de polipropilen), pentru a o lua de umplere, care deține un volum de aproximativ o jumătate de litru, pentru a fi folosit pentru diluarea și ca dispozitiv de schimbare. Căută cu două flacoane și un pahar, disponibile ca: 1 cutie cu două flacoane și un pahar; 24 x 1 cutie cu două flacoane și un pahar; 5 x 24 (+ 144) x 1 cutie cu două flacoane și un pahar; 14 x 24 (+ 336) x 1 cutie cu două flacoane și un pahar. **Precauții speciale pentru eliminarea reziduurilor și alte instrucțiuni de manipulare** Înainte de utilizare, acest medicament trebuie diluat cu cantitatea de apă menționată în modul de administrare. Fără conținut special de eliminare. **Autorizare** Data primei autorizări: Februarie 2013. Data ultimei reînnoiri a autorizației: Octombrie 2018. **DATA REVIZIUNII TEXTULUI** Iulie 2019. **DETINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ** - IPSION CONSUMER HEALTHCARE IS, qual Georges Gorse 82190 Boulogne Billancourt, Franța. Numar APP: 1146028801-02-03-04.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PRP.

EZC-RO-06003



rata de intubare a cecului de 98%, un timp adecvat de explorare a colonului și de retragere din colon pentru a avea o rată mare de detecție a polipilor adenomatoși (precancer). Apoi, este vorba de calitate în rezecția polipilor, fără țesut adenomatos restant, fără complicații, incidente și accidente. Sunt luate în discuție și unele leziuni care se văd mai greu endoscopic, leziunile serrate, care intră și ele în criteriile de calitate în ultimii ani. Rata de detecție a polipilor este un indicator extrem de important și de exemplu pentru un bărbat cu vârsta de 50 de ani, la care vorbim de un risc standard (dacă nu are antecedente personale sau familiale de cancer de colon), trebuie să detectăm în procent de 30% polipi adenomatoși, ca să spunem că am făcut o colonoscopie corespunzătoare, iar la femei un procent de 20-25%. Aceste cifre reprezintă o țintă către care tindem și care constituie poate principalul criteriu de calitate în colonoscopie.

Prima zi de cursuri se va încheia cu o Conferință specială a doamnei Profesor Liliiana Bordeianu, șeful Clinicii de coloproctologie din Boston, care va avea ca temă „Fast-track ul în chirurgia coloproctologică”, un subiect de mare interes pentru chirurghi și anesteziști.

Ziua se va încheia cu o festivitate care nu este una obișnuită. Ea va avea două prezentări foarte interesante, una a Pro-

fesorului Dan Duda de la Universitatea Harvard, care are drept temă aplicațiile din medicina translațională în practica clinică a noilor tratamente în cancerul colorectal. A doua prezentare este tot un „state of the art” al Profesorului Mark Coleman din Marea Britanie care are ca temă „laparoscopia în cancerul colorectal”.

Urmează apoi două zile extrem de pline, structurate ca mese rotunde multidisciplinare, la care participă gastroenterologii, chirurghi sau / și oncologi precum și medici din alte specialități implicate în patologia discutată. Temele vor fi boala diverticulară și diverticulita acută, apoi hemoragia digestivă inferioară severă, care reprezintă încă o mare problemă de sănătate publică și pentru care ar trebui să existe unități medicale specializate; pentru hemoragie trendul este de a se evita intervențiile chirurgicale (necesare în extrem de puține cazuri), totul trebuie să fie rezolvat endoscopic sau prin radiologie intervențională. Pentru aceasta avem nevoie de specialiști și de logistică.

Alte mese rotunde vor avea ca temă cancerul rectal, unde sunt foarte multe noutăți și invitații noștri din străinătate vor avea ca subiecte intervențiile laparoscopice și robotice. Doamna Profesor Rodica Anghel va expune noutăți în radioterapia cancerului rectal. Se va discuta totul legat de screening,

de polipoză și de modalități de abordare cât mai puțin invazive.

O altă masă rotundă, tot vineri, va avea ca subiect bolile inflamatorii intestinale cronice nespecifice (colita ulcerativă și boala Crohn), aflate în mare creștere în România, la care gastroenterologii și endoscopiștii se întâlnesc pentru a se pune de acord asupra ultimelor noutăți din literatură și pentru a stabili cum pot fi ele aplicate în România. O conferință specială, „state of art” va fi cea a Profesorului Joseph Nunoo- Mensah și va avea ca temă stricturoplastia în Boala Crohn stenozantă de intestin subțire.

Ultima zi va fi conferință specială, „state of art” a doamnei Profesor Muriel Webb din Tel Aviv, care va discuta despre aportul ecografiei perineale în afecțiuni ale planșei pelvine; aceasta va fi urmată de o masă rotundă care va avea ca subiect tulburările funcționale colorectale, condusă de Profesorul Dan Dumitrașcu, recunoscut internațional pentru activitatea sa în neurogastroenterologie, „Chairman International Liaison Committee of the Rome Foundation”.

O altă masă rotundă din ultima zi va fi legată de patologia benignă anorectală: fisuri anale, fistule, hemoroizi, tratamente moderne, de asemeni minim invazive.

Mai trebuie menționate sesiunile video de tehnici endoscopice și chirurgicale, cu un mare impact educativ.

**srgh** SOCIETATEA ROMÂNĂ DE GASTROENTEROLOGIE ȘI HEPATOLOGIE



Telefon: 0724 056 526  
info@congres-gastro.ro

**40** AL 40-lea AN  
CONGRES NAȚIONAL DE GASTROENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE ȘI ENDOSCOPIE DIGESTIVĂ

**GASTRO 2020**  
21 - 23 mai, Mamaia



# „Gastroenterologul acoperă azi toată patologia tubului digestiv necomplicată”

Interviu cu profesorul Mircea Beuran, despre frăția dintre chirurg și gastroenterolog

Stimate domnule profesor Beuran, vă rog să ne vorbiți despre ariile de competență în patologiiile tubului digestiv și cum își împart azi chirurgul și gastroenterologul atribuțiile și teritoriul în materie de tub digestiv?

Chirurgia tubului digestiv și anexelor tubului digestiv nu mai are un aplomb atât de mare așa cum stăteau lucrurile în urmă cu 20-25 de ani. De ce? Pentru că s-a dezvoltat foarte mult tehnologia în gastroenterologie. Endoscoopiile au crescut atât ca mijloc de diagnosticare cât și în realizarea de gesturi terapeutice. În ceea ce privește chirurgul în patologia tubului digestiv, foarte aproape de acesta este gastroenterologul intervenționist, ei așa putea spune că sunt frați.

Până la urmă, ideal este ca bolnavul să beneficieze de îngrijirile gastroenterologului până la momentul în care patologia ajunge să se complice și gastroenterologia intervențională își atinge limitele. Până când este eficient gastroenterologul și când devine imperioasă intervenția chirurgicală?

Gastroenterologul în general acoperă toată patologia tubului digestiv necomplicată. El vizualizează tubul digestiv prin esogastroduodenofibroscopie, chiar și prin enterofibroscopie prin care vede intestinul subțire și prin colonoscopie totală. Prin aceste tehnici gastroenterologul vede toată structura internă a mucoaselor de la esofag până la canalul anal, fiecare segment în parte fiind văzut cu instrumentele necesare. Pentru zona critică mai greu de abordat cum este intestinul subțire de la unghiul duodenojejunal până la valvă ileocecală mai avem posibilitatea de a investiga cu videopastila, care, după o pregătire de curățire a tubului digestiv, înregistrează tot acest traseu. Acest exa-

men ne ajută să vizualizăm calitatea mucoasei. Vedem în procesele de boli benigne tot felul de forme de gastrită, din care se poate recolta biopsie și se fac analizele necesare pentru a stabili tipul de suferință sau consecințele bolii digestive în răsunetul general. Existența polipilor, care cu ajutorul fibroscopului pot fi rezecați și fiecăruia i se poate face analiză anatomopatologică, funcție de segmentul din tubul digestiv din care au fost recoltați.



Putem de asemenea să observăm dacă există diverticuli și mărimea lor. Putem să depistăm dacă există formațiuni cu caracter tumoral, de la care de asemenea se pot recolta biopsii pentru a evalua malignitatea segmentului respectiv. Mai putem să luăm niște amprente gastrice duodenale pentru a determina prezența helicobacterului pylori, care stă la baza atât a inflamației mucoasei dar și a transformărilor către malignitate. Pe acest fibroscop s-a adăugat ecograful, care ne dă posibilitatea să facem o ecofibroscopie esogastroduodenală. La ce ne ajută? În primul rând vedem cum arată peretele gastric, mărimea lui, straturile lui. În special în patologia malignă vedem dacă formațiunea a trecut de musculara mucoasei, de spațiul muscular, de spațiul peritoneului visceral, deci grosimea aceasta a peretelui

poate fi măsurată cu ecograful. Mai mult, putem citi peste peretele gastroduodenal vecinătățile: grupurile ganglionare, dacă sunt mărite în volum, dacă sunt modificate și eventuale implante neoplazice care au plecat din tumora mamă către stațiile ganglionare. S-a adăugat la acest ecofibroscop un alt dispozitiv care ne ajută să facem puncții cu ac fin, puncții ghidate în așa fel încât pot să iau o cultură, o biopsie din vecinătatea peretelui astfel încât pot să evidențiez că în afară de tumora primitivă există invazia ganglionară. În tumorile de cap de pancreas se pot face prin aceste ecofibroscopii cu puncție cu ac fin recoltare de biopsie și pot să determin tipul de cancer din tumorile pancreatice fără a mai fi nevoie să deschizi pacientul. Astfel poți să-l pregătești din punct de vedere oncologic pentru o viitoare intervenție chirurgicală. Dacă am vorbit de tumorile de pancreas, acolo unde durerea este dominantă, se poate face prin aceeași procedură cu ac fin infiltrare cu soluție alcoolică a trunchiului celiac prin care se face bloca-

jul spațiului nervos care dirijează durerea dinspre pancreas spre sistemul nervos central. Se dă un anumit confort pacientului pentru a-și face tratamentul de bază.

Având aceste date, mai putem folosi acest fibroscop în cazul varicelor esofagiene, consecințe ale hipertensiunii portale. În bolile de tip ciroză hepatică, cancer hepatic, odată ce acest filtru hepatic este modificat prin scleroza/fibroza țesutului hepatic, se dezvoltă sistemul vascular colateral, în așa fel încât într-un spațiu cum este acela de la treimea inferioară a esofagului către formixul stomacului sau spațiul care se dilată în regiunea hemoroidală. Subliniez acestea în mod deosebit cu toate că aceste dilatații vasculare le găsim și pe rețele abdominale și pe cel intrabdominal, vasele acestea care se deschid odată ce se formează această densitate care nu lasă să

treacă sângele prin ficat, varicele esofagiene se pot banda cu ajutorul fibroscopului. La fel există și posibilitatea de a explora și a avea o atitudine în cazul în care hemoroizii de grad primar, nu secundar, poți să îi discerți, pentru că în chirurgie numai hemoroizii primari se operează, cei secundari, care provin dintr-o tensiune portală, aceea trebuie îngrijiiți dar chirurgia nu te ajută pentru că odată ce există acest filtru dens în ficat, la fel în spațiul acesta hemoroidal presiunea sanguină portală crește și o intervenție chirurgicală se poate transforma într-un dezastru. Vedem deci câte elemente de diagnostic și de conduită terapeutică le poate face un gastroenterolog care are competența folosirii fibroscopului cu multiple funcții. Poți să vizualizezi, să explorezi cu ecograful grosimea peretelui, vecinătățile ganglionare, să faci puncție cu acul fin pentru a extrage material biopsic, poți să determini existența helicobacter-ului pylori, se pot face gesturi de hemostază într-un ulcer hemoragic, se pot face infiltrări cu o substanță vasoconstrictoare, se poate pune un clip pe un cap de vas, toate acestea fără a mai face chirurgie.

Pentru polul superior al tubului digestiv nu putem lăsa lucrurile numai în spațiul gastroenterologului. Când el își epuizează toate aceste posibilități de diagnostic și terapie, când complicațiile sunt severe și în special în zona hemoragiilor sau a perforațiilor de tub digestiv, acolo intervine chirurgul. De exemplu, dacă bandările care se fac pentru varicele esofagiene nu sunt eficiente, chirurgul trebuie să intervină și să realizeze această hemostază, care să-ți dea o anumită liniște și apoi trebuie văzut dacă se încadrează stadiul hipertensiunii portale într-o atitudine chirurgicală pentru a face decompresiunea acestui spațiu. Dacă un ulcer este hemoragic și profunzimea craterului nu permite gesturile de hemostază endoscopică, chirurgul trebuie să intervină să realizeze hemostaza și totodată scoaterea spațiului patologic, deci zona ulceroasă prin diferite procedee chirurgicale, unele minim invazive, altele clasice. Prezența formațiunilor canceroase fie că sunt polipi de dimensiuni mari sau o suprafață din corpul gastric nu o poate rezolva gastroenterologul dar o rezolvă chirurgul printr-o intervenție chirurgicală. Nici diverticuli nu pot fi rezolvați întotdeauna prin endoscopie, uneori ai

nevoie de o combinată între chirurgia endoscopică și chirurgia clasică. Pentru că am discutat despre diverticuli, aș vrea să adaug că au apărut și niște dispozitive speciale, pentru că la ora actuală a crescut foarte mult boala de reflux gastroesofagian, pentru care sunt tehnici de chirurgie laparoscopică, tehnici de chirurgie clasică dar sunt și tehnici de tratament endoscopic. Este un progres cu pași vizibili în ultimii 10 ani. La fel, acalazia se poate rezolva endoscopic dacă bineînțeles este calificat acest endoscopist.

Am arătat câteva din elementele de patologie pe care le poate avea un pacient în diferite stadii de evoluție, dar care pot fi diagnosticate și apoi tratate la nivel de gastroenterolog calificat în utilizarea

fibroscopului flexibil cu toate accesoriile din dotare și granița dintre gastroenterolog cu posibilitățile lui de tratament și tipurile de boli care se complică și necesită intervenția chirurgului.

Dacă ne mutăm pe tubul digestiv mijlociu, intestinul subțire, ori enterofibroscopul ori videopastila sunt cele care ne ajută să vizualizeze leziunea posibilă. La videopastilă avem o contraindicație majoră: dacă tumora de intestin subțire este stenozantă pentru că ea se poate infinge în stenoză ceea ce poate să declanșeze ocluzia și imediat trebuie să intervină chirurgul. Acest segment de tub digestiv, în afară de gastroenterologi care caută să pună diagnosticul prin vizualizare și apoi biopsie, mai poate fi completat în unele

## HIPERTENSIUNEA PORTALĂ

**În curând va apărea tratatul HIPERTENSIUNEA PORTALĂ, al cărui autori sunt:**

- **Prof. Dr. Mircea Grigorescu.** Clinica Medicală III. Universitatea de Medicină și Farmacie. „Iuliu Hațieganu” Cluj Napoca,
- **Prof. Dr. Mircea Beuran,** UMF „Carol Davila”, SCUB Floreasca
- **Șef lucr. Dr. Bogdan Dumitru Procuceț** în UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca,
- **Dr. Horia Ștefănescu** de la Institutul Regional de Gastroenterologie și Hepatologie „Prof. dr. Octavian Fodor” Cluj-Napoca,
- **Șef lucr. Dr. Dana Crișan,** medic primar gastroenterologie și medicină internă la Spitalul Clinic Municipal Cluj-Napoca,
- **Prof. Dr. Marcel Tanțău** de la Centrul Medical de Gastroenterologie, Hepatologie și Endoscopie Digestivă Cluj Napoca,

*„Conceptul de hipertensiune portală nu este nou, dar s-a conturat mai pregnant odată cu introducerea metodelor de evaluare cantitativă a gradientului presional venos hepatic (HVPG) prin metode invazive și apoi prin introducerea metodelor neinvazive validate în acest scop (imagistice, elastografice, markeri serologici, explorări hematologice, biochimice, genetice).*

*Hipertensiunea portală este un cadru eterogen, care cuprinde hipertensiunea portală cirotică și necrotică (presinusoidală, sinusoidală și postsinusoidală), ciroza fiind de departe cauza cea mai frecventă, ca rezultat al evoluției naturale a bolilor cronice hepatice.*

*Evaluarea cantitativă a HVPG subliniază rolul fundamental de forță motrice a hipertensiunii portale în evoluția cirozei de la stadiul compensat la cel decompensat și prezintă factorul predictiv major al apariției complicațiilor cirozei, permițând elaborarea conceptului de evoluție multistadială a cirozei hepatice.*

*Prin structura sa, cartea abordează sistematic toate aspectele hipertensiunii portale, începând cu definiția și clasificarea, continuând cu evaluarea diagnostică, prezentarea complicațiilor majore, stadializarea opțiunilor terapeutice, strategiile profilactice, stratificarea riscului. Complicațiile sunt abordate în mod analitic și extensiv în toată complexitatea lor, din punct de vedere clinic, diagnostic și terapeutic.*

*Cartea subliniază rolul unei echipe complexe în evaluarea și tratamentul hipertensiunii portale, incluzând clinicieni interniști, gastroenterologi și hepatologi, specialiști în imagistică diagnostică și terapeutică, endoscopiști, morfopatologi, terapeuți intensivi, chirurși, de unde rezultă interesul materialului prezentat pentru o paletă largă de specialități.*

**Prof. Dr. Mircea Grigorescu**

situații, unde avem niște modificări de microcirculație, de angiodisplazie, să le vizualizăm cu ajutorul radiologului intervenționist, care realizează angiografia selectivă, adică se face o selecție pe artera mezenterică superioară și pe trunchiul celiac, în așa fel încât să poți să vizualizezi zona de impact pe unde se pierde sângele și intră în tubul digestiv. În raport de ce diagnostic se pune și de modificările patologice care apar în dinamica lor, atitudinea pe acest segment în cele mai multe cazuri este una chirurgicală. Deocamdată, performanțele tehnologice de endoscopie nu sunt atât de performante cum sunt cele din segmentul tubului digestiv superior sau tubul digestiv inferior.

Dacă ne ducem în zona tubului digestiv inferior, rect și colon, avem acest fibroskop flexibil cu ecograf și posibilitatea de a recolta biopsii. De regulă, pe acest segment de recto-colon putem găsi formațiuni de tip polipoid, care în raport de mărime pot fi făcute polipectomiile, se recuperează materialul biopsic pe zone de recoltare, iar rezultatele analizelor dirijează în continuare atitudinea medical-chirurgicală, poate să evidențieze o formațiune care s-a transformat dintr-un polip mare într-o formațiune tumorală care nu mai poate fi abordată prin endoscopie și toată zona respectivă intră în apanajul chirurgiei. În zona în care nu ai polipi, nu ai tumori,

poți să evidențiezi prezența diverticulilor care pot fi ca densitate foarte mare în zona rectosigmoidiană dar putem găsi diverticuli pe toată aria colonului, ceea ce ne ajută ca și atitudine viitoare chirurgicală, cum să abordăm această problemă, iar din punct de vedere al ecofibrosopului și al puncției cu ac fin, în zona rectului, acolo unde există teaca rectului și între intestin și teacă există o mare densitate ganglionară, să poți să faci o biopsie.

Toate aceste lucruri se fac printr-o colaborare frățescă între un gastroenterolog cu competență în manevrarea ecofibrosopului și a puncției cu ac fin iar chirurgul este chemat acolo unde manevrele acestea sunt depășite.

De cele mai multe ori, colonoscopiile ca și endoscopiile din segmentul digestiv superior ajută în controlul periodic al pacientului, mai ales cel trecut de o anumită vârstă sau cu trecut cu probleme în antecedentele lui sau ale familiei. Eficiența actului medical ține foarte mult de calitatea cu care reușim să aducem în fața medicului starea biologică cât mai bună. La această calitate concură foarte mult controlul. Una e să găsești un polip care poate fi rezecat endoscopic și să nu-l lași să ajungă la modificări maligne și apoi la chirurgie și tratamente oncologice. Sau prezența helicobacterului care determină procesele inflamatorii care stau la baza modificărilor

către un țesut care se poate maligniza și prevenția este mult mai eficientă și la cost și la starea de sănătate și la calitatea vieții.

Legătura dintre gastroenterolog, care ocupă o plajă mare din populație, fie prin controalele periodice, fie că depistează și ajută pacientul cu terapie medicamentoasă, fie că previne anumite stadii de boală în așa fel încât terapia chirurgicală, în special cea din zona oncologică să poți să aduci o combinație favorabilă între chirurg și oncolog de data aceasta pentru a reuși ca eficiența actului chirurgical să fie cât mai bună pe o stare biologică bună a pacientului care suportă actul chirurgical și oncologic.

Concluzionând, la ora actuală vedem un progres foarte mare în spitalele în care sunt secții de gastroenterologie, de chirurgie, de terapie intensivă, de radiologie intervențională, pentru că la ora actuală chirurgul nu poate avea performanță fără buna colaborare multidisciplinară, iar în cazurile maligne se adaugă la echipă anatomopatologul și colegii oncologi. Abia astfel, acest board de stabilire a patologiei și a stării bolii și atitudinea cea mai corectă trebuie să fie firul roșu care duce către tratament eficient și calitate a vieții pacientului.

**Mulțumim profesorului Mircea Beuran pentru timpul și atenția acordate revistei.**

**THE X<sup>th</sup> NATIONAL CONGRESS OF COLOPROCTOLOGY**  
 ORGANIZED BY ROMANIAN SOCIETY OF COLOPROCTOLOGY **RSCP**  
 WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

12<sup>th</sup> - 14<sup>th</sup> March 2020, Bucharest, ROMANIA, Crowne Plaza Hotel



Pre-congress course • Video demonstrations

President  
 Prof. Cristian Ciobașcă MD PhD FRCGS

Scientific secretary team  
 Prof. Florin Iuga MD PhD  
 Prof. Alexandru Iuga MD PhD  
 Prof. Nicolae Iuga MD PhD

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

3<sup>rd</sup> Franco - Romanian Meeting

24<sup>th</sup> - 26<sup>th</sup> of September 2020  
 Crowne Plaza Hotel  
 Bucharest



tel: 0724056526 • office.rccc@gmail.com • www.rccc-congress.ro

# Citoreducție in situ prin ablație laser ecoghidată

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

## Avantaje

Abord minim invaziv prin fibre de 0.3 mm

Usurintă în abordare, indiferent de poziție

Fără efecte secundare, fără afectarea structurilor învecinate

Precizie maximă

Fără spitalizare

Fără anestezie generală

## Aplicații principale

Hepatocarcinoamele primare sau secundare

Cancerul de pancreas (aplicator endoscopic)

Cancerul de prostată/Hiperplazia de prostată

Noduli tiroizieni

Noduli mamari

Noduli pulmonari - opțiune viitoare



Disposable Optical Fibre Kit

Multi-fibre Biopsy Software

Multi-fibre Guiding System

## 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



# „În patologia colorectală, așteptările vin de la screening și tratamentul minim invaziv.”

Interviu cu prof. univ. Ciprian Duță,  
Spitalul Clinic Județean de Urgență Timișoara

Stimate domnule profesor, au trecut 10 ani de la înființarea Societății Române de Coloproctologie. Care sunt rezultatele?



Asocierea dintre chirurghi și gastroenterologi s-a dovedit benefică pentru că Societatea Română de Coloproctologie a reușit îmbunătățirea stării medicale a pacientului cu patologie colorectală: s-au stabilit o serie de algoritmi, de protocoale în ceea ce privește diagnosticul și tratamentul acestor patologii. Pe de altă parte, în toate centrele importante care se ocupă de patologia colorectală funcționează comisii oncologice care se întrunesc săptămânal și în fac parte și alți medici: radio-imagiști, anatomopatologi și oncologi fără de care nu se pot stabili pașii de urmat.

Începând cu 2018 am pornit un program național de training a chirurgilor cât și a asistentelor de chirurgie în ceea ce privește tratamentul oncologic minim invaziv în patologia colorectală. Acest abord în multe situații asigură o superioritate vizavi de abordul clasic, ca rezultate cât și recuperare a acestor pacienți și redarea lor către societate. În cadrul acestui program național urmărim să pregătim 1000 de specialiști în tratamentul oncologic minim invaziv, respectiv 600 de chirurghi și 400 de asistente din 5 centre universitare: București, Iași, Cluj, Craiova și Timișoara. Proiectul a trecut de jumătate în desfășurarea sa. La aceste cursuri, tinerii chirurghi învață abordarea terapiei oncologice colorectale prin abord minim invaziv. Acest program vine ca o continuare a eforturile pe care le-am făcut de-a lungul ultimilor 10 ani, de dotare a centrelor chirurgicale din țară cu aparatură necesară intervenției minim invazive. Acum avem nevoie de resursa umană, de specialiști care să poată să abordeze patologia colorectală în manieră minim invazivă.

Rezultatele încep să se vadă. În 2008 aveam 1% intervenții minim invazive din total intervenții pe zona colorectală, în 2016 procentul a crescut la 4% iar în 2019 am ajuns la 12%. Sperăm ca în 2-3 ani să ne situăm la media europeană, care este de 25%.

Urmare a creșterii numărului de intervenții minim invazive, anul acesta am înființat un prim Registru Național, o platformă extrem de importantă pentru a compara rezultatele obținute prin acest abord și pentru a disemina experiența marilor centre de chirurgie colorectală.

Tot din acest an, Asociația Română de Chirurgie Endoscopică va porni programul Lapco, de perfecționare în intervenții colorectale minim invazive, preluat din Marea Britanie, unde acest program inițiat la începutul anilor 2010, a condus la creșterea explozivă a procentului de intervenții colorectale minim invazive de la 5% în 2010 la 70-80% în 2018. Este un model de progres în acest sens, motiv pentru care și Asociația noastră promovează același tip de pregătire de specialiști.

Când vorbesc de chirurgie minim invazivă mă refer în primul rând la abordul laparoscopic, deja funcțional în marea majoritate a centrelor din țară dar mă refer și la abordul robotic. Acesta este disponibil la ora actuală doar în câteva centre: București, Timișoara iar în sistem privat Brașov și

Oradea. Prin eforturile pe care le-am făcut și vom continua să le facem prin societățile de profil și prin comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății, sperăm ca în cel mai scurt timp să repornim Programul Național de Chirurgie Robotică, întrerupt cu 10 ani în urmă. Este necesar să repernească acest Program, prin care să se asigure atât investiția în noi roboți cât mai ales întreținerea acestor existenți din punct de vedere tehnic și al consumabilelor și instrumentelor.

Abordul chirurgical minim invaziv presupune o selecție a pacienților. Cazurile avansate nu permit un astfel de abord. Rata pacienților eligibili depinde de prezentarea pacienților la medic în stadii incipiente și atunci și rata de supraviețuire crește. În cadrul patologiei maligne, primul indicator este rata de supraviețuire la 5 ani și următorul aspect este calitatea vieții. Azi, toate centrele de excelență din România efectuează rezecții de rect, care procentual au ajuns să depășească procentul de amputații de rect. Acest lucru este definitoriu pentru calitatea vieții. Este important să putem să efectuăm anastomoze mai joase, în așa fel încât procentul de amputații de rect soldate cu ”anus contra naturii” să scadă. În anul 2000 aveam amputații de rect în procent de 80% și doar 20% erau rezecții cu anastomoză. Acum, în 2020 situația aproape s-a inversat, înregistrăm o medie de 60% rezecții (sunt și centre cu 80% rezecții) și doar 40% amputații de rect. Este o îmbunătățire evidentă.

În România și oriunde în lume se vorbește de screening colorectal pentru că el este primul pas pentru o bună rezolvare a acestei patologii și dacă este făcut corect ne asigură o depistare precoce a unui cancer. Gastroenterologii sunt principalii furnizori de control de tip screening, atât prin testele de hemoragii oculte, care prin program național sunt gratuite în multe centre dar și prin colonoscopii. Nu toate persoanele peste o anumită vârstă trebuie să efectueze colonoscopie. Se stabilesc o serie de criterii în care intră o populație considerată la risc, cu antecedente în familie, aflate la o vârstă peste 50 de ani, cu o serie de afecțiuni care pot duce la malignizare etc. Sunt o mulțime de criterii care stabilesc grupul țintă la care este necesară colonoscopia o dată la 5 ani și testul de hemoragii oculte anual. Prin astfel de metode simple putem să creștem procentul de cancer colorectal depistat în faze incipiente. La ora actuală din păcate jumătate din pacienți sunt depistați în fază avansată de cancer colorectal.



# OptiFibre

## Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.



### Cui sa recomandăm OptiFibre®



Adulții și copiii cu vârsta peste 3 ani



Pierții în greutate sau care câștigă greutate



Vârsta înaintată



	Măsurile de dozare ale OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-11 ani	
Zilnic	Măsuraj	Fibră	Sursă	Măsuraj	Sursă
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la 7 ani	1	1	1	1	1
	1/2 lingurițe de			1/2 lingurițe de	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 7 săptămâni, pentru un efect durabil.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- Deși se recomandă OptiFibre® cu oala micșorată sau oțet suplimentar de lichide, cu în cazul altor produse pe bază de fibre.

### Formația se la OptiFibre®



100% apă  
caldă



1/2 linguri



1/2 linguri



1/2 linguri

Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.\*

OptiFibre® se poate găsi în supermarketuri.  
Fără a conține și de alte produse care sărăci de săruri.

[www.nestle.ro/fitocel/en-ca.ro/optifibre](http://www.nestle.ro/fitocel/en-ca.ro/optifibre)

\*Baza statistică pe baza studiului realizat de Nestlé Research Center în colaborare cu un centru de cercetare independent.



# Patologia esofagului

Profesorul dr. Silviu Constantinoiu, membru al Academiei de Științe Medicale, directorul Centrului de Excelență în Chirurgia Esofagului din cadrul Spitalului Clinic „Sfânta Maria” din București este coordonatorul Tratatului de Patologie și Chirurgie Esofagiană, care a apărut în limba română acum 2 ani la Editura Academiei, urmată de ediția revăzută și adăugită în limba engleză („Surgery of the Esophagus”), apărută tot la Editura Academiei și lansată în noiembrie 2019, în amfiteatrul Spitalului Colțea, lucrarea având numeroși și iluștri colaboratori, profesori români și străini.

Lucrarea coordonată de profesorul Constantinoiu a fost realizată cu contribuția a 48 de autori, chirurghi, gastroenterologi, anesteziști, anatomo-patologi, imagiști, oncologi, dintre care o parte reprezintă universități și spitale de prestigiu din țări în care sistemul de sănătate este foarte ridicat.

Dr. Adrian Lobonțiu, membru în Colegiul American de Chirurgie din USA, director medical la Endo-Gastric-Solutions afirmă în prefață: „Este un tratat în care sunt prezentate extrem de concis (peste 800 pagini, NR) și bine documentat, toate aspectele esofagului, din punct de vedere anatomic, fiziologic, neurofiziologic, semiologic, al investigațiilor pacientului în vederea diagnosticării și al patologiei esofagiene maligne și benigne și care oferă soluții de tratament endoscopic și chirurgical”.

Prof. dr. Teodor Horvat, chirurgie toracică, membru al Academiei Române de Științe Medicale: „Marele merit al prof. Constantinoiu este că pe lângă faptul că folosește cu măiestrie bisturiul ca să salveze mii de vieți, găsește timp și să scrie, astfel încât vasta sa experiență să poată fi transmisă și pe această cale tinerilor chirurghi dornici să învețe”.

Prof. dr. Silviu Constantinoiu spune în introducerea cărții sale: „Au trecut mai multe decenii de la publicarea colecției de tehnici chirurgicale grupate sub denumirea „Chirurgia Esofagului” a profesorului Dan Gavrilu, urmată apoi de o altă lucrare „Patologia Esofagului”. Între timp, aria chirurgiei esofagiene a evoluat foarte mult, cu o contribuție esențială din partea medicilor gastroenterologi, ORL-iști, ATI-ști, imagiști, chimioterapeuți și radioterapeuți, care formează de multe ori echipe multidisciplinare”.

Profesorul Constantinoiu, aflat într-o zi de sâmbătă în spital, după ce a terminat obișnuita contravizită din secția de terapie intensivă la cei mai proaspăt ope-



rați pacienți ai săi și după ce a primit cu răbdare vizitele pacienților noi și vechi care-l așteptau la ușa cabinetului, ca fiind zi „mai liberă”, în final, după ora prânzului a avut amabilitatea să mă primească și să îmi vorbească cu aceeași vervă despre boli ale esofagului, care, în anumite faze, pot fi tratate medical și în alte situații se impune tratament chirurgical.

**Stimate domnule profesor, care sunt cele mai frecvente boli ale esofagului și în ce condiții ele presupun intervenția chirurgului?**

Sunt boli ale esofagului, cum sunt esofagitele obișnuite, de diverse etiologii, care țin de domeniul gastroenterologiei și al ORL-ului.

Pentru altele, pe care le vom comenta în cele ce urmează, este recomandabil inițial un tratament medical și doar în unele situații este nevoie de intervenție chirurgicală.

## Refluxul gastroesofagian

Cea mai frecventă boală din lume la ora asta este boala de reflux gastroesofagian. Chiar și la persoane sănătoase există un mic

reflux dinspre stomac spre esofag. Contează de fapt mai puțin refluxul cât defluxul, adică timpul în care se evacuează esofagul, deci cât timp are loc contactul dintre refluxul acidopeptic cu mucoasa esofagiană. În SUA, unde sunt statistici serioase pe sute de mii de cazuri, s-a constatat că din 10 americani 4 au reflux esofagian patologic. Deci este o boală foarte frecventă, cea mai frecventă, iar tratamentul antiacid, cum era cel cu ranitidină, a făcut ca produsul comercial Zantac să devină la un moment dat cel mai vândut produs medicamentos din lume.

Dar, această boală de reflux trebuie investigată. Trebuie văzut dacă există o hernie hiatală deci o perturbare anatomică care întreține acest reflux. Aceasta ar însemna că o parte din stomac herniază în torace și sfincterul esofagian inferior (situat la locul de vărsare al esofagului în stomac), nu mai este supus presiunii pozitive abdominale, ci presiunii negative toracice, menținând cardia beantă. Atunci apare acest reflux care este considerat patologic. Pentru a apărea această boală trebuie să se realizeze un trepidism al esofagului, deci o evacuare proastă, sfincter esofagian incompetent (și asta se vede la manometrie, în mod normal între 8-20 mm coloană Hg, deci sub 8 mm Hg sau după unii sub 6 mmHg apare matematic refluxul; al treilea element al trepidului este o evacuare antropiloroduodenală proastă.

Durerea esofagiană apare ca o arsură, o durere retrosternală, noi îi spunem pirozis, deși în unele cărți se spune greșit că pirozismul este semn de ulcer. Nu! Pirozismul este semn de reflux gastroesofagian. Faptul că ulcerul este însoțit de reflux, asta este altă discuție.

De obicei în boala de reflux apare acest pirozis, diurn sau nocturn, dar care în manifestarea nocturnă, când bolnavul stă întins pe spate este foarte supărător, uneori bolnavul simțind refluxul până în gură. Deseori acest conținut gastric acid refluează pe căile respiratorii și bolnavii pot face fenomene ORL și pulmonare extradigestive. Bolnavii capătă o voce găjăită, au odinofagie – greutate la înghițitul alimentelor, fac pneumonii sau supurații pulmonare. În astfel de situații confuze, degeaba bolnavul tratează aceste simptomatologii la ORL-ist sau pneumolog dacă nu tratează cauza, care este boala de reflux esofagian.

Ca să diagnosticăm corect boala trebuie să facem o **endoscopie digestivă superioară**, care ne poate releva dacă există un reflux cu eroziuni, deci este o boală ero-

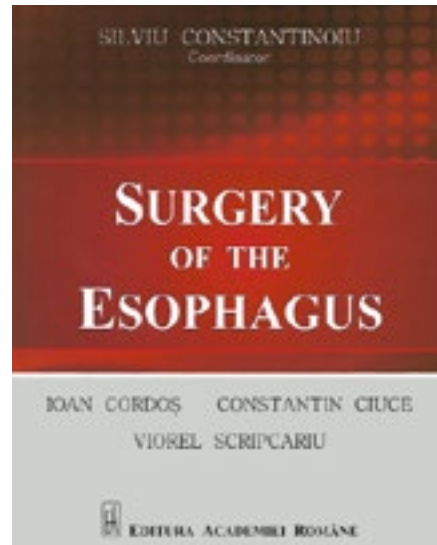
zivă, sau este reflux noneroziv. Boala erozivă este după clasificarea endoscopică Los Angeles (cea mai folosită clasificare): de grad A – mici eroziuni, grad B – mai multe eroziuni, grad C – eroziunile încep să fie confluențe și grad D – eroziune completă însoțită de o stenoză a esofagului. Pentru evaluarea bolii se poate face și un **tranzit baritat** în poziții speciale, pentru că uneori refluxul nu apare în poziția ortostatică și bolnavul trebuie așezat cu picioarele mai sus și capul mai jos, așa zisa poziție **Trendelenburg**, în care se produce mai ușor refluxul. Bolnavul poate fi așezat pe burtă, în procubitus, cu un sac de nisip sub epigastru și atunci crește presiunea sau aplecat din profil ca și cum s-ar încheia la un șiret, poziția șiretului sau poziția Brombart (arsura retrosternală care apare în această poziție se numește semnul lui Hillemand).

Mai sunt niște manevre care cresc presiunea abdominală, cum ar fi manevra **Valsalva sau Muller**, adică o încercare de a inspira/expira cu glota închisă și atunci presiunea abdominală crește și apare refluxul.

Este important să vedem și biopsia care se face din mucoasa esofagiană și ne arată gradul de inflamație. Un control complet include o **manometrie**, care arată presiunile în sfincterele esofagiene, mai ales în sfincterul esofagian inferior și gradul de mișcări peristaltice ale esofagului. O altă explorare foarte importantă este PH-metria pe 24 de ore: se introduce un cateter subțire pe nas până în esofagul superior. Acest cateter este racordat la un recorder, asemănător cu o geantă purtată pe umăr de pacient, timp în care acesta își desfășoară activitate de rutină zilnică. Astfel, se înregistrează curba PH-ului, care arată cantitatea și durata refluxului și defluxului. Se mai numește și testul telemetriei sau testul **Tom de Meester**.

Prin aceste determinări obținem o imagine obiectivă a bolii de reflux. De multe ori se operează abuziv această patologie, laparoscopic, mai ales la cererea pacienților, lucru cu care nu pot fi de acord. Diagnosticarea corectă necesită internarea într-o clinică specializată, cum este Centrul de Excelență în Chirurgia Esofagului, de la Spitalul Sf. Maria. Aici avem un laborator propriu de explorări funcționale ale esofagului: manometrie, PH-metrie etc, care se fac sub direcția îndrumare a medicilor chirurghi. Astfel, el are control asupra corectitudinii investigației și mai mult, în unele cazuri poate să rezolve operativ o eventuală complicație, cum ar fi o perforație esofagiană.

În cazul diagnosticării bolii de reflux esofagian, nu se intervine de la început chirurgical, se începe cu un tratament medical, ușor, care ține de lucruri simple, de conduită și de viață ale pacientului:



- Tratamentul postural, prin care bolnavul va dormi cu 2-3 perne sub torace, împiedicându-se refluxul înalt nocturn
- Bolnavul va purta haine largi, fără centuri care să-i strângă abdomenul și să creeze hiperpresiune abdominală
- Dacă pacientul are un grad de obezitate, îl punem să slăbească pentru că obezitatea nu este numai la peretele abdominal ci și la interior, pe mezourile viscerelor
- Bolnavii constipați fac reflux esofagian, la fel bolnavii cu disurie. Tratăm întâi bolile care induc aceste simptome
- Aplicăm bolnavului un regim alimentar asemănător celui de la ulcer, care să nu scadă presiunea în sfincterul esofagian inferior, regim prin care se elimină grăsimile, răntășurile, băuturile gazoase, condimentele, alcoolul, cafeaua, tutunul. Mesele vor fi dese și în cantitate mică, ultima masă cel mai târziu la ora 19:00.

Ca tratament medical se merge pe anihilarea defectului acesta de peristaltică prin administrarea de medicamente numite prokinetice, care ajută atât peristaltismul esofagian cât și cel antropiloric, în urma acestui tratament urmărind să se evacueze stomacul mai bine.

Prima metodă este administrarea de **Metoclopramid** sau Domperidonă (**Motilium**), sirop sau tablete, se dau cu jumătate de oră înainte de mesele principale, de 3 ori pe zi. Alt medicament care se recomandă este un inhibitor de pompă de protoni, **Omeprazol** sau alte forme de blocanți de

hidrogen, cum este **Pantoprazolul sodium** sau **medicație anti H2 (Famotidină, Nizatidina, Roxatidină acetat)** ș.a..

Personal, prefer produse originale, direct de la firma producătoare. Aceste medicamente se administrează dimineața, cu o jumătate de oră înainte de prima masă, când pompele de hidrogen sunt deschise.

Când pacientul prezintă și ulceratii este bine să prescriem și un tratament care „badijonează” aceste ulceratii: se administrează **Sucralfat**, care se găsește sub forma produsului Venter. Acesta acționează ca un gel și în timpul refluxului urcă pe esofag și ”spoiește” mucoasa esofagului. Se folosesc și alte geluri, cum sunt: **Epicogel, Maalox, Gaviscon** ș.a. Acest tratament se administrează cel puțin 6 săptămâni.

De asemenea, se face și un test la **Helicobacter Pylori**. Dacă pacientul este pozitiv la această bacterie, se face un tratament bazat pe **Amoxicilină și Claritromicin** (produsul **Klacid**), eventual **Metronidazol**.

Mai trebuie făcut un diagnostic diferențial cu durerea anginoasă din angina de piept. Mulți bolnavi cu reflux esofagian sunt tratați de **angor pectoris**. Numai că tratamentul anginei de piept conține nitriți, cum este **nitropectorul** sau produse blocante de calciu, care scad presiunea în sfincterul esofagian inferior, accentuând boala. Deci trebuie făcut un diagnostic diferențial clar între durerea dată de **pirozis –arsură** și durerea dată de **angina de piept**, pentru că un tratament dat pentru o boală, presupusă o va accentua pe cealaltă, reală.

Consultul pacientului e bine să vizeze gastroenterologul dar și pneumologul și ORL-istul, care trebuie atenționați dacă deja există diagnosticul de reflux. În acest caz trebuie tratat întâi refluxul, deci cauza, nu efectele.

La 6 săptămâni reevaluăm bolnavul să vedem dacă s-a ameliorat refluxul esofagian. Nu există o relație clară între intensitatea refluxului, gradul de eroziune (gradul Los Angeles), gradul de suferință reală a bolnavului și gradul de inflamație a mucoasei la biopsie. Mai ales persoanele mai labile psihic pot declara subiectiv că suferința a dispărut, s-a diminuat, a rămas la fel sau s-a agravat.

Uneori pacientul nu răspunde la tratamentul menționat sau nu poate urma tratamentul datorită programului de muncă încărcat sau nu și-l poate permite, tratamentul nefiind ieftin și fiind întins uneori pe durata unor ani. Mai apare și alt aspect. Cine poate să spună dacă nu cumva acest

tratament care induce o hipoaciditate nu poate să inducă o altă complicație? Stomacul, așa cum îl avem de la natură, are în interior un PH de 1,5, foarte acid (ca să nu crească nici un microb!)

Dacă stomacul va tinde să-și scadă aciditatea datorită tratamentului cu protoni de hidrogen, el se va coloniza bacterian, ceea ce produce o metaplazie, o transformare a mucoasei gastrice în mucoasă intestinală, ceea ce este o stare precanceroasă. Cine ne poate spune că acești pacienți tratați "a la longue" cu clasicul omeprazol-pantoprazol în timp nu vor face un cancer gastric? Există acest risc.

În aceste condiții, ale unui tratament inefficient, întins pe o perioadă de timp mai mare, pacientul are toate condițiile să se adreseze chirurgului care va rezolva afecțiunea printr-o fundoplicatură realizată clasic sau laparoscopic.

### Diverticuli esofagieni

Din categoria bolilor esofagului care pot fi tratate de gastroenterolog înainte de a se apela la chirurg fac parte **diverticuli esofagieni**, încadrate tot ca niște tulburări de motilitate. Ei pot să apară în regiunea cervicală, la locul unde faringele se continuă cu esofagul. În partea posterioară există un loc slab între mușchiul constrictor inferior al faringelui și sfincterul esofagian superior, care e mușchiul cricofaringian numit **trigonul Laimer**, este o zonă slabă, pe unde mucoasa esofagiană poate hernia. Acolo se produce un diverticul clasic numit **diverticul Zenker**; dacă se produce pe mijloc sau dacă e lateral se cheamă **diverticul Müller** sau **diverticul Jamieson**.

Mai pot fi diverticuli toracici situați imediat deasupra diafragmei, se cheamă **epifrenici și mediotoracici**. Sigur că nu orice diverticul trebuie operat. În condițiile în care are o anumită mărime și alimentele stagnează în el se produce fenomenul de diverticulită, o inflamație a mucoasei. Această diverticulită care este o complicație de ordin I, poate duce la o complicație de ordin II, de exemplu o sângerare sau o perforație sau, mai rău, o malignizare a diverticului, bolnavul trebuie urmărit. Diverticuli toracici nu sunt chiar simpli de operat. Înainte se operau prin toracotomie clasică, acum se operează și prin toracoscopie dar nu e deloc ușor să faci o sutură de diverticul esofagian cu **stapler** special, uneori diverticulul având o bază largă de implantare. O

fișulă produsă în torace poate să pună în pericol viața bolnavului. Deci este o afecțiune benignă dar cu riscuri majore operatorii. De aceea trebuie bine cântărit ce simptome are bolnavul, dacă trebuie sau nu trebuie operat. Un bolnav vârstnic, cu comorbidități, cu hipertensiune, diabet, insuficiență cardiacă, hepatică, nu este întotdeauna înțeles a fi operat. Operația poate fi reușită dar bolnavul să moară în urma unei complicații cardiace sau pulmonare. Iată deci un alt exemplu în care eclectismul chirurgului își are importanța lui.

### Acalazia cardiei

Aceasta este o afecțiune în care bolnavul dezvoltă o hiperpresiune permanentă în sfincterul esofagian inferior și înghite foarte greu. El tot timpul are stază în esofag. Mecanismul de înghițire este interesant: tot timpul, datorită presiunii în sfincterul esofagian inferior există o coloană de stază care nu poate învinge sfincterul esofagian. Mâncând, staza crește și presiunea pistonului este mai mare și atunci scapă o parte din conținut care se duce în stomac (dar nu tot). Rămâne un pic de stază, care crește dacă bolnavul continuă să mănânce și va învinge iar o fracțiune de secundă sfincterul esofagian inferior. Bolnavul se hrănește astfel. Boala poate dura ani de zile.

La ora asta se poate opera și clasic și laparotoroscopic dar există și alte metode. De exemplu, mai nou, se injectează endoscopic botox în sfincterul esofagian inferior. Lucrul acesta nu vindecă boala dar dă o relaxare a sfincterului, pentru câteva luni. Există și metode de dilatare a sfincterului esofagian inferior, de exemplu la Mayo Clinic din Rochester – SUA, 80% din acalazii se dilată cu sonde pneumatice. La noi bolnavii vin de obicei într-un stadiu mai avansat. Dacă esofagul este sinuos și are aspect de megaesofag grotesc, i se spune megaesofag în „șoșon” sau cu aspect de sigmoid. În acest caz, se recomandă tratament chirurgical. Uneori necesită o rezecție esofagiană și gastrică polară superioară, care este o operație dificilă, cu risc mare, care se face de obicei pentru cancerul esogastric.

### Stenozele esofagiene postcaustice

Mai sunt și stenozele esofagiene postcaustice printre bolile esofagului care se tratează chirurgical sau nonchirurgical.

Sunt anumiți indivizi care înghit substanțe corozive, de obicei copilul mic și bătrânul, care le înghit accidental. Laptele bătut seamănă perfect cu soluția de hidroxid de sodiu (sodă caustică), folosită încă la țară pentru prepararea artizanală a săpunului din grăsimea de la porc. Acest săpun este foarte bun, mai bun decât cel cumpărat uzual din comerț. În alte țări s-a interzis comercializarea sodei caustice, tocmai din motivul arătat.

Adulții de obicei ingeră substanțe caustice în scop de suicid. Dacă ingeră un acid tare, acid clorhidric sau acid sulfuric sau acid azotic se produce un fel de necroză de coagulare și substanța se scurge prin esofag și ajunge în stomac, se scurge pe mica curbă și dă o leziune antrală. Am avut o bolnavă tânără, foarte frumoasă, de etnie rromă, trimisă de la Alexandria cu diagnosticul de cancer de stomac. Ea s-a certat cu soacră-sa în timp ce soțul ei era plecat la țarg și a băut lichidul de la baterie, acid sulfuric concentrat. Nu a spus la spital ce a făcut. În operație ne-am dat seama că era un stomac retractat cât pumnul dar nu era tumoral. I-am făcut o gastrectomie totală, are 20 de ani de atunci. Recent a mai fost internată o altă fată tânără, tot de etnie rromă, care ar fi băut în loc de apă minerală, acid folosit de ei la confecționarea vaselor și cazanelor din cupru. Esofagul și stomacul erau arse și retractate complet. A trebuit să-i fac un nou stomac din intestinul subțire și un nou esofag din intestinul gros. Slavă domnului că a supraviețuit fiindcă avea acasă 4 copii, femeie de 24 de ani cu fata cea mare de 14 ani!

Soda caustică dă niște leziuni de lichiefiere, esofagul se transformă în ceva mucinos și de obicei substanța nu prea mai ajunge în stomac, deci pot apărea leziuni complexe, atât pe căile respiratorii superioare, leziuni de epiglotă, de aritenoi, de corzi vocale, leziuni de laringe, leziuni esofagiene dar uneori și leziuni gastrice, sunt arsuri complexe, care necesită colaborare și cu chirurgul ORL-ist, chirurgul buco-maxilo-facial, pentru că esofagul este singurul organ care străbate 3 regiuni anatomice: cervicală, toracică și abdominală.

**NR. Mulțumim domnului profesor dr. Silviu Constantinoiu pentru generoasa expunere.**



## 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)

 SIAD

## Rolul dietei asupra simptomelor din boala de reflux gastroesofagian la pacienții cu steatohepatită non-alcoolică

Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o boală frecvent definită pe considerente clinice, cu tratament ambulatoriu și necesită supraveghere clinică pentru eficacitatea tratamentului. Steatohepatita non-alcoolică (NASH) este, de asemenea, o boală frecventă definită pe rezultatele de laborator și ecografie și necesită supraveghere pe aceleași criterii. În practica clinică, în ambulatoriul secției de gastroenterologie și hepatologie, una dintre cele mai frecvente boli pentru consultarea și supravegherea inițială este steatohepatita. De obicei, atunci când căutăm această boală, ne interesează consumul de alcool, dar, nu rareori, această boală nu este corelată cu consumul de alcool, ci cu tulburări metabolice; ne așteptăm la unele corelații unanim recunoscute cu diabetul zaharat de tip 2, hipertensiunea arterială, dislipidemia și obezitatea. Dar mulți pacienți cu steatohepatită relatează simptome tipice de BRGE. Indiferent dacă pentru pacienții consumatori de alcool, această combinație de steatohepatită și BRGE este de așteptat datorită efectului direct al alcoolului asupra ficatului și a funcției secretorii gastrice și motorii gastroesofagiene, pentru NASH această corelație este mai puțin așteptată. La pacienții obezi cu NASH, ne putem aștepta la o îmbunătățire a funcției hepatice la cei care urmează o dietă restrictivă. Dar această dietă îmbunătățește adesea și simptomele BRGE, reducând nevoia de medicamente inhibitoare a secreției acide.

Asistent universitar  
dr Oana Timofte

Medic specialist gastroenterologie, doctor  
în științe medicale, UMF „Gr T Popa”, Institutul  
de Gastroenterologie și Hepatologie, Iași

Sef lucrari  
dr Elena Gologan

Medic primar gastroenterologie  
și medicină internă, doctor în științe medicale,  
UMF „Gr T Popa” Iași

**R**olul dietei mediteraneene este recunoscut ca benefic în NASH. Numeroase studii arată că o dietă bogată în fructe, legume, fasole, cereale integrale, pește și o cantitate mică de carne roșie și, pe de altă parte, o dietă săracă în dulciuri, alimente procesate, fast-food și carne roșie reduce considerabil steatoza hepatică<sup>[1], [2]</sup>.

În 2017, un studiu realizat de Zalvan și colegii săi a demonstrat efectul dietei mediteraneene și consumul de apă alcalină asupra refluxului laringofaringian și beneficiul acestei combinații în comparație cu utilizarea inhibitorilor pompei de protoni<sup>[3]</sup>. Dar acest tip de reflux nu este posibil în absența refluxului gastroesofagian, motiv pentru care am considerat acest studiu ca un punct de plecare în utilizarea tratamentului intensificat al simptomelor refluxului gastroesofagian la pacienții cu

NASH și BRGE asociați la care oricum dieta mediteraneană a fost recomandată.

Mone și colegii dintr-un alt studiu arată o corelație pozitivă directă între dieta mediteraneană și BRGE<sup>[4]</sup>.

Într-un studiu recent realizat de Newberry și colaboratori, se încearcă explicații fiziopatologice pentru simptomele de reflux gastroesofagian și modul în care acestea sunt influențate de dietă<sup>[5]</sup>.

Pornind de la diagnosticul actual al BRGE<sup>[6]</sup> și luând în considerare mecanismele bolii, cele mai utilizate tratamente actuale, trebuie să recunoaștem că acestea nu interferează cu cauza bolii, ci doar cu consecințele acesteia, motiv pentru care noi metode de manageriere a BRGE sunt căutate în prezent<sup>[7]</sup> prin prisma fiziopatologiei, dar și prin prisma unuia dintre principiile intrinseci ale medicinei „primum non nocere”; de aceea, abordarea BRGE prin dietă ca prim pas, și, în mod evident, urmărirea pacienților din perspectiva evoluției simptomelor, este o variantă de luat în considerare.

În concluzie, rolul dietei și activitatea fizică moderată la pacienții cu exces de greutate sau obezi cu NASH (pentru a reduce greutatea corporală) care au prezentat și simptome de BRGE este esențială pentru reducerea acestor simptome. Această constatare clinică poate fi posibilă datorită pierderii în greutate care induce o presiune intraabdominală mai mică, datorită creșterii rezistenței la contracție secundară activității fizice și datorită limitării alimentelor hiperglicidice care stimulează simultan aciditatea.

În ceea ce privește acestea, putem încerca ca primă intenție tratamentul unei boli funcționale precum BRGE cu metoda veche de step-up, cu rezultate bune la mulți (dar selectați) pacienți.

Pentru rezultate bune, complianța pacientului este esențială, bazată pe înțelegerea bolii, așa cum explică medicul pentru fiecare pacient.

### Bibliografie:

1. Della Corte C, Mosca A, Vania A, Alterio A, Iasevoli S, Nobili V. (2017). Good adherence to the Mediterranean diet reduces the risk for NASH and diabetes in pediatric patients with obesity: The results of an Italian Study. *Nutrition*, 39-40, pp. 8-14.
2. McCarthy EM, Rinella ME. (2012). The Role of Diet and Nutrient Composition in Nonalcoholic Fatty Liver Disease. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics* 112(3), pp.401-409.
3. Zalvan C, Hu S, Greengerg B, et al. (2017). A Comparison of Alkaline Water and Mediterranean Diet vs Proton Pump Inhibition for treatment of Laryngopharyngeal Reflux. *JAMA Otolaryngol Head Surg.* 143(10), pp. 1023-1029.
4. Mone I, Kraja B, Bregu A, Duraj V, Sadiku E, Burazeri G, Hyska J. (2016). Adherence to a predominantly Mediterranean diet decreases the risk of gastroesophageal reflux disease: a cross-sectional study in a South Eastern European Population. *Dis Esophagus* 29(7), pp.794-800.
5. Newberry C, Lynch K. (2019). The role of diet in the development and management of gastroesophageal reflux disease: why we feel the burn. *J Thorac Dis.* 11(Suppl 12), pp. S1594-S1601.
6. Gyawali CP, Kahrilas PJ, Savarino E, Zerbib F, Mion F, Smout A, Vaezi M, Sifrim D, Fox MR, Vela MF, Tutuian R, Tack J, Brede-noord AJ, Pandolfino J, Roman S. (2018). Modern Diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut* 67(7), pp.1351-1362.
7. Gyawali CP, Fass R. (2018). Management of Gastroesophageal Reflux Disease. *Gastroenterology*; 154:302-18.

## MyPGx® - PROFILUL FARMACOGENETIC COMPLEX ÎN SPECIALITATEA GASTRO-ENTEROLOGIE

Calitatea actului medical este îmbunătățită iar costurile terapeutice sunt reduse

### Beneficiile farmacogeneticii

Prin cunoașterea profilului farmacogenetic al pacientului, medicul poate prescrie ținut și rapid medicația pentru pacient, în doza adecvată.

Luarea în considerare a răspunsului individual la medicație poate fi recomandată pentru toate specialitățile medicale. Utilizarea analizelor farmacogenetice este în mod special valoroasă pentru următoarele medicații:

- Analgezice ■ Medicamente antireumatice ■ Antibiotice ■ Antivirale
- Antimicotice ■ Antidepresive ■ Psihotropice ■ Antidiabetice
- Antihipertensive ■ Anticoagulante ■ Citostatice ■ Inhibitori ai pompei de protoni
- Antiemetice ■ Supresori ai apetitului ■ Antihistaminice ■ Anorectice
- Statine ■ Urologice



### Cum funcționează



#### MyPGx® KIT DE TESTARE

- O cutie pentru colectare
- Instrucțiuni de prelevare și expediere
- Formular de colectare și corelații pentru test



#### TRANSPORTUL PROBEI

- Organizat de SYNLAB



#### TESTARE GENETICĂ MULTIPLEX SPECTROMETRIE DE MASĂ & TEHNOLOGIE POR

- Analizează mai mult de 32 de gene cheie
- Pentru peste 100 de variante genetice care afectează eficiența, toleranța și descompunerea a 30 de medicamente



#### RAPORTUL DE ANALIZĂ

- Rezumat de o pagină cu rezultatele esențiale
- Raport detaliat cu interpretarea integrată a rezultatelor pacientului



### Majoritatea

oamenilor prezintă variații genetice în enzimele implicate în activarea, transportul și eliminarea medicamentelor

Până la  
**20%**  
dintre pacienții în ambulatoriu prezintă RAM



**10%-  
20%**  
dintre pacienții internați au cel puțin o RAM în timpul internării



# Esofagita eozinofilică pediatrică – abordare clinico-terapeutică actuală

Esofagita eozinofilică (EoEo) este o boală inflamatorie cronică/recidivantă, cu mecanism imuno-alergic mediat predominant de limfocitele T helper-2 (Th-2), definită printr-un pattern simptomatic de disfuncție esofagiană asociat cu o inflamație esofagiană izolată, predominant eozinofilică (> 15 eozinofile/hpf).

**Conf. dr. Victoria Hurduc**

**Dr. Luiza Elena Bordei**

**Dr. Lucica Luminița Gales**

Spitalul Clinic de Copii  
„Dr. Victor Gomoiu”

**C**onsiderată inițial “mai curând o curiozitate” decât o boală relevantă epidemiologic, în prezent, esofagita eozinofilică este apreciată drept cea mai frecventă afecțiune eozinofilică gastrointestinală, definită printr-o creștere “dramatică” a incidenței, similară celei a alergiilor alimentare (4,4-9,5 cazuri/100.000 locuitori/an). Esofagita eozinofilică este o componentă a diatezelor alergice multiple, cu predipoziție ereditară poligenică semnificativă, documentată prin istoricul familial/personal de atopie, prezent în aproximativ 75% din cazuri și prin riscul de recurență al EoEo în fratrie (≈ 80 versus 2 pentru astmul bronșic).

În general, la copiii mici, esofagita eozinofilică este declanșată predominant de alerggia alimentară mediată de Ig E (15-43% din cazuri) iar la copiii mari și adulți, preponderent de sensibilizarea față de aeroalergeni (prezență în 71-93% din cazuri). Prezența alergiei alimentare mediată Ig E constituie un factor predictiv pentru dezvoltarea consecutivă a EoEo, cu toate că datele recente subliniază și posibilitatea asocierii acesteia cu alergiile alimentare nemediate Ig E (Ig G4) sau a cazurilor de novo induse de imunoterapia orală. Patogeneza esofagitei eozinofilice presupune interacțiunea complexă a unor factori de natură variată (genetici, alergici, boală de reflux gastroesofagian etc) cu impact semnificativ asupra calității vieții pacienților.

Relația dintre esofagita eozinofilică și esofagita de reflux este complexă, controversată și incomplet elucidată, îndeosebi în cazul unui infiltrat eozinofil cuprins între 5-15 Eo/hpf. Esofagita eozinofilică poate “mima sau complica” esofagita de reflux datorită potențialei interacțiuni dintre acidifierea intraluminală esofagiană și eozinofile, astfel încât cele două entități “se pot suprapune și coexista la același subiect”. Cel mai recent ghid privind esofagita eozinofilică la copii și adulți, elaborat conform medicinei bazată pe dovezi (Lucendo AJ et al, 2017) propune modificarea abordării clinico-terapeutice a celor două entități considerate “mutual exclusive” cu retragerea termenului de „eozinofilie esofagiană responsabilă la inhibitorii de pompă de protoni (EER-IPP)”, recomandat în cazul formelor responsive la tratamentul terapeutic cu inhibitorii de pompă de protoni (IPP), aplicat timp de 8-12 săptămâni. Studiile recente au demonstrat capacitatea inhibitorie a secreției citokinelor Th-2, exercitată de către IPP, într-o manieră similară corticosteroizilor, astfel încât, în prezent, IPP împreună cu dieta de eliminare și corticoterapia topică, reprezintă „cei 3 piloni terapeutici fundamentali” ai esofagitei eozinofilice.

Esofagita eozinofilică se caracterizează prin manifestări clinice polimorfe, persistente, nespecifice, îndeosebi la vârstă mică, cu evoluție constantă sau intermitentă.

Pattern-ul clinic de disfuncție esofagiană variază în funcție de vârstă și se corelează cu profunzimea leziunilor, fiind dominat de disfație în formele mucosale și respectiv dismotilitate/impact alimentar în formele - musculare. În general, sugarii și copiii mici prezin-

tă manifestări nespecifice, persistente, dominate de tulburări de alimentație, dureri abdominale, vărsături mucoide/gelatinose, iritabilitate, tuse, falimentul creșterii.

Preșcolarii prezintă mai frecvent refuzul alimentației asociat cu un aport alimentar insuficient pentru vârstă, dificultăți la introducerea alimentelor noi, dureri abdominale, vărsături și un comportament alimentar preferențial pentru lichide și de tipul „slow eaters”. Copiii mari și adolescenții prezintă îndeosebi disfație și impact alimentar, asociate cu o dietă monotonă, teamă/anxietate în timpul meselor, pirozis, dureri retrosternale (refractare la terapia antireflux). Diagnosticul clinic poate fi uneori întârziat de confuzia creată de debutul cu o diaree sanguinolentă.

De asemenea, manifestările clinice evocatoare pot fi „mascate” prin dezvoltarea unui „comportament de evitare”, prezent atât la copii cât și la adulți, fapt care determină întârzierea diagnosticului cu 2 până la 20 ani (46-87%). Din acest motiv, anamneza ar trebui să conțină unele întrebări țintite, precum: „Ești ultimul care se ridică de la masă?” / „Bei multă apă în timpul mesei pentru a înghiți?” / „Eviți unele alimente – pâinea, orezul sau carnea?” / „Trebuie să tai alimentele în fragmente mici?” etc. (Torrijos EG, 2018)

Esofagita eozinofilică se poate asocia cu alte afecțiuni non-alergice, precum boala celiacă (risc estimat de 50-70 ori mai mare), bolile inflamatorii intestinale, sindromul Marfan, Sd. Ehlers-Danlos, imunodeficiența comună variabilă, tulburările de spectru autist, esofagita de reflux etc.

Diagnosticul EoEo presupune asocierea simptomelor de disfuncție



# CIROZA

## ENCEFALOPATIA HEPATICĂ

ACȚIONEAZĂ → HEPA-MERZ®



**CU CÂT MAI REPEDÊ  
CU CÂT MAI BINE**

### Hepta-Merz® granulat



**Ingredient activi pe litru**  
3 g Levamisol + Lactopurum

**Dozaj**  
Se administrează comprimat  
de 1-2 pliculețe de 1-2 ori  
pe zi.

### Hepta-Merz® comprimat, pastilă



**Ingredient activi pe litru comprimat**  
8 g Levamisol + Lactopurum

**Dozaj**  
Până la 4 tablete pe zi în funcție de  
starea pacientului și evoluția  
Tratamentul este continuat  
după ce s-a ameliorat

## Hepta-Merz® Levamisol + Lactopurum

- scade nivelul de amoniac
- diminuează simptomele encefalopatiei hepatice
- îmbunătățește calitatea vieții pacienților

esofagiană cu inflamația esofagiană eozinofilică cu > 15 eozinofile/hpf și excluderea altor cauze de eozinofilie esofagiană (esofagită de reflux, gastroenterită eozinofilică, boală celiacă, boală Crohn, achalazie, hipersensibilitate la medicamente, vasculite, sindrom hipereozinofilic, boli ale țesutului conjunctiv etc).

Endoscopia digestivă superioară cu biopsie esofagiană obligatorie (aspect macroscopic normal în 10-23% cazuri) relevă modificări multiple, combinate (plăci/spoturi albicioase, inele concentrice fixe/tranzitorii, pliuri longitudinale, lineare, stricturi proximale/medii/distale, mucoasă friabilă „creponată”, aspect nodular/granular, paloare sau hiperemie etc).

Examenul histopatologic relevă un infiltrat inflamator eozinofilic, predominant proximal, cu dispoziție particulară focală, juxtaluminală a eozinofilelor. Tranzitul baritat gastrointestinal prezintă o sensibilitate diagnostică redusă.

Se recomandă studiul alergologic al fiecărui pacient (eozinofilie perife-

rică moderată în 40-50% din cazuri, creșterea Ig E serice totale în 50-70% cazuri, Ig E specifice pozitive pentru cel puțin un alergen alimentar în 50-70% din cazuri și în peste 2/3 cazuri la pneumoalergeni, skin prick tests și respectiv atopy patch tests pentru formele de alergii alimentare cu hipersensibilizare întârziată etc.

Tratamentul EoEo pediatrie se bazează pe trei categorii terapeutice (3D – Drugs, Diet, Dilatation) cu măsuri individualizate, adaptate vârstei și formei clinice.

Terapia de primă alegere constă în administrarea IPP, care pot fi menținută în doză scăzută și pentru menținerea remisiunii, urmată de dietă de eliminare. De asemenea corticoterapia topică (Fluticonasone, Budesonide) permite revesibilitatea fibrozei și a remodelării esofagiene în aproximativ 87% din cazuri.

Dieta controlată reprezintă „piatra de temelie”, terapeutică cu eficiență variabilă în funcție de cele trei tipuri de dietă recomandate respectiv: 96% din

cazuri pentru dieta elementală, 81% pentru dieta de excludere a celor 6 alimente alergizante mai probabile și respectiv aproximativ 65% din cazuri pentru dieta de eliminare specifică. Metoda „gold standard” de testare a toleranței alimentare presupune reintroducerea unui singur aliment, urmată de reevaluarea histologică esofagiană. În formele cu evoluție îndelungată, nerresponsive la terapia dietetică/medicamentoasă se recomandă dilatația endoscopică.

Terapia cu montelukast în dozele pediatrie uzuale conduce la rezultate nesatisfăcătoare, ca și cea cu cromolyn sodic. Agenții biologici experimentali (anti IL-5, anti IL-13, anti-eotoxina 3) necesită studii suplimentare de perspectivă.

În concluzie, cu toate că esofagita eozinofilică este o entitate distinctă, descrisă relativ recent doar de aproximativ două decenii, progresele clinico-terapeutice realizate în abordarea clinico-terapeutică sunt „enorme”, în acord cu creșterea incidenței și prevalenței sale.

Crowne Plaza Hotel, September 11-12, Bucharest, Romania  
**Bucharest PancreaticFest 2020**  
Scientific coordinator Cristian Gheorghe

Save the date

8<sup>th</sup> PANCREATIC DISEASE COURSE  
9<sup>th</sup> EUS WORKSHOP in PANCREATIC DISEASES

[www.workshop-pancreas.ro](http://www.workshop-pancreas.ro)  
[www.pancreas.ro](http://www.pancreas.ro)

**COURSE DIRECTORS**  
Cristian Gheorghe  
Marcel Tantău

**WORKSHOP DIRECTORS**  
Mariana Jinga  
Adrian Săftoiu

**INVITED SPEAKERS**  
Peter Vilmarin  
Erwin Santschi  
Rada Tamsian  
Peter Hegyi

# OMNi BiOTiC

# 10



OMNI-BIOTIC 10,  
cel mai nou produs  
pentru corectarea  
dezechilibrelor florei  
tale intestinale

 **VEDRA**  
INTERNATIONAL

Institut  
**AllergoSan**

# Modificări digestive în schizofrenie

Schizofrenia este o tulburare cerebrală complexă, definită prin anomalii în unul sau mai multe din următoarele domenii: ideție delirantă, halucinații, gândire dezorganizată, comportament motor profund dezorganizat sau anormal și simptome negative. Diagnosticul de schizofrenie presupune că boala durează cel puțin 6 luni și include cel puțin o lună cu simptome de fază activă.

Alexandra Lazar

Dan L. Dumitrașcu

Clinica Medicală II,  
UMF Iuliu Hațieganu Cluj-Napoca

În ultimii ani s-a presupus că schizofrenia este în mare parte o boală genetică ereditară, derivată în principal din studii familiale și gemene, de 80%-85%. Studiile genetice ample nu au dus la noi metode de diagnostic și tratament. O examinare a studiilor gemene pe care se bazează ereditatea, arată faptul că, aceste studii exagerează componenta genetică a schizofreniei. În plus, efectele agenților infecțioși, cum ar fi *Toxoplasma gondii* și compoziția microbiomului, pot produce o imagine clinică care, de asemenea, ar părea a fi în mare parte genetică datorită agregării familiale și a unui rol pentru o contribuție genetică parțială la sistemul imunitar. Se concluzionează că schizofrenia are o componentă poligenică, însă cea mai susținută ipoteză este că schizofrenia apare atunci când tulburările de mediu interacționează cu predispozițiile genetice.

## Epidemiologie

Schizofrenia a fost observată în întreaga lume. Prevalența printre adulți este raportată adesea a se situa între 0,5% și 1,5%. Incidența anuală se situează cel mai frecvent între 0,5 și 5 la 10.000. Debutul este mai precoce la bărbați decât la femei. La bărbați s-a constatat prezența formelor mai grave de schizofrenie. Studiile efectuate pe cohorta nașterii sugerează unele variații geografice și istorice în incidență. De exemplu, un risc crescut a fost constatat printre indivizii născuți în

mediul urban comparativ cu cei născuți în mediul rural, precum și un declin gradual al incidenței la cei din cohortele de naștere mai recente.

**Factorii de risc** pentru schizofrenie sunt considerați a fi următorii:

- încărcătura genetică
- personalitatea schizoidă sau schizotipală
- absența familiei
- statusul socio-economic scăzut
- data nașterii (numeroase studii privind datele de naștere ale schizofrenicilor au demonstrat că aceștia se nasc mai frecvent iarna și primăvara; explicațiile acestui fenomen au fost creșterea frecvenței infecțiilor, dieta săracă în proteine, complicațiile la naștere)
- evenimentele psihotraumatizante

Asocierea tulburărilor digestive cu bolile psihice a existat din toate timpurile și este singura comorbiditate constantă raportată în literatura de specialitate din cele mai vechi timpuri până în prezent.

Este importantă conștientizarea și înțelegerea prezenței factorilor de risc somatic, care includ manifestările gastro-intestinale asociate cu schizofrenia în dezvoltarea unor strategii de tratament individualizate, pentru a îmbunătăți confortul și calitatea vieții bolnavilor.

## Motilitatea gastro-intestinală și antipsihoticele

Este bine cunoscut faptul că efectele anticolinergice ale antipsihoticelor din prima și a doua generație, au ca efecte adverse tulburări de motilitate intestinală cum ar fi, constipația severă, ocluzia intestinală, în cazuri izolate ileus paralytic

și moarte; de asemenea mai pot apărea durerea la nivelul abdomenului, grețurile și vărsăturile ( **Tabel 1**). În special Clozapina are efect puternic asupra scăderii motilității intestinale datorită efectelor sale puternice anticolinergice.

Funcția de motilitate intestinală este un proces care este reglat de sistemul nervos colinergic parasimpatic.

La pacienții cu schizofrenie prevalența constipației determinată de antipsihotice variază între 1,5% la 60%.

Alte antipsihotice cu efecte colinergice, incluzând atât agonisți, cât și antagonisți, și utilizarea unor compuși colinergici specifici pentru a contracara efectele secundare extrapiramidale ale medicamentelor prescrise persoanelor cu schizofrenie, pot produce o varietate de efecte adverse asupra intestinului, inclusiv anorexie, greață, vărsături, diaree și dureri abdominale.

Cu toate acestea, efectele secundare ale medicamentelor care afectează tractul intestinal, nu sunt limitate la sistemul colinergic, deoarece intestinul conține numeroși alți receptori neurotransmițători incluzând receptorii dopamină, serotonină și noradrenergici.

S-a dovedit că agenții de blocare dopaminergici, cum ar fi Haloperidolul și Sulpirida, au activitate variată asupra motilității colonului distal, inhibând și crescând motilitatea în același timp.

Monitorizarea disconfortului gastro-intestinal și a stării nutriționale sunt adesea obiective secundare în îngrijirea și tratamentul persoanelor cu schizofrenie, atenția fiind îndreptată către combaterea simptomatologiei cerebrale.

Disfuncția gastro-intestinală indusă de medicația antipsihotică, este evidentă în tulburările psihice, iar prezența sa poate

Antipsihotice	Denumirea produsului	Tulburări gastro-intestinale			
		foarte frecvente	frecvente	rare	foarte rare
De a doua generație (atipice)	CLOZAPINA	constipație hipersalivație	Grețuri vărsături	disfagie	obstrucție intestinală ileus paraltic fecaloame
	RISPERIDONA	Greață Vărsături Diaree dureri abdominale	constipație	Disfagie gastrită fecaloame	obstrucție intestinală
	OLANZAPINA		constipație	distensie abdominală	Grețuri dureri abdominale
	QUETIAPINA	Greață vărsături diaree	constipație		
De prima generație (tipice)	HALOPERIDOL	Greață vărsături constipație hipersalivație			
	CLORPRIMAZINĂ	xerostomie	constipație	megacolon	

Tabel 1. Tulburări gastro-intestinale apărute în urma administrării antipsihoticelor atipice/tipice

contribui la deficiențe nutriționale persoanelor cu schizofrenie. Ar trebui promovată acțiunea preventivă cu sfaturi privind dieta și hidratarea corespunzătoare.

## Sistemul imunitar, creierul și microbiomul

Sistemul gastro-intestinal este alcătuit dintr-un set de mecanisme celulare și moleculare concepute pentru a ajuta digestia, pentru a facilita absorbția nutrienților și pentru a asigura protecția inițială împotriva antigenelor, toxinelor și infecțiilor dăunătoare.

Microbiota intestinală este reprezentată de totalitatea microorganismelor de la nivelul intestinului subțire și gros, și este o parte a unor procese legate de intestin, cum ar fi menținerea și reglarea metabolismului, integritatea barierei epiteliale, dezvoltarea sistemului imunitar și modularea comportamentului gazdă. Studii recente au demonstrat că întreruperea corespunzătoare a funcției gastro-intestinale poate afecta creierul pe căile sistemului imunitar.

Microbiota intestinală joacă un rol cheie pentru organismul gazdă. Axa cere-

bro-intestinală, definită de cercetări noi, este o cale bidirecțională de comunicare între creier și microbiomul intestinal. Din aceste motive, unii cercetători au sugerat o legătură între disbiozele intestinale și tulburările psihice.

Schizofrenia este fenotipic o tulburare a creierului; astfel, orice considerație pentru un rol al sistemului gastro-intestinal în etiologia și fiziopatologia sa, trebuie să includă un mecanism care afectează creierul.

## Inflamația gastrointestinală

Inflamația, infecția și stresul sunt factori de mediu care pot afecta integritatea structurilor barierei epiteliale și endoteliale. Inflamația este o constatare consistentă în schizofrenie, o parte din această inflamație fiind asociată cu tractul gastro-intestinal.

Expunerea la *Toxoplasma gondii* este un factor de risc bine documentat pentru schizofrenie, și ca agent patogen intestinal este un instrument utilizat în modele experimentale pentru a produce o stare inflamatorie în tractul gastro-intestinal. Astfel, nu este surprinzător că infecția cu *Toxoplasma gondii* poate conduce la disbioza comunităților microbiene și poate

produce o stare de permeabilitate crescută la nivelul tubului digestiv.

Sunt cunoscuți o multitudine de factori extrinseci și intrinseci care modifică funcția gastro-intestinală. În prezent, nu se pledează pentru înlocuirea antipsihoticelor cu alte medicamente, dar se sugerează să fie examinat confortul gastro-intestinal și să fie luată în considerare terapia intestinală suplimentară, astfel încât pacienții vor avea mai multe șanse să continue medicația care este esențială pentru sănătatea lor mentală.

Combinând noi informații din domeniile microbiologiei, imunologiei și gastroenterologiei cu date experimentale din câmpurile tradiționale de neuroștiință, o nouă generație de cercetători, care utilizează analize biochimice moderne, informații prin studii genetice moleculare și alte tehnici de laborator avansate, au acum în posesia lor, instrumente puternice de investigare, pentru verificarea și reintegrarea rolului proceselor gastro-intestinale într-o gamă largă de tulburări psihiatrice. Aceste abordări integrative pot constitui baza, pentru o puternică teorie unificată a câmpului asupra cauzalității și pot conduce la noi metode pentru prevenirea și tratamentul bolii.

Articol preluat, republicat în Medical Market cu acordul autorului.

### Bibliografie:

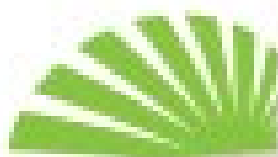
1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM 5), 2013, pag.86, 89
2. E. Fuller Torrey, Robert H. Yolken: Schizophrenia as a pseudogenetic disease: A call for more gene-environmental studies. *Psychiatry Research*, Volume 278, 2019, pag.146-149
3. Marc De Hert, corresponding author Liesbeth Dockx, Chiara Bernagie, Bie Peuskens, Kim Sweers, Stefan Leucht, Jan Tack, Stefan Van de Straete, Martien Wampers, and Joseph Peuskens: Prevalence and severity of antipsychotic related constipation in patients with schizophrenia: a retrospective descriptive study, *BMC Gastroenterology* 11, Article number 17, 2011, pag. 2-3
4. Emily G. Severance, Ph.D., corresponding author, Emese Prandovszky, Ph.D., James Castiglione, M.L.I.S., M.S., and Robert H. Yolken, M.D.: Gastroenterology issues in schizophrenia: why the gut matters. *Current Psychiatry Reports*, Article number 27, 2015
5. Elaine Y. Hsiao, Sara W. McBride, Sophia Hsien, Gil Sharon, Embriette R. Hyde, Tyler McCue, Julian A. Codelli, Janet Chow, Sarah E. Reisman, Joseph F. Petrosino, Paul H. Patterson, and Sarkis K. Mazmanian: The microbiota modulates gut physiology and behavioral abnormalities associated with autism. *Cell*, Volume 155, Number 7, Dec 2019., pag. 1451-1455



  
Ministero della Sanità

# HEMOVERT®

DISPOSITIVO MEDICALE  
TO COLLEZIONATE TEMATE  
TO PLACER  
TO INNOVATION





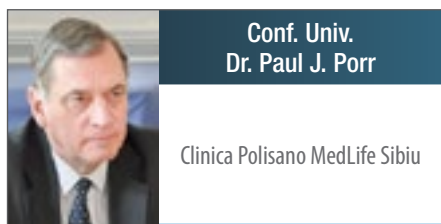
**Sun Wave Pharma**

Making Tomorrow Healthier

**EXPERTUL TRANZITULUI  
FARA GRUJ!**

# Microbiota intestinală - implicații digestive și extradigestive

Microbiota intestinală este constituită din totalitatea microorganismelor (bacterii, virusuri, protozoare ș.a.) din lumenul intestinal. Microbiomul include și informația genetică a acestor microorganisme, cât și totalitatea ecosistemelor microbiene. Cu toate că, a doua noțiune o include pe prima, ele se folosesc în mod curent, chiar și de către gastroenterologi, ca sinonime. Cu această microbiotă noi trăim într-o simbioză perfectă, fără de care viața noastră nu ar fi posibilă.



Conf. Univ.  
Dr. Paul J. Porr

Clinica Polissano MedLife Sibiu

**M**icrobiota se formează din momentul nașterii, intestinul fetal fiind steril și diferă deja în funcție de tipul nașterii: la nou-născuții prin naștere naturală primul contact va fi cu flora vaginală maternă, formându-se un anumit tip de microbiotă, iar la cei născuți prin cezariană primul contact va fi cu flora maternă tegumentară, formându-se alt tip de microbiotă. Microflora se dezvoltă apoi mai ales sub influența hranei, un moment important fiind diversificarea acesteia la sugar și sub influența altor factori de mediu, respectiv a determinismului genetic. La adult este aproape specifică pentru fiecare individ, fiind numită chiar „a doua amprentă”. Densitatea microbiotei crește din jejun spre colon, ca și diversitatea ei, ajungând la aproximativ 5000 de specii, adică aproximativ 100 trilioane de celule, ceea ce înseamnă de 10 ori mai mult decât totalitatea celulelor proprii organismului uman. Informația genetică a microbiomului depășește chiar de 100 de ori informația genomului uman!

Cercetările referitoare la microbiotă, acest „ultim organ descoperit al omului”, au început relativ recent, dar au progresat exponențial.

Funcțiile microbiotei se pot grupa în funcții metabolice, protectoare și de structură. Funcțiile metabolice sunt multiple: formarea de energie din polizaharidele nedigerabile prin fermentare, sinteză de aminoacizi, de acizi grași cu lanț scurt

(aceștia contribuie la protecția peretelui intestinal, la lipogeneză și sinteză de colesterol), de vitamine B, K, absorbție de apă și săruri, interacțiuni cu metabolismul acizilor biliari, influențând astfel homeostazia glucozei și a colesterolului ș.a. Funcțiile protectoare constau în prevenirea colonizării cu floră patologică prin sinteză de polipeptide antimicrobiene cât și prin competiție directă, în reglarea unor limfokine inflamatoare, în crearea și dezvoltarea sistemului imun local (celule B și T helper și reglatoare). Funcția structurală constă în modularea stratului de mucus care constituie bariera antiinflamatoare.

În mod normal microbiota este în stare de eubioză, adică într-o simbioză relativ stabilă, de echilibru cu organismul gazdă. Pot apărea însă stări de disbioză, când acest echilibru al florei microbiene este conturbat prin diferiți factori: infecții bacteriene, virale sau fungice, modificări bruște de mediu sau dietetice, tratamente medicamentoase (mai ales antibiotice), stări de imunodeficiență, alte afecțiuni.

Stările de disbioză au rol determinant în infecții intestinale acute (enterocolite acute) și cronice (boala Whipple, tuberculoza intestinală, sprue), în sindromul intestinului subțire contaminat, respectiv în sindromul intestinului scurt, dar și în alte boli digestive și extradigestive. O infecție intestinală, a cărei incidență a crescut mult în ultimii ani în toată lumea, este infecția cu *Clostridium difficile* (colita pseudomembranoasă) care a devenit chiar o problemă de sănătate publică. Doar într-un singur an în UE s-au cheltuit 3 miliarde de Euro pentru acești pacienți.

În toate aceste cazuri este importantă restabilirea stării de eubioză. Aceasta se obține prin administrare de probiotice, prebiotice, simbiotice sau antibiotice.

Probioticele sunt bacterii de tipul Bifidobacterium, Lactobacillus, Lactococcus, Bacteroides, Enterococcus, Escherichia, Faecalibacterium, Propionibacterium, Saccharomyces ș.a. care au efect imunomodulator (inhibă factorii proinflamatori și stimulează factorii antiinflamatori) și structural, crescând bariera intestinală.

Prebioticele sunt glucide nondigerabile (inulină, lactuloză, fructo- și oligozaharide) care, datorită rezistenței lor la digestie, sunt fermentate de microbiotă, rezultând acizi grași cu lanț scurt, care prin scăderea pH creează un mediu ostil germenilor patogeni. De asemenea, reduc permeabilitatea și inflamația intestinală. S-a descris și o stimulare selectivă a creșterii Lactobacillii și Bifidobacteriei.

Sinbioticele sunt combinații între un pro- și un prebiotic.

Simbioticele sunt combinații între două probiotice.

Antibioticele folosite sunt cele cu absorbție foarte redusă, precum Rifaximina sau Neomicina.

Mai ales în infecția cu *Clostridium Difficile* se folosește cu succes din ce în ce mai frecvent transplantul de microbiotă fecală.

În afara infecțiilor intestinale, microbiota are implicații și în alte afecțiuni digestive. În intestinul iritabil prin intermediul axei microbiotă-intestin-creier se produc interacțiuni complexe între microbiotă și sistemul nervos central, sistemul neuro-endocrin, sistemul neuro-imun, sistemul nervos autonom și sistemul nervos enteric. Astfel, microbiota intervine în răspunsul la stres (prin axul hipotalamo-hipofizar-adrenal), în anxietate, memorie, comportament, cât și în funcțiile intestinale. Tocmai prin acest ax microbiota influențează și patogenizarea intestinului iritabil, în care factorii psiho-sociali au importanță deosebită.



**GUST DE SUPĂ DE PUI  
SAU SUPĂ DE LEGUME**



- Bogate în acizi grași OMEGA-3 EPA&DHA din ulei de pește
- Conțin fibre prebiotice din fructo-oligozaharide
- Conținut optim de antioxidanți (vit. A, C, E, zinc, seleniu și beta-caroten)
- Fără gluten
- Diete hipercalorice (300 kcal/flacon)
- Pentru gust mai intens, produsele pot fi încălzite

## Nutricomp Soup® 200 ml

**SOLUȚII NUTRIȚIONALE ORALE  
PENTRU ABORDAREA MALNUTRIȚIEI**

Studiile pe materii fecale au demonstrat o microbiotă diferită la cei cu intestin iritabil, față de cei normali. Modificările de *Lactobacillus* și *Veillonella* se asociază cu o hiperproducție de acizi grași cu lanț scurt care determină producerea de gaze care la rândul lor cauzează meteorism, durere, anxietate, emoții negative și scăderea calității vieții. Există diferențe de microbiotă și în diferitele forme de intestin iritabil. Astfel în forma D (cu predominanța diareei) sunt crescute *Proteobacteria* și *Firmicutes* în dauna *Actinobacteria* și *Bacteroides*. Studiile pe mucoasă arată că, biofilmul, pe care îl formează microbiota, este diferit la normali, la cei cu intestin iritabil și la cei cu boli inflamatoare intestinale. În intestin iritabil sunt mai evidente *Eubacterium rectale* și *Clostridium coccidis*.

În bolile inflamatoare intestinale disbioza se caracterizează prin creșterea *Enterobacteriaceae* și scăderea *Firmicutes*, prin scăderea diversității și stabilității microbiotei în general, prin alterarea compoziției ei, cu proprietăți mai mult proinflamatoare decât imunoreglatoare. Sunt și diferențe între cele două forme de boli intestinale inflamatoare. În boala Crohn scade *Faecalibacterium prausnitzii* și *Bifidobacterium*, corelate invers cu activitatea bolii, iar colita ulcerosă se caracterizează prin scăderea *Clostridium coccooides* și *Clostridium leptum*.

Microbiota joacă un rol și în carcinogeneza digestivă. Are posibilitatea de generare de substanțe cancerigene, cum sunt nitrozaminele, mai ales în stomacul hipo- sau anacid. Are și efect cancerigen indirect, consecutiv unor excese sau deficite nutriționale. În patogeneza cancerului colo-rectal are un rol scăderea acizilor grași cu lanț scurt, determinată tot de microbiotă. Aceasta se implică chiar și în patogeneza cancerului hepatic, via circulației enterohepatice.

În afara acestor afecțiuni digestive, microbiota are o serie de implicații extra-digestive.

Există o serie de boli metabolice, în patogeneza cărora microbiota are implicații certe. În obezitate s-a observat corelarea acesteia cu anumite modificări de microbiotă „de stil vestit” consecutive unei „diete de stil vestit”, cu preponderența de fast-food. Astfel, s-a descris creșterea de *Firmicutes* și scăderea de *Bacteroides*, raportul cărora se normalizează din nou după slăbire. Un rol important îl are sinteza de acizi grași cu lanț scurt și acizi biliari care modulează metabolismul gazei. Obezitatea se carac-

terizează și printr-un grad mic de inflamație prin TNF $\alpha$ , IL-18 și IL-1 $\beta$ , la care contribuie și microbiota intestinală, poate chiar o inițiază. Problema se pune însă și invers, adică influențarea microbiotei prin obezitate. S-au efectuat în acest sens câteva experimente interesante pe șoareci: transplantul de materii fecale de la șoareci obezi pe șoareci slabi a determinat apariția obezității și la aceștia și invers, transplantul de materii fecale de la șoareci slabi la șoareci grași a determinat pierderea în greutate la aceștia.

Și diabetul zaharat de tip 2 se caracterizează printr-o disbioză caracteristică, cu scăderea *Faecalibacterium prausnitzii* și a *Firmicutes*. S-a descris de asemenea o corelație indirectă între rezistența la insulină și microbiota producătoare de butirat. Există câteva studii, nu foarte convingătoare însă care susțin chiar efect de profilaxie a diabetului zaharat de tip 2 prin administrare de probiotice (*Lactobacillus acidophilus*).

Altă afecțiune, în care este implicată microbiota, este ateroscleroza. Aceasta se corelează cu nivele crescute de *Collinsella* și scăzute de *Eubacterium* și *Roseburia*. S-a observat, de asemenea că, metabolismul microbial al colinei din dietă în betaină și trimetilamină se corelează direct cu evenimente cardio-vasculare care sunt consecințe directe ale aterosclerozei.

O serie de afecțiuni hepatice au, de asemenea, corelații cu o anumită microbiotă. În ficatul gras nonalcoolic creșterea *Enterobacteriaceae* și creșterea permeabilității intestinale sunt incriminate în patogeneza acestei afecțiuni, dar și în afecțiuni hepatice autoimune (hepatita autoimună, colangita sclerozantă primară, ciroza biliară primitivă) o microbiotă distinctă este triggerul pentru răspunsul imun anormal sau inadecvat.

Și în alte afecțiuni autoimune disbioza este implicată, probabil prin mecanism asemănător. Astfel în artrita reumatoidă s-a observat că, administrarea de probiotic (*Lactobacillus rhamnosus* GG) în formă ușoară a bolii a redus activitatea bolii în 70% din cazuri, față de 30% la martori. În boli autoimune neurologice precum scleroza multiplă sau neuromielita optică există de asemenea încercări terapeutice cu administrarea de probiotic sau antibiotic, respectiv dietă bogată în fibre, pentru a influența favorabil microbiota. În scleroza multiplă activă microbiota este mai puțin diversificată, decât în forma de remisie sau la sănătoși.

În alergii s-a trecut de la teoria igienii la teoria microbiomului. Pornind de la

prezența unei disbioze la sugarii alergici s-a observat că, o microbiotă diversificată poate combate alergiile. Studiul MIPS arată o reducere cu 50% a instalării dermatitei atopice la nou-născut după tratament cu prebiotice.

În osteoporoză s-a putut corela densitatea osoasă semnificativ scăzută - factor de risc important pentru osteoporoză, cu o suprapopulare bacteriană intestinală. De asemenea, s-a observat un efect benefic al probioticelor.

În boala Alzheimer s-a observat că, o anumită disbioză duce la eliberare de cantități mari de amiloid și lipozaharide, cu rol în sinteza unor citokine proinflamatoare. Acestea au rol în patogeneza bolii, caracterizată prin depozitare de fibrile și amiloid- $\beta$ . Prin dirijarea corespunzătoare a dietei și administrare de pre- și probiotice, se ajunge la contracararea disbiozei cu scăderea producției de amiloid.

Și o serie de afecțiuni psihice - anxietate, depresie, anorexie nervoasă, sunt influențate de o microbiotă cu diversitate bacteriană scăzută prin axa microbiom-intestin-creier. Chiar și schizofrenia s-a asociat cu anumite disbioze.

În concluzie se poate afirma că microbiota are implicații multiple, chiar în boli care aparent nu au legătură cu flora intestinală. Astfel se adeverește ce a spus Hippocrate în urmă cu două milenii: ”Toate bolile încep în intestin”. Aceste efecte patologice apar din cauza unor disbioze, frecvent de origine iatrogenă. Din păcate există și azi medici care prescriu antibiotic în viroze respiratorii, nemaivorbind de autotratamente în acest sens ale pacienților, preferabil bineînțeles cu antibiotice de ultimă generație! Refacerea stării de eubioză în aceste cazuri este esențială prin tratament cel puțin adjuvant cu pre-, pro-, sin- sau simbiotic. Transplantul de fecale a ajuns să fie efectuat deja în diferite afecțiuni (intestin iritabil, boli inflamatoare intestinale). Deocamdată pare science-fiction să vorbim despre bănci cu materii fecale procesate și înghețate, asemănător băncilor de organe pentru transplant, cu fecale procesate specific pentru fiecare categorie de boală, în funcție de disbioza specifică acesteia, dar această ficțiune ar putea deveni realitate mai repede decât credem.

Oricum, prin cercetările efectuate pe microbiotă s-a deschis o nouă frontieră a medicinei.

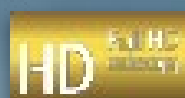
NEW

# 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)

# Colita microscopică – principii actuale de abordare clinică

Colita microscopică nu este o entitate nouă – de la prima descriere trecând deja aproape 5 decade, dar progresele înregistrate în ultimii ani în cunoașterea și caracterizarea acesteia au menținut-o în actualitate o lungă perioadă de timp, până inclusiv în momentul de față. Chiar dacă am putea răspunde relativ simplu și precis la anumite întrebări esențiale despre acest capitol de patologie, există încă aspecte în studiu, precum și caracteristici care constituie în același timp certe provocări.



Conf. Univ.  
Dr. Ana-Maria Sîngeap

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, UMF „Grigore. T. Popa” Iași



As. Univ. Laura Huiban

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, UMF „Grigore. T. Popa” Iași



Prof. Dr. Anca Trifan

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, UMF „Grigore. T. Popa” Iași



Prof. Dr. Carol Stanciu

Institutul de Gastroenterologie și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, UMF „Grigore. T. Popa” Iași

**C**a exemple de adevăruri clasice, care ar putea fi înglobate practic într-o „carte de vizită” permanent valabilă, am putea menționa următoarele: colita microscopică este o boală inflamatorie cronică intestinală, care se manifestă prin diaree

cronică apoasă non-sanguinolentă, al cărei diagnostic se stabilește prin biopsie colonică, și a cărei strategie terapeutică are la bază budesonidul (cu posibilitate de „step-up” către alte principii terapeutice).

În același timp însă, colita microscopică prezintă anumite trăsături particulare identificate în timp, pe parcursul progreselor în cunoașterea bolii, și care contribuie la „personalitatea” originală a acestei patologii. Argumentele care pot fi aduse în sprijinul aceste afirmații sunt: colita microscopică are aspect clinic de boală funcțională, dar este clasificată ca boală inflamatorie; este o boală cu prevalență ridicată, dar în același timp cu posibilități certe și validate de tratament eficient; impactul clinic este dual, aparent paradoxal: nu se asociază cu prognostic nefavorabil pe termen lung (întrucât nu comportă risc de cancer colo-rectal, iar chirurgia ca măsură terapeutică este excepțională), însă influențează indiscutabil, în sens negativ, calitatea vieții.

Totodată, caracterul permanent actual al colitei microscopice este susținut și de recunoașterea necesității unor răspunsuri suplimentare în ceea ce privește terapia optimă: în momentul actual, nu sunt foarte multe studii terapeutice finalizate, în timp ce există totodată anumite variante terapeutice promițătoare (agenți biologici noi, transplantul fecal).

Colita microscopică cuprinde tradițional două entități: colita colagenică și colita limfocitară, caracterizate prin trăsături histopatologice distincte și specifice.

## Epidemiologie

Ca date de epidemiologie generală, incidența colitei colagenice este estimată între 2-11 cazuri la 100.000 locuitori pe an, iar a colitei limfocitare între 2-16 cazuri la 100.000 locuitori pe an <sup>(1)</sup>. S-a constatat recent, într-o analiză a cazurilor din Marea Britanie, o creștere a incidenței colitei microscopice în general, de până la 18 cazuri la 100.000 locuitori, atribuită gradului mai mare de conștientizare a personalului medical și, totodată, creșterii vârstei populației <sup>(2)</sup>. Per ansamblu, incidența este mai mare în zonele geografice ale Europei de Nord și ale porțiunii nordice a Americii de Nord.

Ca date epidemiologice suplimentare, a fost estimată vârsta medie la diagnostic de aproximativ 65 de ani; în același timp, un sfert dintre pacienți sunt diagnosticați la vârsta de sub 45 de ani. Colita microscopică este mai frecventă la femei (raport femei/bărbați = 3/1 pentru colita colagenică, și respectiv 1.9/1 pentru colita limfocitară). Totodată, proporția cazurilor de colită microscopică în cadrul tuturor cazurilor de diaree non-sanguinolentă este estimată a fi 10% <sup>(3)</sup>.

## Factori de risc

Au fost descriși de-a lungul timpului diverși factori de risc pentru apariția colitei microscopice, care pot fi încadrați general în: medicamente, fumat, boli autoimune. Între medicamentele cu risc se numără: inhibitorii pompei de protoni (în

special lansoprazolul), antiinflamatoriile nonsteroidiene, statinele, inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei, antagoniștii de receptori histaminici H2, precum și inhibitorii punctelor de control imun – molecule inovative în terapia oncologică, care se pare că se pot corela cu un fenotip mai invalidant al colitei microscopice<sup>(4,5)</sup>. În ceea ce privește fumatul, s-a arătat că debutul bolii se înregistrează la vârste mai tinere (cu aproximativ 10 ani) la fumători comparativ cu nefumătorii<sup>(6)</sup>. Bolile autoimune care sunt considerate factori de risc pentru dezvoltarea colitei microscopice sunt: boala celiacă (ridică riscul de până la 70 de ori), tiroidita autoimună, diabetul zaharat tip 1, artrita reumatoidă<sup>(7)</sup>.

## Fiziopatologie

Se consideră că mecanismul fiziopatologic al colitei microscopice este multifactorial. Componentele tradiționale sunt reprezentate de: inflamația mucosală, injuria mucoasei de către diverși constituenți sau particule din lumenul intestinal, alterarea funcției de barieră epitelială, mecanismul osmotic, malabsorbția de acizi biliari, metabolismul anormal al colagenului. În mod clasic, este incriminată de asemenea și susceptibilitatea genetică, fiind descrisă asocierea cu haplotipurile DQ2, DQ1,3<sup>(8)</sup>.

Recent, studiile au documentat și implicarea microbiotei și a factorilor hormonal. De exemplu, s-a arătat că, în

comparație cu subiecții sănătoși, în colonul pacienților cu colită microscopică: pe de o parte sunt mai frecvente bacteriile reducătoare de sulf, cu rol pro-inflamator, din familia Desulfovibrionales, și totodată, pe de altă parte, sunt net scăzute microorganismele din familia Coriobacteriaceae. De asemenea, au fost formulate argumente privind asocierea microorganismelor Actinomyces și Bacilli cu medicamente recunoscute a crește riscul de colita microscopică (inhibitori ai pompei de protoni, antiinflamatorii nonsteroidiene)<sup>(9)</sup>. În același timp, a fost formulată recent ipoteza conform căreia administrarea de tratament hormonal exogen crește riscul de colită microscopică<sup>(10)</sup>.

## Diagnostic

Suspiciunea clinică trebuie să fie emisă înaintea unui sindrom diareic cronic, în general la pacientul adult, de vârstă medie. Diagnosticul este confirmat de examenul histopatologic al biopsiilor colonice. Totodată, bilanțul de evaluare clinică și paraclinică trebuie să asigure excluderea altor cauze de diaree cronică, printre care: sindromul de intestin iritabil, bolile inflamatorii intestinale idiopatice, diareea indusă de medicamente, diferite alte sindroame de malabsorbție.

Un aspect care merită dezvoltat este diagnosticul diferențial între colita microscopică și sindromul de intestin iritabil. Durerea abdominală este frecventă în

colita microscopică, totodată se consideră că până la o jumătate dintre pacienții cu colită microscopică îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru sindromul de intestin iritabil. Pe de altă parte, 10% dintre pacienții încadrați ca sindrom de intestin iritabil au de fapt colită microscopică. Ca simptome comune care pot alimenta suprapunerea, pot fi amintite astenia, depresia; totuși, există anumite trăsături distincte care pot ajuta în diagnosticul diferențial (**Tabelul 1**).

SII: sindrom de intestin iritabil; CM: colita microscopică

Examenle de laborator pot evidenția consecințele diareei, prin determinarea hemoleucogramei complete (anemie), electroliților, albuminemiei. În scopul diagnosticului diferențial, pot fi efectuate: serologia pentru boala celiacă, examenul probei de scaun pentru Clostridium difficile, Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, E. coli E157:H7, paraziți, antigenul Giardia. Au utilitate scăzută în diagnostic parametrii sindromului inflamator, markerii de autoimunitate (ANA, ASMA, ASCA), factorul reumatoid. Calprotectina fecală este într-adevăr crescută în boala activă comparativ cu faza de remisie, dar aproximativ o treime dintre pacienții aflați în fază activă a bolii au niveluri scăzute de calprotectină, astfel încât aceasta nu ar trebui să fie considerată factor unic de decizie pentru efectuarea colonoscopiei<sup>(11)</sup>.

Diagnosticul de certitudine se bazează pe examinarea histopatologică a biopsiilor prelevate în cadrul colonoscopiei. În legătură cu modalitatea endoscopică de examinare a colonului, este adevărat că sigmoidoscopia flexibilă ar putea stabili diagnosticul la aproximativ 90% dintre cazuri, dar totodată trebuie ținut cont de faptul că modificările histologice pot fi distribuite discontinuu, parțiar, iar severitatea inflamației este mai importantă la nivelul colonului proximal. Astfel, recomandarea consensuală actuală este de a preleva etajat, câte minimum 2 biopsii din fiecare segment al colonului: drept, transvers, descendent și sigmoid<sup>(12)</sup>.

Din punct de vedere macroscopic, aspectul înregistrat la colonoscopie este normal în majoritatea cazurilor. În 10-30% din cazuri însă, se pot evidenția anumite modificări: edem (uneori cu aspect nodular al mucoasei), eritem, desen vascular anormal, leziuni exudative, mu-

TABLOU CLINIC	SII	CM
Debutul (uzual)	< 50 de ani	> 50 de ani
Scaun (consistență)	Variabilă (moale-consistent)	Apos/moale
Durere/ disconfort abdominal	Obligatoriu	Variabil
Caracter nocturn al diareei	Absent	Posibil
Scădere ponderală	Rară	Frecventă
Asociere boli autoimune	Rar	Frecvent

**Tabelul 1.** Diagnosticul diferențial clinic al colitei microscopice cu sindromul de intestin iritabil

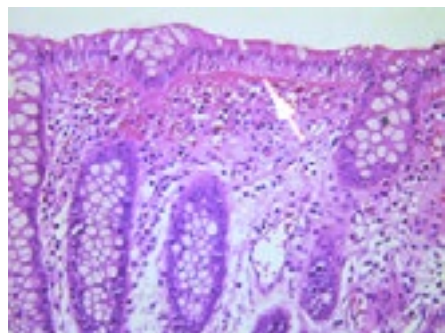


Figura 1. Colita colagenică - aspect histologic (colorație hematoxilina-eozină, magnificație x200) Din colecția Dr. Mihai Danciu, Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore. T. Popa” Iași

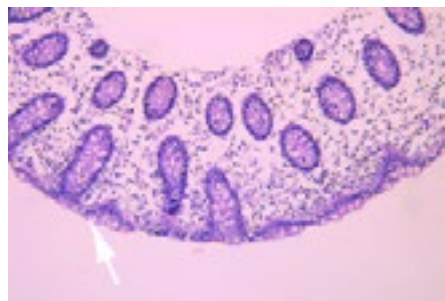


Figura 2. Colita limfocitară - aspect histologic (colorație hematoxilina-eozină, magnificație x100) Din colecția Dr. Mihai Danciu, Departamentul de Anatomie Patologică, Spitalul Clinic Județean de Urgențe „Sf. Spiridon” Iași, Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore. T. Popa” Iași

coasă friabilă sau chiar laceratii mucoase (aspect de „zgârietură de pisică”), cicatrici mucoale; în general, se consideră că aceste modificări nu sunt specifice, totodată existând și o mare variabilitate în descrierile oferite de diferiți examinatori <sup>(13)</sup>. Totuși, s-a constatat o corelație între existența leziunilor de tip defect mucosal (laceratii) cu riscul de perforație în cadrul colonoscopiei <sup>(14)</sup>. Acest lucru impune prudență și atenție deosebită per-procedură (în special privind insuflarea pe parcursul instrumentării) la pacienții care prezintă respectivul tip de leziune mucoasă.

### Diagnostic histologic

Colita microscopică include două subtipuri principale, identificate prin trăsături specifice histopatologice. Colita colagenică (Figura 1) se caracterizează prin îngroșarea benzii subepiteliale de collagen de peste 10 μm diametru (normal, grosime sub 3 μm). Colita limfocitară (Figura 2) este definită prin prezența a peste 20 de limfocite intraepiteliale la 100 de celule epiteliale; de regulă, nu se înregistrează distorsiunea arhitecturală a criptelor, dar poate apărea criptita focală.

Există de asemenea forma „incompletă” de colită microscopică, care cuprinde pacienții simptomatici al căror rezultat histologic îi apropie, dar nu îi încadrează în formele definite de boală (pentru colita colagenică, grosimea benzii între 5 și 10 μm, și respectiv pentru colita limfocitară, între 10 și 20 limfocite intraepiteliale) <sup>(15)</sup>.

Un aspect interesant de discutat îl constituie relația dintre colita microscopică și bolile inflamatorii intestinale idiopatice (boală Crohn, colită ulcerativă). Există pacienți la care pot fi susținute ambele diagnostice; se consideră că, deși cel mai probabil este vorba de o asociere incidentală a celor două boli (cel mai frecvent fiind vorba de colită microscopică și colită ulcerativă), trebuie să ridicăm ipoteza debutului unei colite microscopice în situația apariției unui sindrom diareic fără argument endoscopic de recidivă a bolii inflamatorii intestinale <sup>(16)</sup>.

### Tratament

Scopul principal al tratamentului îl reprezintă obținerea remisiunii clinice, definită ca mai puțin de 3 scaune pe zi, fără nici un scaun apos. Dezideratul paralel îl reprezintă ameliorarea implicită a calității vieții pacientului.

**Măsuri generale.** Întrucât au fost descrise cazuri de colită microscopică relaționate cu anumite medicamente, prima măsură o reprezintă evitarea medicamentelor posibil incriminate. De asemenea, un rol important îl au măsurile de modificare a stilului de viață: întreruperea fumatului, scăderea consumului de cafea, scăderea consumului de alcool (cu influență posibilă asupra tranzitului intestinal), evitarea alimentelor pe bază de lactate (dacă există intoleranță la lactoză, sau în funcție de toleranța individuală).

Se pot administra antidiareice de tipul loperamid, la nevoie, în doză de 2-16 mg/zi.

**Tratamentul medicamentos specific.** Prima linie de tratament este reprezentată de glucocorticoizi, care pot induce răspuns clinic și chiar histologic în până la 80% din cazuri <sup>(12)</sup>. Se recomandă budesonid în doză de 9 mg/zi, timp de 6-8 săptămâni. Dacă se obține remisie clinică, se va scădea doza la 6 mg/zi pentru încă două săptămâni, apoi la 3 mg/zi pentru încă două săptămâni, apoi se poate discontinua. Dacă după primele 6-8 săptămâni de tratament nu se obține remisiunea, se

poate prelungi doza inițială până la 12 săptămâni sau mai mult. Durata terapiei de menținere este de 6-12 luni. O atenție deosebită trebuie acordată pe parcursul tratamentului efectelor secundare de tip osteopenie/osteoporoză. Deși budesonidul are rată bună de inducere a remisiunii, se înregistrează recidiva simptomatologiei după oprirea tratamentului la 60-80% din cazuri. Corticosteroizii sistemici au un rol limitat, având rată de răspuns semnificativ mai mică decât budesonidul (aproximativ 53%), cu prețul unor efecte secundare importante, în același timp având și rată de recidivă mai mare <sup>(17)</sup>. Astfel, pot reprezenta o opțiune doar dacă budesonid nu este disponibil sau accesibil. Alternativele terapeutice sunt reprezentate de: aminosalicilați (utili când budesonidul este contraindicat sau indisponibil), salicilatul de bismut (când budesonidul este contraindicat sau ineficient) sau colestiramina (în cazul căreia se recomandă atenție la interacțiunile medicamentoase) <sup>(18,19)</sup>.

De-a lungul timpului au mai fost propuse și studiate diferite variante terapeutice, care însă nu și-au dovedit eficacitatea: metronidazolul, eritromicina, octreotid, verapamil, precum și anumite tulpini de probiotice (E. coli tulpina Nissle 1917, Lactobacillus acidophilus LA-5, extract de Boswellia serrata) <sup>(17,20)</sup>.

**Tratamentul imunomodulator.** A fost studiat mai intensiv în ultimii ani, obținându-se rezultate favorabile. Și anume, azatioprina sau 6-mercapto-purina ar putea avea un rol în tratamentul formelor severe, steroid dependente sau refractare la steroizi; rata de răspuns în cazul acestor pacienți a fost de 40-45%, dar trebuie atrasă atenția asupra posibilelor efecte secundare (hepatită, pancreatită, supresie medulară, infecții) <sup>(21)</sup>. Au fost comunicate de asemenea date (deocamdată insuficiente) care ar susține efectul favorabil al tacrolimusului. Pentru pacienții cu forme refractare, o alternativă ar putea-o constitui terapia biologică, existând recent studii din care se pot desprinde date favorabile privind efectul agenților anti-TNF (adalimumab, infliximab) <sup>(22)</sup>; de ultimă oră, au fost comunicate rezultate care ar putea susține eficiența vedolizumab în cazurile de colita microscopică refractară <sup>(23)</sup>. Deși promițătoare, sunt necesare studii suplimentare care să sprijine în viitor ideea recomandării terapiei biologice la acești pacienți.



**OLYMPUS**

**EVIS EXERA III**

 **temco**  
TEHNO ELECTRO MEDICAL COMPANY  
APARATURĂ MEDICALĂ . REPREZENTANȚĂ ȘI SERVICE

021353 **BUCUREȘTI**, Str. Călușei nr. 69A,  
Tel: +40-(0)21 252 4650; Fax: +40-(0)21 252 4667  
400489 **CLUJ-NAPOCA**, Str. Republicii nr. 65-67;  
Tel.: +40 - (0)264 - 599 331; Fax: +40 - (0)264 - 596 270

[www.temco.ro](http://www.temco.ro), e-mail: [office@temco.ro](mailto:office@temco.ro)

**Transplantul fecal.** Recent, a fost de asemenea studiat ca variantă de tratament pentru pacienții cu colită microscopică (în special colagenică) refractară la budesonid <sup>(24)</sup>, dar sunt necesare în continuare date suplimentare pentru validarea indicației.

**Tratamentul chirurgical.** Extrem de rar indicat, este din ce în ce mai rar efectuat în cazul pacienților cu colită microscopică. Intervenția chirurgicală (ileostomie sau colectomie cu ileo-ano-anastomoză) ar putea avea un rol în cazurile severe, non-responsive la variantele medicale de tratament <sup>(25)</sup>.

## Prognostic

Colita microscopică nu influențează mortalitatea. Nu se asociază cu risc crescut de cancer colo-rectal, existând chiar o frecvență scăzută a polipilor neoplazici comparativ cu pacienții fără colită microscopică <sup>(26)</sup>. Răspunsul la tratament este în general bun, trei sferturi din pacienți obținând remisiunea prelungită pe mai mult de 1 an după oprirea tratamentului. Totuși, colita microscopică, evident în special în perioadele de activitate, influențează negativ calitatea vieții.

## Colita microscopică - DE REȚINUT!

- Este o boală inflamatorie intestinală, manifestată prin diaree cronică, apăsă, non-sanguinolentă
- Factorii de risc sunt: vârsta, sexul feminin, fumatul, anumite medicamente
- Este o boală benignă, dar influențează negativ calitatea vieții
- Poate simula un sindrom de intestin iritabil
- Diagnosticul este histologic, fiind necesare biopsii colonice etajate
- Prima linie terapeutică este budesonidul
- Cazurile refractare reprezintă o provocare terapeutică
- Noile tendințe terapeutice sunt terapia biologică și transplantul fecal

### Bibliografie

1. Tong J, Zheng Q, Zheng Q, Lo R, Shen J, Ran Z. Incidence, prevalence, and temporal trends of microscopic colitis: a systematic review and meta-analysis. *Am J Gastroenterol.* 2015;110<sup>(2)</sup>:265–276.
2. Lewis N, Archer T, Kaye P. PWE-061 Epidemiology of microscopic colitis in Nottingham: a contemporary cohort study *Gut* 2017;66:A156.

3. Zabana Y, Ferrer C, Aceituno M, Salas A, Fernández-Bañares F. Advances for improved diagnosis of microscopic colitis in patients with chronic diarrhoea. *Gastroenterol Hepatol.* 2017;40<sup>(2)</sup>:107-116.
4. Bonderup OK, Nielsen GL, Dall M, Pottegård A, Hallas J. Significant association between the use of different proton pump inhibitors and microscopic colitis: a nationwide Danish case-control study. *Aliment Pharmacol Ther.* 2018;48<sup>(6)</sup>:618–625.
5. Choi K, Abu-Sbeih H, Samdani R, et al. Can immune checkpoint inhibitors induce microscopic colitis or a brand new entity? *Inflamm Bowel Dis.* 2019;25<sup>(2)</sup>:385–393.
6. Vigren L, Sjöberg K, Benoni C, et al. Is smoking a risk factor for collagenous colitis? *Scand J Gastroenterol.* 2011;46<sup>(11)</sup>:1334–1339.
7. Macaigne G, Lahmek P, Locher C, et al. Microscopic colitis or functional bowel disease with diarrhea: a French prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2014;109<sup>(9)</sup>:1461–1470.
8. Koskela RM, Karttunen TJ, Niemelä SE, et al. Human leucocyte antigen and TNFalpha polymorphism association in microscopic colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2008;20<sup>(4)</sup>:276–282.
9. Millien V, Rosen D, Hou J, Shah R. Proinflammatory sulfur-reducing bacteria are more abundant in colonic biopsies of patients with microscopic colitis compared to healthy controls. *Dig Dis Sci.* 2019;64<sup>(2)</sup>:432–438.
10. Burke KE, Ananthakrishnan AN, Lochhead P, et al. Identification of menopausal and reproductive risk factors for microscopic colitis—results from the Nurses' Health study. *Gastroenterology.* 2018;155<sup>(6)</sup>:1764–1775.
11. Wildt S, Nordgaard-Lassen I, Bendtsen F, Rumessen JJ. Metabolic and inflammatory faecal markers in collagenous colitis. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2007;19<sup>(7)</sup>:567–574.
12. Nguyen GC, Smalley WE, Vege SS, Carrasco-Labra A; Clinical Guidelines Committee. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Medical Management of Microscopic Colitis. *Gastroenterology.* 2016;150<sup>(1)</sup>:242-6.
13. Kane JS, Rotimi O, Ford AC. Macroscopic findings, incidence and characteristics of microscopic colitis in a large cohort of patients from the United Kingdom. *Scand J Gastroenterol.* 2017;52<sup>(9)</sup>:988-994.
14. Koulaouzidis A, Yung DE, Nemeth A, Sjöberg K, Giannakou A, Qureshi R, Bartzis L, McNeill M, Johansson GW, Lucendo AJ, Fineron P, Trimble KC, Saeed A, Plevris JN, Toth E. Macroscopic findings in collagenous colitis: a multi-center, retrospective, observational cohort study. *Ann Gastroenterol.* 2017;30<sup>(3)</sup>:309-314.
15. Langner C, Aust D, Ensari A, Villanacci V, Becheanu G, Miehke S, Geboes K, Münch A; Working Group of Digestive Diseases of the European Society of Pathology (ESP) and the European Microscopic Colitis Group (EMCG). Histology of microscopic colitis-review with a practical approach for pathologists. *Histopathology.* 2015;66<sup>(5)</sup>:613-26.
16. Wickbom A, Bohr J, Nyhlin N, Eriksson A, Lapidus A, Münch A, Ung KA, Vigren L, Öst Å, Tysk C; Swedish Organisation for the Study of Inflammatory Bowel Disease (SOIBD). Microscopic colitis in patients with ulcerative colitis or Crohn's disease: a retrospective observational study and review of the literature. *Scand J Gastroenterol.* 2018;53<sup>(4)</sup>:410-416.
17. Shor J, Churrango G, Hosseini N, Marshall C. Management of microscopic colitis: challenges and solutions. *Clin Exp Gastroenterol.* 2019;12:111-120.
18. Amaro R, Poniecka A, Rogers AI. Collagenous colitis treated successfully with bismuth subsalicylate. *Dig Dis Sci.* 2000;45<sup>(7)</sup>:1447–1450.
19. Calabrese C, Fabbri A, Areni A, et al. Mesalazine with or without cholestyramine in the treatment of microscopic colitis: randomized controlled trial. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22<sup>(6)</sup>:809–814.
20. Tromm A, Niewerth U, Khoury M, et al. The probiotic *E. coli* strain Nissle 1917 for the treatment of collagenous colitis: first results of an open-label trial. *Z Gastroenterol.* 2004;42<sup>(5)</sup>:365–369.
21. Cotter TG, Kamboj AK, Hicks SB, Tremaine WJ, Loftus EV, Pardi DS. Immune modulator therapy for microscopic colitis in a case series of 73 patients. *Aliment Pharmacol Ther.* 2017;46<sup>(2)</sup>:169–174.
22. Esteve M, Mahadevan U, Sainz E, Rodriguez E, Salas A, Fernández-Bañares F. Efficacy of anti-TNF therapies in refractory severe microscopic colitis. *J Crohns Colitis.* 2011;5<sup>(6)</sup>:612–618.
23. Cushing KC, Mino-Kenudson M, Garber J, Lochhead P, Khalili H. Vedolizumab as a novel treatment for refractory collagenous colitis: a case report. *Am J Gastroenterol.* 2018;113<sup>(4)</sup>:632–633.
24. Günaltay S, Rademacher L, Hultgren Hörnquist E, Bohr J. Clinical and immunologic effects of faecal microbiota transplantation in a patient with collagenous colitis. *World J Gastroenterol.* 2017;23<sup>(7)</sup>:1319–1324.
25. Yusuf TE, Soemijarsih M, Arpaia A, Goldberg SL, Sottile VM. Chronic microscopic enterocolitis with severe hypokalemia responding to subtotal colectomy. *J Clin Gastroenterol.* 1999;29<sup>(3)</sup>:284–288.
26. Tontini GE, Pastorelli L, Spina L, et al. Microscopic colitis and colorectal neoplastic lesion rate in chronic nonbloody diarrhea: a prospective, multicenter study. *Inflamm Bowel Dis.* 2014;20<sup>(5)</sup>:882–891.



Eduson



Medical

# Cursuri ONLINE de ecografie cu componentă LIVE



## Prof. Dr. Radu Badea

Dept. Ultrasonografie, Clinica Medicală III, IRGH "Prof. Dr. Octaviana Feder", Cluj Napoca  
coordonator proiect



## Dr. Titus Suteu

Dept. Ultrasonografie, Clinica Medicală III, IRGH "Prof. Dr. Octaviana Feder", Cluj Napoca  
coordonator aplicatii

### A.R.S.U.S.

(Asociația Română pentru Studiul Ultrasonografiei Clinice și Aplicative)  
administrare componenta educationala



ASOCIATIA ROMANA  
PENTRU STUDIUL  
ULTRASONOGRAFIEI  
CLINICE SI APLICATIVE

### Numeris Medical

administrare conturi aplicate si suport tehnic utilizatori



#### MODUL 1 – Introducere în ultrasonografie

- Curs 1. Fizica Ultrasonului. Noțiuni elementare. Echipamentul ultrasonografic. Principii constructive.
- Curs 2. Informația ultrasonografică. Transmiterea și semnalul specific.
- Curs 3. Tehnici de măsurare amplitudinii și interpretarea imaginii ecografice. Parametri ecografici. Explorarea ultrasonografică în detaliu (Curs examinând a regiune anatomice) Cum examinăm un organ parenchimatous? Cum examinăm un segment digestiv? Cum examinăm un organ cavită? Cum examinăm osul? Cum examinăm osul? Cum identificăm osul? Substratul ecografic (rezonanță, interpretare).
- Curs 4. Abordare. Cum examinăm? Aspecte normale. Valori normale.

#### MODUL 2 – Etajul abdominal superior

- Curs 1. Ficat. Hepatopatii difuze. Tumori hepatice. Afecțiuni acute hepatice, necroză, paratuberc.
- Curs 2. Colecist. Căi biliare. Inflamații. Ictus în bilieră. Anverși. Stenoze. Ectozioză. Ectozioză. Paratuberc.
- Curs 3. Pancreas. Pancreatita. Tumori.
- Curs 4. Vezică biliară. Tumori. Stăi inflamatorii. Litop.

#### MODUL 3 – Etajul abdominal mijlociu și inferior

- Curs 1. Splină. Tumori. Infecții. Traumatisme. Stări septice.
- Curs 2. Arie abdominală. Normal. Patologie (neoplazme, metastaze, abscese, chisturi, vena cava inferioară). Neoplazme. Infecții.
- Curs 3. Mădulari. Tumori renale. Litopatii obstructive. Reflapții difuze. Afecțiuni vasculare ale rinichilor.
- Curs 4. Prostata. Scrot. Penis.

#### MODUL 4 – Vascular periferic

- Curs 1. Vene periferice. Tehnici de măsurare. Aspect normal.
- Curs 2. Vene periferice. Baza varicoză. Baza tromboză.
- Curs 3. Arterii periferice. Tehnici de măsurare. Patologie (neoplazme, obstrucție arterială).
- Curs 4. Arterii carotide și vertebrale.

#### MODUL 5 – Regiunea cervicală. Progrese în ultrasonografie

- Curs 1. Regiunea cervicală. Cum examinăm? Aspect normal. Valori normale. Tiroide. Normal. Tehnici de măsurare. Patologie difuză. Patologie nodulară.
- Curs 2. Ganglionii regiunii cervicale. Glândele salivare.
- Curs 3. Opțiunile examinării ecografice cu ajutorul de contrast (CEUS).
- Curs 4. Ecografie. Studii actuale.



Inscrierile se fac online, completând formularul pe [www.eduson.numeris.ro](http://www.eduson.numeris.ro)

# Abordarea interdisciplinară a bolii Crohn perianale fistulizante

Patologia perianală asociată cu boala Crohn (BC) cuprinde forme variate de manifestări ca „skin tags”, fisuri, fistule, abcese, stricturi sau neoplazii.

**Prof. dr. Mircea Diculescu<sup>1,2</sup>**

**Dr. Tudor Stroie<sup>1</sup>**

**Dr. Corina Meianu<sup>1</sup>**

**Dr. Ioana Stefan<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Institutul Clinic Fundeni, București

<sup>2</sup> UMF „Carol Davila”

**F**istula perianală reprezintă o comunicare anormală între rect sau canal anal și zona externă perianală și ischioanală.

Fistulele perianale și abcesele perianale asociate cu boala Crohn conduc la o morbiditate importantă și o scădere semnificativă a calității vieții pacientului. Prima descriere a manifestării perianale prin fistulă a fost descrisă în 1938, la un pacient cu „ileită terminală”, la 6 ani de la prima descriere a unui caz de boala Crohn<sup>[2]</sup>.

Îngrijirea optimală a pacienților cu boala Crohn perianală implică o abordare interdisciplinară medico-chirurgicală, pentru evaluare și tratament.

Progresele în utilizarea metodelor imagistice și noile terapii ce vizează fistulele perianale, inclusiv terapiile celulare impun o redefinire a managementului acestei patologii.

## Epidemiologie și evoluție naturală

În studiile populaționale probabilitatea cumulativă de a dezvolta orice formă de afectare perianală a fost între 29.5% și 42,7% la 10, respectiv 20 ani de la diagnostic, iar pentru fistulele perianale în particular, de 16,9% și 28,3% la 10, respectiv 20 ani de la diagnostic<sup>[3][4]</sup>.

Prevalența fistulelor perianale depinde de localizarea bolii. Astfel, cel mai puțin frecvent acestea se asociază cu localizarea ileală (12%) și ileo-colonică (15%) înălnindu-se cu precădere în boala

Crohn colonică (41%), în special în boala Crohn cu afectare rectală (92%)<sup>[5]</sup>.

Evoluția naturală a fistulelor perianale este reprezentată de perioade de remisiune și de pusee de activitate, cu recurențe frecvente în primele 18 luni de la obținerea remisiunii în 44% din cazuri<sup>[6]</sup>.

Proctita activă reprezintă un factor de risc independent în reducerea ratelor de vindecare a fistulelor și este asociată cu recurențe frecvente<sup>[6]</sup>.

Anatomia fistulei reprezintă un alt factor de prognostic, astfel fistulele complexe au o rată mai mică de vindecare comparativ cu fistulele simple (64.6% vs. 88.2%)<sup>[7]</sup>.

## Clasificare fistulelor perianale

Nu există un consens referitor la clasificarea bolii Crohn perianale.

Au fost propuse mai multe clasificări, fie legate de raportul fistulelor cu anusul (fistule joase/înalte), fie în raport cu sfincterul anal extern (clasificarea Parks care împarte fistulele în intersfincteriene, transsfincteriene, suprasfincteriene și extrasfincteriene)<sup>[8][9]</sup>.

În practica clinică se folosește o descriere simplificată a fistulelor perianale, clasificându-le în simple și complexe. Fistulele simple sunt superficiale sau intersfincteriene, iar cele complexe sunt trans-, supra- sau extra-sfincteriene<sup>[10][11]</sup>.

## Metode de diagnostic al fistulelor perianale

Abordarea diagnostică este crucială în cazul bolii Crohn perianală. Este necesară în această situație:

- Determinarea anatomiei fistulelor
- Determinarea prezenței abceselor
- Evaluarea gradului de inflamație luminală rectală

Rezonanța magnetică pelvină este considerată investigația inițială în caz de boală Crohn fistulizantă perianală, cu o acuratețe de 76-100%. Dacă se exclude o stenoză rectală, ultrasonografia transrectală reprezintă o alternativă viabilă, cu o acuratețe de 56-100%<sup>[12]</sup>. De asemenea, se recomandă rectosigmoidoscopia în evaluarea inițială pentru a determina gradul de inflamație luminal, cu rol în prognostic și în adaptarea tratamentului medical<sup>[13][14]</sup>.

Examinarea sub anestezie generală este considerată cea mai sensibilă metodă de diagnostic și de caracterizare a fistulelor perianale, cu o acuratețe de 90 %, care permite totodată abordarea chirurgicală locală<sup>[4][15]</sup>.

În caz de semne de sepsis perianal se recomandă examinarea sub anestezie generală de primă intenție, dacă RMN-ul pelvin nu este disponibil imediat, pentru a preveni efectele distructive ale sepsisului local nedrenat.

## Tratamentul fistulelor perianale asociate cu boala Crohn

Ținta terapeutică în fistulele perianale asociate cu BC o reprezintă închiderea traiecutului fistulos. Cele mai mari rate de atingere a acestui obiectiv sunt obținute prin asocierea tratamentului medical cu tratamentul chirurgical<sup>[16]</sup>.

Fistula perianală simplă, asimptomatică nu necesită tratament dacă nu sunt evidențe de boală activă luminală. În caz de fistulă perianală simplă simptomatică sau în cazul fistulelor complexe este nevoie de o abordare medico-chirurgicală: antibioterapie (ciprofloxacina și/sau metronidazol), drenaj chirurgical și montare de seton în caz de abces, continuat cu tratament imunosupresor și/sau anti-TNFα și/sau tratament chirurgical specific pen-

tru controlul bolii active, respectiv pentru obținerea închiderii traiectului fistulos.

## Tratamentul medical

### Aminosaliciliații și corticosteroizii

Datele din studiile clinice existente nu arată beneficiul clinic al aminosalicilaților sau al corticosteroizilor în boala Crohn perianală<sup>[11]</sup>. În plus, datele unui studiu clinic au arătat o creștere a drenajului fistulos și o creștere a necesității chirurgicale la pacienții tratați cu corticoterapie<sup>[17]</sup>.

### Antibioticele

Metronidazol și ciprofloxacina sunt antibioticele cele mai folosite pentru fistulele perianale asociate cu boala Crohn. Asocierea lor îmbunătățește simptomatologia, dar rareori induc închiderea fistulei. De asemenea, există rate mari de recădere după întreruperea tratamentului<sup>[18][19][20]</sup>.

### Imunosupresoarele

Nu există trialuri clinice randomizate care să evalueze eficacitatea azatioprinei și a 6-mercaptopurinei în închiderea fistulelor perianale ca obiectiv principal. Date în favoarea utilizării acestor terapii în obținerea și menținerea închiderii fistulelor perianale provin dintr-o metaanaliză a 5 trialuri randomizate, unde beneficiul acestora în boala perianală a fost urmărit ca obiectiv secundar<sup>[21][22]</sup>.

### Agenții anti-TNFα

În boala Crohn perianală fistulizantă, agenții biologici infliximab și adalimumab sunt recomandați ca tratament de primă linie după tratamentul chirurgical al abceselor perianale. Combinația dintre ciprofloxacina și anti-TNFα duce la beneficii pe termen scurt. Pentru optimizarea efectului tratamentului anti-TNFα poate fi luată în considerare asocierea cu tiopurinele<sup>[23][24][16]</sup>.

## Alte terapii

**Terapia anti integrine α4β7 vedolizumab** este eficace în inducerea și menținerea remisiunii bolii Crohn<sup>[25]</sup>. Totuși, datele despre eficiența acesteia în tratamentul fistulelor perianale sunt limitate.

**Terapia cu oxigen hiperbar** care presupune inhalarea intermitentă de oxigen 100% la o presiune >1 atmosferă a fost testată în studii mici open-label. Ratele raportate de oprire a drenajului fistulos au fost de 33-71%<sup>[26][27]</sup>. Nu există stu-

dii controlate care vizează această terapie.

### Terapiile celulare

Celulele stem mezenchimale (MSC) au capacitatea de a se diferenția pe mai multe linii mezodermale inclusiv condrocite, tenocite și mioblaste<sup>[28][1]</sup>. MSC au fost inițial izolate din măduva osoasă, dar populații similare au fost întâlnite și în alte țesuturi, inclusiv în țesutul adipos, placentă, lichidul amniotic și țesuturi fetale ca plămân și sânge. MSC au proprietăți imunomodulatoare, inhibă activarea și proliferarea celulelor T, diferențierea și maturarea celulelor dendritice, activitatea celulelor B și proliferarea celulelor natural killer. Proprietățile celulelor stem mezenchimale pot fi de o relevanță particulară în boala Crohn perianală având în vedere implicarea activării celulelor dendritice, a limfocitelor și a proliferării celulelor natural killer în mecanismul fiziopatologic al fistulelor perianale din boala Crohn<sup>[29]</sup>.

Eficiența MSC în boala Crohn perianală a fost prima dată evaluată în studii open-label ce au folosit celule autologe cu origine din măduva osoasă sau țesut adipos. S-au obținut rate mari de închidere a fistulelor 75-77% în toate studiile<sup>[30][31]</sup>. Primul studiu randomizat placebo-controlat a comparat eficacitatea injectării a 120 milioane de celule stem mezenchimale cu placebo pentru 107 și 105 pacienți. Obiectivul principal a fost reprezentat de închiderea fistulelor și absența colecțiilor >2 cm documentate RMN la săptămâna 24. Rata de succes a fost de 50% la pacienții tratați cu MSC față de 34% la grupul placebo (p=0.024)<sup>[32]</sup>.

## Tratamentul chirurgical

### Drenajul abceselor și montarea de setoane

Drenajul abcesului asociat cu fistulele perianale trebuie să fie complementar tratamentului medical. Montajul setonului împiedică închiderea prematură a fistulei din exterior și previne astfel formarea colecțiilor. Setoanele largi sunt preferate pentru că prezervă integritatea sfincterului extern. Pentru moment nu există recomandări specifice pentru momentul optim de suprimare a setoanelor. Se recomandă ca setoanele să se mențină cel puțin până la terminarea terapiei medicale de inducție a remisiunii<sup>[1]</sup>.

### Fistulotomia

Fistulotomia este tehnica chirurgicală de deschidere longitudinală a traiectului fistulos. Fistulotomia reprezintă tratamentul de prima alegere pentru pacienții cu fistule superficiale și intersfincteriene joase, în special dacă nu au proctită activă. În aceste condiții, fistulotomia este o procedură sigură, cu rate mari de vindecare și recurență scăzută<sup>[33]</sup>.

### Injectarea de gel de fibrină

Gelul de fibrină conține fibrinogen și trombină. Acești doi agenți sunt mixați și injectați în tractul fistulos, formând un cheag de fibrină în lumenul fistulei, oferind o matrice pentru creșterea fibroblastică și a depozitului de colagen. Acest tratament nu s-a dovedit eficient pentru pacienții cu fistule complexe în obținerea închiderii traiectului fistulos, beneficiul fiind considerat marginal. S-a încercat combinarea tehnicii cu alte tratamente ca antibioterapia, interpoziția flapului de țesut sau suturarea orificiului intern fistulos, dar fără creșterea eficacității<sup>[34]</sup>.

### Interpoziția flapului de țesut

Această tehnică implică mobilizarea unei porțiuni de mucoasă rectală (mucoasă, submucoasă, strat muscular) pentru a acoperi deschiderea internă a orificiului fistulos. Procedura poate fi efectuată în absența proctitei active. Datele din studii arată rate de succes între 33-96%<sup>[35]</sup>.

### Ligatura tractului intersfincterial (LIFT)

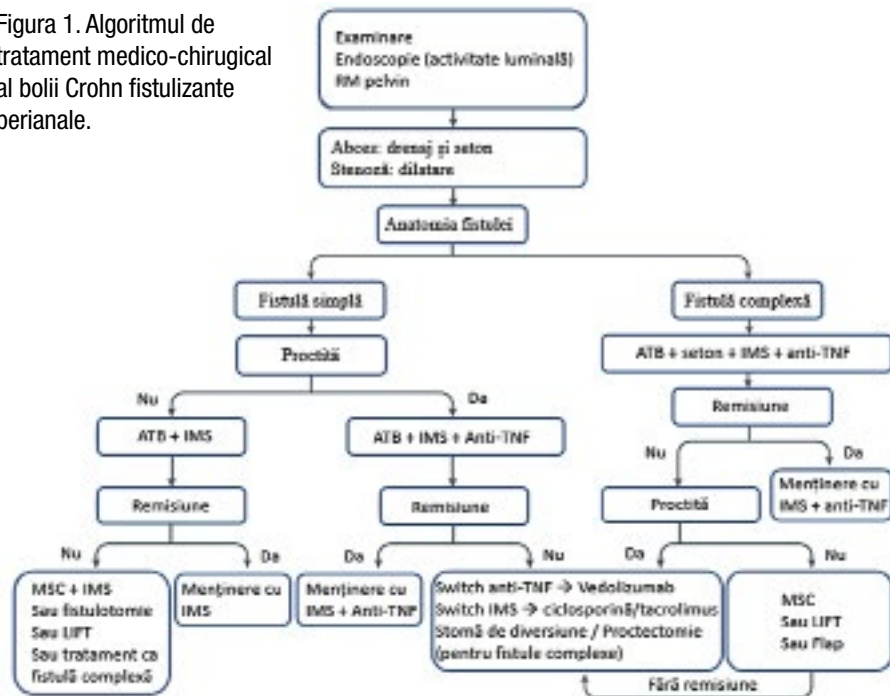
Tehnica presupune ligatura tractului fistulos la nivelul spațiului intersfincterial în apropierea deschiderii interne fistuloase și eliminarea traiectului intersfincterial. Ulterior se realizează chiuretarea intensă a traiectului fistulos restant urmată de suturarea defectului la nivelul mușchiului sfincterial extern. Vindecarea locală după chirurgie a fost obținută la 67% dintre pacienții cu fistule transsfincteriene într-un studiu clinic<sup>[36]</sup>.

## Stoma de diversiune

Diversiunea fecală este recomandată la pacienții cu boală perianală severă, sepsis perianal, răspuns incomplet la drenajul chirurgical și la montarea de seton sau ca metodă temporară înainte de terminarea perioadei de inducție a tratamentului medical sau înainte de proctectomie.

Algoritmul de tratament medico-chirurgical al bolii Crohn fistulizante perianale este prezentat în figura 1<sup>[1]</sup>.

Figura 1. Algoritm de tratament medico-chirurgical al bolii Crohn fistulizante perianale.



ATB antibiotic; IMS imunosupresoare; Anti-TNF; MSC celule stem mesenchimale; LIFT ligatură intersfincteriană a traiectului fistulos.

Referințe

1. Panés J, Rimola J. Perianal fistulizing Crohn's disease: Pathogenesis, diagnosis and therapy. *Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol.* 2017.
2. PENNER A, CROHN BB. PERIANAL FISTULAE AS A COMPLICATION OF REGIONAL ILEITIS. *Ann Surg.* 1938;
3. Eglinton TW, Barclay ML, Geary RB, Frizelle FA. The spectrum of perianal crohn's disease in a population-based cohort. *Dis Colon Rectum.* 2012;
4. Schwartz DA, Loftus EV, Tremaine WJ, Panaccione R, Harmsen WS, Zinsmeister AR, et al. The natural history of fistulizing Crohn's disease in Olmsted County, Minnesota. *Gastroenterology.* 2002;
5. Hellers G, Bergstrand O, Ewerth S, Holmstrom B. Occurrence and outcome after primary treatment of anal fistulae in Crohn's disease. *Gut.* 1980;
6. Makowiec F, Jehle EC, Starlinger M. Clinical course of perianal fistulas in Crohn's disease. *Gut.* 1995;
7. Molendijk I, Nuij VJAA, Van Der Meulen-De Jong AE, Van Der Woude CJ. Disappointing durable remission rates in complex Crohn's disease fistula. *Inflamm Bowel Dis.* 2014;
8. Parks AG, Gordon PH, Hardcastle JD. A classification of fistula-in-ano. *Br J Surg.* 1976;
9. Dönmez T, Hatipoğlu E. Closure of Fistula Tract With FilacTM Laser As a Sphincter Preserving Method in Anal Fistula Treatment. *Turkish J Color Dis.* 2018;
10. Bell SJ, Williams AB, Wiesel P, Wilkinson K, Cohen RCG, Kamm MA. The clinical course of fistulating Crohn's disease. *Aliment Pharmacol Ther.* 2003;
11. Gomollón F, Dignass A, Annesse V, Tilg H, Van Assche G, Lindsay JO, et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of

Crohn's disease 2016: Part 1: Diagnosis and medical management. *J Crohn's Colitis.* 2017;

12. Orsoni P, Barthet M, Portier F, Panuel M, Desjeux A, Grimaud JC. Prospective comparison of endosonography, magnetic resonance imaging and surgical findings in anorectal fistula and abscess complicating Crohn's disease. *Br J Surg.* 1999;
13. Gece KB, Bemelman W, Kamm MA, Stoker J, Khanna R, Ng SC, et al. A global consensus on the classification, diagnosis and multidisciplinary treatment of perianal fistulizing Crohn's disease. *Gut.* 2014.
14. Ong EMW, Ghazi LJ, Schwartz DA, Mortelé KJ. Guidelines for imaging of Crohn's perianal fistulizing disease. *Inflamm. Bowel Dis.* 2015.
15. Haggett PJ, Moore NR, Shearman JD, Travis SPL, Jewell DP, Mortensen NJ. Pelvic and perineal complications of Crohn's disease: Assessment using magnetic resonance imaging. *Gut.* 1995;
16. Gionchetti P, Dignass A, Danese S, Dias FJM, Rogler G, Lakatos PL, et al. 3rd European evidence-based consensus on the diagnosis and management of Crohn's disease 2016: Part 2: Surgical management and special situations. *J Crohn's Colitis.* 2017;
17. Lennard Jones JE. Toward optimal use of corticosteroids in ulcerative colitis and Crohn's disease. *Gut.* 1983.
18. Brandt LJ, Bernstein LH, Boley SJ, Frank MS. Metronidazole Therapy for Perineal Crohn's Disease: A Follow-Up Study. *Gastroenterology.* 1982;
19. Solomon MJ, McLeod RS, O'Connor BI, Steinhart AH, Greenberg GR, Cohen Z. Combination ciprofloxacin and metronidazole in severe perianal Crohn's disease. *Can J Gastroenterol.* 1993;
20. Maeda Y, Ng SC, Durdey P, Burt C, Torkington J, Rao PKD, et al. Randomized clinical trial of metronidazole ointment versus placebo in perianal Crohn's disease. *Br J Surg.* 2010.
21. DC P, GR M, GH F, LR S. Azathioprine and 6-mercaptopurine in crohn disease: A meta-analysis. *Ann Intern Med.* 1995;
22. Korelitz BI. Expert opinion: Experience with 6-mercaptopurine in the treatment of inflammatory bowel disease. *World J Gastroenterol.* 2013;
23. Rutgeerts P, Targan S, Hanauer SB, Present DH, Mayer L, Van Hogezaand RA, Braakman T, DeWoody KL, Schaible TF, Van Deventer SJ, D'Haens GVE, Rutgeerts P, D'Haens G, Targan S, Vasiliasukas E, Hanauer SB, et al. Efficacy and safety of retreatment with anti-tumor necrosis factor antibody (infliximab) to maintain remission in Crohn's disease. *Gastroenterology.* 1999.
24. Sands BE, Blank MA, Patel K, Van Deventer SJ. Long-term treatment of rectovaginal fistulas in Crohn's disease: Response to infliximab in the ACCENT II study. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2004;
25. Sandborn WJ, Feagan BG, Rutgeerts P, Hanauer S, Colombel JF, Sands BE, et al. Vedolizumab as induction and maintenance therapy for Crohn's disease. *N Engl J Med.* 2013;
26. Lavy A, Weisz G, Adir Y, Ramon Y, Melamed Y, Eidelman S. Hyperbaric oxygen for perianal crohn's disease. *J Clin Gastroenterol.* 1994;
27. Colombel JF, Mathieu D, Bouault JM, Lesage X, Zavadil P, Quandalle P, et al. Hyperbaric oxygenation in severe perineal Crohn's disease. *Dis Colon Rectum.* 1995;
28. Bernardo ME, Pagliara D, Locatelli F. Mesenchymal stromal cell therapy: A revolution in Regenerative Medicine. *Bone Marrow Transplant.* 2012.
29. Gonzalez-Rey E, Anderson P, González MA, Rico L, Büscher D, Delgado M. Human adult stem cells derived from adipose tissue protect against experimental colitis and sepsis. *Gut.* 2009;
30. García-Olmo D, García-Arranz M, Herreros D, Pascual I, Peiro C, Rodríguez-Montes JA. A phase I clinical trial of the treatment of crohn's fistula by adipose mesenchymal stem cell transplantation. *Dis Colon Rectum.* 2005;
31. Guadalajara H, Herreros D, De-La-Quintana P, Trebol J, Garcia-Arranz M, Garcia-Olmo D. Long-term follow-up of patients undergoing adipose-derived adult stem cell administration to treat complex perianal fistulas. *Int J Colorectal Dis.* 2012;
32. Panés J, García-Olmo D, Van Assche G, Colombel JF, Reinisch W, Baumgart DC, et al. Expanded allogeneic adipose-derived mesenchymal stem cells (Cx601) for complex perianal fistulas in Crohn's disease: a phase 3 randomised, double-blind controlled trial. *Lancet.* 2016;
33. Van Koperen PJ, Safiruddin F, Bemelman WA, Slors JFM. Outcome of surgical treatment for fistula in ano in Crohn's disease. *Br J Surg.* 2009;
34. Singer M, Cintron J, Nelson R, Orsay C, Bastawrous A, Pearl R, et al. Treatment of fistulas-in-ano with fibrin sealant in combination with intra-adhesive antibiotics and/or surgical closure of the internal fistula opening. *Dis Colon Rectum.* 2005;
35. Soltani A, Kaiser AM. Endorectal advancement flap for cryptoglandular or Crohn's fistula-in-ano. *Dis Colon Rectum.* 2010.
36. Gingold DS, Murrell ZA, Fleshner PR. A prospective evaluation of the ligation of the intersphincteric tract procedure for complex anal fistula in patients with crohn's disease. *Ann Surg.* 2014;



**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 pic), *Lactobacillus rhamnosus* HN001 (1 miliard per pic) și vitamina B6 (dihidrat de piridoxină, 1,4 mg\*).

\*100% valoare nutritivă de referință.



**Zir-FOS®**  
Sinbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei  
intestinale post-antibioterapie sistemică

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* (5 miliarde per pic), fructo-oligosaharid 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)

Alfasigma România S.R.L.  
Str. Clujului nr. 18, parter și etaj 1, sector 3, București  
Tel.: +40 31.805.35.28; +40 31.805.35.27 Fax: 031.805.35.28  
e-mail: [contact@addenda.ro](mailto:contact@addenda.ro)

ALFASIGMA 

# 7th UpDate on Hepatology Course

**În 3-4 aprilie 2020, hepatologia europeană își dă întâlnire în București, la „7th UpDate on Hepatology Course“**

Inițiat în anul 2014, cu scopul de a crește interesul gastroenterologilor pentru hepatologie – domeniu din ce în ce mai viguros, dinamic și diversificat al gastroenterologiei, cursul anual Update on Hepatology, organizat de Societatea Română de Gastroenterologie și Hepatologie (SRGH), Institutul Clinic Fundeni (ICF) București și Universitatea de Medicină și Farmacie (UMF) Carol Davila din București, a devenit un eveniment educațional major în domeniul gastroenterologiei și hepatologiei în România.

**Dr. Iulia Simionov**

**Prof. Dr. Liana Gheorghe**

Centrul de Gastroenterologie și Hepatologie, Institutul Clinic Fundeni, București

**D**evenit deja tradiție în lumea hepatologiei românești și europene, a 7-a ediție a cursului UpDate on Hepatology, eveniment ce beneficiază de susținerea și promovarea (endorsement) societății europene – European Association for the Study of the Liver (EASL) își va desfășura lucrările în acest an în zilele de 3 și 4 aprilie, în aceeași locație primitoare, hotelul Crowne Plaza din București.

Având în centrul preocupărilor pacientului cu afecțiuni hepatice - acest la *raison d'être* al activității noastre - spiritul cursului rămâne actualizarea cunoștințelor, interacțiunea, promovarea ghidurilor de bună practică medicală și creșterea calității în practica clinică de hepatologie în România – în beneficiul pacienților cu afecțiuni hepatice din România. Toate aceste deziderate se află la originea celei de a 7-a ediții a cursului având ca titlu “Multisystemic Nature of Liver Disease”.

Avându-i ca directori de curs pe Prof. Dr. Liana Gheorghe de la UMF Carol Davila din București, Prof. Dr. Anca Trifan de la UMF Grigore T. Popa din Iași și Prof. Dr. Ioan Sporea, de la UMF Victor Babeș din Timișoara, cursul din acest an are ca temă complexitatea și multidisciplinaritatea afecțiunilor hepatice, având

invitați experți naționali și internaționali din diverse discipline, ce participă la diagnosticul și managementul pacienților cu afecțiuni hepatice. Cursul își propune să treacă în revistă ariile de interes din domeniul hepatologiei, în care diverse specialități interferă, în lumina celor mai noi date din literatură și a recomandărilor societăților de profil din lume.

Punând accent pe multidisciplinaritatea pe care o presupune abordarea multor cazuri de pacienți hepatici și pe necesitatea implicită a lucrului în echipă, cursul din acest an abordează practic întregul spectru al patologiei hepatice. Fiecare sesiune va debuta cu o prezentare de caz din patologia specifică, autorii încercând să supună atenției provocări și dileme cu care s-au confruntat în practica clinică și care să suscite interesul auditoriului și să reprezinte punctul de plecare al expunerilor experților și al discuțiilor interactive.

Manifestarea va debuta cu o sesiune având ca subiect patologia autoimună hepatică. În cadrul acesteia, se vor aborda: managementul hepatitei autoimune și a sindroamelor de overlap în conformitate cu ghidurile de bună practică recente - Dr. Maria Londono, Barcelona; managementul pacienților care nu răspund la terapia standard va face subiectul prezentării Prof. Michael Manns. Colangita biliară primitivă, cu tot spectrul său de manifestări hepatice și extrahepatice va fi dezbătută de către Dr. Alessio Gerussi din Italia, iar în final, managementul colangitei sclerozante primitive, afecțiune relativ rară, cu patogenie intricată, care

determină încă multiple controverse în lumea medicală va fi abordată de către Dr. Speranța Iacob.

A doua sesiune va fi dedicată hepatitelor cronice virale, făcând referire în special la provocările apărute în acest domeniu în ultima perioadă, caracterizată prin tratamente inovatoare și înalt eficiente antivirale directe. În acest context, în perspectiva obiectivului ambițios al Organizației Mondiale a Sănătății de a elimina infecția cu virus hepatitic C până în 2030, se ridică probleme legate de categorii speciale de pacienți și de necesitatea detecției cazurilor necunoscute prin screening eficient aplicat categoriilor de subiecți la risc. Managementul infecției VHC devine tot mai simplu, cu simplificarea și integrarea managementului – așa cum se va arăta în prezentarea Prof. Nancy Reau din Chicago. Rămân însă dileme în abordarea algoritmică a pacienților cu infecție cu virus hepatitic B, pe care va încerca să le menționeze Prof. Anca Trifan și problema pacienților cu infecție mixtă, cu virusuri B și D, pentru care se așteaptă încă soluții terapeutice noi, ce vor fi prezentate pe larg de către Prof. Ferruccio Bonino din Pisa. În final, afectarea hepatică în boli sistemice reprezintă un subiect extrem de vast și care poate genera multiple dileme de abordare, diagnostic și tratament, care vor fi trecute în revistă de către Conf. Dr. Corina Pop.

După amiaza primei zile de curs va debuta cu un subiect ce se află pe primul loc ca prevalență în cadrul patologiei hepatice, afecțiune care devine în mod

# Entecavir Sanience 0,5 mg comprimate filmate



Fabricat în Spania

Entecavir Sanience 0,5 mg comprimate filmate  
Este un medicament. Utilizați-l cu atenție și numai după ce ați citit cu atenție prospectul.  
Este un medicament. Utilizați-l cu atenție și numai după ce ați citit cu atenție prospectul.  
Este un medicament. Utilizați-l cu atenție și numai după ce ați citit cu atenție prospectul.

Entecavir Sanience 0,5 mg comprimate filmate  
Este un medicament. Utilizați-l cu atenție și numai după ce ați citit cu atenție prospectul.  
Este un medicament. Utilizați-l cu atenție și numai după ce ați citit cu atenție prospectul.

îngrijorător epidemică la nivel mondial, ficatul gras non-alcoolic. O dezbatere privind utilitatea biopsiei hepatice în decizia terapeutică în ficatul gras non-alcoolic îi va avea ca oponenți pe dr. Simona Bota și pe Prof. Ioan Sporea. Liderul de opinie mondial în această patologie, Prof. Vlad Ratziu din Paris, prezintă constantă la fiecare ediție a cursului, va prezenta ghidul actual de management al ficatului gras și steatohepatitei non-alcoolice, pentru ca, ulterior, complicația cea mai de temut și, din păcate, cu o incidență în continuă creștere, hepatocarcinomul, să fie abordată de către Prof. Zeno Sparchez din Cluj. Legătura extrem de strânsă dintre diabetul zaharat și ficatul gras și implicațiile acesteia, inclusiv rolul medicației antidiabetice în evoluția afecțiunii hepatice va fi abordată de către Prof. dr. Gabriela Radulian din București, iar în finalul sesiunii, o abordare practică a acestei probleme va fi rezumată de către Prof. Nancy Reau.

Finalul primei zile de curs va fi dedicat dezbaterilor academice pe două teme cu o abordare în continuă schimbare - Hipertensiunea portală și Hepatocarcinomul, prilej de dezbateri interactive între experți și participanți.

A doua zi debutează cu o sesiune dedicată patologiei hepatice induse de alcool, cu o incidență în creștere în întreaga lume. Este indubitabil că un diagnostic cât mai precoce crește semnificativ șansele unui management eficient, așa cum va arăta Prof. Helena Cortez- Pinto din Lisa-

bona. Costică Aloman, fost elev al școlii românești de hepatologie și actual expert în patologia alcoolică în Chicago va prezenta pe larg patogeneza și managementul hepatopatiei alcoolice, iar legătura acesteia cu transplantul hepatic, când, în ce circumstanțe trebuie indicat, ce se întâmplă ulterior transplantului la consumatorii de alcool, vor fi teme dezbătute de către Prof. Dr. Susanne Beckenbum din Muenster și Dr. Horia Ștefănescu din Cluj-Napoca.

Sesiunea dedicată Hipertensiunii portale va aduce în prim plan experți în domeniul endoscopiei intervenționale - Prof. Dr. Cristian Gheorghe, care va prezenta managementul hemoragiei acute variceale, precum și al hepatologiei acute variceale, precum și al hepatologiei intervenționale - Dr. Bogdan Procopet, care va prezenta screeningul bolii hepatice avansate. Două probleme foarte importante în managementul pacienților cu afecțiuni hepatice în stadiul avansat - peritonita bacteriană spontană și afectarea renală acută la ciroșici vor fi abordate de către Prof. Dr. Miguel Navasa din Barcelona și Prof. Dr. Dr. Roxana Sirlu din Timișoara.

Sesiunea de final a unui curs extrem de dens va fi dedicată, firește, problemelor "fierbinți" ale momentului în hepatologie, care suscită un interes deosebit la toate manifestările științifice de prestigiu din lume: sarcopenia la pacientul ciroșic va fi subiectul abordat de către Prof. Dr. Liana Gheorghe; terapia țintită în hepatocarcinom va fi prezentată de unul din pionierii cercetării în domeniu - Dr. Răz-

van Iacob; importanța de necontestat a imagisticii în managementul candidaților la transplant hepatic va face subiectul prezentării Prof. Dr. Ioana Lupescu, iar amplitudinea afectării cardiovasculare la pacientul cu boala hepatică avansată și influența reciprocă a acestora va fi tema abordată de către Dr. Roxana Rambas; în final, Dr. Vito Cicinnati din Muenster va prezenta un subiect de actualitate, dificil de abordat în practică dar cu implicații majore - sindromul hepatopulmonar și hipertensiunea portopulmonară.

Așadar, prin tematica extrem de vastă, prin densitatea informației științifice de nivel înalt și bineînțeles prin participarea unor lideri de opinie ai momentului în hepatologia mondială, această ediție a cursului Update on Hepatology se situează între manifestările prestigioase din domeniu în Europa și nu numai. Este o oportunitate de necontestat pentru orice specialist, nu numai gastroenterolog și hepatolog, dar din oricare din specialitățile înrudite, precum și tineri specialiști în devenire, să poată participa la o astfel de manifestare în țara noastră.

Vă așteptăm cu drag într-un București în haine de primăvară, să aflăm lucruri noi și rezultate de ultimă oră ale cercetării în domeniu, să învățăm din experiența unor renumiți experți, să dezbaterem subiecte actuale și de mare interes în hepatologie, iar la finalul manifestării să fim mai bogați în cunoștințele noastre, pe care să le punem în final în slujba pacientului.



## 7<sup>th</sup> Update on Hepatology Course, Bucharest, Romania, 2020



### COURSE DIRECTORS

Liana GHEORGHE  
Ioan SPOREA  
Anca TRIFAN

3<sup>rd</sup> - 4<sup>th</sup> April 2020  
Bucharest  
Crowne Plaza Hotel

Tel: 0724 856 526  
roaldliver@gmail.com

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

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



# 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 antipropulsivul 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. **Doze 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 posibilului risc 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

# Embolizarea parțială splenică la bolnavii cu ciroză hepatică și hipersplenism trombocitopenic

Embolizarea parțială splenică reprezintă o procedură intervențională endovasculară, minim invazivă, non-chirurgicală, care se realizează sub ghidaj radiologic și prin care se urmărește embolizarea unui ram al arterei splenice cu scopul infarctizării splenice parțiale.

**Dr. Cornelia Voiculeț**

**Dr. Octavian Dumitru Zară**

**Prof. dr. Ion Dina\***

\*Universitatea de Medicină și Farmacie „Carol Davila”, Spitalul clinic de Urgență „Sf. Ioan” București

**E**mbolizarea splenică a fost imaginată și efectuată pentru prima dată de Maddison în anul 1973. Șapte ani mai târziu, Spigos și colaboratorii săi au descris și practicat embolizarea parțială splenică. Această tehnică constă în cateterizarea selectivă a arterei splenice prin abord inițial pe artera femurală. Procedura se realizează în laboratorul de angiografie, sub anestezie locală (xilina 1%). După cateterizarea arterei splenice se injectează o cantitate de substanță de contrast iodată în vederea estimării volumului de embolizat și pentru vizualizarea mai exactă a circulației arteriale splenice. Prin cateterizarea su-

praselectivă a unui ram distal din artera splenică și injectarea de material embolic, care în general este reprezentat de mici particule de Gelaspon sau de unele dispozitive mai speciale alcătuite din spirale de oțel inoxidabil (coils), se obține o devascularizare arterială a unui segment focal splenic. În funcție de anatomia arterei splenice, durata procedurii este de 60-80 minute. După efectuarea acestei intervenții pacientul este monitorizat în următoarele 2-3 zile și supravegheat pentru a surprinde eventuale complicații ale sindromului post-embolizare (**Figura 1**).

Embolizarea parțială splenică la bolnavii cu ciroză hepatică este indicată în principal pentru corectarea numărului scăzut de trombocite. Se observă o creștere a numărului de trombocite după 24 de ore de la procedură cu un peak după 10 zile și un răspuns pe termen lung favorabil. Totodată, prin creșterea numărului de trombocite pe termen lung, se poate folosi ca tehnică de facilitare a terapiilor antivirale la pacienții cu trombocitope-

nie. De asemenea, după această intervenție se observă o ameliorare a hemodinamicii portale prin scăderea fluxului sanguin splenic, a presiunii venoase splenice și a presiunii portale, ceea ce determină scăderea incidenței și a volumului ascitei, scăderea riscului hemoragiilor prin efracție variceală, îmbunătățirea funcției hepatice prin creșterea trombopoietinei, valorilor serice a albuminei, colinesterazei și prin scăderea bilirubinei totale. Embolizarea parțială splenică ameliorează sindromul de furt arterial splenic în transplantul hepatic. Aproximativ 5% din pacienții cu transplant hepatic dezvoltă sindromul de furt sanguin prin artera splenică dominantă. Post embolizare, hemodinamica prin artera hepatică este mult îmbunătățită.

Embolizarea parțială splenică este o procedură intervențională endovasculară minim invazivă sigură care se asociază cu o rată scăzută a mortalității și morbidității. Tehnica a fost validată din punct de vedere practic în tratamentul complicațiilor din ciroza hepatică.

1. Partial splenic artery embolization in cirrhotic patients - World J Radiol 2014 May 28

2. Clinical Application of Partial Splenic Embolization - Scientific World Journal Volume 2014



Figura 1. Embolizarea parțială splenică

## SENTIFIT 270

# Sistem automat proiectat special pentru testarea imunologică din materii fecale



Outstanding experience

Outstanding technology



### 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



## Indicații

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

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

## Rolul evaluării fibrozei hepatice în hepatita cronică cu VHC

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

## FibroMax identifică riscurile pentru pacienții cu fibroză avansată

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

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

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

## FibroMax la inițierea tratamentului fără interferon permite:

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

Identificarea pacienților cu fibroză avansată care necesită monitorizare post RVS.

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

# Steatoza hepatică non-alcoolică - provocări și perspective terapeutice

Steatoza hepatică (NAFLD) a devenit cea mai frecventă afecțiune cronică a ficatului, asociind morbi-mortalitate ridicată, risc crescut de boală cardiovasculară, diabet zaharat sau alte patologii ne-hepatice. Optimizarea stilului de viață coroborată cu scăderea ponderală, pot ameliora gradul de steatoză, dar nu sunt întotdeauna suficiente, iar rezultatele sustenabile sunt greu de obținut [1].



Prof. univ.  
Dr. Gabriela Radulian

UMF "Carol Davila", București  
Institutul Național de Diabet,  
Nutriție și Boli Metabolice „N.  
Paulescu”, București



Dr. Anca Pietroșel

Medic specialist diabetolog,  
Institutul Național de Diabet,  
Nutriție și Boli Metabolice  
„N. Paulescu”, București



Dr. Grațiela Hernest

Medic specialist diabetolog,  
Spitalul Clinic "Nicolae Malaxa",  
București

## Introducere

NAFLD este strâns legată de excesul ponderal, dereglări ale metabolismului glucidic și sindromul metabolic (cu toate acestea, poate fi prezentă și în absența acestora, uzual descrisă ca "lean NAFLD") [1].

Prevalența NAFLD în diabetul zaharat tip 2 este de trei ori mai mare comparativ cu cea din populația generală, variind între 69%-87% în funcție de metoda imagistică de diagnostic utilizată. Spectrul afecțiunii variază de la simpla steatoză, la steatohepatită și ciroză [2].

Pacienții cu diabet zaharat tip 2 (DZ2) sunt mai susceptibili să dezvolte o formă mai severă de steatohepatită nonalcoolică (NASH) și au un risc mai mare de progresie spre un carcinom hepatocelular. Mai mult decât atât, prezența celor două patologii înrăutățesc profilul metabolic, cresc

riscul cardiovascular și prevalența atât a complicațiilor microvasculare cât și macrovasculare, având consecințe negative asupra sănătății, iar lipsa unor opțiuni terapeutice adecvate face necesară căutarea unor alternative noi [2].

## II. Diagnostic

Necesitatea unui screening general a fost dezbătută date fiind costurile directe și indirecte ale testării, valoarea predictivă scăzută a testelor neinvazive, riscului biopsiei hepatice și absența unor mijloace terapeutice eficiente.

Cu toate acestea, pacienții cu fenomene de insulinorezistență și/sau factori de risc metabolici, ar trebui să urmeze proceduri de screening pentru NAFLD (decelarea nivelului transaminazelor hepatice și/sau ecografie abdominală) ca parte a evaluării de rutină. Ulterior, în cazurile cu steatoză hepatică diagnosticată, trebuie căutate cauze secundare ale steatozei, incluzând evaluarea atentă a consumului de alcool, precum și afecțiuni hepatice coexistente.

La pacienții cu risc crescut (vârsta peste 50 ani, DZ2 sau sindrom metabolic), este recomandată evaluarea prezenței unor forme avansate ale NAFLD (ex: NASH), în mod particular asociind fibroză avansată, date fiind implicațiile prognostice [3].

## III. Opțiuni de tratament [3] [4] [5]

Terapia în NAFLD, și în mod particular în NASH, ar trebui să vizeze reducerea activității bolii, încetinirea progresiei fibrozei hepatice, dar și controlul factorilor de risc cardiovasculari. Până în prezent, nu există terapie farmacologică dedicată steatozei hepatice, astfel încât optima-

rea stilului de viață, incluzând abordarea unei diete hipocalorice și creșterea nivelului de activitatea fizică, rămâne prima linie de tratament. Cu toate acestea, în tot mai multe studii clinice, molecule destinate primordial tratamentului altor afecțiuni (ex. pioglitazona și liraglutide folosite în tratamentul DZ2, acidul obeticolic utilizat în tratamentul colangitei biliare primare), se dovedesc sigure și eficiente și pentru pacienții cu NASH.

Ghidul de recomandări practice EASD-EASL-EASO pentru managementul NAFLD, precum și articole recente din literatura de specialitate indică următoarele mijloace de abordare a opțiunilor de management în NAFLD:

1. Intervenție asupra stilului de viață și opțional chirurgia bariatrică
2. Terapie farmacologică
3. Managementul hiperglicemiei și al dislipidemiei
4. Controlul factorilor de risc cardiovasculari

**Intervenția asupra stilului de viață** este benefică pentru pacienții cu NAFLD, îmbunătățind nu doar condiția hepatică, dar și hiperglicemia, dislipidemia și tensiunea arterială. Pentru pacienții supraponderali sau obezi este urmărită o scădere ponderală susținută de 7-10%, care ar duce la ameliorarea citolizei și a histologiei hepatice după unele studii. Anumiți autori recomandă o scădere ponderală suplimentară pentru cazurile cu NASH dovedită sau dacă profilul hepatic nu s-a ameliorat după 6 luni de intervenție. Restricția calorică, evitarea alimentelor care favorizează NAFLD (alimente procesate, alimente sau băuturi cu conținut crescut de fructoză), abordarea unei diete sănătoase (ex. mediteraneană) sunt recomandate. Atât exercițiile aerobice cât și cele de rezistență reduc eficient grăsimea hepatică, opțiunea făcându-se funcție de prefe-



## AOHUA PHOTOELECTRICITY

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



medfarm.ro

rințele pacientului, asigurându-i astfel și o aderență mai bună [3] [4] [5].

**Chirurgia bariatrică** poate fi o opțiune în cazul pacienților cu NASH sau fibroză avansată (dar nu cu ciroză decompensată), care nu și-au atins ținta de greutate în primele 6 luni de intervenție și cu IMC > 35 kg/m<sup>2</sup>. Aceasta rămâne o abordare promițătoare pentru pacienții obezi cu NAFLD, studiile arătând o ameliorare a aspectului histologic, deși au fost raportate și cazuri de progresie a fibrozei [5].

**Terapia farmacologică** rămâne rezervată exclusiv cazurilor de steato-hepatită nonalcoolică (NASH) care asociază un grad semnificativ de fibroză (stadiu F2 sau mai mult), dar și pentru stadii incipiente de NASH care au un risc crescut de progresie a fibrozei (ex. care asociază diabet zaharat, elemente ale sindromului metabolic, vârsta peste 50 ani, nivele persistente crescute ale ALT), care nu și-au atins țintele de greutate după cel puțin 6 luni de modificare a stilului de viață. De asemenea, intervenția farmacologică ține cont de prezența concomitentă a diabetului zaharat.

Există paradigma conform căreia, dacă optimizarea stilului de viață este singura opțiune terapeutică disponibilă, și că toți pacienții cu diabet sau prediabet ar trebui să o urmeze indiferent de prezența afectării hepatice, atunci mai este necesar să diagnosticăm steatoza hepatică? Răspunsul este evident. În primul rând, nu trebuie trecut cu vederea faptul că modificarea stilului de viață arareori reușește să ducă la regresia aspectului de steato-hepatită, și chiar și în aceste condiții este greu de realizat, nu se cunosc efectele pe termen lung asupra histologiei hepatice, este greu de cuantificat o țintă de greutate optimă care ar asigura ameliorarea bolii, și nu în ultimul rând, provocarea de a asigura durabilitatea intervenției nu este de neglijat. Așadar, așa cum sugerează și unii autori, dubla intervenție, atât de lifestyle, cât și farmacologică ar putea oferi beneficii aditive și ar trebui considerată încă de la început, mai ales în cazurile pacienților cu boală avansată sau cu risc de progresie, mai multe studii în acest sens fiind necesare.

Câteva molecule care nu sunt în mod specific destinate NAFLD-NASH, dar care ar putea aduce beneficii prin modul lor de acțiune au fost testate: Acidul ursodeoxicolic (UDCA), un acid biliar care are

efecte protective hepatice și a adus beneficii în boala colestatică, a reușit să îmbunătățească testele hepatice dar și anumiți parametrii histologici, în special inflamația, dar nu a reușit să dovedească efecte benefice histologice pe termen lung, așa că nu este recomandat în NAFLD.

Medicamentele care ameliorează sensibilitatea la insulină și controlul glicemic sunt atent evaluate și pot avea un beneficiu real în NASH [1] [3] [4] [5] [6] [7].

**Metforminul** îmbunătățește insulinorezistența, mecanism cheie în NAFLD, dar nu aduce beneficii histologice, așa că poate fi utilizat doar dacă există o indicație validă, și nu cu intenția de a trata NASH.

**Inhibitorii de dipeptidil-peptidază 4 (IDPP4)**, prin acțiunea lor prelungesc durata efectului incretinic, stimulează secreția de insulină, scad secreția de glucagon și producția hepatică de glucoză. Deoarece comparativ cu indivizii sănătoși, în cazul NAFLD, expresia DPP4 este crescută, această clasă a fost studiată ca opțiune de tratament. Sitagliptin, cel mai vechi reprezentant, dar și molecule mai noi, precum alogliptin sau vildagliptin, încă nu au adus rezultate pozitive semnificative statistic din punct de vedere al histologiei hepatice, dar studii viitoare sunt în derulare.

**Agoniștii de receptor GLP-1** îmbunătățesc controlul glicemic (reduc HbA1c) și promovează scăderea ponderală. Din 2015, Liraglutide (3mg) este aprobat de FDA și pentru tratamentul obezității, iar un studiu [8] arată că în administrare o dată pe zi, timp de 48 de săptămâni, a determinat rezoluția steatohepatitei, fără progresia fibrozei. Scăderea ponderală este unul din cele mai importante mijloace de acțiune, dar și alte mecanisme mediate hormonal par să fie implicate. Atât exenatide cât și dulaglutide administrate subcutanat ameliorează citoliza hepatică. Până ce alte date devin disponibile (există studii în desfășurare și cu semaglutide), GLP-1RA rămân utilizabili doar pentru indicațiile validate, fiind prematur să fie considerați ca terapie specifică NAFLD/NASH.

**Inhibitorii SGLT2**, similar agoniștilor GLP-1R, optimizează controlul glicemic și favorizează scăderea ponderală. Datele preclinice sugerează că pot aduce un beneficiu în NASH, prin ameliorarea enzimelor hepatice, reducerea grăsimii

hepatice, îmbunătățirea indicilor de fibroză, dar sunt necesare studii clinice mari, desfășurate pe o perioadă mai lungă, care să includă endpointuri histologice, așa că utilitatea lor în NAFLD rămâne să fie confirmată.

**Tiazolidindionele**, agoniștii de PPAR $\gamma$ , receptor care are rol cheie în homeostazia lipidică și glucidică, și secundar în inflamație și fibrogeneză, au îmbunătățit semnificativ histologia hepatică în câteva studii. Problema în cazul acestor molecule ține de profilul lor de siguranță, diferit între reprezentanții clasei. Deși raportat un câștig ponderal, se consideră că există în același timp și o redistribuție favorabilă a țesutului adipos dinspre organe, către compartimentul subcutanat. Pioglitazona, ca reprezentant al clasei, are un profil de siguranță favorabil și aduce beneficii pe riscul cardiovascular.

Lăsând deoparte moleculele adresate tratamentului diabetului zaharat, vitamina E a demonstrat efecte pozitive pe histologia hepatică în cazul pacienților non-diabetici și non-cirolici cu NASH. Astfel, vitamina E nu este recomandată în cazul pacienților în care NASH nu a fost dovedită histologic sau la pacienții diabetici/cirolici. Siguranța administrării pe termen lung a vitaminei E (creșterea mortalității de toate cauzele sau a riscului de cancer prostatic) este încă în dezbatere. Doza dovedită eficientă la pacienții non-diabetici în studiul PIVENS a fost de 800UI/zi.

În concluzie, nu există momentan un tratament specific pentru NAFLD-NASH. Pentru liraglutide, glitazone și vitamina E, eficiența este demonstrată histologic. Cu toate acestea, încă nu există un consens privitor la modul de evaluare al eficienței lor în practica clinică, mai multe clarificări fiind necesare și în acest sens. În prezent există numeroase studii, atât cu molecule aprobate pentru tratamentul altor afecțiuni, dar și studii cu molecule noi (ex. elafibranor, acid obeticolic, selonsertib, cenicriviroc), aflate în faza 3. Cu toate acestea, trebuie menționat că majoritatea studiilor sunt prea scurte ca să determine impactul asupra unor rezultate clinice semnificative centrate pe pacient (ex. ciroza decompensată), și raportează în schimb markeri surogați precum nivelul aminotransferazelor sau alte evaluări histologice, adeseori și cu rezultate contradictorii.

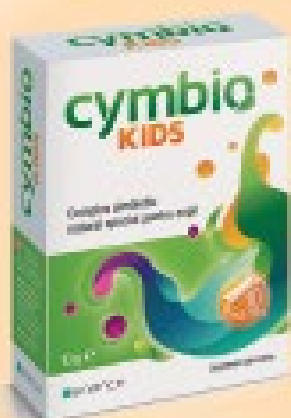


# cymbio



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**

## IV. Concluzii

Scăderea semnificativă și susținută în greutate (7-10%), prin dietă și exerciții fizice pot îmbunătăți gradul de încărcare grasă a ficatului, inflamația și fibroza. Vitamina E poate fi luată în considerare la pacienții cu NASH fără diabet dovedită prin biopsie, dar trebuie avut grijă la cei cu cancer de prostată. Pioglitazona îmbunătățește histologia hepatică și, conform ultimului ghid NAFLD al AASLD (American Association for the Study of Liver Disease) [7] poate fi folosită atât la pacienții cu diabet, cât și la cei fără, dar care au NASH dovedită prin biopsie hepatică, până ce mai multe date de siguranță și eficacitate vor apărea. Agoniștii GLP-1 și inhibitorii SGLT2 pot aduce beneficii în NASH, dar mai multe studii sunt necesare înainte ca aceștia să poată fi recomandați. Chirurgia bariatrică, cu scădere ponderală consecutivă poate reprezenta o opțiune.

Steatoza hepatică a devenit o comorbiditate frecventă în țările vestice, asociind numeroși factori de risc pentru sănătate, molecule și opțiuni de tratament cu potențial benefic există, așa încât rezultatele studiilor și recomandări în ghidurile de management sunt așteptate cu interes.

### Bibliografie:

1. „Francque, S., Vonghia, L. Pharmacological Treatment for Non-alcoholic Fatty Liver Disease. Adv Ther 36, 1052–1074 (2019). <https://doi.org/10.1007/s12325-019-00898-6>”.
2. „Raj H, Durgia H, Palui R, et al. SGLT-2 inhibitors in non-alcoholic fatty liver disease patients with type 2 diabetes mellitus: A systematic review. World J Diabetes. 2019;10(2):114–132. doi:10.4239/wjd.v10.i2.114”.
3. „EASL–EASD–EASO Clinical Practice Guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease,” Journal of Hepatology, vol. 64, no. 6, pp. 1388 - 1402, 2016.
4. F. Bril and K. Cusi, „Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease in Patients With

Type 2 Diabetes: A Call to Action,” Diabetes Care, vol. 40(3), pp. 419-430, 2017 Mar.

5. S. Chopra and M. Lai, „Management of nonalcoholic fatty liver disease in adults,” Jun 24, 2019. [Online]. Available: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-nonalcoholic-fatty-liver-disease-in-adults>. [Accessed January 2020].
6. R. Cholankeril, V. Patel, B. Perumpail, E. Yoo, U. Iqbal, S. Sallam, N. Shah, W. Kwong, D. Kim and Ahmed, „Anti-Diabetic Medications for the Pharmacologic Management of NAFLD,” Diseases, vol. 6, no. 4, p. 93, 2018.
7. N. Chalasani, Z. Younossi, J. E. Lavine, M. Charlton, K. Cusi, M. Rinella, S. A. Harrison, E. M. Brunt and A. J. Sanyal, „The Diagnosis and Management of Nonalcoholic Fatty Liver Disease: Practice Guidance From the American Association for the Study of Liver Diseases,” HEPATOLOGY, vol. 67, no. 1, 2018.
8. M. J. Armstrong, D. Hull, K. Guo, D. Barton, J. Hazlehurst, L. L. Gathercole, M. Nasiri, J. Yu, S. C. Gough, P. N. Newsome and J. W. Tomlinson, „Glucagon-like peptide 1 decreases lipotoxicity in non-alcoholic steatohepatitis,” J Hepatol., vol. 64(2), p. 399–408, 2016 Feb.

**GASTROPATHOLOGY**

**Corelații anatomopatologice și clinice în gastroenterologie**

Hotel Novotel Bucharest City Center  
București, 10-11 aprilie 2020

Avem plăcerea de a vă invita la a doua ediție a cursului de patologie clinică, ce va avea loc în perioada 10-11 aprilie 2020, București. Evenimentul va fi organizat sub egida Clinicii de Gastroenterologie și Hepatologie din cadrul Institutului Clinic Fundeni, a Universității de Medicină și Farmacie „Carol Davila” din București și a Asociației de Patologie Digestivă.

Cursul va oferi informații noi și utile în practica zilnică, atât pentru medici de familie, cât și pentru medici specialiști. Programul va include sesiuni dedicate celor mai frecvente afecțiuni digestive:

- Infecția cu helicobacter pilori și implicațiile acestora
- Steatoza hepatică în abordare multidisciplinară
- Boala de reflux gastro-esofagian și sindromul Barrett
- Boli hepatice autoimune și manifestări extra digestive
- De la funcțional la organic în patologia digestivă

Vă așteptăm cu drag în aprilie 2020.

Director curs  
Profesor Dr. Mircea Dănilă  
Secretar științific  
Asistență Universitară Dr. Cosmina Ciara

Organizator:  
MedWay Events

Pentru informații suplimentare, vă rugăm să ne contactați:  
tel mobil: 0722 774 514, email: [office@medwayevents.ro](mailto:office@medwayevents.ro)

**SMART DIAB** Academia de Științe Medicale

**Managementul diabetului zaharat centrat pe pacient**

Coordonator științific  
Prof. Dr. GABRIELA RADULIAN

Târgu Jiu: 27 martie 2020  
Ploiești: 8 mai 2020  
București: 23-24 octombrie 2020

neurologie  
psihatrie  
nefrologie  
urologie  
cardiologie  
oftalmologie  
gastroenterologie  
dermatologie  
diabet, nutriție și boli metabolice  
chirurgie  
medicină de familie  
endocrinologie

Organizator: MedWay Events  
Tel. 0744 366 199, email: [office@medwayevents.ro](mailto:office@medwayevents.ro)  
[www.medwayevents.ro](http://www.medwayevents.ro)



Înscrieri pe:  
[www.srmi.ro](http://www.srmi.ro)

# Simpozion Patologie, la granița dintre specialități

ediția a 4-a

20 martie 2020  
Hotel Capital Plaza,  
București



SECRETARIAT ORGANIZATORIC  
Ella Congress & Events - 021/3118111

Personale de contact: Georgeta DNE  
Phone: +40 211 3118111  
[www.ellacongress.ro](mailto:georgeta.dne@ellacongress.ro)

ASSM  
Asociația Societății de Gastroenterologie și Hepatologie din România



13 Iunie 2020

because  
not every 13  
brings bad luck

# GastroMarathon: focus on bilio-pancreatic tumors

Locație  
Hotel Novotel, București

ÎNSCRIERI:  
[www.ellacongress.ro/GastroMarathon2020](http://www.ellacongress.ro/GastroMarathon2020)



SECRETARIAT ORGANIZATORIC  
Ella Congress & Events

PERSONAL DE CONTACT: CIPRIELINA MARIE CERMAC  
Phone: +40 211 8180 281  
[www.ellacongress.ro](mailto:cipriela@ellacongress.ro)

# CONGRESUL NAȚIONAL DE MEDICINĂ INTERNĂ

2-5 aprilie 2020

Complex Călimănești-Căciulata

Înscrieri pe [www.srmi.ro](http://www.srmi.ro)



Secretariat Organizatoric  
Ella Congress & Events  
Contact: Ana Maria Chiriac  
Mobil: +40 748 390 281  
Email: [ana.chiriac@ellacongress.ro](mailto:ana.chiriac@ellacongress.ro)



[WWW.BUCHARESTLIVEENDOSCOPY.RO](http://WWW.BUCHARESTLIVEENDOSCOPY.RO)

3RD  
EDITION

14-16 TH  
OF MAY  
BUCHAREST

BUCHAREST  
LIVE  
ENDOSCOPY

# BUCHAREST LIVE ENDOSCOPY

# 20 20



NOVOTEL  
CITY CENTER  
HOTEL  
37B Victoriei Blvd.



0745 530 300  
CONTACT@AGOMEDIA.RO



**reddot award 2019  
winner**

© 2019 Bredent Corporation

**STERILE**



## The HyDOME™ System

- Single HyDOME™ elevator module
- Secured positioning with a single click
- Enables brushing of the elevator wire channel

HyDOME™ is a registered trademark of Bredent Corporation. All other trademarks are the property of their respective owners.

**BREDENT**

**75**